



İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ A.B.D.

İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA
KARŞILANMAMIŞ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gizem TEMELTAŞ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÇELİK

Mayıs 2024





**İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA KARŞILANMAMIŞ
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Gizem TEMELTAŞ

İZMİR

2024

**İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA KARŞILANMAMIŞ
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Gizem TEMELTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÇELİK

İzmir

İzmir Bakırçay Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Mayıs 2024

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında öğrenim görmekte olan Gizem Temeltaş'ın "İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarında Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı tezi 15/05/2024 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	Unvanı Adı Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÇELİK	
Üye	Prof. Dr. Özlem UĞUR	
Üye	Doç. Dr. Derya ÇINAR	

Prof. Dr. Özge TÜZÜN ÖZMEN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “The Effect Of Unmet Care Needs On The Quality Of Life In Advanced Stage Lung Cancer Patients” has been prepared and submitted by Gizem TEMELTAŞ in partial fulfilment of the requirements in “İzmir Bakırçay University Directive on Graduate Education and Examination” or the Degree of Master of Science in Department of Internal Medicine Nursing

Department has been examined and approved on 15/05/2024

Committee Members	Title, Name and Surname	Signature
Member (Supervisor)	Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÇELİK	
Member	Prof. Dr. Özlem UĞUR	
Member	Doç. Dr. Derya ÇINAR	

Prof. Dr. Özge TÜZÜN ÖZMEN
Director of Graduate Education Institute

ÖZET

İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA KARŞILANMAMIŞ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Gizem TEMELTAŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir Bakırçay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Mayıs 2024

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÇELİK

Bu araştırma, ileri evre akciğer kanseri hastalarında karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırma 15.11.2022-30.04.2023 tarihleri arasında İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne tedavi gören ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 294 ileri evre akciğer kanseri hastaları ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri; Birey Tanıtıcı Bilgi Formu, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ-KF) ve Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC-QLQ-C30) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler; bağımsız örneklem t test, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Benferoni testi, Pearson korelasyon analizi ve Regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir.

Araştırmada yer alan ileri evre akciğer kanseri hastalarının DBGÖ-KF puan ortalamaları $105,86 \pm 15,61$; sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimi alt boyut puan ortalamaları $52,77 \pm 6,95$; psikolojik gereksinim alt boyut puan ortalamaları $24,79 \pm 8,50$; günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puan ortalamaları $21,13 \pm 2,73$; cinsellik gereksinimleri alt boyut puan ortalamaları $7,17 \pm 3,31$ olarak tespit edilmiştir. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları ise fonksiyonel boyut için $50,90 \pm 12,45$, semptom boyutu için $40,21 \pm 13,13$ ve genel sağlık boyutu için $60,35 \pm 13,68$ olarak hesaplanmıştır. Hastaların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının yaş, yaşanılan yer, hastalık süresi, hastalık tipi, hastalık evresi ve kanser tedavisi alma durumlarını kapsayan sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği

belirlenmiştir ($p<0,05$). Hastaların karşılanmamış bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri alt boyutu ile fonksiyonel boyut arasında ($r=0,205$; $p=0,000$) ve cinsellik gereksinimleri alt boyutu ile fonksiyonel boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki ($r=0,289$; $p=0,000$) tespit edilmiştir. Bununla birlikte hastaların günlük yaşam gereksinimleri alt boyutu ile fonksiyonel boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki ($r=-0,318$; $p=0,000$), semptomlar boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki ($r=-0,475$; $p=0,000$) ve genel sağlık boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki ($r=0,300$; $p=0,000$) tespit edilmiştir. Çoklu regresyon analizi sonucunda günlük yaşam gereksinimlerinin yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı ($t=5,415$, $p=0,000$) ve kurulan modelde günlük yaşam gereksinimleri yaşam kalitesi üzerindeki değişimin %9,6'sını açıkladığı tespit edilmiştir.

Bu araştırmada ileri evre kanser hastalarında yaşam kalitesinin bazı tanımlayıcı ve klinik özelliklerden etkilendiği, hastaların karşılanmamış gereksinimlerinden sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri ve günlük yaşam gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Hastaların günlük yaşam gereksinimlerinin yaşam kalitelerindeki değişimin %9,6'sını açıkladığı ve günlük yaşam gereksinimleri arttıkça yaşam kalitesinde artış olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kanser; Akciğer kanseri; Karşılanmamış gereksinim; Yaşam kalitesi.

ABSTRACT

THE EFFECT OF UNMET CARE NEEDS ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ADVANCED LUNG CANCER

Gizem TEMELTAŞ

Department of Internal Medicine Nursing

Izmir Bakircay University, Graduate Education Institute, April 2024

Supervisor: Asst. Prof. Üyesi Ayşegül ÇELİK

This descriptive and cross-sectional study was conducted to evaluate the effect of unmet care needs on quality of life in advanced lung cancer patients.

The study was conducted between 15.11.2022-30.04.2023 with 294 advanced lung cancer patients who were treated at Izmir Provincial Health Directorate Health Sciences University Dr. Suat Seren Chest Diseases and Surgery Training and Research Hospital and met the inclusion criteria. The data were collected using the Individual Descriptive Information Form, Supportive Care Needs Scale Short Form and European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Scale. The data were analysed using descriptive statistical methods; independent sample t test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Benferoni test, Pearson correlation analysis and Regression analysis.

The mean scores of the advanced stage lung cancer patients in the study were 105.86 ± 15.61 ; the mean scores of the health service and information needs sub-dimension were 52.77 ± 6.95 ; the mean scores of the psychological needs sub-dimension were 24.79 ± 8.50 ; the mean scores of the daily life needs sub-dimension were 21.13 ± 2.73 ; and the mean scores of the sexuality needs sub-dimension were 7.17 ± 3.31 . The mean ölçscores of the quality of life scale were calculated as 50.90 ± 12.45 for the functional dimension, 40.21 ± 13.13 for the symptom dimension and 60.35 ± 13.68 for the general health dimension. It was determined that the quality of life scale sub-dimensions of the patients showed statistically significant differences according to their socio-demographic and medical characteristics including age, place of residence, disease duration, disease type, disease stage and cancer treatment status ($p < 0.05$). When the relationship between patients' unmet care needs and quality of life was analysed, a statistically significant

positive and weak relationship ($r=0.289$; $p=0.000$) was found between the health service and information needs sub-dimension and the functional dimension ($r=0.205$; $p=0.000$) and between the sexuality needs sub-dimension and the functional dimension ($r=0.289$; $p=0.000$). In addition, a statistically significant negative and weak relationship was found between the daily life needs sub-dimension and the functional dimension ($r=-0,318$; $p=0,000$), a statistically significant negative and moderate relationship between the symptoms dimension ($r=-0,475$; $p=0,000$) and a statistically significant positive and weak relationship between the general health dimension ($r=0,300$; $p=0,000$). As a result of multiple regression analysis, it was determined that daily living needs predicted quality of life at a statistically significant level ($t=5,415$, $p=0,000$) and daily living needs explained 9.6% of the change in quality of life in the established model.

In this study, it was determined that quality of life in advanced cancer patients was affected by some descriptive and medical characteristics, and that there was a relationship between the unmet needs of the patients, health care and information needs, sexuality needs and daily life needs and quality of life. It was concluded that the daily living needs of the patients explained 9.6% of the change in their quality of life and the quality of life increased as the daily living needs increased.

Keywords: Cancer; Advanced lung cancer; Unmet needs; Quality of life.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez dönemim boyunca bilgi, deneyim ve yardımlarını esirgemeyerek yol gösteren, özgüvenimin kırıldığı zamanlarda cesaretlendiren, içinde bulunduğum durumu bütün iyi niyetiyle anlayabilen, mesleğime ve mesleğe bakış açımına önemli katkıları olan çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Çelik'e,

Çalışmam esnasında yardımları ve anlayışları için Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları servisleri hemşireleri ve ayaktan kemoterapi ünitesi sorumlu hemşiresi Seçil Gündoğan'a,

Tez yolculuğumda sorularıma büyük sabırla cevap veren değerli hastalarım,
Yaşamım boyunca beni her zaman destekleyen ve her zaman yanımda olan eşim Varol Temeltaş'a,

Yüksek lisans eğitimimin tez aşamasında dünyaya gelen, daha güçlü bir kadın ve anne olmamı sağlayan canım kızım Zeynep Temeltaş'a en içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

Gizem TEMELTAŞ

Mayıs 2024

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın İzmir Bakırçay Üniversitesi tarafından kullanılan Turnitin bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

.....
Gizem TEMELTAŞ

15/05/2024

**STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND
RULES**

I hereby truthfully declare that this thesis is an original work prepared by me; that I have behaved in accordance with the scientific ethical principles and rules throughout the stages of preparation, data collection, analysis and presentation of my work; that I have cited the sources of all the data and information that could be obtained within the scope of this study, and included these sources in the references section; and that this study has been scanned for plagiarism with Turnitin scientific plagiarism detection program used by İzmir Bakırçay University, and that “it does not have any plagiarism” whatsoever. I also declare that, if a case contrary to my declaration is detected in my work at any time, I hereby express my consent to all the ethical and legal consequences that are involved.

.....

Gizem TEMELTAŞ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
BAŞLIK SAYFASI	I
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	II
FINAL APPROVAL FOR THESIS	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
TEŞEKKÜR	VII
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	IX
STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES	X
İÇİNDEKİLER	XI
TABLolar DİZİNİ	XIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XIV
KISALTMALAR DİZİNİ	XV
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3.Araştırmanın Hipotezi	3
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1.Akciğer Kanseri	4
2.1.1.Akciğer kanseri tanımı	4
2.1.2.Akciğer kanseri epidemiyolojisi	4
2.1.3.Akciğer kanseri etiyolojisi	5
2.1.4.Akciğer kanseri risk faktörleri	5
2.1.4.1. <i>Tütün kullanımı</i>	5
2.1.4.2. <i>Mesleki ve çevresel maruziyet</i>	6
2.1.4.3. <i>Genetik faktörler</i>	6
2.1.4.4. <i>Yaş, cinsiyet</i>	7
2.1.4.5. <i>Beslenme</i>	7
2.1.4.6. <i>Diğer risk ve faktörler</i>	7
2.1.5. Akciğer kanserinin sınıflandırılması	7
2.1.5.1. <i>Küçük hücreli dışı akciğer kanseri</i>	8
2.1.5.2. <i>Küçük hücreli akciğer kanseri</i>	8

2.1.6. Akciğer kanseri belirti ve bulguları	9
2.1.6.1. Primer tümörün gelişimine bağlı olarak ortaya çıkan belirti ve bulgular	9
2.1.6.2. Bölgesel yayılım nedeniyle ortaya çıkan belirti ve bulgular	9
2.1.6.3. Uzak metastazların oluşması sonucu oluşan belirti ve bulgular	9
2.1.6.4. Paraneoplastic neoplazmlara bağlı olarak ortaya çıkan belirti ve bulgular	10
2.1.7. Akciğer kanserinde tanılama	10
2.1.7.1. Girişimsel olmayan (noninvaziv) tanı yöntemleri	10
2.1.7.2. Girişimsel (invaziv) tanı yöntemleri	11
2.1.8. Akciğer kanserinde evreleme	12
2.1.8.1. T faktörünün açıklaması	13
2.1.8.2. N faktörünün açıklaması	14
2.1.8.3. M faktörünün açıklaması	14
2.1.9. Akciğer kanserinde tedavi	15
2.1.9.1. Cerrahi tedavi	16
2.1.9.2. Radyoterapi	16
2.1.9.3. Kemoterapi	17
2.1.9.4. İleri evre akciğer kanserinde güncel tedavi yaklaşımları.....	18
2.1.10. İleri evre akciğer kanseri hastalarında sık görülen semptomlar ve hemşirelik yönetimi	19
2.1.10.1. Ağrı	19
2.1.10.2. Yorgunluk	20
2.1.10.3. İştahsızlık	21
2.1.10.4. Dispne	21
2.1.10.5. Öksürük	22
2.1.11. İleri evre akciğer kanseri hastalarında karşılanmamış bakım gereksinimleri	23
2.1.11.1. Fiziksel gereksinimleri	23
2.1.11.2. Cinsellik gereksinimleri	24
2.1.11.3. İletişim ve bilgi gereksinimleri	25
2.1.11.4. Psikososyal gereksinimler	25
2.1.11.5. Spiritüel gereksinimler	26

2.1.12.İleri evre akciğer kanseri hastalarında yaşam kalitesi	26
3.GEREÇ – YÖNTEM	28
3.1.Araştırmanın Tipi	28
3.2.Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	28
3.3.Araştırmanın Evren Ve Örneklemi	28
3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri	29
3.3.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri	29
3.4.Araştırmanın Verilerinin Toplanması	30
3.4.1. Veri toplama araçları	30
3.4.1.1. Birey Tanıtıcı Bilgi Formu	30
3.4.1.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form/ DBGÖ-KF	30
3.4.1.3. Avrupa Kanser Araştırma Ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği/ EORTC-QLQ-C30	31
3.5.Araştırmanın İstatistiksel Analizi	32
3.6.Araştırmanın Etik Boyutu	32
4.BULGULAR	34
4.1.İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi.....	33
4.2.İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi	35
4.3.İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	45
4.4.İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimiyle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52
5.TARTIŞMA	55
5.1 İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Tartışılması	55
5.1.1. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre tartışılması	56
5.1.2. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin klinik özelliklerine göre tartışılması	60
5.2 İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesinin Tartışılması	62

5.2.1. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesinin tartışılması	63
5.2.2. İleri evre akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerine göre yaşam kalitesinin tartışılması	65
5.3 İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması	67
5.4 Araştırmanın Sınırlılıkları	70
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	71
6.1.Sonuç	71
6.2. Öneriler	72
KAYNAKÇA	74
EKLER	94
ÖZGEÇMİŞ	105

TABLULAR DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1. Amerikan Kanser Ortak Komitesi TNM evreleme sistemi	15
Tablo 4.1. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	33
Tablo 4.2. İleri evre akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerine göre dağılımı	34
Tablo 4.3. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri puan ortalamalarının dağılımları	36
Tablo 4.4. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılanmamış bakım gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	37
Tablo 4.5. İleri evre akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerine göre karşılanmamış bakım gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	42
Tablo 4.6. İleri evre akciğer kanseri hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamaları dağılımları	45
Tablo 4.7. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı.....	46
Tablo 4.8. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	52
Tablo 4.9. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide genel sağlık boyut puanlarını açıklamak için yapılan regresyon analizi	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1. Dünya Sağlık Örgütü-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2022 kanser istatistikleri (her iki cinsiyette vaka sayısı-ölüm oranı)	4
Şekil 2.2. Dünya Sağlık Örgütü-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2022 kanser istatistikleri (cinsiyete göre)	5
Şekil 3.1. Araştırma sonrası yapılan güç analizi bulguları	30



KISALTMALAR DİZİNİ

AIS	:Adenokarsinom In Situ
AK	:Adenokarsinom
BHK	:Büyük Hücreli Karsinom
BT	:Bilgisayarlı Tomografi
DBGÖ-KF	:Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
EGFR	:Epidermal Büyüme FaktörüReseptörü
GLOBOCAN	:Küresel Kanser Gözlem Verisi
IARC	:The International Agency for Research on Cancer
İKNİ	:İmmün Kontrol Noktası İnhibitörleri
KHAK	:Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	:Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MRG	:Manyetik Rezonans Görüntüleme
PET	:Pozitron Emisyon Tomografisi
SHK	:Skuamoz Hücreli Karsinom
TUİK	:Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Akciğer kanseri tüm dünyada yüksek oranlarda görülen mortalite ve morbidite oranları ile önemli bir kanser türüdür [1-4]. Akciğer kanseri tanısı almış olguların çoğu, hızlı ve ölümcül bir hastalık seyri ile karşılaşmaktadır [4,5]. Akciğer kanseri sık görülen kanserler arasında yer aldığı ve etkilenen hastaların erken tanıda karşılaşılan sorunlar ve tanının hastalığın ileri evrelerinde konulması nedeniyle düşük sağ kalım oranlarına sahip olduğu bildirilmektedir [5]. Bu nedenle günümüzde önemli bir sağlık sorunu olan akciğer kanserinde hasta ve yakınlarının tanı anından itibaren karşılaştıkları önemli fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik sorunların yönetiminde destekleyici bakım uygulamaları önem arz etmektedir [3,4].

Akciğer kanseri, Dünya Sağlık Örgütü'nün bünyesinde yer alan bir alt kuruluş olan Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) GLOBOCAN 2022 verilerine göre tüm kanserlerin %12.4'ünü oluşturarak meme kanserinden sonra ikinci sırada görülen kanser türüdür. Kanserle ilgili ölüm nedenleri arasında ise akciğer kanserinin tüm ölümlerin %18.7'ünü oluşturduğu ve en yüksek ölüm oranına sahip olduğu belirtilmektedir [6,7]. Aynı veri tabanında Türkiye'de en sık görülen ilk beş kanser türü arasında belirtilen akciğer kanserinin her iki cinsiyette %17.1'lik dilime sahip olduğu ve erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü bildirilmiştir [6]. Kadınlarda ise meme kanserinden sonra en sık karşılaşılan dördüncü kanser türü olup mortalite oranları açısından ikinci sırada gelmektedir [7]. Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2021 verilerine göre de akciğer kanserinin erkeklerde en sık karşılaşılan kanser türü olduğu; kadınlarda meme, tiroid ve kolorektal kanser türlerinden sonra dördüncü sırada yer aldığı belirtilmektedir [8].

Akciğer kanserinin gelişimi ve ilerlemesinde en büyük risk faktörü tütün kullanımı olarak bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda pasif olarak tütün ve tütün ürünlerine maruziyetin dahi akciğer kanseri riskini %26'ya kadar artırdığı gösterilmiştir [9,10]. Akciğer kanserinin gelişiminde rol oynayan sigara ve tütün kullanımı dışındaki diğer risk faktörleri arasında asbest maruziyeti, ailede akciğer kanseri öyküsü, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, ağır metaller ve radon gazı gibi toksik maddelere maruziyet yer almaktadır [10].

Kanserin III. ve IV. evre olarak belirtilen türleri, literatürde nüks ve metastaz belirlenen, ilerlemiş ve tedavisi mümkün olmayan kanserler olarak belirtilmekte ve ileri

evre kanserler olarak adlandırılmaktadır [3,5]. İleri evre akciğer kanseri tanısı alan hastaların çoğuluğunda hastalığın seyrinin tanının konulmasından itibaren ortalama 18 ay içinde ölümlerle sonuçlandığı bildirilmektedir [11]. Huang ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada akciğer kanseri tanısı alan bireylerin yaklaşık %95'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu, birçoğunun hastalığının ileri evrelerinde tanı aldığı ve prognozlarının genellikle kötü olması nedeniyle sağkalım sürelerinin 12 ay olduğu belirtilmiştir [12].

Akciğer kanseri, hastalarda fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal değişikliklere yol açan ve oldukça stresli bir süreçle devam eden hastalıktır. Kanser bakım sürecinde bireyler hastalığın kendisinden veya uygulanan tedavi prosedürlerinden kaynaklı birçok fiziksel ve psikososyal sorunla karşılaşmaktadır [13]. Akciğer kanserinde hastalar yaygın olarak hemoptizi, nefes darlığı ve göğüs ağrısını içeren solunum semptomları ile karşılaşırken, metastatik kanserlerde bu semptomlara ek olarak baş ağrısı, kusma, baş dönmesi ve ağrı gibi semptomlar da görülebilmektedir. Ayrıca akciğer kanseri hastalarında tedavi süreci boyunca yorgunluk, dispne, bulantı, kusma ve disfaji gibi semptomlar gelişebilmekte; anksiyete, depresyon, distres ve ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar daha sık görülmektedir [14]. Özellikle ileri evre akciğer kanseri hastalarında dispne gibi solunumu etkileyen semptomlar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve desteklenmesi gereken gereksinimleri açığa çıkarmaktadır [5,15]. Literatürde kanser hastalarının hastalık ve tedavi ilişkili karşılanmamış gereksinimlerle karşı karşıya kaldığı, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ve hasta ve yakınlarının tanı anından itibaren bu gereksinimlerle baş etmek zorunda oldukları bildirilmiştir. Harrison ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada fiziksel gereksinimler, psikolojik gereksinimler, manevi gereksinimler, sağlık hizmeti ve bilgi ihtiyacı gibi desteklenmesi gereken gereksinimlerinin bulunduğu ve bu gereksinimlerin karşılanmamasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir [5]. Maguire ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmaya göre ise akciğer kanseri hastalarının gereksinimlerinin hastalık ve tedaviye bağlı görülen semptomlarla ilişkili olduğu bildirilerek karşılanmayan gereksinimlerin erken dönemde tanımlanması ve gereksinimleri giderecek yaklaşımların planlanarak uygulanması önerilmiştir [4]. Hematolojik kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların karşılanmayan gereksinimlerinin en fazla sağlık hizmetindeki eksiklikler sonucu ortaya çıktığı sonucuna varılmış, bunun nedeni ise ulusal sağlık sisteminin kanser hastalarının ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılayamaması olarak yorumlanmıştır [16]. Yapılan başka bir çalışmaya göre

ise renal kanserli hastaların en çok psikolojik ve fiziksel alanda karşılanmamış gereksinim belirttikleri bildirilmiştir [17]. Avusturalya’da yapılan bir çalışmada kanser hastalarının yaşam kalitesinin en çok psikolojik faktörlerden etkilendiği, yaşın kanser hastalarının yaşam kaliteleri üzerinde belirleyici olduğu ve genç hastalarda psikolojik distresin sık görülerek yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirlenmiştir [18]. Bununla birlikte ileri evre akciğer kanseri hastalarında karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği ve hangi düzeyde yordadığına ilişkin ulusal ve uluslararası çalışma verisine ulaşılamamıştır [3,19].

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma ileri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

1.3 Araştırmanın Hipotezi

H1: İleri evre akciğer kanseri hastalarında destekleyici bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

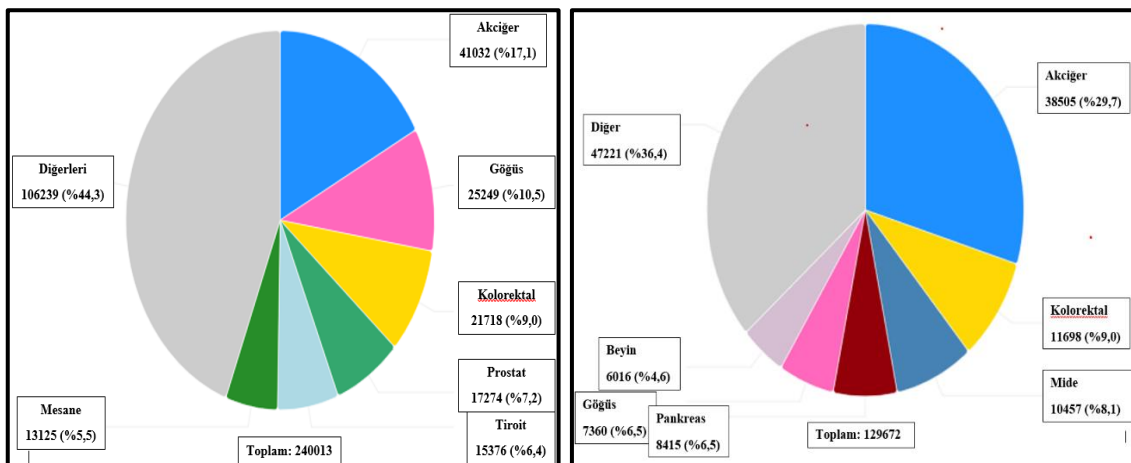
2.1 Akciğer Kanseri

2.1.1. Akciğer kanseri tanımı

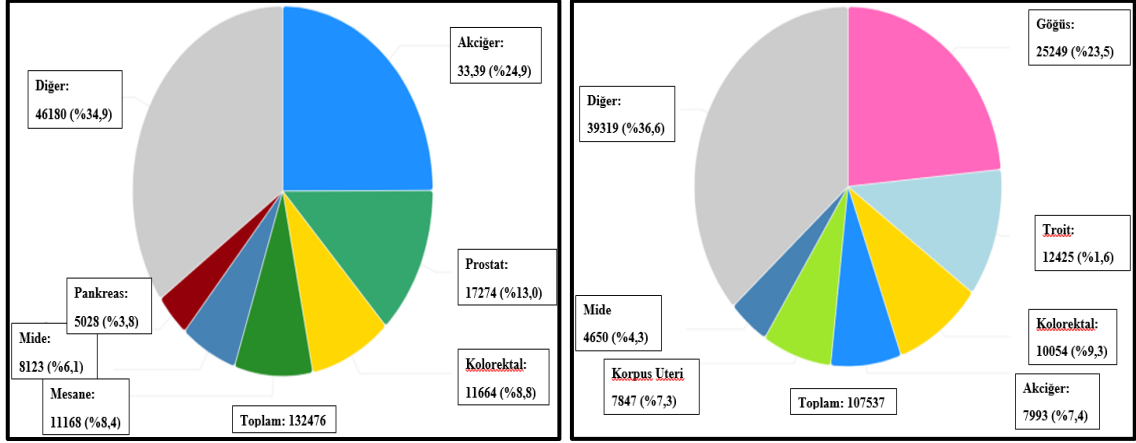
Kanser, hücrelerdeki kontrolsüz hücre çoğalması olarak tanımlanmakta olup akciğer kanseri, akciğer dokularında harabiyet yaratan, komşu dokulara ve diğer organlara yayılım özelliğine sahip ve kontrol edilemeyen boyutlara ulaşabilen bir hastalıktır [20]. Akciğer kanseri, ülkemizle birlikte tüm dünyada görülme sıklığı giderek artan, başlangıçta sessiz seyreden ve sıklıkla ileri evrede tanı konulması nedeniyle sağ kalım oranları düşük önemli bir sağlık sorunudur [7].

2.1.2. Akciğer kanseri epidemiyolojisi

Akciğer kanseri, dünyada kansere bağlı ölümlerin başında gelmekte olup erkeklerde ilk sırada, kadınlarda ise meme kanseri ve kolorektal kanserlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2022 tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2022 verilerine göre Türkiye’de hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık görülen kanser çeşidi olarak bildirilmiştir [21,22]. Erkeklerde akciğer kanseri görülme sıklığı genel olarak sigara içme davranışına bağlı olarak gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere oranla daha yüksektir. Tütün kullanımı kontrolüne yönelik yapılan uygulamalar ile bu oran azaltılmaya çalışılmaktadır. Kadınlarda ise sigara kullanım oranlarına bağlı olarak akciğer kanseri görülme oranı gelişmiş ülkelerde az gelişmiş ülkelere oranla daha yaygındır (Şekil 2.1; Şekil 2.2) [23].



Şekil 2.1. Dünya Sağlık Örgütü-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2022 kanser istatistikleri (her iki cinsiyette vaka sayısı-ölüm oranı).



Şekil 2.2. Dünya Sağlık Örgütü-Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2022 kanser istatistikleri (cinsiyete göre)

2.1.3. Akciğer kanseri etiolojisi

Akciğer kanserinin gelişmesinde çeşitli etiyolojik faktörlerin etkisi olduğu bildirilmektedir [15]. Genetik faktörler, ultraviyole ışınlar, tütün kullanımı, yaş, cinsiyet, ırk, radyasyon, mesleki maruziyetler, virus, bakteri ve parazitler, olumsuz beslenme şekli, çevresel kirlilik ve geçmişte var olan akciğer hastalığı gibi durumlar bu faktörler arasında yer almaktadır [24].

2.1.4. Akciğer kanseri risk faktörleri

2.1.4.1 Tütün kullanımı

Tütün kullanımı en önemli ve yaygın akciğer kanseri risk faktörlerinden biridir [25]. Sigaranın içeriğinde 7000'den fazla kimyasal madde bulunduğu ve bu maddelerin %69'unun kanserojen etkisinin olduğu bilinmektedir [25,26]. Akciğer kanserinin gelişimi %85 oranında sigarayla ilişkili bulunsa da son yıllarda hiç sigara kullanmamış kişilerin de akciğer kanseri tanısı almasında artış gözlenmiştir [21]. Tütün kullanımı çoğu zaman akciğer kanserinin en büyük nedeni olmakla birlikte diğer faktörlerin de önemi göz ardı edilemez. [27,28]. Pasif olarak sigara dumanına maruziyet de maruz kalınan miktara bağlı olarak akciğer kanseri riskinde artışa neden olduğu bildirilmiştir [25]. Sigara içen biriyle aynı ortamda yaşayan bireylerde pasif içicilik nedeniyle akciğer kanseri riskini %20-30 oranında arttığı belirtilmiştir [25,28].

2.1.4.2 Mesleki ve çevresel maruziyet

Tütün kullanımının yanında bireylerin mesleki ortamlarında maruz kaldıkları bilinen bazı kimyasal ve fiziksel özelliklere sahip maddeler de akciğer kanseri riskini arttırmaktadır [29]. Mesleki maruziyet çevresel mağruziyetle birlikte akciğer kanserinin %5-10'undan sorumlu tutulmakta ve tarihsel süreç içerisinde en yaygın olarak asbest mağruziyeti etken olarak görülmektedir [25]. Akciğer ve diğer solunum yolu kanserlerine bağlı ölümlerin berilyum, kadmiyum, krom, dizel egzoz, nikel, arsenik, asbest veya silika kaynaklı olabileceği, tamamen mesleki mağruziyet sonucu ortaya çıkan akciğer hastalıklarından asbest nedeniyle her yıl 7000, silikaya bağlı olarak her yıl 9000, kömür işçisi pnömokonyozuna bağlı olarak ise her yıl 14000 kişinin yaşamını yitirdiği belirtilmiştir [30].

Asbest akciğer kanseri riskini diğer etyolojik risk faktörleri olmaksızın tek başına artırdığı bildirilmiştir [31]. Asbest, sıklıkla endüstriyel üretimlerde kullanılmakta olup önemli bir yalıtım malzemesidir [3]. Asbest mağruziyeti ile tütün kullanımı akciğer kanseri gelişiminde sinerjistik etkiye sahip olduğu rapor edilmiştir [23].

Radon, uranium kaynaklı doğal olarak oluşan renksiz, kokusuz ve tatsız bir gazdır. Solunum sisteminde yer alan epitelyum hücrelerinin DNA'sında hasara neden olması nedeniyle akciğer kanserinde tütün kullanımından sonra ikinci sırada gelen önemli bir risk faktörüdür [3,30]. Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu (IARC) radonu grup-I kanserojen madde olarak tanımlamaktadır. Radonun ortamdaki su ve toz damlacıklarına bağlanarak solunduğunda akciğerlerde birikirerek hastalık oluşturma olasılığını artırdığı belirtilmektedir [32,33].

2.1.4.3 Genetik faktörler

Akciğer kanseri oluşumunda genetik faktörler çevresel faktörlere göre daha az sorumlu tutuluyor olsa da hastalığın oluşma nedeni açısından önemli bir etken olarak bilinmektedir [20]. Akciğer kanserinin sigara içmeyenlerde veya çevresel faktörlere çok maruz kalmayanlarda da oluşması genetik yatkınlığın etkili olabileceği düşüncesini ortaya çıkarmıştır. Yapılan bir çalışmada aile öyküsünde akciğer kanserinin bulunması akciğer kanseri oluşuma riskini 1,7 kat artırdığı belirtilmiştir [23]. Genetik faktörlerin varlığı ile birlikte sigara kullanımı veya diğer çevresel risk faktörlerine maruz kalmak DNA'da hasara neden olabilmekte ve hücre döngüsünden sorumlu olan genlerdeki polimorfizmler akciğer kanseri gelişmesini önemli düzeyde etkilemektedir [34].

2.1.4.4 Yaş, cinsiyet

Akciğer kanseri 40 yaş üstü erkekler ve 59 yaş üstü kadınlarda önde gelen ölüm nedeni olarak belirtilmiştir [23,35]. Akciğer kanserinde vakaların yaklaşık %53'ü 55-74 yaş arası ve %37'si 75 yaş üzeri bireylerde görülmektedir [23].

Akciğer kanseri dünya genelinde sıklıkla erkeklerde görülmekte olup tütün kullanımının artması, yaşamsal değişiklikler ve diğer risk faktörlerine maruziyet sonucunda kadınlarda da akciğer kanseri görülme sıklığı giderek artmaktadır [21,36]. Yapılan bir çalışmada Avrupa Birliği'nde son 5 yılda görülen akciğer kanseri oranları incelenmiş, araştırma sonucunda kadın-erkek arasındaki farkın azaldığı ve erkeklerde hastalık görülme sıklığının %9.2 oranında azaldığı, kadınlarda ise % 6.0 oranında arttığı belirtilmiştir [37]. Bu bağlamda akciğer kanseri cinsiyet faktöründen bağımsız kadın ve erkeklerde önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir [3, 38].

2.1.4.5 Beslenme faktörü

Beslenme şeklinin tüm kanser türlerinin yaklaşık %30'undan sorumlu tutulduğu ileri sürülmektedir [39]. Literatürde beslenme şekli ile akciğer kanseri arasında ilişki olduğu diyetle yetersiz C vitamini, A vitamini, beta-karoten alımının akciğer kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir [3]. Özellikle β -karotenin akciğer kanserine karşı en büyük koruyucu etkiye sahip olduğu bildirilmektedir [39]. Taze meyve ve sebze tüketiminin, özellikle turpgillerden sebzelerin tüketilmesinin hali hazırda sigara tüketen bireylerde kanser riskini azalttığı öne sürülmektedir. [26]. Bununla birlikte kırmızı et, süt ürünleri, doymuş yağlar gibi besin öğelerinin akciğer kanseri oluşma riskini artırdığı, yine tütülenmiş et ürünleri ve işlenmiş salam, sosis gibi gıdalarında akciğer kanseri oluşumu üzerinde olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir [7,39].

2.1.4.6 Diğer risk ve faktörler

Hava kirliliği, radyasyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akciğer dokusunda hasar, skar veya fibröz doku oluşumu, pnömokonyozlar ve çeşitli enfeksiyonlar akciğer kanseri oluşum ihtimalini artıran faktörler olarak literatürde sunulmaktadır. Skar doku ve fibrozis sonucu gelişen vasküler dokudaki azalma anoksi ve metaplaziye neden olduğu için karsinogenez hızını artırdığı belirtilmektedir. [3,40,41].

2.1.5. Akciğer kanserinin sınıflandırılması

DSÖ akciğer kanserinin hücre tipine göre Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK) ve Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) olarak iki ana grupta sınıflandırılmaktadır. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinin ise histolojik olarak

Adenokarsinom (AK), Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK) ve Büyük Hücreli Karsinom (BHK) olarak alt tiplere ayırmaktadır [3,25,42].

2.1.5.1 Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)

Akciğer kanserinin büyük bir kısmını oluşturur ve üç alt tipte incelenmektedir [43-45]. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri, akciğer kanserinin yaklaşık %40'ı adenokarsinom, %25-30 skuamöz hücreli karsinom ve %10-15'i büyük hücreli karsinom olmak üzere akciğer kanserlerinin %80-85'ini oluşturmaktadır [25,45].

Adenokarsinom (AK): Akciğer kanserinin %40'ını, KHDAK'in %60'ını oluşturarak en sık karşılaşılan akciğer kanseri tipidir [44,45]. Akciğerlerin dış kısmında yer alan bezlerdeki hücreleri etkileyen bu tip en sık kadınlarda, sigara içmeyenlerde ve 45 yaş altı kişilerde görülmektedir [45]. Sigara ile ilişkisi diğer kanser türlerine göre daha az olması nedeniyle genellikle genetik yatkınlık ve çevresel mağruziyetler sonucu oluşabileceği düşünülmektedir [26]. Akciğerlerin periferlerinde saptanan tümörlerde metastaz yeteneğinin daha fazla olduğu ve çoğunluğunda lenf nodututulumu görüldüğü belirtilmektedir [43].

Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK): Skuamöz hücreli karsinom tütün kullanan erkeklerde en sık karşılaşılan kanser türü olarak belirtilmektedir [3,45]. Genel olarak akciğerin merkezinde bronşlara yakın yerlerde başlangıç gösterdiği bildirilmektedir [44]. Skuamöz hücreli karsinom diğer kanser tipleriyle karşılaştırıldığında toraksın dışına daha geç yayılım göstermektedir [3].

Büyük Hücreli Karsinom (BHK): Akciğer kanserinin en nadir görülen tipidir. Hızlı büyüme gösterip, genellikle metastaz yapana kadar farkedilmemektedir [44]. Sigara kullanımı ile yakın ilişkisi olduğu bildirilmektedir. Genellikle periferik bir yerleşimde olup nekrotik görünüme sahiptir [45]. Büyük hücreli karsinom tanılmasında küçük biyopsiler ve sitolojik örneklerle tanıya gidilmemesi, yalnızca rezeke edilen tümörlerde tanının konulması önerilmektedir [3]. Amerika Kanser Vakfı tarafından ilk defa kanser teşhisi konacak bireylerde büyük hücreli karsinom gibi görünen çoğu vakanın kesin tanıda skuamöz hücreli karsinom veya adenokarsinom olarak tanılandığı belirtilmiştir [44].

2.1.5.2 Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK)

Küçük hücreli akciğer kanseri, daha az farklılaşmış, agresif seyirli ve yüksek dereceli bir nöroendokrin tümör olarak tanımlanmaktadır. Tüm akciğer kanserlerinin %10-15'ini kapsamaktadır [42,45]. Agresif seyirli olmasından dolayı ilk tanı konulduğunda bile

yayılım göstermekte ve ileri evre olma olasılığı yüksektir. Prognozun genel olarak kötü ilerlediği bu tipte tanı sonrası sağ kalım ortalaması 13 ay olarak bildirilmektedir. KHAK'de hastaların bir çoğunun uzun süreli ve fazla miktarda tütün kullanım hikayesi bulunduğu belirtilmiştir. Bu kapsamda taramalar sonucunda erken teşhis ile daha iyi bir prognoz sağlanabileceği düşünülmektedir [45-47]. KHAK, kemoterapi ve radyoterapiye oldukça duyarlı olmasına rağmen metastazlar oldukça hızlı görülmektedir [46]. En yaygın metastaz bölgeleri ise kontralateral akciğer, beyin, karaciğer, adrenal bezler ve kemik olarak belirtilmiştir [48].

2.1.6 Akciğer kanseri belirti ve bulguları

Akciğer kanser genel olarak ileri evrede teşhis edilmekte olup I. ve II. evrede teşhis edilen vakalar genellikle farklı bir şikâyetten dolayı sağlık kurumu başvurusu yapan hastalardır [15]. Hastaların az bir kısmı tesadüfen çekilen akciğer grafileri ile tanı alırken geri kalanı ise gösterdiği semptomlar sonucunda yapılan tetkikler sonucu teşhisi konulmaktadır [7]. Teşhis konulan hastalarda semptomlar tümörün akciğer içerisindeki lokalizasyonuna, büyüklüğüne ve yayılım özelliğine bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir [49].

2.1.6.1 Primer tümörün gelişimine bağlı olarak ortaya çıkan belirti ve bulgular

- Sürekli ve yoğun seyreden öksürük,
- Dispne,
- Göğüs, omuz ve sırtta görülen ağrı,
- Hemoptizi,
- Balgamın miktarında ve renginde değişme,
- Yutmada bozulma,
- Göz kapağında düşme,
- Wheezing,
- Tekrarlayan bronşit ya da zatürre ataklarıdır [15,49].

2.1.6.2 Bölgesel yayılım nedeniyle ortaya çıkan belirti ve bulgular

- Plevral efüzyon ve frenik sinir palsiyesine bağlı oluşan dispne,
- Sol rekurrent larengeal sinir palsisinden dolayı oluşan ses kısıklığı,
- Vena kava süperiorda obstrüksiyona bağlı yüzde ödemdir [15,20].

2.1.6.3 Uzak metastazların oluşması sonucu oluşan belirti ve bulgular

- Kemik metastazları sonucu oluşan kemik ağrıları,

- Karaciğer metastazı sonucu oluşan karın ağrıları,
- Merkezi sinir sistemi metastazlarına bağlı olarak konfüzyon, baş ağrıları ve baş dönmeleridir [7,15,49].

Spesifik olmayan uzak metastaz belirtileri ise ani ve fazla kilo kaybıyla beraber görülen zayıflıktır [7].

2.1.6.4 Paraneoplastik neoplazmlara bağlı olarak ortaya çıkan belirti ve bulgular

Paraneoplastik sendromların oluşumu, tümör tarafından biyoaktif maddelerin salınması veya tümör tarafından verilen yanıt ile ilişkilendirilmektedir. Paraneoplasti semptomları tanıdan önce hastalığın seyrinde veya hastalığın teşhisinden çok sonra da görülebilmektedir [7]. Bu belirti ve bulgular;

- Antidiüretik hormonun az salınmasına bağlı olarak oluşan hiponatremi,
- Parathormonun fazla salgılanmasına bağlı olarak oluşan hiperkalsemi,
- Hipertrofik pulmoner osteoartropati,
- Ektopik adrenokortikotropik hormon sekrete edilmesidir [15].

2.1.7 Akciğer kanserinde tanılama

Akciğer kanseri genellikle erken evrede belirti vermeyip, kullanılan tanı yöntemleri ile tespit edilebilen bir hastalıktır. Tanılama sürecinde kullanılan yöntemlere ise metastaz varlığına, tümörün tipine, boyutlarına ve hastaların genel özelliklerine göre karar verilmektedir [20]. Tanılama yöntemlerinin başında kapsamlı bir anamnez gelmekte hastanın klinik öyküsü alınırken tütün kullanımı, mesleği, yaşam şekli ve çevresel faktörler incelenmelidir [49]. Akciğer kanserinin tanılanmasında kullanılan yöntemler girişimsel (invaziv) ve girişimsel olmayan (non-invaziv) yöntemler olmak üzere olarak iki şekilde tanımlanmaktadır [7].

2.1.7.1 Girişimsel olmayan (noninvaziv) tanı yöntemleri

Laboratuvar İncelemeleri: Hastalardan laboratuvar incelemeleri kapsamında tam kan sayımı ile birlikte karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon değerlerini içeren tahliller yapılmaktadır [7,20].

Radyolojik Görüntüleme Yöntemleri:

- *Akciğer Grafisi:* Tanı koyma aşamasında ilk olarak laboratuvar testleriyle birlikte iki yönlü akciğer grafisi çekilmektedir. Akciğer grafisi tümöral yapının nerede lokalize olduğunu ve büyüklüğünü belirlemede kullanılabilir [15,45].
- *Bilgisayarlı Tomografi (BT):* Tümörün diğer organlara metastazı toraks BT çekilerek anlaşılabilir. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) ile birlikte kullanıldığı

zaman tümörün sapma oranını ve tümörün atelektazi veya konsolidasyonundan ayırımında başarı şansını artırdığı belirtilmektedir [45].

- *Pozitron Emisyon Tomografisi-Bilgisayarlı Tomografi (PET – FDG)*: PET, akciğer kanserinin belirlenmesinden daha çok evrelendirme işleminde kullanılmaktadır. PET sonucunun olumsuz çıkması metastazları dışlamakta fayda sağlamaktadır [7,45]. Bu yöntemin beyin metastazlarını değerlendirmede, tümör büyüklüğü ve uzaklık-yakınlığını saptamada yetersiz olduğu belirtilmektedir [15].
- *Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)*: Normal doku yoğunluk farkını ve tümörü ayırt etmekte oldukça faydalıdır. Tümörün yumuşan doku ve kemik metastazlarını göstermede MRG'nin oldukça başarılı olduğu belirtilmektedir. Akciğer kanseri tanısı almış hastalarda beyin metastazlarını saptamada özellikle yarar sağlayan bir yöntem olduğu bildirilmektedir [45].

Balgam Sitolojisi: Balgam içerisinde kanser hücreleri arama yöntemi olarak tanımlanabilmektedir [15]. Maligniteye sahip olan hücreler bronş lümenine dökülerek balgamla dışarı atılabilmektedir. Bu açıdan özellikle merkezi yerleşime sahip olan tümörlerin belirlenmesinde oldukça yaygın olarak kullanılmakta olan bir yöntemdir [20].

2.1.7.2 Girişimsel (invaziv) tanı yöntemleri

Bronkoscopi: Bronkoskop adı verilen kameralı bir cihaz yardımıyla oral veya nazal yolla bronşlara ulaşılması ve akciğerlerin görüntülenerek örnek alınmasını sağlayan işlemdir [15]. Bronkoscopi akciğer kanserinin tanı, evreleme ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Tanı koymadaki verimliliği tümörün boyutuna ve yerine bağlıdır [7]. Bronkoscopi işlemiyle bronş lavaj sıvısı, mukoza veya tümör dokusundan biyopsi, fırçalama, transbronşial iğne aspirasyonu biyopsisi, postbronkoskopik balgam ve bronkoalveolar lavaj elde edilebilmektedir [45]. Akciğer kanserinin tanısı ve tipi alınan bu örneğin patoloji laboratuvarında incelenmesi sonucu konulmaktadır [15,45].

Transtorasik (perkütan) ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİAB): Akciğer kanserinin hangi evrede olduğunu diğer yöntemlerle belirlenemediği durumlarda kullanılmaktadır. Bu tür durumlarda önce tomografi ile görüntüleme yapıp içeriye iğne ile girilerek biyopsi örneği alınmaktadır [20]. Bu işlemin dezavantajlı yönü pnömotoraksa neden olma olasılığıdır [7]. Periferik lezyonlar için sık kullanılan bir işlem olarak belirtilmektedir. Bening lezyonlarda malign lezyonlarda olduğu kadar etkili bir yöntem olmadığı bildirilmektedir [45].

Torasentez: Toraks içine iğne ya da kateter kullanılarak girilip plevral boşlukta herhangi bir nedenden dolayı biriken sıvının boşaltılması olarak tanımlanmaktadır [20]. Alınan örneğin incelenmesi sonucunda tanı konulabilmektedir. Kesin tanı konulmasında biyopsi ile balgam sitolojisinin yetersiz kaldığı durumlarda torasentez tercih edilmektedir [15]. Plevral sıvının da eşlik ettiği malignite durumlarında etkili bir tanı yöntemidir [45].

Torakotomi: Tüm tanısal testlerin yapılarak herhangi bir sonuca ulaşılmadığı durumlarda cerrahi müdahale ile toraksın açılıp tanısal amaç ile tümörden parça alınması işlemidir. Sıklıkla tercih edilen bir yöntem olmadığı belirtilmektedir [15].

2.1.8 Akciğer kanserinde evreleme

Akciğer kanseri teşhis edilen hastalara en uygun tedaviyi şekillendirebilmek için uygun bir evrelendirme yapılması gerekmektedir [15]. Akciğer kanserinin evreleme sistemi Amerikan Ortak Kanser Komitesi (AJCC) tarafından tasarlanmış olup TNM evreleme sistemi olarak tanımlanmıştır [42]. TNM evreleme sistemi tümörün boyutu (T), lenf sistemine yayılımı (N) ve metastaz varlığına (M) yönelik bilgileri kullanarak kanserin evrelendirilmesinde yardımcı olur [3,42]. TNM evrelendirmesinin güncel sistemi olan Sekizinci TNM evrelendirme sistemi Uluslar Arası Akciğer Kanseri Çalışma Derneği'nin (IASLC) Uluslararası Evrelendirme Projesi olarak tamamlanarak 2017 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Akciğer kanserinde TNM evrelemesi faydalı prognostik bilgiler sağlamak ve tüm KHKDAK'lerin evrelendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir [3].

TNM evreleme sisteminde yer alan tanımlamalar;

T: Tümörün büyüklüğünü göstermektedir.

TX: Primer tümör değerlendirilmemiştir.

T0: Primer tümör bulgusu yoktur.

T1-2-3-4: Tümörün artan boyutu ve lokal yayılımını ifade etmektedir.

N: Lenf bezi katılımını ifade etmektedir.

NX: Değerlendirilmemiş lenf bezini ifade etmektedir.

M: Metastaz mevcuttur.

MX: Metastaz değerlendirilmesi yapılmamıştır.

M0: Metastaz yoktur.

M1-2-3-4: Metastaz durumunu ifade eder [24].

2.1.8.1. T faktörünün açıklaması

Tx: Yapılan balgam testleri veya bronşiyal yıkama sıvılarında malign hücrelere rastlanmış olup görüntüleme yöntemlerinde herhangi bir malignite saptanamadığı durumlardır.

T0: Primerde tümör varlığı ile ilgili herhangi bir bulgu saptanamadığı durumlardır.

Tis: Karsinoma in situ tümör gözlemediği durumlardır [50,51].

T1: Tümörün toplam çapının 3 cm veya altında olduğu, etrafı akciğer ve/veya visseral plevra ile çevrilmiş olan, ana bronşlarda tutulum görülmeyen tümörlerdir [15,20,42,51,52].

T1mi, minimal yayılım gösteren adenokarsinom olarak tanımlanmaktadır.

T1a, tümör boyutunun 1 cm ve daha küçük olduğu tümörler olarak tanımlanmaktadır (tümör boyutu \leq 1 cm).

T1b, tümör boyutunun 1 cm den büyük, 2 cm veya 2 cm den küçük olduğu tümörler olarak tanımlanmaktadır (1 cm $<$ tümör boyutu \leq 2 cm).

T1c, tümör boyutunun 2 cm den büyük, 3 cm veya 3 cm den küçük olduğu tümörler olarak tanımlanmaktadır (2 cm $<$ tümör boyutu \leq 3 cm)[15,20,50,51].

T2: Tümörün toplam çapı 3 cm den büyük 5 cm veya 5 cm den küçük olan (3 cm $<$ tümör boyutu \leq 5 cm) veya aşağıdaki üç şartı sağlayan tümörler olarak belirtilmektedir:

- * Karinaya yayılım söz konusu değildir.
- * Ana bronşa ve visseral plevraya yayılım söz konusudur.
- * Hiler bölgede görülen ancak bütün akciğeri kapsamayan obstrüktif pnömoni veya atelektazi mevcuttur [15, 51, 52].

T2a, tümör boyutunun 3 cm den büyük, 4 cm veya 4 cm den küçük olduğu tümörler olarak tanımlanmaktadır (3 cm $<$ tümör boyutu \leq 4 cm).

T2b, tümör boyutunun 4 cm den büyük, 5 cm veya 5 cm den küçük olduğu tümörler olarak tanımlanmaktadır (4 cm $<$ tümör boyutu \leq 5 cm)[51,52].

T3: Tümörün toplam çapının 5 cm den büyük, 7 cm veya 7 cm den küçük olduğu tümörler olarak tanımlanmaktadır (5 cm $<$ tümör boyutu \leq 7 cm). Primer tümörle aynı lopta metastatik nodül veya nodüller görülmektedir. Göğüs duvarı, pariyetal perikard, frenik sinir yapılarından birine yayılım söz konusu olduğu belirtilmektedir [50-52].

T4: Tümörün toplam çapının 7 cm üzerinde olduğu veya vertebra korpusu, karina, özefagus, rekürren larengeal sinir, kalp ve büyük damarlara invazyon yapan tümörler olarak tanımlanmaktadır [15, 50, 51].

Buzlu cam nodülleri genellikle adenokarsinomlarda gözlemlenmektedir. 8. Evreleme sisteminde bu durum da değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre adenokarsinom in situ tümör Tis (AIS) olarak adlandırılmıştır. Klinik Tis (AIS); 3 cm ve daha küçük buzlu cam nodülleri için kullanılmakta olup patolojik Tis (AIS); invaze olmayan alveol duvarı boyunca ilerleyen 3 cm ve altı buzlu cam nodüllerini açıklamaktadır [51,52].

2.1.8.2. N faktörünün açıklaması

Nx: Bölgesel lenf nodu değerlendirilemediği durumlar olarak tanımlanmaktadır.

N0: Bölgesel lenf nodu metastazının olmadığı durumlar olarak tanımlanmaktadır.

N1: Hiler peribronşiyal veya lenf nodu metastazı, tümörün doğrudan yayılımıyla intrapulmoner lenf nodu tutulumu olarak tanımlanmaktadır.

N2: Aynı tarafta mediastinal veya subkranyal lenf nodlarına metastaz olarak tanımlanmaktadır.

N3: Kontralateral düğümlerin veya herhangi bir supraklaviküler düğümün tutulumu olarak tanımlanmaktadır [50-53].

2.1.8.3. M faktörünün açıklaması

Mx: Uzak metastaz olup olmadığının değerlendirilemediği durumdur.

M0: Uzak metastaz yokluğunu tanımlamaktadır.

M1: Uzak metastaz varlığını tanımlamaktadır.

- **M1a,** karşı taraftaki akciğerde tümöral nodüller, malign plevral effüzyon veya plevral nodülleri içeren intratorasik metastazları tanımlanmaktadır.
- **M1b,** tek bir akciğer dışı organda metastaz tek metastaz varlığı olarak tanımlanmaktadır.
- **M1c,** bir veya birden çok ekstratorasik metastaz varlığı ve kötü prognoz durumu olarak tanımlanmaktadır [50-53].

Tablo 2.1. Amerikan Kanser Ortak Komitesi TNM evreleme sistemi [54].

Evre		T	N	M
Gizli (Okült) karsinom		Tx	N0	M0
Evre 0		Tis	N0	M0
Evre 1	IA1	T1mi	N0	M0
		T1a	N0	M0
	IA2	T1b	N0	M0
	IA3	T1c	N0	M0
Evre 1I	IB	T2a	N0	M0
		T2b	N0	M0
	IIA	T1a	N1	M0
		T1b	N1	M0
		T1c	N1	M0
		T2a	N1	M0
Evre 1II	IIIA	T2b	N1	M0
		T3	N1	M0
		T4	N0	M0
		T1a	N2	M0
		T1b	N2	M0
		T1c	N2	M0
		T2a	N2	M0
		T2b	N2	M0
	IIIB	T3	N1	M0
		T4	N1	M0
		T1a	N3	M0
		T1b	N3	M0
		T1c	N3	M0
		T2a	N3	M0
IIIC	T2b	N3	M0	
	T3	N2	M0	
	T4	N2	M0	
	T3	N3	M0	
Evre 1V	IVA	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1a
		Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1b
	IVB	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1c

2.1.9 Akciğer kanserinde tedavi

Akciğer kanseri tedavisinde ilk amaç hastalığın tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Tedavinin mümkün olmadığı durumlarda ise destekleyici tedavi yöntemleri kapsamında hastalığın etkilerinin azaltılması, semptom yönetiminin sağlanması, sağ kalım süresinin arttırılması ve hastanın kalan yaşam süresi boyunca yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması hedeflenir [3]. Akciğer kanserinde tedavi planına tümörün histolojik tipi, evrelendirmesi, hastaların yaşı, kardiyopulmoner durumu ve performans durumu gibi özellikler değerlendirilerek ve yarar/zarar ilişkisi gözetilerek karar verilmektedir [7,15,55]. Günümüzde teknolojik ilerlemelerle birlikte akciğer kanseri tedavisinde çeşitli tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Hastaya en uygun tedavi seçeneğine karar verilebilmesinde hücre tipinin iyi belirlenmiş olması ve doğru bir evrelendirme yapılması

oldukça önemlidir [15]. Kanser prognozunu öngörebilmek için evrelendirme en önemli aşama olarak bildirilmektedir [55]. Belirlenen ileri evreler kanser prognozunun kötüleşmesine işaret etmektedir [45]. Kanser tanısında kullanılan yöntemler ile ayrıntılı bir evrelendirme yapılabilmesine rağmen klinik evre ile patolojik evrenin birbirine uygunluğu %50-60 olarak belirtilmektedir [55].

2.1.9.1. Cerrahi tedavi

Akciğer kanserinde cerrahi tedavi, yaygın olarak tümörün cerrahi bir işleme çıkarılmasıdır. Cerrahi tedavi tanımlayıcı, küratif, önleyici, palyatif ve rekonstrüktif amaçla yapılabilmektedir [15].

KHDAK'de opere edilme kriterlerine uygun Evre-I ve Evre-II akciğer kanseri hastalarında temel tedavi yöntemi cerrahi olup tümör çıkarılmaktadır [45,55]. Cerrahi tedavi sonucu KHDAK'da beş yıllık sağ kalım oranı %18 iken [55], cerrahi tedavi uygulanan Evre-I akciğer kanseri tanısı alan hastalarda bu oran yaklaşık %60-80 [45,55,56], Evre-II akciğer kanseri tanısı alan hastalarda ise %30-50 olarak belirtilmektedir [56]. Cerrahi rezeksiyon, tümörün yükünü azaltarak radyoterapi ve kemoterapinin etkinliğini artırabilmektedir. En sık kullanılan yöntemlerden biri olan lobektominin, Evre-I ve Evre-II KHDAK'nın cerrahi rezeksiyonunda önemli olduğu belirtilmektedir [45]. Pnömonektomi, segmentektomi, wedge rezeksiyonu, sleeve lobektomi, bilobektomi ise akciğer kanseri hastalarının tedavisinde kullanılan diğer cerrahi yöntemlerdir [7,15,20,45].

KHAK'da cerrahi tedavi seçili Evre-I akciğer kanseri hastalarında yapılabilmektedir. KHAK'ın hızlı metastaz yapma yeteneği nedeniyle cerrahi tedavi hastaların çok az bir kısmında uygulanabilmektedir [58].

2.1.9.2. Radyoterapi

Radyoterapi, iyonizan ışınlar kullanılarak tümör hücrelerinin tahrip ederek öldürmeyi, sağlıklı dokulara en az hasarı vermeyi amaçlayan tedavi şeklidir [53-60]. Radyoterapide hücresel DNA'ya doğrudan veya dolaylı olarak ışın verilerek, tümöral yapı tedavi edilmeye çalışılır [58]. Bu tedavi şekli vücudun sadece belli bir bölgesini hedefleyerek yapılabileceği gibi tüm vücuda da yapılabilmektedir [61].

Akciğer kanseri tanısı alan hastalar için radyoterapi, küratif, profilaktik ve palyatif amaçlı kullanılmaktadır [15,57]. Akciğer kanseri türü belli olan hastalarda evrelendirmeye karar verildikten sonra ve hastanın performansı, kilo kaybı, kardiyopulmoner rezervi gibi faktörler göz önünde bulundurularak radyoterapi planlaması yapılır. Literatürde cerrahi

rezeksiyonlardan sonra bölgesel yapılan radyoterapinin etkinliğinin yüksek olduğu belirtilmiştir [45,61]. Bununla birlikte radyoterapi kemoterapiyle kombine olarak uygulandığında da tümörün kontrolü ve sağ kalımı olumlu yönde etkilediği bilinmektedir [61].

KHDAK'da rezeksiyona uygun olmayan Evre-III hastalarda seçkin tedavi kemoradyoterapidir. Uygunluk görülürse cerrahi tedavi de eklenebilmektedir. Evre-IV hastalarda tedavi seçimi metastaz sayısı, metastaz bölgesi, hastalığın yaygınlığı ve histolojik tipiyle birlikte mutasyonlara göre değişiklik göstermektedir. Evre-IV hastalarda tedavideki asıl amaç hastanın daha az semptomla yaşam kalitesini yüksek tutmaktır. Bu bağlamda sistemik tedaviyle birlikte bazı durumlarda palyatif radyoterapi uygulanabilmektedir [45].

KHAK'da ise tedavi hastalığın evresine göre planlanmaktadır. KHAK tedavisinde kombinasyon tedavisi temel alınmaktadır. Radyoterapinin kemoterapiye eş zamanlı olarak uygulanması hem lokal kontrolü sağlamakta hem de sağ kalım süresini uzatmaktadır. Kemoterapi uygulanan KHAK hastalarında sitotoksik ilaçlar kan beyin bariyerini aşmadığı için beyin metastazlarına sık rastlanılmaktadır. Bu durumda sınırlı evre KHAK hastalarında kemoterapi ile tam yanıt alındığında koruyucu olarak beyin radyoterapisi yapıldığında beyin metastaz oranı belirgin olarak azaldığı belirtilmiştir [45].

2.1.9.3. Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerinin kemoterapotik ajanlarla yok edilmesidir [64]. Kanser tedavisinde uygulanan sitotoksik ajanlar hastalığın durumuna ve ilaca verilen cevaba göre bir veya birden fazla kez uygulanabilmektedir [62]. Tedavide planlanacak antikanser ilaçlar (sitotoksik ajanlar) tek veya kombine olarak hastaya verilmektedir [22,24]. Kemoterapi uygulamasının seçilmesinde tümörün histopatolojik durumu önemlidir [15]. Kanser hastalarına verilecek antikanser ilaçlar kanser hücresinin evresine göre değişebilmektedir.

- G0 evresinde kemoterapi etkisizdir.
- G1 evresinde kemoterapötik ilaçlar verilir.
- S evresinde kemoterapötik ilaçlar uygulanabilmektedir.
- G2 evresi hücrelerin sitotoksik ajanlara duyarlı olduğu evredir
- M evresinde de hücreler sitotoksik ajanlara duyarlıdır [24].

KHDAK'de Evre-III hastalar heterojen grup olarak tanımlanmakta olup, Evre-IIIA ve Evre-IIIB hastalarda etkin tedavi seçeneğinin kemoterapi ve radyoterapinin kombine

bir şekilde uygulandığı yöntemdir. Seçili hastalarda cerrahi tedavi de düşünülmektedir. KHK'de IV. evre hastalarda ise metastaz durumu, tümörün histolojik tipi ve saptanan mutasyonlara göre tedavi planlanmaktadır. Evre-IV akciğer kanserli hastalarda tedavi sistemik olarak ilerlemektedir. Hastanın yaşam kalitesini artırabilmek ve sağ kalım süresini uzatabilmek amacıyla kemoterapi, palyatif amaçla radyoterapi veya cerrahi tedavi planlanabilmektedir [45,55]. KHAK'da ise kombine tedavi esas alınmakla birlikte platin bazlı kemoterapinin genel yanıt oranları fazla olduğu ve sağkalımı artırdığı bildirilmiştir [45].

2.1.9.4 İleri evre akciğer kanserinde güncel tedavi yaklaşımları

Son yıllardaki bilimsel ve teknolojik alanlardaki ilerlemelerle birlikte kemoterapi, radyoterapi gibi tedavilere ek olarak yeni kanser tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Bu tedavi yöntemlerinden biri de hedefe yönelik tedavilerdir. Hedefe yönelik tedaviler, hastalarda daha az yan etki göstermesi ve sağkalım şansını artırması nedeniyle günümüzde akciğer kanseri tedavisinde sıklıkla tercih edilmeye başlanmıştır [65,66]. Hedefe yönelik tedaviler ile genel olarak kişinin immün sistemine ait hücrelerin kanser hücrelerini hedef alarak bu hücreleri yok etmesi amaçlanmaktadır [37,66]. Hedefe yönelik tedavilerin etki mekanizmasında; hücre büyüme sinyalinin blokajı, yeni damar oluşumunun inhibisyonu ve apoptozisi indüklenmesi, immün sistemin uyarılması ve kanser hücrelerine toksisite gösterecek moleküllerin ulaştırılması yer almaktadır. Bu tedavi yönteminde amaç hastanın kendi bağışıklık sistemini güçlendirerek kanser hücrelerinin büyüme ve çoğalmasına izin veren vücut yanıtını değiştirmek, vücudun kendi bağışıklık sisteminin kanser hücrelerine olan duyarlılığını artırarak kanser hücrelerini yok etmek veya etkisiz hale getirmektir [66-69].

KHK'de epidermal büyüme faktörü reseptörü (EGFR) mutasyonları ve anaplastik lenfoma kinaz yeniden düzenlemelerinin tirozinkinaz inhibitörleri için en uygun biyobelirteçler olduğu bildirilmektedir. Güncel klinik araştırmalarda bu biyobelirteçlere LOS-1 yeniden düzenlemeleri ve BRAF mutasyonu eklenmiştir. Belirlenen bu hedefler önemli sinyal yolları komponentleri ve kanser fenotipini etkileyen metabolik süreçlerle ilgili faktörlerdir. Tedavide Gefitinib, Erlotinib, Afatinib ve Osimertinib gibi epidermal büyüme faktöründe bulunan ve tirozinkinazı hedef alan ajanların kullanılması hastaların yaşam kalitesini olabildiğince yüksek tutarak sağkalım sürecinde iyileşme sağladığı bildirilmiştir. Anjiyogenez inhibitörü olan Bevacizumab kullanımının ise ileri evre KHK hastalarında sağkalım süresini uzattığı gözlemlenmiştir. Çok hedefli bir

antifolat ajanı olan Pemetrexed kullanımı da KHDAK tanılı hastaların tedavisinde ve sağkalım sürelerinin artırılmasında etkili olduğu belirtilmektedir [70,71].

Akciğer kanseri tedavisinde güncel tedavi modalitelerinden biri de immunoterapilerdir. İmmün kontrol noktası inhibitörleri (İKNİ), son yıllarda solid tümörlerin yönetiminde en umut verici tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Tümör mutasyon yükü yüksek olan akciğer kanseri hastalarında İKNİ tedavisindeki yanıt oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Özellikle son dönemde KHDAK hastalarının tedavisinde Nivolumab, Pembrolizumab ve Atezolizumabın genel sağkalım üzerine olumlu etkileri olduğu gözlemlenmiş ve tedavide kullanımı yaygınlaşmıştır. EGFR mutasyonu belirlenen KHDAK hastalarının tedavisinde öncelikli olarak tirozin kinaz inhibitörlerinden yararlanılmakta ve tedaviden yanıt alınmaktadır. Bununla birlikte EGFR mutasyonunun immunoterapideki rolü tam olarak anlaşılmamış olup bu hastalarda kemoterapiden daha etkili olduğu belirtilmektedir. [67-69].

2.1.10 İleri evre akciğer kanseri hastalarında sık görülen semptomlar ve yönetimi

Kanserin ilerleyişi, tedavisi ve tedavilerin yan etkileri vücuttaki tüm sistemleri etkilemektedir. Bu nedenle hastağın seyri ve tedavi ilişkili hastalarda birden çok semptom görülmektedir. Bu semptomlar hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve tedaviye yönelik olumsuz duygular yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle ileri evre akciğer kanseri hastalarında görülebilecek semptomların erken dönemde tanılanması ve yaşam kalitesini ve hasta konforunu artıracak gerekli tedavi ve bakım yönetiminin sağlanması önem arz etmektedir [71,72].

2.1.10.1. Ağrı

Akciğer kanserinde ağrı özellikle hastalığın ileri evrelerinde sıklıkla görülen (%90), bireyleri korkutan ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olan önemli bir semptomdur. İleri evre akciğer kanserinde görülen ağrı genellikle tedavi şekli, hastalığın evresi, metastaz varlığı, tümörün nöral yapılara yakınlığı ve hastanın duruma gösterdiği psikolojik yanıtı göre değişkenlik göstermektedir [71,73]. Ağrı, tedavi sürecini olumsuz olarak etkileyebilecek bir semptom olması nedeniyle yönetimini zorunludur. Ağrı kontrolünde kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi önceliklidir [72,73]. Bireylerde ağrı tanımlaması yaş, cinsiyet, kişilik, bireyin ağrıyı algılama biçimi, ağrı eşiği gibi deneyimlere bağlıdır. Ağrı değerlendirmesi yaparken bu parametrelere göre değerlendirme yapılması gerekmektedir [73]. Bireylerin tedavi yönetiminde mevcut hastalık tanısı ve komorbiditeler, psikolojik

durum ve ağrının etkilediği alanlar ayrıntılı olarak değerlendirilmeli ve ağrı tedavisinin bu doğrultuda planlanması gerekmektedir [73]. Değerlendirmeler sonucu ağrı semptomu olan hastalara farmakolojik ve farmakolojik olmayan uygulamalar kullanılarak ağrı azaltılmaya ve ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Kronik ağrısı olan hastalara düzenli olarak analjezik tedavisi uygulanmalıdır. Analjezik seçimi ağrının nedeni ve niteliğine göre belirlenmelidir [72,73].

Akciğer kanserli hastalarının ağrı yönetiminde DSÖ'nün ağrı basamak tedavisinden yararlanılmaktadır. Bu tedavi yöntemine göre;

- * Hafif ağrının yönetiminde non-opioid analjezikler ve adjuvan olarak antikonvülsanlar ve antidepresanlar eklenebilmektedir,
- * Orta şiddetdeki ağrının yönetiminde zayıf narkotik analjezikler, non-opioidler ve adjuvan tedavi uygulaması tercih edilmektedir.
- * Şiddetli ağrının yönetiminde ise güçlü narkotik analjeziklerle birlikte nonopioidler ve adjuvan tedavi tercih edilebilmektedir [72-74].

Ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik uygulamalarda opioid ilaç kullanımı sırasında olabilecek yan etkiler (hipotansiyon, bulantı-kusma, solunum depresyonu, konstipasyon gibi) hakkında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi oldukça önemlidir [71]. Ağrı yönetiminin farmakolojik yöntemlerle birlikte kanıta dayalı farmakolojik olmayan uygulamalarla desteklenmesi önerilmektedir. Bu yöntemler arasında ise ağrıya yönelik verilen eğitimler, dikkati başka yöne çekme teknikleri, hayal kurma, müzik dinleme, hobi edinme, akupunktur, masaj terapileri, sıcak-soğuk uygulamaları, gevşeme egzersizleri, yoga, reiki gibi girişimler sayılabilir. Bununla birlikte farmakolojik olmayan uygulamaların seçiminde hastaların bireysel özellikleri ve ağrı derecesinin göz önünde bulundurulması önerilmektedir [71-74].

2.1.10.2. Yorgunluk

İleri evre akciğer kanseri hastalarında yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli semptomlardan biridir. İleri evre akciğer kanserinde yorgunluğun oluşmasına neden olan önemli faktörler arasında progresif tümör gelişimi, tedavide kullanılan sitotoksik, biyolojik ve moleküler hedefli ajanlar, radyoterapi, anemi, ağrı, uyku bozuklukları gibi semptomlar ve beslenmenin yeterli düzeyde olmaması yer almaktadır [71,73,75]. Kemoterapi alan akciğer kanseri tanılı hastalarında önemli oranda (%75-100) yorgunluk semptomu gözlenmektedir. Hastaların %45'inde kemoterapiden bir hafta, %33'ünde ise iki hafta sonrasına kadar yorgunluk semptomu devam etmektedir.

Kemoterapi ve radyoterapi ilişkili görülen yorgunluk, anemi ve hücre yıkımına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kemoterapötikler dışında tedavide kullanılan opioidler, anksiyolitikler, antidepresanlar ve nöroleptikler sedasyon etkilerinden dolayı yorgunluğun nedeni olabilmektedir [75]. Yorgunluğun azaltılmasını sağlamada öncelikle yorgunluğa neden olan etmenleri belirlemek ve bunlara yönelik olarak girişimlerin planlanması gerekmektedir. Hastalarda beslenmenin, uyku saatlerinin düzenlenmesi ve enerji/performans durumlarının göz önünde bulundurularak aktivite planlaması yapılması gerekmektedir. Yapılan planlamalar kalan saatlerde hastalarda daha fazla yorgunluk yaratacak düzeyde olmamalıdır. Hastaların tolere edebileceği aktivite miktarı artırılmaya çalışılmalı, bunun için fizik tedavi ve egzersizlerden yararlanılmalıdır. Enerji ve zaman yönetimi planlamaları ile uyku düzeni sağlanabilmektedir [71-73].

2.1.10.3. İştahsızlık

İştahsızlık kanser hastalarının %30-40'ında rastlanılan bir semptomdur. İştahsızlık gıda alımının azalmasına bağlı olarak besin emiliminin azalmasına ve mortalite ve morbidite oranlarına neden olmaktadır [76]. İştahsızlık, tümör nedeniyle gelişebileceği gibi bulantı-kusma, ağrı, depresyon, disfaji gibi semptomlarla ilişkili olabilmektedir. Bu nedenle hastanın iştahsızlık nedeni belirlenmeli, kilo takibi yapılmalı ve beslenme uzmanıyla iletişime geçilerek beslenme düzeninin oluşturulması sağlanmalı, gerekli durumlarda total parenteral beslenme planlanmalıdır. Hasta sevdiği bir ortamda ve sevdikleriyle birlikte yemeğe teşvik edilebilir. Yemekler iştah uyandıracak şekilde olmalı, mümkünse yemeklerden önce hastanın fonksiyonel kapasitesine uygun olacak şekilde egzersiz planlanmalıdır. Hasta az az ve sık sık beslenmeye teşvik edilmelidir [72,73].

2.1.10.4. Dispne

Dispne, özellikle ileri evre akciğer kanserinde oldukça sık karşılaşılan bir semptomdur. Hastanın yaşam kalitesini oldukça olumsuz yönde etkileyen ve fonksiyonel bağımlılığa neden olan bir durumdur. Akciğer kanserinde dispne, sıklıkla malignite varlığına bağlı ortaya çıksa da bazı durumlarda psikolojik, fizyolojik, çevresel ve sosyal faktörlere bağlı olarak da görülebilmektedir [1,77]. Dispne görülen hastalarda uygulanan farmakolojik ajanlar opioidler, sedatifler, kortikosteroidler ve bronkodilatörlerdir [72]. Ağrısı olan hastalarda hiperventilasyon sonucu dispne gelişme durumu söz konusu olduğu için analjezikler fayda sağlayabilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı veya astım gibi akciğer hastalıklarının eşlik ettiği durumlarda ise bronkodilatörler

dispneyi önlemede etkili olabilmektedir. Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik faktörler dispne oluşumuna neden olabildiği için, uygun değerlendirme ve farmakolojik tedavi ile desteklenerek dispnenin önüne geçilebilmektedir [71].

Dispnenin yönetiminde farmakolojik olmayan yöntemler hemşirelik uygulamaları açısından önemli olup hasta ve aile eğitimi bu konuda önceliklidir [71]. Hastanın bulunduğu ortamda hava sirkülasyonunun sağlanması, hastanın tolere edebileceği gevşeme egzersizlerinin uygulanması, pozisyon değişikliği ile ventilasyona destek sağlanması, anksiyeteyi azaltmak üzere hasta ile iletişim kurulması ve postural drenaj ve hasta yakınlarına yapabilecekleri uygulamalar hakkında eğitim vererek uygulamalarının sağlanması farmakolojik tedaviye destek olarak dispnenin azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir [71,72]. Dispne durumunda destekleyici oksijen tedavisi de etkili olabilmektedir [72]. Bununla birlikte literatürde dispne yönetiminde önerilen yaklaşımlar arasında solunum egzersizleri, gevşeme egzersizleri, akupunktur ve yüze fan uygulaması da yer almaktadır [71,77,78].

2.1.10.5. Öksürük

Öksürük basit bir semptom olarak görülsede akciğer kanseri hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir semptomdur. İleri evre akciğer kanseri hastalarında dispneyi tetikleyip, anksiyete ve huzursuzluğu artırmakta, uyku düzeninin bozulmasına ve dinlenmenin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Bu nedenle erken dönemde farkedilip kontrol altına alınması önem arz etmektedir. Akciğer kanserinde öksürüğün genel olarak var olan tümör veya uygulanan tedavi yöntemleriyle ortaya çıktığı belirtilmektedir [71,78].

Öksürüğün önlenmesinde uygulanabilecek farmakolojik ve farmakolojik olmayan bazı yöntemler mevcuttur. Akciğer kanserinde farmakolojik ajan olarak santral etkili antitüsif opioidler ve nonopioidler, periferik etkili antitüsifler, bronkodilatörler, kortikosteroidler ve lokal anestezipler kullanılmaktadır [71,79]. Opioidler akciğer kanserinde öksürük tedavisinde en etkili grup olarak bildirilmekle ve yan etkileri yönünden hastaların dikkatli izlemi gerekmektedir. Opioid kullanımı solunum merkezi depresyonu ve hipovekilasyona neden olabileceğinden dikkatli uygulanması önerilmektedir [79]. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar arasında nazofarengeal sekresyonların temizlenmesi, öksürme ve solunum egzersizi çalışmalarının yapılması, hasta ve yakınına eğitim verilmesi, egzersizler konusunda teşvik edilmesi yer almaktadır.

Hastanın balgam rengi, kokusu ve miktarı takip edilmeli, enfeksiyon belirti ve bulguları açısından hasta izlemi yapılmalıdır [71,78].

2.1.11. İleri evre akciğer kanseri hastalarında karşılanmamış gereksinimler

Kanser, tanı anından itibaren hasta ve ailesi üzerinde derin bir etki ve çaresizlik yaratan hastalıktır. Akciğer kanseri hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların diğer kanser türlerine göre semptom yükünün daha fazla olduğu ve daha sık acil çözüm gerektiren durumlarla karşılaşabildiği bildirilmektedir [12,80,81]. Kanser hastalarının gereksinimleriyle verilen hizmet arasındaki fark karşılanmamış gereksinimleri ifade etmektedir. İleri evre akciğer kanserinde semptom yükünün fazla, sağ kalım oranlarının düşük olması nedeniyle gereksinimlerin karşılanması oldukça önemlidir [82,83]. İleri evre akciğer kanseri hastalarının gereksinimlerinin karşılanmaması durumu hastalığın seyrini ve tedaviye uyumu olumsuz etkileyebilmektedir [84].

İleri evre akciğer kanseri hastaları tanı aldığı süreçten itibaren hastalığın yönetimi, tedavi sonucu görülen semptomlar, geleceğe yönelik belirsizlik, umutsuzluk, hastalığın yayılma korkusu, beden imajındaki bozulmalar, cinsel işlevde sorunlar, maddi kaygılar, aile içi ve sosyal ilişkilerde dengesizlikler gibi birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Birçok kanser hastasının yaşadığı bu zorluklarla başa çıkmada hastaların destek sistemlerini de harekete geçirerek gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir [85]. Zhang ve ark. (2019)'ın Çin'de yaptığı bir çalışmada ileri evre akciğer kanseri hastalarının daha fazla destekleyici bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir [86]. Kanser hastalarının hastalık sürecinde görülebilen gereksinimleri; fiziksel gereksinimler, cinsellik gereksinimi, iletişim ve bilgi gereksinimi, psikososyal gereksinimler ve spiritüel gereksinimler olarak sınıflandırılabilir [82].

2.1.11.1. Fiziksel gereksinimleri

İleri evre akciğer kanseri hastalarında gerek hastalığın evresinin ileri olması gerekse uygulanan tedavilerin yan etkileri hastalarda günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek fiziksel sorunları ve karşılanması zorlu gereksinimleri ortaya çıkarmaktadır [82,87]. Bu dönemde karşılaşılan ağrı, yorgunluk, dispne, öksürük, bulantı- kusma, iştahsızlık, depresyon, anksiyete gibi semptomlar hastaların bağımsızlıklarını kısıtlayarak fonksiyonlarını bağımlı hale getirebilmektedir [3,82]. Özellikle ileri evre hastalarda ve palyatif bakımın gerektiği durumlarda hastaların ihtiyaçlarını kendi kendine karşılamaları oldukça zor hale gelmekte ve bakım ihtiyaçlarına gereksinimleri fazlasıyla artmaktadır. Hastaların hastalığın kendisi ve uygulanan tedavi yöntemleriyle birlikte gelişen etkilerin

azaltılmasında hemşirenin rolü önemlidir. Hemşireler, hastanın tedavi ve bakım sürecinde karşılanmayan gereksinimlerini belirlemeli ve bu doğrultuda planladığı girişimlerde hastanın tolere edebileceği ölçüde kendi gereksinimlerini karşılaması için desteklemeli, karşılayamadığı durumlarda ise bu gereksinimlerin giderilmesinde multidisipliner sağlık ekibi ve aile ile birlikte işbirliği sağlamalıdır [85].

2.1.11.2. Cinsellik gereksinimleri

Cinsellik evrensel bir gerçek olup yaşamın doğal bir bileşenidir. Cinsellik kavramı sadece cinsel birleşme ile sınırlı değildir [88]. Toplumumuzda cinsellik algısı hasta bireyin cinsel yaşamı olmayacağı üzerinedir. Ancak hastalık, hastanın cinsellik gereksinimini ortadan kaldırmamaktadır [82]. Kanser hastalığının varlığı cinselliği olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle semptomların yarattığı sorunlarla ilişkili olumsuzluklar hastaların cinsel işlevleri üzerinde olumsuz etki göstermektedir [65]. Kanser hastalarında en sık karşılaşılan cinsel sorun, cinsel istekte azalma olarak belirtilmiştir. Akciğer kanseri hastalarında cinsellik kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi gibi tedavi yöntemlerinden etkilenmektedir. Kansere yönelik uygulanan tedavi yöntemlerinin hastaların cinsel işlevleri, beden imajı, kendine güven ve çekicilik gibi hisleri ve cinsel istekleri üzerinde olumsuz sonuçları olduğu belirtilmektedir [89]. Bu bağlamda hemşireler, gereksinimlerin belirlenmesinde anahtar role sahiptir. Literatürde cinsellik hastalar ve sağlık çalışanları tarafından sıklıkla gözardı edilen ve konuşulmayan bir konu olarak bildirilmektedir. Bununla birlikte hemşirelerin bu konuda hastayı konuşmaya teşvik etmesi, cinsel gereksinimleri değerlendirmesi ve bu gereksinimin karşılanmasına yönelik planlamalar yapmaları önerilmektedir [85]. Hordern ve ark. (2007) tarafından yapılan bir çalışmada kanser hastalarının cinsellik sorunları hakkında paylaşımda bulunmak istediği, ancak sağlık personelinin çalışma şartları ve konuya yönelik nasıl konuşulması gerektiği konusunda bilgi ve yetkinliğinin olmaması nedeniyle hastaların cinsellikle ilgili gereksinimlerine destek bulamadıklarını belirtmiştir [90]. Hemşirelerin hastaların cinsellik gereksinimlerini yok saymaması, uyguladıkları hemşirelik bakımında cinsellik gereksinimini de ele almaları ve hastaları bu konuda konuşması için desteklemeleri gerekmektedir.

2.1.11.3. İletişim ve bilgi gereksinimleri

Prognozu genellikle agresif seyirli bir hastalık olan akciğer kanseri, tanı alan bireyler ve bakım vericileri açısından oldukça endişe verici bir durum olup sıklıkla yanıtlanması gereken birçok soruyu da beraberinde getirmektedir. Hasta ve yakınlarının bilgi gereksinimleri kanser bakım sürecinin her aşamasında farklılıklar gösterebildiği için hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin sıklıkla değerlendirilmesi ve bu gereksinimlerin belirlenmesi önemlidir [91]. Literatürde özellikle tanı ve tedavi aşamasında kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin daha sık ortaya çıktığı ve sağlık profesyonelinin düzenli değerlendirmeler ile gereksinimlerin karşılanmasına yönelik gerekli planlamaları ve girişimleri sağlamaları önerilmektedir [92]. Zhang ve ark. (2019) tarafından yapılan bir çalışma sonucuna göre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış gereksinimleri en fazla bilgiye erişim konusundadır. Bu çalışmada hastaların en fazla tedavinin iyiye gidip gitmediği konusunda bilgi sahibi olmak istedikleri belirtilmiştir [86]. Gencer ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada hastalarının bilgi kaynakları sağlık çalışanları, internet, medya ve diğer hasta ve hasta yakınları olduğu sonucuna ulaşılmıştır [93]. Hemşireler kanser hastalarının bilgi gereksinimlerinin karşılanmasında en önemli güçtür. Kanser hastalarının bilgi gereksinimlerini karşılamak amacıyla sağlık profesyoneli tarafından uygulanacak tüm girişimlerde bireylerin bireysel özelliklerinin göz önünde bulundurulması ve etkili iletişim becerilerinin uygun şekilde kullanılması önerilmektedir [65,82].

2.1.11.4. Psikososyal gereksinimler

Akciğer kanseri diğer kanser türleri gibi tanı konulduğu andan itibaren çeşitli psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Tanı konulan kişilerin baş etme mekanizmalarının yetersiz kalması sonucunda psikososyal sorunlar oluşabilmektedir [65]. Akciğer kanseri gerek hastalık kaynaklı semptomları gerekse tedavilerin sonucunda oluşan semptomlar nedeniyle bedensel zorlukların yanı sıra hastaların sosyal yaşamlarında ve hastalar için ağır psikolojik sorunları beraberinde getiren bir durumdur. Bu psikolojik sorunlar hastalığın seyri ve tedavinin ilerleyişini de etkilemektedir [94]. Hastaları tanının ilk konulduğu aşamada inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi durumlarla karşılaşmaktadır. Tedavi süreci ise uzun süreli olmakla beraber yaşam kalitesinin azalmasına neden olan önemli semptomları beraberinde getirmektedir. Hastalık ve tedavi sürecinde gelişen semptom yüküyle birlikte hastalarda görülebilen olumsuz beden imajı, yorgunluk, halsizlik, güçsüzlük, nüks ve ölüm korkusu gibi

durumlar bireyin sosyal yaşamını engelleyebilecek faktörler psikososyal gereksinime neden olabilmektedir [95]. Hemşirelerin hasta ve yakınlarının psikososyal gereksinimlerini sorgulayarak belirlemeleri, baş etme mekanizmalarını kullanmaları konusunda teşvik etmeleri ve kullanabilecekleri destek sistemleri ve kaynaklara yönelik gerekli yönlendirmeleri yapmaları gereklidir. Gereksinimlerin belirlenmesinde yargılamadan uzak ve etkili iletişim önemli bir araç olup, hasta ile güven ilişkisinin oluşması önemlidir [65,95].

2.1.11.5. Spiritüel gereksinimler

Spiritüel gereksinimler, maneviyat gereği hastaların inancı, geleneği, değerleri doğrultusunda uyguladıkları bazı davranış biçimleri olarak tanımlanabilmektedir. Kanser gibi ciddi hastalıklar diğer gereksinimlerle birlikte spiritüel gereksinimleri de artırmaktadır [96]. Kanser hastası bireyleri spiritüel gereksinimlerinin karşılanmaması yaşam kalitesinde azalmaya ve anksiyete, depresyon gibi psikososyal bazı sorunların da artmasına neden olabilmektedir [97,98]. İleri evre kanser tanısını almış hastalarda spiritüel ve varoluşsal gereksinimler diğer kanser hastalarına göre daha önemli hale gelmektedir. Bu spiritüel gereksinimler sıklıkla aile ile birlikte olma ve sık sık dua etme gereksinimleri olarak belirtilmiştir [82]. Hemşireler spiritüel gereksinimleri sağlamada öncelikle hasta gereksinimlerini belirlemelidir. Spiritüel gereksinimlerin tanımlanmasında hemşirelerin kendi manevi değerlerinin etkisi altında kalmamaları ve önyargısız olarak hastaların gereksinimlerini sorgulamaları önemlidir. Değerlendirme sonrasında hastaların belirlenen spiritüel gereksinimlerini karşılayacak planlamalar yapılmalı ve gerekli destek sağlanmalıdır.

2.1.12. İleri evre akciğer kanseri hastalarında yaşam kalitesi

Kanser tanısının konulması, tedaviye yönelik yapılan uygulamalar ve karşılaşılan semptomlar hasta ve yakınlarını oldukça fazla etkilemektedir. Özellikle ileri evrede saptanan akciğer kanseri yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeniyle hastalar açısından psikolojik yıkıma ve birçok olumsuz düşüncelere neden olabilmektedir. Hasta ve ailesinin olağan hayat dengesinin bozulması ve geleceğe yönelik belirsizliklerin olduğu zor bir dönemin içerisine girmiş olmaları yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [22,99].

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre yaşam kalitesi bireylerin yaşamakta olduğu çevresi, kültür ve değerler sistemine göre amaçları, standartları, beklentileri ve endişelerine ilişkin yaşam içerisinde buldukları yeri algılama durumudur [57,100,101].

Yaşam kalitesi kişilerin duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik haliyle birlikte günlük yaşamındaki işlevlerini devam ettirebilmesiyle ilgili, bireylerin sağlığı algılayış biçimiyle de derinden etkilenen bir tanımlamadır [58,102]. Yaşam kalitesini değerlendirmek hastanın fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halini algılayış biçimini tanımlama olanağı sağlamaktadır [100]. Teknolojinin gelişmesi ve klinik hizmetlerin gelişme göstermesiyle beraber klinik hizmetlerdeki artış kanser hastalarının yaşam süresinin uzamasını sağlamış ve dolayısıyla bu uzamış yaşam süresince yaşam kalitesinin de değerlendirilmesi önem kazanmıştır. Yaşam kalitesinin istedik düzeyde olması yalnızca bireylerin iyilik hali olarak değil aynı zamanda hastaların tedavilere uyumu ve doğal olarak tedavi sonuçlarını da etkilemektedir [58].

İleri evre akciğer kanserli hastalarda tanı anından itibaren hastalığın kendisi ve radyoterapi, kemoterapi gibi tedavi yöntemleri nedeniyle birçok semptom görülmekte ve bu semptomlar da hastalarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ağrı, bulantı-kusma, alopesi, yorgunluk, anoreksi, kaşeksi, dispne gibi fizyolojik semptomlar aynı zamanda depresyon, anksiyete, korku, gerginlik, aile ilişkilerinde bozulma gibi psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Bununla birlikte akciğer kanseri hastalarının tedavi amaçlı uzun süre hastane ortamında kalmaları da yaşam kalitesi üzerinde etkili olabilmektedir [22, 87, 103-105]. Tüm bu olumsuz durumların hastalığın seyrini ve hastaların tedaviye uyumunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir [87]. Bu bağlamda ileri evre akciğer kanseri hastalarının tedavi süreci ve sonrasında yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve iyilik halinin devamlılığının sağlanması önemlidir [99, 100].

3. GEREÇ – YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma ileri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı

Araştırma 15.11.2022-30.04.2023 tarihleri arasında İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne tedavi gören ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan ileri evre akciğer kanseri hastaları ile yürütülmüştür.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi içerisinde biri COVID-19 tanılı hastalar için hizmet vermekte olan beş Göğüs Hastalıkları Kliniği bulunmakta olup, toplam 211 yatak kapasitesi ile faaliyet göstermektedir. Hastane bünyesinde 67 Göğüs Hastalıkları Uzmanı ve 118 Göğüs Hastalıkları Servis Hemşiresi görev yapmaktadır.

Hastane 1910 yılında bulaşıcı hastalığı olan bireylerin tecrit edilmesi amacıyla 10 yataklı barakalar şeklinde kurulmuş ve 1955 yılından sonra İzmir Göğüs Hastalıkları Hastanesi olarak faaliyet göstermiştir. 1 Mayıs 2000 tarihinden itibaren ise Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ismiyle 22 hizmet binası ve 430 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye devam etmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 15.11.2022-30.04.2023 tarihleri arasında yatarak tedavi almakta olan ileri evre akciğer kanseri hastalarıdır.

Araştırmada tüm evrene ulaşılması hedeflenmiş, örneklem grubunda dahil edilme kriterlerini karşılayan 294 hastaya ulaşıldığında “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı diğer bir ifade ile hipotezlerin test edilmesinde çalışmanın gücü değerlendirilmiştir. Çalışmada destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinin bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiş ve regresyon analizi yapılmıştır. Kurulan regresyon analizi modelinde anlamlı olan en küçük açıklama gücü üzerinden yapılan güç analizine göre (effect size=0,106, $\alpha=0.05$ düzeyinde) çalışmanın gücü %99 olarak hesaplanmıştır (Şekil 3.1).

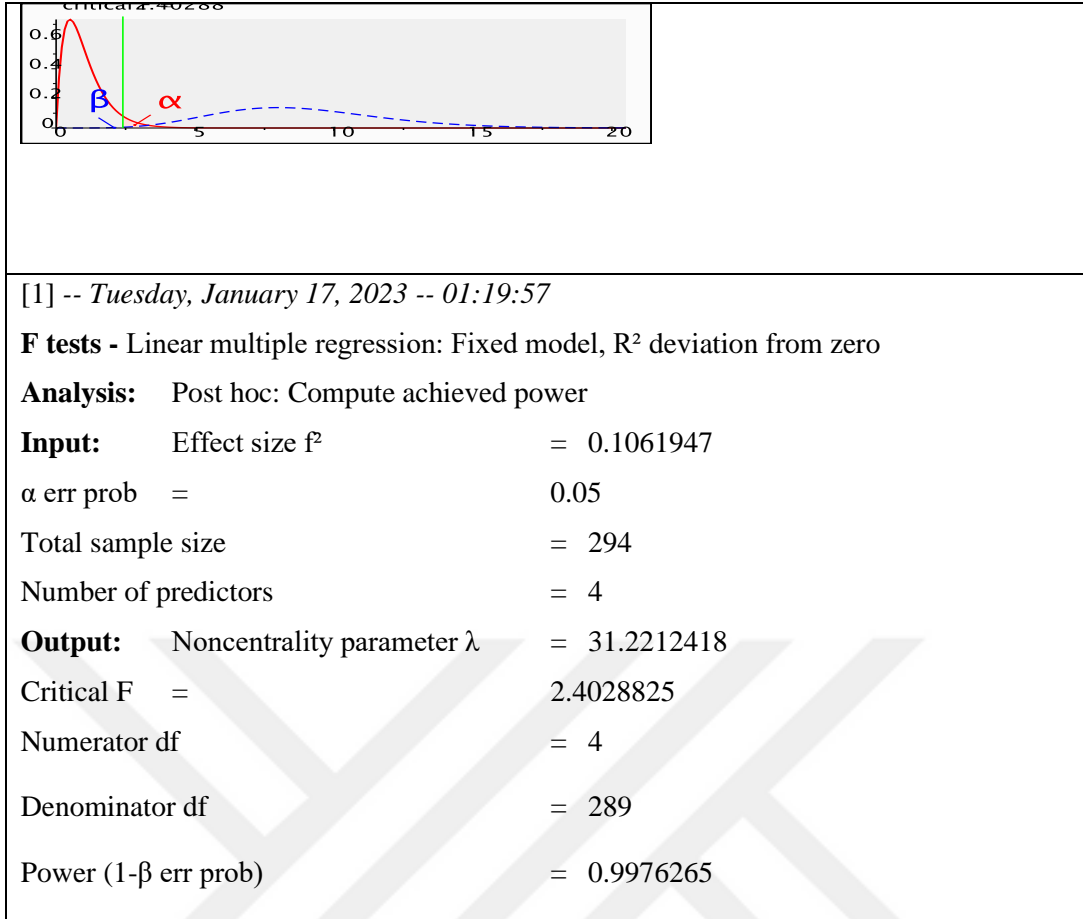
3.3.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olan,
- Bilinci açık, görme ve işitme problemi olmayan, sözel iletişim kurabilen,
- İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde akciğer kanseri tedavisi gören,
- Evre-III ve Evre-IV akciğer kanseri tanısı bulunan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar.

3.3.2 Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Herhangi bir iletişim problemine sahip olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar.





Şekil 3.1. Araştırma sonrası yapılan güç analizi bulguları

3.4. Araştırmanın Verilerinin Toplanması

3.4.1 Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri; Birey Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1), Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği (DBGÖ-KF) (Ek-2), Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC-QLQ-C30) (Ek-3) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1.1 Birey Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan olan bu form; ileri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durumları) ve klinik özelliklerini (hastalık tanı süresi, hastalık evresi, uygulanan tedavi yöntemi gibi) içeren 16 sorudan oluşmaktadır [58] (EK-1).

3.4.1.2 Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form (DBGÖ-KF)

Boyes ve ark. (2009) tarafından geliştirilmiş olan ölçek kanser hastalarının bakım ihtiyaçlarını değerlendirmek için tasarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları 0.86-0.96'dır. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özbayır ve ark.

(2017) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır. Ölçek sağlık hizmeti ve bilgilendirme, psikoloji, cinsellik ve günlük yaşam olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki her madde için beş cevap seçeneği bulunmaktadır. Bu seçenekler 1=Benim için uygun değil, 2=Benim için yeterli, 3=Biraz gereksinimim oldu, 4=Oldukça gereksinimim oldu ve 5=Çok fazla gereksinimim oldu şeklindedir. Ölçekten elde edilen toplam puan 0-145 arasındadır. Ölçekten her alt boyutundan alınan puanın yüksekliği o alanda destekleyici bakım gereksiniminin fazlalığına işaret etmektedir. Bu araştırmada ölçeğin belirlenen Cronbach alfa katsayıları; Sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri boyutu için 0,77; Psikolojik gereksinimler boyutu için 0,91; Cinsellik boyutu için 0,92; Günlük yaşam gereksinimleri boyutu için 0,77; Genel toplam için 0,89'dur [106,107] (EK-2).

3.4.1.3 Avrupa Kanseri Araştırma Ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği/ EORTC-QLQ-C30

Aaronson ve ark. (1993) tarafından geliştirilen ölçek kansere özgü yaşam kalitesini değerlendiren 30 sorulu bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Cankurtaran ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. Genel sağlık alt boyutu, fonksiyonel alt boyut ve semptomlar alt boyutu olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Hastanın fonksiyonlarının sorgulandığı fonksiyonel alt boyutu; fiziksel (1-5 sorular), rol (6 ve 7. soru), bilişsel (20 ve 2. soru), duygusal (21-24. sorular) ve sosyal (26 ve 27. soru) alandaki sorulardan oluşurken, semptom alt boyutu; hastaların yaşam kalitesini etkileyen yorgunluk (10,12. ve 18. soru), bulantı ve kusma (14. ve 15. soru), ağrı (9. ve 19. soru), nefes darlığı (8. soru), uyusuzluk (11.soru), iştahsızlık (13. soru), konstipasyon (16.soru), diyare (17. soru) ve finansal zorluk (28. soru) gibi semptomlardan oluşmaktadır. Hastanın kendi yaşam kalitesini değerlendirdiği genel sağlık alt boyutu ise son iki sorudan (29. ve 30. soru) oluşmaktadır. Genel sağlık boyutu ve fonksiyonel boyutta alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin iyi olduğunu yansıtmakta, semptomlar boyutundan alınan puanların yüksek olması ise yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir. Genel sağlık alt boyutu, fonksiyonel alt boyut ve semptomlar alt boyutu için sonuçlar 0-100 değer aralığında dönüştürülerek yaşam kalitesi puan hesaplaması yapılmaktadır. İlk 28 soru 4'lü likert tipinde olup, 29. ve 30. soru 1'den 7'ye kadar derecelendirmenin yapıldığı sorulardır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının yapıldığı çalışmada ölçek boyutlarından elde edilen puanların Cronbach alfa katsayıları 0.56-0.85 arasında değişmektedir. Bu araştırmada ölçeğin belirlenen Cronbach alfa katsayıları;

genel sağlık boyutu için 0,77; fonksiyonel sağlık boyutu için 0,81; semptomlar alt boyutu için 0,71 olarak hesaplanmıştır [108,109] (EK-3).

3.5. Araştırmanın İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 25 (SPSS Inc., Chicago, IL) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, min, max, medyan, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi arpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olması kabul edilmiştir. Ölçeklerin arpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olduğu tespit edilmiş ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırmalarında parametrik testler kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekler ile sosyo-demografik verilerin karşılaştırmalarda iki grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t Test, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Fark yaratan grupların kendi aralarında değerlendirilmesi için Bonferroni test yapılmıştır. Ayrıca nicel değerrişkenler arasında ilişki olup olmadığu Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir. Bağımlı ve bağımsız değerrişkenlerin arasında nedensellik regresyon analizi ile incelenmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce İzmir Bakırçay Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.10.2022 tarih ve 745 karar numaralı etik kurul onayı (EK-4); İzmir İl Sağlık Mdrlğu Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Gğuş Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğu'nden 11.11.2022 tarihli ve E-49109414-806.01.03 sayı numarası ile yazılı izin (EK-5); İzmir İl Sağlık Mdrlğu'nden 21.11.2022 tarihli ve E-42056799-619 sayı numarası ile yazılı izin (EK-6) alınmıştır. Çalışmada kullanılan "Destekleyici Bakım Gereksinimleri leğu (DBGÖ-KF)" ve "Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi leğu (EORTC- QLQ-C30)" için ilgili yazarlardan gerekli izinler alınmıştır (EK-7). Ayrıca araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı, kapsamı ve yöntemi ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatılmıştır (EK-8).

4. BULGULAR

İleri evre akciğer kanseri hastalarında karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmaya ait bulgular dört başlık altında sunulmuştur.

- 4.1. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi,
- 4.2. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi,
- 4.3. İleri evre akciğer kanseri hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi,
- 4.4. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimiyle yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi.

4.1. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.1. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=294)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş (yıl) (62,09±19,83) Min:33 Mak:93	55 yaş ve altı	71	24,1
	56 - 65	119	40,5
	66 yaş ve üzeri	104	35,4
Cinsiyet	Kadın	48	16,3
	Erkek	246	83,7
Eğitim durumu	Okur-Yazar Değil	26	8,8
	İlköğretim	131	44,6
	Ortaöğretim	102	34,7
	Lise ve üzeri	35	11,9
Medeni durum	Evli	226	76,9
	Bekar	68	23,1
Sosyal güvence	Var	286	97,3
	Yok	8	2,7
Gelir durumu	Geliri Giderinden Az	276	93,9
	Geliri Giderine Eşit	18	6,1
Yaşanılan yer ve özellikleri	Kurum	10	3,4
	Evde Yalnız	16	5,4
	Evde Aile Bireyleri	268	91,2
Çalışma durumu	Çalışıyor	3	1,0
	Çalışmıyor	291	99,0
Meslek	İşçi	43	14,6
	Memur	17	5,8
	Serbest Meslek	50	17,0
	Emekli	147	50,0
	Ev Hanımı	37	12,6
Toplam	294	100,0	

Çalışmaya katılan ileri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının 62,9±19,83 ve yarıya yakınının 56-65 yaş aralığında (%40,5) olduğu belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun erkek (%83,7) ve evli (%76,9) olduğu, yarıya yakınının ilköğretim mezunu (%44,6) olduğu, tamamına yakınının sosyal güvencesinin bulunduğu (%97,3) ve gelir seviyesinin giderinden az olduğu (%93,9) belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%91,2) aile bireyleriyle yaşadığı, herhangi bir işte çalışmadığı (%99,0) ve yarısının emekli olduğu (%50) tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. İleri evre akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerine göre dağılımı (n=294)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Hastalık süresi (ay) (6,63±5,50) Min:4 Mak:25	5 yıl ve altı	156	53,1
	6 – 10 yıl	71	24,1
	11 yıl ve üzeri	67	22,8
Hastalık tipi	Küçük Hücreli Akciğer Kanseri	90	30,6
	Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri	204	69,4
Hastalık evresi	Evre-III	68	23,1
	Evre-IV	226	76,9
Kanser tedavisi alma durumu (Mevcut)	Evet	270	91,8
	Hayır	24	8,2
Alınan tedavi türleri (çoklu cevap)(n=270)*	Kemoterapi	213	78,9
	Radyoterapi	130	48,1
	Hedefe yönelik tedavi	7	2,6
Önceki tedaviler	Cerrahi	20	6,8
	Kemoterapi	172	58,5
	Radyoterapi	36	12,2
	Hedefe Yönelik Tedavi	2	0,7
	Cerrahi+Kemoterapi	40	13,6
	Cerrahi+Kemoterapi+Hedefe Yönelik Tedavi	7	2,4
	Önceden Uygulanan Tedavi Yok	17	5,8
Kronik hastalık	Evet	152	51,7
	Hayır	142	48,3
Kronik hastalıklar (çoklu cevap)(n=270)*	Kalp Hastalıkları	21	13,8
	Hipertansiyon	100	65,8
	SVO	10	6,6
	Diyabet	70	46,1
	KOAH	44	28,9
Bakım Veren Desteği Alma Durumu	Destek almıyor	10	3,4
	Birinci derece yakından destek alıyor	269	91,5
	İkinci derece yakından destek alıyor	5	1,7
	Bakıcı desteği alıyor	10	3,4

*Bir hasta birden fazla yanıt verdiği için n katlanmıştır.

Çalışmaya katılan ileri evre akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2.'de gösterilmiştir. Çalışmada hastaların yarısından fazlasının 5 ay ve daha kısa tanı süresi bulunduğu (%53,1) ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısına sahip olduğu (%69,4), çoğunluğun akciğer kanseri tanısının Evre-IV'de olduğu (%76,9) belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğunun (%91,8) akciğer kanseri için tedavi gördüğü ve kemoterapi (%78,9) tedavisi aldığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlasının geçmişte kemoterapi aldığı (%58,5), eşlik eden bir kronik hastalığa sahip olduğu (%51,7) ve kronik hastalığa sahip olanların çoğunlukla hipertansiyon (%65,8) tanısının bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışmada hastaların çoğunluğunun birinci derece yakınlarının bakım desteği aldığı (%91,5) tespit edilmiştir.

4.2. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.3. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri puan ortalamalarının dağılımları (n=294)

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Alt Boyutları	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Maks.
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri	52,77	6,95	34,00	65,00
Psikolojik Gereksinimler	24,79	8,50	9,00	40,00
Günlük Yaşam Gereksinimleri	23,13	2,73	14,00	25,00
Cinsellik Gereksinimleri	7,17	3,31	3,00	15,00
Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Genel Toplamı	105,86	15,61	67,00	142,00

Araştırmaya katılan hastaların DBGÖ-KF toplam ve alt boyut puanları Tablo 4.3'de verilmiştir. Çalışmada katılımcıların DBGÖ-KF toplam ortalama puanı 105,86±15,61; sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimi alt boyut ortalama puanı 52,77±6,95; psikolojik gereksinim alt boyut ortalama puanı 24,79±8,50; günlük yaşam gereksinimleri alt boyut ortalama puanı 23,13±2,73; cinsellik gereksinimleri alt boyut ortalama puanı 7,17±3,31 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.4. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılanmamış bakım gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=294)

Özellikler		Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form				
		Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri	Psikoloji Gereksinimler	Cinsellik Gereksinimleri	Günlük Yaşam Gereksinimleri	DBGÖ-KF Toplam
		Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)
Yaş (yıl)	55 yaş ve altı (1)	54,62±7,64 56(35-65)	28,15±8,16 30(11-40)	9,08±3,37 9(3-15)	21,7±2,53 22(15-25)	113,56±15,78 113(79-142)
	56 – 65 yaş arası (2)	53,6±6,34 54(34-65)	26,06±8,18 27(11-40)	7,3±3,01 7(3-15)	21,1±2,94 22(14-25)	108,06±13,99 109(76-136)
	66 yaş ve üzeri (3)	50,56±6,6 52(35-63)	21,04±7,72 21(9-39)	5,72±2,89 5(3-13)	20,76±2,58 21(15-25)	98,08±13,87 97(67-132)
F değeri		9,108	19,135	25,640	2,556	26,745
p değeri		0,000*	0,000*	0,000*	0,079	0,000*
Bonferroni		1,2>3	1,2>3	1>2,3; 2>3		1>2,3; 2>3
Cinsiyet	Kadın	53,02±6,99 53(34-65)	28,25±8,1 30(12-40)	7,5±2,92 8(3-15)	21,73±2,99 23(15-25)	110,5±15,31 112,5(76-136)
	Erkek	52,72±6,95 53(35-65)	24,11±8,42 24(9-40)	7,11±3,38 7(3-15)	21,01±2,67 21(14-25)	104,95±15,54 102(67-142)
t değeri		0,274	3,131	0,747	1,677	2,268
p değeri		0,784	0,002*	0,456	0,095	0,024*
Eğitim durumu	Okur-Yazar Değil (1)	48,73±7,14 48,5(34-63)	21,5±7,97 22,5(9-36)	5,31±2,6 4,5(3-10)	21,15±3,13 22(16-25)	96,69±14,89 96,5(68-126)
	İlköğretim (2)	51,34±7 52(35-65)	23,63±8,15 24(9-40)	6,5±3,05 6(3-13)	21,09±2,66 21(14-25)	102,57±14,15 99(67-136)
	Ortaöğretim (3)	53,69±6,06 54(39-65)	24,76±8,11 25(10-40)	7,59±3,19 7(3-15)	20,98±2,73 21(15-25)	107,02±14,25 105,5(68-134)
	Lise ve üzeri (4)	58,43±5,14 60(46-65)	31,63±8,05 35(12-40)	9,86±3,34 9(3-15)	21,66±2,76 22(15-25)	121,57±14,32 124(89-142)
F değeri		14,974	10,615	14,517	0,542	20,268
p değeri		0,000*	0,000*	0,000*	0,654	

Tablo 4.4. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılanmamış bakım gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (Devam ediyor) (n=294)

Özellikler		Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form				
		Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri	Psikoloji Gereksinimler	Cinsellik Gereksinimleri	Günlük Yaşam Gereksinimleri	DBGÖ-KF Toplam
		Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)
Bonferroni		4>1,2,3 3>1,2	4>1,2,3	4>1,2,3 3>1		
Medeni durum	Evli	53,15±6,49 53(34-65)	25,22±8,47 26(9-40)	7,61±3,1 8(3-15)	21,11±2,74 21(14-25)	107,08±14,76 105(67-142)
	Bekar	51,51±8,21 53(35-65)	23,37±8,5 23(9-38)	5,74±3,58 3,5(3-15)	21,19±2,74 21,5(15-25)	101,81±17,68 99(68-137)
t değeri		1,503	1,577	4,202	-0,224	2,460
p değeri		0,136	0,116	0,000*	0,823	0,014*
Gelir durumu	Geliri	52,42±6,9 53(34-65)	24,36±8,36 25(9-40)	7±3,23 7(3-15)	21,12±2,74 21(14-25)	104,9±15,23 102,5(67-138)
	Geliri Giderine Eşit	58,11±5,43 59,5(48-65)	31,33±8,04 33,5(14-40)	9,83±3,45 9,5(3-15)	21,28±2,67 21(16-25)	120,56±14,3 123(89-142)
	t değeri	-3,428	-3,434	-3,591	-0,243	-4,240
p değeri		0,001*	0,001*	0,000*	0,808	0,000*
Yaşanılan yer	Evde Yalnız / kurumda	47,92±7,56 48,5(35-62)	22,35±7,57 22(9-40)	4,54±2,96 3(3-15)	21,5±2,89 22(16-25)	96,31±15,5 91,5(68-126)
	Evde Aile Bireyleri	53,24±6,72 53,5(34-65)	25,03±8,56 25,5(9-40)	7,43±3,23 7(3-15)	21,09±2,72 21(14-25)	106,78±15,34 104(67-142)
t değeri		-3,810	-1,539	-4,383	0,731	-3,322
p değeri		0,000*	0,125	0,000*	0,466	0,001*

Tablo 4.4. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre karşılanmamış bakım gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (Devam ediyor) (n=294)

Özellikler		Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form				
		Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri	Psikoloji Gereksinimler	Cinsellik Gereksinimleri	Günlük Yaşam Gereksinimleri	DBGÖ-KF Toplam
		Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)
Meslek	İşçi (1)	53,3±6,81 55(38-64)	25,72±7,73 26(11-40)	8,12±3,13 8(3-13)	21,3±2,26 22(16-25)	108,44±13,45 110(90-138)
	Memur (2)	58,18±5,38 59(48-65)	31,53±7,41 34(17-40)	9,71±3,14 9(3-15)	22,47±2,72 23(15-25)	121,88±14,56 125(91-142)
	Serbest Meslek (3)	53,34±7,31 54(35-65)	27,06±8,74 28,5(11-39)	8,3±3,59 9(3-15)	21,14±2,78 21,5(15-25)	109,84±16,05 108(79-137)
	Emekli (4)	51,71±6,7 53(35-65)	22,03±7,94 22(9-39)	6,17±3 6(3-13)	20,81±2,72 21(14-25)	100,72±14,32 99(67-134)
	Ev Hanımı (5)	53,08±7,19 53(34-65)	28,51±7,69 30(12-40)	7,38±3,05 7(3-15)	21,54±3,1 23(15-25)	110,51±14,67 113(76-136)
F değeri		3,721	10,577	9,139	1,799	11,937
p değeri		0,006*	0,000*	0,000*	0,129	0,000*
Bonferroni		2>4	2,3,5>4	2,3>4		1,2,3,5>4 2>3,4

*p<0,05

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine DBGÖ-KF toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırma sonuçları Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Bu tabloya göre katılımcıların yaş gruplarına göre DBGÖ-KF toplam ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, psikolojik gereksinimler, cinsellik gereksinimleri alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre; ölçek geneli ve cinsellik gereksinimleri için 55 yaşın altındaki bireylerin, 56-65 yaş arası ve 65 yaş üstündeki bireylerden daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri ile psikolojik gereksinimler alt boyutları için ise yaşı 66 ve üstünde olan bireylerin puanlarının yaşı 55 yaş altında ve 55-65 yaş aralığında olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların cinsiyete göre DBGÖ-KF genel ve psikolojik gereksinimler alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği ve psikolojik gereksinimler alt boyut puanlarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri, günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim durumuna göre DBGÖ-KF sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, psikolojik gereksinimler, cinsellik gereksinimleri alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre; destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri için lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan kişilerin puanlarının okuryazar olanlara; ilköğretim mezunu olanlara ve ortaöğretim mezunu olanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Ayrıca ortaöğretim mezunu olanların puanlarının okur-yazar olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikolojik gereksinimler alt boyutu için ise lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan kişilerin puanlarının okuryazar olanlara; ilköğretim mezunu olanlara ve ortaöğretim mezunu olanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Ancak günlük yaşam

gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların medeni durumuna göre DBGÖ-KF cinsel gereksinimler alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evli olan bireylerin bekar olanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Ancak sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, psikolojik gereksinimleri, günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların gelir durumuna göre DBGÖ-KF sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, psikolojik gereksinimler, cinsellik gereksinimleri alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Geliri giderine eşit olan bireylerin geliri giderinden az olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşadığı yere göre DBGÖ-KF sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Evde aile bireyleriyle beraber yaşayan kişilerin puanlarının evde yalnız yaşayan ve kurumda yaşayanlara göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Ancak psikolojik gereksinimler ve günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların mesleğine göre DBGÖ-KF sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri, psikolojik gereksinimler alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılık gösteren grupları bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testlerine göre; destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği için emeklilerin puanları işçi, memur, serbest meslek, ev hanımı olanlara göre puanları daha düşük; memur olanların ise emekli olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlık hizmeti ve bilgilendirme alt boyutu için memur olanların emeklilere göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikolojik gereksinimler alt boyutu için memur, serbest meslek ve ev hanımı olanların emekli olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cinsel gereksinimler alt boyutu için memur, serbest meslek olanların emekli olanlara göre

puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının mesleğine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediğı tespit edilmiştir ($p>0,05$).



Tablo 4.5. İleri evre akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerine göre karşılanmamış bakım gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (n=294)

Özellikler		Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form				
		Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri	Psikolojik Gereksinimler	Cinsellik Gereksinimleri	Günlük Yaşam Gereksinimleri	DBGÖ-KF Toplam
		Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)
Hastalık süresi (yıl)	5 ay ve altı	52,71±7,02 53 (34-65)	25,02±8,79 26 (9-40)	7,12±3,28 7 (3-15)	21,58±2,68 22 (14-25)	106,42±16,36 104 (68-142)
	6-10 ay arası	52,14±6,47 53 (40-64)	23,3±7,28 23 (12-38)	7,28±3,51 7 (3-15)	21,15±2,53 22 (15-25)	103,87±13,26 102 (78-134)
	11 ay ve üzeri	53,58±7,29 54 (35-65)	25,84±8,9 27 (9-40)	7,19±3,2 8 (3-15)	20,04±2,8 20 (15-25)	106,66±16,16 109 (67-138)
t değeri		0,754	1,669	0,063	7,709	0,935
p değeri		0,471	0,190	0,939	0,001*	0,395
Bonferroni					1,2>3	
Hastalık tipi	Küçük Hücreli Akciğer Kanseri	53,01±7,09 54 (34-65)	25,66±8,18 25 (10-40)	7,13±3,25 7 (3-15)	22,09±2,59 23 (14-25)	107,89±15,58 104 (76-142)
	Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri	52,66±6,9 53 (35-65)	24,41±8,63 25 (9-40)	7,19±3,34 7 (3-15)	20,7±2,69 21 (15-25)	104,96±15,58 103(67-138)
t değeri		0,397	1,162	-0,138	4,121	1,485
p değeri		0,692	0,246	0,890	0,000*	0,139
Hastalık evresi	Evre-III	52,97±7,53 53 (35-65)	25,79±8,85 27 (9-40)	7,32±3,09 8 (3-15)	20,28±2,87 20,5 (15-25)	106,37±15,94 107,5 (67-134)
	Evre-IV	52,71±6,78 53 (34-65)	24,49±8,39 24 (9-40)	7,13±3,38 7 (3-15)	21,38±2,64 22 (14-25)	105,7±15,55 103 (68-142)
t değeri		0,273	1,113	0,426	-2,951	0,307

Tablo 4.5. İleri evre akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerine göre karşılanmamış bakım gereksinimleri ölçeği puan ortalamalarının dağılımı (Devam ediyor) (n=294)

p değeri		0,785	0,267	0,670	0,003*	0,759
Tedavi görme durumu	Evet	52,91±6,96 53 (34-65)	24,75±8,58 25 (9-40)	7,32±3,32 7(3-15)	21,39±2,58 22 (15-25)	106,36±15,74 104 (67-142)
	Hayır	51,17±6,79 50,5 (36-65)	25,25±7,67 26 (9-39)	5,54±2,8 5 (3-13)	18,21±2,78 17 (14-23)	100,17±13 97,5 (71-125)
t değeri		1,180	-0,277	2,544	5,748	2,196
p değeri		0,239	0,782	0,011*	0,000*	0,036*
Kronik hastalık	Evet	52,7±6,39 53 (35-65)	22,99±8,42 23 (9-40)	6,47±3,15 6 (3-15)	21±2,57 21 (15-25)	103,16±15,06 100 (67-136)
	Hayır	52,85±7,52 53 (34-65)	26,71±8,19 27 (10-40)	7,93±3,32 8 (3-15)	21,26±2,9 21,5 (14-25)	108,75±15,73 108 (68-142)
t değeri		-0,181	-3,835	-3,877	-0,816	-3,112
p değeri		0,857	0,000*	0,000*	0,415	0,002*

*p<0,05

Katılımcıların klinik özelliklerine DBGÖ-KF toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanların karşılaştırma sonuçları Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Bu tabloya göre katılımcının hastalık süresine göre DBGÖ-KF günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılık grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre hastalık süresi 11 ay ve üstü olanların hastalık süresi 6-10 ay olanlara ve 5 aydan az olanlara göre puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak katılımcıların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri, psikolojik gereksinimler, alt boyut puanlarının katılımcıların hastalık süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların hastalık tipine göre DBGÖ-KF günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastalık tipi küçük hücreli akciğer kanseri olanların daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Ancak destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri, psikolojik gereksinimler, alt boyut puanlarının katılımcıların hastalık tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların hastalık evresine göre DBGÖ-KF günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hastalık evresinin dördüncü evre olduğunu ifade edenlerin hastalık evresinin üçüncü evre olduğunu ifade edenlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri, psikolojik gereksinimler alt boyut puanlarının katılımcıların hastalık evresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların mevcut tedavi görme durumlarına göre DBGÖ-KF cinsellik gereksinimleri ve günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tedavisi devam eden bireylerin puanlarının tedavi görmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, psikolojik gereksinimler, alt boyut puanlarının katılımcıların şu an tedavi görme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eşlik eden kronik hastalık durumuna göre DBGÖ-KF cinsellik gereksinimleri ve psikolojik gereksinimler alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kronik hastalığının olmadığını ifade edenlerin kronik hastalığı olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, günlük yaşam gereksinimleri, alt boyut puanlarının katılımcıların kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.3.İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.6. İleri evre akciğer kanseri hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamaları dağılımları (n=294)

EORTC-QLQ-C30 ölçeği genel boyutları ve alt boyutları	Ort	SS	Min	Maks
Fonksiyonel Boyutu	50,9	12,4	15,5	75,5
Fiziksel Fonksiyonlar	32,5	17,2	0,0	73,3
Rol Fonksiyonları	32,5	17,2	0,0	73,3
Bilişsel Fonksiyonlar	63,6	20,6	8,3	100,0
Emosyonel Fonksiyonlar	86,9	16,5	16,6	100,0
Sosyal Fonksiyonlar	43,8	21,1	0,0	83,3
Semptomlar Boyutu	40,2	13,1	10,2	76,9
Yorgunluk	15,7	15,8	0,0	77,7
Bulantı-Kusma	52,3	32,9	0,0	100,0
Ağrı	29,3	22,0	0,0	100,0
Solunum Güçlülüğü	80,7	29,9	0,0	100,0
Uyuma Güçlülüğü	27,7	28,2	0,0	100,0
İştah Kaybı	47,1	29,8	0,0	100,0
Konstipasyon	72,5	39,5	0,0	100,0
Diyare	80,1	30,9	0,0	100,0
Ekonomik Güçlük	3,6	11,4	0,0	66,6
Genel Sağlık Boyutu	60,3	13,6	25,0	91,6

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama.

Tablo 4.6.'da ileri evre akciğer kanseri hastalarının EORTC-QLQ-C30 ölçeği boyutlarına ilişkin puan ortalamaları sunulmuştur. Bu tabloya göre katılımcıların EORTC-QLQ-C30 ölçeği alt boyutlarından fonksiyonel boyut puan ortalaması $50,9\pm 12,4$; semptom boyutu puan ortalaması $40,2\pm 13,1$ ve genel sağlık boyutu puan ortalaması $60,3\pm 13,6$ olarak tespit edilmiştir

Tablo 4.7. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı (n=294)

Özellikler		Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Fonksiyonel Boyut	Semptomlar Boyutu	Genel Sağlık Boyutu
		Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)
Yaş (yıl)	55 yaş ve altı (1)	51,99±12,78 53,33 (17,78-75,56)	39±12,6 38,46 (12,82-71,79)	61,5±15,13 58,33 (33,33-91,67)
	56 – 65 yaş arası (2)	52,55±12,21 55,56 (15,56-73,33)	41,09±13,68 38,46 (10,26-74,36)	59,24±13,01 58,33 (25-91,67)
	66 yaş ve üzeri (3)	48,27±12,19 51,11 (17,78-73,33)	40,01±12,9 38,46 (15,38-76,92)	60,82±13,44 62,5 (25-91,67)
Test değeri(F)		3,701	0,577	0,700
p değeri		0,026*	0,562	0,497
Bonferroni		2>3		
Cinsiyet	Kadın	50,23±14,44 52,22 (15,56-73,33)	40,97±14,75 38,46 (17,95-69,23)	59,38±16,54 66,67 (25-83,33)
	Erkek	51,03±12,06 53,33 (17,78-75,56)	40,06±12,82 38,46 (10,26-76,92)	60,54±13,08 58,33 (25-91,67)
	t değeri	-0,406	0,441	-0,459
p değeri		0,685	0,659	0,648
Eğitim durumu	Okur-Yazar Değil (1)	48,03±11,64 48,89 (28,89-73,33)	39,84±12,44 38,46 (17,95-69,23)	61,86±15,84 66,67 (25-83,33)
	İlköğretim (2)	48,94±12,68 51,11 (17,78-73,33)	38,34±13,9 35,9 (10,26-76,92)	59,86±13,78 58,33 (25-91,67)
	Ortaöğretim (3)	52,44±12,4 54,44 (15,56-73,33)	42,16±11,98 41,03 (15,38-76,92)	60,46±12,67 58,33 (33,33-91,67)
	Lise ve üzeri (4)	55,87±10,58 55,56 (26,67-75,56)	41,76±13,45 38,46 (17,95-71,79)	60,71±14,93 58,33 (33,33-91,67)

Tablo 4.7. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı (Devam ediyor) (n=294)

Özellikler		Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Fonksiyonel Boyut	Semptomlar Boyutu	Genel Sağlık Boyutu
		Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)
F değeri		4,043	1,812	0,170
p değeri		0,008*	0,145	0,916
Bonferroni		4>2		
Medeni durum	Evli	52,74±11,84 55,56 (15,56-75,56)	41,34±13,55 41,03 (10,26-76,92)	59±13,48 58,33 (25-91,67)
	Bekar	44,77±12,56 44,44 (17,78-73,33)	36,43±10,9 35,9 (12,82-64,1)	64,83±13,49 66,67 (25-91,67)
t değeri		4,799	2,737	-3,127
p değeri		0,000*	0,007*	0,002*
Gelir durumu	Geliri Giderinden Az	50,59±12,43 53,33 (15,56-75,56)	40,27±13,18 38,46 (10,26-76,92)	60,27±13,55 58,33 (25-91,67)
	Geliri Giderine Eşit	55,68±12,14 54,44 (33,33-73,33)	39,17±12,74 37,18 (17,95-61,54)	61,57±15,95 58,33 (33,33-91,67)
t değeri		-1,686	0,344	-0,393
p değeri		0,093	0,731	0,695
Yaşanılan yer	Evde Yalnız / kurumda	45,98±12,35 46,67 (20-71,11)	34,32±10,36 33,33 (12,82-53,85)	70,51±12,74 75 (41,67-91,67)
	Evde Aile Bireyleri	51,38±12,38 53,33 (15,56-75,56)	40,78±13,25 38,46 (10,26-76,92)	59,36±13,39 58,33 (25-91,67)
t değeri		-2,121	-2,413	4,073
p değeri		0,035*	0,016*	0,000*

Tablo 4.7. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı (Devam ediyor) (n=294)

Özellikler		Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Fonksiyonel Boyut	Semptomlar Boyutu	Genel Sağlık Boyutu
		Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)
Meslek	İşçi	52,2±11,1 53,33 (20-73,33)	38,34±13,73 38,46 (10,26-61,54)	58,53±10,98 58,33 (33,33-83,33)
	Memur	51,37±11,14 51,11 (26,67-75,56)	35,9±11,92 33,33 (20,51-71,79)	64,71±16,8 66,67 (33,33-91,67)
	Serbest Meslek	53,11±12,65 54,44 (20-73,33)	40,05±12,44 38,46 (17,95-66,67)	62,33±14,6 58,33 (33,33-91,67)
	Emekli	49,61±12,51 51,11 (17,78-73,33)	40,94±12,45 41,03 (15,38-76,92)	60,26±12,49 58,33 (25-91,67)
	Ev Hanımı	51,29±13,98 53,33 (15,56-73,33)	41,65±16,26 38,46 (12,82-69,23)	58,11±17,62 58,33 (25-91,67)
F değeri		0,916	0,900	1,136
p değeri		0,455	0,464	0,340
Hastalık süresi (yıl)	5 ay ve altı (1)	49,1±11,73 51,11 (17,78-73,33)	36,98±12,01 35,9 (10,26-76,92)	63,19±12,73 66,67 (25-91,67)
	6-10 ay arası (2)	49,95±13,87 53,33 (15,56-71,11)	38,71±10,51 38,46 (17,95-76,92)	62,09±11,93 66,67 (41,67-91,67)
	11 ay ve üzeri (3)	56,09±11,2 57,78 (28,89-75,56)	49,29±14,11 51,28 (15,38-74,36)	51,87±14,27 50 (25-91,67)
F değeri		9101,000	19659,000	18,880
p değeri		0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni		3>1,2	3>1,2	3<1,2

Tablo 4.7. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı (Devam ediyor) (n=294)

Özellikler		Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Fonksiyonel Boyut	Semptomlar Boyutu	Genel Sağlık Boyutu
		Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)	Ort±SS (Medyan) (Min-Maks)
Hastalık tipi	Küçük Hücreli Akciğer Kanseri	46,64±11,74 48,89 (17,78-71,11)	34,47±11,87 33,33 (10,26-61,54)	64,91±13,37 66,67 (33,33-91,67)
	Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri	52,78±12,32 55,56 (15,56-75,56)	42,74±12,89 41,03 (12,82-76,92)	58,33±13,36 58,33 (25-91,67)
t değeri		-3,991	-5,186	3,887
p değeri		0,000*	0,000*	0,000*
Hastalık evresi	Evre-III	55,78±12,9 58,89 (17,78-75,56)	47,21±15,53 48,72 (15,38-76,92)	54,66±15,26 58,33 (25-91,67)
	Evre-IV	49,43±11,96 51,11 (15,56-73,33)	38,1±11,56 38,46 (10,26-76,92)	62,06±12,72 66,67 (25-91,67)
t değeri		3,771	4,480	-3,637
p değeri		0,000*	0,000*	0,000*
Şu an tedavi görme durumu	Evet	50,72±12,31 53,33 (15,56-75,56)	38,83±12,21 38,46 (10,26-76,92)	61,36±12,92 66,67 (25-91,67)
	Hayır	52,87±14,15 55,56 (17,78-73,33)	55,66±13,54 56,41 (20,51-76,92)	48,96±16,9 41,67 (25-91,67)
t değeri		-0,808	-6,415	4,385
p değeri		0,419	0,000*	0,000*
Kronik hastalık	Evet	49,63±12,03 51,11 (15,56-73,33)	40,69±12,24 38,46 (15,38-76,92)	60,25±12,81 62,5 (25-91,67)
	Hayır	52,25±12,8 55,56 (17,78-75,56)	39,69±14,05 38,46 (10,26-71,79)	60,45±14,6 58,33 (33,33-91,67)
t değeri		-1,809	0,648	-0,121
p değeri		0,072	0,518	0,904

*p<0,05

Çalışmaya katılan ileri evre akciğer kanseri hastalarının EORTC-QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırmasına ilişkin bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir. Çalışmada hastaların sosyo-demografik özelliklere göre EORTC-QLQ-30 ölçeği alt boyutlarının puan dağılımları incelendiğinde katılımcıların yaşına göre fonksiyonel boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; yaşı 56-65 arası olanların yaşı 66 yaş ve üstü olanlara göre fonksiyonel boyut puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ancak semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının katılımcının yaşına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların cinsiyetine göre EORTC-QLQ-30 ölçeği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eğitim durumuna göre EORTC-QLQ-30 ölçeği fonksiyonel boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ve eğitim durumu lise ve üzeri olan kişilerin puanlarının eğitim durumu ilköğretim olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının katılımcının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların medeni durumlarına göre EORTC-QLQ-30 ölçeği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Fonksiyonel ve semptomlar boyutu için bekar olanların evli olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Genel sağlık boyutu için ise evli olanların bekar olanlara göre ise puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların gelir durumlarına göre EORTC-QLQ-30 ölçeği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların yaşadıkları yere göre EORTC-QLQ-30 ölçeği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının katılımcının yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Fonksiyonel boyut ve semptomlar boyutu için evde aile bireyleri ile yaşayan kişilerin puanlarının evde yalnız ya da kurumda yaşayanlara göre puanlarının daha yüksek

olduğu tespit edilmiştir. Genel sağlık boyutu için ise evde yalnız veya kurumda yaşayan kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu grlmştir.

Katılımcıların mesleğine göre EORTC-QLQ-30 leği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların hastalık süresine göre EORTC-QLQ-30 leği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılık gösteren grupları bulabilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testine göre genel sağlık boyutu için hastalık süresi 11 ay ve üstü olanların hastalık süresi 5 ay'dan az olanlara ve 6-10 ay arasında olanlara göre daha düşük olduğu grlmştir. Ancak fonksiyonel boyut ve semptomlar boyutu için hastalık süresi 11 ay ve üstü olanların hastalık süresi 5 ay'dan az olanlara ve 6-10 ay arasında olanlara göre daha yüksek olduğu grlmştir.

Katılımcıların hastalık tipine göre EORTC-QLQ-30 leği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Genel sağlık boyutu için hastalık tipi küçük hücreli akciğer kanseri olan kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu görülürken; fonksiyonel ve semptomlar boyutu için hastalık tipi küçük hücreli akciğer kanseri olan hastaların puanlarının daha düşük olduğu grlmştir.

Katılımcıların hastalık evresine göre EORTC-QLQ-30 leği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Genel sağlık boyutu için hastalık evresi  olanların puanlarının daha düşük olduğu; fonksiyonel ve semptomlar boyutu için hastalık evresi dört olanların puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların mevcut tedavi görme durumlarına göre EORTC-QLQ-30 leği semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tedavisi devam eden hastaların semptomlar boyut puanları daha düşük iken genel sağlık boyutu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak fonksiyonel boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların eşlik eden kronik hastalığa sahip olma durumuna göre EORTC-QLQ-30 leği fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.4. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimiyle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 4.8. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki (n=294)

Ölçek ve Alt Boyutları			Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği		
			Fonksiyonel Boyut	Semptomlar Boyutu	Genel Sağlık Boyutu
Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Form	Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Gereksinimleri	r	0,205	0,063	-0,054
		p	0,000	0,281	0,359
	Günlük Yaşam Gereksinimleri	r	-0,318	-0,475	0,300
		p	0,000	0,000	0,000
	Cinsellik Gereksinimleri	r	0,289	0,102	-0,090
		p	0,000	0,081	0,123
	Psikolojik Gereksinimler	r	0,002	-0,056	0,062
		p	0,978	0,338	0,288
	DBGÖ-KF Toplam	r	0,098	-0,064	0,043
		p	0,095	0,273	0,460

İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki Tablo 4.8’de görülmektedir. Bu tabloya göre yapılan ilişki analizi sonucunda sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri alt boyutu ile fonksiyonel boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki vardır ($r=0,205$; $p=0,000$). Sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri alt boyutu ile semptomlar boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r=0,063$; $p=0,281$). Sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri alt boyutu ile genel sağlık boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r=-0,054$; $p=0,359$).

Günlük yaşam gereksinimleri alt boyutu ile fonksiyonel boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunurken ($r=-0,318$; $p=0,000$) günlük yaşam gereksinimleri alt boyutu ile semptomlar boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve orta bir ilişki ($r=-0,475$; $p=0,000$); günlük yaşam gereksinimleri alt boyutu ile genel sağlık boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki vardır ($r=0,300$; $p=0,000$).

Cinsellik gereksinimleri alt boyutu ile fonksiyonel boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki ($r=0,289$; $p=0,000$) olup; cinsellik gereksinimleri alt boyutu ile semptomlar boyutu ($r=0,102$; $p=0,081$) ve cinsellik gereksinimleri alt boyutu ile genel sağlık boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($r=-0,090$; $p=0,123$).

Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği ile fonksiyonel boyut ($r=0,098$; $p=0,095$); semptomlar boyutu ($r=-0,064$; $p=0,273$) ve genel sağlık boyutu ($r=0,043$; $p=0,460$) arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.9. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide genel sağlık boyut puanlarını açıklamak için yapılan regresyon analizi ($n=294$)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	Beta (β)	Std. H.	t	p	95% CI	VIF	
	MODEL							
	Sabit	38,130	7,816	4,878	0,000	22,746 53,514	----	
	Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme	-0,212	0,138	-1,540	0,125	-0,483 0,059	1,583	
	Psikolojik Gereksinimler	0,119	0,102	1,164	0,245	-0,082 0,320	1,309	
	Cinsellik Gereksinimleri	-0,284	0,259	-1,095	0,274	-0,794 0,226	1,275	
	Günlük Yaşam Gereksinimleri	1,538	0,284	5,415	0,000	0,979 2,096	1,043	
	F=8,804; p=0,000							
	Adj R2=0,096							
	DW=1,950							
	Modified Breusch-Pagan Test = 0,678; p=0,410							

Araştırmada kullanılan DBGÖ-KF alt boyutlarının EORTC-QLQ-30 yaşam kalitesi ölçeği üzerindeki etkisini araştırmak üzere çoklu regresyon analizi sonuçları Tablo 4.9.'da görülmektedir. Bu tablo, kurulan modele göre DBGÖ-KF alt boyutlarının genel sağlık boyut üzerindeki etkisini açıklamaktadır. Tabloda F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesi incelendiğinde kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=8,804$; $p=0,000$). Kurulan modelde günlük yaşam gereksinimlerinin yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yordadığı saptandı ($t=5,415$, $p=0,000$). Günlük yaşam gereksinimleri boyutu puanları arttıkça genel sağlık boyut puanları da artmaktadır. Günlük yaşam gereksinimlerindeki 1 birimlik artışın, yaşam kalitesini 1,538 birim artırdığı belirlenmiştir ($\beta= 1,538$). Modelde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenini açıklama gücünü gösteren R2

değeri 0,096 olarak hesaplanmıştır. Bunun sonucunda da kurulan modelin yaşam kalitesi üzerindeki değişimin %9,6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Modelde otokorelasyon sorunu olup olmadığı otokorelasyon ile incelenmiş ve kurulan modelde otokorelasyon sorunu olmadığı görülmüştür (DW=1,950). Modified Breusch-Pagan testi ile incelenmiş ve değişen varyans sorunu olmadığı görülmüştür (p=0,410). Bağımsız değişkenler arasındaki ilişki ise VIF değerleri ile kontrol edilmiş ve VIF değerlerinin 5'ten küçük olduğu görülmüştür.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezi doğrultusunda tartışılmıştır. Bu çalışma ileri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisini değerlendiren tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. Literatürde ileri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda araştırmamız özgün bir çalışmadır. Bununla birlikte literatürde benzer çalışma sonuçlarına ulaşılamamış olması, tartışma bölümünde araştırma bulgularının karşılaştırılmasında sınırlılığa neden olmuştur.

Araştırmanın bu bölümünde ileri evre akciğer kanseri hastalarında karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisine ait bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

- 5.1. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin tartışılması,
- 5.2. İleri evre akciğer kanseri hastalarının yaşam kalitelerinin tartışılması,
- 5.3. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Tartışılması

Çalışmamızda ileri evre akciğer kanseri hastalarının DBGÖ-KF ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde psikolojik gereksinimleri, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri ve cinsellik gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. DBGÖ-KF ölçeğinin değerlendirilmesinde toplam puan ve alt boyut puanları ortalamalarına ilişkin belirli bir kesme noktası bulunmamakla beraber puanın artması durumunda desteklenmeyen gereksinimlerin arttığı bilinmektedir [106]. Çalışmamızda ileri evre akciğer kanseri hastalarının en sık sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimlerine ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kanser hastalarının karşılanmamış gereksinimlerinin incelendiği çalışmalarda hastaların en sık psikolojik gereksinimler ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir [81-115]. Hasegawa ve ark. (2016) tarafında yürütülen çalışmada ileri evre kanser hastalarının karşılanmayan gereksinimlerinin başında sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimi gelmektedir [114]. Birleşik Arap Emirlikleri'nde kanser hastalarıyla yürütülen bir çalışmada benzer şekilde hastaların sağlık hizmeti ile ilişkili bilgi gereksinimlerinin olduğu

bildirilmiştir [111]. Erarslan (2021) tarafından akciğer kanserli hastalar ve Şipal (2019) tarafından hematolojik kanserli hastalar ile yürütülen tez çalışmalarında bizim çalışmamıza paralel olarak hastaların sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimlerinin olduğu belirtilmiştir [15,112]. Filistin’de yapılan bir çalışma sonuçlarında meme kanserli kadınların psikolojik gereksinimler ile sağlık hizmeti ve bilgilendirme alanında da karşılanmamış gereksinimlerin olduğu belirtilmiş, sağlık sistemindeki gereksinimlerin giderilmesinin psikolojik gereksinimlerin giderilmesine olumlu katkı sağladığı vurgulanmıştır [113]. Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir. Birçok ülkeyle birlikte ülkemizde de kanser hastalarının sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve bilgilendirme gereksinimlerinin karşılanmasında yetersizliklerinin olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının hastalıkları, hastalığın seyri ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgi alamadıkları ve sağlık profesyonellerinden bu konularda bilgi edinmek istedikleri raporlanmıştır. Bununla birlikte hasta yoğunluğunun fazla, mevcut sağlık sisteminde ise hasta bu yoğunluğunu karşılayacak düzeyde sağlık profesyoneli yer almaması nedeniyle hastalar tarafından beklenen açıklama yapılamayabilmektedir. Bu bağlamda kanser hastalarının tanı anından itibaren yapılan planlı görüşmeler ile bilgilendirilmesi ve tedavi sürecine dahil edilerek hasta merkezli bir yaklaşımla sağlık hizmetinin sunulmasının hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanmasında faydalı olacağı düşünülmektedir.

5.1.1. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre tartışılması

Çalışmamızda ileri evre akciğer kanseri hastalarının cinsellik gereksinimleri ve destekleyici bakım gereksinimlerinin 55 yaşın altındaki bireylerde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri ile psikolojik gereksinimlerin ise yaş arttıkça azaldığı ve 66 yaş ve üstü bireylerde daha düşük olduğu görülmüştür. Literatürde kanser hastalarının cinsellik gereksinimlerine yönelik yaş, medeni durum ve cinsiyet değişkenlerinin belirleyici olduğu bildirilmiştir. Abu-Odah ve ark. (2022) ve Jie ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmalara göre genç ve evli olan erkek katılımcıların cinsellik gereksinimleri daha fazladır [117,118]. Ayvat (2019) kanser hastalarında karşılanmamış gereksinimlerinin yaş faktörüne göre incelendiği tez çalışmasında 65 yaş altı bireylerin cinsellik gereksinimlerinin 65 yaş ve üstü olan bireylere göre daha fazla olduğu görülmüştür [64]. Giuliani ve ark. (2016)

tarafından yapılan çalışmada akciğer kanseri hastalarında cinsellik gereksiniminde yaşın değişkeninin etkisi olduğu bildirilmiştir [119]. Bu bağlamda yaşı ileri olan katılımcıların cinsellik gereksinimlerini sıklıkla göz ardı ederek ifade etmek istemedikleri düşünülebilir. Kanser hastaları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde cinsellik gereksinimlerinin daha düşük düzeyde bildirildiği görülmekle birlikte genitoüriner sistem kanseri tanısına sahip bireylerle yapılan çalışmalarda bu hastaların hastalığın doğası gereği cinsel sağlığa ilişkin bilgi gereksinimlerinin olduğu ve bu konuda konuşma gereksinimlerinin oldukları bildirilmiştir [65,120-122]. Bununla birlikte genç bireylerin cinsellik gereksinimlerini yaşlı bireylere göre daha kolay ifade edebildikleri, birçok kültürde cinselliğin yaşlılıkta tabu olarak görülmesi ve konuşulmasından utanç duyulması, yaşla beraber cinselliğin azalması gerektiği ve hastalık durumlarında cinselliğin ifade edilmesinin uygun olmadığı görüşünün hakim olduğu görülmektedir [65,123,124].

Çalışmamızda kadın katılımcıların destekleyici bakım gereksinimleri ve psikolojik gereksinimlerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin değerlendirildiği çalışmalarda çalışmamızla uyumlu olarak kadınların erkeklere göre karşılanmamış gereksinimleri ve psikolojik gereksinimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür [58,125,126]. Wang ve ark. (2020) ve Hinz ve ark. (2023) yaptığı çalışmalarda bizim çalışmamızla paralel olarak kadın hastaların erkeklere göre destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir [127,128]. Bir diğer çalışmada ise cinsellik gereksinimlerinin erkeklerde psikolojik gereksinimlerin ise kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür [111]. Sender ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmaya göre kadınlarda ileri yaştakilerde ve çocuk sahibi olanlarda, erkeklerde ileri yaşta ve çocuk sahibi olanlara göre zaman içerisinde destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığı belirtilmiştir [129]. Şipal (2019)'in çalışmasında hematolojik kanserli kadın hastaların erkeklere göre psikolojik ve fiziksel destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir [112]. Farklı kültürde olduğu gibi bizim kültürümüzde de bakım veren rolünün sıklıkla kadınlar tarafından üstlenildiği ve genellikle aile içi rollerde diğer bireylerin bakımından kadınların sorumlu olduğu ve bu rollere ek olarak gelir sağlamak amacıyla kadınların çalışma hayatına da aktif olarak katıldığı bilinmektedir. Kadınların hastalığı ve bakım gereksinimleri nedeniyle bu rolleri yerine getirememesi ve kadınların yaşadıkları sorunlar karşısında erkeklere kıyasla duygusal sorunlarını

daha kolay ifade edebilmesi nedeniyle destek gereksinimlerinin daha fazla olduğu ve bu durumun literatürle benzer şekilde sonuçlarımıza yansıdığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyinin destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam ve psikolojik gereksinimler alt boyut puanlarını etkilediği ve lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan bireylerin daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmamız literatürde yer alan birçok çalışma sonucuyla benzerlik göstermiştir [108,130-132]. Ölmez (2020)'in tez çalışmasında kanser hastalarının eğitim seviyesi arttıkça sağlık sistemi ve bilgilendirme gereksinimlerinin arttığı bildirilmiş, öğrenmeye açık bir katılımcı kitlesiyle karşı karşıya kalındığı için bilgi ve destek gereksinimleri daha fazla olduğu düşünölmüştür [132]. Çin'de yapılan bir çalışma eğitim düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel, bilgi ve cinsellik konularında karşılanmamış gereksinimlerinin daha fazla olduğu bulgusuna ulaşmıştır [133]. Fong ve Cheah (2016) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise benzer şekilde bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olarak eğitim düzeyi arttıkça hastaların psikolojik, cinsellik, sağlık hizmeti ve bilgilendime gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir [110]. Çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek olan katılımcıların bilgi edinmeye açık olmaları ve sağlığın korunması ve geliştirilmesinde istekli olmaları nedeniyle gereksinimlerine yönelik diğer bireylere göre farkındalıklarının yüksek olduğu düşünölmektedir. Kanser hastalarının karşılanmayan gereksinimleri tek başına eğitim durumuna bağlanamayacağı gibi sağlık profesyonellerinin eğitim düzeyindeki farklılıkları göz önünde bulundurarak tedavi ve bakım yönetimini planlamaları önerilebilir.

Çalışmamızda katılımcıların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği toplam ve cinsel gereksinimler alt boyut puanlarının medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği ve evli olan bireylerin daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Literatürde kanser hastalarıyla yürütölen bazı çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmış, evli olan katılımcıların cinsellik gereksinimlerinin bekar olan katılımcılara göre daha fazla olduğu ve cinsel partneri olan bireylerin aktif olma beklentileri nedeniyle bu sonuçların olağan olduğu bildirilmiştir [58,113,114]. Fong ve Cheah (2016) tarafından meme kanserli hastalarla yapılan çalışmada evli olan katılımcıların cinsel yaşamlarındaki eksiklikleri daha fazla bildirdikleri ve bu alanda daha fazla desteğe gereksinim duydukları vurgulanmıştır [110]. Şipal (2019) tarafından hematolojik kanserli hastalarla yapılan tez çalışmasında ise bu bulguların aksine bekar olan

hastaların evli olan hastalara göre daha fazla cinsellik gereksinime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir [112]. Cinsellik, akciğer kanseri hastalarında hastalığı seyri, tedavi süreci ve bu durumlarla ilişkili olarak görülen cinsel işlevlerde ve beden imajında bozulma gibi olumsuz etkiler nedeniyle karşılanmayan gereksinimler arasında yer almaktadır. Literatür bulguları ve bu araştırmanın sonuçlarına göre hemşirelerin akciğer kanseri hastalarında cinsellik gereksinimlerinin farkında olmaları önemli olup bu alandaki gereksinimlerin belirlenmesine yönelik özellikle medeni durumu bilinen hastaları konuşmaya teşvik etmeleri ve hasta merkezli planlamaların yapılması önerilmektedir. Hastaların sağlık profesyoneliyle rahat konuşabileceği ortamın hazırlanması ve mahremiyete özen gösterilmesinin cinsel gereksinimlerin paylaşılmasında teşvik edici olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, psikolojik gereksinimler, cinsellik gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcıların gelir durumuna göre farklılık gösterdiği ve geliri giderine eşit ya da fazla olan bireylerin karşılanmamış gereksinimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekleyen çalışmalara ulaşılmış olmakla birlikte ülkemizde kanser hastalarıyla yürütülen diğer çalışmalarda geliri giderinden az olan kanser hastaların destek gereksinimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür [85,133-135]. Ramezanzade Tabriz ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada İran'da gelir durumu düşük olan kanser hastalarının destek gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir [135]. Fong ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada hastaların gelir düzeyi gereksinimleri üzerinde herhangi bir değişiklik göstermediği tespit edilmiş, bunun nedeni olarak ise hastaların takip ve bakımlarının devlet tarafından sağlanan sağlık sistemi ile neredeyse ücretsiz olarak karşılanmakta olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinde etkin ve ulaşılabilir hasta merkezli bakım yaklaşımlarının hastaların gereksinimleri üzerinde büyük değişiklik yarattığı vurgulanmıştır [110].

Çalışmamıza katılımcıların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri ve cinsellik gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcıların yaşadığı yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Evde aile bireyleriyle beraber yaşayan kişilerin puanlarının evde yalnız yaşayan ve kurumda yaşayanlara göre daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde Temiz ve Durna (2020) tarafından yapılan

çalışma sonucunda yalnız yaşayan hastaların aile bireyleriyle yaşayan hastalara göre daha az karşılanmamış gereksinim belirttiği belirtilmiştir [137]. Fakat Aksuoğlu (2015) tarafından yapılan tez çalışmasına göre ise yalnız yaşayan hastaların günlük yaşam gereksinimlerinin daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır [135]. Wang ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada yaşadığı yere göre hastaların karşılanmamış gereksinimlerinin farklılıklar gösterebileceğini, özellikle yalnız yaşayan hastaların psikolojik destek gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir [132]. Çalışmamızda literatüle benzer olarak aile bireyleriyle yaşayan katılımcıların sürdürülmesi gereken aile içi rol ve sorumlulukları yerine getirememeleri nedeniyle karşılanmamış gereksinimlerinde artış olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların meslek gruplarına göre destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği puanları incelendiğinde emeklilerin puanları işçi, memur, serbest meslek, ev hanımı olanlara göre puanları daha düşük; memur olanların ise emeklilere göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti ve bilgilendirme alt boyutu için memur olanların emekli olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Psikolojik gereksinimler alt boyutu için memur, serbest meslek ve ev hanımı olanların emekli olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Cinsel gereksinimler alt boyutu için memur, serbest meslek olanların emekli olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Danışkan (2022) tarafından yapılan tez çalışmasında çalışan hastaların çalışmayanlara göre günlük yaşam gereksinimleri daha az iken cinsellik gereksinimleri daha fazla bulunmuştur [134]. Kanser hastalarının çalışma durumlarının destekleyici bakım gereksinimlerini etkilediği ve mesleki farklılıklara göre gereksinimlerin değiştiği görülmektedir. Mesleki durumun sosyo-ekonomik düzey ile ilişkisi düşünüldüğünde kanser hastalarının karşılanmamış gereksinimlerinin mesleki farklılıklardan etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

5.1.2. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin klinik özelliklerine göre tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının hastalık süresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farklılık gösteren grupları tespit edebilmek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre hastalık süresi 11 ay ve üstü olanların hastalık süresi 6-10 ay olanlara ve 5 aydan az olanlara göre puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız sonucunda hastalığı yakın zamanda öğrenen katılımcılar, hastalık ve

sonuçları, iyilik halleri ve tedavi süreçleri açısından daha fazla destek gereksinimine ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. Literatürde çalışmamızı destekler nitelikte yakın zamanda tanı alan kanser hastalarının karşılanmamış gereksinimlerinin daha fazla olduğunu belirten çalışmalara ulaşılmıştır [112,132,138,139]. Çalışmamızın sonucundan farklı olarak Çelik (2021) tarafından yapılan tez çalışmasında destekleyici bakım gereksinimlerinin tanı ve tanı süresiyle ilişkisinde anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir [85]. Bununla birlikte tanı süresi daha fazla olan kanser hastalarının karşılanmayan gereksinimlerinin fazla olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur [140,141]. Çalışma sonuçlarımız literatürde yer alan önceki çalışmaların geneliyle uyumludur.

Çalışmamızda katılımcıların günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının hastalık tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hastalık tipi küçük hücreli akciğer kanseri olanların daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir. Küçük hücreli akciğer kanseri, KHDAK ya göre daha agresif seyirli olduğu için tanı konulma aşaması genellikle son evrede olmakta ve bu aşamada hastaların karşı karşıya kaldıkları sorunlar ve tedavi süreciyle birlikte karşılanması gereken gereksinimleri artmaktadır [42]. Literatürde akciğer kanseri tiplerine göre hastaların günlük yaşam gereksinimlerini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bu bağlamda akciğer kanseri hastalarının kanser tipine göre günlük yaşam gereksinimlerinin incelendiği iyi tasarlanmış çalışmalar literatüre kazandırılabilir.

Çalışmamızda katılımcıların günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının katılımcının hastalık evresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hastalık evresi dördüncü evre olanların üçüncü evre olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bizim çalışmamızla benzer sonuçlar mevcuttur [85,140,142,143]. Çelik (2021) tarafından yapılan tez çalışmasında hastaların hastalığının bulunduğu evrenin sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam gereksinimleri ve cinsellik gereksinimleri ilişkili olduğunu, dördüncü evre kanser hastası olan hastaların karşılanmamış gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir [85]. Kanserin ileri evrelerinde artan semptom yükü dolayısıyla hastaların destek gereksinimlerinin daha fazla olduğu, uygulanan tedaviler ve tedavi ilişkili semptomların da gereksinimleri arttırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği, cinsellik gereksinimleri ve günlük yaşam gereksinimleri alt boyut puanlarının tedavi görme

durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda kanser tedavi yöntemlerinin semptom yükünü ağırlaştırması nedeniyle hastaların çok yönlü gereksinimlerinin arttığı ve karşılanmayan gereksinimlerinde artış olduğu bildirilmektedir [82,144,145]. Temiz ve Durna (2020) tarafından yapılan çalışmada kemoterapi ile kombine tedavi yöntemi alan hastalarda karşılanmamış gereksinimlerinin sadece kemoterapi gören hastaların karşılanmamış gereksinimlerinden daha fazla olduğu belirtilmiştir [137]. Kanser tedavi sürecinde hastaların gereksinimlerin tedavi şekli (tek ya da kombine tedaviler), dozu, süresi gibi belirleyici etkenler dikkate alınarak ve sık aralıklarla değerlendirilerek belirlenmesi ve gereksinimlere göre destekleyici bakım yaklaşımlarının sürdürülmesinin tedavi sürecinin hastalar daha konforlu geçirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza sonucunda katılan katılımcıların destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği, cinsellik gereksinimleri ve psikolojik gereksinimler alt boyut puanlarının katılımcıların eşlik eden kronik hastalık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kronik hastalığının olmadığını ifade edenlerin kronik hastalığı olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızla benzer olarak Salaşı (2022) tarafından yapılan tez çalışmasında kronik hastalığa sahip olmayan ve bu anlamda tedavi görmeyen hastaların kronik hastalığı olan ve bu anlamda tedavi gören kanser hastalarına göre destekleyici bakım gereksinimleri olduğu belirtilmiştir [58]. Hastaların daha önce sahip olduğu kronik hastalıkları nedeniyle deneyimlerinin öz yönetim ve uyum süreçlerini artırdığı, bu açıdan herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayanların destek gereksinimlerinin daha fazla olduğu düşünülebilir.

5.2. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesinin Tartışılması

Akciğer kanseri hastaları yaygın olarak hem hastalığın kendisi hem de tedaviyle ilişkili olarak birden fazla semptomu aynı anda deneyimlemekte, yaşanan semptomlar hastanın işlevselliğindeki değişikliklerle birlikte hastalığın seyri ve tedavi süreci üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Diğer kanser türleri ile karşılaştırıldığında, akciğer kanserine bağlı olarak hastalar belirgin düzeyde semptom yükü yaşadıkları bildirilmektedir. Akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları sorunlar yaşam kalitelerini ve duygusal, sosyal, fiziksel ve zihinsel refahları üzerinde önemli etkilere neden olmaktadır [146]. Literatürde neoplastik hastalık tanısı bılunan

bireylerde yaşam kalitesinin kanserin türü, tümörün lokalizasyonu, evresi, uygulanan tedavi rejimi ve sağ kalım prognozu gibi birçok faktörden etkilendiği bildirilmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda yaygın olarak akciğer kanseri tanısı bulunan bireylerde yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere ve diğer malignensi tanılarına sahip bireylere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir [146,148]. Çalışmamızda kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinde genel sağlık ve fonksiyonel boyutlarında alınan yüksek puanlar yüksek yaşam kalitesini, semptomlar boyutundan alınan puanların yüksek olması ise düşük yaşam kalitesini ifade etmektedir. Bu bağlamda çalışmamızda literatürle benzer olarak ileri evre akciğer kanseri hastalarının yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutu, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu alanlarının etkilendiği ve puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu görülmüştür.

5.2.1. İleri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre yaşam kalitesinin tartışılması

Çalışmada ileri evre akciğer kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklere göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde fonksiyonel boyut puanlarının yaşları 56-65 arası olanlarda diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde farklı sosyal, kültürel ve ekonomik özelliklere sahip toplumlarda yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bildirilmiştir. Clark ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarında yaş bağlamında psikososyal ve fiziksel sorunlar değerlendirilmiş ve ilerleyen yaşla birlikte yaşam kalitelerinin bu değişikliklerden etkilediği belirtmiştir [149]. Almanya’da benzer yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak yaş gruplarına göre kanser hastalarının yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada yaşlı hastalarda fiziksel işlev alanlarında daha fazla bozulmalar olduğu belirlenmiştir [150]. Ayrıca Avrupa’da yapılan bir metaanalizde ve Japonya’da yapılan tanımlayıcı bir çalışmada yaşla birlikte yaşam kalitesinin fiziksel işlev alanının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir [151,152]. Çalışmamızda ileri yaş grubunda olan akciğer kanseri hastalarından yaşam kalitesinin fiziksel boyut alanlarının daha fazla etkilenmiş olmasının literatürde yer alan çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların fonksiyonel boyut puanlarının eğitim durumundan etkilendiği ve lise mezunu olan akciğer kanseri hastalarının puanlarının ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde akciğer kanseri hastalarının eğitim durumlarının yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği sınırlı

sayıda araştırmaya ulaşılmıştır. Bazı çalışmalarda düşük eğitim düzeyinin performans durumunu olumsuz etkilediği, yüksek eğitim düzeyinin daha iyi yaşam kalitesi ve azalan semptom yükü ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [153-156]. KHDAK ve sağ kalanlarla yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin yaşam kalitesinin farklı boyutlarını etkilediği tespit edilmiştir [157,158]. Altıparmak ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada ise akciğer kanseri hastalarının eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon puanlarında iyileşme olduğu belirtilmiştir [161]. Çalışmamızda eğitim düzeyine ilişkin bulgular diğer çalışmalarda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumlarının yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu üzerine etkisi olduğu belirlenmiştir. Fonksiyonel ve semptomlar boyutu için bekar olanların evli olanlara göre puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Genel sağlık boyutu için ise evli olanların bekar olanlara göre ise puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Chien ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada hastaların sosyal desteğinin bulunmasının yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir [162]. Moodi ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışmada hastaların hastalıkları sürecince en iyi sosyal desteğin eşleri tarafından sağlandığını, evli olanların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir [163]. Literatürde kanser hastalarının katılımlarıyla yürütülen çalışmalar aile bireyleri ile birlikteliğin ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini olumlu etkilediği, özellikle evli olmanın ve eşden alınan desteğin bu konuda önemli olduğu vurgulanmıştır [162-164].

Çalışmamızda katılımcıların yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu alanlarının yaşanılan yere göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Fonksiyonel boyut ve semptomlar boyutu için evde aile bireyleri ile yaşayan bireylerin puanları yüksek iken, genel sağlık boyutu için ise evde yalnız veya yatılı kurumlarda yaşayan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde kanser hastalarının hastalığa ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı karşı karşıya kaldıkları zorluklarla baş etmede sosyal desteğin önemi vurgulanmakta ve yaşam kalitesini yükselten bir etken olduğu bildirilmektedir [153-155]. Deniz (2011) tarafından yapılan uzmanlık tezi çalışmasında akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları alanların ve birlikte yaşadıkları bireylerin yaşam kalitesiyle ilişkisi bildirilmiş, bakımevi veya informal bakım verici desteği alan hastaların düşük yaşam kalitesine

sahip oldukları belirtilmiştir [165]. Kaya (2016) tarafından yapılan tez çalışmasında ailesiyle birlikte yaşayan akciğer kanserli hastaların yalnız yaşayan hastalara göre yaşam kalitesi ölçeği emosyonel fonksiyon ve toplam puanlarının daha daha yüksek olduğu belirtilmiştir [166]. Gonzalez-Saenz de Tejada ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada ise aile, arkadaş veya yakınlarından sosyal destek alan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmiştir [167]. Çalışmamızda literatürle benzer olarak aileleri birlikte yaşayan akciğer kanseri hastalarının sosyal ve emosyonel desteklerinin olması ve öz bakım gereksinimlerini ailelerinden destek alarak sağlayabilmeleri nedeniyle yaşam kalitelerinin fonksiyonel boyutunun yüksek olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte evli olan katılımcıların semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutuna yönelik bulgularımız ise literatürden farklılık göstermektedir. Yaşam kalitesinin yaşanılan çevre, fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik hali, sosyal destek, sağlığın algılanışı gibi birçok kavramdan etkilendiği düşünüldüğünde yatarak tedavi gören örneklem grubumuzda görülen farklılıkların olağan olduğu söylenebilir.

5.2.2. İleri evre akciğer kanseri hastalarının klinik özelliklerine göre yaşam kalitesinin tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının hastalık tanı sürelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tanı süresi 11 ay ve üstü olan katılımcıların genel sağlık boyutu puanlarının tanı süresi 5 ay'dan az ve 6-10 ay arasında olanlara göre daha düşük olduğu görülmüş, tanı süresi 11 ay ve üstü olanların ise diğer gruplara göre fonksiyonel boyut ve semptomlar boyutu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Altıparmak ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada hastalık süresi üç aydan az olan hastaların yaşam kalitesinin üç aydan fazla olanlara göre daha iyi olduğu belirtilmiştir [161]. Polat ve ark. (2014) tarafından yapılan bir çalışmaya göre kemoterapi alan kanser hastalarının ilerleyen kürlerde tedavi başlangıcına göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmiştir [168]. Literatür bulguları, hastalık ve tedavi süreci nedeniyle görülen semptomların tanı anında hastaların yaşam kalitelerine olan etkisi, hastalığın ilerleyen dönemlerinde ise bireylerin gereksinimlerinin karşılanması açısından baş etme durumlarının zamanla gelişmesi ve semptom yönetimine yönelik uygun müdahaleler ile semptom yükünün azalması ile ilişkilendirilebilir. Buna karşılık akciğer kanseri hastalarının sıklıkla ilerleyen evrelerde tanı aldığı, diğer kanser türlerine göre hastaların daha fazla semptoma sahip oldukları ve özellikle metastazı

olan hastalarda sağ kalım süresinin bir yılın altında olduğu bilinmektedir. Bu nedenle çalışmamızda yer alan ileri evre akciğer kanseri hastalarının yaşam kalitesi puanlarının literatüre göre farklılık gösterdiği düşünölmektedir. Bu doğrultuda uluslararası rehberlerde de belirtildiği üzere ileri evre kanser hastalarının destekleyici ve palyatif bakım gereksinimlerinin karşılanması bakım standardı olmalıdır [153].

Çalışmamızda katılımcıların yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının hastalık tipine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Genel sağlık boyutu için hastalık tipi küçük hücreli akciğer kanseri olan kişilerin puanlarının daha yüksek olduğu görölrken; fonksiyonel ve semptomlar boyutu için hastalık tipi küçük hücreli akciğer kanseri olan hastaların puanlarının daha düşük olduğu görölmüştür. Altıparmak ve ark. (2011) tarafından yapılan araştırmada KHAK tanısı konulan bu hastaların yaşam kalitesinin, KHDAK tanılı hastalara oranla daha yüksek olduğu ve yaşam kalitesinin rol fonksiyon, bilişsel fonksiyon ve emosyonel fonksiyon alanlarında daha yüksek puanlara sahip oldukları bildirilmiş, bu bulgunun nedeni olarak da KHAK'nın diğer kanser tipine göre kemoterapiye yanıtının daha hızlı olması bildirilmiştir [161]. Benzer şekilde Larsson ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı alan hastaların yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu belirtilmiştir [169]. Çalışma bulgularımız literatür bulgularıyla uyumludur.

Çalışmamızda katılımcıların yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut, semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının katılımcının hastalık evresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Genel sağlık boyutu için hastalık evresi üç olanların puanlarının daha düşük olduğu; fonksiyonel ve semptomlar boyutu için hastalık evresi dört olanların puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak Bergerot ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmaya göre hastalık evresinin ileri olması psikolojik kaygı ve rahatsızlıkları meydana getirmesinden dolayı yaşam kalitesini düşürmektedir [170]. Maric ve ark. (2010) tarafından yapılan çalışmada III. ve IV. evre akciğer kanseri hastaları arasında yaşam kalitesi puanlarında anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir [159]. Çalışmamızda hastaların yarıdan fazlasının tanı sürelerinin altı ayın altında olması ve III. evre hastaların çoğunlukla bu süreçte olmaları nedeniyle genel yaşam kalitelerini olumsuz algıladıkları düşünölmektedir. Tedavinin mümkün olmadığı

aşamaya geçen son evre akciğer kanseri hastalarında ise işlevselliklerindeki bozulmaların yaşam kalitesinde düşüşte etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşam kalitesinin semptomlar boyutu ve genel sağlık boyutu puanlarının katılımcının tedavi görme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Aktif tedavi gören kişilerin semptomlar boyutu puanları daha düşük iken genel sağlık boyutu puanları daha yüksek olduğu görülmüştür. Kızılırmak ve ark. (2021) tarafından akciğer kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada kemoterapi alan hastaların tedavi alırken semptomlardan kaynaklı olarak yaşam kalitesinde düşüş olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada tedavi öncesi yaşam kalitesi puanlarının daha az olmasının nedeni hastaların tanıları dolayısıyla fiziksel performansın kötü olmasıyla ilişkilendirilmiştir [171]. Çalışmamız sonucunda hâlihazırda tedavi gören hastaların yaşam kalitesi iyi olduğu belirlenmiştir. Bu durumun yatarak tedavi alan örneklemimizde hastaların mevcut ve olası semptomlarının öngörülmesi ve bu semptomlara yönelik tedavi ve bakım yönetiminin kanser tedavisiyle eş zamanlı olarak yürütülmüş olmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Çalışma bulgularımız sağlık profesyonellerinin kanser tedavisinin her aşamasında hastaların gereksinimlerinin farkında ve hastalara bakım sağlamak için gerekli bilgi ve beceri yetisine ve donanıma sahip olmasının önemini desteklemektedir.

5.3. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda ileri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış gereksinimlerinin ile yaşam kalitesinin farklı boyutları ile ilişkisi gösterilmiştir. Literatürde yer alan çalışma bulgularının çalışma sonuçlarımızla uyumlu ve farklı yönlerinin olduğu bazı gereksinim alanlarında gereksinimleri karşılanan kanser hastalarının yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu gösterilmiştir [81, 170,172].

Çalışmamızda ileri evre akciğer kanseri hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutu ile sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsel gereksinimler ve günlük yaşam gereksinimleri arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hastaların sağlık hizmetleri ve bilgilendirme boyutu puanları arttıkça fonksiyonel boyut puanları da arttığı görülmüştür. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu literatürle uyumlu değildir. Literatürde hastaların yeterince bilgilendirilmesinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, hastalığın ve tedaviye

bağlı oluşan semptomların kontrol altına alınmasında sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksiniminin karşılanması gerekliliği vurgulanmıştır [136,175-177]. Hastaların geleceğe yönelik kaygıları ve baş etmeye yönelik yetersizlik algıları yaşam kalitesi düzeyini de etkilemektedir. Lim ve ark. (2017) tarafından Çin’de yürütülen bir çalışmada hastalığın seyri ve tedavi yönetimine yönelik yeterli düzeyde bilgilendirilmeyen hastaların sağlık çıktılarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir [175]. Bununla birlikte önceki çalışmalar akciğer kanseri hastalarında destekleyici bakım ihtiyaçlarının önemli olduğu, hastalığın evreleri, tedavi planları ve tedaviye bağlı semptomlar konusunda bilgi gereksinimlerinin bulunduğu; tedavi süreçleri tamamlanan hastalarda ise semptom yönetimi, rehabilitasyon ve özbakım konularında bilgi gereksinimlerinin arttığı belirtilmektedir [4,119,178-180]. Bununla birlikte çalışmamızda yer alan ileri evre akciğer kanseri hastalarının bu konularda yeterli düzeyde bilgi sahibi oldukları ve farkındalık düzeylerinin yüksek olması nedeniyle gereksinimlerinin yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda katılımcıların cinsellik gereksinimleri arttıkça yaşam kalitesi fonksiyonel boyut puanlarının iyileştiği görülmüştür. Literatürde kanser hastalarında olumlu cinsel sağlığın yüksek yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir [176]. Akciğer kanseri hastalarında sağ kalımın azalması nedeniyle hastaların cinsel işlevsellik düzeyinin incelendiği az sayıda çalışma yer almaktadır. Bununla birlikte erektil disfonksiyon ve ejakülatör yetmezlik gibi cinsel işlevselliğe yönelik sorunların hastaların yaşamlarının etkileyen duygusal sorunlara yol açabildiği belirtilmiştir. Kanser hastalarının özellikle fiziksel görünümündeki değişiklikler benlik saygısı, yaşam kalitesinde azalma ve psikolojik distres ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [81,176,177]. Çalışmamızda yer alan ileri evre akciğer kanseri hastalarının ileri yaş grubunda bulunmaları ve kültürel yapımız içerisinde ileri yaş grubundaki bireylerin cinsel işlevselliğine yönelik sağlık profesyonelleri düzeyinde dahi konuşulmaması ve gözardı edilmesi nedeniyle bu alandaki gereksinimlerini yeterli düzeyde bildirmedikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların günlük yaşam gereksinimleri ile yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü, zayıf düzeyde ilişki belirlenmiştir. Literatürde farklı kanser türlerinde günlük yaşam gereksinimindeki artışın fonksiyonel durumu olumsuz etkilediği belirtilmiştir [58,177,180]. Klompstra ve ark. (2019) ve Sender ve ark. (2020) tarafından yapılan

çalışmalarda günlük yaşam gereksinimlerindeki artma yaşam kalitesini fonksiyonel boyutta olumsuz etkilediği gibi psikolojik yönden de olumsuz etkilediği, anksiyete ve depresyona neden olduğunu belirtilmiştir. [180,181]. Çalışmamızda literatüre uyumlu olarak ileri evre akciğer kanseri hastalarında hastalığın kendisi ve tedavi sürecinde karşılaştıkları sorunlar karşısında günlük yaşam gereksinimlerinde artış olması halinde yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutunun olumsuz etkilendiği grlmştir.

Çalışmamızda katılımcıların yaşam kalitesinin semptom boyutu ile günlük yaşam gereksinimleri gereksinimleri arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. İleri evre akciğer kanseri hastalarının günlük yaşam gereksinimleri arttıķa semptomlar boyutuna yönelik yaşam kalitesinde artışın olduğu grlmştir. Afıyanti ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada bizim çalışma sonucumuzun aksine günlük yaşam gereksinimlerindeki artışın semptomları da arttırdığını belirtmiştir [182]. Rha ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada günlük yaşam gereksinimleri ile semptomların birbirini çift yönlü arttırdığını belirtmiş olup semptom yükündeki artışın bakım gereksinimini arttırdığı, bakım gereksinimlerindeki artışın da semptom yüküne neden olduğu belirtilmiştir [183]. Akciğer kanseri hastalarının diğer kanser hastalarına göre semptom yükünün ve fonksiyonel yeteneklerindeki değişikliklerin fazla olduğu ve ilerleyen evrelerde sağ kalım oranlarının azaldığı bilinmektedir. Bu bağlamda çalışma bulgularımızda literatürün aksine hastaların yaşam kalitesinin semptomlar boyutu üzerinde karşılanmayan günlük yaşam gereksinimleri dışında hastalığın agresif seyri nedeniyle karşılaştıkları diğer etkenlerin etkili olabileceği dşnlmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların günlük yaşam gereksinimleri boyutu puanları arttıķa genel sağlık boyut puanlarının arttığı ve genel sağlık boyutunun yaşam kalitesi üzerindeki değişimin %9,6'sını açıkladığı belirlenmiştir. Çalışmamızın aksine literatürde günlük yaşam gereksinimlerini karşılayamayan kanser hastalarının yaşam kalitelerinin düşük bulunduğu birçok çalışmaya ulaşılmıştır [182,184-186]. Akciğer kanseri hastalarında özellikle yaşamın son dönemlerinde yorgunluk, ağrı, dispne, iştah kaybı ve öksürük gibi rahatsız edici semptomlar belirgin olarak görülmekte olup hastaların fiziksel ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği, fiziksel bağımlılık ve bilişsel alanlarda azalma gibi sorunlar nedeniyle destekleyici bakım gereksinimleri artmakta ve gereksinimlerin karşılanmamış olması durumu yaşam kalitesinde düşüşe neden olmaktadır [80]. Çalışmamızda rneklem grubumuzda yer alan ileri evre akciğer kanser hastalarının gereksinim ve sorunlarının farklı kanser türüne sahip

hastalara göre değişiklik göstermesi dolayısıyla yaşam kalitesinin farklı yönde etkilenmiş olabileceği düşünölmektedir. Bununla birlikte katılımcıların yarısından fazlasının hastalık tanı sürelerinin beş ay ve altında olması nedeniyle yaşam kalitesi algıları günlük yaşamdaki karşılanmamış gereksinimlerinden çok fazla etkilenmemiş olabilir.

5.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak araştırma ileri evre akciğer kanseri hastaların tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütöldüğü tek bir merkezde yapıldı. Bu nedenle araştırma sonuçları tüm kanser hastalarına genellenemez. İkincisi, araştırmanın örneklemini oluşturan ileri evre akciğer kanseri hastalarının genellikle ileri yaşta olmaları ve semptom yükünün fazla olması çalışmaya katılımlarındaki gönüllük durumlarını olumsuz etkilemiştir. Üçüncüsü, görüşmeler esnasında veri toplama formları arasında yer alan Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği alt boyutlarından cinsellik gereksinimlerine ilişkin soruların hastalar tarafından cevaplandırılması sahip olunan toplumsal mitler ve inançlar dolayısıyla sınırlı kalınmıştır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

1. Katılımcıların yaşça genç olanlarının ileri yaş olanlara göre genel karşılanmamış bakım gereksinimlerinin ve cinsellik gereksinimlerinin fazla olduğu belirlenmiştir.
2. Katılımcılardan kadınların genel karşılanmamış bakım gereksinimlerinin ve psikolojik gereksinimlerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
3. Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği geneli, sağlık hizmeti ve bilgilendirme gereksinimleri, cinsellik gereksinimleri ve psikolojik gereksinimler için katılımcıların eğitim durumu arttıkça karşılanmamış gereksinimlerin arttığı belirlenmiştir.
4. Evli olan bireylerin karşılanmamış gereksinimleri bekar olan bireylere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.
5. Geliri giderine eşit olan bireylerin geliri giderinden az olan bireylere göre puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
6. Evde aile bireyleriyle beraber yaşayan bireylerin karşılanmamış gereksinimlerinin evde yalnız yaşayan ve kurumda yaşayan bireylere göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.
7. Destekleyici bakım gereksinimlerinin katılımcıların mesleki durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.
8. Hastalık tanı süresi fazla olan hastaların karşılanmamış gereksinimlerinin hastalık süresi daha kısa olanlara göre daha az olduğu belirlenmiştir.
9. Hastalık tipi küçük hücreli akciğer kanseri olan bireylerin karşılanmamış gereksinimleri küçük hücreli dışı akciğer kanseri olanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.
10. Hastalık evresi dördüncü evre olan bireylerin hastalık evresi üçüncü evre olanlara göre karşılanmamış gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.
11. Tedavisi devam eden katılımcıların tedavi görmeyen katılımcılara göre karşılanmamış gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.
12. Kronik hastalığının olmayan katılımcıların kronik hastalığı olan katılımcılara göre karşılanmamış gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.
13. Yaşı 55-65 yaş arasında olanların yaşı 66 ve üstü olanlara göre yaşam kalitesinin fonksiyonel boyutu düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

14. Evde aile bireyleri ile yaşayan katılımcıların evde yalnız ya da kurumda yaşayanlara göre yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut ve semptom boyutu düzeylerinin daha yüksek olduğu; evde yalnız veya kurumda yaşayanların ise genel sağlık boyutu düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
15. Hastalık süresi uzun olanların yaşam kalitesinin genel sağlık boyutu düzeylerinin hastalık süresi kısa olanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiş olup hastalık süresi uzun olanların fonksiyonel boyut ve semptom boyutu düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
16. Hastalık tipi küçük hücreli akciğer kanseri olan kişilerin yaşam kalitesinin genel sağlık boyutu düzeylerinin küçük hücreli dışı akciğer kanseri olanlara göre daha iyi olduğu görülürken; küçük hücreli akciğer kanseri olanların fonksiyonel boyut ve semptom boyutu düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
17. Hastalık evresi üç olanların hastalık evresi dört olanlara göre yaşam kalitesinin genel sağlık boyutu düzeylerinin daha düşük; hastalık evresi dört olanların üç olanlara göre fonksiyonel boyut ve semptom boyutu düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
18. Tedavisi süren hastaların yaşam kalitesinin semptom boyutu düzeylerinin daha düşük olduğu genel sağlık düzeylerinin ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
19. Hastaların sağlık hizmetleri ve bilgilendirme gereksinimleri arttıkça yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.
20. Hastaların cinsellik gereksinimleri arttıkça yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.
21. Hastaların günlük yaşam gereksinimleri arttıkça yaşam kalitesinin fonksiyonel boyut düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.
22. Hastaların sağlık hizmetleri ve bilgilendirme gereksinimleri arttıkça yaşam kalitesinin semptom boyutu düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.
23. Hastaların günlük yaşam gereksinimleri arttıkça yaşam kalitesinin semptom boyutu düzeyi azaldığı belirlenmiştir.
24. Hastaların günlük yaşam gereksinimleri arttıkça yaşam kalitesinin genel sağlık boyutu düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

6.1. Öneriler

Araştırmamıza katılan ileri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin bazı klinik ve sosyo-demografik

özelliklerden etkilendiği belirlenmiştir. Bu kapsamda ileri evre akciğer kanseri hastalarının bakım yönetiminde bakım gereksinimlerinin ve yaşam kalitelerinin üzerinde etkili olabilecek etkenlerin dikkatli değerlendirilerek disiplinler arası yaklaşımlarla planlamaların yapılması ve bütüncül bakım girişimlerinin sunulmasının önemli olduğu düşünölmektedir. Hastaların gereksinimlerinin karşılanması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olumlu sağlık ıktularıyla ilişki olabileceği gibi sağlık profesyonelleri arasında en büyük güç olan hemşireler açısından da hastaların tedavi ve bakım yönetiminin yürütölmesinde kolaylık sağlayarak hastaların kanser bakım sürecine katılımını destekleyecektir.



KAYNAKÇA

- [1] Doğan, F. (2021) Akciğer Kanserli Bireylerde Dispne İle Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [2] IARC. (2020). International Agency For Research On Cancer. Erişim Tarihi 20.11.2023. <https://www.ıarc.who.int/news-events/lung-cancer-awareness-month-2022/>.
- [3] Doğan, E. (2021) İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.
- [4] Maguire, R. Papadopoulou, C. Kotronoulas, G. Simpson, M.F. Mcphelim, J. Irvine, L. (2013) A Systematic Review of Supportive Care Needs of People Living with Lung Cancer. European Journal of Oncology Nursing, 17(4), 449-464. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.10.013>.
- [5] Harrison, J.D. Young, J.M. Price, M.A. et. al. (2013) A Systematic Review of Supportive Needs of People Living with Lung Cancer. European Journal of Oncology Nursing, 17(4), 449-464.
- [6] World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. (2022). (Erişim Tarihi: 12.04.2024). <https://gco.ıarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-lung-fact-sheet.pdf>.
- [7] Güner, A. (2020) Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Birüni Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [8] Akın, M. (2022) Güney Marmara Bölgesinde Yaşayan İleri Yaş Hastalarda Sigara ve Akciğer Kanseri: Epidemiyolojik Çalışma. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(2), 310-313.
- [9] Couraud, S. Zalcman, G. Milleron, B. Morin, F. Souquet, P.J. (2012) Lung Cancer in Never Smokers- A Review. European Journal of Cancer, 48(9), 1299-311. Doi: 10.1016/j.ejca.2012.03.007.
- [10] Alexander, M. Kim, S.Y. Cheng, H. (Update 2020) Management of Non-Small Cell Lung Cancer. Lung 198, 897- 907. <https://doi.org/10.1007/s00408-020-00407-5>.

- [11] Coşkun, H.S. and Dabak, N. (2019) Akciğer Kanseri Kemik Metastazları. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 18, 578–584.
- [12] Huang, Z.P. Cheng, H.L. Loh, S.Y. Cheng, K.K. (2020) Functional Status, Supportive Care Needs and Health-Related Quality of Life in Advanced Lung Cancer Patients Aged 50 and Older. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(2), 151-160. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_50_19.
- [13] Özbaş, A.A. and Kılıç, S.T. (2020) Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Kanser Tanımı ve Terimler, Karsinogenezis*. (Ed: Kapucu S. Kutlutürkan S.) Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. Ankara: Hipokrat Kitapevi, 385-404.
- [14] Seo, Y.J. and Park, H. Factors Influencing Caregiver Burden in Families of Hospitalised Patients with Lung Cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 1979-1989. <https://doi.org/10.1111/Jocn.14812>.
- [15] Erarslan, R. (2021) Akciğer Kanseri Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [16] Şipal G. and Arslan S. (2023). Hematolojik Kanseri Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Hastalığı Kabul Düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 10(2),171-178.
- [17] O’Dea, A. Gedye, C. Jago, B. et al. (2022) Identifying the Unmet Supportive Care Needs of People Affected by Kidney Cancer: A Systematic Review. *J Cancer Surviv* 16, 1279–1295. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01113-8>.
- [18] Mercieca-Bebber, R. Costa, D.S. Norman, R. Janda, M. Smith, D.P. Grimison, P. et al. (2019) The EORTC Quality of Life Questionnaire for Cancer Patients (QLQ-C30): Australian General Population Reference Values. *Med J Aust*, 210, 499-506. <https://doi.org/10.5694/mja2.50207>.
- [19] Tsai, J.S. Chiu T.Y. Chen, C.Y. (2010) Significance of Symptom Clustering in Palliative Care of Advanced Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (4), 655-652.
- [20] Aykaç, P. (2022) Akciğer Kanseri Nedeniyle Operasyon Geçiren Hastalar İçin Geliştirilen Öz Etkililik Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Yayınlanmamış*

- Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [21] Erbaycu, A.E. (2020) Akciğer Kanserinde Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. (Ed: Ünsal M.) Akciğer Kanseri. Ankara: Türkiye Klinikleri, 1-5.
- [22] Arslan, S. (2022) Akciğer Kanseri Hastalarında Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- [23] De Groot, P.M. Wu C.C. Carter B.W. Munden R.F. (2018) The Epidemiology of Lung Cancer. *Translational Lung Cancer Research*, 7(3), 220-233. Doi: 10.21037/Tlcr.2018.05.06.
- [24] Kahraman, B. (2020) Akciğer Kanseri Hastalarında Spiritüel İyilik Halinin Hastalık Algısına Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [25] Schabath, M.B. and Cote, M.L. (2019) Cancer Progress and Priorities: Lung Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 28(10), 1563-1579. Doi: 10.1158/1055-9965.EPI-19-0221.
- [26] Barta, J.A. Powell, C.A. Wisnivesky, J.P. (2019) Global Epidemiology of Lung Cancer. *Annals of Global Health*, 85(1), 1-7. doi: 10.5334/aogh.2419. PMID: 30741509.
- [27] Bayram, M. (2019) Akciğer Kanserinin Mesleki ve Çevresel Nedenleri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 7(2), 28-37.
- [28] Mustafa, M. Azizi, A. J. Iızam, E. Nazirah, A. Sharifa, S. Abbas, S. (2016). Lung Cancer: Risk Factors, Management and Prognosis. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*, 15(10), 94-101.
- [29] Metintaş, S. Metintaş, M. Ak, G. Kalyoncu C. (2012) Environmental Asbestos Exposure in Rural Turkey and Risk of Lung Cancer. *22(5)*, 468-479.
- [30] Altuntaş H.H. (2019) Mesleki Akciğer Hastalıklarından Korunma. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 7(2), 16-27.
- [31] Metintaş, M. (2019) Asbest Temasına Bağlı Plevra ve Akciğer Hastalıkları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 7(2), 114-131.
- [32] IARC, 2020. International Agency For Research On Cancer. Erişim tarihi 12.04.2024. <https://www.iarc.who.int/news-events/lung-cancer-awareness-month-2022/>.

- [33] Otansev, P. (2021) Ev İçi Radon Aktivite Konsantrasyonu ve Kanser Riski. Bülent Ecevit Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi. 10(3), 683-691.
- [34] Dubey, S. and Powell, C.A. (2009) Update in Lung Cancer 2008. American Journal Respiratory Critical Care Medicine. 179(10), 860-868. doi: 10.1164/rccm.200902-0289UP.
- [35] Siegel, R.L. Miller, K.D. Jemal, A. (2019) Kanser İstatistikleri. A Cancer Journal of Clinicians, 69(1), 7-34. <https://doi.org/10.3322/caac.21551>.
- [36] Kligerman, S. and White, C. (2011) Epidemiology of Lung Cancer in Women. Risk Factors, Survival and Screenin Read More. American Journal of Roentgenology. 196(2), 287-295.
- [37] Carioli, G. Bertuccio, P. Boffetta, P. Levi, F. La Vecchia, C. Negri, E. et al. (2020) European Cancer Mortality Predictions for the Year 2020 with a Focus on Prostate Cancer. Annals of Oncology, 31(5), 650-658. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.009>.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753420360567>.
- [38] World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (2020) Erişim Tarihi: 19.12.2023. https://gco.iarc.fr/today/online_analysispie.
- [39] Cruz, C.S.D. Tanoue, L.T. Matthay, R.A. (2011) Lung Cancer: Epidemiology, Etiology and Prevention. Clinics İn Chest Medicine, 32(4), 605-644.
- [40] Koshiol, J. Rotunno, M. Consonni, D. Pesatori, A.C. De Matteis, S. Goldstein, A.M. et al. (2009) Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Altered Risk of Lung Cancer in a Population -Based Case- Control Study. Plos One. 4(10), E7380. Doi:10.1371/Journal.Pone.0007380.
- [41] Dai, J. Yang, P. Cox, A. Jiang, G. (2017) Lung Cancer and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: From a Clinical Perspective. 8(11), 18513-18524. Doi: 10.18632/oncotarget.14505.
- [42] Nooreldeen, R. and Bach, H. (2021) Current and Future Development in Lung Cancer Diagnosis. International Journal of Molecular Sciences. 22(16), 8661. doi: 10.3390/ijms22168661.
- [43] Güneş, M. (2022) H460 Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hücrelerinden Kanser Kök Hücre İzolasyonu Ve Karakterizasyonu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [44] LCFA (2021). Lung Cancer types. Erişim Tarihi: 21.12.2023. Erişim Adresi: <https://lcfamerica.org/lung-cancer-info/types-lung-cancer/>.
- [45] Aydın, S. (2021) Akciğer Kanseri ve Sağ Kalımı Etkileyen Faktörler. (Ed: Soslu R.) Academic Developments on Health Sciences. Ankara. Duvar Kitapevi. 250-269.
- [46] Küçük, A. Öztep Ş.E. Yılmaz, E.B. Topkan, E. (2021) Sınırlı Evre Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Tanılı Hastalarda Eş Zamanlı Kemoradyoterapi Öncesi Sistemik İmmün İnflamasyon İndeksi'nin Sağ Kalıma Etkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(2), 186-198.
- [47] Gül Ş.K. Oruç A.F. Tepetam, H. (2022) Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Tedavi Sonuçları ve Tedaviye Etki Eden Prognostik Faktörler. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 251-255.
- [48] Rudin C.M. Brambilla, E. Faivre-Finn, C. et al. (2021) Small-Cell Lung Cancer. Nature Reviews Disease Primers. 7(3). <https://doi.org/10.1038/S41572-020-00235-0>.
- [49] Türk Toraks Derneği. Erişim Tarihi: 14.04.2024. <https://www.toraks.org.tr/site/resources/aegrotationes/p/3>.
- [50] Turhan, K. and Göksel, T. (2017). Akciğer Kanseri 8. TNM Evreleme Sistemi. Toraks Bülteni. 30-35.
- [51] Çok, G. (2018) Akciğer Kanserinde TNM Evrelemesi. Nükleer Tıp Semineri. 4,1-5.
- [52] Feng, S.H. Yang, S.T. (2019) The New 8th TNM Staging System of Lung Cancer and İts Potential İmaging İnterpretation Pitfalls and Limitations with CT İmage Demonstrations. Diagnostic and Interventional Radiology, 25(4), 270-279. doi: 10.5152/dir.2019.18458.
- [53] Jones, G.S. Baldwin, D.R. (2018) Recent Advances in the Management of Lung Cancer. Clinic Medicine (Londra). 18(1), 41-46. Doi: 10.7861/Clinmedicine.18-2-S41.
- [54] Goldstraw, P. Chansky, K. Crowley, J. Rami-Porta, R. Asamura, H. Eberhardt, W.E. at al. (2016) 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", J Thorac Oncol., 11 (1), 39-51.

- [55] Yılmaz, Ü. (2018) Akciğer Kanserinde Tedavi Yaklaşımları. Nükleer Tıp Semineri. 4,32-38.
- [56] Lemjabbar-Alaoui, H. Hassan, O.U. Yang, Y.W. Buchanan, P. (2015) Lung Cancer: Biology and Treatment Options. *Biochimica Biophysica Acta (BBA)*. 1856(2), 189-210. Doi: 10.1016/J.Bbcan.2015.08.002.
- [57] Harðardóttir, H. Jónsson, S. Gunnarsson, Ö. Hilmarsdóttir, B. Ásmundsson, J. Guðmundsdóttir, I. et al. (2021) Nýjungar Í Greiningu Og Meðferð Lungnakrabbameins. *Læknablaðið The Iceland Medicak Journal*, 108, 17-28. doi 10.17992/ibl.2022.01.671.
- [58] Salaşı, H. (2022) Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarında Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [59] Baykara, O. (2016) Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- [60] Sonke, J.J. Aznar, M. Rasch C. (2019) Adaptive Radiotherapy for Anatomical Changes. *Seminars in Radiation Oncology*. 29(3), 245-257. <https://doi.org/10.1016/j.semradonc.2019.02.007>.
- [61] Doğan, I. (2019) Kemoterapi Alan Hastalarda Semptom Kontrolü ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [62] İnel, S. (2018) Radyoterapi ve Brakiterapide Yan Etkiler. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 17-19.
- [63] Aslan, F. and Olgun, N. (2017). *Onkoloji*. (Ed.: Karadakovan A. Eti Aslan F.) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi. 237-238.
- [64] Akdemir, N. and Can, G. (2021) Kanser Tedavileri ve Hemşirelik Bakımı. (Ed: Akdemir N.) *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara: Akademisyen Kitapevi. 355-374.
- [65] Ayvat, İ. (2019) Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- [66] Küçükakgün, H. and Can, G. (2020) Hedefe Yönelik Tedaviler. (Ed: Kapucu S. Kutlutürkan S.) Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. Ankara: Hipokrat Kitapevi, 87-103.
- [67] Ovayolu, Ö. (2017) Onkolojik Sorunlar ve Hemşirelik Yönetimi. (Ed: Ovayolu N. Ovayolu Ö.) Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 285-302.
- [68] Özlük, A.A. Oytun, M.G. Günenç, D. (2017) Kanser İmmünoterapisi. FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi, 2(1), 21-23. doi: 10.5606/fng.transplantasyon.2017.004.
- [69] Küpeli, S. (2022) Kanserde Hedefe Yönelik Tedavi: Trozinkinaz İnhibitörleri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 31(2), 78-81. doi:10.17827/aktd.1081737.
- [70] Ercelep, Ö. and Yumuk, P.F. (2018) Hedefe Yönelik Tedavilerde Nereye Geldik? Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 6(3), 74-84.
- [71] Yurtsever, S. and Yılmaz, C.K. (2019) Akciğer Kanseri. (Ed: Can G.) Onkoloji Hemşireliği, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 771-785.
- [72] Bahar, A. Ovayolu, Ö. Ovayolu, N. (2019) Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6(1), 42-58.
- [73] Akdemir, N. and Can, G. (2021) Kanser Hemşireliğinde Semptom Kontrolü, Onkolojik Aciller ve Bakım Veren Korunması. (Ed: Akdemir N.) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Akademisyen Kitapevi, 375-390.
- [74] Duman, K.D. (2017) Geriatri Kanser Hastalarında Ağrı ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [75] Arslan, S. Kansere Bağlı Yorgunluk. http://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/17620161278-28_Bolum_27_Yorgunluk.pdf. Erişim Tarihi: 11.01.2023.
- [76] Franceschini, J.P. Jamnik, S. Santoro, I.L. (2020) Role That Anorexia and Weight Loss Play in Patients with Stage IV Lung Cancer. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 46(4), 1-6. Doi: 10.36416/1806-3756/E20190420.
- [77] Kocatepe, V. and Can, G. (2021) Dispne Yönetiminde El Fanının Etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2), 537-54.

- [78] Akın, S. and Temiz, G. (2021) Akciğer Hastalıklarında Semptom Yönetimi. Sağlık ve Toplum, 31(2), 21-31.
- [79] Kömürcüoğlu B.E. (2016). Akciğer Kanseriinde Öksürük. (Ed: Yılmaz Ü. Gülhan M.) Akciğer Kanseriinde Destek Tedavisi. İstanbul: Tüsad Eğitim Kitapları Serisi. 94-10.
- [80] Al Achkar, M. Marchand, L. Thompson, M. Chow, L.Q.M. Revere, D. Baldwin, L.M. (2020) Unmet Needs and Opportunities for Improving Care for Patients with Advanced Lung Cancer on Targeted Therapies: A Qualitative Study. BMJ Open. 10(3), 1-8. Doi: 10.1136/Bmjopen-2019-032639.
- [81] Cochrane, A. Woods, S. Dunne, S. Gallagher, P. (2022) Unmet Supportive Care Needs Associated with Quality of Life For People with Lung Cancer: A Systematic Review of The Evidence 2007–2020. European Journal of Cancer Care. 31(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/Ecc.13525>.
- [82] Kocaman Yıldırım, N. Kaçmaz, N. Özkan, M. (2013) İleri Evre Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. Psikiatri Hemşireliği Dergisi. 4(3), 153-158.
- [83] Al-Omari, A. Al-Rawashdeh, N. Damsees, R. Ammar, K. Alananzeh, I. Inserat, B. et al. (2022). Supportive Care Needs Assessment for Cancer Survivors at a Comprehensive Cancer Center in the Middle East: Mending the Gap. Cancers, 14(4), 1002.
- [84] Kocaman Yıldırım N. (2013) Yetişkin Kanseri Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 6(4), 231-240.
- [85] Çelik H. (2021) Kanseri Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri İle Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [86] Zhang, T. Hongye, H.E. Liu, Q. Xiaoqing, L.V. Şarkı, Y. Hong, J. (2019) Supportive Care Needs of Patients With Lung Cancer in Mainland China: A Cross-Sectional Study. Journal of Nursing Research 27(6), e52. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000338.

- [87] Gültekin, Z. Pınar, G. Pınar, T. Kızıltan, G. Doğan, N. Algier, L. Bulut, I. et al. (2008) Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *Uluslararası Hematoloji- Onkoloji Dergisi*. 18(2), 99-106.
- [88] Coşkun A. and Özerdoğan N. (2018) Palyatif Bakımda Cinsel Sağlık. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(4), 371-377.
- [89] Aygin D. and Yaman Ö. (2017) Kanserli Hastalarda Cinsellik Nasıl Değerlendirilmeli? *Androloji Bülteni*. 19(3), 98-107. doi: .24898/tandro.2017.92160.
- [90] Hordern, A.J. and Street, A.F. (2007) Communicating About Patient Sexuality and İntimacy After Cancer: Mismatched Expectations and Unmet Needs. *Medical Journal of Australia*, 186, 224-227. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00877.x>.
- [91] Hsieh, L.Y. Chou, F.J. Guo, S.E. (2018) Information Needs of Patients with Lung Cancer From Diagnosis Until First Treatment Follow-Up. *Plos One*. 13(6), 1-13. Doi: 10.1371/Journal.Pone.0199515.
- [92] Ançel, G. (2012) Information Needs of Cancer Patients: A Comparison of Nurses and Patients Perceptions. *Journal of Cancer Education*. 27, 631-640. <https://doi.org/10.1007/s13187-012-0416-2>.
- [93] Gencer, H. Serçekuş, P. Özkan, S. (2021) Kanser Hastalarının Bilgi Kaynakları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 10(3), 568 – 573.
- [94] Karakartal D. (2018) Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*. 4(9), 48-62.
- [95] Yazgı, Z.G. and Yılmaz, M. (2020) Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 4(1), 60-70.
- [96] Uslu, Ş.F. and Terzioğlu, F. (2020) Hemşirelerin Kanser Hastalarına Yönelik Manevi Bakım Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(4), 340-349.
- [97] Eskigüleç, Y. and Kav, S. (2022) Palyatif Bakım Hemşireliğinde Bir Spiritüel Bakım Yaklaşımı: Acıyı Anlamlandırmak. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*. 3(2), 144-155.
- [98] Fradelos, E.C. Albani, E. Papathanasiou I.V. Prapa, P.M. Tsomaka, E. Bakalis, V. et al. (2021) Spiritual Needs of Lung Cancer Patients and Their Relation to

- Psychological Distress and Quality of Life. *Cureus*. 13(12), E20225. Doi: 10.7759/Cureus.20225.
- [99] Çalışkan, T. Duran, S. Karadan, A. Ergün, S. Tekir, Ö. (2015) Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 17(1), 27-36.
- [100] Lewandowska, A. Rudzki, G. Lewandowski, T. Próchnicki, M. Rudzki, S. Laskowska, B. et al. (2020) Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 23;17(19), 6938. doi: 10.3390/ijerph17196938.
- [101] Akan G. (2019) Tıp 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [102] Dağıstan G. (2014) Kanser Hastalarında Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi: Tıp Fakültesi Anestezi Ve Reanimasyon Anabilim Dalı.
- [103] Gelin, D. and Ulus, B. (2015) Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(1), 31-35.
- [104] Wen, L. Liao, X. Cao, Y. Liu, Y. Wu, W. Chen, Y. et al. (2022) Analysis of Hazard Factors Affecting the Quality of Life for Lung Cancer Patients after Chemotherapy. *Journal Healthcare Engineering*. 20, 6910126. doi:10.1155/2022/6910126.
- [105] Kuang, X. Long, F. Chen, H. Huang, Y. He, L. Chen, L. et al. (2021) Correlation Research Between Fear of Disease Progression and Quality of Life in Patients with Lung Cancer. *Annals of Palliative Medicine*. 11(1), 2224-5839. <https://Apm.Amegroups.Com/Article/View/84129>.
- [106] Boyes, A. Girgis, A. Lecathelinais, C. (2009). Brief Assessment of Adult Cancer Patients' Perceived Needs: Development and Validation of the 34-Item Supportive Careneeds Survey (SCNS-SF34). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 15(4), 602-606. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2753.2008.01057.X>.

- [107] Özbayır, T. Soyer Geçgil, Ö. Aslan, A. (2017) An Adaptation of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF 34) to Turkish. *J Breast Health*. 13, 183-188. Doi: 10.5152/tjbh.2017.3266.
- [108] Aaronson, N.K. Ahmedzai, S. Bergman, B. Bullinger, M. Cull, A. Duez, N.J. Takeda, F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-Of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85: 365-376. Doi:10.1093/jnci/85.5.365.
- [109] Cankurtaran, E. S. Ozalp, E. Soygur, H. Ozer, S. Akbiyik, D. I. Bottomley, A. (2008). Understanding The Reliability and Validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish Cancer Patients. *European Journal of Cancer Care*. 17(1), 98-104.
- [110] Fong, F. J. and Cheah, W. L. (2016) Unmet Supportive Care Needs Among Breast Cancer Survivors of Community-Based Support Group in Kuching, Sarawak. *International Journal of Breast Cancer*. 9. <https://doi.org/10.1155/2016/7297813>.
- [111] Nair, S.C. Jaafar, H. Jaloudi, M. Qawasmeh, K. Almarar, A. Ibrahim, H. (2018). Supportive Care Needs of Multicultural Patients with Cancer in the United Arab Emirates. *E cancer medical science*. 29;12, 838. Doi: 10.3332/Ecancer.2018.838. PMID: 29910835; PMCID: PMC5985753.
- [112] Şipal G. (2019) Hematolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Hastalığı Kabul Süreçleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- [113] Elsous, A. Radwan, M. Najjar, S. Masad, A. Rayya, M. A. (2023) Unmet Needs and Health-Related Quality of Life of Breast Cancer Survivors: Survey From Gaza Strip. Palestine. *Acta Oncologica*. 62:2, 194-209. DOI: [10.1080/0284186X.2023.2180326](https://doi.org/10.1080/0284186X.2023.2180326).
- [114] Hasegawa, T. Goto, N. Matsumoto, N. Sasaki, Y. Ishiguro, T. Kuzuya, N. et al. (2016) Prevalence of Unmet Needs and Correlated Factors in Advanced-Stage Cancer Patients Receiving Rehabilitation. *Support Care Cancer*. 24(11), 4761-7. doi: 10.1007/s00520-016-3327-7. Epub 2016 Jun 25. PMID: 27344328.
- [115] Fan, R. Wang, L. Bu, X. Wang, W. Zhu, J. (2023) Unmet Supportive Care Needs of Patients with Breast Cancer: A Systematic Review. *Research Square*. DOI: 10.21203/rs.3.rs-2612594/v1.

- [116] Kotronoulas, G. Papadopoulou, C. Cunningham, K.B. Simpson, M. Maguire, R. (2017) A Systematic Review of the Supportive Care Needs of People Living with and Beyond Cancer of The Colon and/or Rectum. *Eur J Oncol Nurs.* 29, 60-70.
- [117] Abu-Odah, H. Molassiotis, A. Yat Wa Liu, J. (2022) Analysis of the Unmet Needs of Palestinian Advanced Cancer Patients and Their Relationship to Emotional Distress: Results From a Cross-Sectional Study. *BMC Palliat Care.* 14;21(1), 72. Doi: 10.1186/S12904-022-00959-8.
- [118] Jie, Y. Wang, Y. Chen, J. Wang, C. Lin, Y. Hu, R. et al. (2020). Unmet Supportive Care Needs and Its Relation to Quality of Life Among Adult Acute Leukaemia Patients in China: A Cross-Sectional Study. *Health Qual Life Outcomes.* 23;18(1), 199. Doi: 10.1186/S12955-020-01454-5.
- [119] Giuliani, M.E. Milne, R.A. Puts, M. Sampson, L.R. Kwan, J.Y. Le, L.W. et al. (2016) The Prevalence and Nature of Supportive Care Needs in Lung Cancer Patients. *Curr Oncol.* 23(4), 258-65. Doi: 10.3747/Co.23.3012.
- [120] Katz, A. and Dizon, D.S. (2016) Sexuality After Cancer: A Model for Male Survivors. *J Sex Med.* 13(1), 70-8. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.11.006. PMID: 26755089.
- [121] Varol, Y. Varol, U. Değirmenci, M. Pişkin, G. Aşık, N. Akyol, M. et al. (2016) Metastatik Akciğer Kanseri Hastalarında Depresyon, Anksiyete, Cinsellik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. 49;3, 185-191. <https://doi.org/10.5505/aot.2016.27122>
- [122] Stabile, C. Goldfarb, S. Baser, R.E. Goldfrank, D.J. Abu-Rustum, N.R. Barakat, R.R. et al. (2017) Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 165(1), 77-84. doi: 10.1007/s10549-017-4305-6.
- [123] Reyhan, F. Özerdoğan, N. Arık, E. (2018) İhmal Edilen Bir Konu: Yaşlılıkta Cinsellik. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 27, 76-79.
- [124] Şen, S. Usta, E. Aygin, D. Sert, H. (2015). Yaşlılık ve Cinsellik Konusunda Sağlık Profesyonellerinin Yaklaşımları. *Androloji Bülteni,* 17(60), 64-7
- [125] Jimenez-Fonseca, P. Calderón, C. Hernández, R. Ramón Y Cajal, T. Mut, M. Ramchandani, A. et al. (2018) Factors Associated with Anxiety and Depression

- in Cancer Patients Prior to Initiating Adjuvant Therapy. *Clin Transl Oncol.* 20(11), 1408-1415. doi: 10.1007/s12094-018-1873-9.
- [126] Rajah, H.D.A. Chan, C.M.H. Kong, Y.C. Wong, L.P. Bustaman, R.S. Ho, G.F. et al. (2021) Insights on emotional distress following cancer, sources of support and the unmet needs in a setting with limited supportive care services for people living with cancer. *Support Care Cancer.* 29(10), 5811-5819. doi: 10.1007/s00520-021-06148-2.
- [127] Hinz, A. Lehmann-Laue, A. Richter, D. Hinz, M. Schulte, T. Görz, E. et al. (2023) The Relationship Between Supportive Care Needs and Health-Related Quality of Life in Cancer Patients. *Healthcare.* 11, 2161. <https://doi.org/10.3390/Healthcare11152161>.
- [128] Wang, T.F. Li, Y.J. Chen, L.C. Chou, C. Yang, S.C. (2020). Correlation Between Postoperative Health-Related Quality of Life and Care Needs of Oral Cancer Patients. *Cancer Nursing W.* 43(1), 12-21. doi: 10.1097/NCC.000000000000067.
- [129] Sender, A. Friedrich, M. Leuteritz, K. Nowe, E. Stöbel-Richter, Y. Mehnert, A. et al. (2019) Unmet supportive care needs in young adult cancer patients: associations and changes over time. Results from the AYA-Leipzig study. *J Cancer Surviv.* 13(4), 611-619. doi: 10.1007/s11764-019-00780-y.
- [130] Okediji, P.T. Salako, O. Fatiregun, O.O. (2017). Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients. *Cureus.* 9;9(5), e1234. doi: 10.7759/cureus.1234.
- [131] Abdollahzadeh, F. Moradi, N. Pakpour, V. Rahmani, A. Zamanzadeh, V. Mohammadpoorasl, A. et al. (2014) Unmet Supportive Care Needs of Iranian Breast Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 15 (9), 3933-3938
- [132] Ölmez S. (2020). Multipl Myelom Tanısı Alan Hastaların Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi.
- [133] Wang, T. Molassiotis, A. Chung, B.P.M. Tan, J.Y. (2018) Unmet Care Needs of Advanced Cancer Patients and Their Informal Caregivers: A Systematic Review. *BMC Palliat Care.* 23;17(1), 96. Doi: 10.1186/S12904-018-0346-9.

- [134] Danışkan İ. (2022) Jinekolojik Onkoloji Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [135] Ramezanzade Tabriz, E. Parsa Yekta, Z. Shirdelzade, S. Saadati, M. Orooji, A. Shahsavari, H. et al. (2017) Unmet Needs in Iranian Cancer Patients. *Int J Epidemiol Res.* 5(6), 31-5.
- [136] Aksuoğlu A. (2015) Kanser Hastaları İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [137] Temiz G. and Durna Z. (2020). Evaluation of Quality of Life and Health Care Needs in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Journal Cancer Education.* 35, 796–807. <https://doi.org/10.1007/S13187-019-01533-2>.
- [138] Yücel, O. B. Irmak, B. Bayraktar, M. Karadağ, M. (2022). Cerrahi Onkoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *IGUSABDER.* 16, 13-32
- [139] Karabulut, O. (2021) Kanser Hastalarında Görülen Semptomlar ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [140] Ertuğrul Kırık, E. (2020) Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Zonguldak: Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [141] Wang, S. Li, Y. Li, C. Qiao, Y. He, S. (2018) Distribution and Determinants of Unmet Need for Supportive Care Among Women With Breast Cancer In China. *Med Sci Monit.* 21;24, 1680-1687. Doi: 10.12659/Msm.905282.
- [142] Soyer Er, Ö. Erkan, H. N. (2023) The Mediating Role of Psychological Resilience in the Relationship Between Spiritual Well-Being and Supportive Care Needs in Women with Breast Cancer. *European Journal of Breast Health.* 1;19(4), 297-303. Doi: 10.4274/Ejbh.Galenos.2023.2023-6-5.
- [143] Pongthavornkamol, K. Lekdamrongkul, P. Pinsuntorn, P. Molassiotis, A. (2019). Physical Symptoms, Unmet Needs, and Quality of Life in Thai Cancer Survivors after the Completion of Primary Treatment. *Asia-Pacific Journal of Oncology.* 6(4), 363-371. DOI:10.4103/apjon.apjon_26_19.

- [144] Demir, C. (2023) Jinekolojik Kanser Hastalarında Yalnızlık ve Kansere İlişkin Negatif Sosyal Beklentileri İle Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Kars; Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [145] McDowell, M.E. Occhipinti, S. Ferguson, M. Dunn, J. Chambers, S.K. (2010) Predictors of change in unmet supportive care needs in cancer. *Psychooncology*. 19(5), 508-16. doi: 10.1002/pon.1604.
- [146] Doğan, N. (2011) Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- [147] Polanski, J. Jankowska-Polanska, B. Rosinczuk, J. Chabowski, M. Szymanska-Chabowska, A. (2016). Quality of Life of Patients with Lung Cancer. *OncoTargets and Therapy*, 9, 1023–1028. <https://doi.org/10.2147/OTT.S100685>,
- [148] Prapa, P. Papathanasiou, I. V. Bakalis, V. Malli, F. Papagiannis, D. Fradelos, E. C. (2021). Quality of Life and Psychological Distress of Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *World journal of Oncology*, 12(2-3), 61–66. <https://doi.org/10.14740/wjon1371>.
- [149] Clark, K. Bergerot, C.D. Philip, E.J. Buga, S. Obenchain, R. Loscalzo, M.J. (2018). Biopsychosocial Problem-Related Distress in Cancer: Examining The Role of Sex and Age. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1562-1568. <https://doi.org/10.1002/Pon.4172>.
- [150] Baumann, R. Pütz, C. Röhrig, B. Höffken, K. Wedding, U. (2009) Health-Related Quality of Life in Elderly Cancer Patients, Elderly Non-Cancer Patients And Elderly General Population. *Eur J Cancer Care*. 18(5), 457- 65. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00975.x>.
- [151] Quinten, C. Coens, C. Mauer, M. Comte, S. Sprangers, M.A.G. Cleeland, C. et al. (2009) Baseline Quality of Life as a Prognostic Indicator of Survival: A Meta-Analysis of Individual Patient Data From EORTC Clinical Trials. *Lancet Oncol*. 10(9), 865-71. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(09\)70200-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(09)70200-1).
- [152] Akechi, T. Okuyama, T. Uchida, M. Nakaguchi, T. Ito, Y. Yamashita, H. et al. (2012) Perceived Needs, Psychological Distress and Quality of Life of Elderly

- Cancer patients. *Jpn J Clin Oncol.* 42(8), 704-10. <https://doi.org/10.1093/jjco/hys075>.
- [153] Gonzalez-Saenz de Tejada, M. Bilbao, A. Baré, M. et al.(2017) Association Between Social Support, Functional Status, and Change in Health-Related Quality of Life and Changes in Anxiety and Depression in Colorectal Cancer Patients. *Psycho-Oncology.* 26: 1263–1269. <https://doi.org/10.1002/pon.4303>.
- [154] Pierzynski, J.A. Ye, Y. Lippman, S.M. Rodriguez, M.A. Wu, X. Hildebrandt, M.A.T. (2018) Socio-demographic, Clinical, and Genetic Determinants of Quality of Life in Lung Cancer Patients. *Sci Rep.* 13;8(1), 10640. doi: 10.1038/s41598-018-25712-1.
- [155] Herndon, J. E. Kornblith, A. B. Holland, J. C. Paskett, E. D. (2008) Patient education level as a predictor of survival in lung cancer clinical trials. *J Clin Oncol*, 26, 4116–4123, <https://doi.org/10.1200/jco.2008.16.7460>
- [156] Ferrell, B.R. Temel, J.S. Temin, S. Alesi, E.R. Balboni, T.A. Basch, E.M. et al. (2017) Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol.* 35(1), 96-112. doi: 10.1200/JCO.2016.70.1474.
- [157] Di Maio, M. Signoriello, S. Morabito, A. Rossi, A. Maione, P. Piantedosi, F. et al. (2012) Prognostic Impact of Education Level of Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Enrolled in Clinical Trials. *Lung Cancer.* 76(3), 457-64. doi: 10.1016/j.lungcan.2012.01.002.
- [158] Lam, K. Chow, E. Zhang, L. Wong, E. Bedard, G. Fairchild, A. et al. (2013) Determinants of Quality of Life in Advanced Cancer Patients with Bone Metastases Undergoing Palliative Radiation Treatment. *Support Care Cancer.* 21(11), 3021-30. Doi: 10.1007/S00520-013-1876-6.
- [159] Maric, D. Jovanovic, D. Golubicic, I. Dimic, S. Pekmezovic, T. (2010) Health-Related Quality of Life in Lung Cancer Patients in Serbia: Correlation with Socio-Economic and Clinical Parameters. *Eur J Cancer Care*, 19, 594–602, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01101.x>.
- [160] Sterzi, S. Cesario, A. Cusumano, G. Corbo, G. Lococo, F. Biasotti, B. et al. (2013) How Best to Assess the Quality of Life in Long-Term Survivors After Surgery for NSCLC? Comparison Between Clinical Predictors and

- Questionnaire Scores. Clin Lung Cancer. 14(1), 78-87. doi: 10.1016/j.clcc.2012.04.002.
- [161] Altıparmak, S. Fadıoğlu, Ç. Gürsoy, Ş.T. Altıparmak, O. (2011) Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Özbakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Ege Tıp Dergisi. 50(2), 95-102.
- [162] Chien, C.H. Chuang, C.K. Liu, K.L. Wu, C.T. Pang, S.T. Chang, Y.H. (2021) Health-Related Quality of Life and its Associated Factors in Prostate Cancer Patients Who Receive Androgen Deprivation Therapy. Cancer Nurs. 44(1), E34-E42. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000752.
- [163] Moodi M. Mohammadifard M. Miri M. (2017) Quality of Life and Its Contributing Factors Among Patients with Breast Cancer: A descriptive-Analytical Study. Mod Care Journal. 14(3), e67053. <https://doi.org/10.5812/modernc.67053>.
- [164] Menekli, T. Doğan, F. Elkıran, E. T. (2020). Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3), 467-474.
- [165] Deniz, M.Ç. (2011) Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarında Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
- [166] Kaya, G. (2016) Meme Kanserli Kadınlarda Yaşam Kalitesi ve Algılanan Aile Destek Düzeyinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü.
- [167] Gonzalez-Saenz de Tejada, M. Bilbao, A. Baré, M. Briones, E. Sarasqueta, C. Quintana, J.M. et al. (2017) CARESS-CCR Group. Association Between Social Support, Functional Status and Change In Health-Related Quality of Life and Changes in Anxiety and Depression in Colorectal Cancer Patients. Psychooncology. 26(9), 1263-1269. Doi: 10.1002/Pon.4303.
- [168] Polat, U. Arpacı, A. Demir, S. Erdal, S. Yalcin, S. (2014) Evaluation of Quality of Life and Anxiety and Depression Levels in Patients Receiving Chemotherapy for Colorectal Cancer: Impact of Patient Education Before Treatment Initiation. Journal Gastrointest Oncology. 5(4), 270-5. Doi: 10.3978/J.İssn.2078-6891.2014.034.

- [169] Larsson, M. Ljung, L. Johansson, B.K. (2012). Health-Related Quality of Life in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: Correlates and Comparisons to Normative Data. *European Journal of Cancer Care*. 21(5), 642-649. Doi:10.1111/J.1365- 2354.2012.01346.X.
- [170] Bergerot, C.D. Bergerot, P.G. Philip, E.J. De Domenico, E.B.L. Manhaes, M.F.M. Pedras, R.N. et al. (2018) Assessment of Distress and Quality of Life in Rare Cancers. *Psychooncology*. 27(12), 2740-2746. Doi: 10.1002/Pon.4873.
- [171] Kızıllırmak, D. Göktalay, T. Gültekin, Ö. Havlucu, Y. Çelik, P. (2021) Akciğer Kanserinin ve Kemoterapinin Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 35(2), 82-90.
- [172] Sakamoto, N. Takiguchi, S. Komatsu, H. Okuyama, T. Nakaguchi, T. Kubota, Y. et al. (2017) Supportive Care Needs and Psychological Distress and/or Quality of Life in Ambulatory Advanced Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy: A Cross-Sectional Study, *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 47(12), 1157–1161. <https://doi.org/10.1093/Jjco/Hyx152>.
- [173] Molassiotis, A. Yates, P. Li, Q. So, W.K.W. Pongthavornkamol, K. Pittayapan, P. et al. (2017) Mapping Unmet Supportive Care Needs, Quality-Of-Life Perceptions and Current Symptoms in Cancer Survivors Across the Asia-Pacific Region: Results From the International STEP Study. *Ann Oncol*. 1;28(10), 2552-2558. Doi: 10.1093/annonc/Mdx350.
- [174] Weng, Y. Lin, J. Yang, T. Lin, Y.A. Chen, H. Chen, W. et al. (2023) The Dyadic Relationship of Supportive Care Needs With Quality of Life in Lung Cancer Survivor and Spousal Caregiver Couples. *Asia Pacific Journal of Oncology Nurse*. 28;10(11):100300. Doi: 10.1016/J.Apjon.2023.100300.
- [175] Lim, B.T. Butow, P. Mills, J. Miller, A. Goldstein, D. (2017) Information Needs of the Chinese Community Affected by Cancer: A Systematic Review. *Psycho-Oncology*. 26, 1433–1443. <https://doi.org/10.1002/Pon.4347>.
- [176] Ren, J.Y. Zhong, J.D. Yuan, J. Zhang, J.E. Li, C.Z. Wei, W.J. (2020). Unmet Supportive Care Needs and Associated Factors Among Chinese Discharged Patients with Esophageal Cancer After Esophagectomy: A Cross-Sectional Study. *European Journal of Oncology Nursing*. 46, 101767. <https://doi.org/10.1016/J.Ejon.2020.101767>.

- [177] Sharour, L. A. Malak, M. Subih, M. Salameh, A.B. (2020). Quality of Life, Care Needs and Information Needs Among Patients Diagnosed with Cancer During Their Treatment Phase. *Psychology, Health & Medicine*. 25(2), 252–258. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1699660>.
- [178] Oberguggenberger, A. Martini, C. Huber, N. Fallowfield, L. Hubalek, M. Daniaux, M. et al. (2017) Self-reported sexual health: Breast cancer survivors compared to women from the general population - an observational study. *BMC Cancer*. 2017 Aug 30;17(1):599. doi: 10.1186/s12885-017-3580-2.
- [179] Turner, N.J. Muers, M.F. Haward, R.A. Mulley, G.P. (2007) Akciğer kanseri için palyatif radyoterapi ile tedavi edilen yaşlı hastaların psikolojik sıkıntıları ve kaygıları . *Psikoonkoloji*, 16, 707–13. doi: 10.1002/pon.1109.
- [180] Klompstra, L. Eksahl, A.W. Krevers, B. Milberg, A. Eckerblad, J. (2019) Factors Related to Health-Related Quality of Life in Older People with Multimorbidity and High Health Care Consumption Over a Two-Year Period. *BMC Geriatrics*, 19, 187. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1194-z>.
- [181] Sender, A. Friedrich, M. Schmidt, R. Geuea, K. (2020). Cancer-Specific Distress, Supportive Care Needs and Satisfaction with Psychosocial Care in Young Adult Cancer Survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101708. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101708>.
- [182] Afiyanti, Y. Milanti, A. Putri, R.H. (2018). Supportive Care Needs in Predicting the Quality of Life Among Gynecological Cancer Patients. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 28(1). DOI: 10.5737/236880762812229.
- [183] Rha, S.Y. Lee, H. J. Lee, J. (2020). Unmet Needs in the Physical and Daily Living Domain Mediates the Influence of Symptom Experience on the Quality of Life of Gastric Cancer Patients. *Supportive Care in Cancer*, 28, 1419–1431. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04954-3>.
- [184] Halkett, G.K. Kristjanson, L.J. Lobb, E. O'Driscoll, C. Taylor, M. Spry, N. (2010) Radyoterapi sırasında meme kanseri hastalarının bilgi ihtiyaçlarının karşılanması: Şu anda sağlanan bilgi ve desteği geliştirmek için ne yapabiliriz? *Avrupa Kanser Bakımı Dergisi*. 19(4), 538–47. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01090.x.
- [185] Zeguers, M. De Haes, H.C. Zandbelt, L.C. Ter Hoeven, C.L. Franssen, S.J. Geijssen, D.D. et al. (2012) Yeni Radyoterapi Hastalarının Bilgi İhtiyaçları: Nasıl

Ölçülür? Her Şeyi Bilmek mi İstiyorlar? Değilse Neden? Uluslararası Radyasyon Onkolojisi, Biyoloji, Fizik Dergisi. 82(1): 418–24. doi: 10.1016/j.ijrobp.2010.09.032.

- [186] Pergolotti, M. Deal, A.M. Williams, G.R. Bryant A.L. Bensen, J.T. Muss, H.B. et al. (2017). Activities, Function and Health-Related Quality of Life (HRQOL) of Older Adults with Cancer. *Journal of Geriatric Oncology*, 8(4), 249-254. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2017.02.009>.



EKLER

EK-1

Birey Tanıtıcı Bilgi Formu

1. **Yaşınız:**
2. **Cinsiyetiniz:**
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. **Eğitim durumunuz:**
 - a) Okur-Yazar Değil
 - b) İlköğretim
 - c) Ortaöğretim
 - d) Lise
 - e) Lisans
 - f) Lisansüstü
4. **Medeni Durumunuz:**
 - a) Evli
 - b) Bekar
5. **Sosyal güvenceniz:**
 - a) Var
 - b) Yok
6. **Gelir durumunuz:**
 - a) Geliri giderinden az
 - b) Geliri giderine eşit
 - c) Geliri giderinden fazla
7. **Yaşadığınız yer:**
 - a) Kurum
 - b) Evde yalnız
 - c) Evde aile bireyleri
 - d) Diğer
8. **Çalışma durumunuz:**
 - a. Çalışıyor
 - b. Çalışmıyor

9. Mesleğiniz:

- a) İşçi
- b) Memur
- c) Serbest Meslek
- d) Emekli
- e) Ev Hanımı
- f) Diğer ()

10. Hastalık tanı süreniz (ay):.....

11. Hastalık evreniz:

- a. Evre-III
- b. Evre-IV

12. Şu anda alınan tedavi türü:.....

13. Önceki tedaviler:

- a. Cerrahi
- b. Kemoterapi
- c. Hedefe yönelik tedavi
- d. Cerrahi+ Kemoterapi
- e. Cerrahi+ Kemoterapi+ Hedefe Yönelik Tedavi
- f. Önceden Uygulanan Tedavi Yok

14. Kronik hastalık durumunuz:

- a. Evet (.....)
- b. Hayır

15. Kronik hastalığa yönelik tedavi alma durumunuz:

- a. Evet (.....)
- b. Hayır

16. Kanser bakım sürecinde bakım veren desteği alma durumunuz:

- a. Destek almıyorum
- b. Ailemden destek alıyorum
- c. Akrabalarımından destek alıyorum
- d. Bakıcı desteği alıyorum

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu

Geçen ay içerisinde, aşağıda yer alan seçeneklere ilişkin hangi desteğe ne düzeyde ihtiyacınız oldu?	İhtiyacım olmadı		İhtiyacım oldu		
	Benim için uygun değil	Benim için yeterli	Biraz ihtiyacı m oldu	Oldukça ihtiyacım oldu	Çok fazla ihtiyacım oldu
1. Ağrı	1	2	3	4	5
2. Güçsüzlük/ yorgunluk	1	2	3	4	5
3. Çoğu zaman iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
4. Ev işi yapma	1	2	3	4	5
5. Önceden yapabildiğiniz işleri yapamama	1	2	3	4	5
6. Kaygı/Endişe	1	2	3	4	5
7. Morali bozuk ya da depresif hissetme	1	2	3	4	5
8. Üzgün hissetme	1	2	3	4	5
9. Kanserin yayılacağı korkusu	1	2	3	4	5
10. Tedavi sonuçlarının kontrolünüzün dışında olacağı endişesi	1	2	3	4	5
11. Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
12. Durumunuzu kontrol altına almayı öğrenme	1	2	3	4	5
13. Ölüm ve ölüme ilişkin hisler	1	2	3	4	5
14. Cinsel duygularda değişme	1	2	3	4	5
15. Cinsel ilişkide değişme	1	2	3	4	5
16. Sağlık personelinin hissettiğiniz duyguların normal olduğunu onaylaması	1	2	3	4	5
17. Hastane çalışanlarının fiziksel ihtiyaçlarınıza hemen cevap vermesi	1	2	3	4	5
18. Hastane çalışanlarının hislerinize ve duygusal ihtiyaçlarınıza duyarlılık göstermesi ve bunları kabul etmesi	1	2	3	4	5
19. Bakımınızla ilgili önemli konular hakkında yazılı bilgi verilmesi	1	2	3	4	5
20. Evinizde hastalığınız ve yan etkileri ile baş edebilmeniz için size bilgi verilmesi (yazılı, şema, çizimler)	1	2	3	4	5
21. Bilgi verilmesini beklediğiniz testler hakkında size açıklama yapılması	1	2	3	4	5
22. Tedavinizi seçmeden önce yararları ve yan etkileri hakkında yeterince bilgilendirilme	1	2	3	4	5
23. Test sonuçlarınız hakkında en kısa sürede bilgilendirme	1	2	3	4	5
24. Kontrol altına alınmış veya iyileşmekte olan hastalık hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
25. İyileşmek için kendi kendinize yapabileceğiniz şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5

26. Siz, aileniz ve arkadaşlarınızın ihtiyaç duyduğunda profesyonel danışmanlık alabilmesi (ör. psikolog, sosyal hizmet uzmanı, danışman, uzman hemşire)	1	2	3	4	5
27. Cinsel ilişki hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
28. Mümkün olduğu kadar fiziksel açıdan güzel bir hastane veya klinikte tedavi görme	1	2	3	4	5
29. Durumunuz, tedaviniz ve takibiniz hakkındaki tüm konuları konuşabileceğiniz bir sağlık çalışanının olması	1	2	3	4	5



EK-3

AVRUPA KANSER ARASTIRMA VE TEDAVI ORGANIZASYONU
YASAM KALITESI ÖLÇEĞİ (EORTC-OLO-C30-VERSİYON 3.0)

Hastalar bazen aşağıdaki semptomların ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında bu semptom ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size uyan en doğru cevabı işaretleyiniz.

No	Yaşam Kalitesi Ölçeği	Hiç	Biraz	çok	Oldukça çok
1	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?				
2	Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?				
3	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?				
4	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?				
5	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?				
Geçtiğimiz hafta zarfında:					
6	İşiniz veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mı?				
7	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var				
8	Nefes darlığı çektiniz mi?				
9	Ağrınız oldu mu?				
10	Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?				
11	Uyumakta zorluk çektiniz mi?				
12	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?				
13	İştahınız azaldı mı?				
14	Bulantınız oldu mu?				
15	Kustunuz mu'?				



T.C
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR

	AÇIK ADRESİ	Gazi Mustafa Kemal Mah. Kaynaklar Cad. Seyrek MENEMEN /İZMİR				
	TELEFON	0232 493 00 00-11126				
	FAKS	0232 844 71 22				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr.Öğr. Üyesi Ayşegül ÇELİK					
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Hemşire Gizem TEMELTAŞ					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarında Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi					
KARAR	Karar No: 745	Araştırma No: 725	Tarih: 25.10.2022			
	Sorumlu araştırmacısı Dr.Öğr. Üyesi Ayşegül ÇELİK olan "İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarında Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırmanın etik açıdan UYGUN OLDUĞUNA oy birliği ile karar verildi.					
ETİK KURUL DAYANAKLARI	İyi Klinik Uygulamaları (IKU) Kılavuzu ve bununla ilgili Avrupa Birliği Direktifleri, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun, Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk Ceza Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Yükseköğretim Kanunu, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Yükseköğretim Kurulu'nun Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi					
Etik Kurul Üyeleri Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile ilişki		Katılım	İmza	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK Etik Kurul Başkanı	Farmakoloji	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA Üye	İç Hastalıkları Hemşireliği	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Dr. Öğr. Üyesi Kadirhan ÖZDEMİR Üye	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Dr. Öğr. Üyesi Pelin KOCA Üye	Farmakoloji	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	
Dr. Öğr. Üyesi Seda ÇETİNKAYA KARABEKİR Üye	Histoloji ve Embriyoloji	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> H	

EK-5



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE
CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İZMİR
DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



Sayı : E-49109414-806.01.03
Konu : Yüksek Lisans Öğr. Gizem
TEMELTAŞ'ın Yüksek Lisans Tez
Çalışması Hk.

Sayın Gizem TEMELTAŞ
İzmir Bakırçay Üniversitesi İç Hastalıklar Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

İlgi: 03.11.2022 tarihli ve 9998 sayılı bilimsel araştırma ve tez başvuru formunuz.

İlgide kayıtlı bilimsel araştırma ve tez başvuru formunda bahsi geçen İzmir Bakırçay Üniversitesi İç Hastalıklar Hemşireliği Dr.Öğr.Üyesi Ayşegül ÇELİK'in danışmanlığında, 25.02.022 tarihli 745 karar nolu İzmir Bakırçay Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onaylı "İleri evre akciğer kanseri hastalarında karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisi" başlıklı yüksek lisans teziniz, 09.11.2022 tarihli 1. EPK toplantısında 16. karar numarası ile incelenmiş olup; çalışmanızın hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Protokolü kapsamında; kurumumuzun EPK onayı ile birlikte İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Sağlık İnovasyonu Birimine başvuru yapılması gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Özgür USLU
Başhekim V.

Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilgi için: Hülya BULUT

Telefon:

HEMŞİRE

e-Posta: [Redacted] İnternet Adresi: [Redacted].com


Telefon No: 2324333333/2865

Belge Doğrulama Adresi: 8188e6f7-53bc-499d-add

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6

	T.C. İZMİR VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	<i>Kod</i>	ARGE 1-FR-01
		<i>Yayın Tarihi</i>	08.10.2018
	SAĞLIK HİZMETLERİ, İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI AR-GE VE SAĞLIK İNOVASYONU BİRİMİ ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU	<i>Rev.No/Tarihi</i>	00/
		<i>Sayfa</i>	1/1

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2022/103	15.11.2022 178345692	17.11.2022	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/Sorumlu Araştırmacı "Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÇELİK" danışmanlığında Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Gizem TEMELTAŞ tarafından kurulumuza sunulan "**İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarında Karşılanmamış Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesine Etkisi**" isimli araştırma başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "**KABUL**" kararı verilmiştir.

Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye

Uz.Dr. S

[Redacted Signature]

Üye

Uz.Dr. K

[Redacted Signature]

LAN

Komisyon Başkanı

[Redacted Signature]

Doç. Dr. M. Emre ERKUŞ

İl Sağlık Müdürü



[Redacted Signature]

İsmet Kaptan Mah. Hürriyet Bulvarı No:1 Konak /İZMİR
Tel: (0232) 445 24 95
E-posta adresi: [Redacted]

Bilgi : Uzman Leyla KARLIDAĞ
Dahili :423

EK-7

ÖLÇEK İZİNLERİ



türkan özbayır

Alıcı: ben ▾

Sayın Gizem Temeltaş,

Türkçe'ye uyarladığımız "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu"nu çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

Ölçek hakkında bilgi ve makale Eklidir ayrıca, aşağıdaki linkten de ulaşabilirsiniz.

<https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/destekleyici-bakim-gereksinimleri-olcegi-kisa-formu-toad.pdf>

* Mailinizde, Hangi Üniversite, Sağlık Bilimleri Enstitüsü olduğunu ve danışmanınızı belirtmemişsiniz.

Çalışma grubu adına:

Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD.

GİZEM TEMELTAŞ <[REDACTED]>, 1 Eki 2022 Cmt, 14:32 tarihinde şunu yazdı:

...

2 Ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



Eylem Sahin CANKURTARAN <[REDACTED]>

com>

Alıcı: ben ▾

Gizem hanım, merhaba

Sanırım EORTC QLQ-C3.0 ölçeğinden bahsediyorsunuz.

Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz.

...

4 ek • Gmail tarafından tarandı ⓘ



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÇELİK ve Gizem TEMELTAŞ tarafından yürütülmektedir. Bu form sizi araştırma koşulları hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır.

Araştırmanın Amacı Nedir? Araştırmanın amacı, bu çalışmanın ileri evre akciğer kanseri hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden beklenen, "Birey Tanıtıcı Bilgi Formu", "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği" ve "Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği/ EORTC-QLQ-C30" doldurmanızdır. Bu araştırmaya katılım ortalama olarak 20 dakika sürecektir.

Sizden Topladığımız Bilgileri Nasıl Kullanacağız? Araştırmaya katılımınız tamamen gönüllülük temelinde olmalıdır. Sizden kimlik veya kurum belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Katılımcılardan elde edilecek bilgiler toplu halde değerlendirilecek ve bilimsel yayımlarda kullanılacaktır. Sağladığınız veriler gönüllü katılım formlarında toplanan kimlik bilgileri ile eşleştirilmeyecektir.

Katılımla ilgili bilmeniz gerekenler: Araştırmamız günlük hayatta karşılaşılması muhtemel olağan risklerin ötesinde bir risk içermektedir. Katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda araştırmayı yapan kişiye, araştırmadan çıkmak istediğinizi eposta yolu ile iletmeniz yeterli olacaktır. Araştırma sonunda, bu araştırmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır.

Araştırmayla ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz: Bu araştırmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için İzmir Bakırçay Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğretim elemanlarından Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÇELİK ([REDACTED]@bakircay.edu.tr) ile iletişim kurabilirsiniz.

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum.

Evet:

Hayır:

ÖZGEÇMİŞ

İletişim Bilgileri

E-Posta : [REDACTED]@m

Cep Telefonu: [REDACTED] 64

EĞİTİM BİLGİLERİ

2021- halen İzmir Bakırçay Üniversitesi/ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü/ İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

2011-2015 Trakya Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü

2007-2011 Köksal Toptan Anadolu Lisesi / BARTIN

İŞ DENEYİMİ

- İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi Poliklinikleri (02.05.2024- halen)
- İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi Çocuk Hastalıkları Servisi (17.03.2022- 23.06.2022)
- İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi 3. Basamak Covid19 Yoğun Bakım Hemşiresi (14.03.2020- 17.03.2022)
- İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi 3. Basamak Anestezi Yoğun Bakım Hemşiresi (01.02.2019 - 14.03.2020)
- Ege Üniversitesi Acil Servis Hemşiresi (14.08.2017 – 09.01.2019)
- Bartın Kemerköprü Mahallesi 2 ve 3 no'lu Aile Hekimliği Kamu Dışı Halk Sağlığı Elemanı (24.07.2015 – 11.08.2017)

SERTİFİKALAR

- 5. International Health Science And Life Congress Certificate Of Attendance. (2022). Burdur-TÜRKİYE