



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN DESTEKLEYİCİ
BAKIM GEREKSİNİMLERİ İLE ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Rumeysa ERARSLAN

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2021

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN DESTEKLEYİCİ
BAKIM GEREKSİNİMLERİ İLE ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Rumeysa ERARSLAN

Danışman

Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2021

TEZ KABUL VE ONAYI

Rumeysa ERARSLAN tarafından, Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan “Akciğer Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 15/11/2021 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan (Danışman)	Prof. Dr. Zeliha KOÇ		<input checked="" type="checkbox"/>
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı		Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN		<input checked="" type="checkbox"/>
	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı		Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ		<input checked="" type="checkbox"/>
	Amasya Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü		Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY
... / ... / ...
Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza

15/11/ 2021

Rumeysa ERARSLAN

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : Akciğer Kanseri Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 18.10.2021 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 20

Tek kaynak oranı : % 1 çıkmıştır.

İmza

18/10/ 2021

Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ İLE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rumeysa ERARSLAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans, Kasım/2021
Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Bu araştırma akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırmanın örneklemini 10.07.2019-30.03.2020 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Onkoloji Hastanesinin kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi gören 208 akciğer kanserli hasta oluşturdu. Veriler hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirleyici Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve FACT- L Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Ölçeklerin toplam ve alt boyut puanlarına etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde çoklu lineer regresyon analizinden yararlanıldı. Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

Bulgular: DBGÖ-KF puan ortalaması $107,4 \pm 27,1$, ÇBASDÖ puan ortalaması $60,0 \pm 18,6$, FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin puan ortalaması $71,8 \pm 23,5$ olarak belirlendi. DBGÖ-KF, ÇBASDÖ ve FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalmalarının hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre farklılık gösterdiği saptandı. DBGÖ-KF ile FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta şiddette ilişki belirlendi ($r=-0,428$, $p<0,001$). ÇBASDÖ ile FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptandı ($r=0,447$, $p<0,001$).

Sonuç: Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasında ilişki olmadığı, destekleyici bakım gereksinimleri arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı, buna karşın algıladıkları sosyal destek düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin yükseldiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri; Bakım gereksinimi; Destekleyici bakım; Sosyal destek; Yaşam kalitesi.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE SUPPORTIVE CARE NEEDS OF PATIENTS WITH LUNG CANCER AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVELS

Rumeysa ERARSLAN
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Nursing
Master Thesis, November/2021
Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Aim: The aim of this research was to examine the relationship between the supportive care needs of lung cancer patients and the level of perceived social support, and the study was conducted as a descriptive and correlational study.

Material and Method: The sample of the study consisted of 208 lung cancer outpatients treated in the chemotherapy unit of Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center Oncology Hospital between 10.07.2019 and 30.03.2020. Patient Identifying Information Form, which consisted of questions about the socio-demographic and clinical characteristics of the patients, the Supportive Care Needs Survey-Short Form (SCNS-SF), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the FACT-L Quality of Life Scale were used for data collection. Kolmogorov-Smirnov test was used to analyze whether the data conformed to normal distribution. Pearson correlation coefficient was used to examine the relationship between the scores. The independent variables that affect the total and sub-dimension scores of the scales were analyzed with multiple linear regression analysis. Backward method was used to include independent variables in the model.

Findings: The mean score of the SCNS-SF was found to be 107.4 ± 27.1 , the mean score of the MSPSS was found to be 60.0 ± 18.6 , and the mean score of the FACT-L Quality of Life Scale was found to be 71.8 ± 23.5 . The total and sub-dimension mean scores of SCNS-SF, MSPSS, and FACT-L Quality of Life Scale were found to vary by the socio-demographic and clinical characteristics of the patients. A statistically significant, negative, and moderate relationship was found between the scores of SCNS-SF and FACT-L Quality of Life Scale ($r = -0.428$, $p < 0.001$). A moderate and positive relationship was determined between MSPSS and FACT-L Quality of Life Scale ($r = 0.447$, $p < 0.001$).

Conclusion: It was determined that there was no relationship between the supportive care needs of lung cancer patients and the level of perceived social support, that the quality of life decreased as the supportive care requirements increased, nevertheless, their quality of life improved as their perceived social support level increased.

Keywords: Lung cancer; Care need; Supportive care; Social support; Life quality.

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgisi ve deneyimleriyle her konuda bana ışık tutan, akademik kimliğimi şekillendiren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Hemşirelik Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDIKEN ALKAN ve Öğr. Gör. Dr. Zeynep SAĞLAM'a,

Tezimle ilgili ümitsizliğe düştüğüm zamanlarda yardımlarını esirgemeyen ve beni cesaretlendiren Arş. Gör. Sevil MASAT HARBALÍ ve Arş. Gör. Tuğba KAVALALI ERDOĞAN'a,

Hiçbir karşılık beklemeden beni daima seven, sonsuz emek veren, bana inanan ve ilgilerini esirgemeyen annem Hanım ERARSLAN, babam Erdoğan ERARSLAN, dedem Tevfik ERARSLAN, babaannem Meryem ERARSLAN, kardeşlerim Kübra YILMAZ, Büşra YILDIZ ve Enes ERARSLAN'a,

Zor zamanlarımda her daim yanımda olan ve beni destekleyen arkadaşım Döne GÜLLÜ ve Ceyda DİKMEN'e,

Lisans ve yüksek lisans hayatım boyunca desteğini sürekli hissettiğim arkadaşım Sinem SÖYLEMEZ'e ve Merve BEDER'e,

Çalışmamın Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık ve Uygulama Araştırma Merkezi Kemoterapi ünitesinde gerçekleşmesine izin veren Hastane Yöneticileri, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, kemoterapi servis sorumlusu ve hemşirelerine,

Zaman ayırarak çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalara,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Rumeysa ERARSLAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Akciğer Kanseri	5
2.2. Akciğer Kanserinin Etiyolojisi	6
2.3.Akciğer Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	8
2.4.Akciğer Kanserinde Evrelendirme.....	9
2.5.Akciğer Kanseri Tarama ve Tanı Yöntemleri.....	12
2.6. Akciğer Kanseri Tedavi Yöntemleri.....	14
2.7.Akciğer Kanserinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımı	16
2.8. Akciğer Kanserli Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Önemi.....	23
2.9. Akciğer Kanserli Hastalarda Sosyal Desteğin Önemi	24
2.10. Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Önemi.....	26
3. MATERYAL VE METOT	28
3.1. Materyal	28
3.1.1 Araştırmanın Şekli	28
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.2.Metot.....	28

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.2.2. Verilerin Toplanması.....	29
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu.....	35
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
4.BULGULAR.....	38
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	38
4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	40
4.3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu'na (DBGÖ-KF) İlişkin Bulgular.....	41
4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (ÇBASDÖ) İlişkin Bulgular.....	48
4.5. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	53
5. TARTIŞMA.....	60
5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
5.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu'na (DBGÖ-KF) İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (ÇBASDÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.4.FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65
5.5. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler.....	70
KAYNAKLAR.....	71
EKLER.....	79
Ek 1: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	79
Ek 2: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF).....	80
Ek 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	82
Ek 4: FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği (Version 4).....	83

Ek 5: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	85
Ek 6: Kurum İzni	86
Ek 7: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Sahibinden Kullanım İzni87	
Ek 8: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Uyarlayıcısından Kullanım İzni	87
Ek 9: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sahibinden Kullanım İzni	88
Ek 10: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Uyarlayıcısından Kullanım İzni ...	88
Ek 11: FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni.....	89
ÖZGEÇMİŞ.....	91

SİMGELER VE KISALTMALAR

\bar{X}	: Aritmetik ortalama
BAL	: Bronkoalveoler Lavaj
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DBGÖ-KF	: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBUS	: Endobronşial Ultrason
FACT-L	: Functional Assessment of Cancer Therapy –Lung
GLOBOCAN	: Global Burden of Cancer Study
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
IASLC	: Uluslararası Akciğer Kanseri Çalışma Derneği
KHAK	: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Maks.	: Maksimum
Min.	: Minimum
n	: Örneklem alınacak birey sayısı
NCSS-PASS	: Number Cruncher Statistical System-Power Analysis and Sample Size
Ort.	: Ortalama
p	: Anlamlılık düzeyi
PET	: Pozitron Emisyon Tomografi
r	: Korelasyon katsayısı
r¹	: Zero-order korelasyon katsayısı
r²	: Kısmi korelasyon katsayısı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TBİAB	: Transbronşial İğne Aspirasyon Biyopsisi
TTİAB	: Transtorasik (Perkütan) İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VAS	: Visual Analog Scale
VATS	: Video Assisted Thoracoscopic Surgery
VIF	: Varyans Enflasyon Faktörü
WHO	: World Health Organization
α	: Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı
β_0	: Standartlaştırılmamış beta katsayısı
β_1	: Standartlaştırılmış beta katsayısı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölümlerin alt gruplara göre dağılımı.....	5
Şekil 2.2. Bireylerin yıllara göre tütün kullanma durumu.....	6
Şekil 3.1. Araştırmanın algoritma şeması.....	36
Şekil 3.2. Araştırmanın planı.....	37

TABLolar DİZİNİ

Tablo 2. 1. Akciğer kanserinde TNM sınıflandırması.....	10
Tablo 2. 2. TNM'ye göre evre grupları 1	10
Tablo 2. 3. TNM'ye göre evre grupları 2.....	11
Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular.....	38
Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulgular.....	40
Tablo 4.3. DBGÖ-KF toplam ve alt boyut puan ortalamaları.....	41
Tablo 4.4. DBGÖ-KF Ruhsal/Psikolojik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	42
Tablo 4.5. DBGÖ-KF Sağlık Sistemi Bilgilendirme alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları.....	43
Tablo 4.6. DBGÖ-KF Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları.....	44
Tablo 4.7. DBGÖ-KF Hasta Bakım ve Desteği alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları.....	45
Tablo 4.8. DBGÖ-KF Cinsellik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	46
Tablo 4.9. DBGÖ-KF toplam puana etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları ...	47
Tablo 4.10. ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları.....	48
Tablo 4.11. ÇBASDÖ Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları.....	49
Tablo 4.12. ÇBASDÖ Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	50
Tablo 4.13. ÇBASDÖ Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	51
Tablo 4.14. ÇBASDÖ toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	52
Tablo 4.15. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları.....	53
Tablo 4.16. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedeni Durum alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	54
Tablo 4.17. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	55
Tablo 4.18. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Durum alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	56
Tablo 4.19. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları	57

Tablo 4.20. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları..... 58

Tablo 4.21. DBGÖ-KF, ÇBASDÖ ve FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının korelasyon analiz sonuçları..... 59

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser ülkemizde ve dünyada sık görülen, mortalite ve morbidite oranı oldukça yüksek olan bir hastalıktır (Gündoğdu, 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün paylaştığı veriler doğrultusunda, 2013-2017 yılları arasında 43,8 milyon, 2020 yılında ise 19,2 milyondan fazla kişinin kanser tanısı aldığı ve bu vakaların yaklaşık 2,2 milyonunu akciğer kanseri tanısı alan hastaların oluşturduğu bildirilmektedir. Akciğer kanseri tüm dünyada %11,4 oranı ile meme kanserinden (%11,7) sonra en sık görülen kanser türüdür. Akciğer kanseri görülme sıklığı cinsiyet boyutunda incelendiğinde; erkeklerde ilk sırada, kadınlarda meme ve kolorektal kanserlerden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020).

Kanser, hastada fiziksel, duygusal, kültürel, bilişsel ve sosyal değişikliklere yol açan oldukça stresli bir hastalıktır. Kanserle mücadele sırasında hastalığın kendisinden veya tedavi sürecinden kaynaklanan bir çok fiziksel ve psikososyal semptom bireyde gözlemlenebilmektedir (Atlı Özbaş ve Toptaş Kılıç, 2020). Gyllensköld'ün aktardığı üzere; kanser diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında ölümlerle ilişkilendirildiği, sinsi hareket ettiği, nedenleri tam olarak açıklanamadığı, kontrolü güç olduğu, sosyal açıdan damgalanma ve izolasyona neden olduğu için birey tarafından tehdit edici ve korkunç olarak algılanabilmektedir (Becker and Maiman, 1980).

Akciğer kanseri tanısı almak; birey ve ailesini fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal boyutta etkileyerek yaşamdan aldıkları doyumunu azaltabilmektedir (Bıkmaz, 2009). Akciğer kanseri tanı ve tedavisine bağlı komplikasyonların fazla olması ve hastalığın prognozunun kötü olması bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Güner ve Kılıçkap, 2020). Bununla birlikte akciğer kanseri semptom yükünün oldukça fazla olması psikososyal sorunları da beraberinde getirebilmektedir (Kocaman Yıldırım, 2010). Biyopsikososyal bir varlık olan insanın hastalığa bağlı problemlerle başa çıkabilmesinin, hastalığa uyum sağlamasına ve sosyal destek mekanizmalarının güçlü olmasına bağlı olduğu bildirilmektedir (Natan, 2000).

Hastalığın tanı ve tedavi sürecinde, birey stresörlerle baş edebilmek için birçok yöntemden yararlanabilmekte ve sosyal desteğe olan ihtiyacı artabilmektedir. Sosyal

destek, “zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye; aile üyelerinin, akrabalarının ve arkadaşlarının yanı sıra toplumsal çevresiyle olan ilişkilerinin sağladığı kaynaklar” olarak tanımlanabilmektedir (Ashing, et al., 2004). Sosyal desteğin fiziksel ya da ruhsal birçok hastalığın ortaya çıkmasında ve hastalık prognozunda etkili olduğu bildirilmektedir. Cohen ve Wills’e (1985) göre sosyal destek, “stresi azalttığı veya ortadan kaldırdığı için sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilmektedir”. Sosyal destek özellikle bireyin hastalığını algılayış biçimini pozitif yönde etkileyerek, başa çıkma mekanizmalarını güçlendirebilmektedir (Sorias, 1992).

Algılanan sosyal destek “sosyal ağ üyeleri tarafından sağlanan yardımların bireye verdiği doyum olarak tanımlanabilmektedir (Dedeli, vd., 2008). Bununla birlikte algılanan sosyal desteğin içeriği ve düzeyinin, kanser mortalite ve morbiditesi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir (Erdoğan Çetin, 2014). Sosyal destek iyileşmenin fizyolojik mekanizmasını etkileyerek tedaviye uyumu artırabilmektedir (Penedo, et al., 2012). Bu nedenle algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının, kanser gibi kronik hastalığı olan bireylerde ve bakım vericilerinde oldukça hayati önem taşıdığı bildirilmektedir (Aksüllü ve Doğan, 2004; Savcı, 2006).

Akciğer kanserli hastalar, hastalık tanı ve tedavisine bağlı olarak ağrı, dispne, yorgunluk, alopesi, bulantı-kusma, anoreksi gibi semptomlar deneyimleyebilmektedir (Yılmaz Karabulutlu, 2020). Özellikle aktivite intoleransı akciğer kanserli hastaları sedanter bir yaşam tarzına yönlendirebilmektedir. Bu nedenle hasta bireyin fiziksel desteğe olan ihtiyacı artabilmektedir (Güner ve Kılıçkap, 2020). Hastalar fiziksel semptomların yanı sıra anksiyete, suçluluk, üzüntü, düşük benlik saygısı gibi emosyonel ve psikolojik semptomlar yaşayabilmektedir. Bu durum hastaların destekleyici bakıma olan gereksinimlerini artırabilmektedir (Maguire, et al., 2012; Yurtsever, 2014).

Girgis ve arkadaşları gereksinim kavramını; “optimum refaha ulaşmak için yararlı veya arzu edilen, zorunlu olan bazı eylemlerin veya kaynakların gerekliliği” olarak tanımlamaktadır (Girgis, et al., 2000). Destekleyici bakım ise “hastanın ihtiyaç duyduğu bakımın belirlenmesi ve karşılanması” olarak açıklanabilmektedir (Maguire, et al., 2012). Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakıma ihtiyaç duydukları alanlar; hastalık semptomları ve tedavi yan etkileri ile baş etme, günlük

yaşam aktivitelerini sürdürebilme, bilgi ve iletişim, psikolojik iyilik hali; emosyonel, kognitif, sosyal ve spiritüel iyilik olarak bildirilmektedir (Kocaman Yıldırım, 2013).

Bireyin destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmaması, hastalığa uyumunu ve yaşam kalitesini azaltabilmektedir. Aynı zamanda hasta bireyin fiziksel ve emosyonel durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Harrison et al., 2009). Bununla birlikte diğer kanser türleri ile karşılaştırıldığında, akciğer kanseri hastaların karşılanmamış gereksinimlerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Sanson-Fisher, et al., 2000; Zabora, et al., 2001; Li and Girgis, 2006; Kocaman Yıldırım, 2013). Bu nedenle akciğer kanserli hastaların distresini azaltabilmek, yaşam kalitesi ve bakım memnuniyetlerini artırabilmek için; destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesi ve karşılanması oldukça önemlidir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Ülkemizde onkoloji hastalarının sosyal destek düzeylerini (Atlı Özbaş, 2008; Dedeli vd., 2008; Bıkmaz, 2009; Çalışkan vd., 2015; Düzen, 2016; Özdemir, 2017; Gündüz Güç, 2019) ve destekleyici bakım gereksinimlerini (Ayvat, 2019; Şipal, 2019; Var, 2019) belirlemeye yönelik bazı çalışmalar yapılmış olmasına karşın; akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Bu araştırma sonucunda akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki belirlenerek elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yürütülmüştür.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri hangi düzeydedir?

2. Akciğer kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek hangi düzeydedir?

3. Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

4. Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri, yaşam kaliteleri ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

5. Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?

6. Akciğer kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

Kanser, bir doku veya organdaki hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla karakterize olan, sistematik metastaz ve/veya bölgesel doku invazyonu yapma özelliğine sahip hastalıkları ifade eden genel bir terimdir. Kanser genel olarak genetik değişikliklerin ve kusurlu hücre fonksiyonunun neden olduğu bozukluklar olarak tanımlanabilir. Kanser genetik, çevresel ve sistematik faktörlerin etkileşimleri sonucunda gelişen bir hastalıktır. DNA'daki gen transkripsiyonu ya da transkripsiyondaki değişikliklere bağlı olarak malign büyüme gerçekleşebilmektedir. Oluşan hasarlı protein/proteinler normal hücrelerin kontrolsüz çoğalma, yayılma ya da metastaz yapma özellikleriyle kanser hücresine dönüşebilmektedir. DNA'daki bu mutasyonlar bir veya daha fazla nedenden kaynaklanabilmektedir (Dalay ve Buyru, 2014; Kav, 2020).

Kanser ülkemizde ve dünyada oldukça sık görülen, mortalite ve morbidite oranı yüksek olan bir hastalıktır (Gündoğdu, 2020). Kanserle ilgili veriler doğrultusunda; 2020 yılında dünyada 19 milyon, Türkiye'de ise 233 binden fazla insanın kanser tanısı aldığı bildirilmektedir. Bununla birlikte Türkiye'de 41,2 bin, dünyada 2,2 milyon bireyin akciğer kanseri tanısı aldığı tahmin edilmektedir. (GLOBOCAN, 2020). Türkiye İstatistik Kurumunun (TUİK) 2018 verilerine göre, Türkiye'de dolaşım sistemi hastalıklarından sonra en çok ölüme neden olan hastalık kanserdir. Kötü huylu tümörlere bağlı olarak gerçekleşen ölümlerin %30,8'inin gırtlak, soluk borusu ve akciğerin kötü huylu tümörlerinden kaynaklandığı bildirilmektedir (Şekil 2.1).

	2017(r)		2018	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Kötü huylu tümörler (malign neoplazmlar)	80 236	100,0	81 129	100,0
Gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğerin kötü huylu tümörü	24 861	31,0	25 017	30,8
Lenfoid ve hematopoetik kötü huylu tümör	6 444	8,0	6 676	8,2
Midenin kötü huylu tümörü	6 715	8,4	6 616	8,2
Kolonun kötü huylu tümörü	6 117	7,6	6 302	7,8
Pankreasın kötü huylu tümörü	4 935	6,2	4,996	6,2
Diğer	31 164	38,8	31 522	38,9

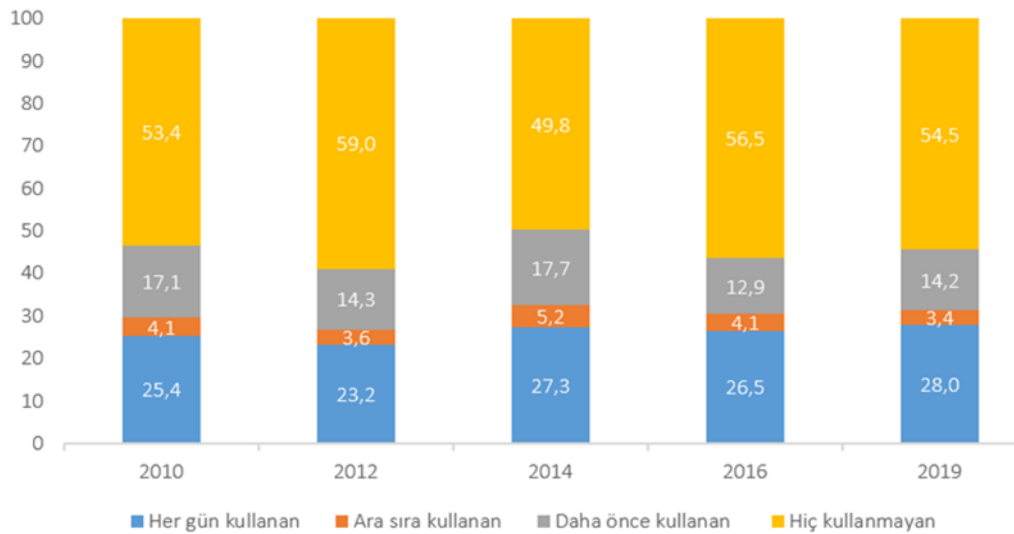
(r) idari kayıtların güncellenmesi nedeniyle, 2017 yılına ait veri revize edilmiştir.

Şekil 2. 1. Kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölümlerin alt gruplara göre dağılımı (TUİK, 2018)

2.2. Akciğer Kanserinin Etiyolojisi

Kanser gelişiminde birçok faktör rol oynamakla birlikte, akciğer kanserine genlerdeki değişim ve hücre siklusu sürecininin farklılaşmasının neden olduğu tahmin edilmektedir (Yurtsever, 2014). Akciğer kanseri gelişiminde rol oynayan diğer faktörler; sigara, mesleki maruziyet, genetik yatkınlık, beslenme ile ilgili faktörler ve diğer faktörler olarak sıralanabilmektedir.

Sigara: Sigara içeriğinde 7000'den fazla kimyasal madde bulunmaktadır. Bu kimyasal maddelerden 69'unun kanserojen etki gösterdiği bildirilmektedir. Önlenabilir bir faktör olan sigara kullanımı en yaygın akciğer kanseri nedenidir. Sigara içmek akciğer kanserine yakalanma riskini 25-36 kat artırabilmektedir (Yıldızhan ve Candaş, 2012). Akciğer kanseri vakalarının %85-90'ında doğrudan tütün kullanımının belirlendiği bildirilmektedir. Dünyada 15 yaş üstü 942 milyon erkek, 175 milyon kadının düzenli olarak sigara içtiği belirtilmektedir (Yurtsever, 2014; Gündoğdu, 2020). Türkiye'de ise 2019 yılı itibariyle 15 yaş üzeri bireylerin %28'inin her gün tütün kullandığı bildirilmektedir (TUİK, 2019) (Şekil 2.2).



Şekil 2. 2. Bireylerin yıllara göre tütün kullanma durumu (%) (TUİK, 2019)

Günümüzde kadınlarda sigara kullanma alışkanlığının giderek artmasına bağlı olarak akciğer kanseri insidansının cinsiyetler arasındaki farkının azaldığı bildirilmektedir (Yıldızhan ve Candaş, 2012). Sigaraya başlama yaşı, sigara kullanma süresi (ay/yıl), günlük içilen sigara miktarı, sigaranın nikotin içeriği, inhalasyon derecesi, filtresiz sigara kullanımı gibi özellikler akciğer kanseri riskini

artırabilmektedir. Sigara kullanma öyküsü olan akciğer kanserli hastaların mortalite riskinin, hiç sigara kullanmamış akciğer kanserli hastalardan daha fazla olduğu bildirilmektedir. Sigaranın bırakılmasıyla akciğer kanseri riski azalabilmektedir. Buna karşın sigara kullanımı bırakılsa dahi akciğer kanseri riskinin hiç sigara içmemiş kişilerle karşılaştırıldığında daha fazla olduğu bildirilmektedir (Yurtsever, 2014; Gündoğdu, 2020).

Sigara içen ve içmeyen akciğer kanseri hastalarının genel özelliklerinde farklılık olup olmadığını araştıran bir çalışmada, hastalığın klinik evresi, uygulanan tedavi ve semptomların bir çoğunun her iki grupta benzer olduğu, buna karşın sigara içen grupta yer alan hastalardaki kilo kaybının sigara içmeyen grupta yer alan hastalardan daha fazla olduğu belirlenmiştir (Erbaycu ve ark., 2009).

Pasif içicilik: Pasif içiciler sigara içenlerin yanında bulduklarında aynı kanserojen maddeleri daha düşük dozlarda solunum yoluyla alabilmektedir. Her yıl akciğer kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık olarak 3000'ininden pasif içiciliğin sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Bununla birlikte 25 yaşından sonra sigara dumanına maruz kalanlarla karşılaştırıldığında 25 yaşından önce sigara dumanına pasif olarak maruz kalanlarda akciğer kanseri riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (Yurtsever, 2014).

Radon: Radon gazı, Radyum-226 ve Uranyum-238'in ürünüdür. Radon akciğer kanserine neden olan faktörler arasında sigaradan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Daha önce sigara içmeyen kişilerde ise en önemli risk faktörünün radon gazına maruz kalmak olduğu bildirilmektedir. Evlerde saptanan radon gazı ile akciğer kanseri arasında pozitif bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir (Yurtsever, 2014).

Mesleki maruziyet: Akciğer kanserine bağlı ölümlerin %9'una mesleki maruziyetin neden olduğu düşünülmektedir. Eter, asbest, kadmiyum, berilyum, benzidin, kömür, katran, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, ağır metaller ve silika gibi maddelerin akciğer kanserine neden olduğu bildirilmektedir. Boya sanayi, havacılık ve uzay endüstrisi, kömür madeninde çalışan işçilerin bu kanserojen maddelere maruz kaldıkları için risk grubunda yer aldıkları belirtilmektedir (Dedeli ve Kaptan, 2012; Yurtsever, 2014; Gündoğdu 2020). Mesleki maruziyete bağlı akciğer kanserinden korunmada en etkili faktörün kanserojen maddenin

kullanılmaması olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte çalışanların güvenliği için maske, eldiven gibi koruyucu ekipmanların kullanılması ve havalandırma sistemlerinin kurulması önerilmektedir (Yurtsever, 2014).

Genetik yatkınlık: Birinci derece akrabalarında akciğer kanseri olan bireylerde akciğer kanseri riskinin 2,4 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bu duruma karsinojen maddelere maruziyet sonucu onkogenlerde ve tümör baskılayıcı genlerde mutasyonun neden olduğu düşünülmektedir (Alar ve Şahin, 2012).

Beslenme ile ilgili faktörler: Bazı besinlerin akciğer kanseri riskini artırdığı bazılarının ise azalttığı düşünülmektedir. Örneğin akciğer kanseri ve beta karoten arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, yüksek dozda betakaroten alımının sigara içenlerde akciğer kanseri riskini artırdığı belirlenmiştir (Tanvetyanon and Bepler, 2008; akt. Yurtsever, 2014). Antioksidan içeren sebzeler tüketmenin ise kanser riskini azalttığı belirtilmektedir (Yurtsever, 2014).

Diğer faktörler: Hava kirliliği ve radyasyona maruz kalma, KOAH, kronik bronşit, pnömoni, tüberküloz ve amfizem gibi akciğer hastalıklarına sahip olma akciğer kanseri riskini artırabilmektedir (Yurtsever, 2014).

2.3.Akciğer Kanserinin Belirti ve Bulguları

Akciğer kanseri genellikle erken evrelerde semptom göstermemektedir. I. ve II. evre akciğer tümörleri ise çoğunlukla başka bir hastalık için yapılan tetkikler (örn. göğüs röntgeni) sonucunda tanılanmaktadır. III. ve IV. evre akciğer kanserlerinde ise spesifik bulgular ortaya çıkmaktadır (Yurtsever, 2014).

Primer tümör ile ilgili ortaya çıkan belirti ve bulgular;

- Dispne,
- Öksürük,
- Hemoptizi,
- Göğüs ağrısı,
- Yorgunluk
- Laterji,
- Kilo kaybı,
- Whezing,
- Ateş olarak sıralanabilir (Yurtsever, 2014).

Bölgesel yayılım sebebiyle ortaya çıkan belirti ve bulgular;

- Plevral efüzyon ve frenik sinir palsiye bağlı dispne,
- Sol rekurrent larengeal sinir palsisine bağlı ses kısıklığı,
- Vena kava süperior obstrüksiyonuna bağlı yüzde şişlik olarak açıklanabilir (Yurtsever, 2014).

Uzak metastazlar sonucu ortaya çıkan belirti ve bulgular;

- Kemik ağrısı (kemik metastazı),
- Karın ağrısı (karaciğer metastazı),
- Konfüzyon, baş dönmesi, baş ağrısı (merkezi sinir sistemi metastazı) olarak sıralanabilir (Yurtsever, 2014).

Paraneoplastik sendromuna bağlı belirti ve bulgular;

- Antidiüretik hormonunun az salınımı nedeniyle hiponatremi,
- Parathormonun fazla salgılanması nedeniyle hiperkalsemi,
- Hipertrofik pulmoner osteoartropati,
- Ektopik ACTH sekresyonu olarak açıklanabilir (Yurtsever, 2014).

2.4.Akciğer Kanserinde Evrelendirme

Akciğer kanseri tanısı konulduktan sonra hastaya en uygun tedavi şeklini belirleyebilmek için akciğer kanserinin evrelendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle uluslararası bir evrelendirme sistemine ihtiyaç duyulmaktadır (Yurtsever, 2014). Akciğer kanserinin evrelendirilmesinde 2010-2017 yılları arasında 7. TNM evreleme sistemi kullanılmıştır. Buna karşın tümör çapındaki en ufak değişikliğin hastalığın prognozunu önemli ölçüde değiştirdiği saptandığı için 2017’de TNM evreleme sistemi revize edilmiştir. Bu doğrultuda 8. TNM evreleme sistemi Uluslararası Akciğer Kanseri Çalışma Derneği’nin (IASLC) “Uluslararası Evreleme Projesi tarafından” hazırlanıp kullanılmaya başlanmıştır (Chansky, et al., 2017; Turhan ve Göksel, 2017; Çok, 2018).

Tablo 2.1’de Primer tümörün özellikleri, bölgesel lenf nodu tutulumu ve metastaz varlığının gruplandırılması gösterilmiştir. 8. TNM evrelendirme sistemine göre evre gruplandırması bu tablodan yararlanılarak yapılmaktadır.

Tablo 2. 1. Akciğer kanserinde TNM sınıflandırması (Yurtsever, 2014; Çok, 2018)

Primer tümör (T)
Tx: Primer tümörün belirlenememesi. Bronş lavaj sıvısında veya balgamda maling hücreler görülmesine karşın radyolojik görüntüleme ya da bronkoskopi ile tümörün saptanamaması.
T0: primer tümöre ait kanıt yok.
Tis: in sitü karsinom.
T1: Tümör boyutu ≤ 3 cm olan, akciğer veya visseral plevra ile çevrili, bronkoskopik olarak lob bronşundan daha ana bronşa (proksimale) invazyon yapmayan tümör. T1mi: Minimal invaziv adenokarsinom T1a: Tümör boyutu ≤ 1 cm. T1b: $1\text{cm} < \text{tümör boyutu} \leq 2$ cm. T1c: $2\text{cm} < \text{tümör boyutu} \leq 3$ cm.
T2: $3\text{cm} < \text{tümör boyutu} \leq 5$ cm veya aşağıdaki özelliklerden birini sağlayan tümör. •Karinaya uzaklığına bakılmaksızın ana bronşu invaze eden tümör. •Visseral plevraya invaze. •Hiler bölgede olan ancak tüm akciğeri kapsamayan obstrüktif pnömoni veya atelektazi. T2a: $3\text{cm} < \text{tümör boyutu} \leq 4$ cm. T2b: $4\text{cm} < \text{tümör boyutu} \leq 5$ cm.
Primer tümör (T)
T3: $5\text{cm} < \text{tümör boyutu} \leq 7$ cm., göğüs duvarı, mediastinal plevra, parietal perikard veya frenik sinirden birini invaze ana bronştaki tümör ya da tüm akciğeri kapsayan obstrüktif pnömoni veya atelektaziye neden olan tümör/tümöral nodül.
T4: $7\text{cm} < \text{tümör boyutu}$; büyük damarlar, vertebra korpusu, diyafragma myokard, medisten, pulmoner arter veya ven, trakea, özefagus, laringeal sinir, trakeal karinadan birine invaze tümör varlığı veya aynı akciğer farklı lobda tümöral nódüllerin varlığı.
Bölgesel lenf nodları (N)
Nx: Bölgesel lenf nodu değerlendirilemiyor.
N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok.
N1: Hiler peribronşiyal veya lenf nodu metastazı, tümörün doğrudan invazyonuyla intrapulmoner lenf nodu tutulumu.
N2: Aynı taraf mediastinal veya subkarinal lenf nodlarına metastaz.
N3: Diğer taraf mediastinal- hiler, aynı taraf veya diğer taraf veya supraklavikular lenf nodlarına metastaz.
Uzak metastaz (M)
Mx: Uzak metastaz olup olmadığının değerlendirilememesi.
M0: Uzak metastaz yok.
M1: Uzak metastaz var. M1a: Diğer akciğerde tümöral nódüller, maling plevral effüzyon veya plevral nódüllerin birlikte bulunması. M2b: Tek bir organda uzak metastaz. M1c: Birden çok organda uzak metastaz

Evre gruplandırılmalarının nasıl yapıldığı Tablo 2.2 ve Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2. 2. TNM'ye göre evre grupları 1 (Çok, 2018)

	N0	N1	N2	N3	M1a	M1b	M1c
T1a	IA1	IB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T1b	IA2	IB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T1c	IA3	IB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T2a	IB	IB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T2b	IIA	IB	IIIA	IIIB	IVA	IVA	IVB
T3	IB	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVA	IVB
T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVA	IVB

T: primer tümör, N: bölgesel lenf nodları, M: uzak metastaz

Tablo 2. 3. TNM'ye göre evre grupları 2 (Çok, 2018)

Evre		T	N	M
Gizli karsinom		Tx	N0	M0
Evre 0		Tis	N0	M0
Evre I	IA1	T1Mi	N0	M0
		T1a	N0	M0
	IA2	T1b	N0	M0
	IA3	T1c	N0	M0
	IB	T2a	N0	M0
Evre II	IIA	T2b	N0	M0
	IIB	T1a	N1	M0
		T1b	N1	M0
		T1c	N1	M0
		T2a	N1	M0
		T2b	N1	M0
T3	N0	M0		
Evre III	IIIA	T1a	N2	M0
		T1b	N2	M0
		T1c	N2	M0
		T2a	N2	M0
		T2b	N2	M0
		T3	N1	M0
		T4	N0	M0
		T4	N1	M0
	IIIB	T1a	N3	M0
		T1b	N3	M0
		T1c	N3	M0
		T2a	N3	M0
		T2b	N3	M0
		T3	N3	M0
	T4	N2	M0	
IIIC	T3	N3	M0	
	T4	N3	M0	
Evre IV	IVA	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1a
		Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1b
	IVB	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1c

T: primer tümör, N: bölgesel lenf nodları, M: uzak metastaz

8. TNM sınıflandırması akciğer kanserinde en gelişmiş ve en güncel sınıflandırma sistemidir. Buna karşın hastanın yaşı, cinsiyeti, ırkı, sigara öyküsü, kilo kaybı, laboratuvar analizleri, tümörün histopatolojik tipi, vasküler lenfatik invazyonu, tümör markerları ve çevresel faktörler dikkate alınmamaktadır. Bu nedenle TNM sınıflandırmasındaki revizyonların tamamı anatomik düzeyde kalmaktadır. Yukarıda açıklanan faktörlerin, hastalığın prognozu ve tedavisi açısından önemi göz ardı edilebilmektedir (Özpolat, 2016).

2.5.Akciğer Kanseri Tarama ve Tanı Yöntemleri

Tüm kanser türlerinde olduğu gibi akciğer kanserinde de erken tanı, tedaviye verilen yanıtı artırmaktadır. Buna karşın semptomlar nedeniyle hastaneye başvuran hastaların %75'inde, hastalık ileri evrelerde tanılanmaktadır. Bu nedenle akciğer kanserli hastaların asemptomatik dönemde tanılanabilmesi oldukça önemlidir (Karlıkaya, 2013). Kanser taramalarından en yüksek faydanın sağlanabilmesi için yüksek riskli grupların belirlenmesi ve akciğer kanserinin en önemli nedeni olan sigaranın azaltılması/bırakılması son derece önemlidir (Başer, vd., 2013; Gündoğdu, 2020).

Akciğer kanseri tanısının konulabilmesi için fiziksel muayene, radyolojik görüntüleme ve balgam testleri gibi tetkiklerin yapılması gerekmektedir. İlk olarak hastadan iyi bir anemnez alınmalıdır. Akciğer kanserli hastalarda en çok öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı, kol ve omuz ağrısı, dispne, siyanoz, parmak çomaklaşması, kilo kaybı, halsizlik, aktivite intoleransı, cilt altı nodülleri, doku şişlikleri ve kemik hassasiyeti görülmekle birlikte klinik değerlendirmede hastanın semptomlarının belirlenmesi son derece önemlidir. Semptomlar tümörün yerine ve büyüklüğüne, uzak ve yakın metastazların varlığına göre değişiklik gösterebilmektedir. Belirtilerin ne zaman başladığı ve nasıl seyrettiği oldukça önemlidir (Aydiner vd, 2010). Akciğer kanseri tanısında yalnızca kan tahlillerinden yararlanılmaz ve kandan elde edilen laboratuvar bulguları direkt akciğer kanseri ile ilişkilendirilemez (Akkoçlu, 2006). Akciğer kanserini tanılamada kullanılan yöntemler invaziv ve noninvaziv tanı yöntemleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

A)Akciğer Kanserinde Noninvaziv Tanı Yöntemleri

Akciğer grafisi: Tümör radyolojik görüntüleme ile belirlenmeye çalışılır. Akciğer grafisi tümörün lokalizasyonunu ve büyüklüğünü öğrenmede kullanılabilir. İyi kalitede iki yönlü akciğer grafisi ile %85 oranında akciğer kanseri ekarte edilebilir (Aydıner vd., 2010).

Düşük dozlu bilgisayarlı tomografi (BT): Akciğer grafisi ile karşılaştırıldığında torakst BT ile elde edilen üç boyutlu görüntü, tanı ve tedavide izlenecek yolu belirlemede daha kesin sonuçlar verebilmektedir. Buna karşın akciğer grafisine oranla torakst BT’de radyasyona maruziyet oldukça fazla olabilmektedir. Ayrıca diğer tetkiklere göre yanlış pozitiflik olasılığı bulunabilmektedir. Bu durum hastanın daha fazla işleme maruz kalmasına yol açabilmektedir (Başer, vd., 2013; Karlıkaya, 2013). Akciğer kanseri taraması yapılırken; 55-77 yaş aralığında bulunan, 30 yıl ve üzeri sigara içen, sigarayı bırakma süresi 15 yılı geçmeyen bireylere düşük doz bilgisayarlı tomografi önerilmektedir. Yirmi yıldan daha fazla sigara içen, 50 yaş ve üzeri kişilerde ise ek başka bir risk faktörü varsa düşük doz toraks BT önerilmektedir (Gündoğdu, 2020).

Pozitron Emisyon Tomografi (PET) : PET’in akciğer kanseri erken tanısındaki birincil rolü kısıtlıdır. PET’den kanser evrelemesinde daha çok yararlanılmaktadır. Negatif PET metastazları dışlamada yararlıdır (Karlıkaya, 2013).

Balgam sitolojisi: Balgamda kanser hücrelerinin aranması yöntemidir. Malign hücreler akciğer sekresyonları ile birlikte dışarı atılır. Bu nedenle sabah ilk çıkarılan balgamın tanısal değeri oldukça yüksektir. Balgam sitolojisi röntgen bulgularının negatif olduğu erken dönem akciğer kanserlerinde tanı koymada yardımcı olabilir (Akkoçlu, 2006).

Endobronşial ultrason (EBUS): Hava yolundaki lezyonları değerlendirmede kullanılan bir yöntemdir. Mediastinal ve peribronşial lenf nodlarının saptanmasında ve biyopsisinde yararlıdır. Erken tanıda faydalı olup olmadığı tartışılmaktadır. Endobronşial ultrason tekniği ile bronş duvarındaki tabakalar daha net incelenebilir. Tümörün çevre dokulara olan invazyonu belirlenebilir. Endobronşial ultrason çok yaygın değildir ve az sayıda merkezde kullanılmaktadır. Akciğer kanserini tanılamada endobronşial ultrason ilk veya ana yöntem olarak kullanılmamaktadır (Karlıkaya, 2013).

B)Akciğer Kanserinde İnvaziv Tanı Yöntemleri

Bronkoskopi: Bronkoskop adı verilen bir kamera yardımıyla oral veya nazal yolla bronşlara ulaşıldığı ve akciğerin görüntülenerek örnek alındığı bir işlemdir. İşlem sırasında genel anesteziye ihtiyaç duyulmaz. Hastalığın prognozu işlemden olumsuz yönde etkilenmez. Bu işlem ile bronş lavaj sıvısı, mukoza veya tümör dokusundan biyopsi, fırçalama, transbronşial iğne aspirasyon biyopsisi (TBİAB), postbronkoskopik balgam ve bronkoalveoler lavaj (BAL) elde edilebilmektedir. Kanser tanısı ve tipi alınan bu örneğin patoloji laboratuvarında incelenmesi ile konulmaktadır (Akkoçlu, 2006; Başer, vd., 2013).

Transtorasik (Perkütan) İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (TTİAB): Ultrasonografi ya da bilgisayarlı tomografi rehberliğinde, göğüs duvarından özel bir iğne yardımıyla girilip tümörden örnek alınan işlemdir (Başer, vd., 2013). Spesifitesi %100, sensitivitesi %89,5'tir. TTİAB sayesinde gereksiz torakotomi önlenerek hastanın hastanede yatış süresi kısaltılır.

Torasentez: Akciğerleri çevreleyen plevral zarın içinde biriken sıvıdan bir iğne yardımı ile örnek alınmasıdır. Alınan örneğin incelenmesi ile tanı konulabilir (Başer, vd., 2013). Kesin tanı konulurken biyopsinin ve balgam sitolojisinin yetersiz kaldığı durumlarda tercih edilmektedir (Akkoçlu, 2006).

Torakoskopi: İki kosta arasından göğüs boşluğuna girilip örnek alınması işlemidir. Torakoskopi video eşliğinde yapılırsa buna VATS (Video Assisted Thoracoscopic Surgery) adı verilir. Bu işlem sırasında lenf nodlarından da örnekler alınabilir (Başer, vd., 2013).

Torakotomi: Tüm tanısal tetkiklere karşın kesin tanı konulamayan durumlarda, cerrahi müdahale ile göğüs kafesi açılıp tanısal amaçlı tümörden parça alınması işlemidir. Bu tetkikin yapılabilmesi için hastanın cerrahi operasyona uygun olması gerekmektedir. Fazla tercih edilen bir yöntem değildir (Akkoçlu, 2006; Başer, vd., 2013).

2.6. Akciğer Kanseri Tedavi Yöntemleri

Akciğer kanserli bireyin tedavisine karar verilirken kanserin histopatolojik tipi, hastalığın evresi, hastanın yaş, kardiyopulmoner ve performans durumu gibi pek çok faktör göz önünde bulundurulmalı ve yarar/zarar oranı dikkate alınarak karar

verilmelidir (Yurtsever, 2014; Yılmaz, 2018). Hastaya uygun tedavi modelinin seçilebilmesi için hücre tipinin iyi belirlenmesi ve doğru bir evreleme yapılması oldukça önemlidir (Alar ve Şahin, 2012). Akciğer kanserinde kullanılan başlıca tedavi yöntemleri: Cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapidir.

Cerrahi Tedavi

Akciğer kanserinin cerrahi tedavisinde tümörlü yapı çıkarılır. Bu amaçla wedge rezeksiyon (akciğer lobunun bir bölümünün çıkarılması), segmentektomi (lobun bir parçası olan segmentlerden birinin çıkarılması), sleeve rezeksiyon (kansersiz bronşun çıkarılması), lobektomi (bir lobun çıkarılması), bilobektomi (iki lobun çıkarılması) veya pnömonektomi (bir akciğerin tamamen çıkarılması) yöntemleri kullanılabilir. Hastanın ve hastalığın mevcut klinik tablosuna, hastalığın prognozuna ve öngörülen faydaya göre yonteme karar verilir (Aydiner, vd., 2010; Yurtsever, 2014).

Cerrahi tedavi, akciğer kanserinin erken döneminde ve opere edilebilecek hastalarda en radikal tedavi yöntemidir (Akkoçlu, 2006; Alar ve Şahin, 2012; Yurtsever, 2014). Ancak hastaların çoğu ilk tanı aldığıında hastalık ilerlemiş ve cerrahi için geç kalınmış olunabilmektedir. Cerrahi tedavi daha çok küçük hücreli dışı akciğer kanserinin (KHDAK) I. ve II. evrelerinde kesin tedavi yöntemi olarak kullanılırken tanısal veya hastayı rahatlatmak için palyatif amaçlı olarak da uygulanabilmektedir. Ayrıca tümör yükünü azaltarak kemoterapi ve radyoterapiden alınan yanıtı artırabilmektedir (Akkoçoğlu, 2006).

Kemoterapi

Kemoterapi kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlar kullanılarak hazırlanan kombine bir tedavi şeklidir (Baykara, 2016; Kurt, 2020). Kemoterapi protokolünün seçiminde, tümörün histopatolojik durumu önemli rol oynamaktadır (Yurtsever, 2014). Asıl amaç küratif tedavi olsa da profilaksi, yaşam süresini uzatma, semptomları hafifletme, yaşam kalitesini artırma gibi amaçlar için de kullanılabilir (Kurt, 2020). Kemoterapi oral, intravenöz, intraarterial, intraplevral, intratekal ve intraperitoneal yolla uygulanabilmektedir. Kemoterapinin genel olarak üç farklı amacı bulunmaktadır. Bunlar:

Primer indüksiyon tedavi; daha etkili tedavi yöntemi bulunmayan durumlarda veya ileri evre kanser hastalarında kullanılan bir yöntemdir. Buna karşın ilerlemiş kanser hastalarının çok azında küratif etki göstermektedir. Ancak tümör ile ilgili

semptomların azalmasına, hastanın yaşam kalitesinin artmasına ve hastanın kendi öz bakımını yapmasına olanak sağlamaktadır (Kurt, 2020).

Neoadjuvan kemoterapi: Amacı radyoterapi ve cerrahi tedavinin etkili olmadığı durumlarda, lokalize tümörü küçülterek ya da invaze olduğu dokudan çekilmesini sağlayarak cerrahi için bir imkan yaratmaktadır. Akciğer kanserinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Alar ve Şahin, 2012; Kurt, 2020).

Adjuvan kemoterapi: Amacı hastalığın nüksetme insidansını azaltarak sağ kalımı artırmaktır. Genellikle cerrahi tedaviyi takiben kullanılmaktadır. Bu kemoterapide platin grubu ajanlar tercih edilmektedir (Yurtsever, 2014; Kurt, 2020).

Radyoterapi

İyonize radyasyonun tedavide kullanılmasına radyoterapi denir. İyonize radyasyon kanserli hücrenin DNA'sını bozarak çoğalmasını engeller. Radyoterapi, tümör ve dolayısı ile hastalığı kontrol altına almak (küratif), hastalığa bağlı semptomları azaltmak (palyatif) ya da kanser oluşumunu veya yayılımını önlemek (profilaktik) amacıyla kullanılabilir (Kurt, 2020). Ayrıca kemoterapi ile beraber ya da kemoterapi olmaksızın adjuvan veya neoadjuvan amaçla uygulanabilmektedir (Akköçöğlü, 2006). Radyoterapinin akciğer kanserinde etkinliği tümörün histopatolojisine bağlıdır. Örneğin küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) ve skuamöz hücreli kanserler radyoterapiye duyarlı iken adenokarsinomlar ve büyük hücreli kanserler radyoterapiye daha az duyarlı olabilmektedir (Akköçöğlü, 2006).

2.7.Akciğer Kanserinde Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımı

Akciğer kanserli hastalar, tanı ve tedaviye bağlı olarak birçok semptom ile baş etmek durumunda kalabilmektedir. Bu semptomlar çok boyutlu ve kompleks olabilmektedir. Akciğer kanseri tanısına sahip hastaların en sık deneyimledikleri semptomlar; ağrı, nefes darlığı, öksürük, hemoptizi, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, çabuk yorulma ve psikososyal sorunlar olarak bildirilmektedir. Semptom yönetimi bakım ve tedaviyi, hastanın fonksiyonel yeteneklerini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilmektedir (Fadıloğlu, 2010).

Sağlık profesyonelleri hastanın akciğer kanserine bağlı fiziksel şikayetleri (dispne, ağrı, öksürük, hemoptizi, yorgunluk vb.) karşısında uygun semptom yönetimi ile yaşam kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Örneğin dispnesi olan bir

hastaya rahat nefes alabileceği bir pozisyon verilerek ve etkili solunum egzersizleri yaptırılarak bireyin konforu artırılabilir (Akın, 2012). Kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların fiziksel gereksinimlerinin karşılanması sürecinde hemşirelerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla yürütülen bir çalışmada, hemşirelerin %75'inin bulantı-kusma durumunda antiemetik verirken, %69,4'ünün diyare ile ortaya çıkabilen sıvı-elektrolit dengesizliğini kontrol ederken, %61,1'inin hastanın rahat nefes alabileceği uygun pozisyonu verirken, %63,9'unun hastanın rahat uyuyabileceği uygun çevreyi düzenlerken, %63,9'unun hastaya kateter bakımını zamanında sunmaya çalışırken her zaman güçlük yaşadıkları belirlenmiştir (Yorulmaz, vd., 2019). Akciğer kanserinde en fazla görülen semptomlar ile bu semptomların etkin yönetimi aşağıda açıklanmıştır.

Ağrı

Ağrı, akciğer kanserinde oldukça sık görülen bir semptom olup yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Akciğer kanserinde ağrı yönetimi oldukça önemli olduğu için ağrıyı değerlendirmek için birden fazla ölçek kullanılabilir. Hasta birey tarafından kolay anlaşılır ve uygulanabilir ölçekler tercih edilmektedir. Bu doğrultuda klinikte genellikle “sayısal skala” veya “VAS (Visual Analog Scale)” kullanılabilir (Yıldırım, vd., 2014). Ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanılabilir.

Farmakolojik yöntemler, kansere bağlı ağrının tedavisinde kullanılan temel yöntemlerdir. Ağrının şiddetine göre opioid, nonopoid ve adjuvan analjezikler tercih edilebilir. Bu analjezikler tek başına veya kombine bir şekilde kullanılabilir (Dedeli ve Kaptan, 2012; Yıldırım, 2014). *Nonfarmakolojik yöntemlerden*; masaj, hayal kurma, müzik dinleme, egzersiz yapma, refleksoloji, reiki, hipnoz ve akupunkturdan ağrıyı azaltmak veya gidermek için yararlanılabilir (Yıldırım, vd., 2014).

Dispne

Dispne, ileri evre akciğer kanserinde oldukça sık görülen bir semptomdur. Dispne hastanın fonksiyonel durumunu önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Yılmaz, 2013; Biber, 2016). Dispne, tedavisinde primer nedene yönelik girişimler planlanmaktadır. Nefes darlığını gidermek ve hastayı rahatlatmak için oksijen

terapisi, etkili solunum yolu egzersizleri, uygun pozisyonu verme ve gevşeme egzersizleri gibi yöntemler kullanılabilir (Kocatepe, vd., 2017).

Öksürük

Akciğer kanseri tanısına bağlı öksürük tedavi edilirken, tümör; cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi ile küçültülerek veya alınarak öksürük refleksine neden olan uyarı ortadan kaldırılır (Kömürçüoğlu, 2016). Sekresyon kaynaklı öksürük mevcut ise hemşire sekresyonun atılması ve hastanın rahatlaması için hidrasyon (günde 1500-2000 ml), postural drenaj, etkili solunum ve öksürme egzersizleri, masaj, nebulizasyon ve aspirasyon yöntemlerini uygulayabilir (Alpar, vd., 2014).

Hemoptizi

Hemoptizi tümörün kendisinden veya tedavinin yan etkilerinden kaynaklanabilmektedir. Akciğer kanserli hastaların beşte birinde hemoptizi görülebilmektedir. Kanama miktarı hastalığın klinik seyri ve mortalite açısından çok önemli olabilmektedir. Ancak genellikle tükürülen kan miktarı alveolar boşluklarda kalan kan miktarının azımsanmasına yol açabilmektedir. Hemoptizi görüldüğünde hastanın vital bulgularının yakından takip edilmesi ve akciğer grafisi çekilmesi önerilmektedir (Dalar, 2016). Tedavisinde istirahat, sedasyon, öksürük süpresyonu, sistemik koagülan ilaçlar, K vitamini takviyesi uygulanabilmektedir. Masif hemoptizi vakalarında ise bunlara ek olarak cerrahi, bronkoskopi ve endovasküler embolizasyon teknikleri de kullanılabilir (Dalar, 2016).

Yorgunluk

Yorgunluk, bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine engel olan bir semptomdur. Yorgunluk akciğer kanseri veya akciğer kanserine eşlik eden bazı hastalıklarda (anemi, depresyon, yetersiz beslenme vb.) ortaya çıkabilmektedir. Hastanın işlevselliğini ve duygu durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu semptomun yönetiminde yorgunluğa neden olan subjektif ve objektif nedenlerin tanılanması gerekmektedir. Yorgunluğun nedeni doğrultusunda uygun yaklaşımda bulunmaktadır. Bu doğrultuda hastanın beslenme, fiziksel aktivite ve uyku düzeni planlanabilmektedir. Psikososyal desteğin yanı sıra masaj ve yoga gibi tekniklerle hastanın rahatlaması sağlanabilmektedir (Can ve Polat, 2014).

Bulantı ve Kusma

Akciğer kanserinde bulantı ve kusma, genellikle kemoterapinin yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Hemşirelik bakım ve uygulamalarının amacı bulantı ve kusma oluşumunu engellemektedir. Bulantı ve kusmanın değerlendirilmesinde sıklığı, şiddeti ve süresinin yanısıra algılanan semptom yoğunluğu belirlenmektedir (Demirci, 2016). Bulantı ve kusmanın farmakolojik tedavisinde etki mekanizmasına göre çeşitli antiemetik ilaçlar kullanılabilir. Bununla birlikte hastaya nonfarmakolojik önerilerde bulunulabilmektedir. Az, sık ve yavaş yemek yemek, rahatsız edici kokulardan kaçınmak, kızartma ve yağlı yiyeceklerden uzak durmak, televizyon izlemek ve kitap okumak gibi yöntemlerle dikkati dağıtmak, bulantı esnasında derin ve yavaş nefes almak, yoga ve meditasyon gibi gevşeme tekniklerini kullanmak bu yöntemlere örnek olarak verilebilir (Dedeli ve Kaptan, 2012; Buluş, 2014; Demirci, 2016).

Mukozit

Mukozit, mukoz epitel hücrelerinin radyoterapi ve kemoterapinin toksisitesine karşı verdiği enflamatuvar yanıttır. Tüm gastrointestinal sistemde görülebmesine karşın en fazla oral mukozit olarak karşımıza çıkabilmektedir. Hastada disfaji, odinofaji, beslenme bozukluğu, ülser, enfeksiyon, anksiyete ve konuşma bozukluğuna neden olabilmektedir. Bu nedenle mukozit hastanın genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Albayrak Okçin, 2010; Dane, 2013; Atalay, 2016). Mukozit yönetiminde hasta eğitimi, ağız bakımı, ağız içine buz uygulaması, gargara kullanımı, yeterli hidrasyon ve beslenme önerilmektedir. Mukozit ağrısını azaltmak için topikal ve sistemik analjezikler, enfeksiyonun tedavisi için uygun antibiyotikler kullanılabilir (Albayrak Okçin, 2010; Atalay, 2016).

Diyare ve Konstipasyon

Diyare, kemoterapinin gastrointestinal villuslara zarar vermesi ile birlikte bağırsak sekresyonu ve absorpsiyonunun bozulması sonucu ortaya çıkabilmektedir. Hastada sıvı-elektrolit dengesizliklerine, kilo kaybına, ağrıya, yorgunluğa ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Ayrıca bakım verenin bakım yükünü artırabilmektedir. Diyarenin başlangıcı, sıklığı, miktarı ve özelliği değerlendirilerek tedaviye başlanması önemlidir. Tedavide farmakolojik yöntemlere ek olarak hastanın diyetine lifli gıdaların eklenmesi ve yeterli hidrasyonun sağlanması

gerekebilmektedir. Hastanın oral alımı yeterli değilse elektrolitler ile birlikte intravenöz sıvı replasmanı yapılmasına ihtiyaç duyulabilmektedir (Tuna Ünsar, 2014).

Konstipasyon; kanser hastalarında sık görülen ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir semptomdur. Konstipasyonun başlangıcı, süresi ile birlikte hastada neden olduğu ek semptomlar (ağrı, distansiyon vb.) değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın aktivite düzeyi, beslenme alışkanlığı, günlük tüketilen sıvı miktarı belirlenmelidir. Konstipasyon tedavisinde genellikle laktasifler, lavmanlar ve supozituarlar kullanılmaktadır. Konstipasyonun tedavisinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler ise hastanın diyetine dışkıyı yumuşatacak ve bağırsakları uyuracak besinlerin eklenmesi, yeterli sıvı alımının sağlanması, hastanın tolere edebileceği düzeyde fiziksel aktivitenin planlanması, abdominal masaj veya yoga yapılması olarak sıralanabilir (Yıldız, 2020).

İştahsızlık, Kilo Kaybı ve Kaşeksi

Akciğer kanserli hastalarda iştahsızlık, kilo kaybı ve kaşeksi semptomlarına oldukça sık rastlanılabilmektedir. Bu durum oral besin alımı yetersizliği, endokrin ve gastrointestinal hastalıklar nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Kemoterapinin bulantı/kusma, oral mukozit ve koku/tat duyusunda değişiklik yapması oral alımı azaltabilmektedir (Albayrak Okçin, 2010; Özkan Tuncay, 2020). Tedavide hasta iştahsızlık, kilo kaybı ve kaşeksi açısından değerlendirilerek altta yatan temel nedene odaklanılması gerekmektedir. Örneğin ağız hijyeni eksikliği nedeniyle oral alım azalmışsa hasta ve bakım verenine ağız bakımı eğitimi verilmelidir. Dişlerle ilgili problemler varsa giderilmelidir (Albayrak Okçin, 2010). Bununla birlikte kilo kaybı ve kaşeksiyi önlemek için beslenme desteği ve iştahı uyarmaya yardımcı olabilecek fiziksel egzersizler önerilmelidir. Beslenme planlanırken hastanın beslenme alışkanlıkları dikkate alınmalıdır. Hastanın diyetinde protein ve kalori miktarı yüksek besinler tercih edilmeli ve yemek sunumuna özen gösterilmelidir (Albayrak Okçin, 2010; Özkan Tuncay, 2020). Beslenme desteğinde ilk olarak oral yol ile beslenme tercih edilmelidir. Ancak oral alımının iyi olmadığı durumlarda enteral ve/veya parenteral beslenme desteğine geçilmelidir (Özkan Tuncay, 2020).

Dermatolojik Sorunlar

Akciğer kanserinde tanıya bağlı olarak en fazla görülen dermatolojik sorun hipoksiye bağlı siyanoz ve çomak parmaktır (Adışen ve Gürer, 2016). Siyanoz ve çomak parmak konusunda hemşire hastanın cildini kontrol etmeli, saturasyon kontrolü yapmalı ve gerekli ise oksijen tedavisi uygulamalıdır. Hasta bireyde kemoterapi tedavisine bağlı olarak alopesi; kullanılan ajanın türüne ve hastanın özelliklerine bağlı olarak ekstremitelerde gelişebilir (İşçi, 2010).

Alopesi: Hasta birey tarafından çekiciliğin kaybı ve bireyselliğin zarar görmesi olarak algılanabilir. Saç dökülmesi hayatı tehdit etmez. Ancak hasta kişide üzüntü, utanç ve öfke gibi psikososyal belirtilere neden olabilir (Uğur, 2020). Alopesinin önlenmesi ya da azaltılması amacıyla “saçlı deri hipotermisi”, kafa derisine turnike uygulama, D ve E vitaminleri ile saç derisi bakımı gibi biyolojik yöntemler kullanılabilir. Alopesinin önlenmesinde kanıtlanmış farmakolojik bir girişim yoktur (Uğur, 2020). Alopesi yönetiminde ilk olarak hastanın alopesi hakkındaki duygu ve düşünceleri dinlenmeli ve ihtiyaç duyduğu bilgi sağlanmalıdır. Aynı zamanda hastalara saçlarını kısa kestirmeleri, peruk ile yapay saç ve kiplik kullanmaları önerilebilir. Hastaya saçsız deriyi güneşten, soğuktan ve mekanik tahrişlerden nasıl koruyacağı anlatılmalıdır (Uğur, 2020).

Ekstremitelerde: Kemoterapik ilaçların cilt altına yayılması ile ortaya çıkmaktadır. Ekstremitelerde nedeni kullanılan ajan, ilacı uygulayan kişi veya periferik damar hastalığına sahip olma durumuna göre değişiklik gösterebilmektedir. Ekstremitelerde önlenemez bir durumdur. Uygulama yapılırken ekstremitelerde risk faktörleri bilinmeli, kemoterapinin uygulandığı bölge cilt reaksiyonları açısından takip edilmelidir. Bununla birlikte hastanın ağrı, yanma gibi ifadeleri dikkate alınmalıdır. Ekstremitelerde gelişmiş ise ilk olarak cilt altına sızan kemoterapik ajan geri çekilmeye çalışılmalıdır. Etkilenen ekstremitelerde elevasyona alınmalı, ajanın türüne göre ılık ve soğuk uygulamalar yapılmalıdır. Etkilenen bölge izlenmeli ve duruma göre farmakolojik yöntemler kullanılmalıdır (İşçi, 2010).

Psikososyal Sorunlar

Akciğer kanseri, semptom yükünün fazla olması nedeniyle psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Psikososyal sorunlar hastanın tedaviye uyumunu azaltabilmektedir (Kocaman Yıldırım, 2010). Akciğer kanseri tanısının alınmasıyla birlikte hasta birey kabullenme, tedaviye başlama ve sürdürme, sorumlulukları devam ettirme, sosyal sorunlarla baş etme gibi pek çok problemle karşı karşıya kalabilmektedir. Kanser tanısı genellikle ölümü çağrıştırdığı için bireyde anksiyete, korku, umutsuzluk, kızgınlık, inkar gibi duyguları beraberinde getirebilmektedir. Hastalar demografik özelliklerine, kişilik yapısına, deneyimlerine, algıladıkları sosyal destek düzeyine ve hastalığın prognozuna göre farklı emosyonel tepkiler verebilmektedir (Işıksan, 2007; Akın, 2012; Atlı Özbaş ve Toptaş Kılıç, 2020). Psikososyal problemler, hasta bireyin kişilik özellikleri, hastalığın prognozu ve çevreden aldığı destek gibi pek çok faktörden etkilenebilmektedir. En sık karşılaşılan psikososyal sorunlar; korku, keder, üzüntü, suçluluk, kızgınlık, utanç, umutsuzluk ve güçsüzlük olarak bildirilmektedir (Atlı Özbaş ve Toptaş Kılıç, 2020).

Psikososyal sorunların yönetiminde ilk olarak hastanın ve ailesinin psikososyal yönlerinin değerlendirilmesi ve gereksinim alanlarının belirlenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda hasta ve ailesi için eğitim, danışmanlık, destekleyici dışa vurucu terapi, bilişsel davranışçı terapi ve psikodinamik terapi gibi destekler sağlanması oldukça önemlidir (Atlı Özbaş ve Toptaş Kılıç, 2020). Bireyin hastalığa ve tedaviye psikolojik uyumunu sağlamada, bakımın tıbbi ve psikiyatrik boyutunu bütünleştirmede hemşireler önemli rol oynamaktadır (Atlı Özbaş ve Toptaş Kılıç, 2020). Hemşireler hasta bireyle iletişim kurarken terapötik iletişim tekniklerini kullanmalı ve kendini ifade etmesi konusunda hastayı cesaretlendirmelidir (Akın, 2012). Hemşireler hastanın ve ailesinin psikolojik durumunu izlemeli, gereksinimlerini belirlemeli ve baş etme becerilerini kullanarak onlara destek olmalıdır (Atlı Özbaş ve Toptaş Kılıç, 2020). Hemşireler hastanın tanı, tedavi, yan etkiler ve baş etme gibi konulara ilişkin bilgi eksikliğini belirlemeli ve bu eksikleri karşılamalıdır. Ayrıca hemşireler hastalık süresince bireyin psikoeğitim, psikoterapi ve danışmanlık ihtiyaçlarını karşılamada aktif rol oynamalıdır (Atlı Özbaş ve Toptaş Kılıç, 2020).

2.8. Akciğer Kanserli Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Önemi

Akciğer kanserli hastalar dispne, yorgunluk gibi fiziksel semptomların yanı sıra anksiyete, kontrolünü kaybetme, suçluluk, üzüntü, düşük benlik saygısı gibi emosyonel ve psikolojik sıkıntılar yaşayabilmektedir. Akciğer kanserli hastalar bu gibi durumlarla baş etmede yetersiz kalabilmekte (Maguire, et al., 2012; Yurtsever, 2014) ve destekleyici bakıma gereksinim duyabilmektedir. Bu nedenle hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması oldukça önemlidir (Kocaman Yıldırım, 2013). Hastanın destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek ve karşılamak; hastanın distresini azaltabilir, yaşam kalitesini ve bakım memnuniyetini artırabilir, sağlık bakım maliyetini azaltabilir (Sanders et al., 2010; Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Destekleyici bakım gereksinimleri dinamik olmakla birlikte hastalık sürecinde değişiklik gösterebilir. Örneğin kanser tanısının alındığı dönemde bilgi gereksinimi daha fazla iken fiziksel gereksinimler daha az olabilir. Buna karşın tedavi süreci ilerlediğinde bilgiye duyulan gereksinim azalırken hastalığın prognozu ve tedavinin yan etkilerine bağlı olarak fiziksel gereksinimler artabilir (Kocaman Yıldırım, 2013). Güney Kaliforniya’da yapılan bir çalışmada, akciğer kanserli hastaların en çok sırasıyla; “fiziksel ve günlük yaşam”, “ruhsal/psikolojik”, “sağlık sistemi ve bilgilendirilme”, “hasta bakım ve desteği” alanlarında destekleyici bakıma gereksinim duydukları belirlenmiştir (Sanders et al., 2010).

Kemoterapi ünitesinde, ayaktan kemoterapi alan onkoloji hastaların evde bakım gereksinimlerinin incelendiği bir çalışmada, kanser hastalarının %33,8’inin yardıma gereksinim duyduğu ve %81,5’inin ihtiyaç duydukları bu yardımı alabildikleri saptanmıştır (Akyüz, 2019). Ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin yaş bağlamında incelendiği diğer bir çalışmada, 65 yaş altı hastaların “cinsellik” ve “sağlık hizmeti ve bilgilendirme” alanlarına ilişkin destekleyici bakım ihtiyaçlarının, 65 yaş ve üstü hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ayvat, 2019).

Destekleyici bakım, tedaviden en yüksek yararı sağlamak, hastalığın neden olduğu sorunları en aza indirmek ve yaşam kalitesini artırmak için hastaya yardımcı olan aktivitelerin tümüdür. Destekleyici bakım; tanıyı almadan önce başlayıp tanı,

tedavi, iyileşme, terminal dönem ve/veya yas sürecinde hasta ve ailesinin baş etmesine yardımcı olma sürecidir (Kocaman Yıldırım, 2013). Hasta bireyin gereksinimleri çok boyutlu olmakla birlikte; fiziksel, günlük yaşam aktiviteleri, çevre, kültür, bilgi, iletişim, ekonomik, emosyonel, psikososyal, spiritüel ve psikoseksüel bir çok alanı içermektedir (Howell, et al., 2012; Kocaman Yıldırım vd., 2013).

2.9. Akciğer Kanserli Hastalarda Sosyal Desteğin Önemi

Sosyal destek, ihtiyacı olduğunda bireye bağlı olduğu sosyal ağlar tarafından sunulan psikolojik, maddi ve bilişsel yardım olarak tanımlanabilir (Hogue, 1985; Rodriguez and Cohen, 1998). Sosyal destek; maddi destek, duygusal destek ve zihinsel (bilişsel) destek olarak üç başlıkta sınıflandırılabilir (Ardahan, 2006). *Maddi destek*; bireye ihtiyacı olduğunda sağlanan ekonomik yardımdır (Sorias, 1992). *Duygusal destek*; sevgi, ilgi, şevkat, güven, bir gruba ait olma, kabul edilme, takdir edilme gibi sosyal gereksinimlerin karşılanmasıdır (Yıldırım, 1997). *Zihinsel (bilişsel) destek*; bireyin ihtiyaç duyduğu bilginin sağlanmasıdır (Yıldırım, 1997).

Sosyal desteğin kaynağı aile, arkadaşlar, akrabalar, komşular, partner, sağlık personelleri, sosyal hizmet kurumları, bu amaçla kurulmuş sivil toplum örgütleri olabilir (Yıldırım, 1997; Işıkhani, 2007). Sosyal desteğin kaynağı formal ve informal olmak üzere ikiye ayrılabilir. Formal sosyal destek kaynağı, resmi kurum ve kuruluşlar tarafından yasal çerçevede sağlanan yardım olarak açıklanabilir. İnfomal sosyal destek kaynağı ise bireyin sosyal çevresi tarafından ona sunulan destek olarak tanımlanabilir (Duyan, 2001).

Kanser hastada fiziksel, duygusal, kültürel, bilişsel ve sosyal değişime yol açan bir hastalıktır. Kanserle mücadele sırasında hastalığın kendisinden veya tedavi sürecinden kaynaklanan pek çok fiziksel ve psikososyal semptom ortaya çıkabilmektedir (Atlı Özbaş ve Toptaş Kılıç, 2020). Sosyal destek düzeyi yüksek olan hastalar daha çabuk iyileşebilmekte ve hastalıkla daha kolay başa çıkabilmektedir. Bu nedenle sağlık ile sosyal destek arasında pozitif yönde bir ilişki bulunduğu bildirilmektedir (Ardahan, 2006).

Bireyin kendisinde veya sosyal destek kaynağında meydana gelen değişimler nedeniyle ihtiyaç duyulan ve algılanan sosyal destek düzeyi değişiklik gösterebilmektedir (Yıldırım, 1997; Işıkhani, 2007). Algılanan sosyal destek;

“bireyin kendisine sunulan sosyal desteğin kendisi için ne ifade ettiği” olarak açıklanabilir. Algılanan sosyal destek, sunulan sosyal desteğin boyutu kadar bireyin kişilik özelliklerinden de etkilenebilir. Sosyal ilişkilerinden doyum sağlayan, sevildiğini, saygı duyulduğunu, ihtiyaç duyduğunda gerekli yardımı alacağını bilen kişilerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Özgür, 1991).

Bireyin iyilik hali açısından sosyal desteğin niteliği ve verdiği doyum kadar kim tarafından verildiği de oldukça önemlidir. Farklı destek kaynakları hastaya aynı sosyal desteği sağlasalar bile bireyin bu durumla ilgili algısı ve tepkisi farklılık gösterebilir. Fizyolojik ve psikolojik semptomları olan bir kanser hastasının çevresinde, onu anlayışla karşılayan, sıkıntılarını paylaşan ve güven duyduğu bir yakının olması algıladığı sosyal desteği yükseltebilir (Işıkhan, 2007). Hemşire, hasta ile etkileşim halinde olan aile, akraba ve arkadaşlarını kaliteli bakım ve sosyal destek sağlama konusunda desteklemelidir (Ayhan Balık ve Buzlu, 2017).

Sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında da doğru orantı bulunduğu bildirilmektedir. Kanser hastaların sosyal destek düzeylerinin artması, stres düzeylerini azaltabilmekte ve yaşam kalitelerini yükseltebilmektedir (Baider, et al., 2001; Çalışkan, 2015). Ülkemizde 304 kanser hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı belirlenmiştir (Bıçak, 2016). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan diğer bir çalışmada, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir (Doğan, 2011). Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) nedeniyle ameliyat olan ve kemoterapi tedavisi devam eden hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada da, yaşam kalitesi ile algılanan sosyal destek arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada da, semptom yükü ile algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir (Düzen, 2016).

Gündüz Güç’ün (2019) 247 kanserli hastanın katılımıyla gerçekleştirdiği bir çalışmada, hastaların algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Bu konuda yapılan bir başka çalışmada, akciğer kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça, travma sonrası gelişim düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (Yurtsever, 2018). Bununla birlikte hastaların

semptom yükü ve yalnızlık düzeyleri arttıkça algılanan sosyal destek düzeylerinin azaldığı ortaya konulmuştur (Ayar, 2018).

Sosyal desteğin, fiziksel ya da ruhsal birçok hastalığın ortaya çıkmasında ve hastalığın prognozunda etkili olduğu bildirilmektedir. Cohen ve Wills'e (1985) göre sosyal destek, sağlığı hem doğrudan etkilediği hem de stresi azalttığı/ortadan kaldırdığı için oldukça önemlidir. Sosyal destek stresin oluşumunu engelleyebilmekte, stresin algılayış biçimini değiştirebilmekte ve stresle başa çıkma yollarını güçlendirebilmektedir (Sorias, 1992).

2.10. Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Önemi

Yaşam kalitesi kavramının kaynağı, Aristo'ya kadar uzanan felsefi tartışmalara dayanmaktadır (Bölüktaş, 2014). Yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, inançlar ve çevreyle olan ilişkilerden etkilenen oldukça kapsamlı bir kavramdır (Yılmaz Karabulutlu, 2020). Yaşam kalitesi iyi kazanç, eğitim ve sağlık koşulları gibi objektif göstergelerin ötesinde bireyin bu göstergelerden aldığı doyumdur (Bölüktaş, 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre yaşam kalitesi; "Bireyin hedeflerine, beklentilerine, standartlarına ve çıkarlarına göre kültür ve değer sisteminde kendi yaşamını algılama biçimidir." (WHO, 1995). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bir bireyin ya da grubun bedensel ve ruhsal sağlığını nasıl algıladığı ile ilgilidir (Bölüktaş, 2014).

İnsan hakları konusundaki gelişmeler doğrultusunda, yaşam kalitesi özellikle politik kararların alınmasında ulaşılması amaçlanan bir hedef haline gelmiştir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Bununla birlikte tıptaki gelişmeler hastaların yaşam sürelerini uzatmış, buna paralel olarak bireylerin kronik hastalıklarıyla yaşama süreleri artmıştır. Bu nedenle günümüzde kronik hastalıkları ile yaşamaya devam eden bireylerin yaşam kalitesini artırmak giderek daha önemli bir hale gelmiştir (Müezzinoğlu, 2005).

Akciğer kanseri mortalitesinin yüksek olması, tanıya ve tedaviye bağlı komplikasyonların fazla olması ve semptomların ağır seyretmesi hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Güner ve Kılıçkap, 2020). Bu konuda yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının distres düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı bildirilmiştir (Masat, 2018). Travmatik bir deneyim olan kanser hastalığı, bedensel zorluklarla birlikte bireyin sosyal yaşamını olumsuz etkilemekte ve ruhsal

sorunlar ortaya çıkarabilmektedir (Yılmaz Karabulutlu, 2020). Akciğer kanserli hastaların hastalığa ve tedavi yöntemlerine bağlı olarak yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemler fonksiyonel durumlarını etkileyebilmekte ve yaşam kalitelerini düşürebilmektedir (Yılmaz Karabulutlu, 2020).

Ayaktan kemoterapi olan kanser hastalarının yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada, yaşam kalitesinin cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence ve çalışma durumu gibi değişkenlerden etkilendiği; hastaların eğitim düzeyleri arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığı belirlenmiştir (Akyüz, 2019). Kanser hastalarının algılanan yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini araştıran bir çalışmada, hastaların algıladıkları yalnızlık düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığı, algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (Ayar, 2018). Onkoloji hastalarının katılımı ile yapılan diğer bir çalışmada, yaşam kalitesi arttıkça hastaların cinsellik ile ilgili yaşadıkları problemlerin azaldığı belirlenmiştir (Aydın, 2018). Akciğer kanserli hastalara dört hafta boyunca haftada iki kez akupres yöntemi uygulanarak yapılan deneysel diğer bir çalışmada da, akupres yöntemi ile hastaların dispne düzeylerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (Doğan, 2016). Hastaların yaş, cinsiyet, ekonomik durum, psikolojik durum, semptom yükü özellikleri yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir (Masat, 2018; Ayar, 2018). Yaşam kalitesinin de hastalığa uyum ve tedaviye yanıt ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir. Bu doğrultuda akciğer kanserli hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Materyal

3.1.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kemoterapi ünitesinde tedavi görmekte olan akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15 Haziran 2019-30 Eylül 2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde yürütülmüştür. Bu hastane Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan, en büyük ve en gelişmiş üniversite hastanesidir. Samsun ve çevre illerdeki onkoloji hastalarının çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir. Araştırmanın yapıldığı kemoterapi ünitesinde 60 tedavi koltuğu bulunmaktadır. Kemoterapi ünitesinde günlük ortalama 60 hasta kemoterapi almaktadır.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni belirlenirken, araştırmaya başlamadan önceki bir yıllık süreçte 01.01.2018 ile 31.12.2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kemoterapi ünitesinde ayaktan kemoterapi gören 450 akciğer kanseri hastası referans olarak alınarak örneklem sayısı hesaplanmıştır. Bu araştırmada hastalar, bireylerin evrenden eşit olasılıklı seçilebildiği bir örnekleme yöntemi olan Olasılıklı Örnekleme Yöntemleri'nden Basit Rastgele Örnekleme Yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Örneklem büyüklüğü, NCSS-PASS (Number Cruncher Statistical System-Power Analysis and Sample Size) programında %95 güven sınırında ve %5 kabul edilebilir hata payı ile hesaplanmış ve araştırmaya dahil edilmesi gereken minimum hasta sayısı 208 olarak belirlenmiştir. Ayrıca araştırmanın örneklem sayısının belirlemek için aşağıdaki formülden yararlanılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde;

n: Örneklem alınacak birey sayısı.

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı).

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p).

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer.

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,05 (%5 hata payı)

$$\frac{450 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (450-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n= 208

Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında 222 hastaya ulaşılmıştır. On dört hasta araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. 18 yaş üstü, kadın ve erkek, akciğer kanseri tanısı alan, kolay iletişim kurulabilen, soruları anlayarak cevap verebilen, okuryazar, çalışmaya katılmaya istekli 208 hasta ile veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırmaya katılım oranı %93,7’dir.

3.2.2. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 10 Temmuz 2019-30 Mart 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Masat, 2018; Ayar, 2018) hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirleyici Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve FACT- L Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Hastalara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı, bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiş ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Hastaların bilgilendirilmiş onamları alındıktan

sonra Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu ve ölçekler kemoterapi tedavisi gören akciğer kanserli hastalara yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Veri toplama süresi yaklaşık olarak her bir hasta için 20-25 dakika sürmüştür.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 20 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, medeni durum, ekonomik durum, çocuk sayısı, kiminle birlikte yaşadığı, sigara içme durumu vb.) ve klinik bilgilerini içeren 12 soru (tümör hücre tipi, klinik evre, kanser dışında kronik hastalığa sahip olma durumu, metastaz gelişme durumu, kemoterapi tedavisine bağlı olarak gelişen semptomlar vb.) olmak üzere toplam 32 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF)

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği, kanser tanısı almış hastaların ihtiyaçlarının farkına varmak ve değerlendirmek amacıyla McElduff, Boyes, Zucca ve Girgis (2004) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aksuoğlu ve Şenturan (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek 34 maddeden 31 maddeye dönüştürülen beşli likert tipi bir puanlamaya sahiptir. Ölçek maddelerine verilen cevaplar doğrultusunda; “hiç ihtiyacım olmadı=1 puan”, “ihtiyacım olmadı=2 puan”, “az ihtiyacım oldu=3 puan”, “biraz ihtiyacım oldu=4 puan” ve “çok fazla ihtiyacım oldu=5 puan” şeklinde 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Ölçek; Ruhsal/Psikolojik, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme, Fiziksel ve Günlük Yaşam, Hasta Bakım ve Desteği ile Cinsellik olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır (Ek 2).

Ruhsal/Psikolojik Alt Boyutu: Hastaların duygu/duygularla başa çıkma ile ilgili gereksinimlerini değerlendirmektedir. Toplam 9 maddeden oluşmaktadır (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. maddeler). Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 9, maksimum puan 45’tir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Alt Boyutu: Hastaların hastalık, teşhis, tedavi, tedavi sonrası izlem ve tedavi merkezi hakkındaki bilgilerle ilgili gereksinimlerini değerlendirmektedir. Toplam 10 maddeden oluşmaktadır (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30 ve 31. maddeler). Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 10, maksimum puan 50’dir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyutu: Hastaların fiziksel belirtiler ve tedavinin yan etkileri ile başa çıkma, genel görevler ve aktiviteleri gerçekleştirmeyle ilgili gereksinimlerini değerlendirmektedir. Toplam 5 maddeden oluşmaktadır (1, 2, 3, 4 ve 5. maddeler). Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 5, maksimum puan 25'tir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Hasta Bakım ve Desteği Alt Boyutu: Hastaların sağlık çalışanları ile ilgili gereksinimlerini değerlendirmektedir. Toplam 4 maddeden oluşmaktadır (17, 18, 19 ve 20. maddeler). Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 4, maksimum puan 20'dir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Cinsellik Alt Boyutu: Hastaların cinsellik ile ilgili gereksinimlerini değerlendirmektedir. Toplam 3 maddeden oluşmaktadır (15, 16 ve 28. maddeler). Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 3, maksimum puan 15'tir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Alt boyutların puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 31, maksimum puan 155'tir. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması, destekleyici bakım gereksiniminin yüksek, ölçek puanının düşük olması destekleyici bakım gereksiniminin düşük olduğunu göstermektedir.

Boyes, Girgis, ve Lecathelinais (2009) Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu'nun Ruhsal/Psikolojik, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme, Fiziksel ve Günlük Yaşam, Hasta Bakım ve Desteği ve Cinsellik alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarını sırasıyla 0,97, 0,96, 0,86, 0,90 ve 0,90 olarak belirlemişlerdir. Aksuoğlu ve Şenturan (2016) 31 maddeye dönüştürdükleri Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu'nun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,97; ölçeğin Ruhsal/Psikolojik, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme, Fiziksel ve Günlük Yaşam, Hasta Bakım ve Desteği ve Cinsellik alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarını sırasıyla 0,96, 0,97, 0,94, 0,93 ve 0,93 olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu'nun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,94; ölçeğin Ruhsal/Psikolojik, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme, Fiziksel ve Günlük Yaşam, Hasta Bakım ve Desteği ve Cinsellik alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,96, 0,91, 0,79, 0,78 ve 0,90 olarak saptanmıştır. Destekleyici

Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu'nun bu çalışmada kullanılabilmesi için Girgis ve Aksuoğlu'undan izin alınmıştır (Ek 7-8).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçek 2001 yılında aynı kişiler tarafından revize edilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; aile, arkadaş, özel bir kişi olmak üzere üç farklı kaynaktan algılanan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay ve kısa bir ölçektir (Eker ve Arkar, 2001) (Ek 3).

Likert tipi bu ölçekte, algılanan sosyal destek ile ilgili olarak “Kesinlikle Hayır” ile “Kesinlikle Evet” arasında değişen 12 ifade bulunmaktadır. Ölçek “Hiç katılmıyorum=1 puan”, “Çoğunlukla katılmıyorum=2 puan”, “Katılmıyorum=3 puan”, “Kararsızım=4 puan”, “Katılıyorum=5 puan”, “Çoğunlukla katılıyorum=6 puan” ve “Tamamen katılıyorum=7 puan” şeklinde 1’den 7’ye kadar değişen değerlendirme düzeyine sahiptir (Her bir madde için puanın 1 veya 2 olması düşük, 3, 4 veya 5 olması orta, 6 veya 7 olması yüksek düzeyde algılanan sosyal desteği ifade etmektedir) (Zimet, et al., 1988; Eker ve Arkar, 2001). Ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır:

Aileden Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutu: Bu alt boyut bireyin aile üyelerinden (örneğin; anne, baba, eş, çocuklar/çocuklar, kardeş/kardeşler) aldığı sosyal desteği ne düzeyde algıladığını değerlendirmektedir. Toplam 4 maddeden oluşmaktadır (3, 4, 8 ve 11. maddeler). Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 4, maksimum puan 28’dir.

Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutu: Bu alt boyut bireyin arkadaşlarından aldığı sosyal desteği ne düzeyde algıladığını değerlendirmektedir. Toplam 4 maddeden oluşmaktadır (6, 7, 9 ve 12. Maddeler). Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 4 maksimum puan 28’dir.

Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek Alt Boyutu: Bireyin özel bir kişiden (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) aldığı sosyal desteği ne düzeyde algıladığını değerlendirmektedir. Toplam 4 maddeden oluşmaktadır (1, 2, 5

ve 10. Maddeler). Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 4 maksimum puan 28'dir.

Ölçeğin genelinden alınabilecek minimum puan 12, maksimum puan 84'tür. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, ölçekten alınan puanın düşük olması ise sosyal destek algılanmadığını/bireyin sosyal destekten yoksun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin maddeleri içerisinde ters ifade bulunmamaktadır (Eker ve Arkar, 2001).

Eker ve Arkar (2001), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,89; ölçeğin Aileden Algılanan Sosyal Destek, Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarını sırasıyla 0,85, 0,88 ve 0,92 olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,92; ölçeğin Aileden Algılanan Sosyal Destek, Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,76, 0,94 ve 0,95 olarak saptanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin bu çalışmada kullanılabilmesi için Zimet ve Arkar'dan izin alınmıştır (Ek 9-10).

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği

FACT-L (Functional Assessment of Cancer Therapy –Lung) Yaşam Kalitesi Ölçeği, Cella ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiş olan, akciğer kanserli hastalarının yaşam kalitelerini çok yönlü değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Başarık ve Göksel (2012) tarafından yapılmıştır. Beşli likert tipi bu ölçek hastanın son bir haftası göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Ölçek, “Hiç=0 puan”, “Çok az=1 puan”, “Biraz=2 puan”, “Oldukça=3 puan” ve “Çok fazla=4 puan” olmak üzere 0'dan 4'e kadar değişen bir puanlamaya sahiptir. Negatif anlam taşıyan sorular için ters kodlama yapılmaktadır. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak bireyin Bedeni Durum, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum, Faaliyet Durumu ve Diğer Endişeler olmak üzere yaşam kalitesinin beş alt boyutu değerlendirilmektedir (www.facit.org).

Bedeni Durum Alt Boyutu: Fiziksel sağlığın değerlendirildiği bu alt boyut 7 maddeden oluşmaktadır. Puanlamada tüm maddeler ters kodlanmaktadır. Bu alt

boyuttan alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 28'dir (Maddeler; GP1, GP2, GP3, GP4, GP5, GP6 ve GP7).

Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyutu: Sosyal yaşam ve aile durumunun değerlendirildiği bu alt boyut 7 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 28'dir (GS1, GS2, GS3, GS4, GS5, GS6, Q1, GS7).

Duygusal Durum Alt Boyutu: Duygusal durumun değerlendirildiği bu alt boyut 6 maddeden oluşmaktadır. Puanlamada GE2 maddesi hariç tüm maddeler ters kodlanmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 24'tür (Maddeler; GE1, GE2, GE3, GE4, GE5 ve GE6).

Faaliyet Durumu Alt Boyutu: Bireyin günlük faaliyetlerini yerine getirebilme durumunun değerlendirildiği bu alt boyut 7 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 28'dir (Maddeler; GF1, GF2, GF3, GF4, GF5, GF6 ve GF7).

Diğer Endişeler Alt Boyutu: Akciğer kanserine özgün semptomların değerlendirildiği bu alt boyut 10 maddeden oluşmaktadır. Puanlamada B1, C2, L2 ve L3 maddeleri ters kodlanmakta ve B5, Q3 ve L5 maddeleri puanlamaya katılmamaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 28'dir (Maddeler; B1, C2, L1, L2, B5, C6, L3, L4, Q3 ve L5).

Alt boyutlardan elde edilen puanların toplanmasıyla ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 136 arasında değişmektedir. Bu ölçekten elde edilen puanın yüksek olması yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Başarık ve Göksel, 2012). Cella ve arkadaşları (1995), FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,68; ölçeğin Bedeni Durum, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum, Faaliyet Durumu ve Diğer Endişeler alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayılarını sırasıyla 0,75, 0,56, 0,60, 0,69 ve 0,80 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,90; ölçeğin Bedeni Durum, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum, Faaliyet Durumu ve Diğer Endişeler alt boyutlarının Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0,74, 0,79, 0,75, 0,81 ve 0,73 olarak saptanmıştır. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe

versiyonunun bu çalışmada kullanılabilmesi için yazılı izin (www.facit.org) alınmıştır (Ek 11).

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Puanlar arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Ölçek toplam ve alt boyut puanlarına etki eden bağımsız değişkenlerin incelenmesinde çoklu lineer regresyon analizi kullanıldı ve bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodundan yararlanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama \pm Standart Sapma ve ortanca (minimum – maksimum) olarak kategorik veriler frekans (yüzde) olarak sunuldu. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,050$ olarak alındı.

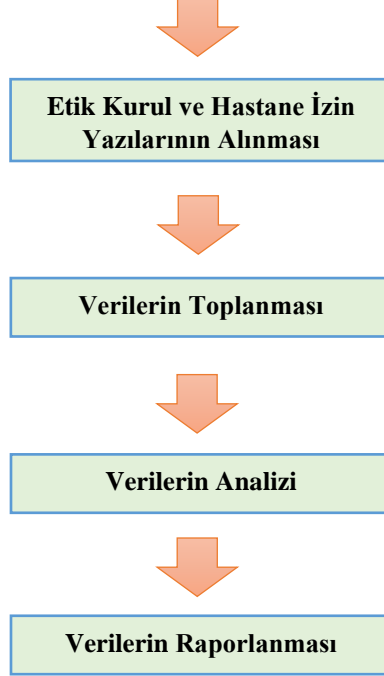
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul (08.07.2019/Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/455-557) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek 5). Verileri toplamak amacıyla çalışmanın yapılacağı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Onkoloji Merkezinden yazılı izin alınmıştır (EK 6). Araştırma kapsamındaki hastalardan sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir hastanenin kemoterapi ünitesinde yürütülmüş olması, elde edilen bulguların hastalarla eş zamanlı görüşmelere dayalı olmaması, hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için gözlemler yapılamaması bu araştırmanın bir sınırlılığıdır.

**AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIN DESTEKLEYİCİ BAKIM
GEREKİMLERİ İLE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK DÜZEYİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**



Şekil 3.1. Araştırmanın algoritma şeması

FAALİYETLER	2019									2020										2021											
	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	
Araştırma Konusunun Belirlenmesi	■																														
Araştırmanın Planlanması	■	■																													
Etik Kurul Formunun Oluşturulması		■	■																												
Etik Kurul İzin Yazısının Alınması				■																											
Kurum İzin Yazısının Alınması				■																											
Verilerin Toplanması				■	■	■	■	■	■	■	■																				
Verilerin Analizi																							■	■	■	■	■	■	■	■	
Araştırmanın Rapor Edilmesi												■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	

Şekil 3.2. Araştırmanın planı

4.BULGULAR

Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgular beş bölümde sunulmuştur. İlk bölümde hastaların sosyo-demografik özelliklerine, ikinci bölümde hastaların klinik özelliklerine, üçüncü bölümde Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu'na (DBGÖ-KF), dördüncü bölümde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (ÇBASDÖ), beşinci bölümde FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular (n=208)

Özellikler	n	%	
Yaş grupları	25-30 yaş	3	1,4
	31-35 yaş	3	1,4
	36-40 yaş	2	1,0
	41-45 yaş	7	3,4
	46-50 yaş	10	4,8
	51-55 yaş	22	10,6
	56-60 yaş	40	19,2
	61-65 yaş	43	20,7
	66-70 yaş	36	17,3
	71-75 yaş	26	12,5
Cinsiyet	76 yaş ve üstü	16	7,7
	Kadın	43	20,7
Medeni durum	Erkek	165	79,3
	Evli	183	88,0
Eğitim durumu	Bekar	25	12,0
	Okuryazar	16	7,7
	İlköğretim	145	69,7
	Lise	32	15,4
	Önlisans	4	1,9
	Lisans	10	4,8
Mesleği	Lisansüstü	1	0,5
	Ev hanımı	41	19,7
	Emekli	123	59,1
	Memur	12	5,8
	Serbest meslek	20	9,6
Yaşadığı yerleşim birimi	Çalışmıyor	12	5,8
	İl	62	29,8
	İlçe	93	44,7
Sosyal güvence durumu	Köy	53	25,5
	Var	207	99,5
	Yok	1	0,5

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular (n=208) (devamı)

Özellikler	n	%	
Kiminle birlikte yaşadığı*	Eşi/Partneri	184	92,5
	Çocukları	107	53,8
	Anne/Baba	16	7,7
	Yalnız	7	3,5
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	198	95,2
	Hayır	10	4,8
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı	Kötü	93	44,7
	Orta	85	40,9
	İyi	27	13,0
	Çok iyi	3	1,4
Hastalığına uyum sağlayabilme durumu	Evet	161	78,2
	Hayır	45	21,8
	Çok kötü	29	13,9
Şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı	Kötü	31	14,9
	Orta	54	26,0
	İyi	79	38,0
	Çok iyi	15	7,2
	Evet	200	96,2
Tedavi süresince kendisine eşlik eden bir yakını olma durumu	Hayır	8	3,8
	Etkilemedi	52	25,0
Hastalığının sosyal ilişkilerini nasıl etkilediği	Çok iyi etkiledi	2	1,0
	İyi etkiledi	6	2,9
	Kötü etkiledi	97	46,6
	Çok kötü etkiledi	51	24,5
	Etkilemedi	9	4,3
Hastalığın bedensel aktivitelerini nasıl etkilediği	Çok iyi etkiledi	2	1,0
	İyi etkiledi	1	0,5
	Kötü etkiledi	115	55,3
	Çok kötü etkiledi	81	38,9
	Etkilemedi	9	4,3
Sigara kullanma durumu	Halen sigara kullanıyor	20	9,6
	Hiç kullanmamış	28	13,5
	Sigara kullanmayı bırakmış	160	76,9
Sigarayı bırakanların bırakma zamanı (n=160)	Tanıyı almadan önce	87	54,4
	Tanıyı aldıktan sonra	73	45,6
Sigarayı halen kullanan ve bırakanların kullanma süresi (n=180)	0-9 yıl	10	5,6
	10-19 yıl	13	7,2
	20-29 yıl	28	15,6
	30-39 yıl	49	27,2
	40-49 yıl	52	28,9
	50-59 yıl	24	13,3
	60-69 yıl	4	2,2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de sunulmuştur. Hastaların %20,7'sinin 61-65 yaş grubunda yer aldığı, %79,3'ünü erkeklerin oluşturduğu, %88,0'nin evli, %69,7'sinin ilköğretim mezunu, %59,1'inin emekli olduğu, %44,7'sinin ilçede yaşadığı ve %99,5'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlendi. Hastaların %92,5'inin eşi/partneri ile birlikte yaşadığı, %95,2'sinin çocuk sahibi olduğu, %44,7'sinin ekonomik durumunu kötü olarak

tanımladığı, %78,2'sinin hastalığına uyum sağladığı, %38,0'ının şimdiki sağlık durumunu iyi olarak algıladığı, %96,2'sinin tedavi süresince kendisine eşlik eden bir yakınının bulunduğu saptandı. Hastaların %46,6'sının hastalığın sosyal ilişkilerini ve %55,3'ü bedensel aktivitelerini kötü etkilediğini ifade ettiği, %9,6'sının halen sigara kullandığı, %54,4'ünün akciğer kanseri tanısını aldıktan sonra sigarayı bıraktığı ve %28,9'unun sigarayı kullanma süresinin 40-49 yıl arasında değiştiği belirlendi (Tablo 4.1). Hastaların yaş ortalaması 62,0±10,7, çocuk sayısı ortalaması 2,9±1,5, aylık toplam gelir ortalaması 2447,0±1738,8 TL olarak saptanmıştır.

4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulgular (n=208)

Özellikler	n	%	
Tümör hücre tipi	Adenokarsinom	93	44,7
	Küçük hücreli akciğer kanseri	47	22,6
	Skuamöz hücreli karsinom	45	21,6
	Karsinoid tümörler	15	7,2
	Mezotelyoma	4	1,9
	Büyük hücreli karsinom	3	1,4
	Yassı hücreli akciğer kanseri	1	0,5
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	2	1,0
	2. Evre	13	6,2
	3. Evre	29	13,9
	4. Evre	164	78,8
Uygulanan tedaviler*	Cerrahi tedavi	58	27,9
	Radyoterapi	89	42,8
	Kemoterapi	208	100,00
Metastaz gelişme durumu	Evet	100	48,1
	Hayır	108	51,9
Metastaz gelişen organ* (n=100)	Kemik	34	47,2
	Beyin	30	41,7
	Karaciğer	15	20,8
	Sürrenal	14	19,4
	Cilt	4	5,6
Kanser hastalığı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	120	57,7
	Hayır	88	42,3
Sahip olunan kronik hastalık/hastalıklar* (n=120)	Hipertansiyon	61	52,6
	Kalp hastalığı	49	42,2
	Diyabet	42	36,2
	KOAH	25	21,5
	Böbrek hastalığı	7	6,0
Kemoterapi kür sıklığı	21 günde bir	205	98,6
	14 günde bir	2	1,0
	28 günde bir	1	0,5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulgular (n=208) (devamı)

Özellikler	n	%
Yorgunluk	166	97,6
Saç dökülmesi	150	88,2
Kabızlık	133	78,2
İştahsızlık	110	64,7
Ağrı	105	61,8
Kemoterapi tedavisine bağlı olarak gelişen semptomlar*		
Bulantı-kusma	105	61,8
Kilo kaybı	97	57,0
Uykusuzluk	89	52,3
Ağız yarası	67	39,4
Anemi	66	38,8
Cinsel isteksizlik	61	35,9
İshal	30	17,6

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur. Hastaların %44,7’sinin tümör hücre tipinin adenokarsinom olduğu, %78,8’inin hastalığın 4. klinik evresinde bulunduğu, %48,1’inde başka bir organa metastaz geliştiği, %47,2’sinde kemik metastazı meydana geldiği belirlendi. Hastaların %57,7’sinin akciğer kanseri dışında başka bir kronik hastalığa sahip olduğu, %52,6’sının hipertansiyon tanısı aldığı, %98,6’sının 21 günde bir kemoterapi aldığı ve kemoterapi tedavisine bağlı olarak %97,6’sının yorgunluk yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Hastaların tanı alma gün ortalaması 320,4±361,1, tedaviye başlama zamanı gün ortalaması 305,4±348,0 ve kemoterapi kür sayısı ortalaması 3,9±2,9 olarak belirlenmiştir.

4.3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu’na (DBGÖ-KF) İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. DBGÖ-KF toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Madde sayısı	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca (Min.-Maks)
Ruhsal/Psikolojik	9	34,1 ± 11,3	38 (9 - 45)
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	10	36,1 ± 11,4	39 (10 - 50)
Fiziksel ve Günlük Yaşam	5	19,2 ± 5,1	20 (5 - 25)
Hasta Bakım ve Desteği	4	12,3 ± 4,9	12 (4 - 20)
Cinsellik	3	5,6 ± 3,6	3 (3 - 15)
DBGÖ-KF toplam	31	107,4 ± 27,1	111 (35 - 155)

\bar{X} : Aritmetik ortalama, S.S: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

DBGÖ-KF toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.3’te sunulmuştur. DBGÖ-KF’nun Ruhsal/Psikolojik alt boyutu puan ortalaması 34,1±11,3, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu puan ortalaması 36,1±11,4, Fiziksel ve Günlük

Yaşam alt boyutu puan ortalaması 19,2±5,1, Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puan ortalaması 12,3±4,9, Cinsellik alt boyutu puan ortalaması 5,6±3,6, DBGÖ-KF toplam puan ortalaması 107,4±27,1 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3).

DBGÖ-KF alt boyut ve toplam puana etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analiz sonuçları tablolar halinde sunulmuştur. Başlangıç modelinde bağımsız değişken olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yerleşim birimi, çocuk sahibi olma durumu, hastanın ekonomik durumunu nasıl tanımladığı, hastalığın klinik evresi, uygulanan tedaviler, metastaz gelişme durumu ve başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu alınmıştır. Backward metodu ile elde edilen modelin son hali tablolarda gösterilmiştir. Tablolarda yer almayan bağımsız değişkenler Backward metodu ile modelden dışlanmıştır.

Tablo 4.4. DBGÖ-KF Ruhsal/Psikolojik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	T	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	34,652 (27,91 - 41,394)	3,419		10,135	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)								
51-55 yaş	-4,647 (-9,815-0,521)	2,621	-0,127	-1,773	0,078	0,02	-0,125	1,242
61-65 yaş	-9,04 (-13,132--4,948)	2,075	-0,325	-4,357	<0,001	-0,18	-0,295	1,349
66-70 yaş	-6,581 (-11,002--2,161)	2,242	-0,221	-2,936	0,004	-0,059	-0,204	1,374
71-75 yaş	5,954 (-0,607-12,515)	3,327	0,175	1,79	0,075	-0,042	0,126	2,314
76 yaş ve üzeri	-11,853 (-17,735--5,972)	2,982	-0,423	-3,974	<0,001	-0,163	-0,271	2,739
Çocuk sahibi olma durumu – evet (hayır)	6,815 (0,022-13,609)	3,445	0,13	1,978	0,049	0,094	0,139	1,038
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı (Kötü)								
Orta	-3,042 (-6,279-0,194)	1,641	-0,133	-1,854	0,065	-0,118	-0,13	1,244
İyi	-4,416 (-8,88-0,049)	2,264	-0,138	-1,95	0,053	-0,145	-0,137	1,209

F=5,405, p<0,001, R²=0,179, Düzeltilmiş R²=0,145, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Ruhsal/Psikolojik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.4'te sunulmuştur. Ruhsal/Psikolojik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=5,405$; $p<0,001$). 45 yaş ve aşağı hastaların puanı 61-65 yaş aralığında olanlara göre 9,04, 66-70 yaş aralığında olanlara göre 6,581, 76 yaş ve üzeri olanlara göre 11,853, çocuk sahibi olanların puanı çocuk sahibi olmayanlara göre 6,815 daha fazladır. Ruhsal/Psikolojik alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,050$). Kurulan regresyon modelinde, bağımsız değişkenler ile Ruhsal/Psikolojik alt boyutu puanının %14,5'i açıklanmaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. DBGÖ-KF Sağlık Sistemi Bilgilendirme alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	44,224 (38,857-49,592)	2,722		16,249	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)								
51-55 yaş	-11,366 (-17,427--5,305)	3,073	-0,308	-3,698	<0,001	-0,102	-0,255	1,723
56-60 yaş	-5,943 (-11,246--0,64)	2,689	-0,206	-2,21	0,028	0,113	-0,156	2,166
61-65 yaş	-7,346 (-12,558--2,133)	2,643	-0,262	-2,779	0,006	0,051	-0,194	2,211
66-70 yaş	-11,436 (-16,842--6,03)	2,741	-0,381	-4,172	<0,001	-0,11	-0,285	2,075
71-75 yaş	7,279 (0,652-13,906)	3,36	0,212	2,166	0,032	-0,04	0,153	2,383
76 yaş ve üzeri	-17,405 (-24,275--10,534)	3,484	-0,616	-4,996	<0,001	-0,179	-0,335	3,773
Yaşadığı yerleşim birimi (Köy)								
İl	3,693 (-0,251-7,636)	2	0,149	1,847	0,066	0,083	0,13	1,614
İlçe	4,693 (1,073-8,313)	1,836	0,206	2,557	0,011	0,09	0,179	1,607
Uygulanan tedavi cerrahi tedavi- evet (hayır)	-3,187 (-6,452-0,077)	1,655	-0,126	-1,926	0,056	-0,095	-0,136	1,063
Uygulanan tedavi radyoterapi- evet (hayır)	-4,529 (-7,486--1,572)	1,499	-0,198	-3,021	0,003	-0,125	-0,21	1,062

$F=5,121$, $p<0,001$, $R^2=0,206$, Düzeltilmiş $R^2=0,166$, (referans kategori), r^1 : Zero-order korelasyon katsayısı, r^2 : Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

DBGÖ-KF Sağlık Sistemi Bilgilendirme alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.5’te sunulmuştur. Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=5,121; p<0,001). 45 yaş ve aşağı olan hastaların Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu puanı yaş grubu 51-55, 56-60, 61-65, 66-70 ve 76 yaş ve üzeri olanlara göre sırası ile 11,366, 5,943, 7,346, 11,436 ve 17,405 daha fazla bulunurken 71-75 yaş aralığında olanlara göre 7,279 daha az elde edilmiştir. İlçede yaşayanların puanı köyde yaşayanlara göre 4,693 daha fazla, radyoterapi uygulananların puanı uygulanmayanlara göre 4,529 daha azdır. Sağlık Sistemi Bilgilendirme alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,050). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu puanının %16,6’sı açıklanmaktadır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. DBGÖ-KF Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S. hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	25,06 (21,734-28,385)	1,686		14,861	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)								
51-55 yaş	-4,215 (-7,074--1,356)	1,45	-0,255	-2,907	0,004	-0,047	-0,202	1,781
56-60 yaş	-2,241 (-4,733-0,25)	1,263	-0,174	-1,774	0,078	0,099	-0,125	2,221
61-65 yaş	-5,437 (-7,928--2,946)	1,263	-0,433	-4,304	<0,001	-0,179	-0,292	2,345
66-70 yaş	-4,677 (-7,297--2,057)	1,329	-0,348	-3,52	0,001	-0,07	-0,243	2,263
76 yaş ve üzeri	-3,713 (-6,286--1,14)	1,305	-0,293	-2,846	0,005	0,018	-0,198	2,458
Eğitim durumu (Okuryazar)								
İlköğretim	-2,514 (-5,062-0,035)	1,292	-0,227	-1,945	0,053	0,023	-0,137	3,16
Lise	-4,503 (-7,551--1,456)	1,545	-0,32	-2,914	0,004	-0,048	-0,203	2,786
Ön lisans ve üzeri	-5,489 (-9,059--1,919)	1,811	-0,279	-3,032	0,003	-0,099	-0,211	1,965
Uygulanan tedavi radyoterapi-evet (hayır)	1,258 (-0,1-2,617)	0,689	0,122	1,827	0,069	0,133	0,129	1,041

F=3,734, p<0,001, R²=0,145, Düzeltilmiş R²=0,106, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

DBGÖ-KF Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.6'da sunulmuştur. Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=3,734$; $p<0,001$). 45 yaş ve aşağı hastaların Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu puanı, yaş grubu 51-55, 66-70, 61-65 ve 76 yaş ve üzeri olanlara göre sırası ile 4,215, 5,437, 4,677 ve 3,713 daha fazladır. Okuryazar olanlara göre lise mezunu olanların puanı 4,503, ön lisans ve üzeri olanların puanı 5,489 daha azdır. Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,050$). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu puanının %10,6'sı açıklanmaktadır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. DBGÖ-KF Hasta Bakım ve Desteği alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	16,938 (14,722-19,154)	1,124		15,074	<0,001			
Yaş (45 ve aşağı)								
51-55 yaş	-5,2 (-7,824--2,575)	1,331	-0,324	-3,908	<0,001	-0,14	-0,269	1,793
56-60 yaş	-3,716 (-6,033--1,4)	1,175	-0,297	-3,164	0,002	0,052	-0,22	2,295
61-65 yaş	-3,366 (-5,698--1,033)	1,183	-0,276	-2,846	0,005	0,068	-0,199	2,457
66-70 yaş	-4,998 (-7,438--2,559)	1,237	-0,384	-4,041	<0,001	-0,056	-0,277	2,345
71-75 yaş	4,06 (1,243-6,878)	1,429	0,272	2,842	0,005	-0,031	0,199	2,391
76 yaş ve üzeri	-9,042 (-11,966--6,119)	1,482	-0,736	-6,101	<0,001	-0,183	-0,399	3,791
Cinsiyet-kadın (Erkek)	-2,225 (-3,853--0,597)	0,826	-0,183	-2,695	0,008	-0,05	-0,189	1,197
İlköğretim (Okuryazar)	-1,541 (-2,93--0,153)	0,704	-0,144	-2,189	0,030	-0,171	-0,154	1,121
Metastaz gelişme durumu-evet (Hayır)	1,107 (-0,169-2,382)	0,647	0,112	1,711	0,089	0,154	0,121	1,118
Başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu- evet (Hayır)	1,75 (0,44-3,059)	0,664	0,175	2,635	0,009	0,099	0,185	1,152

$F=5,842$, $p<0,001$, $R^2=0,247$, Düzeltilmiş $R^2=0,205$, (referans kategori), r^1 : Zero-order korelasyon katsayısı, r^2 : Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı

Tablo 4.7. DBGÖ-KF Hasta Bakım ve Desteği alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları (devamı)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Uygulanan tedavi cerrahi tedavi-evet (Hayır)	-1,719 (-3,105--0,332)	0,703	-0,156	-2,445	0,015	-0,123	-0,172	1,064

F=5,842, $p<0,001$, $R^2=0,247$, Düzeltilmiş $R^2=0,205$, (referans kategori), r^1 : Zero-order korelasyon katsayısı, r^2 : Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

DBGÖ-KF Hasta Bakım ve Desteği alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.7’de sunulmuştur. Hasta Bakım ve Desteği alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=5,842; $p<0,001$). 45 yaş ve aşağı hastaların Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puanı yaş grubu 51-55, 56-60, 61-65, 66-70 ve 76 yaş ve üzeri olanlara göre sırası ile 5,2, 3,716, 4,998 ve 9,042 daha fazlayken 71-75 yaş aralığında olanlara göre 4,06 daha azdır. Kadınların puanı erkekden 2,225, ilköğretim mezunu olanların puanı okuryazarlardan 1,541, cerrahi tedavi uygulananların puanı uygulanmayanlardan 1,719 daha azdır. Kansere dışında başka bir kronik hastalığı olanların puanı, kansere dışında başka bir kronik hastalığa sahip olmayanlara göre 1,75 daha fazladır. Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,050$). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puanının %20,5’i açıklanmaktadır (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. DBGÖ-KF Cinsellik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	T	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	8,629 (6,8 - 10,459)	0,928		9,3	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)								
51-55 yaş	-4,55 (-6,374--2,725)	0,925	-0,386	-4,918	<0,001	-0,041	-0,329	1,744
56-60 yaş	-3,028 (-4,632--1,425)	0,813	-0,329	-3,725	<0,001	0,17	-0,255	2,212

F=10,479, $p<0,001$, $R^2=0,296$, Düzeltilmiş $R^2=0,268$, (referans kategori), r^1 : Zero-order korelasyon katsayısı, r^2 : Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

Tablo 4.8. DBGÖ-KF Cinsellik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları (devamı)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	T	p	r^1	r^2	VIF
61-65 yaş	-5,345 (-6,937--3,753)	0,807	-0,598	-6,621	<0,001	-0,142	-0,425	2,304
66-70 yaş	-5,116 (-6,758--3,473)	0,833	-0,534	-6,143	<0,001	-0,091	-0,399	2,139
76 yaş ve üzeri	-5,929 (-7,548--4,31)	0,821	-0,657	-7,22	<0,001	-0,217	-0,456	2,342
Cinsiyet-kadın (Erkek)	-1,761 (-2,899--0,624)	0,577	-0,197	-3,054	0,003	-0,086	-0,212	1,176
Medeni durumu-evli (Bekar)	1,349 (-0,042-2,74)	0,705	0,121	1,912	0,057	0,075	0,134	1,134
Yaşadığı yer-il (Köy)	1,375 (0,429-2,321)	0,48	0,174	2,867	0,005	0,201	0,199	1,038

F=10,479, p<0,001, R²=0,296, Düzeltilmiş R²=0,268, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

DBGÖ-KF Cinsellik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.8’de sunulmuştur. Cinsellik alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=10,479; p<0,001). 45 yaş ve aşağı hastaların cinsellik alt boyutu puanı yaş grubu 51-55, 56-60, 61-65, 66-70 ve 76 yaş ve üzeri olanlara göre sırasıyla 4,55, 3,028, 5,345, 5,116 ve 5,929 daha fazladır. Erkeklerin puanı kadınlardan 1,761, ilde yaşayanların puanı köyde yaşayanlardan 1,375 daha fazladır. Cinsellik alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,050). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Cinsellik alt boyutu puanının %26,8’i açıklanmaktadır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. DBGÖ-KF toplam puana etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	132,52 (122,83 - 142,21)	4,914		26,968	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)								
51-55 yaş	-30,975 (-45,137 - -16,812)	7,182	-0,352	-4,313	<0,001	-0,074	-0,291	1,681
56-60 yaş	-15,22 (-27,572 - -2,868)	6,264	-0,222	-2,43	0,016	0,179	-0,169	2,1

F=8,572, p<0,001, R²=0,204, Düzeltilmiş R²=0,180, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

Tablo 4.9. DBGÖ-KF toplam puana etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları (devamı)

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
71-75 yaş	17,808 (2,414 - 33,202)	7,807	0,218	2,281	0,024	-0,057	0,159	2,297
76 yaş ve üzeri	-47,02 (-62,531 - -31,509)	7,866	-0,697	-5,977	<0,001	-0,202	-0,388	3,436

F=8,572, p<0,001, R²=0,204, Düzeltilmiş R²=0,180, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

DBGÖ-KF toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.9’da sunulmuştur. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=8,572; p<0,001). DBGÖ-KF toplam puanı üzerine sadece yaşın anlamlı bir etkisi olduğu belirlendi. 45 yaş ve aşağı olan hastaların DBGÖ-KF toplam puanı yaş grubu 51-55, 56-60, 61-65, 66-70 ve 76 yaş ve üzeri olanlara göre sırasıyla 30,975, 15,22, 30,101, 31,409 ve 47,02 daha fazlayken 71-75 yaş aralığında olanlara göre 17,808 daha az elde edildi. Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile DBGÖ-KF toplam puanının %18’i açıklanmaktadır (Tablo 4.9).

4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’ne (ÇBASDÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 4.10. ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Madde sayısı	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca (Min.-Maks)
Aileden Algılanan Sosyal Destek	4	24,2 ± 4,7	26 (4 - 28)
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	4	18,6 ± 8,2	20,5 (4 - 28)
Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek	4	17,2 ± 8,9	19 (4 - 28)
ÇBASDÖ toplam	12	60,0 ± 18,6	62 (12 - 84)

\bar{X} : Aritmetik ortalama, S.S: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.10’da sunulmuştur. ÇBASDÖ Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puan ortalaması 24,2±4,7, Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puan ortlaması 18,6±8,2, Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puan ortalaması 17,2±8,9, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 60,0±18,6 olarak bulundu (Tablo 4.10).

ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puana etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analiz sonuçları tablolar halinde sunulmuştur. Başlangıç modelinde bağımsız değişken olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yerleşim birimi, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durumunu nasıl tanımladığı, hastalığın klinik evresi, uygulanan tedaviler, metastaz gelişme durumu ve başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu alınmıştır. Backward metodu ile anlamlı elde edilen modelin son hali tablolarda gösterilmiştir. Tablolarda yer almayan bağımsız değişkenler Backward metodu ile modelden dışlanmıştır.

Tablo 4.11. ÇBASDÖ Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	25,781 (21,646-29,916)	2,097		12,295	<0,001			
66-70 yaş (45 yaş ve aşağı)	2,259 (0,606 - 3,913)	0,838	0,181	2,695	0,008	0,138	0,188	1,049
Medeni durum-evli (Bekar)	2,556 (0,554 - 4,558)	1,015	0,176	2,518	0,013	0,119	0,176	1,137
Ön lisans ve üzeri (Okuryazar)	2,359 (-0,053 - 4,772)	1,223	0,129	1,929	0,055	0,108	0,136	1,044
Çocuk sahibi olma durumu-evet (Hayır)	-2,525 (-5,534 - 0,485)	1,526	-0,114	-1,654	0,100	-0,036	-0,117	1,112
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı - iyi (Kötü)	2,043 (0,279 - 3,806)	0,894	0,152	2,284	0,023	0,144	0,16	1,03
Klinik evre (1. ve 2. Evre)								
3. Evre	-3,262 (-6,196 - -0,328)	1,488	-0,239	-2,193	0,029	-0,088	-0,154	2,77
4. Evre	-2,18 (-4,677 - 0,317)	1,266	-0,189	-1,722	0,087	0,039	-0,121	2,789
Metastaz gelişme durumu-evet (Hayır)	1,269 (-0,009 - 2,546)	0,648	0,134	1,959	0,052	0,1	0,138	1,092
Uygulanan tedavi cerrahi tedavi-Evet (Hayır)	-2,432 (-3,878 - -0,987)	0,733	-0,231	-3,318	0,001	-0,154	-0,229	1,127

F=3,844, p<0,001, R²=0,149, Düzeltilmiş R²=0,110, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

ÇBASDÖ Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.11’de sunulmuştur. Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak

anlamli bulundu ($F=3,844$; $p<0,001$). 66-70 yaş aralığında olanların puanı 45 yaş ve aşağı olanlara göre 2,259, evlilerin puanı bekarlara göre 2,556, ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların puanı kötü olarak tanımlayanlara göre 2,043 daha fazladır. Kanserin 3. evresinde olanların puanı 1. ve 2. evrede olanlara göre 3,262, cerrahi tedavi uygulananların puanı uygulanmayanlara göre 2,432 daha azdır. Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,050$). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puanının %11'i açıklanmaktadır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. ÇBASDÖ Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	17,628 (15,477 - 19,779)	1,091		16,161	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)								
71-75 yaş	5,085 (0,128 - 10,041)	2,514	0,204	2,023	0,044	0,04	0,142	2,336
76 yaş ve üzeri	-5,91 (-10,075--1,745)	2,112	-0,288	-2,798	0,006	-0,062	-0,194	2,43
Yaşadığı yer ilçe (Köy)	3,096 (0,909-5,283)	1,109	0,187	2,791	0,006	0,168	0,194	1,028
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı (Kötü)								
Orta	2,388 (0,004-4,772)	1,209	0,143	1,975	0,050	0,06	0,138	1,194
İyi	5,405 (2,082-8,728)	1,685	0,231	3,207	0,002	0,144	0,221	1,185
Uygulanan tedavi cerrahi tedavi-evet (Hayır)	-2,444 (-4,886--0,002)	1,238	-0,133	-1,973	0,050	-0,092	-0,138	1,043
Uygulanan tedavi radyoterapi-evet (Hayır)	-2,269 (-4,481--0,057)	1,122	-0,136	-2,023	0,044	-0,106	-0,142	1,042

$F=4,112$, $p<0,001$, $R^2=0,126$, Düzeltilmiş $R^2=0,095$, (referans kategori), r^1 : Zero-order korelasyon katsayısı, r^2 : Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

ÇBASDÖ Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.12'de sunulmuştur. Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=4,112$; $p<0,001$). 45 yaş ve aşağı hastaların puanı 71-75 yaş aralığında olanlara göre 5,085 daha fazlayken 76 yaş ve üzeri olanlara göre 5,910

daha azdır. İlçede yaşayanların puanı köyde yaşayanlara göre 3,096, ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların puanı kötü olalarak tanımlayanlara göre 5,405 daha fazladır. Radyoterapi uygulananların puanı uygulanmayanlara göre 2,269 daha azdır. Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,050$). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puanının %9,5'i açıklanmaktadır (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. ÇBASDÖ Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S. hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	18,286 (16,682 - 19,889)	0,813		22,483	<0,001			
Uygulanan tedavi radyoterapi-evet (Hayır)	-2,499 (-4,951 - -0,048)	1,243	-0,139	-2,01	0,046	-0,139	-0,139	1

F=4,040 , $p=0,046$, $R^2=0,019$, Düzeltilmiş $R^2=0,014$, (referans kategori), r^1 : Zero-order korelasyon katsayısı, r^2 : Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı

ÇBASDÖ Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.13'te sunulmuştur. Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F=4,04$; $p=0,046$). Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puanı üzerinde sadece radyoterapi uygulananların bir etkisi olduğu ve radyoterapi uygulananların puanının uygulanmayanlara göre 2,499 daha az olduğu saptanmıştır. Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puanının %1,4'i açıklanmaktadır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. ÇBASDÖ toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S. hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	59,002 (54,098 - 63,906)	2,487		23,724	<0,001			
76 yaş ve üzeri (45 yaş ve aşağı)	-6,036 (-12,412 - 0,34)	3,233	-0,13	-1,867	0,063	-0,056	-0,131	1,087
Yaşadığı yer ilçe (Köy)	4,906 (-0,09 - 9,901)	2,534	0,131	1,936	0,054	0,1	0,135	1,024
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı (Kötü)	5,191 (-0,264 - 10,646)	2,766	0,137	1,876	0,062	0,045	0,131	1,193
Orta	12,364 (4,757 - 19,971)	3,858	0,234	3,205	0,002	0,157	0,22	1,185
İyi								
Uygulanan tedavi cerrahi tedavi- evet (Hayır)	-5,839 (-11,424--0,254)	2,833	-0,141	-2,061	0,041	-0,111	-0,144	1,041
Uygulanan tedavi radyoterapi- evet (Hayır)	-5,231 (-10,281 - -0,18)	2,561	-0,139	-2,042	0,042	-0,128	-0,143	1,036

F=3,584, p=0,002, $R^2=0,097$, Düzeltilmiş $R^2=0,070$, (referans kategori), r^1 : Zero-order korelasyon katsayısı, r^2 : Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

ÇBASDÖ toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.14'te sunulmuştur. ÇBASDÖ toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=3,584; p=0,002). Ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların puanı kötü olarak tanımlayanlardan 12,364 daha fazladır. Cerrahi tedavi uygulananların puanı uygulanmayanlara göre 5,839 ve radyoterapi uygulananların puanı uygulanmayanlara göre 5,231 daha azdır. ÇBASDÖ toplam puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,050). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile ÇBASDÖ toplam puanının %7'si açıklanmaktadır (Tablo 4.14).

4.5. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 4.15. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Madde sayısı	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca (Min.-Maks)
Bedeni Durum	7	11,2 \pm 7,1	11,5 (0 - 28)
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	7	19,8 \pm 5,3	21 (0 - 27)
Duygusal Durum	6	10,5 \pm 6,2	9 (0 - 24)
Faaliyet Durumu	7	13,4 \pm 6,0	14 (0 - 27)
Diğer Endişeler	10	16,9 \pm 5,8	18 (4 - 28)
FACT-L Ölçeği toplam	37	71,8 \pm 23,5	71 (8 - 122)

\bar{X} : Aritmetik ortalama, S.S: Standart Sapma, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.15'te sunulmuştur. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Bedeni Durum alt boyut puan ortalaması 11,2 \pm 7,1, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puan ortalaması 19,8 \pm 5,3, Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması 10,5 \pm 6,2, Faaliyet Durumu alt boyut puan ortalaması 13,4 \pm 6,0, Diğer Endişeler alt boyut puan ortalaması 16,9 \pm 5,8, FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması 71,8 \pm 23,5 olarak belirlenmiştir (Tablo.4.15).

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut ve toplam puana etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analiz sonuçları tablolar halinde sunulmuştur. Başlangıç modelinde bağımsız değişken olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yerleşim birimi, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durumunu nasıl tanımladığı, hastalığın klinik evresi, uygulanan tedaviler, metastaz gelişme durumu ve başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu alınmıştır. Backward metodu ile anlamlı elde edilen modelin son hali tablolarda gösterilmiştir. Tablolarda yer almayan bağımsız değişkenler Backward metodu ile modelden dışlanmıştır.

Tablo 4.16. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedeni Durum alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	8,38 (4,715 - 12,045)	1,858		4,509	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)	2,189 (-0,127 - 4,505)	1,174	0,126	1,864	0,064	0,11	0,131	1,089
61-65 yaş	2,675 (0,182 - 5,167)	1,264	0,143	2,116	0,036	0,113	0,149	1,101
Cinsiyet-kadın (Erkek)	-2,527 (-4,89 - -0,164)	1,198	-0,145	-2,109	0,036	-0,229	-0,148	1,134
Eğitim durumu (Okuryazar)	4,175 (0,658 - 7,692)	1,783	0,272	2,341	0,020	0,065	0,164	3,234
İlköğretim	5,383 (1,299 - 9,468)	2,071	0,275	2,599	0,010	0,046	0,182	2,689
Lise	4,759 (0,009 - 9,509)	2,409	0,174	1,976	0,050	0,006	0,139	1,869
Ön lisans ve üzeri								
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı-iyi (Kötü)	2,579 (-0,023 - 5,182)	1,32	0,128	1,954	0,052	0,149	0,138	1,035
Metastaz gelişme durumu-evet (Hayır)	-1,963 (-3,854 - -0,073)	0,958	-0,139	-2,049	0,042	-0,194	-0,144	1,104
Uygulanan tedavi radyoterapi-evet (Hayır)	-2,594 (-4,435 - -0,752)	0,934	-0,182	-2,777	0,006	-0,189	-0,194	1,028

F=4,672, p<0,001, R²=0,175, Düzeltilmiş R²=0,138, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedeni Durum alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.16'da sunulmuştur. Bedeni Durum alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=4,672; p<0,001). 66-70 yaş aralığında olan hastaların puanı 45 yaş ve aşağı olanlardan 2,675, erkeklerin puanı kadınlardan 2,577 daha fazladır. Okuryazar olanlara göre ilköğretim mezunu olanların puanı 4,175 ve lise mezunu olanların puanı 5,383 daha fazladır. Metastaz gelişenlerin puanı gelişmeyenlere göre 1,963 ve radyoterapi uygulananların puanı uygulanmayanlara göre 2,594 daha azdır. Bedeni Durum alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,050). Kurulan regresyon modelinde bağımsız

değişkenler ile Bedeni Durum alt boyut puanının %13,8'i açıklanmaktadır (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	17,204 (15,145-19,264)	1,044		16,472	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)	3,259 (0,141-6,377)	1,581	0,204	2,061	0,041	0,03	0,144	2,315
71-75 yaş	-4,027 (-6,632--1,422)	1,321	-0,306	-3,048	0,003	-0,068	-0,21	2,38
76 yaş ve üzeri	2,146 (0,028-4,264)	1,074	0,132	1,998	0,047	0,169	0,14	1,033
Medeni durumu- evli (Bekar)	2,146 (0,028-4,264)	1,074	0,132	1,998	0,047	0,169	0,14	1,033
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı (Kötü)	2,308 (0,785-3,83)	0,772	0,215	2,989	0,003	0,12	0,206	1,219
Orta	4,449 (2,338-6,561)	1,071	0,296	4,155	<0,001	0,196	0,281	1,198
İyi								
Uygulanan tedavi cerrahi tedavi- evet (Hayır)	-1,647 (-3,179--0,114)	0,777	-0,14	-2,118	0,035	-0,098	-0,148	1,029

F=5,776, p<0,001, R²=0,147, Düzeltilmiş R²=0,122, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.17'de sunulmuştur. Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=5,776; p<0,001). 45 yaş ve aşağı hastaların puanı 71-75 yaş aralığında olanlardan 3,259 daha az iken 76 yaş ve üzeri olanlardan 4,027 daha fazladır. Evli olanların puanı bekar olanlardan 2,146, cerrahi tedavi uygulanmayanların puanı uygulananlardan 1,647 daha fazladır. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanlara göre orta olarak tanımlayanların puanı 2,308 ve iyi olarak tanımlayanların puanı 4,449 daha fazladır. Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutu puanının %12,2'i açıklanmaktadır (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Durum alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	7,763 (6,033 - 9,492)	0,877		8,851	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağı)								
61-65 yaş	4,819 (2,673 - 6,965)	1,088	0,313	4,429	<0,001	0,224	0,299	1,224
66-70 yaş	3,13 (0,826 - 5,434)	1,169	0,19	2,678	0,008	0,083	0,186	1,232
76 yaş ve üzeri	2,458 (0,205 - 4,711)	1,143	0,158	2,151	0,033	0,078	0,15	1,326
Cinsiyet-kadın (Erkek)	2,253 (0,201 - 4,305)	1,041	0,146	2,165	0,032	0,026	0,151	1,119
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı (Kötü)								
Orta	2,06 (0,281 - 3,839)	0,902	0,162	2,284	0,023	0,112	0,159	1,24
İyi	3,363 (0,927 - 5,799)	1,235	0,19	2,722	0,007	0,169	0,189	1,187
Metastaz gelişme durumu-evet (Hayır)	-2,186 (-3,815--0,558)	0,826	-0,175	-2,647	0,009	-0,179	-0,184	1,073

F=6,424, p<0,001, R²=0,184, Düzeltilmiş R²=0,155, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal Durum alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.18'de sunulmuştur. Duygusal Durum alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=6,424; p<0,001). 45 yaş ve aşağı olan hastaların Duygusal Durum alt boyutu puanı yaş grubu 61-65, 66-70 ve 76 yaş ve üzeri olanlara göre sırasıyla 4,819, 3,13 ve 2,458 daha azdır. Kadınların puanı erkeklerden 2,253 daha fazladır. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların puanı orta olarak tanımlayanlara göre 2,06, iyi olarak tanımlayanlara göre 3,363 daha azdır. Başka bir organa metastazı olanların puanı olmayanlara göre 2,186 daha azdır. Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Duygusal Durum alt boyutu puanının %15,5'i açıklanmaktadır. (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	11,86 (8,565-15,155)	1,671		7,098	<0,001			
61-65 yaş (45 yaş ve aşağı)	1,999 (0,06-3,938)	0,983	0,136	2,033	0,043	0,144	0,142	1,021
Eğitim durumu (Okur yazar)								
İlköğretim	2,862 (-0,106-5,83)	1,505	0,22	1,902	0,059	-0,049	0,133	3,08
Lise	4,616 (1,177-8,055)	1,744	0,279	2,646	0,009	0,092	0,184	2,549
Ön lisans ve üzeri	5,501 (1,466-9,536)	2,046	0,238	2,688	0,008	0,12	0,187	1,804
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı-iyi (Kötü)	2,427 (0,182-4,673)	1,139	0,143	2,131	0,034	0,167	0,149	1,031
Klinik evre-4. Evre (1. ve 2. Evre)	-1,919 (-3,833--0,005)	0,971	-0,131	-1,977	0,049	-0,142	-0,138	1,012
Metastaz gelişme durumu-evet (Hayır)	-1,762 (-3,341--0,183)	0,801	-0,147	-2,201	0,029	-0,152	-0,154	1,03

F=4,196, p<0,001, R²=0,128, Düzeltilmiş R²=0,098, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Faaliyet Durumu alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.19’da sunulmuştur. Faaliyet Durumu alt boyutuna etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=4,196; p<0,001). 61-65 yaş aralığında olan hastaların puanı 45 ve aşağı olanlardan 1,999, ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların puanı kötü olarak tanımlayanlardan 2,427 daha fazladır. Okuryazar olanlara göre lise mezunu olanların puanı 4,616, önlisans ve üzeri olanların puanı 5,501 daha fazladır. Hastalığın 4. evresinde olanların puanı 1 ve 2. evrede olanlara göre 1,919, başka organa metastazı olanların puanı olmayanlara göre 1,762 daha azdır. Faaliyet Durumu alt boyutu puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,050). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile Faaliyet Durumu alt boyutu puanının %9,8’i açıklanmaktadır (Tablo 4.19).

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Diğer Endişeler alt boyutu ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yerleşim birimi, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durumunu nasıl tanımladığı, hastalığın klinik evresi, uygulanan tedaviler,

metastaz gelişme durumu ve başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu bağımsız değişkenleri arasında backward yöntemi ile anlamlı bir model oluşturulamamıştır.

Tablo 4.20. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_0 (%95 CI)	S.hata	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	56,516 (44,427 - 68,605)	6,13		9,219	<0,001			
Yaş (45 yaş ve aşağısı)	10,773 (3,005 - 18,541)	3,939	0,186	2,735	0,007	0,161	0,191	1,088
61-65 yaş	7,348 (-1,038 - 15,734)	4,253	0,119	1,728	0,086	0,077	0,122	1,106
Eğitim durumu (Okuryazar)	12,308 (0,76 - 23,857)	5,856	0,241	2,102	0,037	0,028	0,148	3,095
İlköğretim	16,103 (2,671 - 29,535)	6,811	0,248	2,364	0,019	0,033	0,166	2,581
Lise	15,385 (-0,612 - 31,383)	8,112	0,17	1,897	0,059	0,054	0,134	1,882
Ön lisans ve üzeri								
Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı (Kötü)	7,166 (0,445 - 13,886)	3,408	0,15	2,103	0,037	0,08	0,148	1,2
Orta	14,827 (5,503 - 24,151)	4,728	0,222	3,136	0,002	0,194	0,218	1,179
İyi								
Metastaz gelişme durumu – evet (Hayır)	-5,584 (-11,752 - 0,584)	3,128	-0,119	-1,785	0,076	-0,148	-0,126	1,044
Uygulanan tedavi radyoterapi – evet (Hayır)	-6,566 (-12,753- -0,378)	3,137	-0,139	-2,093	0,038	-0,14	-0,147	1,03

F=4,058, p<0,001, R²=0,156, Düzeltilmiş R²=0,117, (referans kategori), r¹: Zero-order korelasyon katsayısı, r²: Kısmi korelasyon katsayısı, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, Bağımsız değişkenlerin modele dahil edilmesinde Backward metodu kullanıldı.

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına etki eden bağımsız değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4.20’de sunulmuştur. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile incelendi ve kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulundu (F=4,058; p<0,001). 61-65 yaş aralığında olanların puanı 45 yaş ve aşağı olanlara göre 10,773 daha fazladır. Okuryazarların puanı ilköğretim mezunu olanlardan 12,308 ve lise mezunu olanlardan 16,103 daha azdır. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların puanı orta olarak tanımlayanlara göre 7,166 ve iyi olarak tanımlayanlara göre 14,827, radyoterapi uygulananların puanı

uygulanmayanlara göre 6,566 daha azdır. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,050$). Kurulan regresyon modelinde bağımsız değişkenler ile FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanının %11,7'i açıklanmaktadır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. DBGÖ-KF, ÇBASDÖ ve FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının korelasyon analiz sonuçları

Ölçekler	r	p
DBGÖ-KF ve ÇBASDÖ	-0,081	0,245
DBGÖ-KF ve FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği	-0,428*	<0,001
ÇBASDÖ ve FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği	0,447*	<0,001

* $p<0,05$: İstatistiksel olarak anlamlı değer, r: Spearman's rho korelasyon katsayısı, DBGÖ-KF: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, FACT-L: Functional Assessment of Cancer Therapy –Lung

DBGÖ-KF, ÇBASDÖ ve FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının korelasyon analiz sonuçları Tablo 4.21'de verilmiştir. Bu çalışmada DBGÖ-KF ile ÇBASDÖ ($r=-0,081$, $p>0,05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği ile DBGÖ-KF ($r=-0,428$, $p=<0,001$) arasında negatif yönlü orta şiddette, FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği ile ÇBASDÖ ($r=0,447$, $p=<0,001$) arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.21).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi görmekte olan akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında yer alan akciğer kanserli hastaların %78,8'inin kanser hastalığının 4. evresinde olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer çalışmalarda (Karakuş, 2015; Kocatepe, 2019) hastaların yarıdan fazlasının hastalığın 4. klinik evresinde olduğu bildirilmiştir. Kanserlin klinik evresi ilerledikçe komplike tedaviler uygulanabilmekte, tedaviye bağlı komplikasyonlar ile semptom yükü artış gösterebilmektedir (Gündoğdu, 2020). Akciğer kanserinin genellikle ileri evrelerde semptom göstermesi, hastaların hastaneye geç başvurmasına neden olabilmektedir (Karlıkaya 2013). Aynı zamanda bu durum hastaların destekleyici bakım gereksinimlerine duydukları ihtiyacı artırabilmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının (%57,7) akciğer kanseri dışında kronik bir hastalığa sahip olduğu, en çok sırasıyla hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet ve KOAH hastalığına sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak bu konuda yapılan diğer çalışmalarda (Pekmezci Purut, 2018; Kocatepe, 2019; Kahraman, 2020) hastaların akciğer kanseri dışında kronik hastalığa sahip olma durumunun %53,3 ile %64,6 arasında değiştiği bildirilmektedir. Hastaların akciğer kanseri dışında başka bir kronik hastalığa sahip olması, hastalığın prognozunu, hastanın psikososyal ve fiziksel durumunu ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir.

5.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu'na (DBGÖ-KF) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada; akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini değerlendiren DBGÖ-KF toplam puan ortalaması $107,4 \pm 27,1$ olarak belirlenmiştir. DBGÖ-KF'dan alınabilecek puan 31-155 arasında değişmekle birlikte, alınan puanın

yüksekliği bireyin destekleyici bakım gereksinimlerinin fazla olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada, DBGÖ-KF'dan elde edilen puan doğrultusunda akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada DBGÖ-KF Ruhsal/Psikolojik, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme, Fiziksel ve Günlük Yaşam, Hasta Bakım ve Desteği, Cinsellik alt boyutlarının puan ortalamaları sırasıyla $34,1\pm 11,3$, $36,1\pm 11,4$, $19,2\pm 5,1$, $12,3\pm 4,9$ ve $5,6\pm 3,6$ olarak saptanmıştır. DBGÖ-KF ölçek alt boyutlarından elde edilen puanlar doğrultusunda, araştırma kapsamındaki hastaların ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği ile ilgili gereksinimlerinin yüksek olduğu söylenebilir. Bu konudaki literatürde de, onkoloji hastalarının ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteğine ilişkin gereksinimlerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Sanders et all., 2010; Temiz, 2016; Ayvat, 2019; Sezgin, 2021).

Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak, Aksuoğlu'nun (2015) çalışmasında, hastaların DBGÖ-KF Ruhsal/Psikolojik alt boyutu puan ortalaması $30,46\pm 10,53$; Sağlık Sistemi ve Bilgilendirilme alt boyut puan ortalaması $33,94\pm 11,39$; Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu puan ortalaması $16,56\pm 5,70$; Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puan ortalaması $11,86\pm 4,46$; Cinsellik alt boyutu puan ortalaması $8,21\pm 4,30$ ve DBGÖ-KF toplam puan ortalaması $101,03\pm 29,19$ olarak saptanmıştır. Şipal'in (2019) hematolojik kanserli hastalar üzerinde yaptığı diğer bir çalışmada, hastaların DBGÖ-KF Ruhsal/Psikolojik alt boyutu puan ortalaması $27,4\pm 7,8$; Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu puan ortalaması $40,6\pm 8,2$; Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu puan ortalaması $16,6\pm 5,2$; Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puan ortalaması $12,7\pm 3,6$ ve Cinsellik alt boyutu puan ortalaması $7,4\pm 3,4$ olarak belirlenmiştir.

Araştırma bulgularımıza karşın, Ölmez'in (2020) Multiple Miyelom tanılı hastaların katılımıyla yaptığı çalışmada, hastaların DBGÖ-KF Ruhsal/Psikolojik alt boyut puan ortalamasının $20,76\pm 8,92$; Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyut puan ortalamasının $24,57\pm 7,50$; Fiziksel ve Günlük yaşam alt boyut puan ortalamasının $17,98\pm 5,11$; Hasta Bakım ve Desteği alt boyut puan ortalamasının $7,11\pm 2,74$; Cinsellik alt boyut puan ortalamasının $6,14\pm 4,01$ ve DBGÖ-KF toplam puan ortalamasının $61,74\pm 14,86$ olduğu ve hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada akciğer kanserli hastaların DBGÖ-KF Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutuna ilişkin destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek; cinsellik alt boyutuna ilişkin destekleyici bakım gereksinimlerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda da, hastaların cinsellik gereksinimlerinin yüksek olmadığı bildirilmiştir (Aksuoğlu, 2015; Temiz,2016; Ayvat, 2019; Şipal, 2019; Ölmez, 2020; Sezgin, 2021). Bununla birlikte bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, erkeklerin cinsellik gereksinimlerini kadınlardan daha fazla ifade ettikleri saptanmıştır. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Aksuoğlu (2015) ve Sezgin'in (2021) çalışmasında hastaların cinsiyetinin cinsellik gereksinimini etkilediği, araştırma bulgularına karşın Şipal (2019) ve Ölmez'in (2020) çalışmasında ise cinsellik gereksiniminin cinsiyete göre farklılık göstermediği bildirilmiştir. Çalışmamızda erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların cinsellik gereksinimlerini daha az ifade etmeleri, Türk toplumundaki tabular doğrultusunda kadınların cinsellikle ilgili konuları konuşmaktan kaçınmasından ve cinsellikle ilgili gereksinimlerini göz ardı etmelerinden kaynaklanabilir.

Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin, çalışmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. DBGÖ-KF toplam puanının 71-75 yaş, 45 yaş ve aşağı yaş grubunda yüksek; 61-65 yaş ve 66-70 yaş grubunda düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında 45 yaş ve aşağı hastaların cinsellik gereksinimlerinin, 71-75 yaş grubunda bulunan hastaların hasta bakım ve desteği ile ilgili gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Destekleyici bakım gereksinimleri puanı yapılan araştırmalara göre farklılık göstermektedir. Ölmez'in (2020) çalışmasında 65 yaş altı hastaların cinsellik gereksinimlerinin, 74 yaş üzeri hastaların fiziksel ve günlük yaşam gereksinimlerinin; Ayvat'ın (2019) çalışmasında, 65 yaş altı hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Ayvat, 2019).

DBGÖ-KF Sağlık Sistemi Bilgilendirme alt boyut puanının, hastaların yaşadığı yerleşim birimine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Köyde yaşayan hastalarla karşılaştırıldığında ilçede yaşayan hastaların hastalık, teşhis, tedavi, tedavi sonrası izlem ve tedavi merkezi hakkındaki bilgi gereksiniminin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın Aksuoğlu'nun (2015) çalışmasında,

hastaların sağlık sistemi hakkındaki bilgilendirilme gereksiniminin yaşanan yerleşim birimine göre farklılık göstermediği bildirilmiştir. Bu çalışmada ilçede yaşayan hastaların bilgi gereksiniminin fazla olması, hastaların kişilik yapılarından ve sosyokültürel çevrelerinden kaynaklanabilir. Bununla birlikte köyde yaşayan hastaların daha teslimiyetçi davrandığı söylenebilir.

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, akciğer kanserli hastaların eğitim düzeyi arttıkça fiziksel belirtiler ve tedavinin yan etkileri ile başa çıkma, genel görevler ve aktiviteleri gerçekleştirmeyle ilgili gereksinimleri içeren fiziksel ve günlük yaşam gereksinimlerinin az olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın Temiz (2016), Ölmez (2020), ve Sezgin'in (2021) çalışmasında eğitim durumu ile fiziksel ve günlük yaşam gereksinimleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Aksuoğlu (2015), Ayvat (2019) ve Şipal'in (2019) çalışmasında, fiziksel ve günlük yaşam gereksinimlerinin hastaların eğitim düzeylerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Hastaların eğitim düzeyleri arttıkça günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme düzeylerinin kolaylaştığı ve bağımlılık düzeylerinin azaldığı söylenebilir (Yazıcı ve Kalaycı, 2015).

Bu çalışmada akciğer kanseri tanısı dışında başka bir kronik hastalığa sahip olan hastaların; sağlık çalışanları ile ilgili gereksinimlerini değerlendiren Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hastanın mevcut hastalığı dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu ile hasta bakım ve desteği gereksinimleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (Temiz, 2016; Şipal, 2019; Ölmez, 2020). Hastaların kanser dışında başka bir kronik hastalığa sahip olma durumlarının, sağlık profesyonellerinden bakım ve tedavi beklentilerinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir

5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (ÇBASDÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada; akciğer kanserli hastaların algıladığı sosyal destek düzeyini değerlendiren ÇBASDÖ'nin toplam puan ortalaması $60,0 \pm 18,6$ olarak belirlendi. ÇBASDÖ'nden alınabilecek puan 12-84 arasında değişmekle birlikte alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu

çalışmada, ÇBASDÖ'nden elde edilen puan doğrultusunda akciğer kanserli hastaların algıladıkları sosyal desteğin orta düzey olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Savcı'nın (2006) çalışmasında ÇBASDÖ puan ortalaması $59,2 \pm 17,5$, Bıkmaz'ın (2009) çalışmasında $58,0 \pm 17,4$, Bıçak'ın (2016) çalışmasında $55,7 \pm 17,2$, Ayar'ın (2018) çalışmasında $58,6 \pm 7,8$ ve Gündüz Güç'ün (2019) çalışmasında $67,8 \pm 15,8$, Doğan'ın (2011) çalışmasında $52,1 \pm 13,6$ ve Düzen'in (2016) çalışmasında $41,4 \pm 14,2$ olarak saptanmıştır. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyi yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu durum hastanın sosyodemografik ve sosyokültürel özelliklerinden kaynaklanabilir.

Akciğer kanserli hastaların ÇBASDÖ'nin Aileden Algılanan Sosyal Destek, Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları sırasıyla $24,2 \pm 4,7$, $18,6 \pm 8,2$ ve $17,2 \pm 8,9$ olarak saptanmıştır. Her bir alt boyuttan alınabilecek puan 4-28 arasında değişmekle birlikte alınan puanın yüksekliği algılanan sosyal desteğin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada akciğer kanserli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek, arkadaş ve özel bir kişiden algıladıkları sosyal destek düzeyinin orta olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da, aileden algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Savcı, 2006; Bıkmaz, 2009; Doğan, 2011; Bıçak, 2016; Düzen, 2016; Ayar, 2018; Gündüz Güç, 2019). Bu durum Türk toplumunda aile bağlarının güçlü olmasından ve aile üyelerinden birinin hasta olması durumunda karşılıklı bağlılık ve dayanışmanın artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Yapıcı, 2010).

Bu çalışmada bekarlarla karşılaştırıldığında evlilerin aileden algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularına karşın Gündüz Güç (2019) ve Doğan'ın (2011) çalışmasında hastaların medeni durumunun aileden algıladıkları sosyal desteği etkilemediği belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Eker ve Arkar (1995), Ayar (2018) ve Savcı'nın (2006) çalışmalarında ise evlilerin algıladıkları sosyal desteğin bekarlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda evli hastaların eşlerinin hastalıkla başa çıkma, değişen yaşam biçimine uyum sağlama, ruhsal sıkıntıları paylaşma, tedavi kararlarına katılma ve bakım sunmada destek oldukları ve önemli roller üstlendikleri söylenebilir (Güner, 2008).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan hastaların Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek puanları ile ÇBASDÖ toplam puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özbey'in (2012) çalışmasında, alt sosyoekonomik düzeye sahip ailelerle karşılaştırıldığında üst sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde, Gündüz Güç'ün (2019) çalışmasında geliri az olan hastalarla karşılaştırıldığında geliri normal olan hastaların arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan akciğer kanserli hastaların %27,9'una cerrahi tedavi, %42,8'ine radyoterapi uygulanmıştır. Bu çalışmada kemoterapinin yanı sıra cerrahi tedavi ve/veya radyoterapi uygulanan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin sadece kemoterapi tedavisi uygulanan hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularına karşın Savcı'nın (2006) çalışmasında, cerrahi tedavi ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu kemoterapiye ek olarak cerrahi tedavi ve/veya radyoterapi uygulanmasının hastada fiziksel ve ruhsal ek semptomlara yol açtığını, hastaların sosyal destek ihtiyacını artırdığını buna karşın hastanın sosyal çevresinin ihtiyaç duyulan sosyal desteği karşılamakta yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

5.4.FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesini değerlendiren FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması $71,8 \pm 23,5$ olarak belirlenmiştir. FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden alınabilecek puan 0-136 arasında değişmekte birlikte alınan puanın yüksek olması hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu çalışmada hastaların FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puanlar doğrultusunda yaşam kalitelerinin orta düzeye yakın olduğu söylenebilir.

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeğinin, Bedeni Durum, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum, Faaliyet Durumu ve Diğer Endişeler alt boyutlarından elde edilen puan ortalamaları sırasıyla $11,2 \pm 7,1$, $19,8 \pm 5,3$, $10,5 \pm 6,2$, $13,4 \pm 6,0$ ve $16,9 \pm 5,8$ olarak belirlenmiştir. Başarık (2012) 258 akciğer kanserli hastanın katılımıyla gerçekleştirdiği çalışmada, ölçeğin toplam puan ortalamasını $96,9 \pm 19,5$; ölçeğin Bedeni Durum, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum, Faaliyet Durumu ve Diğer Endişeler alt boyut puan ortalamalarını sırasıyla $18,9 \pm 6,1$, $23,6 \pm 4,8$, $17,9 \pm 5,1$, $17,4 \pm 6,1$ ve $18,9 \pm 5,3$ olarak saptamıştır. FACT-L Yaşam

Kalitesi Ölçeği'nden alınan puan yapılan araştırmalara (Can, 2010; Doğan, 2011; Başarik, 2012) göre farklılık göstermekle birlikte bu durum araştırma kapsamındaki hastaların klinik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Bu çalışmada hastalarından en yüksek puanı FACT-L Yaşam Kalitesi leği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. FACT-L Yaşam Kalitesi leği alt boyutlarından alınan puanın ykseklieği yapılan araştırmalara (Yoo et al., 2006; Başarik, 2012) göre farklılık göstermekle birlikte bu konuda yapılan bazı çalışmalarda da (Başarik, 2012) hastaların en yüksek puanı Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutundan aldıkları bildirilmiştir. Bu alışma kapsamındaki hastaların Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puanının yüksek olmasının, Türk toplumunda aileye değer verilmesinden ve ailenin üyelerinin hastanın bakımında önemli roller stelenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıka FACT-L Yaşam Kalitesi leği toplam ve Faaliyet Durumu alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızla uyumlu olarak Doğan (2011) ve Berk'in (2007) alışmasında da, eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir. Eğitim düzeyi arttıka kişisel gelişim, ekonomik durum ve sosyal olanakların arttığı ve bu duruma paralel olarak yaşam kalitesinin yükseldiği söylenebilir (Aydırner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda, akciğer kanserli hastaların ekonomik durumlarını tanımlama özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayan hastaların yaşam kalitelerinin, ekonomik durumlarını orta ve kötü olarak tanımlayan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bu bulgu literatür ile paralellik göstermektedir (Berk, 2007; Doğan; 2011; Akyüz, 2019). Ekonomik durum, yaşam kalitesini tek başına etkileyen bir değişken olmamasına karşın, hastaların her türlü sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma olanaklarını artırarak yaşam kalitelerini yükselttiği düşünülmektedir (Aydırner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Hastaların günlük faaliyetlerini yerine getirebilme durumunu değerlendiren FACT-L Yaşam Kalitesi leği Faaliyet Durumu alt boyut puanının, hastalığın 4. evresinde olan hastalar ile karşılaştırıldığında hastalığın 1. ve 2. evresinde olan

hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte, Kılıçkap (2009), Doğan (2011) ve Başarık'ın (2012) çalışmasında da, kanserin ileri evresinde olan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Kanserin ileri evrelerinde semptom yükünün fazla olmasının, hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerine yönelik problem yaşamalarına neden olduğu düşünülmektedir.

FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Bedeni Durum, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Faaliyet Durumu alt boyut puanının, hastalarda metastaz gelişme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Metastaz gelişmeyen hastalarla karşılaştırıldığında metastaz gelişen hastalarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bir çalışmada da (Kılıçkap, 2009), metastaz varlığının hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir. Akciğer kanserli hastalarda metastaz varlığının, hastaların bakım ve tedaviye olan gereksinimlerini artırarak yaşam kalitelerini azalttığı söylenebilir.

5.5. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Literatürde akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmadığı için bu alt başlığın tartışılması sınırlı olacaktır. Bu çalışmada DBGÖ-KF ile ÇBASDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = -0,081$, $p > 0,05$). Buna karşın DBGÖ-KF ile FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta şiddette ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($r = -0,428$, $p < 0,001$). Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü, destekleyici bakım gereksinimleri azaldıkça yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür. Destekleyici bakım gereksinimleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı diğer çalışmalar (Temiz, 2016; Ölmez, 2020) araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir. Hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması; bakım memnuniyetini artırabilir, stresini azaltabilir ve yaşam kalitesini yükseltebilir (Aksuoğlu ve Şenturan, 2016).

Bu araştırmada ÇBASDÖ ile FACT-L Yaşam Kalitesi Öleği puanı arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,447$, $p=<0,001$). Akciğer kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi arttıka yaşam kalitelerinin arttığı, algılanan sosyal destek düzeyi azaldıkça yaşam kalitelerinin azaldığı görölmüştür. Araştırmadan elde edilen bu bulgu, hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen diğer çalışma sonuçları ile uyumludur (Savcı, 2006; Bıkmaz 2009; Doğan, 2011; Bıçak, 2016; Ayar, 2018). Sonuç olarak sosyal desteğin kanser hastalarının fiziksel ve zihinsel iyilik halini artırarak baş etme mekanizmalarını güçlendirerek yaşam kalitelerini yükselttiği söylenebilir (Işıkhan, 2007).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

•DBGÖ-KF'nun Ruhsal/Psikolojik alt boyutu puan ortalaması $34,1\pm 11,3$, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu puan ortalaması $36,1\pm 11,4$, Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu puan ortalaması $19,2\pm 5,1$, Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puan ortalaması $12,3\pm 4,9$, Cinsellik alt boyutu puan ortalaması $5,6\pm 3,6$, DBGÖ-KF toplam puan ortalaması $107,4\pm 27,1$ olarak belirlenmiştir. Hastaların ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği ile ilgili destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek, cinsellikle ilgili destekleyici bakım gereksinimlerinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

•DBGÖ-KF'nun Ruhsal/Psikolojik alt boyutu puanının yaş ve çocuk sahibi olma durumundan; Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu puanının yaş, yaşanılan yerleşim birimi ve radyoterapi uygulanma durumundan; Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu puanının yaş ve eğitim durumundan; Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu puanının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu ve cerrahi tedavi uygulanma durumundan; Cinsellik alt boyutu puanının yaş, cinsiyet ve yaşanılan yerleşim biriminden etkilendiği belirlenmiştir.

•ÇBASDÖ'nin Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puan ortalaması $24,2\pm 4,7$, Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puan ortalaması $18,6\pm 8,2$, Özel Bir Kişiden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puan ortalaması $17,2\pm 8,9$, ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $60,0\pm 18,6$ olarak belirlenmiştir. Akciğer kanserli hastaların aileden algılanan sosyal desteğinin yüksek, arkadaş ve özel bir kişiden algıladığı sosyal desteğin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

•ÇBASDÖ'nin Aileden Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puanının yaş, ekonomik durumunu nasıl tanımladığı, medeni durumu, hastalığın klinik evresi ve cerrahi tedavi uygulanma durumundan; Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek alt boyutu puanının yaş, yaşanılan yerleşim birimi, ekonomik durumun nasıl tanımlandığı ve radyoterapi uygulanma durumundan; Özel Bir Kişiden Algılanan

Sosyal Destek alt boyutu puanının radyoterapi uygulanma durumundan etkilendiği belirlenmiştir.

•FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Bedeni Durum alt boyut puan ortalaması $11,2\pm 7,1$, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyut puan ortalaması $19,8\pm 5,3$, Duygusal Durum alt boyut puan ortalaması $10,5\pm 6,2$, Faaliyet Durumu alt boyut puan ortalaması $13,4\pm 6,0$, Diğer Endişeler alt boyut puan ortalaması $16,9\pm 5,8$, FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması $71,8\pm 23,5$ olarak belirlenmiştir. Akciğer kanserli hastaların yaşam kalitesinin orta düzeye yakın olduğu, en yüksek puanı Sosyal Yaşam ve Aile Durumu alt boyutundan, en düşük puanı Bedeni Durum alt boyutundan aldıkları saptanmıştır.

•FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanının; yaş, eğitim durumu, ekonomik durumunu nasıl tanımlandığı ve radyoterapi uygulanma durumundan etkilendiği belirlenmiştir.

•DBGÖ-KF ile ÇBASDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r = -0,081$, $p > 0,05$).

•DBGÖ-KF ile FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü, orta şiddette ilişki belirlenmiştir ($r = -0,428$, $p < 0,001$).

•ÇBASDÖ ile FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği arasında pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki bulunmuştur ($r = 0,447$, $p < 0,001$).

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

•Hemşirelerin, akciğer kanserli hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri göz önünde bulundurmaları ve yaşam kalitelerini artırmak üzere uygun hemşirelik girişimleri planlanmaları,

•Hemşirelerin, akciğer kanserli hastaların psikolojik, fiziksel, duygusal, sosyal ve eğitim gereksinimlerini tanılamaları ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı planlamaları,

•Hemşirelerin, akciğer kanserli hastaların sosyal destek ihtiyaçlarının farkında olmaları; hastanın aile ve arkadaşlarını bakıma dahil etmeleri,

•Farklı bölge, kültür ve örneklerde, akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi ele alan karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Adışen, A. ve Güreer, M.A. (2016). "Akciğer Kanserine ve Tedavisine Bağlı Dermatolojik Sorunlar". Yılmaz, Ü. ve Gülhan, M. (eds.). *Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi* (s. 287-301). İstanbul: Tüsad Eğitim Kitapları Serisi.
- Akın, S. (2012). "Akciğer Kanseri ve Bakım". Durna, Z. (ed.). *Kronik Hastalıklar Ve Bakım*. (s.161-176). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
- Akkoçlu, A. (2006). "Akciğer Kanseri", http://www.toraks.org.tr/mesleki-kurslar-2-pp: t-pdf/Atilla_Akkoclu.pdf, (Son Erisim Tarihi 25 Şubat, 2021).
- Aksuoğlu, A. ve Senturan, L. (2016). Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması/Validity and Reliability Study of the Supportive Care Needs Survey. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 36(3), 121.
- Aksuoğlu, A. (2015). *Kanser Hastaları İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türk Toplumunda Geçerlilik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Aksüllü, N. ve Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.
- Akyüz N., (2019). *Bir üniversite hastanesinin medikal onkoloji ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi düzeyleri*. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Edirne.
- Alar, T., ve Şahin, E.K., (2012). Akciğer kanseri: birinci basamakta tanı, tedavi ve korunma. *Smyrna Tıp Dergisi*, 1, 68-74.
- Albayrak Okçin, F. (2010). "Akciğer Kanserinde Gastro-İntestinal Toksisiteler". Aydınar, A. ve Can, G. (eds.). *Akciğer Kanserinde Tedavi Ve Bakım 1. Baskı* (s. 109-128). İstanbul.
- Alpar, E. vd. (2014). "Solunum Sistemi Uygulamaları". Sabuncu, N. (ed). *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Genişletilmiş 4. Baskı (s. 513-542). Ankara: Alter yayıncılık.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Ashing, G.K, Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I., and Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: A qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psychology-Oncology*, 13(6), 408-428
- Atalay, F. (2016). "Mukozit". Yılmaz, Ü. ve Gülhan, M. (eds.). *Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi* (s. 258-274). İstanbul: Tüsad Eğitim Kitapları Serisi.
- Atlı Özbaş, A. ve Toptaş Kılıç, S. (2020). "Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. Kanser Tanımı Ve Terimler, Karsinogenezis". Kapucu, S. ve Kutlutürkan, S. (eds.). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı* (s. 385-404). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Atlı Özbaş, A. (2008). *Meme kanseri hastalarının distress ve algılanan sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Ayar, T., (2018). *Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Samsun.

- Aydın, E., (2018). *Kemoterapi tedavisi gören hastalarda yaşam kalitesi ile cinsel yaşam arasındaki ilişki*. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Samsun.
- Aydıner Boylu, A., & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.
- Aydıner, A., Ece, T. ve Topuz, E. (2010). *Akciğer kanseri tanı-tedavi-takip Antakya konsensus raporu 2010*. İstanbul: Nobel tıp kitabevi.
- Ayhan Balık, C.H. ve Buzlu S, (2017). “Aileyi Güçlendirme”. Can, G. (ed.). *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım, Konsensus 2017* (s. 177-188). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi .
- Ayvat, İ. (2019). *Ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin yaş bağlamında incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Baider, L., Peretz, T., Hadani, P.E. and Koch, U. (2001). Psychological intervention in cancer patients: A randomised study. *General Hospital Psychiatry*, 23 (5), 272-277
- Başarıık, B., Göksel, T. (2012). *FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Psikometrik Özelliklerinin ve Klinikteki Kullanımlarının Belirlenmesi*. Ege Üniversitesi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir.
- Başer, S., vd. (haz.). (2013) *Akciğer Kanseri İle Yaşamak 1. Baskı*. Erdinç, M. Ve Gülmez, İ. (eds.). Ankara: Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serisi.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Becker, M.H. and Maiman, L.A. (1980). Strategies for Enhancing Patient Compliance. *J Commun Health*. 1980; 6: 113-135.
- Berk, Ç., (2007). *Akciğer kanseri olduğunu bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitelerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Afyon.
- Beser, N.G, ve Öz, F. (2003). Kemoterapi Alan Lenfomali Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kaliteleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003; 7 (1): 47- 58.
- Bıçak, D., (2016) *Kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Malatya.
- Bıkmaz, Z. (2009). *Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Biber, Ç. (2016). “Akciğer Kanseri Nefes Darlığı”. Yılmaz, Ü. ve Gülhan, M. (eds.). *Akciğer Kanseri Destek Tedavisi* (s. 81-93). İstanbul: Tüsad Eğitim Kitapları Serisi.
- Boyes, A., Girgis, A., & Lecathelinais, C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34 - item Supportive Care Needs Survey (SCNS - SF34). *Journal of evaluation in clinical practice*, 15(4), 602-606.
- Boyes, A., Girgis, A., & Lecathelinais, C. (2009). Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34 - item Supportive Care Needs Survey (SCNS - SF34). *Journal of evaluation in clinical practice*, 15(4), 602-606.

- Boylu, A.A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar Ve Çalışmalar Dergisi (Akad)*, 8(15), 137-150.
- Bölüktaş, R.P. (2014). “Onkoloji Alanında Sonuç Göstergesi Olarak Yaşam Kalitesinin Kullanımı”. Can, G. (ed.). *Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı*. (s. 95-109). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Buluş, M. (2014). “Kısım IV Semptom Yönetimi; Bulantı ve Kusma”. Can, G. (ed.). *Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı*. (s. 385-394). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Can, G. ve Polat, C. (2014). “Kısım IV Semptom Yönetimi; Hematolojik Sorunların Yönetimi; Yorgunluk”. Can, G. (ed.). *Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı*. (s. 107-122). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Can, G., Durna, Z., & Aydiner, A. (2010). The validity and reliability of the Turkish version of the Quality of Life Index [QLI](Cancer version). *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 316-321.
- Cella DF, Bonomi AE, Lloyd SR, Tulsky DS, Kaplan E, Bonomi P. Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy –Lung (FACT-L) quality of life instrument. *Lung Cancer* 1995; 12: 199-220.
- Chansky, K., Detterbeck, F. C., Nicholson, A. G., Rusch, V. W., Vallières, E., Groome, P., and Yokoi, K. (2017). The IASLC lung cancer staging project: external validation of the revision of the TNM stage groupings in the eighth edition of the TNM classification of lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*, 12(7), 1109-1121.
- Cohen, S. and Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*; 98(2):310-357.
- Çalışkan, T., vd. (haz.). (2015). *Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü. Özgün Araştırma. KÜ Tıp Fak Derg 2015; 17(1): 27-36.
- Çok, G. (2018). *Akciğer Kanserinde TNM Evrelemesi*. Nükleer Tıp Seminerleri, 4, 1-5.
- Dalar, L. (2016). “Akciğer Kanserinde Hemoptizi”. Yılmaz, Ü. ve Gülhan, M. (eds.). *Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi* (s. 102-115). İstanbul: Tüsad Eğitim Kitapları Serisi.
- Dalay, N. ve Buyru, N. (2014). “Kanser Biyolojisi”. Can, G. (ed.). *Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı*. (s. 7-16). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Dane, F. (2013). “Gastrointestinal Sistem Mukozitinde Tedavi”. Molinas Mandel, N. ve Turhan, E. (eds.). *Ulusal Akciğer Kanseri Kongre Kitabı*. (s.190-193) Kapadokya. Mart 2013.
- Dedeli, Ö. ve Kaptan, G. (2012). “Kanser Ve Hemşirelik Bakımı”. *Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram Ve Kuramlar*. (s.149-184). İstanbul Tıp Kitabevi
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç. ve Uslu, R. (2008). *Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi*. Türk Onkoloji Dergisi. 23(3): 132-9.
- Demirci, N. Y. (2016). “Bulantı Ve Kusmaya Yaklaşım”. Yılmaz, Ü. ve Gülhan, M. (eds.). *Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi* (s. 211-227). İstanbul: Tüsad Eğitim Kitapları Serisi.
- Doğan, N., (2011). *Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek*. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Erzurum.

- Doğan, N., (2016). *Akciğer kanseri hastalarına uygulanan akupresin dispne düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi*. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Kayseri.
- Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. (2018). *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. Erişim, 2 Mart 2020.
- Duyan, V. (2001). *Sosyal desteğin tanımı, kaynakları, işlevsel boyutları, yararları*. Sağlık ve Toplum Dergisi, 18(11).
- Düzen, Ö. (2016). *Küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 45-55.
- Eker, D. ve Arkar, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 12(1):17-25.
- Erbaycu, A. E., vd. (2009). Sigara içenlerde ve içmeyenlerde Akciğer Kanseri: Genel Özelliklerde Farklılık Var mı?. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, Sayı: 2 Cilt: 19
- Erdoğan Çetin, Z. (2014). *Parsiyel Larenjektomili Hastalarda Farklı Operasyon Tiplerinin Yutma Fonksiyonlarına ve Hayat Kalitesine Etkisi*. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- FACİT. (2019). www.facit.org Erişim 08.05.2019.
- Fadıloğlu, Ç. (2010). "Akciğer Kanseri Semptom Yönetim Modeli". Aydın, A. ve Can, G. (eds.). *Akciğer Kanseri Tedavi Ve Bakım 1. Baskı* (s. 75-79). İstanbul.
- Girgis, A., Boyes, A., Sanson - Fisher, R. W. and Burrows, S. (2000). Perceived needs of women diagnosed with breast cancer: rural versus urban location. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(2), 166-173.
- GLOBOCAN (2020). *Global Cancer Observatory*. Erişim 10 Ağustos 2020, https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&half_pie=0&donut=0
- Gündoğdu, F. (2020). "Kanserde Erken Tanı Ve Tarama Yöntemleri". Kapucu, S. ve Kutlutürkan, S. (eds.). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı* (s. 31-38). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Gündüz Güç, F. (2019). *Kanserli hasta ve bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Aydın.
- Güner G ve Kılıçkap S. (2020). Akciğer kanseri hastasının takibi. Özet A, Özdemir N, Yazıcı O, editörler. Akciğer Kanseri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.131-6
- Güner, İ. C. (2008). Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 46-49.

- Harrisson, JD., Young, JM., Price, MA., Butow, PN., Solomon MJ. (2009). What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Cancer Care* 17(8): 1117- 28.
- Hogue, C.G. (1985). Social support, distributive nursing practice: A Systems Approach. Second Edition, J.B. Lippincott Company. 58-75.
- Howell D, Mayo S, Currie S, Jones G, Boyle M, Hack T, et al. (2012); Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO); Cancer Journey Action Group of the Canadian Partnership Against Cancer (CPAC). Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: a consensus-based guideline. *Support Care Cancer* 2012;20(12):3343-54.
- Işıkkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve sosyal hizmet*, 18(1), 15-29.
- İşçi, D. (2010). “Akciğer Kanseri Cilt Toksisiteleri”. Aydın, A. ve Can, G. (eds.). *Akciğer Kanseri Tedavi Ve Bakım 1. Baskı* (s. 126-136). İstanbul.
- Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69–90.
- Kahraman, B.N., (2020). *Akciğer kanseri hastalarında spiritüel iyilik halinin hastalık algısına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Bursa.
- Karakuş, Z., (2015). *Akciğer kanseri tanısı alan hastalarda web destekli hasta eğitiminin semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Antalya.
- Karlıkaya, C. (2013). “Akciğer Kanseri Taraması” Molinas Mandel, N. ve Turhan, E. (eds.). *Ulusal Akciğer Kanseri Kongre Kitabı*. (s. 8-11) Kapadokya. Mart 2013.
- Kav, S. (2020). “Kanser Tanımı Ve Terimler, Karsinogenezis”. Kapucu, S. ve Kutlutürkan, S. (eds.). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı* (s. 3-9). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Kılıçkap S., (2009). *Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kanser Epidemiyolojisi Programı, Ankara.
- Kocaman Yıldırım, N. (2010). “Akciğer Kanseri Psikososyal Sorunlar”. Aydın, A. ve Can, G. (eds.). *Akciğer Kanseri Tedavi Ve Bakım 1. Baskı* (s. 137-148). İstanbul.
- Kocaman Yıldırım, N. (2013) Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. *DEUHYO ED* 2013,6(4),231-240
- Kocaman Yıldırım, N., Kaçmaz, N., & Özkan, M. (2013). İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4(3).
- Kocatepe, V. vd., (2017). “Dispne”. Can, G. (ed.). *Kanser Hastasında Kanıt Dayalı Palyatif Bakım, Konsensus 2017*. (s. 19-43). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi;
- Kocatepe, V., (2019) *Akciğer kanseri ile ilişkili dispnenin yönetiminde yüze fan uygulamasının etkisi*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Kömürçüoğlu, B.E. (2016). “Akciğer Kanseri Öksürük”. Yılmaz, Ü. ve Gülhan, M. (eds.). *Akciğer Kanseri Destek Tedavisi* (s. 94-101). İstanbul: Tüsad Eğitim Kitapları Serisi.

- Kurt, B. (2020). "Kemoterapi". Kapucu, S. ve Kutlutürkan, S. (eds.). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı* (s51-65). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Li, J. And Girgis, A. (2006). Supportive care needs: are patients with lung cancer a neglected population?. *Psycho - Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(6), 509-516.
- Maguire, R., Papadopoulou, C., Kotronoulas, G., Simpson, M.F., McPhelim, J. and Irvine, L. A. (2012). Systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, Dec. 13.1-16.
- Masat, S., (2018). *Onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Samsun.
- McElduff, P., Boyes, A., Zucca, A., Girgis, A. (2004). Supportive Care Needs Survey: A guide to administration, scoring and analysis, Australia.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 1, 25-29.
- Natan, İ. (2000). *Kanser Teşhisi Almış Hastalarda, Kansere Tepki Tarzı Ölçeğinin (Mental Adjustment To Cancer Scale) Güvenilirlik Ve Geçerlik Yönünden İncelenmesi*. İstanbul Üni.Yüksek lisans Tezi. İstanbul.
- Ölmez, S., (2020). *Multipl miyelom tanısı olan hastaların bakım gereksinimleri ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi.Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Antalya.
- Özbey, S. (2012). Eşlerin Algıladıkları Sosyal Desteğin Ailenin Bazı Özellikleri İle İlişkisinin İncelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(1), 167-181.
- Özdemir D., (2017). *Onkoloji Eğitim Hemşireliği Biriminde Eğitim Alan Meme Kanseri Hastalarında Stresle Başa Çıkma Yolları Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Özgür, G. (1991). *Bornova bölgesinde oturan emeklilerde emeklilik, sağlık ve sosyal destek ilişkisinin incelenmesi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir).
- Özkan Tuncay, F. (2020). "İştahsızlık, Kilo Kaybı ve Kaşeksi, Kanserde Semptom Yönetimi". Kapucu, S. ve Kutlutürkan, S. (eds.). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı* (s. 313-324). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Özpolat, B. (2016). Akciğer kanserinde 8. TNM sınıflandırmasına doğru. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 1-1.
- Pekmezci Purut H., (2018). *Kemoterapi alan akciğer kanseri hastalarında ayak refleksolojisi uygulamasının bulantı kusma ve uyku kalitesine etkisi*. Doktora Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Trabzon.
- Penedo, F.J., Traeger, L., Benedict, C., Thomas, G., Dahn, R.J., Krause, M.H. and Goodwin, J. (2012). Perceived Social Support as a Predictor of Disease-Specific Quality of Life in Head-and-Neck Cancer Patients. *J Support Oncol*. 10(3) 119-23.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of mental health*, 3(2), 535-544.
- Sanders, S. L., Bantum, E. O., Owen, J. E., Thornton, A. A., & Stanton, A. L. (2010). Supportive care needs in patients with lung cancer. *Psycho - oncology*, 19(5), 480-489.

- Sanson - Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L., Cook, P. and Supportive Care Review Group. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88(1), 226-237.
- Savcı, A.B. (2006). *Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Sezgin, G., (2021). *Hemato-onkoloji hastalarında periferik nöropatinin destekleyici bakım ihtiyaçlarına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir.
- Sorias, O. (1992). Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Seminer Psikoloji Dergisi*, 9, 33-49.
- Şipal, G. (2019). *Hematolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ve hastalığı kabul düzeyi*. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Konya.
- Temiz, G., (2016). *Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- The World Health Organization (1995) ,quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.
- TUİK (2018). *Ölüm nedeni istatistikleri*. Erişim: 20 Ağustos 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>
- TUİK (2019). *Türkiye Sağlık Araştırması*. Erişim: 20 Ağustos 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>
- Tuna Ünsar, S. (2014). “Kısım IV Semptomların Yönetimi; Hematolojik Sorunların Yönetimi; Diyare ve Konstipasyon”. Can, G. (ed.). *Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı*. (s. 107-122). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Turhan, K. ve Göksel, T. (2017). Akciğer Kanseri 8. TNM Evreleme Sistemi. *Toraks Bülteni*
- Uğur, Ö. (2020). “Kanserde Semptom Yönetimi; Alopesi”. Kapucu, S. ve Kutlutürkan, S. (eds.). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı* (s. 325-336). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Var, E. (2019). *Jinekolojik kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlemesi*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Adana.
- World Health Organization. GLOBOCAN (2018): Estimated Cancer Incidence, Mortality And Prevalence Worldwide In 2018, https://g8fip1kplyr33r3krz5b97d1-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/09/caac_21492_Final_Embargoed.pdf
- Yapıcı, Ş. (2010). Türk toplumunda aile ve eğitim ilişkisi. *Turkish Studies*, 5(4), 1544-1570.
- Yazıcı, S. Ö., & Kalaycı, İ. (2015). Yaşlı Hastaların Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri Ve Tasarım Dergisi*, 3(3), 385-390.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(13).
- Yıldırım, Y. (2014). “Kısım IV Semptom Yönetimi; Kanser Ağrısı”. Can, G. (ed.). *Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı*. (s. 317-333). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

- Yıldırım, Y., Dönmez, S., Fadıloğlu, Ç., Köknal Talu, G., (2014) “Kısım II Genel Semptomların Yönetimi; Kanser Ağrısı”. Can, G (ed). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya, Konsensus 2014*. (s. 11-24). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Yıldız, H. (2020). “Kanserde Semptom Yönetimi; Diyare Ve Konstipasyon”. Kapucu, S. ve Kutlutürkan, S. (eds.). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı* (s. 295-311). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Yıldızhan, A. ve Candaş, F.H. (2012). “Akciğer Kanseri”. Yücel, O. (ed.). *Göğüs Cerrahisi Ders Notları*. (s. 20- 8). Ankara: Merkez Repro.
- Yılmaz Karabulutlu, E. (2020). “Kanserle Yaşam Ve Yaşam Kalitesi”. Kapucu, S. ve Kutlutürkan, S. (eds.). *Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Onkoloji Hemşireliği. 1. Baskı* (s. 521-534). Ankara: Hipokrat Yayıncılık.
- Yılmaz, U. (2018). Akciğer Kanselerinde Tedavi Yaklaşımları. *Nuclear Medicine Seminary, 4*, 32-38.
- Yılmaz, Ü. (2013). “Dispne Ve Malign Plevral Efüzyonların Palyasyonu”. Molinas Mandel, N. ve Turhan, E. (eds.). *Ulusal Akciğer Kanseri Kongre Kitabı*. (s. 197-199) Kapadokya. Mart 2013.
- Yoo, H., Suh, C., Kim, S., Eremenco, S., Kim, H., & Kim, S. (2006). Korean translation and validation of the functional assessment of cancer therapy-lung (FACT-L) version 4. *Quality of life research, 15*(1), 161-166.
- Yorulmaz, H., Sabuncu, N., & Yenihayat, F., (2019). Kemoterapi Uygulanan Akciğer Kanseri Hastaların Fizyolojik Gereksinimlerini Karşılama Hemşirelerinin Yaşadıkları Güçlükler. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2*(2), 67-78.
- Yurtsever, A. O., (2018). *Akciğer kanseri hastalarında travma sonrası gelişim, tekrarlayıcı düşünme örüntüleri, algılanan sosyal destek ve belirsizliğe karşı tahammülsüzlük belirtileri arasındaki ilişkiler*. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Bilim Dalı, İzmir.
- Yurtsever, N. (2014). “Akciğer Kanseri”. G. Can (ed). *Onkoloji Hemşireliği 1. Baskı*. (s.609-616). İstanbul; Nobel Tıp Kitabevi
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. And Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho - Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 10*(1), 19-28.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G et al. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess;52*:30-41

EKLER

Ek 1: Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu araştırma akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Rumeysa ERARSLAN
OMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: ()Kadın ()Erkek
3. Medeni durumu : () Evli () Bekar
4. Eğitim durumu ()Okuryazar () İlköğretim ()Lise ()Ön lisans () Lisans () Lisans üstü
5. Mesleği: () Ev hanımı ()Emekli ()Memur ()Serbest meslek ()Çalışmıyor
6. Yaşadığı yerleşim birimi : ()İl ()İlçe ()Köy
7. Sosyal güvence durumu:() Var () Yok
8. Şu an kimlerle birlikte yaşadığı:
()Eşi ()Çocukları ()Eşi ve çocukları () Anne/Baba ()Yalnız () Diğer(belirtiniz):.....
9. Çocuk sahibi olma durumu: ()Evet ()Hayır
10. Cevabı evet ise çocuk sayısı:.....
11. Aylık toplam geliri:.....
12. Ekonomik durumunu nasıl tanımladığı:() Kötü () Orta () İyi () Çok iyi
13. Hastalığına uyum sağlayabilme durumu: ()Evet () Hayır
14. Şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladı:() Çok kötü ()Kötü ()Orta ()İyi ()Çok iyi
15. Tedavi süresince kendisine eşlik eden bir yakını olma durumu:() Evet () Hayır
16. Hastalığının sosyal ilişkilerini nasıl etkilediği:
() Etkilemedi ()Çok iyi ()İyi ()Kötü ()Çok kötü
17. Hastalığın bedensel aktiviteyi nasıl etkilediği:
()Etkilemedi ()Çok iyi ()İyi ()Kötü ()Çok kötü
18. Sigara kullanma durumu: () Kullanıyor () Hiç kullanmamış () Bırakmış
19. Sigarayı bırakanların bırakma zamanı
() Akciğer kanseri tanısı almadan önce () Akciğer kanseri tanısı aldıktan sonra
20. Sigara kullananların kaç ay/yıl kullandığı:.....
21. Tümör hücre tipi:
() Skuamöz hücreli karsinom () Adenokarsinom () Büyük hücreli karsinom () Mezotelyoma
() Yassı hücreli akciğer kanseri () Küçük hücreli akciğer kanseri () Karsinoid tümörler
22. Hastalığının ne zaman teşhis edildiği (gün olarak):.....
23. Hastalığın klinik evresi:
24. Şimdiye kadar uygulanan tedaviler: () Cerrahi tedavi () Radyoterapi () Kemoterapi
25. Hastalığın tedavisine ne zaman başlandığı (gün olarak):
26. Metastaz gelişme durumu: ()Evet ()Hayır
27. Cevabı evet ise metastaz gelişen organlar:
() Sürrenal () Karaciğer () Kemik () Beyin () Cilt () Diğer(belirtiniz):.....
28. Kanser dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu: ()Evet ()Hayır
29. Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalık/hastalıklar (birden fazla işaretlenebilir):
() Hipertansiyon () Diyabet () Kalp hastalığı () KOAH () Böbrek hastalığı () Diğer(belirtiniz):
30. Kaçınıcı kemoterapi kürünü aldığı:.....
31. Kemoterapi kür sıklığı:.....
32. Kemoterapi tedavisine bağlı olarak yaşadığı semptomlar:
() Saç dökülmesi () Yorgunluk () Bulantı-kusma () Ağız yarası () Kilo kaybı
() Anemi () İshal () Kabızlık () Ağrı () Uykusuzluk () İştahsızlık () Cinsel isteksizlik
() Olumsuz gelişme yok () Diğer (belirtiniz):.....

Ek 2: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF)

Aşağıda yer alan maddeleri; geçen ay içerisinde ne düzeyde yardıma ihtiyacınız olduğunu en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Aşağıdaki tablo her soruya verilecek beş muhtemel cevabın ne anlama geldiğini göstermektedir.

İHTİYACIN OLMAMASI	1. Hiç İhtiyacım Olmadı: Hastalığım benim için sorun olmadı. 2. İhtiyacım Olmadı: Yardıma ihtiyacım oldu ama ihtiyaçlarım o anda karşılandı.
İHTİYACIN OLMASI	3. Az İhtiyacım Oldu: Çok az ek yardıma ihtiyacım oldu. 4. Biraz İhtiyacım Oldu: Biraz ek yardıma ihtiyacım oldu. 5. Çok Fazla İhtiyacım Oldu: Çok fazla ek yardıma ihtiyacım oldu.

Geçtiğimiz ay içerisinde hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu?	İhtiyacın Olmaması		İhtiyacın Olması		
	Hiç ihtiyacım olmadı	İhtiyacım olmadı	Az ihtiyacım oldu	Biraz ihtiyacım oldu	Çok fazla ihtiyacım oldu
1. Ağrı	1	2	3	4	5
2. Enerji eksikliği/yorgunluk	1	2	3	4	5
3. Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
4. Ev işlerini yapma	1	2	3	4	5
5. Eskiden yaptığı şeyleri yapamama	1	2	3	4	5
6. Kaygı/gerginlik	1	2	3	4	5
7. Çöküntüde ya da depresyonda hissetme	1	2	3	4	5
8. Hüzünlü hissetme	1	2	3	4	5
9. Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe	1	2	3	4	5
10. Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme	1	2	3	4	5
11. Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
12. Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme	1	2	3	4	5
13. Olumlu bir bakış açısını sürdürme	1	2	3	4	5
14. Ölüm ve ölme ile ilgili duygular	1	2	3	4	5
15. Cinsel duygularda değişiklikler	1	2	3	4	5
16. Cinsel ilişkilerde değişiklikler	1	2	3	4	5
17. Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
18. Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5

Ek 2: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF)
(devamı)

Geçtiğimiz ay içerisinde hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu?	İhtiyacın Olmaması		İhtiyacın Olması		
	Hiç ihtiyacım olmadı	İhtiyacım olmadı	Az ihtiyacım oldu	Biraz ihtiyacım oldu	Çok fazla ihtiyacım oldu
20. Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi	1	2	3	4	5
21. Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi	1	2	3	4	5
22. Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi	1	2	3	4	5
23. Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması	1	2	3	4	5
24. Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması	1	2	3	4	5
25. Test sonuçlarının mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi	1	2	3	4	5
26. Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi	1	2	3	4	5
27. İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
28. Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirme	1	2	3	4	5
29. Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek	1	2	3	4	5
30. Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek	1	2	3	4	5
31. Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması	1	2	3	4	5

Ek 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4.İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

Ek 4: FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği (Version 4)

Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen **son 7 günü** göz önünde bulundurarak, yanıtınızı her satırda bir sayıyı daire içine alarak veya işaretleyerek belirtiniz.

	BEDENİ DURUM	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
GP1	Enerjim düşük	0	1	2	3	4
GP2	Bulantım var	0	1	2	3	4
GP3	Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum	0	1	2	3	4
GP4	Ağrım var	0	1	2	3	4
GP5	Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
GP6	Kendimi hasta hissediyorum	0	1	2	3	4
GP7	Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	0	1	2	3	4
	SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
GS1	Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
GS2	Ailemden manevi destek görüyorum	0	1	2	3	4
GS3	Arkadaşlarımdan destek görüyorum	0	1	2	3	4
GS4	Ailem hastalığımı kabullendi	0	1	2	3	4
GS5	Ailemle hastalığım konusundaki iletişimden memnunum	0	1	2	3	4
GS6	Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	0	1	2	3	4
Q1	<i>Aşağıdaki soruyu lütfen şu anki cinsel ilişki durumunuzu göz önüne almadan yanıtlayınız. Eğer bu soruya cevap vermemeyi tercih ederseniz, lütfen yandaki kutuyu işaretleyip bir sonraki bölüme geçiniz.</i>	<input type="checkbox"/>				
GS7	Cinsel hayatım tatmin edici	0	1	2	3	4
	DUYGUSAL DURUM	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
GE1	Kendimi üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4
GE2	Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	0	1	2	3	4
GE3	Hastalığımla olan mücadeleimde ümidimi kaybediyorum	0	1	2	3	4
GE4	Kendimi sinirli hissediyorum	0	1	2	3	4
GE5	Ölmekten korkuyorum	0	1	2	3	4
GE6	Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	0	1	2	3	4

Ek 4: FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği (Version 4) (devamı)

	FAALİYET DURUMU	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
GF1	Çalışabiliyorum (ev işi dahil)	0	1	2	3	4
GF2	İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	0	1	2	3	4
GF3	Hayattan zevk alabiliyorum	0	1	2	3	4
GF4	Hastalığımı kabullendim	0	1	2	3	4
GF5	İyi uyuyorum	0	1	2	3	4
GF6	Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	0	1	2	3	4
GF7	Şu anda hayatımın kalitesinden memnunum	0	1	2	3	4
	DİĞER ENDİŞELER	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok fazla
B1	Nefes darlığı çekiyorum	0	1	2	3	4
C2	Kilo kaybediyorum	0	1	2	3	4
L1	Zihnim açık	0	1	2	3	4
L2	Öksürüğüm var	0	1	2	3	4
B5	Saçımın dökülmesi beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
C6	İştahım yerinde	0	1	2	3	4
L3	Göğsümde bir sıkışma hissediyorum	0	1	2	3	4
L4	Rahat nefes alabiliyorum	0	1	2	3	4
Q3	Hiç sigara veya başka tütün ürünleri içtiniz mi? Hayır _____ Evet _____ Cevabınız evet ise:					
L5	Sigara veya başka tütün ürünleri içtiğime pişmanım	0	1	2	3	4

Ek 5: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/455-557

08.07.2019

Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Akciğer Kanseri Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri İle Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki** başlıklı OMÜ KAEK 2019/427 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 23.05.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramls ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek 6: Kurum İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SAMSUN UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BİLİM DALI
BAŞKANLIĞI

03.07.2019

B.30.2.OD.0.20.08/455 sayılı "Akciğer Kanseri Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ile Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi Arasındaki İlişki" başlıklı anket çalışması, yüksek lisans tez araştırma projesi, OMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin almak koşulu ile OMÜ Onkoloji Hastanesi Kemoterapi Ünitesinde 15 Haziran 2019- 30 Aralık 2019 tarihleri arasında çalışmalarını yürütebilir.

OMÜ Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı
Prof.Dr. Güzin DEMİRAG

Ek 7: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Sahibinden Kullanım İzni

From: Afaf Girgis
Sent: Wednesday, May 8, 2019 2:27 AM
To: Zeliha Koç
Subject: Re: Permission to use Supportive Care Needs Survey Short Form 34 (SCNS-SF34)

you are most welcome to use the scale. Please be sure to cite the original development/validation paper as well in all your publications using the scale - attached.

I can't seem to locate a copy of the Turkish version on my files. Can you please send it to me as well as its validation paper.

Thanks and all the best with your research.
Take care
Afaf

Please only "REPLY ALL" if absolutely necessary

Professor Afaf Girgis AM

Ek 8: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Uyarlayıcısından Kullanım İzni

From: AYFER AKSUOĞLU
Sent: Tuesday, May 7, 2019 3:54 PM
To: Zeliha Koç
Subject: YNT: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ- KF) Kullanım İzni

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ' ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.

İyi günler dilerim

Ek 9: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Sahibinden Kullanım İzni

From: Zimet, Gregory D
Sent: Tuesday, May 7, 2019 7:56 PM
To: Zeliha Koç
Subject: Re: Permission to use Multidimensional Scale of Perceived Social Support

Dear Professor Zeliha KOÇ,

You and your postgraduate student have my permission to use the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in your research. I have attached the original English language version of the scale (with scoring information on the 2nd page), a document listing several of the articles that have reported on the reliability and validity of the MSPSS, and a chapter that I wrote about the scale.

I hope your research goes well.

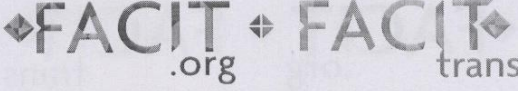
Best regards,
Greg Zimet

Ek 10: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Uyarlayıcısından Kullanım İzni

From: haluk arkar
Sent: Thursday, May 9, 2019 6:16 AM
To: Zeliha Koç
Subject: Re: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanım izni

Sayın Doç. Dr. Zeliha Koç,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Ek 11: FACT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni


PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE


**FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY
(FACIT) LICENSING AGREEMENT**

*The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations ("FACIT System") are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to **Rumeysa Erarslan** ("Investigator") the licensing agreement outlined below.*

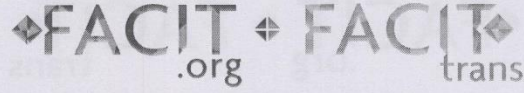
This letter serves notice that **Rumeysa Erarslan** ("Investigator") is granted license to use the **Turkish** version of the FACT-L in **one not for profit study**:

This current license is only extended to Investigator's research project subject to the following terms:

- 1) (Investigator) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, Investigator will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (Investigator) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name "FACIT" will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.
- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.

www.FACIT.org  information@FACIT.org

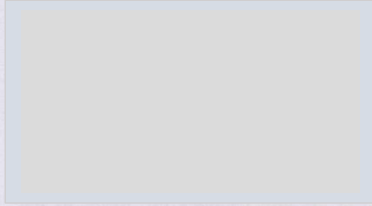
Ek 11: FACIT-L Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni (devamı)




PROVIDING A VOICE FOR PATIENTS WORLDWIDE

- 5) This license is not extended to electronic data capture by third party vendors. Electronic versions by third party vendors of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if Investigator engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of Investigator's project.
- 10) Investigator agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: May 7, 2019



www.FACIT.org  information@FACIT.org

ÖZGEÇMİŞ

Rumeysa ERARSLAN, Ahmet Altıkulaç Anadolu Lisesi'ni bitirdikten sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi/Samsun Sağlık Yüksekokulu'ndan 2017 yılında mezun oldu. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire (2019- devam ediyor) olarak görev yapan, Rumeysa ERARSLAN orta derecede İngilizce bilmektedir. Temel ilgi alanları Palyatif bakım, Geriatri ve Fizyoloji'dir.

ORCID ID: 0000-0003-1771-3181

