



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE  
AMELİYAT OLAN VE ADJUVAN KEMOTERAPİ ALAN  
HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİ ve SOSYAL DESTEK  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZGE DÜZEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

YRD. DOÇ.DR. SONAY BALTACI GÖKTAŞ

İSTANBUL-2016



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE  
AMELİYAT OLAN VE ADJUVAN KEMOTERAPİ ALAN  
HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİ VE SOSYAL DESTEK  
DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖZGE DÜZEN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

YRD. DOÇ.DR. SONAY BALTACI GÖKTAŞ

İSTANBUL-2016

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Özge DÜZEN  
Tez Başlığı : Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyet Olan ve Adjuvan Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Unkapanı Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 30.12.2016

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Yrd.Doç.Dr.Sonay GÖKTAŞ

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

### İmza



### Sınav Jüri Üyeleri

Doç.Dr. Ayfer ÖZBAŞ

İstanbul Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Selda RIZALAR

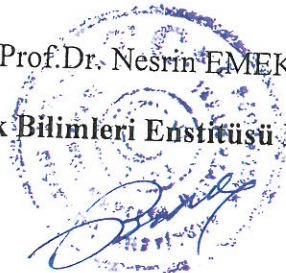
İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun .03./01./2017. tarih ve ...2017.../...01... - ...01... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



## ETİK BEYAN

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

ÖZGE DÜZEN



## **BEYAN**

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

ÖZGE DÜZEN

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının yöntem ve içerik planlanmasında, yürütülmesinde, desteğini ve emeğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr.Sonay Baltacı Göktaş'a,

Tezin yürütülmesi için gerekli izinleri sağlamış olan araştırmanın yürütülmesini sağlayan kurumlara, çalışmamı yürütmemde yardımcı olan meslektaşlarım Rana Uslu ve ekibine, araştırmaya katılarak destek veren tüm katılımcılara,

Hayatımın her aşamasında desteklerini esirgemeyen, bana ve aldığım kararlara güvenen başta babam ŐEHMUS DÜZEN ve annem HURİ DÜZEN' e olmak üzere aileme,

Bu süreçte beni yalnız bırakmayan, tezin her aşamasında manevi destekte bulunan arkadaşım NESLİHAN METİN, kardeşim EYLEM DÜZEN'e,

SONSUZ TEŐEKKÜRLER...

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI .....	
BEYAN .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
KISALTMA VE SİMGELER .....	v
TABLO LİSTESİ .....	vi
1. ÖZET .....	1
2. ABSTRACT .....	3
3. GİRİŞ.....	5
4. GENEL BİLGİLER .....	8
4.1.Akciğer Kanseri.....	8
4.1.1. Akciğer Kanseri Patolojisi.....	9
4.1.2. Akciğer Kanseri Eiyolojisi.....	9
4.1.3. Akciğer Kanseri Belirti ve Bulgular .....	10
4.1.3.1.Primer Tümör ile İlişkili Belirtiler .....	10
4.1.3.2.Toraks İçi Yayılımlara Bağlı Belirtiler.....	11
4.1.3.3.Toraks Dışı Sistemik Metastazlarla İlgili Belirtiler.....	11
4.1.3.4.Paraneoplastik Sendromlar.....	11
4.1.4. Akciğer Kanseri Tanı Yöntemleri.....	11
4.1.5. Akciğer Kanseri Evreleme.....	13
4.1.6. Akciğer Kanseri Tedavi.....	15
4.1.6.1. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Tedavi.....	15
4.1.6.1. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Tedavi.....	16
4.2. Yaşam Kalitesi.....	17
4.2.1. Akciğer Kanseri ve Yaşam Kalitesi.....	18
4.3. Sosyal Destek.....	20
4.4. Akciğer Kanseri Hemşirelik Bakım.....	21
4.4.1. Akciğer Kanseri Hastalarda Palyatif Bakım.....	25
5. GEREÇ VE YÖNTEM .....	27
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	27
5.2. Araştırma Soruları.....	27
5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	27

<b>5.5. Veri Toplama Araçları .....</b>	<b>29</b>
<b>5.5.1. Hasta Bilgi Formu .....</b>	<b>29</b>
<b>5.5.2.Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORT QLQ- C30).....</b>	<b>30</b>
<b>5.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(ÇBASD).....</b>	<b>31</b>
<b>5.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....</b>	<b>32</b>
<b>5.7. Verilerin İstatistiksel Analizi .....</b>	<b>32</b>
<b>5.8. Araştırmanın Etik Yönü ve Sınırlılıkları .....</b>	<b>33</b>
<b>6. BULGULAR .....</b>	<b>34</b>
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>62</b>
<b>8. SONUÇ .....</b>	<b>71</b>
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>74</b>
<b>10. EKLER .....</b>	<b>86</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI .....</b>	<b>92</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>95</b>



## **KISALTMALAR VE SİMGELER**

**ÇBASD:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**GHS:** Genel Sağlık Durumu Ölçeği

**FS:**Fonksiyonel Ölçek

**SS:**Semptom Ölçeği

**HS:** Ham Skor

**KHDAK:** Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri

**KHAK:** Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

**SHK:** Skuamöz Hücreli Karsinom

**BHK:** Büyük Hücreli Karsinom

**KHK:** Küçük Hücreli Karsinom

**PS:** Paraneoplastik Sendromlar

**BT:** Bilgisayarlı Toraks Tomografi

**MRG:** Manyetik Rezonans Görüntüleme

**FDG:** Fluorodeoksi-D-Glukoz

**PET:** Pozitron Emisyon Tomografisi

**EORTC QLQ-C30:** Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30)

**TNM:** Primer Tümör Yayılımı-Bölgesel Lenf Nodu Tutulumu-İntratorasik Veya Uzak Metastaz

## **TABLO LİSTESİ**

**Tablo 4.1.5** Akciğer Kanserinde 6. Ve 7. Sürüm TNM Evrelemesi

**Tablo 5.5.2.** EORTC QLQ alt ölçekleri, soru numaraları ve ölçekten alınabilecek minimum ve maximum puanlar

**Tablo 6. 1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 6. 2.** Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özellikler

**Tablo 6.3.** EQRTC VE ÇBSDÖ Puan Ortalamaları

**Tablo 6.4.** EQRTC VE ÇBSDÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Normal Dağılımına İlişkin Kormogorov Smirnov Testi

**Tablo 6.5.** EQRTC VE ÇBSDÖ Puanlarının Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özelliklerine Göre Normal Dağılımına İlişkin Kormogorov Smirnov Testi

**Tablo 6.6.** Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre EQRTC VE ÇBSDÖ Puan Ortalamaları

**Tablo 6.7** Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özelliklerine Göre EQRTC VE ÇBSDÖ Puan Ortalamaları

**Tablo 6.8.** Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki (Spearman Korelasyon)

## 1. ÖZET

### KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN VE ADJUVAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın evrenini, 28.12.2015 - 06.06.2016 tarihlerinde Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesine tedavi amacıyla başvuran hastalar, örnekleme ise bu hastalardan araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu. Veriler hasta bilgi formu, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği kullanılarak toplandı.

Hastaların 21'i (%14,0) 70 yaş ve üstü, 135'i (%90,0) erkek, 123'ü (%82,0) evli, 76'sı (%50,7) İlköğretim mezunu, 112'sinin (%74,7) sosyal güvencesi SGK, 138'i (%92,0) çekirdek aile ve 39'u (%26,0) 2 çocuk sahibi olarak bulundu. Olguların genel iyilik hali puan ortalaması  $45,222 \pm 18,276$  olup fonksiyonel ölçeklerden en yüksek puanı bilişsel fonksiyondan (85,222) en düşük puanın da rol fonksiyondan (44,556) aldı. Bireylerin sosyal destek ölçeği puan ortalamasının  $41,367 \pm 14,243$  olduğu, alt boyutlarından en yüksek puanı aile ( $20,800 \pm 5,705$ ), en düşük puanı özel insan alt boyutu ( $9,067 \pm 5,218$ ) olduğu saptandı.

Yaşam kalitesi tüm alt boyutlarının yaş, eğitim, hastalığı algılama durumu, hastalık ve ilaç tedavisine uyum durumu ve ilaçlarla ilgili düşünceleri ile; yaşam kalitesi alt boyutlarından semptomların cinsiyet ile; yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik halinin sosyal güvence ile; yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel güçlüklerin çocuk sayısı ve kemoterapi tedavi kür sayısı ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ( $p < 0.05$ ).

Algılanan sosyal destek toplam ortalamalarının hastalığı algılama ve eğitim durumu ile, arkadaş alt boyutu puan ortalamasının cinsiyet ile, aile alt boyutu puan

ortalamasının alkol kullanım durumu ile, özel insan alt boyutu puan ortalamasının medeni durum ve kemoterapi tedavi kür sayısı ile aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ).

Sosyal destek  lçeği ile yaşam kalitesi  lçeği alt boyutlarından genel iyilik hali ve fonksiyonel skorlar ile pozitif, semptomlar ile negatif yönlü bir anlamlılık olduğu görüldü ( $p<0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** *Adjuvan Kemoterapi, K  uk Hücreli Dışı Akciğer Kanseri, Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi.*



## **2.ABSTRACT**

### **THE ASSESMENT OF QUALITY OF LIFE AND SOCIAL SUPPORT LEVELS OF PATIENTS WHO WERE OPERATEAL ON DUE TO NON-SMALL CELL CANCER AND GIVEN AND ADJUWANT CHEMOTERAPY**

This study aimed to assess the quality of life and level of percieved social support of the patients who underwent operation due to non-small cell lung cancer and recieved adjuvant chemotherapy in a descriptive manner.

The patients who were treated in Yedikule Chest Diseases and Chest Surgery Research and Ecucation Hospital Chemotherapy Unit between 28.12.2015 and 06.06.2016 constituted the study universe and the sample group included the patients who met the inclusion criteria of the study and accepted to participate. Data were collected by using patient information form, EORTC QOL-C30 quality of life scale, and multidimensional percieved social suppor scale.

Twenty-one of the patients (14%) were aged over 70, 135 (90%) male, 123 (82%) married; 76 (50,7%) graduated primary school, 112 (74,4%) had social security, 138 (92%) lived only with their spouse alone and 39 (26%) with spouse and 2 children.

The mean overall wellness value of the cases was  $45,222 \pm 18,276$ , and they took the highest point from the cognitive functions (85,222) and lowest point from the role functions (44,556).

The mean value of multidimensional percieved social support scale of the cases was  $41,367 \pm 14,243$ , and from the subdimensions family had the highest point ( $20,800 \pm 5,705$ ) and special human subdimension had the lowest point ( $9,067 \pm 5,218$ ).

The relation between the mean scores of quality of life with age, educational status, perception of the disease, adaptation to disease and drug therapy, and opinions about the drug therapy; between symptoms with sex; general wellness with social security; physical difficulty with number of children and number of chemotherapy; percieved social support with perception of the disease and educational status; percieved social support from friends with sex; percieved social support from family

with alcohol use; perceived social support from special person with marital status and number chemotherapy were significant (  $p < 0.05$  ).

The relation between the subdimensions of CBASD with subdimensions of EORTC QLQ-C30 namely general health status and functional scores was significantly positive, between the symptoms was significantly negative (  $p < 0.05$  ).

**Key words:** *Adjuvant chemotherapy, non-small cell lung cancer, social support, quality of life.*



### 3. GİRİŞ

Dünyada, 1,8 milyon olgu ile tüm kanserlerin % 12-16'sını oluşturan akciğer kanseri, en sık görülen kanserlerin başında gelmekte Fadiloğlu(1), Anant(11) ve 1,6 milyon ile tüm kanser ölümlerinin %19,4'ünü oluşturmaktadır Fadiloğlu (1).

Türkiye'de akciğer kanseri görülme oranı ortalama %34,7'dir Gültekin (10). Türkiye İstatistik Kurumu 2015 verilerine göre toplam ölümlerin %20,0'sinin(78.661) kanser nedeniyle gerçekleştiği ve bu ölümlerin kanser türleri içinde %31,2'sinin (erkeklerde 20.388, kadınlarda 3.623 toplam 24.011) larenks, trakea, bronş ve akciğerin kötü huylu tümöründen kaynaklandığı bildirilmektedir TÜİK (2). Sigara kullanımı ve miktarındaki artış, endüstrileşmenin beraberinde getirdiği çevre kirliliği ve temiz hava sahalarının azalması akciğer kanserindeki artışın nedeni olabileceği düşünülmektedir Yıldızhan (3).

Akciğer kanseri, küçük hücreli ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri olarak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Akciğer kanserlerini, yaklaşık %85 ile küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) oluşturmaktadır Turna (4). Bu tür akciğer kanserleri, tanı aşamasında ileri evrede, prognozun kötü seyrettiği ve metastazın sık görüldüğü kanserlerdir Bıkmaz (5). Küçük hücreli akciğer kanseri kemoterapi ve radyoterapi ile tedavi edilirken, erken evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri, mediastinal lenf nodlarının örnekleme ile cerrahi rezeksiyon uygulanarak tedavi edilmektedir. Çoğu olguda sadece cerrahi rezeksiyon ile tedavi yeterli olmamakla birlikte, erken evrelerde dahi tamamlayıcı kemoterapi ve ışın tedvisi(radyoterapi) gerekli olabilmektedir Saltürk (6). Lenf nodlarındaki tutulumun özellikleri nüks olasılığını etkilemekte ve mediastendeki yüksek tutulum oranı riski artırmaktadır. Nüks riski tamamlayıcı tedavinin nedenlerindedir. Ameliyat ile tüm tümörlü dokunun alınmasına karşın, riskli olgulara, nüks olasılığının azaltılması için uygulanan tedavi adjuvan tedavi olarak tanımlanmaktadır Saltürk (6), Gülhan (7).

Akciğer kanserinde adjuvan kemoterapi; erken evrede ameliyat sonrası nüks riskini azaltmak, lokal ileri evrede ameliyat ile tedavi şansını arttırmak amacıyla ameliyat öncesi radyoterapi ile beraber, ileri evrede ise palyasyon amaçlı (palyatif) uygulanabilmektedir Demir (8).

Tedavi esnasında uygulanan kemoterapi ve radyoterapi ciddi yan etkilere neden olmaktadır. Kanser tanısının konmasıyla tedavi sürecinin başlaması; hasta ve ailesinin fiziksel, ruhsal ve sosyo-ekonomik dengelerini bozmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir Çalışkan ve ark (12), Bıkmaz (5). Hastalık belirtilerinin yanında tedavinin yan etkileri nedeni ile de (ağrı, kilo kaybı, saç dökülmesi, bulantı, kusma, yorgunluk, dispne, anksiyete, depresyon vb.) fiziksel ve ruhsal açıdan sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunlar hastaların yaşam kalitesini düşürmekte ve tedavi önerilerine uyum sürecini zorlaştırmaktadır Çalışkan ve ark (12).

Uygulanan tedavilerin etkinliğinin değerlendirilmesinde tedaviye yanıt ve yaşam süresi yeterli değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak ifade etmiş, ardından yaşam kalitesi kavramı sağlık bakım uygulamaları ve araştırmalarında da önem kazanmaya başlamıştır. Hastalıklar fiziksel, ruhsal ve sosyal yönüyle ele alınmış ve yaşam kalitesi ölçütleri şekillenmeye başlamıştır Doğan (9), Koltarla (17). Tedavinin amacı, hastalık belirtilerinin kontrolünün yanında yaşam kalitesinin yükseltilmesidir Yıldızhan (3). Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi, kişinin sağlığını etkileyen yaşam alanlarından aldığı doyum olarak ifade edilmektedir. Bu durumda, yaşam kalitesinin sorgulanması, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde sağlık profesyonelleri açısından önemlidir Gültekin (10). Hastalığın etkileri yanında farklı tedavi formlarının ciddi yan etkilerinin görülebildiği kanserli hastalarının, hastalık sürecinden kaynaklanan çok yönlü problemlerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik hemşirelik girişimlerin değerlendirilmesi amacıyla yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır Bıkmaz (5). Bu durumda yaşam kalitesi, çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte kişi bazında ele alınacağından subjektif olarak değerlendirilebilir Anant (11), Çalışkan (12).

Kanser, ciddi sağlık problemleri yaşatan ve hayat kalitesini önemli ölçüde etkileyen bir durumdur Bıkmaz (5), Aydın (28). Kanserın meydana getirdiği fiziksel ve ruhsal olumsuzluklar, bireylere sosyal anlamda daha çok destek ihtiyacı hissettirmektedir Bıkmaz (5), Kapucu (39).



Sosyal destek, sosyal ağ üyelerince sağlanan yardımların kişiye verdiği doyum olarak değerlendirilmektedir. Birey kendini yetersiz hissettiğinde sosyal çevresinden destek beklemektedir. Bireylere sağlanan sosyal destek, fiziksel ve ruhsal sağlık açısından olumlu etkiler yaratmakta, güçlüklerle etkin başa çıkmada ve tedavinin etkinliğinde önemli ölçüde etkili olmaktadır Bıkmaz (5), Eyllen (45). Yapılan araştırmalar, hastalara sağlanan güçlü destek sistemlerinin, hastalığın ve tedavinin olumsuz etkilerini hafifleterek sürece uyumu kolaylaştırdığı, tedavinin etkinliğini ve yaşam kalitesini artırdığı ifade edilmektedir Bıkmaz (5), Dedeli (13), Savcı (64).

Kanserin hasta ve yakınlarında meydana getirdiği fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler, kaliteli yaşam gerekliliklerini gündeme getirmiştir. Hastaların işlev yetersizliklerinin ve sosyal desteğinin belirlenmesi, verilecek bakımın planlanması, planlanan bakıma ailenin katılımının sağlanması, bakımın nitelik ve etkinliğini artıracak, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltecektir Dedeli (13).

Kanser hastalarında, tedavi yöntemleri, semptom yönetimi, genel iyilik halinin sürdürülmesi, problemlerle başa çıkma, olumlu sağlık davranışları geliştirme ve sosyal destek ağını kuvvetlendirmede hastaların fonksiyonel durumlarının ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi, hemşirelik sistematik yaklaşımın kullanılabilmesi açısından önemlidir Dedeli (13), Kapucu (39).

Bu araştırma, Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

## 4. GENEL BİLGİLER

Akciğerler göğüs boşluğunda, diyafragma'dan clavícula'nın üzerine kadar uzanmakta ve göğüs boşluğunun iki tarafında plevral kese içerisinde yer almaktadır. Bronşial ağaç ve akciğer alveolleri dâhil olmak üzere ana bronş ve distalinde bulunan solunum sistemi yapıları akciğerlerde yer almaktadır. Sağ ve sol akciğerler temelde benzer olmakla birlikte, sağ akciğerde üç, sol akciğerde iki lob bulunmaktadır. Akciğerler fonksiyonel olarak, vücut hücrelerinin artık maddesi olan karbondioksiti vücuttan uzaklaştırarak organizmanın temel gereksinimi oksijeni sağlamaktan sorumludur Kılıç (14), Metin (15).

### 4.1. Akciğer Kanseri

Kanser dünyada, mortalite ve morbidite oranı yüksek, bireyi, aileyi ve toplumu her yönüyle etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur Metin(15), Şen(16), Koltarla(17), Dziedzic(18). 2012 yılında tüm dünyanın kanserle karşı karşıya kaldığı, 14 milyon kanser olgusunun görüleceği ve gelecek on yılda bu rakamın 22 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir Metin(15). En yaygın kanser ölümleri akciğer kanseri nedeniyle olmakta ve 1,6 milyon ile tüm kanser ölümlerinin %19,4'ünü oluşturmaktadır Şen(16). Dünyada en sık görülen kanseler arasında erkeklerde birinci (33,8/100.000), kadınlarda dördüncü (13,5/100.000) sırayı almaktadır Pinsky (29). Türkiye'de ise akciğer kanseri görülme oranı ortalama %34,7'dir. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından, 2015'de kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin toplam ölüm içinde %20,0 oran ile 78 bin 661 olarak belirtilmekte ve bu ölümlerin tüm kanserler içinde %31,2 oran 24.011 sayı ile (erkeklerde 20.388, kadınlarda 3.623) gırtlak, bronş ve akciğer kanserinden kaynaklandığı bildirilmektedir TÜİK (2).

Yüksek mortalite ve morbidite hızı olan, belirgin bir gelişme göstermeden tanısı konulamayan bir hastalıktır. Erken evrelerde hastalık sıklıkla asemptomatik seyrettiğinden tanı genellikle ileri evrede konulabilmekte, olguların çoğunda tanı konulduğunda kanserin vücudun diğer bölümlerine metastaz yapmış olduğu görülmektedir Çetin (19). Akciğer ve bronş kanserinde tanı konma yaşı 60 yaş ve üstü olarak ifade edilmektedir Saltürk (6), Granger (69).

#### **4.1.1. Akciğer Kanseri Patolojisi**

Akciğer kanserleri patolojik açıdan 4 ana grupta incelenmektedir Göksel(20).

- Skuamöz hücreli karsinom (SHK)
- Adenokarsinom (AK)
- Büyük hücreli karsinom (BHK)
- Küçük hücreli karsinom (KHK).

Akciğer kanserleri, küçük hücreli (small cell) ve küçük hücreli dışı akciğer kanserleri (non-small cell) olarak iki sınıfa ayrılmaktadır Göksel (20). Skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom ve büyük hücreli karsinom küçük hücreli dışı akciğer kanseri olup, akciğer kanserlerinin yaklaşık %85'ini, %20-25'ini ise küçük hücreli akciğer kanseri oluşturmaktadır Doğan (9), Göksel (20).

#### **4.1.2. Akciğer Kanseri Etiyolojisi**

Akciğer kanseri, gelişiminde çok sayıda faktörün rol oynadığı bir hastalıktır Demir(8), Doğan(9), Aydın(30). Başta sigara olmak üzere, çevre kirliliği, mesleki karsinojenler, geçirilmiş akciğer hastalığı öyküsü ve genetik yatkınlık başlıca etkenlerdendir Maguir(21), Yılmaz(22), Can(23), Granger(69).

Akciğer kanseri gelişiminden sorumlu en önemli faktörün sigara olduğu belirtilmektedir Göksel(20), Yılmaz(22), Damadoğlu(24). Ülkemizdeki araştırmalar akciğer kanserli kadınların %17'sinin, erkeklerin %94'ünün sigara kullandığı belirtilmektedir Göksel(20). Sigara içme süresi, içilen sigara sayısı, tipi ve sigaraya başlama yaşı kanser gelişimini etkileyen faktörlerdir Yılmaz(22).

Alkol kullanımının doğrudan akciğer kanseri ile ilişkisi bilinmemektedir. Akciğer kanserli hastalarda alkol kullanım oranı diğer popülasyona oranla daha yüksektir, bu da genelde alkolün sigara ile beraber kullanımı ile açıklanmaktadır Doğan(9), Göksel(20).

Akciğer kanserine neden olan bir diğer faktör asbestozdur Göksel (20), Hocaoğlu (25), Balcı (26). Havayla taşınan ve küçük parçacıklara bölünebilen asbest, özellikle de sigara içenlerde, akciğer kanseri riskini artırdığı belirtilmektedir. Asbestoz çalışma ortamında görülen önemli bir risk faktörüdür Anant (11), Göksel (20), Damadoğlu (24). Akciğer kanserlerinin yaklaşık %3-4'ünün asbeste maruz kalmadan kaynaklandığı düşünülmektedir Aydın (28). Hava kirliliği, aktif ve pasif sigara kullanımı, dizel yakıt ile petro-kimyasal atıklar akciğer kanseri gelişimini tetikleyen önemli çevresel etkenlerdir Bradley (67), Granger (69).

Tüberküloz, interstisyel akciğer hastalığı, bronşektazi, pnömoni ve apse gibi hastalıklar da akciğerde skar oluşturabilmekte ve kanser riskini artırabilmektedir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) da bu riski yükselttiği belirtilmektedir Göksel (20), Yılmaz (22).

Genetik yatkınlık da akciğer kanseri gelişiminde etkilidir Turna (4), Saltürk (6), Doğan (9), Balcı (26). Aile öyküsünde akciğer kanseri bulunanlarda risk 5-7 kat artmakla birlikte, sigara içme öyküsü de varsa bu oran daha da yükselmektedir Göksel (20).

#### **4.1.3.Akciğer Kanseri Belirti ve Bulgular**

Akciğer kanserine bağlı belirti ve bulgular hastalığın tipine, yayılımına, tümörün büyüklüğüne ve yerleşimine bağlı farklılıklar göstermektedir. Hastalarda en sık görülen semptomlar, öksürük solunum örüntüsünde değişiklik(wheesing, stridor, dispne), göğüs duvarında ağrı, hemoptizi, anemi, ateş, disfaji ve halsizliktir Fadiloğlu (1), Can (23), Yılmaz (60). Kilo kaybı ve yorgunluk da bu hastalığın sistemik belirtileri arasında gösterilebilir Fadiloğlu(1), Yılmaz(60). Akciğer kanseri belirtileri 4 grupta toplanmaktadır Anant (11), Maguir (21), Yılmaz (22).

##### **4.1.3.1.Primer Tümör ile İlişkili Belirtiler**

Öksürük, nefes darlığı ve hemoptizi en sık gözlenen belirtilerdir. Tümör oluşumu, hava yolu obstrüksiyonuna yol açarak stridor, atelectazi, pnömoni, abse gibi bulgulara neden olmaktadır Yıldızhan (3), Maguir (21), Yılmaz (22), Özalevli ve ark (60).

#### **4.1.3.2. Torasik İçi Yayılıma Bağlı Belirtiler**

Akciğer kanserinin intratorasik yayılımı direkt uzanıma ve lenfatik yayılıma bağlı gelişmektedir. Bu yayılım sonucu sinirler, göğüs duvarı ve plevra, vasküler yapılar ve toraks içi organlar tutulur. Ses kısıklığı, kolda güçsüzlük, el kaslarında atrofi, göğüs ağrısı, plörezi ve buna bağlı nefes darlığı, disfaji gibi bulgular görülmektedir Yıldızhan (3), Göksel (20), Maguir (21), Yılmaz (22).

#### **4.1.3.3. Toraks Dışı Sistemik Metastazlarla İlgili Belirtiler**

Toraks dışı uzak metastazların en sık olduğu bölgeler kemikler, karaciğer, beyin, böbreküstü bezleri, deri ve lenf bezleridir Maguir (21), Yılmaz (22). Lokalize kemik ağrısı kemik metastazında, epigastrik bölgede ağrı, iştahsızlık varlığında karaciğer metastazında, baş ağrısı, bulantı-kusma, kişilik değişiklikleri, denge kusuru, konfüzyon beyin metastazında gözlenen belirtilerdir. Yıldızhan (3), Göksel (20), Maguir (21), Yılmaz (22).

#### **4.1.3.4. Paraneoplastik Sendromlar (PS):**

Bu bulgular akciğer kanserli hastaların yaklaşık % 10'unda görülmektedir. Akciğer kanseri ile ilişkili paraneoplastik sendromlar, hiperkalsemi, Cushing Sendromu, hipoürisemi, glomerülonefrit, trombositoz, lökositoz, eozinofili, çomak parmak, ateş, kilo kaybı vb. olduğu ifade edilmektedir Yıldızhan (3), Doğan (9), Göksel (20), Maguir (21), Yılmaz (22), Pinsky (29).

#### **4.1.4. Akciğer Kanserlerinde Tanı Yöntemleri**

Akciğer kanseri erken evrede belirti vermeyen, çoğu zaman başka nedenlerle yapılan tetkikler esnasında saptanan bir hastalıktır. Akciğer kanseri tanılama için kullanılacak yöntem, tümörün tipi, boyutu, metastaz varlığı ve hastanın genel durumu göz önünde bulundurularak seçilmektedir Balcı (26), Aydın (30).

Kullanılan tanısal işlemler:

- Semptom Ve Bulgular,
- Fizik Muayene,
- Akciğer grafisi,
- Bronkoskopi, Medistinoskopi,
- Bilgisayarlı Toraks Tomografisi, Toraks Manyetik Rezonans Görüntüleme.

Akciğer kanserinde tedavi şansını artırmada erken tanı son derece önemlidir. Tanı konduğunda akciğer kanserli olguların ortalama %80'inin (evre III, IV) ileri evrede, metastaz yapmış, ameliyet edilemeyecek durumda ve 60 yaş üstü olduğu belirtilmektedir Granger (69). Bu açıdan kullanılacak tanı yönteminin seçimi erken tanı açısından önemlidir Aydın (28), Yıldızhan (3).

Akciğer grafisi;

Bu yöntemle gözlenebilen bulgular; lezyonlardır, atelektazi, plevral efüzyon ve diyafram felcidir. Mediastinal genişleme santral bronş kanserinin akciğer grafisi ile saptanabilen bulgularındandır Candaş (3), Aydın (30), Yıldızhan (51).

Bilgisayarlı Toraks Tomografi;

Akciğer kanserini tanılama ve evrelemede kullanılan önemli bir yöntemdir. Kontrastlı çekilmesi önerilmekle birlikte, rutin olarak üst abdomenle beraber görüntülenmesi, tümörün boyutu ve yayılımı ve metastazları görüntüleyebilmektedir Yıldızhan (3), Aydın (30), Pinsky (29), Yıldızhan (51).

Toraks Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG);

Bu yöntem belli endikasyonlarda, toraks duvarı ve yumuşak dokular ile kitle ilişkisinin gösterilmesinde kullanılmaktadır. Metastaz şüphesi durumunda MRG beyin BT'ye göre daha duyarlı olabilmekte ve daha küçük lezyonları görüntüleyebilmektedir Aydın (30), Savaş (31), Yıldızhan (51).

Akciğer kanserinde FDG-PET;

PET, tomografik sintigrafi tekniği olarak bilinmektedir. Günümüzde en yaygın olarak kullanılan PET radyofarmasötüğü FDG(18F-2-floro-deoksiD-glukoz)'dir. Savaş (31), Tümkaya (50). Tümörün biyolojik yapısının incelenmesini esas alan bir yöntemdir. Tanı, evreleme ve tedavi yanıtını değerlendirmede kullanılabilir Aydın (30), Savaş (31), Tümkaya (50), Yıldızhan (51).

Mediastinoskopi;

Mediastinal hastalıkları tanılamada, akciğer kanserini evrelemede ve etyolojisi bilinmeyen mediastinal kitleleri tanılamada kullanılan bir yöntemdir. Mediastinoskopinin, kanama, enfeksiyon, ses kısıklığı, solunum güçlüğü, pnömotoraks, kalp ritim bozuklukları, ve nadiren ölüm gibi komplikasyonları gözlenebilmektedir Eldaboosy (33), Büyükkarabacak (49). Rezeksiyon öncesi mediastinoskopi ile evrelemenin genel anestezi gerektirdiği ve cerrahi rezeksiyonu geciktirdiği de bilinen bir durumdur Aydın (30), Yıldızhan (51).

Bronkoskopi;

Bronkoskopi, solunum yollarının endoskopik olarak incelenmesi işlemidir. Yüksek tanı koyma hassasiyeti ve büyük komplikasyon gelişme oranının düşük olma özelliğiyle solunum sisteminin değerlendirilmesinde oldukça değerli bir yöntemdir Turan (34), Evison (35).

#### **4.1.5.Akciğer Kanserinde Evreleme**

Akciğer kanseri evrelemesinde uluslararası TNM (primer tümör yayılımı-bölgesel lenf nodu tutulumu-intratorasik veya uzak metastaz) evreleme sistemi kullanılmaktadır. TNM evreleme sistemi prognozun belirlenmesini, tedavinin planlamasını, tedavi sonuçlarının değerlendirilmesini ve farklı merkezler arasında standart bilgi alışverişini sağlayan bir sistemdir. Her evreleme sistemi tümör tipleri, tanı yöntemleri ve tedavi seçeneklerindeki değişiklikleri kapsayacak şekilde düzenli olarak gözden geçirilip güncellenmektedir Akman(36).

## TNM Evrelemesi

### Tümör evresi (T);

T evresi, tümörün boyutuna, invazyon derecesine, endobronşiyal yerleşimine ve nodül varlığına göre belirlenmekte olup, T1, T2, T3, T4 olmak üzere farklı dört boyutta ele alınmaktadır.

### Lenf nodu evresi (N)

Nodal evre, torasik lenf nodlarının tutulumuna göre belirlenmektedir. N1,N2, N3 olarak sınıflandırılmaktadır.

### Metastaz evresi (M)

M evresi, toraks içi veya dışı metastatik yayılım durumuna göre belirlenmekte, M1a (toraks içi) ve M1b (toraks dışı) olarak iki evrede incelenmektedir Akman(36).

**Tablo 4.1.5. TNM Evrelemesi**

<i>Akciğer kanserinde 6. ve 7. sürüm TNM evrelemesi</i>		
<i>Evre</i>	<i>6.sürüm</i>	<i>7.sürüm</i>
<b>1A</b>	T1, N0, M0	T1a-T1b, N0, M0
<b>1B</b>	T2, N0, M0	T2a, N0, M0
<b>2A</b>	T1, N1, M0	T1a-T1b, N1, M0 T2a, N1, M0 T2b, N0, M0
<b>2B</b>	T2, N1, M0 T3, N0, M0	T2b, N1, M0 T3, N0, M0
<b>3A</b>	T3, N1, M0 T1-3, N2,M0	T1-T2, N2, M0 T3, N1-2, M0 T4, N0-1, M0
<b>3B</b>	T4, N0-2, M0 T1-4, N3, M0	T4, N2, M0 T1-4, N3, M0
<b>4</b>	T1-4, N0-3, M1	T1-4, N0-3, M1a-M1b



#### 4.1.6. Akciğer Kanserinde Tedavi

Akciğer kanseri, kanserden ölümlerin başında gelmekte ve 5 yıllık sağ-kalım oranı %15 olarak belirtilmektedir.

Bunun nedeneri arasında hastalığın büyük bir bölümünün ileri evrede tanılabilmesi ve bunun sonucunda tedavi etkinliğinin azalması gösterilmektedir. Akciğer kanserini tanılanma, evreleme ve buna göre tedavi yöntemi belirlenme hastalığın seyri açısından önemlidir Yıldızhan(3), Aydın(28).

Tedavi seçiminde, kanserin histolojik tipi, evresi ve hastanın genel durumu esas alınmaktadır Göksel (20). Tedavi kapsamında:

- Cerrahi Tedavi
- Radyoterapi
- Kemoterapi
- Fotodinamik Tedavi
- İmmünoterapi, perkütan ablasyon ve endobronşiyal ablasyon gibi yöntemler yer almaktadır Göksel (20), Yıldırım (37), Yılmaz (60). Akciğer kanserinde tedavi iki grupta ele alınmaktadır Yaman(38).

##### 4.1.6.1. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Tedavi(KHDAK)

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde tedavi tümörün evresi esas alınarak belirlenmektedir Yaman(38).

İnvazyon derinliği 3 mm'yi ve uzunluğu 1 cm'yi geçmeyen tümörlerde cerrahi tedavi önerilmektedir Yılmaz(22), Yaman(38).

Evre IA ve IB tümörlerin tedavisinde, cerrahi rezeksiyon uygulanmaktadır. Lobektomi ve pnömonektomi yapılan rezeksiyon türlerindedir. Daha sınırlı olgularda wedge rezeksiyon veya segmentektomi de yapılabilmektedir Maguir(21), Yılmaz(22), Yaman(38).

Evre IIA ve IIB tümörlerde, cerrahi tedavi uygulanmakta ve lenf bezi örneklemesine gidilmektedir. Işın tedavisi önerilmemekle birlikte adjuvan ışın tedvisinin yaşam süresini etkilemediği ancak nüksleri azalttığı ifade edilmiştir Maguir (21), Yılmaz (22), Yaman (38).

Evre IIIA tümörlerindeki tedavi yaklaşımı da cerrahi rezeksiyon olup, cerrahi sonrası adjuvan radyoterapinin nüksleri azalttığı, sağ kalım üzerinde etkisiz olduğu belirtilmiştir Yılmaz(22), Yıldırım (37), Yaman(38).

Evre IIIB'de, bazı olgularda (karina tutulumu gibi) cerrahi rezeksiyon uygulanabilmekle birlikte, malign plevral efüzyon durumunda kemoterapiye gidilmektedir Yılmaz (22), Yaman (38).

Evre IV tümörlerinin tedavisinde kemoterapinin tercih edildiği belirtilmektedir. Bazı durumlarda ışın tedavisi de uygulanmaktadır Yılmaz (22), Yaman (38).

#### **4.1.6.2.Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Tedavi (KHAK)**

Akciğer kanseri türleri arasında en erken ve en hızlı yayılım gösteren ve bundan dolayı tedavi şansı az olan türdür. Bu olgularda ortalama yaşam süresi 3 aydır. Uygulanan tedavi sistemik hastalıkta kemoterapidir. Hastalık sınırlı ise kemoterapinin ardından ışın tedavisi uygulanmaktadır. Çok erken evrede tanı konma şansı yakalanmışsa, cerrahi tedavi ile %30-60 oranında 5 yıllık yaşam sağlanabilmektedir. Yıldırım (37), Yaman (38).

**Akciğer kanserinde adjuvan kemoterapi;** erken evrede ameliyat sonrası nüks riskini azaltmak, lokal ileri evrede ameliyat şansını arttırmak amacıyla ameliyat öncesi radyoterapi ile beraber, ileri evrede ise palyasyon amaçlı (palyatif) uygulanabilmektedir Demir(8).

Rezeksiyon uygulanan hastalarda canlı tümör hücresi kalabilmesi, bu hücrelerin müdahalede bulunulmadığı takdirde büyüebilmesi, hastalığın semptomatik oluşu ya da asemptomatik iken takipte ortaya çıkabilmesi adjuvan kemoterapi uygulamasının gerekçeleri arasında gösterilmektedir Gülhan(7).

Adjuvan tedavide sıklıkla kullanılan kemoterapötik ajanlar; **Ağır Metaller (Cisplatin: Karboplatin), Antimetabolitler (Gemsitabin), Mitoz Üzerine Etkili Ajanlar**(Vinka alkaloidleri ve taksanlar: Paklitaksel, Doseetaksel, Vinblastine, Vinkristine, Vindesin, Vinorelbine), **Topoizomeraz İnhibitörleri** (İrinotekan, Topotekan, Etoposid)'dir Gülhan (7), Demir (8).

#### 4.2.Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ile ilgili çeşitli tanımlamalar yapılmakla birlikte genel anlamda mutluluk, doyum ve uyum olarak ifade edilmektedir Bıkmaz (5), Kapucu (39).

Sağlık, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin hedefi, hastalıkları önleme ve tedavi etmenin yanında kişinin toplum içindeki rolünün gerekliliklerini sürdürebileceği kaliteli bir hayat sürmesini sağlamaktır. Yaşam kalitesi sağlığın, fiziksel, maddi, ailesel, duygusal iyilik halinin nesnel ve öznel değerlendirmesidir. Bu değerlendirme kişinin, fiziksel sağlığı, geliri, arkadaşlık ilişkileri, aktivite durumu, sosyal rolü gibi kriterlerden aldığı doyum esas alınarak yapılır. Bu açıdan yaşam kalitesi, çok boyutlu bir kavram olmanın yanında kişi bazında ele alınacağından subjektif olarak değerlendirilebilir Akyol (41), Dedeli (13), Horn (40).

1970'lerden sonra tıp alanında kullanılmaya başlanan yaşam kalitesi, 1980'den sonra hemşirelik alanına girmiştir Kapucu(39), Akyol(41). Hemşirelik bakımında yaşam kalitesi, birey üzerindeki etkili olan sağlık, yetersizlik, anksiyete, depresyon, entelektüel ve seksüel fonksiyon, günlük yaşam aktiviteleri, kişinin yaşamından doyum alması ve sosyal destek gibi boyutlarda ele alınmaktadır Akyol(41), Kapucu(39).

Bireylerin sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinden sorumlu olan sağlık profesyonelleri bu sorumluluğa yönelik koruyucu önlemler, tanı ve tedavi programları geliştirmek için çalışmalar yapmaktadır. Koruyucu önlemlerin yetersiz kalması ve bireylerin sağlık durumlarının kötüleşmesi durumunda yaşamın sürdürülmesine yönelik bazı tedavi girişimleri, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durumda sunulan sağlık hizmetinin amacı; sadece yaşam süresini uzatmak değil; kişilere sorunlarla etkin başa çıkmada, öz bakım gücünü

geliştirerek kendi kendine yetebilmeyi sağlamada rehber olmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu da yaşam kalitesinin sağlığa ilişkin boyutunu ortaya koymaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesi; bireylerin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. Bu açıdan bakıldığında, hastalık durumunda uygulanan tedavi sonrasında bireylerin, günlük yaşam aktivitelerini ne derecede yapabildikleri ve emosyonel olarak ne durumda oldukları belirlenerek yaşam kalitelerine ilişkin değerlendirmeler yapılması gerekmektedir Gültekin (10), Koltarla (17), Karadakovan (42).

Yaşam kalitesi günümüzde çeşitli ölçekler kullanılarak belirlenmekte ve bireylerin; fiziksel, sosyal, emosyonel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık algı durumları değerlendirilmektedir. Yaşam kalitesi ölçeğinde olması gereken nitelikler; geçerlik, güvenilirlik ve duyarlılıktır Yazgan(79).

#### **4.2.1.Akciğer Kanseri ve Yaşam Kalitesi**

Kanser hastalığının tanınması ve tedaviye başlanması; birey ve ailesinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik dengelerini bozmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir Bıkmaz (5), Doğan(9), Çalışkan (12), Koltarla (17), Altıparmak(43).

Akciğer kanserli bireyler hastalık sürecinden kaynaklanan belirtilerin yanında kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, kilo kaybı, saç dökülmesi bulantı, kusma, yorgunluk, solunum güçlüğü ve bunlara bağlı anksiyete, korku, depresyon, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalar gibi ruhsal semptomları da belirgin şekilde yaşamaktadırlar. Bu gibi semptomlarla ilişkili rahatsızlıkların kanserli hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu ve tedavi önerilerine uyumu zorlaştırdığı belirtilmiştir Gülhan(7), Koltarla(17), Göksel(20), Altıparmak(43).

Bazı çalışmalarda da bu durumun tersi de görülmüştür. Gürler ve ark'nın yaptığı çalışmada, kemoterapi gören hastaların ortalama yaşam kalitesinde anlamlı bir artış olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışma kemoterapinin sanıldığı gibi yaşam kalitesini düşüren bir tedavi yöntemi olmadığını, özellikle ilk üç kürde yaşam kalitesini artırdığının düşünülebileceğini belirtmiştir Gürler ve ark (44).

Uygulanan tedavilerin değerlendirilmesinde tedavinin etkinliği, yeterli bir kıstas değildir. Tedavinin amacı, semptom yönetiminin sağlanmasının yanında yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir Bıkmaz (5), Doğan (9), Koltarla (17).

Akciğer kanserlerinin fazla görülmesi ve insan yaşamını olumsuz yönde etkilemesi yaşam kalitesi yönünden kaygılar doğurmaktadır. Kanser tedavisine yönelik hemşirelik bakımı, tetkikleri değerlendirme, kanser cerrahisi sonrası bakım, kemoterapi uygulaması, tedavi sonrası görülen semptomlarla baş etme stratejileri geliştirmeyi kapsamaktadır. Ayrıca hemşireler, hasta bireyleri ve ailelerini bilgilendirilerek hemşirelik bakımına dâhil etme sorumluluğu taşımaktadırlar Doğan(9), Çalışkan(12), Altıparmak(43).

Akciğer kanserli hastalarda uzun süre hastanede kalma, geçmeyen ağrı, öz bakım yetersizliği, solunum yetersizliğine bağlı yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirememesi hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hemşirenin bu durumlarda hastaya nitelikli ve etkin bakım verebilmesi için bu alanlardaki yenilikleri takip etmesi ve bunları hasta bakımına dâhil etmesi gerekir. Bu doğrultudaki çalışmalar, hemşirelerin hastaya sunacakları bakımın kalitesini arttırmaya yönelik daha planlı girişimlerde bulunmalarını ve yaşam kalitelerini yükseltmeyi sağlayacaktır Doğan (9), Altıparmak (43).

Hemşirelik bakımı, sağlığın korunması, hastalık tedavisi, tedavinin yan etkilerinin önlenmesini içeren ikincil koruma, iyileştirme ve sağlığın yükseltilmesi süreçlerini kapsayan bütün hemşirelik faaliyetlerini içermektedir. Hemşire hastayı bütün yönleriyle ele alarak mevcut sağlığı hakkında veri toplayabilir ve bu verileri değerlendirerek bakım stratejisi geliştirebilir. Ayrıca hemşire bakım verirken hastanın bozulan sağlığının yanında yaşam kalitesini de değerlendirir. Sağlık hizmetleri felsefesine göre, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol konumundadır. Bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde hemşireler; ekip işbirliği ve bütüncül yaklaşımla hastaların yaşam kalitesini değerlendirmeli ve gerekli bakım planlamaları yaparak girişimlerde bulunmalıdır Kapucu(39), Altıparmak(43).

### 4.3. Sosyal Destek

1970'lerin ortalarında araştırmacılar ve sağlık çalışanları tarafından kanserle ilgili çalışmalarda kullanılmaya başlanan sosyal destek, günümüzde de bu alanda sık kullanılan bir kavramdır. Sosyal destek, kişiye, eş, aile, arkadaş vb. tarafından sağlanan maddi, manevi yardım olarak ifade edilmektedir. Bireyler kendilerini yetersiz hissettiği zaman sosyal ağını oluşturan kişilerden destek almaktadır alışkan (12), Eylon (45).

Kanser, beraberinde fiziksel, ruhsal ve sosyal problemler getiren bir durumdur. Sağlık durumunun bozulmasıyla, suşreklilik kazanan kaygı bireylerde ruhsal yıpranmaya neden olmakta ve daha fazla destek ihtiyacı hissettirmektedir alışkan (12). Desteğin etkin sağlanımının, hasta bireyler üzerinde, tedaviye uyum sürecini kolaylaştırıcı, iyileşme sürecini hızlandırıcı, ve buna bağlı olarak da yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olduğu belirtilmektedir Koltarla (17), Akyol(41), Eylon (45).

Sosyal destek tedavi sırasında iyileşmenin fizyolojik mekanizmasını ve sonrasında da yaşama uyumu kolaylaştırmaktadır. Bunun da ötesinde hastalığın tanılanma aşamasında sağlanan sosyal desteğin sağ kalım süresinin uzaması ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir alışkan (12), Eylon (45).

Hastalığın stresi artırması durumunda sağlanan sosyal destek, bireyin sürece uyumunu kolaylaştırarak olumsuzluklara karşı tampon görevi görmektedir. Hemşirelik bakımında sağlanan sosyal destek, bireyin sorunlarıyla baş etmede, anksiyeteyi azaltmada, benlik saygısını artırmada önemli bir rolü vardır. Bu bakımda sosyal destek tutum olarak, bireyi kabullenmeyi, aktif dinlemeyi, anlamayı, kabullenici ve paylaşımcı bir atmosfer oluşturmayı, özel olarak destek; ise hem kişilerarası ilişki hem de fiziksel bakım boyutunda birey ve ailenin rahatını sağlamayı hedefler Bıkmaz(5), alışkan(12), Eylon(45).

İnsan sosyal bir varlık olarak toplum içinde yardımlaşma ve işbirliği ile var olabilen ve kendisini gerçekleştirebilen bir konumdur. Bu açıdan bakıldığında bireylerin hastalık durumunda da, hastalıkla etkin mücadelede ve yaşam kalitelerini yükseltmede yardım ve işbirliğine dolayısıyla da sosyal desteğe ihtiyacı vardır Bıkmaz(5), Çalışkan(12), Eylen(45).

#### **4.4.Akciğer Kanserinde Hemşirelik Bakımı**

Kronik hastalıklar; hastanın fonksiyonel kapasitesini azaltan, uzun süreli tedavi rejimine uyumu ve takibi gerektiren; çok yönlü problemleri beraberinde getiren hastalıklardır Fadiloğlu(1). Kanser tüm dünyada ölüme neden olan kronik hastalıkların başında yer alanlar arasındadır. Akciğer kanseri ise günümüzde sık rastlanan ve en yüksek ölüm oranlarına sahip kanser türleridendir Fadiloğlu(1), Metin(15), Şen(16), Aydın(28).

Ülkemizde hemşireler akciğer kanseri tanısı ile tedavi gören hastalara ayaktan tedavi ünitesi, yataklı tedavi bölümü (radyoterapi, kemoterapi, cerrahi), özel muayenehane ve ev gibi pek çok alanda hizmet vermektedir. Her alanda hemşire genel olarak hastanın tanı yöntemlerine hazırlanmasına destek olmakta, tedavi ve bakımını sürdürmede ve hastalığa-tedaviye bağlı sorunları yakından takip ederek yönetimini sağlamaktadır Fadiloğlu(1), Durna( 27).

Akciğer kanseri tanısının konması ile hastanın tanıyı kabullenme, tedaviyi sürdürme, sosyal sorunlarla baş etme, ailesel sorumlulukları devam ettirme gibi tanıdan tedaviye ve sonrası döneme ilişkin pek çok soru ve sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Kişilik yapısına önceki yaşam deneyimine dayanarak farklı emosyonel tepkilerde bulunabilmektedir.

Bu durumda hemşire, hasta ve ailesinin gereksinimleri doğrultusunda psikososyal sorunlarla baş etmelerinde destek olacak kaynakları tanımlamakta ve baş etme becerilerini etkili bir şekilde kullanmalarını sağlamalıdır. Gerektiğinde hastadan sorumlu hekim ve liyezon psikiyatrisinde çalışan uzmanlarla iletişime geçerek hastaya uygun tedavi yaklaşımını başlatmakta, tedavi aşamasında da hastanın kendi ile ilgili kararlarda aktif rol üstlenmesini sağlamaktadır Fadiloğlu(1), Durna(27).

Akciğer kanserine bağlı belirti ve bulgular hastalığın tipine, yayılımına, tümörün büyüklüğüne ve yerleşimine bağlı farklılıklar göstermektedir. Akciğer kanserinin erken evrelerinde semptomlar genellikle görülmez Anant(11). Hastalarda en sık görülen semptomlar, öksürük solunum paterninde değişiklik(wheesing, stridor, dispne), göğüs duvarında ağrı, hemoptizi, anemi, ateş, disfaji ve halsizliktir. Anoreksi, kilo kaybı ve yorgunluk da bu hastalığın sistemik belirtileri arasında gösterilebilir. Semptomların yönetiminde hemşirelik bakımının amacı, bu sorunları kontrol altına alarak, hastanın rahatını ve yaşam kalitesinin devamını sağlamaktır Anant(11), Durna(27).

Akciğer kanserinde, tümör infiltrasyonunun neden olduğu bronşial mukozadaki iritan reseptörlerin stimülasyonuna veya sekresyon artışına bağlı gelişen etkisiz hava yolu temizliği, hastanın uyku kalitesinin bozulmasına, göğüs ağrısına ve hemoptiziye neden olmaktadır. Bu sorunla baş etmede hemşire, hastayı solunum sıklığı, tipi, sekresyon yoğunluğu yönünden takibe alıp, etkili solunumu sağlayacak girişimlerde bulunmalıdır. Sekresyon artışına bağlı olarak hastada gaz alış-verişinde yetersizlik olabilir. Yaşanan dispnenin şiddetine göre hemşire her şift başı veya gerektiğinde daha sık aralıklarla hastanın arterial kan gazı değerlerini, cild ve mukoza rengini, kapiller dolum zamanını, mental durum değişikliklerini değerlendirmeli ve kayıt altına almalıdır. Üst düzeyde dikkat edilmesi gereken bu girişimlerde öncelikli olarak, ameliyet öncesinde, hareket, öksürme ve derin solunum egzersizleri konusunda hastanın bilgilendirilmesi; ameliyat sonrasında ise bu egzersizleri uygulamasına yardımcı olunmalıdır. Derin solunum egzersizlerinde hastaların spirometre kullanması, fizyolojik olarak doğru egzersiz yapılmasını sağlar ve solunum çabalarını görselleştirerek işlemin etkinliğini artırır Aksoy(46).

Semptom yönetimi için de hastaya semi-fowler pozisyonu vererek rahat nefes almasını sağlamalı ve yatak istirahatine alarak ilaç ve oksijen tedavisine başlamalıdır Fadiloğlu(1), Aksoy(46).

Hastalığın yerleşimine ve hastalığın yayılması sonucu hastalar tarafından sık ifade edilen durumlardan biri de ağrıdır. Akciğer kanseri, en sık ağrıya neden olan kanser türleri arasında yer almakta ve yapılan çalışmalarda akciğer kanseri hastalarının %47'sinde ağrı görüldüğü belirtilmektedir Fadiloğlu(1), Anant(11),



Aksoy(46). Ağrıyı oluşturan etken, ağrının yeri, niteliği ve şiddeti dikkate alınarak yapılan tanılama bulguları ışığında, farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı tedavi yöntemleri uygulanır. Ağrısı olan hastaya hemşire, hekimin önerdiği anejeziklerin kullanımının yanı sıra hastaya ağrı ile baş etmede kullanabileceği non-farmakolojik yaklaşımların(gevşeme teknikleri, hayal kurma, masaj, hipnoz, sıcak-soğuk uygulama...) etkin kullanımını da sağlamalıdır Fadiloğlu(1), Bıkmaz(5), Anant(11), Aksoy(46), Mcguire(47).

Çoğu zaman ileri evrede teşhis edilebilen akciğer kanserinde, tedavide kullanılan kemoterapi önemli bir yer tutarken bir çok sistemde de yan etkiler oluşturmaktadır. Sistemik kemoterapinin başlıca yan etkilerinden olan bulantı kusma; hastanın hayat kalitesini önemli derecede etkilerken tedaviye uyumunu da zorlaştırmaktadır. Kemoterapiye bağlı bulantı kusmaları etkin bir şekilde önlemek çok önemlidir. Kemoterapi öncesi bulantı kusmaya karşı koruyucu tedavi planlaması iyi yapılmalıdır. Özellikle yüksek ve orta düzeyde emetojenik potansiyeli olan ilaç kullanan hastalarda akut ve geç dönem emezisi önlemek için tedavi hastaya uygun bir şekilde önceden düzenlenmelidir Durna(27), Aksoy(46).

**Vücut gereksiniminden az beslenme;** hastalığa ya da bulantı-kusma, iştahsızlık, stomatit, özofajit gibi uygulanan tedavinin neden olduğu yan etkilere bağlı bir sorun olarak ortaya çıkabilir. Hemşire hastanın beslenmesini sağlayacak girişimlerde bulunmalı ve hastayı desteklemelidir. Yeterli kalori alımının bireyin sağlığını geri kazanmadaki önemi hasta ve ailesine açıklamalı ve sağlıklı besin alımı yönünde teşvik edilmelidir. Diyetisyen ile işbirliğine gidip, hastanın diyetinin sevdiği yiyeceklerden oluşturulmasını, yeterli sıvı ve kalori alımını sağlamalıdır Fadiloğlu(1), Bıkmaz(5), Durna(27).

**Etkisiz baş etme;** ilk tanı aşamasında başlayıp, tedavi boyunca ortaya çıkan önemli sorunlardan birisidir. Tedavi süresi boyunca hemşirenin gözetimi altında olan hasta, duygu-durumdaki değişiklikleri çoğu zaman hemşireyle paylaşmaktadır. Hemşire hasta ile terapötik ilişki kurmalı, sorunlarla etkili baş etmede strateji geliştirmesini desteklemelidir Aksoy (46).

**Yorgunluk;** hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirilmesini engelleyen inatçı, subjektif bir halsizlik hissidir ve hastalar tarafından güçsüzlük, halsizlik, bitkinlik, dikkatini bir şeylere yoğunlaştırmada zorlanma, kuvvetsizlik, uykusuzluk ve motivasyon eksikliği gibi farklı ifadeler kullanılarak tanımlanmaktadır. Akciğer kanserinde yorgunluk önemli bir sorundur ve insidansı hastanın klinik durumuna bağlı olarak (kanser tedavisi planlanan hasta, tedavi sonrası takip döneminde olan hasta, terminal dönem hastası) farklılık göstermektedir. Akciğer kanseri tanısı ile tedavi gören hastalarda yorgunluğun insidansı %80 iken, tedavi sonrası dönemde bu oran %57'dir. Akciğer kanseri tanılı hastalarda yorgunluğun yönetimini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Öneriler genellikle tüm kanser hastalarının katılımı ile gerçekleştirilen çalışma sonuçlarına dayanmaktadır: farmakolojik yaklaşımlar genellikle yorgunlukla ilişkili özel ve reversibl semptomların belirlenmesine ve tedavi edilmesine, nonfarmakolojik yaklaşımlar ise egzersizin, uyku ve istirahatın, yeterli beslenmenin ve psikososyal desteğin kullanımına odaklanmaktadır Bıkmaz (5), Durna (27), Aksoy (46).

Hastalığın seyrine göre, akciğer kanseri tanısı konan hastalara cerrahi tedavi, kemoterapi, veya radyoterapi tedavisi uygulanabilir Aydın (28). Bu doğrultuda uygulanan tedavi yaklaşımına bağlı olarak uygulanacak hemşirelik bakımı da farklılık göstermektedir. Genel anlamda her tedavi uygulama öncesi hemşire, uygulanacak tedavinin neden olacağı sorunlarla ilgili hasta ve ailesini bilgilendirir. Sonraki aşamalarda da ortaya çıkan sorunları izler, sorunların önlenmesinde ve iyileşmesinde etkili girişimleri planlar. Cerrahi girişim planlanan hastalarda hemşire; ameliyat öncesi hasyayı bilgilendirir ameliyat sonrası ise; hastanın genel durumunu takip eder, hastanın sıvı elektrolit dengesini sürdürür, ağrı, gaz alışverişinde bozulma, enfeksiyon, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ve anksiyete gibi sık görülen sorunlarda gerekli girişimlerde bulunur Fadiloğlu (1), Bıkmaz (5), Durna (27), Aksoy (46).

Radyoterapi ve kemoterapi uygulanacak hastalarda hemşirelik bakımının amacı, tedavi süresince ortaya çıkan sorunları kontrol altına alıp hastanın rahat bir tedavi süreci geçirmesini sağlamaktır. Hemşire hasta ve ailesine tedavinin neden olacağı yan etkiler ve bunlarla baş etme stratejileri ile ilgili bilgilendirme yapması, gerekli eğitimleri planlaması gerekmektedir Durna (27), Aydın (28).

#### 4.4.1.Akciğer Kanserli Hastada Palyatif Bakım

Palyatif bakım, hastalığa bağlı ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrı ve diğer problemlerin, erken tanılama ve değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel ihtiyaçların karşılanarak acı çekmenin hafifletilmesi ve önlenmesine yönelik uygulamaların yer aldığı, yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır Can (23), Janssons (32). Akciğer kanserinin tüm evrelerinde palyatif bakım uygulanabilmektedir. Yaşam sonu bakım hariç palyatif bakım fiziksel ve ruhsal tüm semptomların giderilmesine olanak sağlar Can (23).

Palyatif bakımın amacı, bireyin içinde bulunduğu kültürel ve yerel değer, inanç ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin iyileştirilmesi ve semptomların kontrol edilerek, acının hafifletilmesi ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

Palyatif bakım bilinci; psikolojik, sosyal ve spiritüel destek sunan, ağrı ve diğer belirtilerin kontrolünü amaçlayan; ileri progresif hastalığa sahip bireylerin aktif ve total bakımındır Can (23).

Etkili palyatif bakım bütüncül bir yaklaşımla hasta ve ailenin gereksinimlerine odaklanır. Hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri, din görevlisi bu ekipte önemli bir role sahiptir. Palyatif bakım ekip üyesi olan hemşire, hasta ve ailesinin gereksinimlerini saptamalı ve gerekli girişimlerde bulunmalıdır. Hastalarla etkili iletişime geçmeli, hastayı dikkatle dinlemeli, hasta ve ailesinin bilgi ve kararlarına saygı duymalıdır. Hemşire kendi yeteneklerinin ve sınırlarının farkında olmalı, bilgi ve becerisini sürekli yenilemeli, hasta ve ailesine etkin bakım konusunda gerekli girişimlerde bulunmalıdır Can (23), Elçigil (48).

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde palyatif bakım; semptom yönetimini, psikososyal konularda karar verme sürecine ve yaşam kalitesine odaklanmıştır, erken palyatif bakım girişimleri hastalara birçok yarar sağlamakta, yaşam kalitesini yükseltmekte, sağ-kalım süresine olumlu etki ettiği belirtilmektedir Can (23), Janssons (32). Yapılan planlı palyatif bakım vizitleri ile hastaların yoğun bakım ünitelerine yatmaları engellenir, eve yollandıktan sonra hastaneye tekrarlı yatışlar azalır, ciddi semptomlarda azalma görülür, daha iyi yaşam kalitesi, daha az ağrı, nefes

darlığı, depresyon ve bulantı görülür, tıbbi bakım sürecinde hasta ve ailenin değerlerine, amaçlarına, seçimlerine saygı gösterilir ve bunları planlanmasına önem verilir. Sürecin bu şekilde sürdürülmesi hasta ve aile üyelerinde daha fazla memnuniyet duyulmasına olanak sağlar Can(23), Jonssons(32), Elçigil(48).



## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı Ve Tipi**

Araştırma, küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ile sosyal destek düzeylerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlandı.

### **5.2. Araştırma Soruları**

- Akciğer kanserli hastalarda cerrahi ve kemoterapi yaşam kalitesini nasıl etkiler?
- Akciğer kanserli hastalarda sosyal desteğin yüksek olması yaşam kalitesini etkiler mi?
- Akciğer kanserli hastalarda sosyal destek tedavinin seyrini nasıl etkilemektedir?
- Sosyal destek düzeyi ile yaşam kalitesi birbiriyle ilişkili midir?

### **5.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesinde, 28.12.2015 - 06.06.2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Bu ünite haftanın beş günü 08.00-16.00 saatlerinde hizmet vermekte, üniteye günde ortalama 35 hasta başvurmakta, tek bir salonda 35 koltuk bulunmakta ve beş hemşire çalışmaktadır.

### **5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesine tedavi amacıyla başvuran hastalar, örnekleme ise bu hastalardan araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalar oluşturdu.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- KHDAK tanısıyla ameliyat olan,
- Terminal dönemde olmayan,
- İletişim kurma engeli bulunmayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden şekilde belirlendi.

2015 yılı içinde Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesine başvuran ve araştırma kriterlerini karşılayan toplam 165 hasta olduğu görüldü. Evren sayısı 165 olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde izlenen yol aşağıdaki gibidir. Önsel bilgilerden yola çıkarak; p = %50; p= %50 olarak dikkate alınmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

n: örnekleme alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı

q:İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen ± örnekleme hatası

$$n = \frac{(165)(1,96)^2 (0,50)(0,50)}{(0,05)^2 (165 - 1) + (1,96)^2 (0,50)(0,50)} = 115,6 \quad \text{olarak}$$

hesaplanmıştır.

Araştırma, 28.12.2015 - 06.06.2016 tarihlerinde, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesine başvuran hastalar arasında araştırma kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden 150 hasta ile tamamlandı.

Evren sayısı 165, %95 güven aralığında,  $\pm\%5$  örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 115,6 olarak hesaplanmıştır. Evren genellemesi yapılabilmesi ve temsil edilebilmesi için alınması gereken gözlem (anket) sayısı en az 116 olmalıdır. Kayıp verilerin olabileceği düşünülerek çalışmaya 150 hasta alınmıştır.

## **5.5. Veri Toplama Araçları**

Veriler üç form aracılığıyla toplanmıştır;

- Hasta tanılama formu,
- Yaşam kalitesini değerlendirmek için; EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi ölçeği kullanıldı.
- Algılanan sosyal desteği belirlemek için; Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBSDÖ) kullanıldı.

### **5.5.1.Hasta Bilgi Formu**

Hasta bilgi formu, akciğer kanserli hastaların yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyebileceği kabul edilen değişkenleri (kişisel özellikler ve hastalıkla ilgili özellikler) içeren ve iki bölümden oluşan değerlendirme formudur.

Formun birinci bölümünde kişisel özellikler (hastanın yaşı, cinsiyeti, boyu, kilosu, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, sosyal güvencesi, çocuk sayısı ve aile tipi) değerlendirilirken, ikinci bölümünde hastalıkla ilgili özellikler (hastalığın tanısı ve ne zaman teşhis edildiği, aldığı kemoterapi kür sayısı, hastalığına ve tedavisine uyum sağlayabilme durumu, hastalığı algılama durumu, sigara ve alkol kullanımı) ele alındı.

### 5.5.2.Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QLQ-C30)

EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Reseach and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 version 3.0), kanserli hastaların değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan ve Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeğidir Beşer(54), Güzelant(55) , Aaronson(56).

EORTC QLQ-C30 Version 3,0, Genel Sağlık Durumu Ölçeği (GHS), Fonksiyonel Ölçek (FS), Semptom Ölçeği (SS) olmak üzere üç bölüm ve 30 sorudan oluşmaktadır. 15 sorudan oluşan fonksiyonel ölçek; fiziksel fonksiyon (1–5), rol fonksiyonu (6 ve 7), emosyonel fonksiyon (21–24), bilişsel fonksiyonu (20 ve 25), sosyal fonksiyon (26 ve 27) soruları ile bireylerin günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmektedir. 13 sorudan oluşan semptom ölçeğinde; yorgunluk (10,12,18), bulantı ve kusma (14,15), ağrı (9,19), dispne (8), uykusuzluk (11), iştah kaybı (13), konstipasyon (16), diyare (17), mali zorluklar (28) soruları ile hastanın hayat kalitesini etkileyen spesifik belirtiler belirlenebilmektedir. (29,30) soruları ise hastanın bir bütün olarak hayat kalitesini değerlendirmesine olanak sağlamaktadır. Fonksiyonel ve semptom ölçeklerini gösteren 28 soruda, her soru için hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan), çok (4 puan) şeklinde dört alternatif yer almaktadır. Genel sağlık durumu ölçeğinde ise çok kötü ve mükemmel arası 1'den 7'ye kadar bir puanlama sistemi vardır.

EORTC QLQ-C30'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğini, Güzelant ve ark.'ları akciğer kanserli hastalar üzerinde kanıtlanmıştır. Bu anket formunda fonksiyonel, semptom ve genel sağlık skorlarından 0 ile 100 puan arasında yapılan bir puanlama sistemi mevcuttur. Hastaların fonksiyonel ölçek ve genel sağlık durum puanınının yüksek, semptom puanınının ise düşük olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir Beşer(54), Güzelant(55), Aaronson(56), Fayers(57).



**Tablo 5.5.2. EORTC QLQ alt ölçekleri, soru numaraları ve ölçekten alınabilecek minimum ve maximum puanlar**

<b>EORTC QLQ alt ölçekleri</b>	<b>Soru numaraları</b>	<b>Minimum Puan</b>	<b>Maximum Puan</b>
<b>Genel İyilik Hali</b>	29, 30	0.00	100.00
<b>Fonksiyonel Güçlükler</b>		0.00	100.00
Fiziksel Fonksiyonlar	1,2,3,4,5	0.00	100.00
Rol Fonksiyonları	6,7	0.00	100.00
Emosyonel Fonksiyonlar	21,22,23,24	0.00	100.00
Bilişsel Fonksiyonlar	20,25	0.00	100.00
Sosyal Fonksiyonlar	26,27	0.00	100.00
<b>Semptomlar</b>		0.00	100.00
Yorgunluk	10,12,18	0.00	100.00
Bulantı, Kusma	14,15	0.00	100.00
Ağrı	9,19	0.00	100.00
Solunum Güçlüğü	8	0.00	100.00
Uyuma Güçlüğü	11	0.00	100.00
İştah Kaybı	13	0.00	100.00
Konstipasyon	16	0.00	100.00
Diyare	17	0.00	100.00
Ekonomik güçlük	28	0.00	100.00

### **5.5.3.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988’de geliştirilen ‘Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği’nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliğini 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ancak bu çalışmaya kadar ülkemizde standart bir sosyal destek ölçeği olmadığı için, sosyal destek kaynaklarının faktör yapılarının diğer

kültürlerle benzer olup olmadığını bilmenin mümkün olmadığı düşünülerek 2001 yılında tekrar Eker ve ark'ları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği tekrar çalışılmıştır. Her biri 4 maddeden oluşan, destek kaynağına ilişkin 3 grup (aile, arkadaş, özel insan) içeren toplam 12 sorudan oluşmuştur. Her madde 7 aralıklı ölçek kullanılarak değerlendirilmektedir. Özel insan olarak ele alınan grupta; flört, akraba, komşu, doktor, hemşire gibi kişilere yer verilmektedir. Algılanan sosyal destek toplam puanı, yanıtlanan sorulardan gelen toplam puan olarak hesaplanmıştır. Ölçekten 12 ile 84 arasında herhangi bir puan alınabilmekte, elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğinde yüksek olduğunu göstermektedir Eker ve ark(52), Eker(53).

### **5.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması**

Araştırma, izin alınan hastanenin kemoterapi ünitesinde tedavi gören ve ameliyat olmuş Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri hastalarla yürütüldü. Bireylere araştırma hakkında bilgi verildikten ve onamları alındıktan sonra Hasta Bilgi Formu, Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu. Veriler katılımcı tarafından doldurulması 15-20 dk sürmüştür. Araştırmanın uygulaması Aralık 2015 - Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından toplanmıştır.

### **5.7. Verilerin İstatistiksel Analizi**

Araştırmadaki veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22,0 programı kullanılarak değerlendirilmiş, değerlendirmede istatistiksel yöntem olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Hipotez testlerinin uygulanmasında normal dağılım varsayımları dikkate alındı. Bağımlı değişkenlerin tanımlayıcı özelliklere göre normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri uygulandı. Normal dağılım varsayımını sağlayan değişkenlerin farklılıklarının belirlenmesinde parametrik yöntemler, normal dağılım varsayımını sağlamayan değişkenlerin farklılıklarının belirlenmesinde non-parametrik hipotez testleri uygulandı. Verilerin analizinde parametrik yöntemler olarak bağımsız iki grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi

sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı Post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Verilerin analizinde non-parametrik yöntemler olarak iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Man Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Whallis testi kullanılmıştır. Kruskal Whallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-U testi testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **5.8. Araştırmanın Etik Yönü ve Sınırlılıkları**

Çalışmaya başlamadan önce çalışmaya katılacak hastalara çalışmanın amacı, nerelerde yapıldığı, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklanarak hastalardan onam alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi etik kurulu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinden gerekli izin yazıları alınmıştır (EK 2).

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin, hastalığın farklı evrelerinde olup çeşitli tedaviler alması, aldıkları kemoterapi kür sayısının farklılığı ve bunların her hastada farklı tepkilere yol açması, araştırmanın tek merkezde yürütülmesi çalışmanın önemli bir sınırlılıklarıdır.

## 6. BULGULAR

Bu bölümde Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kemoterapi Ünitesine tedavi amacıyla başvuran Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri hastaların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destek düzeylerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular ve istatistiksel veriler tablolar halinde verildi. Çalışmamız da toplam 150 hasta değerlendirildi.

**Tablo 6.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n:150)**

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş	49 Ve Altı	22	14,7
	50-59	50	33,3
	60-69	57	38,0
	70 Ve üstü	21	14,0
Cinsiyet	Erkek	135	90,0
	Kadın	15	10,0
Medeni Durum	Evli	123	82,0
	Bekar	8	5,3
	Dul	19	12,7
Eğitim Durumu	Okur-yazar	9	6,0
	İlköğretim	76	50,7
	Ortaöğretim	51	34,0
	Yükseköğrenim	14	9,3
Sosyal Güvence	Yok	12	8,0
	Emekli Sandığı	14	9,3
	Sgk	112	74,7
	Bağkur	12	8,0
Aile Tipi	Geniş Aile	12	8,0
	Çekirdek Aile	138	92,0
Çocuk Sayısı	0	5	3,3
	1	15	10,0
	2	39	26,0
	3	38	25,3
	4	37	24,7
	5 Ve üstü	16	10,7

Elde edilen verilere göre hastaların 21'i (%14,0) 70 yaş ve üstü, 135'i (%90,0) erkek, 123'ü (%82,0) evli, 76'sı (%50,7) İlköğretim mezunu, 112'sinin (%74,7) sosyal güvencesi Sgk, 138'i (%92,0) çekirdek aile ve 39'u (%26,0) 2 çocuk sahibi olarak dağılmaktadır.

**Tablo 6.2. Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özellikler (n:150)**

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Teşhis Zamanı	0-6 Ay	117	78,0
	6 Ay-1 Yıl	22	14,7
	1 Yıl Ve üzeri	11	7,3
Kemoterapi Tedavi Kür Sayısı	1	14	9,3
	2	33	22,0
	3	43	28,7
	4	50	33,3
	5 Ve üstü	10	6,7
Hastalığı Algılama Durumu	Tedavi Edilen Bir Hastalık	17	11,3
	Uzun Süre Tedavi Gerektiren Bir Hastalık	121	80,7
	Kolay Tedavi Edilen Bir Hastalık	12	8,0
İlaç Tedavisine Uyum Sağlama Durumu	Evet	112	74,7
	Hayır	38	25,3
İlaçlar Hakkında Düşünce	Tedavi Edeceğine İnanıyorum	25	16,7
	Tedavi Edecek Ama Yan Etkisi Var	88	58,7
	Diğer	37	24,7
Sigara Kullanma Durumu	Evet	136	90,7
	Hayır	14	9,3
Sigara Kullanma Süresi	5-10 Yıl	31	22,8
	10 Ve üzeri	105	77,2
Günlük Tüketilen Sigara Adedi	11-20 Adet	52	38,2
	21 Ve üzeri	84	61,8
Alkol Kullanım Durumu	Evet	80	53,3
	Hayır	70	46,7
Alkol Kullanım Sıklığı	Hergün	10	12,5
	Haftada 1-2	23	28,7
	Ayda 1-2	38	47,5
	Diğer	9	11,2

Yapılan analizler sonucunda hastaların, teşhis zamanınının 117'sinin (%78,0) 0-6 ay olduğu, kemoterapi tedavi kür sayısının 50'sinin (%33,3) 4 olduğu, 112'sinin (%74,7) hastalığa uyum sağlayabildiği, 121'inin (%80,7) hastalığı uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak gördüğü, 112'sinin (%74,7) ilaç tedavisine uyum sağlayabildiği, 88'inin (%58,7) hastalığın tedavi edilebilir ancak tedavinin yan etkisinin de olduğunu düşündüğü, 136'sının (%90,7) sigara kullandığı, 105'inin (%77,2) 10 yıl ve üzeri süredir sigara kullandığı, 84'ünün (%61,8) 21 adet ve üzeri sigara tükettiği, 80'inin (%53,3) alkol kullandığı ve alkol kullanım sıklığınının 38'inde (%47,5) ayda 1-2 olduğu görüldü.

**Tablo 6.3. EQRTC VE ÇSDÖ Puan Ortalamaları (n:150)**

	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
<b>Genel İyilik Hali</b>	<b>45,222</b>	<b>18,276</b>	<b>8,330</b>	<b>91,670</b>
<b>Fiziksel Güçlükler</b>	<b>58,133</b>	<b>20,156</b>	<b>6,670</b>	<b>100</b>
Fiziksel Fonksiyon Skoru	52,178	24,164	0,000	100
Rol Fonksiyon Skoru	44,556	25,726	0,000	100
Emosyonel Fonksiyon Skoru	57,500	25,338	0,000	100
Bilişsel Fonksiyon Skoru	85,222	19,361	33,330	100
Sosyal Fonksiyon Skoru	60,778	22,364	0,000	100
<b>Semptomlar</b>	<b>39,385</b>	<b>16,575</b>	<b>0,000</b>	<b>79,490</b>
Yorgunluk Skoru	59,849	24,729	0,000	100
Bulantı Kusma Skoru	32,333	20,907	0,000	100
Ağrı Skoru	39,111	22,184	0,000	100
Dispne Skoru	51,111	28,026	0,000	100
Uykusuzluk Skoru	30,444	26,458	0,000	100
İştah Kaybı Skoru	40,222	23,585	0,000	100
Kontipasyon Skoru	31,556	30,844	0,000	100
Diyare Skoru	12,889	19,611	0,000	66,67
Mali Zorluk Skoru	22,444	26,615	0,000	100
<b>Algılanan Sosyal Destek Genel</b>	<b>41,367</b>	<b>14,243</b>	<b>16,000</b>	<b>84,000</b>
Aileden Algılanan Sosyal Destek	20,800	5,705	8,000	28,000
Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	9,067	5,218	4,000	28,000
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	11,500	5,549	4,000	28,000

Araştırmaya katılan hastaların “genel iyilik hali” düzeyi ( $45,222 \pm 18,276$ ); “fiziksel güçlükler” düzeyi ( $58,133 \pm 20,156$ ); “fiziksel fonksiyon skoru” ortalaması ( $52,178 \pm 24,164$ ); “rol fonksiyon skoru” ortalaması ( $44,556 \pm 25,726$ ); “emosyonel fonksiyon skoru” ortalaması ( $57,500 \pm 25,338$ ); “bilişsel fonksiyon skoru” ortalaması ( $85,222 \pm 19,361$ ); “sosyal fonksiyon skoru” ortalaması ( $60,778 \pm 22,364$ ); “semtomlar” düzeyi ( $39,385 \pm 16,575$ ); “yorgunluk skoru” ortalaması ( $59,849 \pm 24,729$ ); “bulantı kusma skoru” ortalaması ( $32,333 \pm 20,907$ ); “ağrı skoru” ortalaması ( $39,111 \pm 22,184$ ); “dispne skoru” ortalaması ( $51,111 \pm 28,026$ ); “uykusuzluk skoru” ortalaması ( $30,444 \pm 26,458$ ); “iştah kaybı skoru” ortalaması ( $40,222 \pm 23,585$ ); “kontipasyon skoru” ortalaması ( $31,556 \pm 30,844$ ); “diyare skoru” ortalaması ( $12,889 \pm 19,611$ ); “mali zorluk skoru” ortalaması ( $22,444 \pm 26,615$ ) olarak bulunmuştur. Aileden algılanan sosyal destek” düzeyi ( $20,800 \pm 5,705$ ); olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların “özel insandan algılanan sosyal destek” düzeyi ( $9,067 \pm 5,218$ ); “arkadaştan algılanan sosyal destek” düzeyi ( $11,500 \pm 5,549$ ); “algılanan sosyal destek genel” düzeyi ( $41,367 \pm 14,243$ ); olarak saptandı

**Tablo 6. 4. EQRTC VE ÇSDÖ Puanlarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Normal Dağılımına İlişkin Kormogorov Smirnov Testi**

Demografik Özellikler	n	Genel İyi Hali	Fiziksel Güçlükler	Semptomlar	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsanda Algılanan Sosyal Destek	Arkadaşta Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
<b>Yaş</b>		p	p	p	p	p	p	p
49 Ve Altı	22	0,200	<b>0,003</b>	0,160	<b>0,032</b>	0,200	0,200	0,200
50-59	50	<b>0,043</b>	0,200	0,200	0,200	<b>0,004</b>	<b>0,001</b>	0,143
60-69	57	<b>0,007</b>	0,093	<b>0,006</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,058	0,200
70 Ve üstü	21	0,061	0,200	0,074	0,200	<b>0,001</b>	<b>0,034</b>	<b>0,041</b>
<b>Cinsiyet</b>		p	p	p	p	p	p	p
erkek	135	<b>0,000</b>	0,094	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	0,200
kadın	15	0,200	0,142	0,200	0,200	<b>0,000</b>	0,200	0,200
<b>Medeni Durum</b>		p	p	p	p	p	p	p
evli	123	<b>0,000</b>	<b>0,038</b>	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,200
bekar	8	<b>0,016</b>	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200	0,151
dul	19	0,200	0,200	0,200	0,149	<b>0,000</b>	0,200	0,063
<b>Eğitim Durumu</b>		p	p	p	p	p	p	p
Okur-yazar	9	0,100	0,200	0,200	0,200	0,115	0,200	0,200
İlköğretim	76	<b>0,003</b>	0,200	0,200	<b>0,015</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,200
Ortaöğretim	51	0,063	0,081	<b>0,016</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	0,062	0,200
Yükseköğretim	14	<b>0,014</b>	0,063	0,093	<b>0,000</b>	0,200	<b>0,036</b>	0,167
<b>Sosyal Güvence</b>		p	p	p	p	p	p	p
yok	12	0,200	0,200	0,200	0,200	<b>0,025</b>	<b>0,017</b>	0,200
emekli sandığı	14	<b>0,006</b>	0,126	0,067	0,200	0,184	0,200	0,200
ssk	11	<b>0,001</b>	0,170	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	0,200
bağkur	12	0,200	0,200	0,094	<b>0,050</b>	0,200	0,200	0,200
<b>Aile Tipi</b>		p	p	p	p	p	p	p
geniş aile	12	0,101	0,200	0,200	0,200	0,200	<b>0,005</b>	0,200
çekirdek aile	138	<b>0,002</b>	0,057	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,200
<b>Çocuk Sayısı</b>		p	p	p	p	p	p	p
0	5	0,200	0,063	0,200	0,105	0,200	0,200	<b>0,044</b>
1	15	0,200	0,200	<b>0,016</b>	0,108	0,200	0,200	0,200
2	39	0,086	0,070	0,200	<b>0,019</b>	<b>0,000</b>	0,051	0,144
3	38	<b>0,001</b>	0,200	<b>0,000</b>	0,200	<b>0,000</b>	<b>0,046</b>	0,200
4	37	0,144	0,200	0,200	<b>0,022</b>	<b>0,000</b>	0,053	0,200
5 ve üstü	16	0,200	<b>0,043</b>	0,053	0,200	0,086	0,058	0,200

**Tablo 6.5. EQRTC VE ÇSDÖ Puanlarının Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özelliklerine Göre Normal Dağılımına İlişkin Kormogorov Smirnov Testi**

Demografik Özellikler	n	Genel İyilik Hali	Fiziksel Güçlükler	Semptomlar	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
<b>Teşhis Zamanı</b>		p	p	p	p	p	p	p
0-6 ay	55	<b>0,000</b>	0,200	0,200	<b>0,016</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,004</b>
6 ay-1 yıl	14	0,135	<b>0,017</b>	0,200	0,145	<b>0,003</b>	0,139	0,200
1 yıl ve üzeri	10	0,200	0,200	0,200	0,200	0,059	0,183	0,200
<b>Kemoterapi Tedavi Kür Sayısı</b>		p	p	p	p	p	p	p
1	3	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
2	21	0,053	0,200	0,200	0,200	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>
3	21	0,200	0,200	0,200	0,066	<b>0,004</b>	0,098	0,200
4	28	<b>0,007</b>	0,200	0,146	0,200	<b>0,013</b>	0,191	0,200
5 ve üstü	6	0,200	0,191	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200
<b>Hastalığı Algılama Durumu</b>		p	p	p	p	p	p	p
tedavi edilen bir hastalık	9	<b>0,009</b>	0,200	<b>0,002</b>	0,200	<b>0,001</b>	0,200	0,200
uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	66	<b>0,000</b>	0,200	0,200	<b>0,004</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,052
kolay tedavi edilen bir hastalık	4	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>İlaç Tedavisine Uyum Sağlama Durumu</b>		p	p	p	p	p	p	p
evet	56	<b>0,010</b>	0,200	0,200	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	<b>0,035</b>	<b>0,034</b>
hayır	23	<b>0,049</b>	0,200	0,200	0,200	<b>0,000</b>	<b>0,045</b>	0,200
<b>İlaçlar Hakkında Düşünce</b>		p	p	p	p	p	p	p
tedavi edeceğine inanmıyorum	16	0,165	0,200	0,200	<b>0,019</b>	<b>0,000</b>	0,077	0,142
tedavi edecek ama yan etkisi var	45	<b>0,002</b>	0,075	<b>0,032</b>	<b>0,015</b>	<b>0,000</b>	<b>0,005</b>	<b>0,006</b>
inanıyorum	18	0,200	0,200	<b>0,033</b>	0,057	0,200	<b>0,035</b>	0,200
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		p	p	p	p	p	p	p
evet	79	<b>0,000</b>	0,200	0,200	<b>0,008</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,054
0	0	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>



**Tablo 6.5. EQRTC VE ÇSDÖ Puanlarının Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özelliklerine Göre Normal Dağılımına İlişkin Kormogorov Smirnov Testi (devamı)**

Sigara Kullanma Süresi		p	p	p	p	p	p	p
5-10 yıl	15	<b>0,002</b>	0,200	0,200	0,200	0,200	<b>0,046</b>	0,200
10 ve üzeri	64	<b>0,000</b>	0,200	0,200	<b>0,019</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,016</b>
Günlük Tüketilen Sigara Adedi		p	p	p	p	p	p	p
11-20 adet	26	<b>0,003</b>	0,200	0,200	<b>0,015</b>	<b>0,029</b>	0,114	0,200
21 ve üzeri	53	0,060	0,200	0,200	0,086	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,009</b>
Alkol Kullanım Durumu		p	p	p	p	p	p	p
evet	79	<b>0,000</b>	0,200	0,200	<b>0,008</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,054
	0	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Alkol Kullanım Sıklığı		p	p	p	p	p	p	p
hergün	10	0,200	0,134	0,200	0,200	0,200	0,200	0,200
haftada 1-2	22	<b>0,024</b>	0,200	0,200	0,200	<b>0,020</b>	<b>0,015</b>	0,145
ayda 1-2	38	<b>0,036</b>	0,184	0,188	0,089	<b>0,001</b>	<b>0,000</b>	0,200
diğer	9	0,074	0,200	0,200	0,200	0,131	0,098	0,200

**Tablo 6.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre EQRTC VE ÇSDÖ Puan Ortalamaları**

Tanıtıcı Özellikler	n	Genel İyilik Hali	Fiziksel Güçlükler	Semptomlar	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
<b>Yaş</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
49 Ve Altı	22	94,320(50,000)	100,800(75,556)	59,180(30,769)	83,890(24,000)	88,820(9,000)	79,980(12,000)	85,480(45,500)
50-59	50	75,690(41,667)	80,570(62,222)	70,080(35,897)	69,540(20,000)	80,430(8,000)	75,390(9,500)	75,340(39,000)
60-69	57	80,180(50,000)	74,390(62,222)	75,990(38,462)	83,550(24,000)	71,780(8,000)	81,860(12,000)	79,750(44,000)
70 Ve üstü	21	42,620(25,000)	39,950(42,222)	104,170(51,282)	59,050(18,000)	59,900(5,000)	53,810(7,000)	53,880(30,000)
$\chi^2_{kw=}$		17,133	22,276	13,078	6,807	5,979	6,723	6,912
p=		0,001	0,000	0,004	0,078	0,113	0,081	0,075
İleri Test=		1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)	1>3, 1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)				
<b>Cinsiyet</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort. ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. ± SS
erkek	135	77,190(50,000)	59,407 ± 19,099	73,100(35,897)	77,400(22,000)	77,130(8,000)	77,940(11,000)	42,119 ± 14,065
kadın	15	60,270(41,667)	46,667 ± 25,997	97,070(51,282)	58,400(19,000)	60,870(4,000)	53,500(8,000)	34,600 ± 14,525
t=			2,358					1,958
MWU/Z=		784,000/-1,445		689,000/-2,030	756,000/-1,616	793,000/-1,392	682,500/-2,072	
p=		0,149	0,084	0,042	0,106	0,164	0,038	0,052
<b>Medeni Durum</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. ± SS
evli	123	77,310(41,667)	76,670(62,222)	72,960(35,897)	77,560(22,000)	80,200(8,000)	74,760(11,000)	42,195 ± 14,523
bekar	8	71,500(50,000)	93,750(71,111)	67,500(37,180)	63,060(19,000)	81,880(8,500)	91,940(14,500)	41,875 ± 12,065
dul	19	65,450(41,667)	60,240(55,556)	95,320(46,154)	67,420(20,000)	42,420(4,000)	73,390(11,000)	35,790 ± 12,466
$\chi^2_{kw=}$		1,323	3,853	4,661	1,606	12,936	1,232	
F=								1,685
p=		0,516	0,146	0,097	0,448	0,002	0,540	0,189
İleri Test=						1>3, 2>3 (p<0.05)		
<b>Eğitim Durumu</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort. ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. ± SS
Okur-yazar	9	50,610(33,333)	52,840 ± 32,750	83,390(38,462)	49,220(16,000)	73,220(9,000)	80,220(12,000)	38,111 ± 20,331
İlköğretim	76	67,720(41,667)	53,947 ± 19,715	84,470(41,026)	69,110(20,000)	63,150(7,000)	60,830(8,000)	37,461 ± 12,405
Ortaöğretim	51	83,640(50,000)	62,963 ± 16,899	66,430(35,897)	79,640(24,000)	81,200(8,000)	84,450(12,000)	43,098 ± 12,689
Yükseköğrenim	14	104,110(62,500)	66,667 ± 19,076	54,750(25,641)	112,040(28,000)	123,250(14,000)	119,500(16,500)	58,357 ± 12,017
$\chi^2_{kw=}$		13,499		8,986	15,476	24,546	25,423	
F=			3,253					10,704
p=		0,004	0,024	0,029	0,001	0,000	0,000	0,000
İleri Test=		3>1, 4>1, 3>2, 4>2 (p<0.05)	3 > 2, 4 > 2 (p<0.05)	2>3, 2>4 (p<0.05)	4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4>1, 3>2, 4>2, 4>3 (p<0.05)	3>2, 4>2, 4>3 (p<0.05)	4 > 1, 3 > 2, 4 > 2, 4 > 3 (p<0.05)

**Tablo 6.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre EQRTC VE ÇSDÖ Puan Ortalamaları(devamı)**

Tanıtıcı Özellikler	n	Genel İyilik Hali	Fiziksel Güçlükler	Semptomlar	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
<b>Sosyal Güvence</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS
yok	12	49,920(37,500)	53,148 ± 18,238	87,000(41,026)	48,540(17,500)	77,540(7,000)	60,670(7,000)	36,083 ± 16,172
emekli sandığı	14	102,930(62,500)	66,825 ± 17,113	57,930(29,487)	88,750(24,000)	88,820(9,000)	103,500(16,000)	48,429 ± 14,559
ssk	112	76,640(50,000)	58,095 ± 20,827	75,120(35,897)	77,080(22,000)	74,060(8,000)	74,420(11,000)	41,339 ± 14,114
bağkur	12	58,420(33,333)	53,333 ± 17,291	88,000(39,744)	72,290(22,000)	71,380(8,000)	67,710(10,000)	38,667 ± 11,122
$\chi^2_{kw=}$		11,892		4,147	6,205	1,613	7,707	
F=			1,349					1,874
p=		0,008	0,261	0,246	0,102	0,656	0,052	0,137
İleri Test=		2>1, 3>1, 2>3, 2>4 (p<0.05)						
<b>Aile Tipi</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS
geniş aile	12	73,580(37,500)	63,519 ± 18,139	68,540(35,897)	68,250(20,000)	64,250(6,500)	69,920(9,500)	38,417 ± 11,766
çekirdek aile	138	75,670(41,667)	57,665 ± 20,314	76,110(38,462)	76,130(22,000)	76,480(8,000)	75,990(11,000)	41,623 ± 14,446
t=			0,965					-0,747
MWU/Z=		805,000/-0,161		744,500/-0,579	741,000/-0,606	693,000/-0,947	761,000/-0,465	
p=		0,872	0,336	0,562	0,544	0,344	0,642	0,456
<b>Çocuk Sayısı</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
0	5	71,600(41,667)	91,600(75,556)	77,600(43,590)	65,900(17,000)	81,100(8,000)	87,700(16,000)	81,400(51,000)
1	15	94,970(50,000)	102,230(75,556)	44,230(25,641)	99,170(25,000)	95,370(11,000)	94,330(13,000)	98,900(51,000)
2	39	87,000(50,000)	88,090(66,667)	66,830(35,897)	82,870(23,000)	83,490(8,000)	82,960(12,000)	84,540(41,000)
3	38	60,170(33,333)	58,680(53,333)	90,050(38,462)	69,530(20,000)	68,500(7,000)	71,570(10,000)	68,660(37,500)
4	37	74,220(41,667)	70,470(55,556)	79,350(38,462)	69,260(20,000)	66,410(7,000)	67,230(9,000)	66,780(40,000)
5 ve üstü	16	69,810(41,667)	66,280(58,889)	81,810(39,744)	66,970(20,500)	73,310(7,000)	64,310(7,500)	66,090(34,500)
$\chi^2_{kw=}$		11,023	16,580	14,275	8,007	7,364	7,112	9,320
p=		0,051	0,005	0,014	0,156	0,195	0,212	0,097
İleri Test=			2>4, 2>5, 2>6, 3>4 (p<0.05)	4>2, 5>2, 6>2, 4>3 (p<0.05)				

Araştırmaya katılan hastaların genel iyilik hali puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından değerlendirildi ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ( $\chi^2_{KW}=17,133$ ;  $p=0.001<0.05$ ). Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testine göre; 49 yaş ve altı olanların genel iyilik hali puanları ( $54,546\pm 19,708$ ), 70 yaş ve üstü olanlardan ( $31,349\pm 15,344$ ); 50-59 yaş olanların puanları ( $44,833\pm 17,160$ ), 70 yaş ve üstü olanlardan ( $31,349\pm 15,344$ ); 60-69 yaş olanların puanları ( $47,076\pm 17,070$ ), 70 yaş ve üstü olanlardan ( $31,349\pm 15,344$ ) yüksek bulundu.

Hastaların fiziksel güçlükler puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından yapılan değerlendirmede grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=22,276$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; 49 yaş ve Altı olanların fiziksel güçlükler puanları ( $68,586\pm 19,582$ ), 60-69 yaş olanlardan ( $58,051\pm 16,987$ ); 49 yaş ve Altı olanların puanları ( $68,586\pm 19,582$ ), 70 yaş ve üstü olanlardan ( $41,905\pm 16,485$ ); 50-59 yaş olanların puanları ( $60,444\pm 21,517$ ), 70 yaş ve üstü olanlardan ( $41,905\pm 16,485$ ); 60-69 yaş olanların puanları ( $58,051\pm 16,987$ ), 70 yaş ve üstü olanlardan ( $41,905\pm 16,485$ ) yüksek bulundu.

Olguların semptom puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından yapılan değerlendirmede ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ( $\chi^2_{KW}=13,078$ ;  $p=0.004<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; 70 yaş ve üstü olanların semptom puanları ( $50,183\pm 13,987$ ), 49 yaş ve Altı olanlardan ( $33,566\pm 16,502$ ); 70 yaş ve üstü olanların puanları ( $50,183\pm 13,987$ ), 50-59 yaş olanlardan ( $37,231\pm 17,622$ ); 70 yaş ve üstü olanların puanları ( $50,183\pm 13,987$ ), 60-69 yaş olanlardan ( $39,541\pm 15,037$ ) yüksek bulundu.

Araştırmamızda hastaların aileden, özel insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Hastaların semptom puan ortalamaları ile cinsiyet arasında yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu(MWU=689,000;  $p=0.042<0.05$ ). Erkeklerin semptom puanları ( $x=38,215$ ), kadınlarından ( $x=49,915$ ) düşük bulundu.

Çalışmamızda hastaların arkadaşan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının cinsiyet değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(MWU=682,500;  $p=0.038<0.05$ ). Erkeklerin arkadaşan algılanan sosyal destek puanları ( $x=11,800$ ), kadınlardan ( $x=8,800$ ) yüksek bulundu.

Hastaların genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, algılanan sosyal destek genel puanları ortalamalarının cinsiyet değişkeni açısından belirlemek amacıyla yapılan değerlendirmede göre grup ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların özel insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının medeni durum değişkeniyle yapılan değerlendirmeye göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu( $\chi^2_{KW}=12,936$ ;  $p=0.002<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; medeni durumu evli olanların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ( $9,634\pm 5,452$ ), medeni durumu dul olanlardan ( $5,579\pm 2,524$ ); medeni durumu bekar olanların puanları ( $8,625\pm 2,504$ ), medeni durumu dul olanlardan ( $5,579\pm 2,524$ ) yüksek bulundu.

Hastaların genel iyilik hali, fiziksel güçlük, semptom, aile, arkadaş ve genel sosyal destek puan ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre grup puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı( $p>0.05$ ).

Araştırmada olguların genel iyilik hali puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmeye göre; grup ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmadı( $\chi^2_{KW}=13,499$ ;  $p=0.004<0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere değerlendirmede; eğitim durumu ortaöğretim olanların genel iyilik hali puanları ( $48,693\pm 16,362$ ), eğitim durumu okur-yazar

olanlardan (33,333±19,094); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları (56,548±14,683), eğitim durumu okur-yazar olanlardan (33,333±19,094); eğitim durumu ortaöğretim olanların puanları (48,693±16,362), eğitim durumu ilköğretim olanlardan (42,215±18,725); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları (56,548±14,683), eğitim durumu ilköğretim olanlardan (42,215±18,725) yüksek bulunmadı.

Araştırmamızda hastaların fiziksel güçlük puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ( $F=3,253$ ;  $p=0.024<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Post-Hoc testi uygulanmıştır. Buna göre; eğitim durumu ortaöğretim olanların fiziksel güçlük puanları (62,963±16,899), eğitim durumu İlköğretim olanlardan (53,947±19,715); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları (66,667±19,076), eğitim durumu ilköğretim olanlardan (53,947±19,715) yüksek bulundu.

Hastaların semptom puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmeye göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=8,986$ ;  $p=0.029<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; eğitim durumu ilköğretim olanların semptom puanları (42,375±15,776), eğitim durumu ortaöğretim olanlardan (36,149±13,609); eğitim durumu ilköğretim olanların puanları (42,375±15,776), eğitim durumu yükseköğrenim olanlardan (31,868±17,469) yüksek bulundu.

Olguların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmeye göre; grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptandı ( $\chi^2_{KW}=15,476$ ;  $p=0.001<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; eğitim durumu yükseköğrenim olanların aileden algılanan sosyal destek puanları (25,286±3,604), eğitim durumu Okur-yazar olanlardan (16,444±7,485); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları (25,286±3,604), eğitim durumu ilköğretim olanlardan (20,066±5,587); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları (25,286±3,604), eğitim durumu ortaöğretim olanlardan (21,431±5,251) yüksek bulundu.

Hastaların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmeye göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu( $\chi^2_{KW}=24,546$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; eğitim durumu yükseköğrenim olanların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ( $15,714\pm6,305$ ), eğitim durumu okur-yazar olanlardan ( $9,111\pm5,968$ ); eğitim durumu ortaöğretim olanların puanları ( $9,235\pm4,497$ ), eğitim durumu ilköğretim olanlardan ( $7,724\pm4,453$ ); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları ( $15,714\pm6,305$ ), eğitim durumu ilköğretim olanlardan ( $7,724\pm4,453$ ); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları ( $15,714\pm6,305$ ), eğitim durumu ortaöğretim olanlardan ( $9,235\pm4,497$ ) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmeye göre; grup ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulundu( $\chi^2_{KW}=25,423$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; eğitim durumu ortaöğretim olanların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ( $12,431\pm5,135$ ), eğitim durumu ilköğretim olanlardan ( $9,671\pm4,779$ ); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları ( $17,357\pm4,955$ ), eğitim durumu ilköğretim olanlardan ( $9,671\pm4,779$ ) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları ( $17,357\pm4,955$ ), eğitim durumu ortaöğretim olanlardan ( $12,431\pm5,135$ ) yüksek bulundu.

Olguların algılanan sosyal destek genel puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından yapılan Tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu( $F=10,704$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan PostHoc testine göre; eğitim durumu yükseköğrenim olanların algılanan sosyal destek genel puanları ( $58,357\pm12,017$ ), eğitim durumu okur-yazar olanlardan ( $38,111\pm20,331$ ); eğitim durumu ortaöğretim olanların puanları ( $43,098\pm12,689$ ), eğitim durumu ilköğretim olanlardan ( $37,461\pm12,405$ ); eğitim durumu yükseköğrenim olanların puanları ( $58,357\pm12,017$ ), eğitim durumu ilköğretim olanlardan ( $37,461\pm12,405$ ); eğitim

durumu yükseköğrenim olanların puanları (58,357±12,017), eğitim durumu ortaöğretim olanlardan (43,098±12,689) yüksek bulundu.

Hastaların genel iyilik hali puan ortalamalarının sosyal güvence değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ( $\chi^2_{KW}=11,892$ ;  $p=0.008<0.05$ ). Farklılığın saptanması için yapılan Mann Whitney U testine göre; sosyal güvence emekli sandığı olanların genel iyilik hali puanları (55,952±16,803), sosyal güvencesi olmayanlardan (34,028±16,072); sosyal güvence ssk olanların puanları (45,833±17,932), sosyal güvencesi olmayanlardan (34,028±16,072); sosyal güvence emekli sandığı olanların puanları (55,952±16,803), sosyal güvence ssk olanlardan (45,833±17,932); sosyal güvence emekli sandığı olanların puanları (55,952±16,803), sosyal güvence bağkur olanlardan (38,194±18,620) yüksek bulundu.

Araştırmamızda hastaların fiziksel güçlükler, semptomlar, aile, özel insan, arkadaş ve genel sosyal destek puan ortalamalarının sosyal güvence değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu görüldü ( $p>0.05$ ).

Çalışmamızda hastaların genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom, aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, algılanan sosyal destek genel puanları ortalamalarının aile tipi değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre grup puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel güçlükler puanları ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=16,580$ ;  $p=0.005<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; Çocuk sayısı 1 olanların fiziksel güçlükler puanları (70,222±15,910), çocuk sayısı 3 olanlardan (50,059±19,460); çocuk sayısı 1 olanların puanları (70,222±15,910), çocuk sayısı 4 olanlardan (56,697±18,977); çocuk sayısı 1 olanların puanları (70,222±15,910), çocuk sayısı 5 ve üstü olanlardan



(52,639±22,203); çocuk sayısı 2 olanların puanları (64,103±19,636), çocuk sayısı 3 olanlardan (50,059±19,460) yüksek bulunmadı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların semptom puan ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından yapılan değerlendirmeye göre; grup puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görüldü ( $\chi^2_{KW}=14,275$ ;  $p=0.014<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; Çocuk sayısı 3 olanların semptom puanları (45,412±15,613), çocuk sayısı 1 olanlardan (28,205±13,074); çocuk sayısı 4 olanların puanları (40,610±15,893), çocuk sayısı 1 olanlardan (28,205±13,074); çocuk sayısı 5 ve üstü olanların puanları (42,147±18,251), çocuk sayısı 1 olanlardan (28,205±13,074); çocuk sayısı 3 olanların puanları (45,412±15,613), çocuk sayısı 2 olanlardan (35,569±15,982) yüksek bulunmuştur. Hastaların genel iyilik hali, aile, özel insan, arkadaş ve genel sosyal destek puan ortalamalarının çocuk sayısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.7. Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özelliklerine Göre EQRTC VE ÇSDÖ Puan Ortalamaları**

Tanıtcı Özellikler	n	Genel İyilik Hali	Fiziksel Güçlükler	Semptomlar	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
<b>Tanı Konulma Süresi</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
0-6 ay	55	74,210(41,667)	74,160(57,778)	40,466 ± 15,824	77,340(20,000)	77,670(8,000)	72,690(9,000)	75,570(38,000)
6 ay-1 yıl	14	83,520(45,833)	78,950(58,889)	46,520 ± 16,845	72,660(18,500)	63,320(5,000)	88,660(12,000)	76,410(38,500)
1 yıl ve üzeri	10	73,230(41,667)	82,820(61,111)	35,897 ± 24,029	61,640(18,000)	76,820(7,000)	79,090(9,500)	72,910(33,000)
$\chi^2_{KW} =$		0,901	0,563		1,440	2,081	2,596	0,049
F=				0,287				
p=		0,637	0,755	0,751	0,487	0,353	0,273	0,976
<b>Kemoterapi Tedavi Kür Sayısı</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
1	3	93,750(0,000)	95,430(0,000)	57,570(0,000)	92,180(0,000)	110,610(0,000)	92,040(0,000)	100,570(0,000)
2	21	80,270(0,000)	86,580(0,000)	75,770(0,000)	80,880(0,000)	75,770(0,000)	75,730(0,000)	76,680(0,000)
3	21	76,140(0,000)	73,670(0,000)	75,700(0,000)	70,200(0,000)	62,230(0,000)	68,050(0,000)	65,880(0,000)
4	28	68,090(0,000)	62,260(0,000)	84,490(0,000)	69,680(0,000)	74,610(0,000)	74,380(0,000)	73,010(0,000)
5 ve üstü	6	68,500(0,000)	85,100(0,000)	53,900(0,000)	86,300(0,000)	86,950(0,000)	89,250(0,000)	90,300(0,000)
$\chi^2_{KW} =$		4,678	10,317	7,024	4,778	14,212	4,351	8,124
p=		0,322	0,035	0,135	0,311	0,007	0,361	0,087
İleri Test (MWU)=			4>1, 4>2 (p<0.05)			2>1, 3>1, 4>1 (p<0.05)		
<b>Hastalığı Algılama Durumu</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
tedavi edilen bir hastalık	9	32,560(16,667)	34,320(31,111)	118,940(64,103)	36,470(16,000)	34,440(4,000)	39,820(8,000)	33,380(30,000)
uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	66	78,330(41,667)	78,230(58,889)	72,240(38,462)	77,750(20,000)	77,200(7,500)	78,260(9,500)	77,640(38,000)
kolay tedavi edilen bir hastalık	4	107,830(50,000)	106,330(62,222)	46,880(32,051)	108,120(23,000)	116,500(16,500)	98,170(15,000)	113,580(58,000)
$\chi^2_{KW} =$		24,209	21,832	22,970	21,047	26,701	15,296	25,509
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
İleri Test (MWU)=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)

**Tablo 6.7. Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özelliklerine Göre EQRTC VE ÇSDÖ Puan Ortalamaları( devamı)**

Tanıttıcı Özellikler	n	Genel İyilik Hali	Fiziksel Güçlükler	Semptomlar	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
<b>İlaç Tedavisine Uyum Sağlama Durumu</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
evet	56	87,510(50,000)	61,944 ± 16,319	36,035 ± 13,082	86,300(21,500)	85,070(8,000)	85,190(11,500)	86,900(40,500)
hayır	23	40,090(33,333)	44,155 ± 22,563	52,954 ± 18,553	43,660(16,000)	47,300(4,000)	46,930(7,000)	41,910(30,000)
t=			6,092	-6,553				
MWU/Z=		782,500/-5,868			918,000/-5,258	1056,500/-4,687	1042,500/-4,702	851,500/-5,518
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>İlaçlar Hakkında Düşünce</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
tedavi edeceğine inanmıyorum	16	38,740(29,167)	40,694 ± 19,845	116,540(56,410)	32,920(14,000)	43,060(4,000)	41,840(7,000)	35,760(24,500)
tedavi edecek ama yan etkisi var	45	75,810(41,667)	60,494 ± 18,291	75,820(38,462)	78,270(20,000)	81,660(8,000)	75,510(9,000)	78,030(39,000)
inaniyorum	18	99,590(50,000)	61,728 ± 15,831	47,000(25,641)	97,690(24,000)	82,770(9,000)	98,220(15,000)	96,320(48,500)
$\chi^2_{kw}$ =		29,828		38,370	34,408	17,158	25,247	29,739
F=			20,010					
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
İleri Test (MWU)=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2 > 1, 3 > 1 (p<0.05)	1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS
evet	79	76,300(41,667)	56,765 ± 19,865	40,961 ± 16,180	76,220(20,000)	74,820(7,000)	75,400(9,000)	39,696 ± 13,977
hayır	0	67,750(0,000)	0,000 ± 23,624	0,000 ± 20,748	68,460(0,000)	82,140(0,000)	76,500(0,000)	0,000 ± 17,214
t=			-0,085	0,002				0,042
MWU/Z=		843,500/-0,707			853,500/-0,640	859,000/-0,608	938,000/-0,091	
p=		0,479	0,932	0,999	0,522	0,543	0,928	0,967

**Tablo 6. 7. Hastaların Hastalıkları Ve Tedavileri İle İlgili Özelliklerine Göre EQRTC VE ÇSDÖ Puan Ortalamaları ( devamı)**

Tanıttıcı Özellikler	n	Genel İyilik Hali	Fiziksel Güçlükler	Semptomlar	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
<b>Sigara Kullanma Süresi</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
5-10 yıl	15	79,630(58,333)	62,667 ± 18,798	35,385 ± 12,732	71,820(20,000)	73,770(8,000)	73,190(12,000)	73,610(41,000)
10 ve üzeri	64	65,210(41,667)	55,382 ± 20,145	42,268 ± 16,874	67,520(20,000)	66,940(7,000)	67,110(9,000)	66,990(37,000)
t=			1,091	-1,835				
MWU/Z=		1282,500/-1,808			1524,500/-0,538	1464,000/-0,859	1482,000/-0,757	1469,000/-0,823
p=		0,071	0,277	0,069	0,591	0,391	0,449	0,411
<b>Günlük Tüketilen Sigara Adedi</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)
11-20 adet	26	73,770(45,833)	59,145 ± 19,355	37,574 ± 14,690	74,550(23,500)	69,670(8,000)	71,640(12,000)	73,000(42,000)
21 ve üzeri	53	65,240(41,667)	55,598 ± 20,270	42,622 ± 17,020	64,760(19,000)	67,770(7,000)	66,550(9,000)	65,710(37,000)
t=			0,408	-1,056				
MWU/Z=		1910,000/-1,239			1869,500/-1,417	2123,000/-0,277	2020,500/-0,734	1950,000/-1,048
p=		0,215	0,684	0,293	0,156	0,782	0,463	0,295
<b>Alkol Kullanım Durumu</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS
evet	79	70,480(41,667)	56,765 ± 19,512	40,961 ± 17,076	68,680(20,000)	71,960(7,000)	71,780(9,000)	39,696 ± 13,775
hayır	0	81,240(0,000)	0,000 ± 20,947	0,000 ± 15,945	83,290(0,000)	79,540(0,000)	79,760(0,000)	0,000 ± 14,659
t=			-0,663	1,146				-1,422
MWU/Z=		2398,500/-1,527			2254,500/-2,067	2517,000/-1,079	2502,000/-1,125	
p=		0,127	0,509	0,254	0,039	0,280	0,260	0,157
<b>Alkol Kullanım Sıklığı</b>		Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort. Sıra(Med)	Ort. Sıra(Med)	Ort ± SS
hergün	10	39,850(45,833)	58,222 ± 23,536	37,180 ± 20,307	20,400 ± 4,477	46,300(9,500)	52,300(13,500)	44,800 ± 13,530
haftada 1-2	22	40,800(41,667)	57,374 ± 22,168	40,326 ± 20,320	20,909 ± 4,846	39,090(7,000)	43,350(9,500)	41,000 ± 13,490
ayda 1-2	38	41,720(41,667)	56,491 ± 18,768	41,026 ± 15,234	20,237 ± 6,309	42,010(8,000)	35,510(8,000)	39,132 ± 14,896
diğer	9	35,280(33,333)	54,815 ± 11,863	46,439 ± 12,327	16,556 ± 3,005	31,280(6,000)	41,170(10,000)	33,222 ± 7,190
$\chi^2_{kw}$ =		0,585				2,343	4,709	
F=			0,103	0,490	1,445			1,268
p=		0,900	0,958	0,690	0,236	0,504	0,194	0,291

Çalışmaya dahil edilen hastaların genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom, aile, özel insan, arkadaş ve genel sosyal destek puan ortalamalarının tanı konulma süresi değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

Hastaların fiziksel güçlükler puanları ortalamalarının kemoterapi tedavi kür sayısı değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ( $\chi^2_{KW}=10,317$ ;  $p=0.035<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Mann Whitney U testine göre; Kemoterapi tedavi kür sayısı 4 olanların fiziksel güçlükler puanları ( $0,000\pm 20,179$ ), kür sayısı 1 olanlardan ( $0,000\pm 16,594$ ); kemoterapi tedavi kür sayısı 4 olanların puanları ( $0,000\pm 20,179$ ), kür sayısı 2 olanlardan ( $0,000\pm 19,427$ ) yüksek bulundu.

Araştırmamızda hastaların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının kemoterapi tedavi kür sayısı değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=14,212$ ;  $p=0.007<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; Kemoterapi tedavi kür sayısı 2 olanların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ( $0,000\pm 5,262$ ), kemoterapi tedavi kür sayısı 1 olanlardan ( $0,000\pm 4,526$ ); kemoterapi tedavi kür sayısı 3 olanların puanları ( $0,000\pm 3,990$ ), kemoterapi tedavi kür sayısı 1 olanlardan ( $0,000\pm 4,526$ ); kemoterapi tedavi kür sayısı 4 olanların puanları ( $0,000\pm 5,029$ ), kemoterapi tedavi kür sayısı 1 olanlardan ( $0,000\pm 4,526$ ) yüksek bulundu.

Hastaların genel iyilik hali, semptomlar, aileden, arkadaştan, algılanan sosyal destek ve genel sosyal destek puan ortalamalarının kemoterapi tedavi kür sayısı değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ( $p<0.05$ ).

Araştırmamızda hastaların genel iyilik hali puanları ortalamalarının hastalığı algılama durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görüldü ( $\chi^2_{KW}=24,209$ ;  $p=0<0.05$ ).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; hastalığı algılama durumu, tedavi süresi uzun bir hastalık diyenlerin genel iyilik hali puanları (43,687±16,801), hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (31,482±16,544); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (52,083±16,979), hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (31,482±16,544); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (52,083±16,979), hastalığı algılama durumu tedavi süresi uzun bir hastalık olanların puanlarından (43,687±16,801) yüksek bulundu.

Çalışmada olguların fiziksel güçlükler puanları ortalamalarının hastalığı algılama durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu( $\chi^2_{KW}=21,832$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; Hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanların fiziksel güçlükler puanları (57,845±17,854), hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (43,704±23,999); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (68,333±16,521), hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (43,704±23,999); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (68,333±16,521), hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanlardan (57,845±17,854) yüksek bulundu.

Hastaların semptomlar puanları ortalamalarının hastalığı algılama durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu( $\chi^2_{KW}=22,970$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanların semptom puanları (54,131±21,106), hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanlardan (39,433±13,992); hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (54,131±21,106), hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanlardan (36,539±16,229); hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık

olanların puanları (39,433±13,992), hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanlardan (36,539±16,229) yüksek bulundu.

Araştırmaya alınan hastaların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının hastalığı algılama durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmede göre; grup puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ( $\chi^2_{KW}=21,047$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; hastalığı uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların aileden algılanan sosyal destek puanları (20,364±5,369), hastalığı tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanlardan (16,000±5,901); hastalığı kolay tedavi edilen bir hastalık olarak algılayanların puanları (23,500±3,049), hastalığı tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanlardan (16,000±5,901); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (23,500±3,049), hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanlardan (20,364±5,369) yüksek bulundu.

Hastaların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının hastalığı algılama durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=26,701$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; hastalığı uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algılayanların özel insandan algılanan sosyal destek puanları (8,576±5,207), hastalığı tedavi edilebilen bir hastalık olarak algılayanlardan (5,667±2,358); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (17,250±4,479), hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (5,667±2,358); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (17,250±4,479), hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanlardan (8,576±5,207) yüksek bulundu.

Çalışmamızda grupların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının hastalığı algılama durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ( $\chi^2_{KW}=15,296$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; Hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları (11,136±5,526),

hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (8,556±4,427); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (14,000±4,549), hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (8,556±4,427) yüksek bulundu.

Hastaların algılanan sosyal destek genel puanları ortalamalarının hastalığı algılama durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=25,509$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testine göre; hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanların algılanan sosyal destek genel puanları (40,076±13,791), hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (30,222±11,119); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (54,750±8,339), hastalığı algılama durumu tedavi edilen bir hastalık olanlardan (30,222±11,119); hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların puanları (54,750±8,339), hastalığı algılama durumu uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanlardan (40,076±13,791) yüksek bulundu.

Araştırmaya dâhil edilen olgularda genel iyilik hali puan ortalamalarının ilaç tedavisine uyum sağlama durumu değişkeni açısından yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (MWU=782,500;  $p=0<0.05$ ). İlaç tedavisine uyum sağlayanların genel iyilik hali puanları ( $x=47,470$ ), ilaç tedavisine uyum sağlamayanlardan ( $x=31,159$ ) yüksek olduğu saptandı.

Hastaların fiziksel güçlükler puan ortalamalarının ilaç tedavisine uyum sağlama durumu değişkeni açısından yapılan T-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $t=6,092$ ;  $p=0<0.05$ ). İlaç tedavisine uyum sağlayanların fiziksel güçlükler puanları ( $x=61,944$ ), ilaç tedavisine uyum sağlamayanlardan ( $x=44,155$ ) yüksek bulundu.

Vakaların semptom puan ortalamalarının ilaç tedavisine uyum sağlama durumu değişkeni açısından yapılan T-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $t=-6,553$ ;  $p=0<0.05$ ). İlaç tedavisine uyum sağlayanların semptom puanları ( $x=36,035$ ), uyum sağlamayanlardan ( $x=52,954$ ) düşük olduğu saptandı.



Grupların aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının ilaç tedavisine uyum sağlama durumu değişkeni açısından yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görüldü (MWU=918,000;  $p=0<0.05$ ). İlaç tedavisine uyum sağlayanların aileden algılanan sosyal destek puanları ( $x=21,768$ ), uyum sağlamayanlardan ( $x=15,783$ ) yüksek bulundu.

Araştırmaya dâhil edilen hastaların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının ilaç tedavisine uyum sağlama durumu değişkeni açısından yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulundu (MWU=1056,500;  $p=0<0.05$ ). İlaç tedavisine uyum sağlayanların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ( $x=9,821$ ), uyum sağlamayanlardan ( $x=5,913$ ) yüksek olduğu saptandı.

Hastaların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının ilaç tedavisine uyum sağlama durumu değişkeni açısından yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı olduğu görüldü (MWU=1042,500;  $p=0<0.05$ ). İlaç tedavisine uyum sağlayanların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ( $x=12,268$ ), uyum sağlamayanlardan ( $x=7,870$ ) yüksek bulundu.

Olguların algılanan sosyal destek genel puanları ortalamalarının ilaç tedavisine uyum sağlama durumu değişkeni açısından yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu (MWU=851,500;  $p=0<0.05$ ). İlaç tedavisine uyum sağlayanların algılanan sosyal destek genel puanları ( $x=43,857$ ), uyum sağlamayanlardan ( $x=29,565$ ) yüksek bulundu.

Araştırmaya katılan hastaların genel iyilik hali puanları ortalamalarının ilaçlar hakkında düşünce değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=29,828$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testine göre; İlaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanların genel iyilik hali puanları ( $43,889\pm 16,660$ ), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan ( $30,729\pm 17,658$ ); ilaçlar hakkında düşünce inanıyorum olanların puanları

(50,463±15,892), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (30,729±17,658); ilaçlar hakkında düşünce inanıyorum olanların puanları (50,463±15,892), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanlardan (43,889±16,660) yüksek bulundu.

Araştırmamızda vakaların fiziksel güçlükler puan ortalamalarının ilaçlar hakkında düşünce değişkeni açısından yapılan Tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına göre; grup puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulundu ( $F=20,010$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere PostHoc testi uygulanmıştır. Buna göre; ilaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanların fiziksel güçlükler puanları (60,494±18,291), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (40,694±19,845); ilaçlar hakkında düşünce inanıyorum olanların puanları (61,728±15,831), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (40,694±19,845) yüksek bulundu.

Hastaların semptom puan ortalamalarının ilaçlar hakkında düşünce değişkeni açısından yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=38,370$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testine göre; ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanların semptom puanları (54,647±16,510), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanlardan (39,544±14,438); İlaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanların puanları (54,647±16,510), ilaçlar hakkında düşünce inanıyorum olanlardan (32,336±13,291); İlaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanların puanları (39,544±14,438), ilaçlar hakkında düşünce inanıyorum olanlardan (32,336±13,291) yüksek bulundu.

Çalışma gruplarının aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının ilaçlar hakkında düşünce değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=34,408$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testine göre; İlaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanların aileden algılanan sosyal destek puanları (21,244±4,895), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (14,375±5,278); İlaçlar hakkında düşünce

inanyorum olanların aileden algılanan sosyal destek puanları (22,000±4,953), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (14,375±5,278); İlaçlar hakkında düşünce inanyorum olanların puanları (22,000±4,953), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanlardan (21,244±4,895) yüksek bulundu.

Çalışmaya dâhil edilen vakaların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının ilaçlar hakkında düşünce değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $\chi^2_{KW}=17,158$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testine göre; ilaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanların özel insandan algılanan sosyal destek puanları (9,311±5,339), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (5,875±5,038); ilaçlar hakkında düşünce inanyorum olanların puanları (9,611±4,513), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (5,875±5,038) yüksek bulundu.

Hastaların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ortalamalarının ilaçlar hakkında düşünce değişkeni açısından değerlendirmede; grup ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu görüldü ( $\chi^2_{KW}=25,247$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testine göre; İlaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanların arkadaştan algılanan sosyal destek puanları (10,911±5,213), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (7,500±4,529); İlaçlar hakkında düşünce inanyorum olanların puanları (14,278±5,390), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (7,500±4,529); İlaçlar hakkında düşünce inanyorum olanların puanları (14,278±5,390), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanlardan (10,911±5,213) yüksek bulundu.

Araştırmamızda hastaların algılanan sosyal destek genel puanları ortalamalarının ilaçlar hakkında düşünce değişkeni açısından yapılan değerlendirmede; grup puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu saptandı ( $\chi^2_{KW}=29,739$ ;  $p=0<0.05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testine göre; ilaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanların algılanan sosyal destek genel puanları (41,467±13,481), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (27,750±12,735); İlaçlar

hakkında düşünce inanıyorum olanların puanları (45,889±11,812), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edeceğine inanmıyorum olanlardan (27,750±12,735); ilaçlar hakkında düşünce inanıyorum olanların puanları (45,889±11,812), ilaçlar hakkında düşünce tedavi edecek ama yan etkisi var olanlardan (41,467±13,481) yüksek olduğu saptandı.

Çalışmamızda hastaların genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom, aileden, özel insandan, arkadaştan algılanan sosyal destek genel puan ortalamalarının sigara kullanma durumu değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

Araştırmadaki bireylerin genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom, aileden, özel insandan, arkadaştan algılanan sosyal destek genel puan ortalamalarının sigara kullanma süresi değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu görüldü ( $p>0.05$ ).

Hastaların genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom, aileden, özel insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek genel puan ortalamalarının günlük tüketilen sigara adedi değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

Olguların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının alkol kullanım durumu değişkeni açısından yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $MWU=2254,500$ ;  $p=0.039<0.05$ ). Alkol kullananların aileden algılanan sosyal destek puanları ( $x=20,025$ ), alkol kullanmayanlardan ( $x= 21,685$ ) düşük bulundu.

Araştırmamızda genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom ile aileden, özel insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek genel puan ortalamalarının alkol kullanım durumu değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu görüldü ( $p>0.05$ ).

Hastaların genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom, aileden algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, algılanan sosyal destek genel puanları ortalamalarının alkol kullanım sıklığı

değişkeni açısından yapılan test sonuçlarına göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulundu ( $p>0.05$ ).

**Tablo 6.8. Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki (spearman korelasyon)**

		Genel İyilik Hali	Fiziksel Güçlükler	Semptomlar	Aileden Algılanan Sosyal Destek	Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Algılanan Sosyal Destek Genel
Genel İyilik Hali	r	1,000						
	p	0,000						
Fiziksel Güçlükler	r	0,822**	1,000					
	p	0,000	0,000					
Semptomlar	r	-0,735**	-0,819**	1,000				
	p	0,000	0,000	0,000				
Aileden Algılanan Sosyal Destek	r	0,658**	0,537**	-0,544**	1,000			
	p	0,000	0,000	0,000	0,000			
Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek	r	0,564**	0,546**	-0,508**	0,575**	1,000		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	r	0,625**	0,582**	-0,554**	0,676**	0,634**	1,000	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
Algılanan Sosyal Destek Genel	r	0,721**	0,650**	-0,624**	0,863**	0,822**	0,898**	1,000
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fiziksel Güçlükler ve genel iyilik hali arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki ( $r=0.822$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Semptomlar ve genel iyilik hali arasında yüksek, negatif yönlü anlamlı ilişki ( $r=-0.735$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Semptomlar ve fiziksel güçlükler arasında yüksek, negatif yönde anlamlı ilişki ( $r=-0.819$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Aileden Algılanan Sosyal Destek ve genel iyilik hali arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki ( $r=0.658$ ;  $p=0,000<0.05$ )

Aileden Algılanan Sosyal Destek ve fiziksel güçlükler arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki ( $r=0.537$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Aileden Algılanan Sosyal Destek ve semptomlar arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki ( $r=-0.544$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek ve genel iyilik hali arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki ( $r=0.564$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek ve fiziksel güçlükler arasında orta, pozitif yönlü anlamlı bir fark ( $r=0.546$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek ve semptomlar arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki ( $r=-0.508$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek ve aileden algılanan sosyal destek arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki ( $r=0.575$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve genel iyilik hali arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki ( $r=0.625$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve fiziksel güçlükler arasında orta, pozitif yönlü anlamlı bir fark ( $r=0.582$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek ve semptomlar arasında orta, negatif yönlü anlamlı ilişki ( $r=-0.554$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Arkadaştan ve aileden algılanan sosyal destek arasında orta, pozitif yönde anlamlı bir fark ( $r=0.676$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Arkadaştan ve özel insandan algılanan sosyal destek arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki ( $r=0.634$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Algılanan Sosyal Destek Genel ve genel iyilik hali arasında yüksek, pozitif yönlü anlamlı ilişki ( $r=0.721$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Algılanan Sosyal Destek Genel ve fiziksel güçlükler arasında orta, pozitif yönlü anlamlı bir fark ( $r=0.65$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Algılanan Sosyal Destek Genel ve semptomlar arasında orta, negatif yönde anlamlı ilişki ( $r=-0.624$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Algılanan Sosyal Destek Genel ve aileden algılanan sosyal destek arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı fark ( $r=0.863$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Algılanan Sosyal Destek Genel ve özel insandan algılanan sosyal destek arasında yüksek, pozitif yönlü anlamlı ilişki ( $r=0.822$ ;  $p=0,000<0.05$ ),

Algılanan Sosyal Destek Genel ve arkadaştan algılanan sosyal destek arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptandı( $r=0.898$ ;  $p=0,000<0.05$ ).



## 7. TARTIŞMA

Çalışmada elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Elde edilen verilere göre hastaların 21'i (%14,0) 70 yaş ve üstü, 135'i (%90,0) erkek, 123'ü (%82,0) evli, 76'sı (%50,7) İlköğretim mezunu, 112'sinin (%74,7) sosyal güvencesi Sgk, 138'i (%92,0) çekirdek aile ve 39'u (%26,0) 2 çocuk sahibi olarak dağılmaktadır(Tablo 1). Akciğer kanseri ileri yaşlarda görülen bir hastalık olmakla birlikte tanısı konan vakaların % 80'inden fazlasının 60 yaş ve üstü olduğu ifade edilmiştir (69). İspanya'da Sánchez ve arkadaşlarının akciğer kanserinin erkek ve kadın ölüm oranları üzerine yaptığı çalışmada sonuçlarımıza paralel veriler elde edilmesine karşın, zaman içinde farklılaşan eğilimlere dikkat çekmişlerdir. Söz konusu çalışmada akciğer kanserinden ölümlerin erkeklerde daha yüksek olduğu, ancak 1990'lardan bu yana bu oranın erkeklerde düştüğü ve kadınlarda yükseldiği ifade edilmektedir Sánchez et al (70).

Hastaların, teşhis zamanınının 117'sinin (%78,0) 0-6 ay olduğu, kemoterapi tedavi kür sayısının 50'sinin (%33,3) 4 olduğu, 112'sinin (%74,7) hastalığa uyum sağlayabildiği, 121'inin (%80,7) hastalığı, tedavisi uzun süren bir hastalık olarak nitelendirdiği, 112'sinin (%74,7) ilaç tedavisine uyum sağlayabildiği, 88'inin (%58,7) hastalığın tedavi edilebilir ancak tedavinin yan etkisinin de olduğunu düşündüğü saptandı. 136'sının (%90,7) sigara kullandığı, 105'inin (%77,2) 10 yıl ve üzeri süredir sigara kullandığı, 84'ünün (%61,8) 21 adet ve üzeri sigara tükettiği, 80'inin (%53,3) alkol kullandığı ve alkol kullanım sıklığının 38'inde (%47,5) ayda 1-2 olduğu görüldü(Tablo 2). Yapılan çalışmalarda sigaranın akciğer kanseri gelişiminde en büyük risk faktörü olduğu belirtilmektedir Anant(11), Göksel(20), Maguir et al(21). Amerika Birleşik Devletlerinde akciğer kanseri vakalarının %85'nin sigara kullandığı belirtilmekte ve akciğer kanserini önlemede sigara bırakma programları üzerinde yoğunlaşmaktadır Bradley et al(67). Benzer şekilde dünya çapında morbidite açısından ikinci önemli risk olarak ifade edilen alkolün, akciğer kanseri oluşumundaki etkisiyle ilgili çalışmalar yetersiz olmakla birlikte, alkolün azatılmasıyla kolorektal, karaciğer ve meme kanseri riskinin önemli ölçülerde azaltılabileceği ifade edilmektedir Garcia et al(101), Karakoyun ve ark(102).



Araştırmaya katılan grubun genel iyilik hali puan ortalaması  $45,222 \pm 18,276$ 'dir. Güzelant ve ark'larının çalışmasında genel sağlık puan ortalaması  $56,9 \pm 25,6$  Güzelant ve ark (55), Pınar ve ark'larının çalışmasında yaşam kalitesi ölçme puan ortalaması  $51.54 \pm 22.20$  Pınar ve ark (72) olarak belirtilmiştir. Kimura ve ark'nın yaptıkları çalışmada ise hastaların % 11.11'inin yaşam kalitelerini çok kötü, %48,6'sının kötü olarak nitelendirdiğini belirtmişlerdir Kimura et al (73). Bu sonuçlardan yola çıkarak çalışmamızın literatürle paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmamızda hastalar fonksiyonel skordardan en yüksek puanı bilişsel skordandan alırken( $85,222$ ) en düşük puanı da rol skorundan( $44,556$ ) aldı. Semptom puan ortalamalarında en yüksek ortalaması yorgunluğa ait( $59,849$ ) olup, bunu dispne ( $51,111$ ) ve iştah kaybı ( $40,222$ ) takip etmiştir. Özalevli ve arkadaşlarının çalışmasında bireylerin fonksiyonel ölçeklerden en yüksek puanı sosyal, en düşük puanı fiziksel fonksiyondan aldığı, en yoğun görülen semptomların yorgunluk, dispne ve öksürük olduğu ifade edilmiştir Özalevli ve ark(60). Sarenmalm ise araştırmasındaki olguların duygusal fonksiyonlarının düşük olduğunu ve yoğun yaşanan semptomların halsizlik, uykusuzluk, ağrı, üzüntü, olduğunu belirtmiştir Sarenmalm et al(71). Greimel ve arkadaşları kanser hastalarının duygusal fonksiyonlarda kötüleşme, uykusuzluk, ağrı ve yorgunluk gibi semptomları daha fazla yaşadığını saptamıştır Greimel et al(76). Çalışmamızda, rol fonksiyonunun düşük çıkması hastalığa bağlı tedavi sürecinden dolayı bireylerin toplum ve aile içindeki rollerini tam anlamıyla üstlenememesi, bilişsel fonksiyonun yüksek çıkmasını ise aynı hasta grubunun tedavi şansı olan, terminal dönemde olmayan, farkındalığı yerinde olgular olması ile açıklanabilir. Belirtilen semptomların yoğun görülmesi ise, hastalık ve tedavilerin yıpratıcı etkisinin yanında bürokratik işlemlerin fazla olması, tedavi sürecinde hastaların fiilen çaba göstermesi, ameliyat ve tedavi sonrası hemoglobinin/hematokrit düzeyindeki değişim (74) şeklinde düşünülebilir.

Çalışmamızda bireylerin sosyal destek ölçeği toplam puan ortalaması  $41,367 \pm 14,243$  olarak bulundu(Tablo3). Hastalar sosyal destek ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı aile( $20,800 \pm 5,705$ ), en düşük puanı ise özel insan alt boyutundan( $9,067 \pm 5,218$ ) aldı. Doğan'ın Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek Düzeyleri ile ilgili çalışmasında sosyal destek toplam puan

ortalaması  $52.09 \pm 13.57$  ve en yüksek puanın aile alt boyutuna ait, Bıkmaz'ın lösemili hastalarla ilgili çalışmasında ise ortalama  $58.04 \pm 17.45$  ve en yüksek puanın aile alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır Bıkmaz(5), Doğan(9). Bu bulgular çalışmamızla paralellik göstermekte ve en fazla desteğin aileden alınması toplumumuzun aile yapısının hastalık durumunda bireylere destekçi yaklaşımından ileri geldiği söylenebilir.

Çalışmamızda bireylerin **yaş** ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında gruplar arasındaki ilişki anlamlı bulundu ( $p=0.001 < 0.05$ ). 49 yaş ve altı olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları 70 yaş ve üstü olanlardan daha yüksek olduğu saptandı(Tablo 6). Sağlıklı insanlar üzerinde yapılan araştırmalar yaşam kalitesinin yaştan negatif etkilendiğini Lerner (97), Altıparmak (98), kanserli hastalar üzerinde yapılan çalışmalar ise yaşlı bireylerin kanseri gençlere göre daha kolay kabullendiğini göstermiştir Pandey et al(99), Scoccantia et al(100). Çalışmamızdan farklı olarak literatürde genç hastaların yaşlılara oranla daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu ifade eden çalışmalar yer almaktadır Salonen (65). Araştırmamızda ileri yaşın getirdiği güçlüklerle beraber geçirilen ameliyat ve uygulanan tedavinin öyküsünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Araştırmamızda algılanan sosyal destek ile yaş arasında ilişki saptanmamıştır( $p > 0.05$ ). Novotny araştırmasında genç kanserli hastaların yaşlı hastalara göre daha düşük sosyal desteğe sahip olduklarını belirtmiştir Novontny (59). Literatürde çalışmamızla paralel sonuçlar da yer almaktadır Naseri and Taleghani (88), Ayaz ve ark(94). Bu durum türk toplum yapısının kişilere karşı hastalık sürecinde her türlü koşulda destekleyici tutum sergilemeleri ile açıklanabilir.

Araştırmamızda hastaların cinsiyet ile genel iyilik hali ve fiziksel güçlükler puan ortalamaları arasında anlamlılık saptanmadı( $p > 0.05$ ). Cinsiyet ile semptom puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı ( $p=0.042 < 0.05$ ) olup, erkeklerin semptom puanları ( $x=38,215$ ), kadınlardan ( $x=49,915$ ) düşük bulundu(Tablo 6). Literatürde cinsiyetin yaşam kalitesine etkisi olmadığını belirten çalışmalar bulunmaktadır Yeşilbakan (95), Sadırlı (96). Lobektomi olan akciğer kanserli hastalarda cinsiyetin yaşam kalitesine etkisi ile ilgili çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermekte kadınların kanseri ve semptomları erkeklerden daha yoğun

yaşadıkları ifade edilmektedir Chang et al (90). Bunun nedeni toplumumuzda aile içinde kadınların hastalık durumunda da ev ve çocukların bakım sorumluluğunun devam etmesi ve bunun sonucunda fiziksel olarak fazla yorulmaları, anemi belirtisi ve bulguları yoğun yaşamaları ve olaylara erkeklerden daha duygusal yaklaşım sergilemeleri olabilir.

Hastaların cinsiyet ile aile ve özel insan alt boyutuna ait puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmazken ( $p>0.05$ ), cinsiyet ile arkadaş alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ( $p=0.038<0.05$ ) (Tablo 6). Erkeklerin arkadaştan algılanan sosyal destek puanları ( $x=11,800$ ), kadınların arkadaştan algılanan sosyal destek puanlarından ( $x=8,800$ ) yüksek bulunmuştur. Literatürde de kadın hastaların erkeklere oranla emosyonel yönden daha hassas olduğu ve sosyal desteklerinin daha yetersiz olduğu ifade edilmiştir Heuker et al (61), Kutlu (62). İleri evre kanser hastalarında yapılan bir başka çalışmada da kadın hastalarda erkek hastalara göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir Grow et al (92). Literatürde sosyal destek puanı ortalamasının kadın hastalarda daha yüksek olduğu ifade edilen çalışmalar bulunmaktadır Dedeli (13). Çalışmamızdaki sonucun, toplumumuzda kadınların hastalık durumunda erkeklere göre daha destekleyici ve bakım verici olması ancak aynı destek ve bakımın hastalık durumunda kendilerine yeterince sunulmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Olguların medeni durum ile genel iyilik hali, fiziksel güçlük ve semptom puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı görüldü ( $p>0.05$ ) (Tablo 6). Yazgan'ın çalışmasında da hasta bireylerin medeni durumunun genel yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiş (79) olup, literatürde de buna benzer çalışmalar yer almaktadır Kanarlı (75), Lis et al (77), Armstrong et al (78).

Bireylerin medeni durum ile aileden ve arkadaştan algılanan sosyal destek ile istatistiksel karşılaştırmasında aralarındaki farkın anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) saptandı. Özel insandan algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile medeni durum karşılaştırıldığında ise farkın anlamlı olduğu saptandı ( $p=0.002<0.05$ ) (Tablo 6). Medeni durumu evli olanların özel insandan algılanan sosyal destek puanları ( $9,634\pm 5,452$ ), dul olanlardan ( $5,579\pm 2,524$ ) daha yüksek bulundu.

Benzer şekilde Savcı'nın çalışmasında sosyal destek puan ortalamalarının evli olanlarda bekâr ve dullara göre yüksek olduğu ifade edilmiştir Savcı(64). Bıkmaz'ın çalışmasında dul hastaların evlilere göre özel insan alt boyut puanının daha yüksek olduğunu ifade etmiştir Bıkmaz (5). Aile fertlerinden olan eş ve çocukların hasta bireyleri hayata bağlayan ve hastalığın her evresinde kişileri hayata karşı yalnız hissettirmeyen destekleyici unsurlar olduğu düşünülürse evli bireylerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olacağı düşünülebilir. Araştırmaya katılan hastaların genel iyilik hali ve algılanan sosyal destek puan ortalamalarının çocuk sayısı ile aralarındaki fark anlamlı bulunmadı( $p>0.05$ ). Hastaların çocuk sayısı ile fiziksel güçlük puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptandı(  $p=0.005<0.05$ ). Çocuk sayısı bir olanların fiziksel güçlük puanları( $70,222\pm15,910$ ), çocuk sayısı beş ve üstü olanlardan( $52,639\pm22,203$ ) yüksek bulundu. Hastaların semptom puan ortalamaları çocuk sayısı ile karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki olduğu ( $p=0.014<0.05$ ) ve çocuk sayısı 5 ve üstü olanların semptom puanları( $42,147\pm18,251$ ), çocuk sayısı 1 olanlardan( $28,205\pm13,074$ ) yüksek olduğu saptandı. Kat Bektaş çalışmasında çocuk sayısı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmadığını ifade etmiştir Kat Bektaş(91). Bu durum, çocuk ve aileye sahip bireylerin onlara karşı sorumluluk hissetmesi ve buna bağlı gelecek kaygısının olmasından ileri geldiği düşünülebilir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre hastaların genel iyilik hali, fonksiyonel güçlük ve semptom puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptandı( $p=0.004<0.05$ ,  $p=0.024<0.05$ ,  $p=0.029<0.05$ ). Eğitim durumu yükseköğrenim olanların genel iyilik hali ve fonksiyonel güçlük puan ortalamaları, eğitim durumu ilköğretim olanlara göre daha yüksek; semptom puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu bulundu(Tablo 6). Literatürde çalışmamıza benzer şekilde eğitim seviyesinin yükselmesinin yaşam kalitesini arttığı belirtilmiştir Akın(58), Kutlu(62), Güner(81). Kanseri hastalarının eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır Üstündağ(82), Reis ve ark(83). Kişilerin eğitim seviyesinin yükselmesiyle yaşam kalitesinin yükselmesi, hastalıkla etkili başa çıkma becerileri geliştirebilmesine, kendi sağlık sorumluluklarını üstlenebilmelerine, iş imkânlarının, ekonomik durum ve sosyal statülerinin daha iyi olmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların eğitim durumu ile sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak aralarındaki fark anlamlı bulundu ( $p=0<0.05$ ). Buna göre; eğitim durumu yükseköğrenim olanların algılanan sosyal destek puanları( $58,357\pm12,017$ ), eğitim durumu okur-yazar olanlardan( $38,111\pm20,331$ ) yüksek bulundu. Benzer şekilde Çalışkan ve ark 'nın kanserli hastalarla yaptığı araştırmada eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal destek puanlarının da yükseldiğini belirtmişlerdir Çalışkan ve ark(12). Sosyal bir varlık olan insanın eğitim seviyesinin yükselmesi ile iş olanaklarının ve sosyal hayatınının da gelişeceği düşünülürse yararlanabileceği sosyal kaynak ve bunlardan gelecek desteğin de artacağı söylenebilir.

Araştırmamızda hastaların sosyal güvence ile fiziksel güçlükler, semptomlar, aileden, özel insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı görüldü ( $p>0.05$ ). Hastaların sosyal güvence ile genel iyilik hali puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise anlamlı bir ilişki olduğu saptandı( $p=0.008<0.05$ ). Buna göre sosyal güvencesi olanların genel iyilik hali puan ortalamalarının( $55,952\pm16,803$ ), olmayanlardan( $34,028\pm16,072$ ) daha yüksek olduğu saptandı. Bıkmaz 'ın lösemili hastalarla yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ve sosyal desteğin, sosyal güvence ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı ifade edilmiştir Bıkmaz(5). Çalışmamızın bu bulgusuna benzer şekilde Gray ve ark. nın İngiltere'de yaptıkları çalışmada da düşük gelir seviyesine sahip hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır Gray et al(63). Ülkemiz koşullarında sosyal güvence varlığının sağlık kalite standartlarını yükselteceği göz önüne alınırsa yaşam kalitesinin de yükseleceği düşünülebilir.

Çalışmamızda sigara kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal destek ile istatistiksel değerlendirmesinde anlamlı bir ilişki saptanmadı( $p>0.05$ ). Literatürde sonuçlarımızla paralellik gösteren çalışmalar bulunmaktadır Bıkmaz(5), Kutlu(62). Ancak literatürde sigaranın birçok hastalığın ve özellikle de akciğer kanserinin oluşumunda çok ciddi bir risk faktörü olduğu ve sigarayı bırakmanın genel yaşam kalitesi ve semptomları iyileştirmede etkisi olduğunu ifade eden araştırmalar yer almaktadır Yunxian et al(84), Chen et al(85).

Bu açıdan bakıldığında tütün kontrol programlarının, yoğun duman ilişkili hastalıkların morbidite ve mortalitenin azaltılması için etkinliği önemlidir.

Araştırmamızda genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom, özel insan ve arkadaş alt boyut puan ortalamalarının alkol kullanım durumu değişkeni açısından yapılan değerlendirmede grup ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ( $p>0.05$ ). Literatürde çalışmamızın sonucuyla paralel sonuçlar yer almaktadır Bıkmaz (5). Hastaların alkol kullanım durumu ile sosyal desteğin aile alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise anlamlı bir ilişki saptandı ( $p=0.039<0.05$ ). Buna göre alkol kullananların aileden algılanan sosyal destek puanları( $x=20,025$ ), alkol kullanmayanlardan ( $x= 21,685$ ) düşük bulundu. Aile ortamının bireyler için ciddi destek kaynağı olduğu düşünülürse, ailenin olmayışı kişilerde yalnızlık duygusu, duygusal anlamda daha fazla yıpranma ve bunlara bağlı değişik bağımlılık problemlerini de beraberinde getirdiği düşünülebilir.

Çalışmamızda hastaların kemoterapi tedavi kür sayısı ile genel iyilik hali ve semptom puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın anlamsız( $p>0.05$ ) , fiziksel güçlük puan ortalamaları ile aralarındaki farkın ise anlamlı olduğu bulundu( $p=0.035<0.05$ ). Buna göre; kemoterapi tedavi kür sayısı dört olanların fiziksel güçlük puanları( $0,000\pm 20,179$ ), kür sayısı bir olanlardan( $0,000\pm 16,594$ ) yüksek bulundu. Bektaş ve Akdemir araştırmasında, hastalığın tanı süresi, uygulanan kemoterapinin sayısı, ışın tedavisi değişkenlerinin fonksiyonel yaşam üzerine etkisi olmadığını belirtmiştir Bektaş ve Ademir(80). Literatürde kemoterapi tedavisi alan kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmalarda kemoterapi kür sayısı arttıkça yaşam kalitesinin de düştüğü belirtilen çalışmalar da vardır Akın ve ark(58), Lakusta et al(66). Yazgan'ın kemoterapi alan kanser hastalarıyla ilgili çalışmasında da altı kür kemoterapi alan hastaların sosyal fonksiyonlarının üç kür kemoterapi alan hastalardan daha kötü olduğunu belirtmiştir Yazgan(79). Çalışmamızdaki hastaların cerrahi girişiminin hemen ardından kemoterapi tedavisine başlaması, cerrahinin yarattığı stres ve yorgunlukla beraber kemoterapinin de yan etkilerinin eklenmesi ile bireylerde ilk kürleri aldıkları sırada daha yıkıcı etki gösterdiği söylenebilir.

Bireylerin kemoterapi tedavi kür sayısı ile aileden ve arkadaştan sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü

( $p>0.05$ ). Sosyal desteğin özel insan alt boyut puan ortalamaları ile kemoterapi tedavi kür sayısı karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $p=0.007<0.05$ ). Buna göre kemoterapi tedavi kür sayısı dört olanların özel insandan algılanan sosyal destek puan ortalamaları( $0,000\pm 5,029$ ), kür sayısı bir olanlardan( $0,000\pm 4,526$ ) yüksek bulundu. Literatürde kemoterapi tedavisi gören hastalarda, yan etkiler ve hastalığın algılanmasındaki farklılıklar nedeniyle üçüncü kürden sonra yaşam kalitelerinde azalma olduğu, bu durumun bakım veren bireyleri de olumsuz etkilediği ifade edilmiştir Arslan(86), Öksüz(87). Tedavinin ilerleyen süreçlerinde bireylerin inkar döneminin atlması, tedavi süreci hakkında daha detaylı bilgi sahibi olması ve hasta yakınlarının hastalık ve tedavi aşamasında olumlu gelişmeler deneyimlemiş olması bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olabilir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların, hastalığın tanılanma süreleri ile genel iyilik hali, fiziksel güçlükler, semptom, aileden, özel insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görüldü ( $p>0.05$ ). Literatürde de çalışmamıza benzer şekilde Kang ve arkadaşları hastalık evresinin yaşam kalitesini etkilemediğini belirtmiştir Kang(93). Bıkmaz, 6 aydan daha kısa sürede hastalığı tanılanan bireylerin sağlık durumunun daha geç tanı alanlara göre daha iyi olduğunu ifade etmiştir Bıkmaz (5). Çalışmamızın sonucunun, akciğer kanserinin tanılanma aşamasında semptom vermemesi dolayısıyla kişileri hasta hissettirmemesi ve günlük yaşam aktivitelerini etkilememesinden ileri geldiği söylenebilir.

Olguların hastalığı algılama durumu ile yaşam kaliteleri ile sosyal destek puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p=0<0.05$ ). Buna göre; hastalığı algılama durumu kolay tedavi edilen bir hastalık olanların yaşam kaliteleri ve algılanan genel sosyal destek puan ortalamalarının, uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olanlardan daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 7).

Araştırmamızda hastaların ilaç tedavisine uyum sağlama durumu ile yaşam kaliteleri ile sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p=0<0.05$ ). İlaç tedavisine uyum sağlayanların yaşam kaliteleri ve algılanan sosyal destek düzeyleri uyum sağlamayanlardan daha yüksek bulundu (Tablo 7). Literatürde de bireylerde hastalık sürecinde gözlemlenen uyum

bozukluklarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtmiştir Karakoyun ve ark(102). Hastalık sürecinde, öngörülen tedaviye gösterilen uyum, tedavinin etkinliğini artıracak ve iyileşme sürecini hızlandıracağı gibi yaşam kalitesini de yükselteceği söylenebilir.

Çalışmamızda bireylerin ilaçlar hakkındaki düşünceleriyle yaşam kaliteleri ve sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p=0<0.05$ ). İlaçlar hakkında düşüncesi inanıyorum olanların yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek düzeyi inanmayanlardan daha yüksek bulundu(Tablo 7).

Araştırmamızda ÇBASD ölçeği alt boyutları ile yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik hali ve fonksiyonel ölçekleri ile pozitif, semptomlar ile ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. ( $p<0.05$ ). (Tablo 8).

Çalışmamızda hastalık sürecinde, hastalığa uyum ve ilaç tedavisine olan pozitif yaklaşımlı tutumu içinde olan bireylerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğunu ve yaşam kalitelerinin daha nitelikli olduğunu ortaya koymuş, sosyal destek puan ortalamaları yükseldikçe hastaların genel sağlık durumları, fiziksel, rol, emosyonel, bilişsel fonksiyonlardan aldıkları puanlar da artmış; sosyal destek alt boyut puan ortalamaları düştükçe yorgunluk, iştah kaybı vb. semptomlardan aldıkları puanlar da yükselmiştir.

Sonuç olarak araştırmamızda bireylerin, sosyal destek ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Araştırmamızın bulguları literatür ile paralellik göstermektedir Bıkmaz(5), Doğan(9), Çalışkan(12), Novontny(59), Henoc(68), Santoz(89), Karakoyun ve ark(102). Tedavi ve hastalık sürecinde sağlanan güçlü sosyal destek kaynaklarının hasta bireyler için tampon görevi gördüğü, yaşam kalitesini yükselttiği, bunun sonucunda tedavi komplikasyonlarından kaynaklanan yan etkilerle daha etkin mücadele ettikleri ve hastalığa uyum sürecinde daha başarılı oldukları söylenebilir.



## 8. SONUÇ

Küçük hücre dışı akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi ilgili çalışma sonuçları özetlenmiştir.

- Elde edilen verilere göre hastaların 21'i (%14,0) 70 yaş ve üstü, 135'i (%90,0) erkek, 123'ü (%82,0) evli, 76'sı (%50,7) İlköğretim mezunu, 112'sinin (%74,7) sosyal güvencesi Ssk, 138'i (%92,0) çekirdek aile ve 39'u (%26,0) 2 çocuk sahibi olduğu,
- Hastaların, tanı süresinin 117'sinin (%78,0) 0-6 ay olduğu, kemoterapi tedavi kür sayısının 50'sinin (%33,3) 4 olduğu,
- 121'inin (%80,7) hastalığı, tedavisi uzun süren bir hastalık olarak nitelendirdiği, 112'sinin (%74,7) ilaç tedavisine uyum sağlayabildiği, 88'inin (%58,7) hastalığın tedavi edilebilir, ancak tedavinin yan etkisinin de olduğunu düşündüğü,
- 136'sının (%90,7) sigara kullandığı, 105'inin (%77,2) 10 yıl ve üzeri süredir sigara kullandığı, 84'ünün (%61,8) 21 adet ve üzeri sigara tükettiği, 80'inin (%53,3) alkol kullandığı ve alkol kullanım sıklığının 38'inde (%47,5) ayda 1-2 olduğu,
- Araştırma grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarında en yüksek puanın bilişsel fonksiyona, en düşük puanın ise rol fonksiyona ait olduğu,
- En yoğun görülen semptomların yorgunluk, dispne ve iştah kaybı olduğu,
- Hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarından en yüksek puanın aile alt boyutunda, en düşük puanın ise özel insan alt boyutunda olduğu,

- Yaşam kalitesi tüm alt boyutlarının yaş, eğitim, hastalığı algılanma ve ilaç tedavisine uyum durumu ve ilaçlar hakkındaki düşünceleriyle ile; yaşam kalitesi alt boyutlarından semptomların cinsiyet ile; yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik halinin sosyal güvence ile; yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel güçlüklerin çocuk sayısı ve kemoterapi tedavi kür sayısı ile aralarındaki farkın anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ),
- Yaşam kalitesi alt boyutlarından genel iyilik hali, fiziksel güçlüklerin cinsiyet ile; yaşam kalitesi tüm alt boyutlarının medeni durum, teşhis zamanı, sigara kullanma durumu ve süresi ile, alkol kullanım durumu ve sıklığı ile aralarında anlamlı bir fark olmadığı( $p>0.05$ ),
- Algılanan sosyal destek toplam ortalamalarının eğitim ve hastalığı algılama durumu ile, arkadaş alt boyutu puan ortalamasının cinsiyet ile, aile alt boyut ortalamasının alkol kullanım durumu ile, özel insan alt boyut ortalamasının medeni durum ve kemoterapi tedavi kür sayısı ile aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ),
- Algılanan sosyal destek toplam ortalamalarının teşhis zamanı, sigara kullanma durumu ve süresi ile aileden ve özel insandan algılanan sosyal destek puan ortalamalarının cinsiyet ile arkadaştan ve aileden algılanan sosyal destek puan ortalamalarının medeni durum ile istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı( $p>0.05$ ),
- Sosyal destek ölçeği alt boyutlarının yaşam kalitesi ölçeğinin genel iyilik hali ve fonksiyonel skorları ile pozitif, semptomlar ile ise negatif yönlü anlamlı bir fark olduğu saptandı. ( $p<0.05$ ).

Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- Hemşirelerin küçük hücre dışı akciğer kanserli hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini etkileyen bulgular ve faktörler göz önüne alarak bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimleri planlaması ve uygulaması,
- Yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek ilişkisi baz alınarak hastanın mevcut sosyal destek kaynaklarını fark etmesini ve bunları kullanabilmesi konusunda hemşirelerin aktif rol oynaması,
- Kemoterapi alan hastaların yaşadığı semptomların takip edilmesi, yaşanan semptomların kayıt altına alınması, değerlendirilmesi, farklı hemşirelik bakım planlarının geliştirilmesi ve etkin başa çıkma yöntemleri konusunda hastalara verilecek eğitim programlarının planlanması,
- Sigara kullanımının akciğer kanseri oluşumundaki etkisi düşünülerek, tütün kontrol programlarının ve yoğun dumanla ilişkili hastalıkların morbidite ve mortaliteyi azaltmaya yönelik projelerin yapılandırılması için gerekli birimlerle işbirliğine gidilmesi,
- Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerin akciğer kanserli hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini saptamaya yönelik yeni çalışmaların planlanması ve gerekli girişimlerde bulunulması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Fadiloğlu . Akciğer Kanserli Hastada Palyatif Bakım ve Kanıtta Dayalı Uygulamalar. Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri. Mart 2015- İstanbul.
2. TÜİK,Ölüm Nedeni İstatistikleri,2015. Sayı: 21526, 24.03.2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>.
3. Yıldızhan A, Candaş FH. Akciğer Kanserli. In: Yücel O; ed. Göğüs Cerrahisi Ders Notları. Ankara, Merkez Repro. 2012.p.20- 8.
4. Turna H. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Kemoterapi: Güncel Durum. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi 2013; 1 (3): 115-123.
5. Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. 2009- Edirne.
6. Saltürk C. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Klinik ve Patolojik Evrelerin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. 2008-İstanbul.
7. Gülhan M. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Adjuvan Tedaviler. Solunum Hastalıkları 2006; 17: 202-208.
8. Demir G. Akciğer Kanserlerinde Kemoterapi. Akciğer Kanserine Güncel Yaklaşım. Sempozyum Dizisi No:58. Kasım 2007; s. 175-178.
9. Doğan N. Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek.Yüksek Lisans Tezi. 2011-ERZURUM.
10. Gültekin Z ve ark. Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi. Yıl: 2008:s: 2c: 18.
11. Anant M. Quality Of Life Measures İn Lung Cancer. Indian Journal Of Cancer. July-September 2005. Volume 42: Issue 3.
12. Çalışkan T ve ark. 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.

13. Dedeli Ö. Fadiloğlu Ç. Uslu R. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008;23(3):132-139.
14. Kılıç C. Akciğerlerin Anatomisi. Torasik Konjenital Anomaliler Ve Cerrahisi. : Derman Tıbbi Yayıncılık. Ankara, Türkiye. : Aralık 2011(1. Baskı). : Orhan Yücel - Onur Genç. EDT.
15. Metin M, Erbaycu A, Turna H. Akciğer Kanseri. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. TU-13-761-Kasim-2013. Cilt 1, Sayı 3.
16. Şen F. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri. In: Aydın A, Can G; eds. Akciğer Kanseri Tedavi ve Bakım. İstanbul: İpomed Matbaacılık 2010: p.25-40.
17. Koltarla S. Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. 2008: İstanbul.
18. Dzedzic DA, Rudzinski P, Langfort R, Orłowski T. Risk Factors for Local and Distant Recurrence After Surgical Treatment in Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer. Clinical Lung Cancer, In Press, Corrected Proof, Available online 11 January 2016.
19. Çetin ZE. Parsiyel Larenjektomili Hastalarda Farklı Operasyon Tiplerinin Yutma Fonksiyonlarına ve Hayat Kalitesine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi, 2014- İzmir.
20. Göksel T, Yıldız P, Altın S. Akciğer kanseri. Türk Toraks Derneği Beyaz Kitap 2010; 55- 70.
21. Maguire R, Stoddart K, Flowers P, McPhelim J, Kearney N. An Interpretative Phenomenological Analysis of the lived experience of multiple concurrent symptoms in patients with lung cancer: A contribution to the study of symptom clusters. European Journal of Oncology Nursing, Volume 18, Issue 3, June 2014, Pages 310-315.

22. Yılmaz A. Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu. Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi. Toraks Dergisi 2006; 7 (Ek 2): 1-37.
23. Can G, Aydın A. Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri. Mart 2015 – İstanbul.
24. Damadoğlu, E. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Tanı Ve Tedavi Gecikmeleri Ve Bu Gecikmelerin Patolojik Tümör Evresine Etkisi. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi. 2007- İstanbul.
25. Hocaoğlu Ç, Suroğlu M, Özyağcı E. Bir Eğitim Hastanesinde Yatarak Tedavi Görenakciğer Kanseri Ve Lösemi Tanısı Almış Olan Bir Grup Hastanın Ruhsal Durumları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Anadolu Tıp Dergisi 2003;5;31–34.
26. Balcı P, Altay C. Akciğer Kanserinde Radyolojik Bulgular. Türk Radyoloji Seminerleri. Türk Radyoloji Derneği. Trd Sem 2014; 2: 304-315.
27. Durna Z. Klinik Araştırmalarda Hemşiresinin Rol Ve Sorumlulukları. Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım. 1. Baskı: İstanbul, Haziran 2010; s. 197-204.
28. Aydın A, Can G. Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım. İpomet Matbaacılık, 2010: İstanbul.
29. Pinsky PF, Church TR, Izmirlian G, Kramer BS. The National Lung Screening Trial: results stratified by demographics, smoking history, and lung cancer histology. Cancer. 2013;119:3976-83.
30. Aydın G. Akciğer Kanserlerinde Tanı Yöntemleri. Türkiyede Sık Karşılaşılan Hastalıklar II. Sempozyum Dizisi No:58 Kasım 2007; S. 141-152.
31. Savaş R. Akciğer Kanserinde PET/BT. Türk Radyoloji Seminerleri. Türk Radyoloji Derneği. Trd Sem 2014; 2: 326-339.

- 32.** Janssens A, Teugels L, Kohl S, Michielsen T, Meerbeeck J.P. van. Integrating early palliative care (EPC) in the management of lung cancer: The role of the thoracic oncologist. Review Article Lung Cancer, Volume 90, Issue 2, November 2015, Pages 135-138.
- 33.** Eldaboosy SAM , Zeinnhom RA , Kanany H , Nour MO .Thevalue of cervical mediastinoscopy in the diagnosis of mediastinal lesions . Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis, Volume 64, Issue 3, July 2015, Pages 755-760.
- 34.** Turan S. Yoğun Bakımda Fleksibl Bronkoskopi Kullanımı: Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneyimi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi. Kabul Tarihi/Accepted: 08.03.2011.
- 35.** Evison M, Munavvar M. Flexible Bronchoscopy . Medicine, Volume 44, Issue 4, April 2016, Pages 230-234.
- 36.** Akman C, Bakan S. Akciğer Kanserinde Evreleme: Yenilikler. Türk Radyoloji Derneği. Türk Radyoloji Seminerleri. Trd Sem 2014; 2: 340-353.
- 37.** Yıldırım A. Akciğer Kanserinde Tedavi Sonrası Değerlendirme. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye. Türk Radyoloji Seminerleri. Trd Sem 2014; 2: 385-398.
- 38.** Yaman M . Akciğer Kanserinde Tedavi Yaklaşımı. Türkiyede Sık Karşılaşılan Hastalıklar II. Sempozyum Dizisi No:58 I Kasım 2007; s. 157-168.
- 39.** Kapucu S. Kanserli hastada yaşam kalitesi ve hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi HYO Derg 2004: 11(2):74-80.
- 40.** Horn L, Eisenberg R, Gius D, et al. Cancer of the lung: Non-small cell lung cancer and small cell lung cancer. In: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. Abeloff's Clinical Oncology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier; 2014:1143–1192.

41. Akyol A. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi. Ege Üniversitesi HYO Dergisi 1993; 9(3): 71-76.
42. Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, 2010-Ankara.
43. Altıparmak S ve ark. Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanseri Hastalarda Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine, 2011;50 (2): 95-102.
44. Gürler MY, Demir G, Moueminoglu F, Apaydın S. ve Lüy N. Kanser hastalarında kemoterapinin C-reaktif protein düzeyine ve yaşam kalitesine olan etkileri. Türk Onkoloji Dergisi, (2014). 29(1), 1-1.
45. Eylen B. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği”Nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2002:Cilt: XV, Sayı: 1.
46. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği 1. Nobel Matbaacılık. Nobel Tıp Kitap Evleri. 2012- İstanbul.
47. McGuire D, Kaiser KS, Haisfield-Wolfe ME, Iyamu F. Pain Assessment in Noncommunicative Adult Palliative Care Patients. Nursing Clinics of North America, Volume 51, Issue 3, September 2016, Pages 397-431.
48. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi. Gulhane med j.2012; 54(4) : 329-334. [www.ejmanager.com/mnstemps/7/7-1356529218](http://www.ejmanager.com/mnstemps/7/7-1356529218).
49. Büyükkarabacak Y ve ark. The risk of tumor cell dissemination in mediastinoscopy: a cytological study. Turkish Journal of Medical Sciences. Turk J Med Sci (2015) 45: 872-876 © TÜBİTAK doi:10.3906/sag-1406-11.
50. Tümkaya E, Büyükdereli G. Akciğer Kanseri Hastalarında F-18-FDG PET ve PET/BT'nin Rolü. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. Archives Medical Review Journal. Yıl: 2013; 22(4):470-485.



- 51.** Yıldızhan A. Akciğer Kanserinde Tanı Yöntemleri. Göğüs Cerrahisi Cep Kitabı. Mayıs 2012 Ankara; s. 206-211.
- 52.** Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1): p. 17-25.
- 53.** Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1995; 101(34): p. 45-55.
- 54.** Beser NG, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kaliteleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003; 7 (1): 47- 58.
- 55.** Güzelant A, Göksel T, Özkök S, Taşbakan S, Aysan T, Bottomley A. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an Examination into the Cultural Validity and Reliability of the Turkish Version of the EORTC QLQC30. European Journal of Cancer Care 2004; 13: p.135-144.
- 56.** Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. Journal of the National Cancer Institute 1993; 85(5): p.365-376.
- 57.** Fayers P, Bottomley A et al. Quality of Life Research Within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Journal of Cancer 2002; 38: p.125-133.
- 58.** Akin S, Can G, Aydın A, Et Al. Quality Of Life, Symptom Experience And Distress Of Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy Eur J Oncol Nurs 2010:1-10.

- 59.** Novothny P, Smith DJ, Guse L, Rummans TA, Hartmann L, Alberts S, Goldberg R, Gregory D, Johnson M. Sloan JA. A Pilot Study Assessing Social Support Among Cancer Patients Enrolled On Clinical Trials: A Comparison Of Younger Versus Older Adults. *Cancer Management And Research*. 2010; 2: 133-42.
- 60.** Özalevli S, Yılmaz E, Ersöz H, Yeğın A, Önen A, Akkoçlu A. Comparison Of Health-Related Quality Of Life And Exercise Capacity According To Stages İn Patients With Non-Small Cell Lung Cancer. *Tuberk Toraks* 2013; 61(2): 131-139.
- 61.** Heuker D, Lengele B, Delecluse V, Weynand B, Liistro G, Balduyck B, Et Al. Subjective And Objective Assessment Of Quality Of Life After Chest Wall Resection. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011;39:102-8.
- 62.** Kutlu R ve Ark. Evaluation Of Depression And Quality Of Life With Short Form 36 Of İnpatients At The Thoracic Surgery Service. *Turk Gogus Kalp Damar*. 2015;23(3):524-531.
- 63.** Gray NM, Hall SJ, Browne S, Macleod U, Mitchell E, Lee AJ, Johnston M, Wyke S, Samuel L, Weller D, And Campbell NC. Modifiable And Fixed Factors Predicting Quality Of Life İn People With Colorectal Cancer. *British Journal Of Cancer*. 2011; 104(11), 1697-1703.
- 64.** Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini Ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Etmenler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi; 2006- Erzurum.
- 65.** Salonen P. Quality Of Life İn Patients With Breast Cancer. Academic Dissertation. University Of Tampere, 2011- Finland:.
- 66.** Lakusta CM, Atkinson MJ, Robinson JW, Nation J, Taenzer PA, Campo MG. Quality Of Life İn Ovarian Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Gynecologic Oncology*. 2001;81: 490-495.

67. Bradley B. Pua, Dou E, Katherine O'Connor, Carolyn B. Crawford. Integrating Smoking Cessation Into Lung Cancer Screening Programs. *Clinical Imaging*, Volume 40, Issue 2, March–April 2016, Pages 302-306.
68. Henoeh I, Bergman B, Gustafsson M, Et Al. The Impact Of Symptoms, Coping Capacity, And Social Support On Quality Of Life Experience Over Time In Patients With Lung Cancer. *J Pain Symptom Manag* 2007; 34: 370-379.
69. Granger CL. Physiotherapy Management Of Lung Cancer. *Journal Of Physiotherapy*. 2016; 62: 60–67.
70. Juan Carlos Martín-Sánchez, Ramon Clèries, Cristina Lidón-Moyano, Luis González-De Paz, Jose M. Martínez-Sánchez. Differences Between Men And Women In Time Trends In Lung Cancer Mortality In Spain (1980–2013). *Arch Bronconeumol*. 2016;52(6):316–320.
71. Sarenmalm EK, Öhlen J, Jonsson T, Gastonjohansson F. Coping With Recurrent Breast Cancer: Predictors Of Distressing Symptoms And Healthrelated Quality Of Life. *Journal Of Pain And Symptom Management*. 2007; 34(1): 24-39.
72. Pınar S, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2008; 3(18): 141-9.
73. Kimura CA, Kamada I, Guilhem D, Monteiro PS. Quality Of Life Analysis In Ostomized Colorectal Cancer Patients. *J Coloproctol*. 2013; 33(4): 216221.
74. Can G. Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi; 2001- İstanbul.
75. Kanarğ GD. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi; 2007- Adana.

76. Greimel ER, Winter R, Kapp KS, Haas J. Quality Of Life And Sexual Functioning After Cervical Cancer Treatment: A Long-Term Follow-Up Study. *Psychooncology*, 2009; 18: 476-482.
77. Lis CG, Cambron JA, Grutsch JF, Granick J, Grupda D. Self Reported Quality Of Life In Users And Nonusers Of Dietary Supplements In Cancer. *Supportive Care In Cancer*. 2006; 14:193-199.
78. Armstrong T, Cohen MZ, Hess KR, Manning R, Lee ELT, Min J, Tamayo G, Baumgartner K, Yung A, Gilbert M. Complementary And Alternative Medicine Use And Quality Of Life In Patients With Primary Brain Tumors. *Journal Of Pain And Symptom Management*. 2006; 32:148-154.
79. Yazgan EÖ. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi; 2014- Ankara.
80. Aydın Bektaş H, Akdemir N. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal Medicine Science* 2006; 26: P.488-499.
81. Güner P, Işıktan V, Kömürcü S, Sunay I, Öztürk P, Arpacı F, Özet A. Quality Of Life And Sociodemographic Characteristics Of Patients With Cancer In Turkey. *Oncology Nursing Forum*. 2006; 33:1171-1176.
82. Üstündağ S. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2013.
83. Reis N, Coskun A, Beji Nk. Jinekolojik Kanserlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2006;2: 25-35.
84. Yunxian Yu, Hui Liu, Shuangshuang Zheng, Zheyuan Ding, Zexin Chen, Wen Jin, Lijuan Wang, Zhaopin Wang, Ying Fei, Shanchun Zhang, Kejing Ying,

- Ruifeng Zhang. Gender Susceptibility For Cigarette Smoking-Attributable Lung Cancer: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Lung Cancer*, Volume 85, Issue 3, September 2014, Pages 351-360.
- 85.** Jun Chen, Yingwei Qi, Jason A. Wampfler, Aminah Jatoi, Yolanda I. Effect Of Cigarette Smoking On Quality Of Life İn Small Cell Lung Cancer Patients. *European Journal Of Cancer*, Volume 48, Issue 11, July 2012, Pages 1593-1601.
- 86.** Arslan S, Akın B, Koçoğlu D. Kemoterapi Alan Hastalarda Hastalık Ve Tedaviye Bağlı Yaşanan Semptomların Soysa-Demografik Özellikler Ve Algılanan Sosyal Destek İle İlişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 1:47–56.
- 87.** Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA. Psychiatric Symptom Levels And Burden Care Of Caregivers Of Patients Receiving Chemotherapy. *Anatol J Clin Investig* 2013;7(1):24-30.
- 88.** Naseri N, Taleghani F. Social Support İn Cancer Patients Referring To Sayed Al-Shohada Hospital. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*. 2012; 17(4): 279-83.
- 89.** Santos FRM, Kozasa EH, Lourdes M Et Al. Psychosocial Adaptation And Quality Of Life Among Brazilian Patients With Different Hematological Malignancies. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2006; 60: P.505-511.
- 90.** Nai-Wen Chang, Kuan- Chia Lin, Wen-Hu Hsu, Shih-Chun Lee , James Yi-Hsin Chan , Kwua-Yun Wang. The effect of gender on health-related quality of life and related factorsin post-lobectomy lung-cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 2015:292-300.
- 91.** Kat Bektaş D. Gastrointestinal Sistem Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi. Ağustos 2014-Ankara.

- 92.** Grow EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD. Anxiety, Depression and Quality of Life in Caregivers of Patients with Cancer in Late Palliative Phase, *Annals of Oncology*. 2005; 16: 1185-1191.
- 93.** Kang E, Yang EJ, Kim SM, Chung Y, Han SA, Ku DH, Nom AJ, Yang JH., Kim SW. Complementary and alternative medicine use and assessment of quality of life in Korean breast cancer patients: a descriptive study. *Support Care Cancer*. 2012; 20: 461-473.
- 94.** Ayaz S, Yaman ES, Korukluoğlu S. Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal Medicine Science*, 2008; 28(6): p. 880-885.
- 95.** Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y ve ark. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yasadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemsirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21(1): p.13-31.
- 96.** Sadırlı SK. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi Trakya Üniversitesi; 2008: Edirne.
- 97.** Lerner D, Levine S, Malspeis S. Job Strain and Health-Related Quality of Life in National Sample. *Am J Public Health*, 1994; 84:1580-1585.
- 98.** Altıparmak S, Eser E. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Yaşam Kalitesi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2007;3:29-33.
- 99.** Pandey M, Sarita G, Devi N. Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World J of Surgical Oncology*, 2006;4: 68-74.


**100.** Scocciantia C, Cecchinib M, Andersonc AS, Berrinod F, Boutron-Ruaulte MC, Espinaa C, Keyf TJ, Leitzmann M, Norath T, Wisemanl HPM, Romieua I. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. The International Journal of Cancer Epidemiology, Detection, and Prevention; 2016; 1116 No. of Pages 8.

**101.** García-Lavandeiraa JA, Ruano-Ravina A, Barros-Dios JM. Alcohol consumption and lung cancer risk in never smokers. Gaceta Sanitaria, Volume 30, Issue 4, July–August 2016, Pages 311-317.

**102.** Karakoyun Çelik O, Gorkeken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. Med Oncol 2010;27(1):108-13.

**103.** Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Depression and the Factors Affecting the Quality of Life in Cancer Patients. Selçuk Üniv Tıp Dergisi; 2011;27(3):149-153.


## EK-1:Ölçek İzni

 ozgeduzen@outlook.com  
25.10.2015 (Paz), 00:22

Çok teşekkür ederimmm...

Android için [Outlook](#) tarafından gönderildi

---


 nalan beser <nalanbeser@hotmail.com>  
25.10.2015 (Paz), 00:20  
Siz

Sevgili meslekdaşım;  
Gecelik güvenirligini yapmiş olduğum "EORTC QLQ C30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNİ" adli ölcegi aradirtirmanda rahatlıkla kullanabilirsin. Ayrica yardima ihtiyacin olduğunda yardıma h azir olduğumu bilmeni isterim. Başarılar.....  
Nalan Gordeles Beser

Samsung Mobile tarafından gönderildi

Windows'u Etkinleştir  
Windows'u etkinleştirmek için

---

 haluk arkar  
2.11.2015 (Pzt), 13:45  
Siz

Sayın Özge Düzen,  
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.  
Prof. Dr. Haluk Arkar

---

**Kimden:** "özge Düzen" <ozgeduzen@outlook.com>  
**Kime:** "haluk arkar" <haluk.arkar@ege.edu.tr>  
**Gönderilenler:** 31 Ekim Cumartesi 2015 13:00:05  
**Konu:** sosyal destek ölçeği

Merhabalar,  
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi servisinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Medipol Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programında ihtisas yapmaktayım. "Küçük hürelı dışı akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi" adlı bitirme tezimde geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"ni kullanma konusunda müsaadenizi rica ediyorum.  
Başarılarınızın devamını diliyorum..

Windows'u Etkinleştir  
ÖZGE DÜZEN



## EK-2:KURUM İZİNİ



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI 70794255-770-E.27023  
KONU Araştırma İzin ( Özge DÜZEN)

16.12.2015

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürüğü

İlgi 20.11.2015 tarih ve 225 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazı ile İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Özge DÜZEN'in "Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan ve Adjuvan Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışma talebi Genel Sekreterliğimize bildirilmişti.


Söz konusu araştırma çalışmasını ilişkin Genel Sekreterliğimize bağlı Yeditepe Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim

Dr. Abdurizik CAN  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Ek :  
Yaz Örneği (1 Sayf)

14/12/2015 E.KAYA  
14/12/2015 Uzm. BAYVAZ  
16/12/2015 İdari Hizm.Birim Soru : N.KABUL

  
Güvenli elektronik  
imzalı Aşlı ile Aynadır  
16.12.2015

## EK-3: HASTA BİLGİ FORMU

### I. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. HASTANIN ADI SOYADI:.....
2. YAŞINIZ:.....
3. CİNSİYETİZ: Erkek( ) Kadın( )
4. BOYUNUZ:..... 5. KİLONUZ:.....
6. MEDENİ DURUMUNUZ:  
1. Evli( ) 2. Bekâr( ) 3. Dul ( )
7. EĞİTİM DURUMUNUZ:  
1. Okur-yazar ( ) 2. İlköğretim ( ) 3. Ortaöğretim ( ) 4. Yükseköğrenim( )
8. MESLEĞİNİZ:  
1.İşsiz ( ) 2. Ev hanımı ( ) 3. Memur ( ) 4. İşçi ( ) 5. Çiftçi ( ) 6. Serbest ( ) 7. Emekli ( )
9. SOSYAL GÜVENCENİZ:  
1.Emekli Sandığı ( ) 2. SSK ( ) 3. Bağ-Kur ( ) 4. Yeşil Kart ( ) 5. Diğer ( ) 6. Yok ( )
10. ÇOCUK SAYINIZ:.....
11. AİLE TİPİNİZ:  
1. Geniş aile ( ) 2. Çekirdek aile ( ) 3. Diğer ( )

### II. HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

1. KLİNİK TANI:.....
2. HASTALIĞINIZIN TANILANMA SÜRESİ NEDİR:  
1. 0-6 Ay ( ) 2. 6 ay-1 yıl ( ) 3. 1-3 yıl ( ) 4. 3 yıl üzeri ( )
3. KAÇ KÜR KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALDINIZ ?.....
4. HASTALIĞI ALGILAMA DURUMUNUZ:  
1. Tedavi edilemeyen bir hastalık ( )  
2. Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık ( )  
3. Kolay tedavi edilen bir hastalık ( )
5. İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM SAĞLIYABİLDİNİZ Mİ?  
1. Evet( ) 2. Hayır ( )
6. İLAÇLAR HAKKINDA DÜŞÜNCELERİNİZ?  
1. Tedavi edeceğine inanmıyorum ( )  
2. Tedavi edecek ama çok yan etkis var( )  
3. İnanıyorum( )
7. SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?  
1. Evet ( ) 2. Hayır ( )
8. YAKLAŞIK KAÇ YILDIR KULLANIYORSUNUZ?  
1. 0-5 yıl ( ) 2. 5-10 yıl ( ) 3. 10 ve üzeri ( )
9. GÜNDE ORTALAMA KAÇ ADET SİGARA TÜKETİYORSUNUZ?  
1. 1-10 adet ( ) 2. 10-20 adet ( ) 3. 21 ve üzeri ( )
10. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?  
1. Evet ( ) 2. Hayır ( )
11. ALKOLÜ NE SIKLIKLA KULLANIRSINIZ?  
1. Her gün ( ) 2. Haftada 1-2 ( ) 3. Ayda 1-2 ( ) 4. Diğer ( )

## EK-4: YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Sizin sağlığınıza ilgileniyoruz. Aşağıda da sizin durumunuzu belirlemek üzere hazırlanmış sorular mevcut. Doğru yada yanlış yanıt yok. Sorular karşısında numaralar mevcut. Size uyan numarayı yuvarlak içerisine alınız.

### Hiç Biraz Oldukça Çok

1. Bavul ya da ağır bir alışveriş çantasını taşımak gibi güç hareketleri yaparken herhangi bir sorunuz oluyor mu?	1	2	3	4
2. Uzun yürüyüşlerde herhangi bir sorunuz oluyor mu?	1	2	3	4
3. Evin dışında yapılan kısa yürüyüşlerde herhangi bir sorunuz oluyor mu?	1	2	3	4
4. Gün boyunca bir sandalyede ya da yatakta kalma ihtiyacı duyuyor musunuz?	1	2	3	4
5. Kendi kendinize yıkanma, giyinme, yeme ya da tuvalete gitmekte yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?	1	2	3	4
<b>Geçen hafta boyunca</b>				
6. İş ya da diğer günlük faaliyetlerinizi yaparken sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Hobilerinizi ya da diğer boş zaman faaliyetlerinize devam etmekten sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız var mıydı?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyuma güçlüğü oldu mu?	1	2	3	4
12. Güçsüzlük hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız da azalma oldu mu?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4



## EK-4: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenen sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın 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 ve sevinç ve kederimi 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 yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) 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, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

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

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

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

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

## 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU E-İmzalıdır



Sayı : 10840098-604.01.01-E.3209  
Konu : Etik Kurulu Kararı

28/10/2015

Sayın Özge Düzen

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan ve Adjuvan Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 28.10.2015 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden BBE647FEX9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Kavacak Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL  
Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

## 11. ETİK KURUL ONAYI (DEVAMI)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan ve Adjuvan Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADLI/SOYADI	Özge Düzen			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

## 11. ETİK KURUL ONAYI (DEVAMI)

### İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	15.10.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	15.10.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 500	Tarih: 28/10/2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

### İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kuruma	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Feczetlik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Turgut MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknar KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma



## 10. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	ÖZGE	Soyadı	DÜZEN
-----	------	--------	-------

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	-	
Yüksek Lisans	MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ	2017
Lisans	SİİRT ÜNİVERSİTESİ	2012
Lise	MİDYAT AZİZ ÖNEN LİSESİ	2007

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.HEMŞİRE	YEDİKULE GÖĞÜS HASTANESİ	2013-2016
2.ÖĞRETİM GÖREVLİSİ	AVRUPA MYO	2015-2016
3.		-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
ARAPÇA	ORTA	İYİ	ZAYIF

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	66.10498	65.70969	60.79004
(Diğer) Puanı			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
WORD	İYİ
EXCEL	ORTA