

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

	Sayfa
Kabul ve Onay.....	i
Teşekkür.....	ii
İçindekiler Dizini.....	iii
Tablolar Dizin.....	iv
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2

## İÇİNDEKİLER

## 1.GİRİŞ

1.1. AKCİĞER KANSERİ.....	4
1.1.1. Epidemiyoloji.....	4
1.1.2. Etyoloji.....	6
1.1.2.1. Sigara.....	6
1.1.2.2. Hava Kirliliği.....	7
1.1.2.3. Mesleki Faktörler.....	7
1.1.2.4. Genetik Faktörler.....	8
1.1.2.5. Diyet.....	8
1.1.2.6. Geçirilmiş Akciğer Hastalıkları.....	8
1.1.3. Patoloji.....	9
1.1.4. Klinik Belirtiler.....	9
1.1.5. Tanı Yöntemleri.....	10
1.1.5.1. Düz Akciğer Grafileri.....	10
1.1.5.2. Balgam Sitolojisi.....	11
1.1.5.3. Fiberoptik Bronkoskopi.....	11
1.1.5.4. Transtorasik İnce İğne Aspirasyonu.....	11
1.1.6. Evreleme.....	11
1.1.7. Akciğer Kanserinin Tedavisi.....	12
1.1.7.1. KHDAK'de Tedavi.....	13
1.1.7.1.1. Cerrahi Tedavi.....	13
1.1.7.1.2. Radyoterapi.....	14
1.1.7.1.3. Kemoterapi.....	14
1.1.7.2. KHAK' de Tedavi.....	14
1.1.7.2.1. Kemoterapi.....	15

1.1.7.2.2.Radyoterapi.....	15
1.1.7.2.3. Cerrahi.....	15
1.1.7.3. Diğer Tedavi Yöntemleri.....	15
1.1.8. Kanser Tanısının Hastaya Söylenmesi.....	16
1.1.9. Kanserde Psikososyal Yaklaşımı.....	21
1.1.10. Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi.....	24
1.1.11. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	25
1.1.12. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kavramı.....	31
<b>2.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>37</b>
2. 1. Araştırmanın Şekli.....	37
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	37
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	37
2.4. Veri Toplama Aracının Seçilmesi.....	37
2.5. Verilerin Toplanması.....	39
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	40
<b>3.BULGULAR.....</b>	<b>41</b>
<b>4.TARTIŞMA.....</b>	<b>60</b>
<b>5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>68</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>71</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>83</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.1.Akciğer kanserli hastaların başvuru sırasındaki belirtilerin sıklığı ve sebepleri.....	10
Tablo 1.2, Akciğer kanserinde evreler ve TNM alt grupları.....	12
Şekil 1.1, Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları(içeriği) ve Nitelikleri.....	27
Şekil 1.2 ,Yaşam kalitesi değerlendirilmesine ilişkin holistik bir model.....	30
Şekil 1.3, Yaşam Kalitesi Modeli.....	31
Şekil 1.4,Yaşam Kalitesi Değerlendirmesindeki Kavramsal Alan ve Değişkenler .....	34
Çizelge 2,1: EORTC-C30anketini içeriği.....	38
Çizelge 2.2: EORTC-QLQ-LC-13 anketinin içeriği.....	39
Tablo 3.1: Akciğer Kanserli Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 3.2: Tanısını Bilen ve Bilmeyen Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 3.3: Tanısını Bilen ve Bilmeyen Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom ve Belirtilere Göre Dağılımı.....	44
Tablo 3.4: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.5: Araştırmaya Katılanların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom Ve Belirtilerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 3.6: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	47
Tablo 3.7: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Medeni Hale Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 3.8: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom ve Belirtilerin Medeni Hale Göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 3.9: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması.....	50
Tablo 3.10: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Tanısını Bilen ve Bilmeyenlere Eğitim Durumuyla İlişkisi.....	51
Tablo 3.11: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Mesleklere Göre Dağılımı.....	52
Tablo 3.12: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının ve Semptom ve Belirtilerin Mesleklere Göre Dağılımı.....	54

Tablo 3.13: Yaşadığı Yer Ve Yaşam Kalitesi Parametreleri Arasındaki Fark.....	55
Tablo 3.14: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom ve Belirtilerin Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılması.....	56
Tablo 3.15: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom ve Belirtilerin Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	58

## ÖZET

Kanser gibi ölümcül bir hastalığın tanısının kişinin yaşam kalitesi üzerine çok büyük etkileri olacağı ve kişiyi yıkacağına şüphe yoktur. Kanser sadece kesin sonuçlu bir olay değil, ayrıca sürekli belirsizlik, hastalık veya tedavinin potansiyel yan etkileri ve o andaki psikolojik konularla karakterize edilmiş sürekli bir durum olduğu bilinmektedir. Bu yüzden geçmişten bu yana hastalara kanser tanısının söylenmemesi gerektiğine dair bir inanış vardı. Şu anda bu durum değişti. Dünya genelinde yaygın kanserlerden biri olan akciğer kanserinde yaşam kalitesi hayatta kalma kadar anlaşılmalıdır.

Çalışmamızda hastaların demografik durumunu ölçen forma ek olarak, yaşam kalitesini ölçen standart iki anket (EORTC QLQ-C30 ve QLQ-LC13) kullanıldı. EORTC QLQ-C30 hastaların fonksiyonlarını, genel yaşam kalitesini, hastalık ve tedavi ilişkili semptomları hakkında 30 madde içeren kanser odaklı bir test, EORTC-QLQ-LC13 akciğer kanseri semptomları, tedavi kaynaklı yan etkilerini içeren 13 maddeli bir alan odaklı testti. Bu anketler kanser tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi puanlarını elde etmek için kullanıldı.

Toplamda 70 hastaya bu çalışma uygulandı. Bunlardan 28 (%40) tanısını bilen hasta 42 (%60) tanısını bilmeyen gruptandı. Hastalık halinde fiziksel, ruhsal, sosyal ve gündelik faaliyetlerin tam bir iyilik halinde yürütülebilmesi, hastalıkların kontrol düzeyi ile sağlık statüsü birebir ilişkilidir. Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışı yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastanın yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi bağlamında hem kendi amaçları, beklentileri ve endişeleri açısından, hastalığını bilip bilmemesi yaşam kalitesini algılayışıyla birebir ilgilidir.

Sonuç olarak bu çalışma ile hastalığın her aşamasında bilgilenme gereksinimi göz önüne alınarak uygun eğitim ve sosyokültürel düzeydeki hastalara, kanser tanısının söylenmesi gerektiği sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** akciğer kanseri, tanıyı bilme, doğruyu söyleme, yaşam kalitesi.

## SUMMARY

There is no doubt the diagnosis of a life threatening disease such as cancer is devastating and has an enormous effect on one's quality of life. It is argued that cancer is not just a single event with a certain end but a permanent condition characterized by ongoing ambiguity, potentially delayed or late effects of the disease or treatment, and concurrent psychological issues. Thus historically there was a belief that a patient should not be told about his or her cancer diagnosis. At present this has changed. In recent years there has been considerable attention on how to break 'bad news' from a patient's perspective. Given that lung cancer is one of the common cancers world-wide, on the quality of life as well as survival require to be understood.

Quality of life was measured using two standard questionnaires: The European Organization of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) and its lung cancer supplementary questionnaire QLQ-LC13 in addition to a study demographic status. The European Organization of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), a core cancer specific questionnaire containing 30 item patients' functioning, global quality of life, disease and The EORTC Lung Cancer Questionnaire (EORTC QLQ-LC13), a site specific questionnaire consisting of 13 items on lung cancer symptoms and its treatment related side-effects. Comparison was made in quality of life scores between who knew their cancer diagnosis and those who did not.

In all, 70 lung cancer patients were interviewed. Of these, 28 patients (40%) knew and 42 (60%) did not know their cancer diagnosis. Looking at the scores for the two groups clearly indicate that these patients even at the pre-diagnosis stage had several health problems as well as symptoms related to cancer. The intention here is to show that knowing or not knowing one's cancer diagnosis does not make any significant difference to the patients' responses to a quality of life questionnaire. With regards to patients' symptom scores, again there were no significant differences between the two groups, indicating that the knowledge of their cancer diagnosis did not lead to an overestimation of symptoms by patients who knew they had developed lung cancer.

We, there argue that assesment of quality of life in lung cancer patients should be integrated into clinical practice and evaluted prospectively.

**Key words:** lung cancer, , truth telling, patient, diagnos, quality of life

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Akciğer Kanseri

#### 1.1.1. Epidemiyoloji

Kemoterapi ve radyoterapinin getirdiği olanaklar sayesinde, kanser hastaların yaşam sürelerini uzatmakta ve her yönü ile hastaların yaşam kalitesini artırıcı yöntemler araştırılmaktadır (1). Cerrahi, akciğer kanseri tedavisinde en değerli tedavi yöntemi olarak yerini hala korumaktadır. Ancak, akciğer kanserli olguların çoğu ileri evrelerde, yani cerrahi şansını kaybetmiş olarak hekime başvurumaktadırlar. Ayrıca, tanı tedavi aşamasında da zaman kaybı söz konusudur. Bu durum hastanın yaşam süresini doğrudan ve olumsuz yönde etkilemektedir (2).

Tüm dünyada erkeklerde en sık görülen malign neoplazmdır. Görülme sıklığı açısından tüm malign tümörlerin %16 ' sını oluştururken, tüm kanser ölümlerinin %28 ' inden akciğer kanserleri sorumludur. ABD' de halen gerek erkeklerde, gerekse kadınlarda kansere bağlı ölümler içinde ilk sırayı akciğer kanseri almaktadır. Kanserden ölümlerin erkeklerde % 34'ü, kadınlarda % 21'i akciğer kanseri nedeniyledir (3). Akciğer kanseri, 20. yüzyılın başlarında nadir görülen bir hastalık iken, sigara içme alışkanlığındaki artışa paralel olarak sıklığı giderek artmış ve dünyada en sık görülen kanser türü haline gelmiştir (4). Akciğer kanserli olgularda tanı sonrası 5 yıllık yaşam, 1974–76 yılları arasında % 12 iken, 1992–97 yılları arasında çok az yükselmiş ve %15 oranına ulaşmıştır (5). Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa toplumlarında sigara karşıtı kampanyalar sonucu akciğer kanseri görülme sıklığı 1980'den sonra erkeklerde azalma eğilimine girmiştir. Kadınlarda sigara kullanımı alışkanlığındaki artış nedeniyle Doğu Avrupa ülkeleri ve ülkemizde akciğer kanseri sıklığı giderek artmaktadır (6). Ülkemizde erkeklerde görülen kanserler arasında ilk sırada akciğer kanseri yer almaktadır. Kadınlarda ise meme, ürogenital ve sindirim sistemi kanserlerinden sonra 4. sırada yer almaktadır. Ancak cinsiyete bakılmaksızın, tüm kanserler dikkate alındığında ilk sırayı akciğer kanseri almaktadır ( % 21). Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi raporuna göre



Türkiye genelinde akciğer kanseri insidansı 5,9/ 100.000 iken bu insidans ABD' de erkeklerde 83/ 100.000, kadınlarda ise 38/100.000' dir (7). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının tüm sağlık kuruluşlarında tanı alan kanser olgularının kaydedildiği pasif kanser kayıt sistemi verilerine göre akciğer kanseri insidansı 11,5/100.000'dir (8). Dünya verileri cinsiyet ayrımı yapılmaksızın değerlendirildiğinde, akciğer kanserinin yılda % 0,5 oranında arttığını bildirmektedir (9).

Akciğer kanseri önlenabilir bir hastalıktır. 1950 yılına kadar yapılan olgu-kontrol bazlı epidemiyolojik araştırmalar sigaranın akciğer kanseri ile kuvvetli ilişkisi olduğunu göstermiştir. Sigaranın akciğer kanseri sebebi olduğu yönünde ilk bulgular 1962 yılında yayınlanmıştır (3). Akciğer kanseri gelişiminden % 94 oranında sigara sorumludur. Sigara içenlerde akciğer kanseri riski içmeyenlerden 24–36 kat daha fazladır. Pasif sigara içiminde risk % 3,5'tur. Sigaraya başlama yaşı, sigara içme süresi, içilen sigara sayısı ile tütün ve sigara tipi (filtreli, filtresiz, puro, düşük tar ve nikotin içeriği vb.) akciğer kanseri gelişme riskini etkiler (10). Gelişmiş ülkelerde sigara içimi prevalansı kadınlarda % 20–40, erkeklerde % 30–40 iken gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar sırasıyla % 2–10 ve % 40-60'tır. Türkiye'de ise sigara içme prevalansı kadınlarda % 24, erkeklerde % 63'tür. Toplumumuzun büyük kısmını kapsayan yüksek sigara tüketimi göz önüne alındığında, gerekli önlemler alınmazsa yakın gelecekte bir akciğer kanseri epidemisi ile karşı karşıya olduğumuzu söylemek yanlış olmaz (11). Cangır' ın belirttiği üzere 'Parkin ve arkadaşlarının 2001 yılında yayınladıkları çalışmada akciğer kanseri dünya genelinde en sık görülen kanser olup tüm yeni olguların %12,3' ünü oluşturmaktadır.' Kanser Kayıt ve İnsidans Projesi'nin 1995 yılı değerlendirmesine göre ülkemizde en sık görülen kanser akciğer kanseridir ve ülkemizde %22,6 oranındadır. Erkeklerde akciğer kanseri %31 oranı ile en sık görülen kanserken, kadınlarda %6,5 görülme oranı ile en sık görülen dördüncü kanserdir (12).

Ülkemizdeki akciğer kanseri özelliklerini belirlemek amacıyla Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu (TAPMG) tarafından yapılan ulusal, hastane tabanlı geriye dönük çalışmada, 11849 akciğer kanserli olgunun % 90,4'ü erkek, % 9,6'sı kadın olup, olgular büyük oranda (% 56,7) 46–65 yaşları arasında yer almaktadır. Olguların yaklaşık % 90'ında sigara kullanma öyküsü saptanmıştır (% 77,9 aktif sigara içici, % 10,8 sigarayı bırakmış) (13). Hastalık 1950'li yıllarda

sadece erkeklerde görülürken, sigara içme alışkanlığının kadınlar arasında da yaygınlık göstermesi nedeniyle, kadınlarda da giderek artan sıklıkta görülmeye başlanmıştır. Danimarka’da yapılan 97.281 olguluk bir araştırmada, akciğer kanserinin kadınlardaki insidansının 1960’lı yıllardan itibaren her 5 sene için %20 artış gösterdiği saptanmıştır (14,15). Bugün olgu- ölüm hızı akciğer kanserinde % 90 civarındadır. Tanı ve tedavi olanaklarındaki gelişmelere karşın, 1950’ li yıllarda % 6 olan 5 yıllık sağ kalım oranları, 1990’lı yıllarda ancak % 13 civarına ulaştırılabilmektedir (3). Eğer bugünkü oluş oranı azalmazsa, gelecek 50 yıl içinde kanser teşhisi konulan insanların sayısının yalnızca nüfusun ilerleyen yaşlanmasından dolayı, iki katına çıkması bekleniyor (16). Yaşlılık, doğum oranındaki azalmayla ve artan yaşam beklentisinin artmasıyla, hızla bütün batı nüfuslarının ortalama yaşını etkiliyor. Bu sayısal veriler (doğum, ölüm, ...) teşhis konulan ve kanser tedavisi gören insanların sayısını hızla artırıyor. Çünkü çoğu kanserin oluş oranı yaşa bağlı ve bu tümörün gelişme riski ilerleyen yaşta daha da yüksektir (17).

### **1.1.2. Etyoloji**

Akciğer kanseri gelişiminde etkili olduğu belirtilen yaş, ırk, cinsiyet, meslek, hava kirliliği, radyasyon, geçirilmiş akciğer hastalığı sekeli, diyet, viral enfeksiyonlar, genetik ve immünolojik faktörlerin tümü % 6 oranında etkilidir (10).

#### **1.1.2.1. Sigara**

Akciğer kanserinin en önemli etkeni sigara içme alışkanlığıdır. Sigaraya erken başlayanlarda, uzun yıllar sigara içenlerde ve günlük içilen sigara sayısı fazla olanlarda akciğer kanseri riski artar. Akciğer kanseri insidansı içilen sigara miktarı ve süresiyle ilişkilidir. Pasif sigara içimi de akciğer kanserine neden olmaktadır. Sigara içmeyen ancak eşi sigara içen kadınlarda akciğer kanseri oranı artmıştır. Özellikle en yüksek risk 7 yaşının altında pasif olarak sigara dumanına maruz kalan kişilerde ortaya çıkmaktadır (18). Dünya genelinde erkeklerde % 47–52, kadınlarda % 10–12 sıklıkta sigara kullanımı olduğu tahmin edilmektedir. Erkekler kadınlara

göre sigara içmeye daha küçük yaşlarda başlamaktadırlar. Erkekler daha uzun süreli, yüksek katran içerikli ve derin inhalasyonlu sigara alışkanlığına sahiptirler. Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa'da kadınlarda sigara alışkanlığı ikinci dünya savaşı sonrası başlamıştır. Son zamanlarda yapılan olgu-kontrol çalışmaları, günlük sigara tüketimi ve yaş faktörü karşılaştırıldığında sigara içen kadınlarda akciğer kanseri gelişme riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (4). Akciğer kanseri gelişimi, büyük oranda sigaraya maruz kalma süresi ile ilişkilidir. 45 yıl sigara içen bir kişide, akciğer kanseri insidansı % 0,5 iken, 15 yıl sigara içen bir kişide bu oran 1/ 100.000 civarındadır (19).

Önemli bir konu da, sigarayı bırakanlarda ne kadar süre sonra bronş kanseri gelişme riskinin azaldığı veya ortadan kalktığıdır. Bu açıdan yapılan çalışmalarda, sigaranın bırakılmasını takiben 2–15 yıl arasında progresif olarak malignensi gelişme riski azalmakta, 15 yıl sonra hiç içmeyenlerle yakın bir düzeye gelebilmektedir. Örneğin, 45 yıl sigara içen bir kişide akciğer kanseri gelişme insidansı, bıraktıktan 15 yıl sonra %0,5' den % 0,1 düzeyine düşmektedir (3,19).

### **1.1.2.2. Hava Kirliliği**

Şehirlerde hava kirliliğinin akciğer kanserine neden olduğu yıllardır öne sürülen bir görüştür. Şehirlerde özellikle büyük ya da endüstri merkezi olan şehirlerde ısınma yakıtlarından çıkan dumanlar, sanayi ve egzoz dumanları başlıca havayı kirleten etkenlerdir. Bu maddelerin karsinojenik özellik içerdiği deneysel çalışmalarda gösterilmiştir. Sigara ve hava kirliliği sinerjistik etkiye sahiptir. Hava kirliliğinin akciğer kanseri gelişimindeki rolü hakkındaki bilgilerimiz sınırlı olmakla birlikte akciğer kanserine bağlı ölüm oranı şehirde yaşayanlarda kırsal alanda yaşayanların iki katıdır (18,19).

### **1.1.2.3. Mesleki Faktörler**

Bazı iş kollarında çalışanlarda akciğer kanserine sık rastlandığı bilinmektedir. Mesleki kanserlerin en önemlisi asbestin sebep olduğu kanserdir (20). Sigara içen asbest işçilerinde akciğer kanseri riski 100 kat daha fazladır. Bunun yanı sıra çevresel

olarak lifsel yapılı minerallere maruz kalmak da akciğer kanseri riskini arttırmaktadır (12). Asbest, kadmiyum, nikel, krom gibi mesleksi etkenler ve radyasyon akciğer kanseri riskini artırır. Mesleksi radona maruz kalındığında risk 20 kat artmaktadır. Tütün kullanımıyla beraber bu artış daha fazladır. Ev içi radona maruz kalındığında akciğer kanserlerinin % 10'unun nedeni olduğu tahmin edilmektedir (21).

#### **1.1.2.4. Genetik Faktörler**

Akciğer kanseri genetik bir hastalık değildir. Genetik faktörler karsinogeneziste önemli rol oynar. Bu etki doğrudan doğuştan var olan kanser taşıyıcı genler ile ya da dolaylı olarak çevresel etkenlere maruziyet sonucu gelişen genetik değişiklikler ile de olabilir (12). Asbest, kadmiyum, nikel, krom gibi mesleksi etkenler ve radyasyon akciğer kanseri riskini artırır. Kanserli hastaların birinci derece yakınlarında akciğer kanseri riski 2,4 kat artmaktadır (11). Suçlanan genetik faktörlerden biri olan P-450 enzim sisteminde yer alan aril hidrokarbon hidroksilaz enziminin artmış aktivitesi akciğer kanseri riskini 8 kat artırır (21).

#### **1.1.2.5. Diyet**

Akciğer kanserinde diyetin bu konuda % 5 oranında etkili olduğu ileri sürülmektedir. Vitamin A ve  $\beta$ -karotenden fakir diyet akciğer kanseri riskini artırır. Diyetinde  $\beta$ -karoten/retinol miktarı yüksek olan olgularda akciğer kanserinin göreceli riski 0,59'a düşmektedir. Vitamin E ve selenyum benzer şekilde antioksidan etkiyle riski azaltmaktadır. Yüksek yağlı diyetle beslenen sigara tiryakilerinde akciğer kanseri riskinin arttığı gösterilmiştir. Çay (özellikle yeşil çay) tüketimi de koruyucu etki gösterir (11).

#### **1.1.2.6. Geçirilmiş Akciğer Hastalıkları**

Sekelsiz olarak iyileşen akciğer enfeksiyonlarının akciğer kanserinde bir rolü yoktur. Diffüz akciğer fibrozisi, tüberküloz, silikozis, kronik bronşit ve amfizemdir. Diffüz

akciğer fibrozisi olan olgularda akciğer kanseri riskinin 14 kat arttığı bildirilmektedir (12).

### 1.1.3. Patoloji

Tedaviye dayalı değerlendirmeler nedeniyle son yıllarda akciğer karsinomu basitçe şu şekilde sınıflandırılmaktadır.

- 1-Küçük Hücreli Akciğer Kanseri(KHAK)
- 2-Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri(KHDAK)
  - a. Epidermoid
  - b. Adenokarsinom
  - c. Büyük hücreli akciğer kanseri (18)

### 1.1.4. Klinik Belirtiler

Akciğer kanserli hastaların %90'dan fazlası başvuru sırasında lokal, bölgesel, metastatik veya tümörün sistemik etkilerine bağlı olarak semptomatiktirler. Başvuru sırasındaki belirtilerin görülme sıklığı ve sebepleri tablo 1'de özetlenmiştir (22).

Fizik muayenede supraklavikuler lenfadenopati, Horner sendromu, plevral sıvı birikimi, lokalize wheezing, hepatomegali, kaşeksi, lokalize kemik hassasiyeti, periferik motor veya sensor nöropati saptanabilir. Sonuç olarak akciğer kanserinin belirti ve bulguları:

- 1) Primer tümörün gelişmesi, büyümesi
- 2) Tümörün mediastene bölgesel yayılımı;
- 3) Tümörün sistemik yayılımı;
- 4) Paraneoplastik sendromların oluşumu sonucundan ortaya çıkar.

Akciğer kanserinin histolojik tipleri ( küçük hücreli veya küçük hücreli olmayan) , yerleşim yeri ( santral veya periferik havayolları), neoplazinin biyolojik aktivitesi ve var olan diğer hastalık durumları hastaların durumlarını tanımlamaya yardımcı olur (22).

**Tablo 1. 1. Akciğer kanserli hastaların başvuru sırasındaki belirtilerin sıklığı ve sebepleri (22)**

Semptom ve Bulgular	Sıklık %	Oluş Nedeni
Öksürük	75	Bronş obstrüksiyonu, tümöral infiltrasyon, dıştan bası, infeksiyon
Kilo kaybı	68	İlerlemiş kanser, karaciğere metastaz
Nefes darlığı	58–60	Ana bronş obstrüksiyonu, plevral sıvı birikimi, diyafragma paralizisi
Hemoptizi	29–35	Bronşların tümörle tutulumu
Kemik ağrısı	25	Kemik metastazı
Çomak parmak	20	Osteoid birikim ve el ve ayakparmak kemikleri iç yüz periostalarında yeni kemik oluşumu
Ateş	15–20	Obstrüktif pnömoni, karaciğer metastazı, bilinmeyen nedenler
Halsizlik	10	Periferik nöropati, miyastenik sendrom
Vena kava superior sendromu	4	Vena kava superiorun tümör veya lenf bezleriyle bası altında olması
Disfaji	2	Özofagus baskı veya infiltrasyon
Wheezing, stridor	2	Tümörün trakea veya anabronşta obstrüksiyon yapması

### 1.1.5. Tanı Yöntemleri

#### 1.1.5.1. Düz Akciğer Grafileri

Primer tümörün saptanmasında % 70–88 arası duyarlılığı olan bir yöntemdir. Yeni ortaya çıkan veya büyüme eğilimi gösteren pulmoner nodül, hiler genişleme, lokal veya diffüz nodüler infiltratif lezyonlar, düzelmeyen pnömoni görüntüsü, lineer veya lokalize atelektazi, abse kavimleri başvuru anında ortaya çıkabilecek başlıca düz akciğer grafisi bulgularıdır. Kardiyak silüetin arkasındaki lezyonların atlanmaması için yan grafiler rutin olarak değerlendirilmelidir.

Yuvarlak veya oval nodül veya kitle görüntüsü % 30 olguda tek radyolojik bulgudur. Nodül veya kitle görüntüsünde, kontur lobülasyonu veya çentiklenmenin olması, nodülün spiküler kenar özelliği göstermesi, lezyona doğru vasküler konverjansın bulunması malignensi lehine olan bulgulardır. Primer bronş kanserlerinde de % 6–7 oranında kalsifikasyon görüldüğünden, tek başına kalsifikasyon varlığı ile benign lezyon tanısı konulmamalıdır.

### **1.1.5.2. Balgam Sitolojisi**

Akciğer kanseri tanısına yönelik duyarlılığı, lezyonun niteliği ve yerine göre değişmek üzere % 20–77 arasında değişmektedir. Santral, alt lob yerleşimli ve büyük çaplı tümörlerde tanı oranı daha yüksektir. Hemoptizi ve öksürük yakınması olan risk grubu olgularda rutin uygulanmalıdır. Balgam örnekleri, 3–5 kez, sabahları alınmalı, hemen yayılmalı ve tespit edilmelidir. Hasta balgam çıkaramıyorsa, % 15 salin veya % 20 propylene glycol karışımı ile ekspektorasyon uyarılabilir.

### **1.1.5.3. Fiberoptik Bronkoskopi**

Akciğer kanseri tanısında altın standart yöntemdir. Özellikle proksimal ve endobronşiyal lezyonlarda daha yüksek olmak üzere %50–85 arasında patolojik tanının elde edilmesini sağlar. Sitolojik veya histolojik materyal elde etmek için, bronş lavajı, fırçalama, biyopsi, transbronşiyal iğne aspirasyonu gibi yöntemler ayrı ayrı veya birlikte kullanılır. Bronkoskopi ile sağlanan veriler ile lezyon çapı arasında direkt bir ilişki vardır. Okült ve erken lezyonlarda, konvansiyonel bronkoskopi ancak olguların 1/3 ünde tanıya ulaştırırken, floresan bronkoskopi yöntemiyle %80' den fazla olguya tanı konulabilmektedir.

### **1.1.5.4. Transtorasik İnce İğne Aspirasyonu**

Periferik akciğer lezyonlarında tümörün çapına bağlı olarak %90'a varan oranlarda tanı koydurucu bir girişimdir. Bilgisayarlı tomografi eşliğinde yapılması, tanı oranını artırmakta, komplikasyon oranını düşürmektedir. Buna karşın önemli sakıncalarından birisi % 10 civarında yan etki olarak pnömotoraks gelişimi, diğeri ise, tümör nekrozu ve çevresel inflamasyona bağlı olarak % 30 civarında yanlış negatif sonuç veren bir yöntem olmasıdır (23).

### **1.1.6. Evreleme**

Gerek akciğer kanserinin malignite potansiyelinin yüksek oluşu gerekse akciğerin anatomik ve fizyolojik özellikleri nedeniyle akciğer kanseri çok kısa sürede ölüme neden olmaktadır. Bu özelliğine karşın akciğer kanserinde en başarılı ya da uzun sağ kalıma sahip olgular cerrahi tedavi uygulanan özellikle erken evre hastalardır. Günümüzde akciğer kanserinin evrelendirilmesinde son olarak 1997’de düzenlenen TNM sınıflandırılması kullanılmaktadır (Tablo 2). TNM sınıflandırması için tüm olgularda mikroskopik olarak tanı konulmalıdır (12).

**Tablo 1.2. Akciğer kanserinde evreler ve TNM alt grupları**

Evre	TNM*
Evre 0	Karsinoma in situ
Evre IA	T1N0M0
Evre IB	T2N0M0
Evre IIA	T1N1M0
Evre IIB	T2N1M0 T3N0M0
Evre IIIA	T3N1M0 T1N2M0 T2N2M0 T3N2M0
Evre IIIB	T4N0M0 T4N1M0 T4N2M0 T1N3M0 T2N3M0 T3N3M0 T4N3M0
Evre IV	Herhangi T Herhangi N M1

\*T;Tümör, N;Nodül, M;Metastaz

### 1.1.7. Akciğer Kanserinin Tedavisi

Son 10 yıl içinde akciğer kanserinin tedavisinde önemli gelişmeler olmuştur. Evreleme ile erken ve geç kalmış olguları birbirinden daha iyi ayırma imkânı ortaya çıkmış ve inoperabl olarak kabul edilen birçok olguya cerrahi tedavi şansı verilmiştir. Akciğer kanserinde en büyük problem, erken tanı problemidir. Asemptomatik dönemde tanı konmuş hastaların tedavileri hem kolay hem de 5 yıllık yaşam şansları % 60'ların üzerinde bulunmaktadır.



### 1.1.7.1. KHDAK'de Tedavi

KHDAK' i tüm akciğer tümörlerinin % 70-80'ini oluşturur. Tedavisinde tek kür şansı cerrahidir. Ancak % 30-40'ı yerleşim olarak rezektablardır.

#### 1.1.7.1.1. Cerrahi Tedavi

Erken dönemde saptanan ve opere edilebilir hastalarda, esas tedavi yöntemidir. Ayrıca tanısal ve geçici amaçlı uygulanabilir. Tümör yükünü azaltarak radyoterapi ve kemoterapinin etkinliğini artırma amacı ile de yapılabilir. KHDAK'de cerrahi tercih edilir. Yaklaşık % 25 tedavi amaçlı uygulanır.

En sık uygulanan yöntem lobektomidir (% 62) ve operasyonun mortalitesi % 3 dolayındadır. Rezeksiyon genişliği arttıkça mortalitede artış olmaktadır. Operatif morbidite ve mortalite rezeksiyonun tipine, hastanın yaşına, pulmoner fonksiyona ve hastalığın klinik evresine göre değişmektedir. Evre I ve II' de cerrahi endikedir ve genellikle lobektomi yeterlidir. Cerrahi sonrası rekürrens olmaksızın 5 yıllık yaşam evre I' de % 50–60, evre II' de % 30–40 dolayındadır.

Evre IIIA' da T3, N1 olduğunda cerrahi rezeksiyon faydalı olabilir. N2 olduğunda cerrahi tartışmalıdır. N2 tutulumu torakotomide saptanmışsa, yani tek bir lenf düğümü bölgesinde mikroskopik metastaz varsa (minimal N2), cerrahi rezeksiyon uygulanabilir. N2 olduğu operasyon öncesi saptanmışsa, genellikle inoperabl kabul edilir. Preoperatif kemoterapi veya radyoterapiye yanıt varsa cerrahi uygulanabilir. T3N1'de 5 yıllık yaşam % 23 iken, tam rezeksiyon yapıldığında % 42 dolayındadır. Minimal N2'de 5 yıllık yaşam % 10–20, preoperatif olarak saptanmış N2'de ise % 10'un altındadır. Evre IIIB genellikle rezeksiyon yapılamaz olarak kabul edilmektedir. Rezeksiyon yapılan IIIB' li hastalarda 5 yıllık yaşam % 6'dan azdır. Evre IV' de soliter metastazlar dışında cerrahi önerilmemektedir

Cerrahi sonrası yaşam süresini uzatmak amacı ile adjuvan tedaviler uygulanmaktadır. Cerrahi uygulanan bölgede tümör bulunan hastalarda, yüksek doz radyoterapi ile lokal rekürrensin azaldığı gösterilmiştir. Kemoterapi dolaşımdaki tümör hücrelerinin ve cerrahide saptanmayan subklinik metastazların

eradikasyonunda etkilidir. Lokal yayılım gösteren hastalarda kemoterapi, hastaliksız yaşam süresini uzatırken, ortalama yaşam süresinde de artış izlenmemiştir.

#### **1.1.7.1.2. Radyoterapi**

DNA zincirlerini bozmak yolu ile etki eder. Bu etki, hücre içi kimyasal radikaller oluşturarak veya doğrudan DNA zincirini kırarak sağlanır. İridyum 192, Sezyum 137, Iyot 125 ve Kobalt 60 en çok kullanılan radyoaktif ajanlardır. Evre I ve II'de ancak cerrahinin kontrendike olduğu durumlarda, küratif amaçlı radyoterapi uygulanır.

#### **1.1.7.1.3. Kemoterapi**

Sitostatik ajanlar habis tümörlerin çoğunda % 50 civarında etki gösterirler. KHDAK' de en etkili ajanların bile yanıt oranı % 20 civarındadır. Tam yanıt oranı çok düşüktür. Kemoterapi uygulanacak hastanın performans durumunun iyi olması ve ilk defa kemoterapi alması, yanıt oranına olumlu yönde etki eder. Tek ajan tedavisi artık bırakılmıştır. Kombine tedavi rejimleri uygulanmaktadır. Yaygın KHDAK' de kemoterapinin yaşam süresine etkisi tartışmalıdır. Yanıt oranları % 13–73 arasında değişmektedir. Ancak çoğu hastada % 50'nin altındadır. Evre IIIB ve IV' de yalnızca iyi bir destekleyici tedavi ile ortalama yaşam 2,3–5,3 ay, kombine kemoterapi yapılanlarda ise 6,8–8,6 aydır.

#### **1.1.7.2. KHAK' de Tedavi**

KHAK, tüm akciğer tümörlerinin yaklaşık % 25'ini oluşturmaktadır. En önemli iki özelliği, çabuk yayılması ve kemoterapiye iyi yanıt vermesidir. KHAK hızlı yayılım gösterdiği için, başlangıcından itibaren sistemik hastalık olarak kabul edilmekte ve tedavisinde kemoterapi, ağırlıklı bir yer tutmaktadır. Sınırlı hastalıkta, kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi uygulanabilir. Yaygın hastalıkta ise kemoterapi ve palyatif

radoterapi uygulanmaktadır. Tedavisiz, yalnızca destekleyici önlemlerle, sınırlı hastalık grubunda ortalama yaşam süresi 12 hafta, yaygın hastalıkta ise 5 haftadır.

#### **1.1.7.2.1. Kemoterapi**

KHAK için pek çok kemoterapi şeması vardır. Bunlardan en çok kullanılan iki tanesi CAV (siklofosfamid, adriamisin, vinkristin) ve EP (etoposid, sisplatin) protokolleridir.

#### **1.1.7.2.2. Radyoterapi**

KHAK, tüm akciğer kanserleri içinde radyoterapiye en duyarlı olanıdır. Sınırlı hastalıkta kemoterapiye ek olarak uygulanabilir. Radyoterapinin ortalama yaşam süresine belirgin etkisi olmamaktadır. Ancak iki yıl hastalısız yaşam oranı artmaktadır. Radyoterapi kemoterapiden önce ya da tamamlandıktan sonra (30–40 Gy) göğüs kafesine verilebilir. Kemoterapiye ek radyoterapi uygulanması hematolojik, özofajial, ve pulmoner toksisiteye neden olmaktadır. Pulmoner rezervin tedaviyi kaldırabilecek düzeyde olması gerekir.

#### **1.1.7.2.3. Cerrahi**

KHAK'de cerrahinin yeri oldukça sınırlıdır. Cerrahi düşünülüyorsa, TNM evrelemesi yapılır. Evre I, II olan hastalarda kemoterapiye ek olarak cerrahi uygulanabilir. Yalnızca T1, T2, N0 olan hastalarda cerrahi primer tedavi olarak önerilmektedir. Bu hastalara radyoterapi ve kemoterapi eklenmesi ile 5 yıllık yaşam %80'lere dek çıkmaktadır.

#### **1.1.7.3. Diğer Tedavi Yöntemleri**

Akciğer kanserinde klasik tedavi yöntemleri dışında laser tedavisi, brakiterapi, kriyoterapi, endobronşial protezler ve immünoterapi uygulanmaktadır.

Laser: Endobronşial laser 1976 yılından beri kullanılmaktadır. Tümörlere bağlı santral hava yolu obstrüksiyonunu ortadan kaldırmak için uygulanır. Laserin kesme ve koagüle edici etkisi ile, tümör dokusu bronkoskop aracılığı ile çıkarılabilir.

Bronkoskopik laserin birkaç tipi vardır:

1. Karbondioksit Laser
2. Neodmiyum - YAG Laser

Fotodinamik tedavi

Brakiterapi, Kriyoterapi , Endobronşial Protezler (24)

### **1.1.8. Kanser Tanısının Hastaya Söylenmesi**

Çağlar boyunca ölümün insanlar üzerindeki etkisi, kültürlere ve zamana göre değişiklikler göstermiştir. Ölüm geçmişte, doğum olayı gibi doğal olarak kabul edilirdi. Ölüm yaşanan, ancak nasıl ve ne zaman olacağı bilinmeyen bir gerçektir. Ölüm korkusu ise öncelikle belirsizlikle ilgilidir. Her insan yaşamının erken bir ölümle kesilebileceğini algıladığında korku hisseder. Korku, tanı konma döneminde ve hastalığın olası bir tekrarı durumunda en yüksek düzeydedir. Bu nedenle hastanelerin günümüzde olduğu kadar yararlanılmadığı için, hastalar ev ortamında ölürlendi. Bugün ise ölüm, bir çeşit tabu olarak görülmekte ve insanlar ölüm sözcüğü yerine “dinlenme”, “uzun uyku” veya “gidiş” gibi sözcükler kullanmaktadır. Bireylerin ölüm olgusuna verdikleri tepkiler, daha yaşayacakları tamamlanamamış, bitirilememiş ilişkilerin ve zorlanmış ya da aceleye getirilmiş ayrılıkların izlerine göre farklılık gösterir. Kanserde bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşanırken öte yandan, hastalığın ölümü yakınlaştırdığı ve belirginleştirdiği düşüncesi oluşur. Her iki durum da hastanın duygulanımını olumsuz etkilemekte, kaygı ve korku düzeyini artırmaktadır. Günümüzde özellikle durumu ağır olan hastaların, hastaneye yatırılmaları, hastanede ölümlerin artmasına neden olmaktadır (25,26).

Hasta olmak ve hastaneye yatmak, bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen, kaygı ve endişelerin arttığı, olağan dengesinin altüst olduğu bir dönemdir. Hastanın duygusal gereksinimleri arasında duruma ilişkin bilgi alma gereksinimi önemli yer tutmaktadır. Kimi hastalarda bu gereksinimin yeterince karşılanamayışı kaygının yükselmesine neden olmaktadır. Hastalara tanı, tedavi ve yapılan işlemler konusunda açıklamalar yapılması zorunluluğu artık kabul edilmiş olmasına karşın ölümcül tanının söylenip söylenmemesi konusunda çeşitli görüşler bulunmaktadır. Yaşamın herhangi bir sürecinde her zaman belirsizlik yaşanabilmektedir. Hastalıkta yaşanan belirsizlik ise, hastalıkla ilgili olayların anlamını belirleme yetersizliği olarak tanımlanmıştır. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik algısını çeşitli faktörler etkileyebilmektedir. Bunlar bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşama kontrol koyamama, süre giden durumdaki farklılıklar, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmamasıdır (25,26) .

Kanser hastalarının hastalığın her evresinde belirsizlik yaşadığından ve belirsizliğin bir özellik olduğundan söz edilmektedir. Kanser gibi ölümcül bir hastalığın teşhisinin, kişinin yaşam kalitesi üzerine çok büyük etkileri olacağına ve kişiyi yıkılacağına şüphe yoktur. Kanser sadece kesin sonuçlu bir olay değil, ayrıca sürekli belirsizlik, hastalık veya tedavinin potansiyel yan etkileri ve o andaki psikolojik konularla karakterize edilmiş sürekli bir durum olduğu tartışılıyor. Bu nedenle, kanser yaşantısında, tanı evresinde, tedavi sırasında ve sonrasında, hatta tedavi başarılı olsa bile belirsizlik yaşanmaktadır. Belirsizlikle ilgili değişkenler arasındaki bağlantıların tam olarak saptanmasının çoğu zaman güçtür. Belirsizliğin stres, psikososyal uyum sorunları ve negatif duygu durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu; ümit, beklenti, amaç, baş etme becerisi ve yaşam kalitesiyle de ters ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bireylerin belirsizlikle baş etmeleri için bilgi gereksiniminin karşılanması gerekir. İnsanların belirsizlik ile nasıl baş ettiği büyük oranda sahip oldukları kaynaklara bağlıdır. Bunlar; olaylara ilişkin düşünce biçimi-pozitif düşünme, sosyal destek ve parasal kaynaklardır (26,27).

Kanserli bir hastaya tanısının doktoru tarafından söylenip söylenmemesi, 1940'lardan bu yana tartışma konusu olmuş ve 1950'lere kadar tanının

söylenmemesi gerektiği kabul edilmiştir (25). Uzun yıllardır tıbbi literatürde doğru bilgilendirme konusundaki görüşler değişiklik göstermektedir. Fitt ve Radvin'in 1953 yılında yapmış oldukları çalışmaya göre araştırmaya katılan doktorların çoğu hastanın tanısı hakkında doğru bilgilendirilmesinden yana değildir. Araştırmaya katılan doktorların sadece %3'ü hastanın tanısı hakkında doğru bilgilendirilmesinden yana görüş bildirmişlerdir (28).Avrupa'da 1960 öncesinde hekimlerin çoğu kanser tanısının hastaya söylenmesi taraftarıyken 1980'li yıllardan sonra daha fazla söyleme eğilimine girmişlerdir. Bununla beraber hala prognozları hakkında bilgi vermekten kaçınılmaktadır. Fransa, Almanya ve İsviçre' de, İngiltere'ye göre gerçek daha kısıtlı olarak söylenmektedir (29).

Baret ve Schwartz' in, çoğunluğu kanser hastası olan ve hastanede yatan 40–70 yaşları arasındaki 15 hasta üzerinde yaptıkları bir araştırmaya göre, hastaların tümünün hastalıkları ve tedavileri hakkında detaylı bilgi edinmek istedikleri ortaya çıkarılmıştır. Buna karşın bazı uzmanların ise, hastaların hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi edinmek istemediklerine ve bu bilgilerin ancak hastaların kafalarını karıştıracığına, inandıklarını belirtmişlerdir (25). Akciğer kanserli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada kötü haberin doktor tarafında söylenmesinden sonra %62 hasta kendilerini daha rahatlamış olarak ifade ederken % 10 hasta kendilerini daha az güvenli hissettiklerini ve % 28 hastanın da kararsızlıklar hissettiklerini söylemişlerdir (29). 'Özcan'ın 197 hasta üzerinde yaptığı, 'Hastanede Yatan Hastaların Durumlarına İlişkin Bilgi İstedikleri Alanların Saptanması ve Hastaya Verilecek Bilgiler Konusunda Hemşire ve Hasta Görüşlerinin Saptanması ' konulu araştırma sonuçlarına göre de, hastaların tanı ve tedavi yöntemleri konusunda bilgi gereksinimleri olduğu, endişe ve korku duygularının yoğun olduğu bulunmuştur' (25).

Conboy-Hill'in yaptığı bir araştırmada da hastaların %90'ının hastalıklarının ciddi olup olmadığını bilmek istedikleri, buna karşın doktorların %90'ı ise, hastaların ölümcül olan hastalıklarına ilişkin bilgiyi almaya dayanamayacaklarını ileri sürerek, hastaların sorularını yanıtlamaktan kaçındıklarını belirtmiştir (25). 100 kanserli olgu üzerinde yapılan bir çalışmada tanılarını bilen hastaların %71'i kendilerine gerçeğin söylenilmesini istemiyorlardı. Hasta yakınlarına hastaya tanının söylenilmesini neden

istememedikleri sorulduğunda %87' si bunun hastayı daha endişeli ve güçsüz bırakacağını, %71' i korkutacağını, %15'ide hastanın genel durumunu ve uyumunu bozacağını düşündüklerini söylemişlerdir (25, 27).

Yukarıda belirtilen görüşlerin aksine bazı uzmanlar, hastaya her şeyi açıkça söylemeyi doğru bulmaktadırlar. Kanser genellikle aşırı duyarlılık, kırılabilirlik, çaresizlik, ölüm ve bilinmezlikle ilişkili korkular uyandıran kronik bir hastalıktır. Kanser klinik seyrinin belirsiz olması ve tedavisinin tam olarak garanti edilememesi nedeniyle endişe uyandırır. Kanserdeki belirsizlik konuları daha çok kanserin tekrarlamasına ilişkin yaşanan korku, kontrol kaybı, yaşam ve ölümün var oluşsal endişesidir. Hastaya tanı ile ilgili açıklamaların yapılması, ileride ortaya çıkabilecek sorunları, hastanın ailesi, işvereni ve iş arkadaşları ile çözümlenmesine olanak verecek ve böylece hasta kendisini hastalığın sonucuna daha iyi hazırlayacaktır. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik, bireyin yapması gereken konularda karar vermesini de güçleştirebilir. Karar vermesi zorlaşan ya da karar veremeyen birey kaygı, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşar. Hastaya yetersiz bilgi iletilmesi ise hastayı öfkeli edilecek verilen bilgiyi inkâr etmesine neden olarak, anksiyeteyi, sıkıntıyı ve ağrıyı artıracaktır. Çünkü hastalar kendilerine iletilen sözel bilgiden çok, sözel olmayan davranışlardan etkilenirler. Değişik uzmanlar bu tür etkilenmenin hastaya yıpratıcı görüşünde birleşmektedirler. Cartwright' in yaptığı bir araştırmaya göre, terminal dönemdeki kanser hastalarının %50 'sinin hastalıklarının ciddi olduğu doktor ya da hemşireler tarafından söylenmediği halde farkında oldukları, yalnızca % 15 ine doktoru tarafından açıklama yapılmadığı, geri kalan hastalara ya hiç bilgi verilmediği, ya da yanlış bilgi verildiği ortaya çıkarılmıştır (25,26).

Tıbbi müdahalelerden önce hastanın onamının alınması insanın kişiliğine, hürriyetine duyulan saygının bir sonucudur. Herkesin kendi bedeni üzerinde mutlak bir hakkı vardır. Hastanın bedeni üzerindeki hakkına bağlı olarak durumunu bilme, öğrenme hakkı önceliklidir. Hasta buna dayanarak doktora başvurduğunda rahatsızlığının sebep ve boyutlarını öğrenebilecek, bunu ortadan kaldıracak olan bütün tedavi yolları hakkında bilgi sahibi olacaktır (30). Etik karar verme sürecinde hastaya doğrunun söylenmesi önemli bir konudur. Bu kararlar hem hemşireler hem de diğer sağlık çalışanlarının yaşamlarını etkiler (31).

Hastaya, hastalığının sonucuna ilişkin bilgi verme konusunda en güç sorun, neyin, ne zaman ve ne kadar söyleneceğine karar vermektir (25). Doğruların söylenmesi ve bilgilerin doğru aktarılması çoğunlukla hastaya ailesine sağlık ekibi üyelerine göre değişmekte, doktor ve hemşirelerin kendi deneyim, duygu ve yaşam felsefelerinden de etkilenmektedir. Bunun yanında hastanın yaşı, fiziksel ve mental durumu, eğitimi, çevresi tarafından desteklenmesi, duygusal sorunları ya da ağrılarının olup olmaması, yaşam, ölüm, sağlık ve hastalığa ilişkin kaygı ve beklentilerine ilişkin farklılıkları ortaya koymaktadır. Hangi dinden olursa olursun inançlar sistemi içerisinde insanlara yararlı olma, zarar vermeme, hayata bağlılıklarını koruma ve bir güce sığınma söz konusudur (32).

Hastaya tanının söylenmesi gerektiğini savunan araştırmacılar, tanının söylenmesinin hasta ile olan iletişimi daha kolaylaştıracağı görüşüne varmışlardır. Pieenschke'nin 32 kanser hastası üzerinde yaptığı bir çalışmada, tanı hakkında bilgilendirilen hastaların, doktor ve hemşireye olan güvenin artacağı, tedavi ve bakıma daha çok katılacağını belirtmişlerdir. Böylece hastanın sağlık personeli ile arasında sağlıklı bir iletişimin gelişeceği gösterilmiştir (33,34).

Ölümcül tanıyı hasta ya da ailesine bildirme anının, hem doktor hem de hasta ve ailesi için, hastalığın gidişi boyunca yaşanan en güç an olduğu belirtilmektedir. Tanının açıklandığı andaki tepkiler, tüm hasta ve ailelere göre göstermektedir. Birçok toplumda olduğu gibi toplumumuzda da hastalık ve sonda gelebilecek ölümün önemsendiği ve bu süreçte hem bireyin hem de ailenin yaşamış olduğu sıkıntıların zor ve tedirgin edici olduğu her zaman düşünülmüş ve bu gerçek çoğu zaman hastadan saklanmaya çalışılmıştır (25,35).

Doktorlar, hemşireler ve diğer hastane personeli, sıklıkla ölümcül hastalığı olan hasta ve ailesiyle karşılaşır. Ancak sağlık personeli, hasta ve ailesiyle kurulacak iletişimin nasıl olacağı konusunda kendilerini yeterli hissetmedikleri için, onlardan soyutlanma yoluna giderler. Ölümcül tanı konmuş hastalar, çevrelerinde becerikli iletişimi açık tutabilen personele gereksinim duyarlarken, hemşireler ve doktorlar ölümcül hastayla konuşmayı çok zor bir konu olarak bulmaktadırlar. Ölüm yaklaştıkça doktor, hemşire ve ailelerin, hastadan uzaklaştığı dikkati çekmektedir.



Aile, hastadan uzaklaşma yoluyla kendini yasa alıştırmaktadır. Çünkü aileler için bu fizyolojik olay önce duygusal olarak hastayı “yok” kabul etme olayı yaşatmaktadır. Doktor ve hemşireler ise, yapacak bir şey olmadığını savunarak, hastadan uzaklaşma yoluna giderler. Aslında aile, doktor ve hemşirelerin temeldeki duyguları, ölüme yenilmenin öfkesi, başarısızlık ve yetersizlik nedeniyle suçluluktur. Doktorlar arasında, hasta ve ailesinin ruhsal sorunlarıyla bir psikiyatri uzmanının uğraşması gerektiğini savunanların sayısı oldukça yüksektir. Oysa böyle bir düşünce, hastayı ruh ve beden olarak ikiye ayırmak demektir. Psikiyatri uzmanına, ancak hastada ya da aile bireylerinden birinde patolojik bir durum ortaya çıktığında başvuruluyor. Bunun yanı sıra, bu uzmanın doktor, hemşire ve hasta aileleri ile grup çalışmaları yapmasının yararlı olacağına inanılmaktadır (25).

### **1.1.9. Kanserde Psikososyal Yaklaşım**

Kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığı sembolize eden kronik bir hastalıktır. Kişinin kendi bedenini, kendini yok etmesini simgeler. Bilinmeyen bir tehlikenin, ızdırap ve acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, karışıklık ve kavganın sembolüdür. Üzerindeki bu ağır kültürel yük nedeniyle kanser ile ilgili mesaj verilmesinin ardından kriz olarak tanımlanabilecek emosyonel tepkiler ortaya çıkar. Kriz sağlıklı yaşamdan yeni bir yaşama, hastalığa ve sürekli tehdit altında olmaya geçiş dönemidir (36).

Gyllensköld'e göre kanser;

1. Doğrudan doğruya ölümle ilişki olduğu,
2. Sinsice hareket ettiği
3. Nedenleri pek açıklanamadığı,
4. Zamanla kontrolü güçleştiği, kontrolden çıktığı ve büyük ıstıraplara neden olduğu,

5. Bireyi sosyal yönden damgaladığı ve izole ettiği için diğer hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanır (37).

Kanser ya da ölüm korkusuna karşı en sık kullanılan patolojik savunma mekanizmaları; inkâr ya da depresif kabullenmedir. İnkâr, tehlike ve tehdidi bilinç dışına atma çabasıdır. İnkârın yanında korku da yer alır. Korku genellikle sevdiklerinden ayrılma, ölüm, başkalarına yük olma ve prognoz konularındandır. Hastanın geliştirebileceği diğer bir tepkide kızgınlık ya da öfke tepkisidir. Hasta hem tedavi ekibine, hem hastalığa, hem de ailesine hatta Tanrıya yönelik kızgınlık tepkisi geliştirilebilir. Hasta, hastalığın kontrol edilememesi ve bütün imkânlarla rağmen tedavi garantisi verilmediği için kızgındır (38). Süreğen özellikle de tehdit edici bir hastalıkla baş etmek oldukça zordur. Hastanın kanser ile baş etmesini etkileyen birçok değişken vardır;

### **Bireysel değişkenler**

Genetik yapı; cinsiyet, yaş, kültür, benlik imgesi, hastalığa ilişkin deneyim ve düşünceler, kişilik yapısı, stresle baş etme stili

### **Kansere ilişkin değişkenler**

Hastalığın kendisi, tuttuğu organ, hastalığın tipi, belirti ve bulguların tedavi biçimleri, prognozu.

### **Çevresel değişkenler**

Çevre destek sistemleri, hastalığa ilişkin kültürel ve sosyal tutumlar, atfedilen özellikler; kanser tanısından sonra ilk 1–2 yıl bilinmeyene, kaygıya, tıbbi bakıma, bağımlılığa, vücut fonksiyon ve rollerdeki kayıp ve değişkenlere uyum dönemidir. Kanser tanısının konulması ile hasta 4 aşamalı bir süreç yaşar (36).

**1.Şok dönemi;** Kanser tanısının öğrenilmesi ile hasta yaşam krizi içine girer. Kısa bir süre için kişinin iç dünyası konfüze olmuştur. Bu durum birkaç gün ya da haftaya kadar uzayabilir.

**2.Reaksiyon dönemi;** Şoktan sonra hasta gerçeği kabullenir ve buna tepki oluşturur. İlk reaksiyon kaygıdır. Kaygıyı yok etmek için hasta çeşitli savunma mekanizmaları kullanır, ancak bu mekanizmalar oldukça fazla enerji gerektirir; bu nedenle hastalar günlük aktivitelerini yapmakta zorlanabilir.

**3.Halletme-Direnme dönemi;** Tedavinin en aktif olduğu dönem sona erince, hasta yeni duruma adapte olma çabasıdadır. Hayat artık farklıdır, bir daha eski havaya dönüş olmayacaktır. Sık sık **neden** sorusu gündeme gelir. En ufak bir semptom kanser nüüsü olarak algılanır. Tahlil yaptırma zorunluluğu hastaya, hasta olduğunu hatırlatır.

**4.Reoryantasyon dönemi;** Bu dönemde hayatın anlamı üzerine sorunlar ve var oluşa bağlı sorunlar gündeme gelir. Kişi kimliğini benimsemeye başlar. Bu dönemde bazen depresyon ortaya çıkabilir.

Kanserli hastaların tedavisi söz konusu olduğunda hastaya, tanı söylenmeli mi sorunu gündeme gelir. Bugün, tanı söylenmeli mi söylenmemeli mi tartışmasından çok nerede, ne zaman, nasıl söylenmeli konuları üzerinde odaklanmak gerekir.

Kanser, tedavi ekibi için de stres kaynağıdır. Tedavi ekibi hastanın durumundan, hasta ve hasta ailesi ile yaşadığı etkileşimden, tedavi ortamından kaynaklanan fizik güçlüklerden kendi rol ve beklentilerinden dolayı kaygı ve zorlanma yaşayabilir. Psikiyatri ekibinin onkoloji birimleri ile bağlantılı çalışması hem hasta, hem hasta ailesi, hem de tedavi ekibine destek ve psiko-sosyal boyutlarıyla bütüncül tedavisi, mortalite ve tedaviye yanıt üzerinde olumlu etkiye sahiptir.

Hedef sadece hastalığı yok etmek ya da tedavi etmek olmayıp, aynı zamanda hastanın kalan ömrünü yaşamaya değer kılmak olarak ele alındığında psikiyatri-onkoloji arasındaki bağlantı daha çok dikkat çekecek ve gündeme gelecektir (39).

Kanserli hastayı ve yakınlarını bedendeki değişikliklere hazırlama aşamasında hemşire, hastanın kanser tanısını öğrendikten sonraki korkularını ve duygularını ifade etmesini kolaylaştırıcı, güven verici bir tedavi ortamı sağlamalıdır. Kanser tedavisi büyük oranda ayakta tedavi edildiği için hasta ve aile bireylerinin tedavi

sırasında yaşadığı sorunları anlamak toplumdaki hemşireler için önemlidir. Hasta kanser olduğunu öğrendikten sonra bir belirsizlik ve kriz durumu içine girer, bedeninde neler olduğunu bilmediği için gerginlik yaşar. Öte yandan, tedavi için uygulanan cerrahi girişim, kemoterapi ve radyoterapi de hastanın endişelerini artırır (40,41).

Kanserli hastalara bakım veren hemşirenin psikoterapatik becerilerini yoğun biçimde kullanmayı bilmesi önemlidir. Hastanın korkularını ve diğer duygularını ifade edebileceği açık bir ortam oluşturmaları, özel iletişim kanalları açık tutulmalı, sözel olmayan mesajlar değerlendirilmelidir. Uygulanan tedaviler basitçe açıklanmalı, duygularını ifade etmesi desteklenmelidir. Günümüzde psikoterapinin hastaların kansere uyumunu kolaylaştırıcı etkisi inkâr edilemez bir gerçektir (40).

#### **1.1.10. Yaşam Kalitesinin Tarihsel Gelişimi**

Son yıllarda, özellikle gelişmiş toplumlardaki bilim ve yönetim çevrelerinin üzerinde yoğunlaştıkları alan olarak, yaşam kalitesi kavramıyla sıkça karşılaşmaktayız. Kavramın içeriğinde çeşitli halk katmanlarının mutluluğu ve esenliğinden, çevresel kalite ve çevreyle ilgili yapılara dek uzanan çok çeşitli ve seçkisel değişkenler yumağı bulma olanağı vardır (42).

Kaliteli yaşamın ne olduğu yıllarca filozofların temel tartışma konusu olmuştur. Polonyalı filozof Tatarkiewicz, tarih boyunca mutluluk kavramına farklı bakış açılarını incelemiş ve mutluluk kavramının günümüzden 2000 yıl önce yaygınlaşmaya başladığını görmüştür. İlk zamanlarda mutluluk, yalnızca başarı anlamında kullanılmış, daha sonraları antik ve orta çağda kavram, insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak durulmuştur. Tatarkiewicz, kavrama ilişkin daha önceki düşünceleri dışlamaksızın, mutluluğun yeterli olmadığı üzerinde durmuştur. Tatarkiewicz' in mutluluk tanımı, günümüzde geçerli olan yaşam kalitesi kavramı tanımını da içerir (43). Tarihsel perspektife baktığımızda, yaşam kalitesi kavramının öncelikle ekonomi bilimlerinde; esenlik, yaşam düzeyi ve kalkınma kavramlarından hemen sonra ortaya çıktığını ve ekonomik kalkınmayı kişi başı ölçütleriyle ölçen yaklaşımın, daha gelişmiş bir anlayışı yansıttığını görüyoruz. Sosyolojik ağırlıklı

yaklaşımlarda, yaşam kalitesi kavramı yaşam biçimi kavramıyla benzerlik göstermektedir (42). Dinamik bir nitelik taşıyan yaşam kalitesi yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda "iyi oluş" un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesini sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenlerle belirlendiği açıktır (44).

Psikolojik açıdan yaşam kalitesini tanımlayan bazı araştırmacılar bireylerin gerginlik dolu yaşam olaylarına gösterdikleri tepkileri incelemişler ve bireyin mutluluğu ya da doyumunu ile ilgili bir kavram olduğunu ileri sürmüşler. Özellikle sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının tıp ve hemşirelik bilimlerini etkilemiş ve nihayet çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sınırlı medikal kaynakların dağılımı, klinik karar verilmesinin kolaylaştırılması ve hastalığa uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmalara yöneltmiştir (45–47). 1980-1990'lı yıllarda hemşirelik alanında üzerinde durulmaya başlanılmıştır. Hemşirelik alanındaki yaşam kalitesi çalışmaları; yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyo-kültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır. Araştırmacıların çoğu yaşam kalitesini; yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanmıştır (48)

### **1.1.11. Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam kalitesi kavramı, ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine rağmen, oldukça geniş kapsamlıdır. Bu kavram, yaşamda nelerden zevk aldığımızı, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğimizi ifade eder (49).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi” şeklinde tanımlanmıştır. Bu arada temel olarak sunulan “iyi bir sosyal çevre bireysel kalite algısının da iyi olması sonucunu doğurur” fikridir. Adrew ve Withney yaşam kalitesi kavramını “ bireylerin doyumunu ile onların sosyal ilişkilerinin kesişimi”, Murrel, Norris ve arkadaşları ise “mutluluk, doyum ve uyum” olarak tanımlamışlardır. Hörnquist’e göre yaşam kalitesi; yaşamı bir bütün olarak kapsayan bir ön gerçek olup, algıların tüm doyum ve iyi olma için özel bir çaba gösterilen önemli alanlardaki doyum” demektir (43).

Yaşam kalitesi, yaşam memnuniyeti çevresinde tanımlanmıştır. Loberde ve Powers (1980)'de, geçmişteki, şimdiki, gelecekteki yaşam memnuniyetliğinin, genel durumla, yaşam kalitesini tanımlamışlardır. Young ve Longman ise yaşam davranışlarının sunulmasıyla, hoşnutluğun dereceli olduğunu açıklamışlardır. Olderidge (1986), yaşam kalitesini, kişinin yaşam içinde gösterdikleri mücadeleler veya kişinin kendisini nasıl hissettiğini ve günlük aktiviteleri gibi memnuniyetliliğin tamamı olarak yorumlamışlardır. Burghard 'a göre yaşam kalitesi tanımı "yaşamdan doyum bulma, bireylerin fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, bireyler ile iyi ilişkiler kullanması, mental iyilik, toplumsal /medeniyete ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması bireylerin kendini geliştirme ve dinlenme eğlence gibi hobilerine zaman ayırmasıdır" şeklinde tanımlamışlardır (46).

Tatarkiewicz mutluluğu, hem hissi hem de algısal bölümleri içeren doyumun bir çeşidi olarak tanımlar. Tatarkiewicz'e göre; mutluluğun tam olarak düşünülmesi için, onun yalnızca yüzde değil, tüm algıyı kapsamı gerekir,

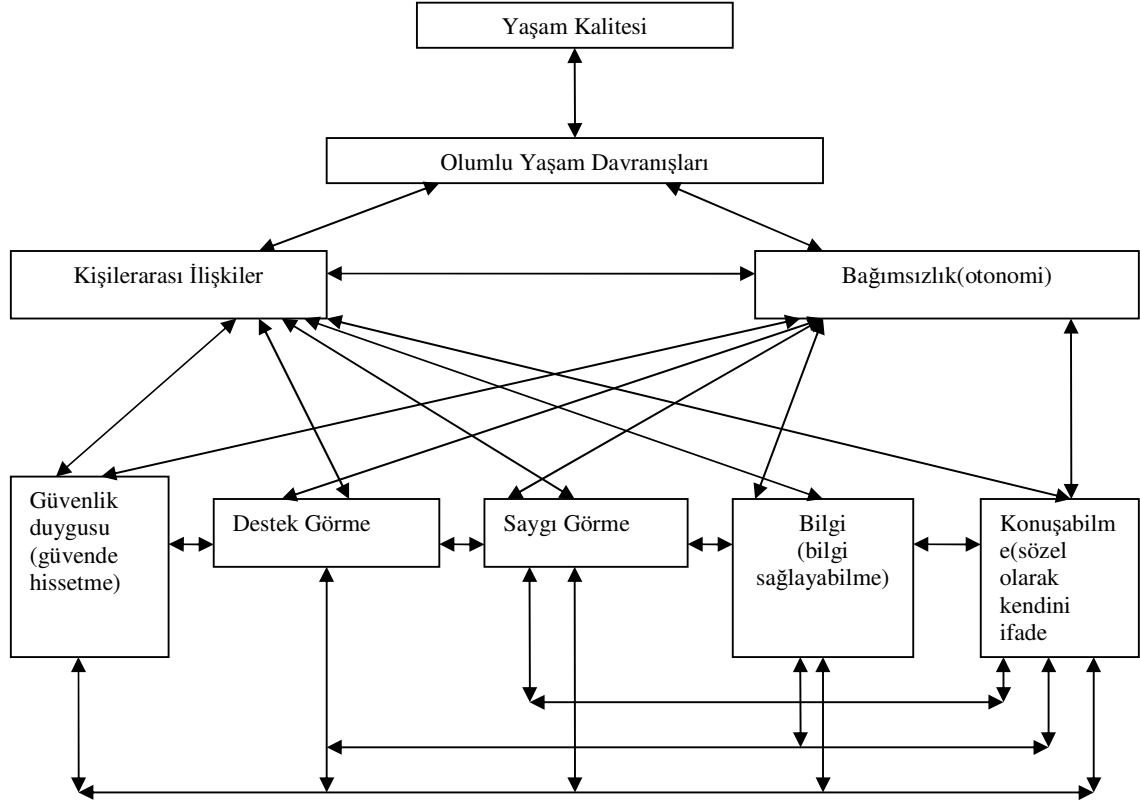
—Doyum geçici değildir, bireylerin yaşamları, tepkileri, yargıları toplum kuralları uygunsa ve kendilerine ne zaman olursa olsun, yaşamlarından doyum bulup bulmadıkları sorulduğunda, yanıt olumlu oluyorsa yaşam boyu sürer.

—Doyum bulan kişi, yalnızca emosyonel olarak memnun değildir, aynı zamanda entelektüel unsurları gerektiren bu doyumunu geçerli kabul eder ve kabullenir. Doyum bir bütündür, mutluluk için yaşamın tüm bölümlerinden doyum almak gerekir, bunun içinde emosyonel denge önemlidir (43).

Bertöre (50) yaşam kalitesini sosyolojik açıdan tanımlamış ve bu tanımı bağımsızlık (otonomi), sevmeye (sevgi) ve esenlik olmak üzere üç kavram üzerinde temellendirmiştir. Bertöre, yaşam kalitesi kavramını, olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır.

Aşağıdaki şekilde görüldü gibi, olumlu yaşam davranışlarının iki alt boyutu kişiler arası ilişkiler ve bağımsızlıktır. Kişiler arası ilişkiler ve bağımsızlık boyutları altında birbiriyle etkileşen güvenlik, destek görme, bilgi ve konuşabilme boyutları bulunmaktadır. Olumlu yaşam davranışları; sevmeye kelimesi içeriğinde, yaşama umuduna sahip olma, şu andaki yaşamına ve yaşamının her dakikasına değer verme, beş duyunun tümü ile çevreyi duyumsayabilme, bedenini kullanabilme, kendini enerjik hissedebilme, bağımsız hissetme, insancıl duygularla donanarak kendini

güçlü hissedebilme, kısaca yaşama sevinciyle dolu olabilme yeteneğidir. Olumlu yaşam davranışlarının iki temel niteliği kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlıktır (50).



Şekil 1. 1:Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları(içeriği) ve Nitelikleri(50)

### a) Kişilerarası İlişkiler

Çeşitli seviyelerde kişiler arası etkileşimi ifade eder;

1.aşama; karı-koca, erkek- kız arkadaş ya da çocuklar- anne/ baba tarafından temeli oluşturulan sevgi-sevmedir.

2.aşama; arkadaşlar, iş arkadaşları akrabalar arasında kurulan arkadaş ilişkileridir.

3.aşama; sağlık personeli ve sağlam/hasta birey arasındaki ilişkilerdir. Uygun kişiler arası etkileşim, arkadaşlara sahip olmayı gerektirir. Arkadaş, her şeyin üstünde, duyguları paylaşabilen, kabul edilebilen destek verebilen ve yardım edebilen kişidir.

Kişilerarası ilişkilere bakış açısı farklıdır. İlişkilerin tüm şeklinde, etkileşimde bulunan kişiler tarafından destekleneceğini bilme ve kendini güvende hissetme son derece önemlidir ve bu duygular kendini güçlü hissetme ve yaşamını sürdürmek için

çaba göstermenin kaynağıdır. Olumlu kişilerarası ilişkiler kişinin yaşamına değer katar.

### **b) Bağımsızlık**

Bağımsızlık(otonomi) bireyin kendi kararlarını kendisinin verebilmesi anlamına gelir. Bağımsızlık bireye özeldir ve güçlü olma, güvenilir bilgi sağlama, çevresel olaylara duyarlı açık görüşlü olmayı gerektirir.

Yaşam kalitesinin kişiler arası ilişkiler ve bağımsızlık boyutları altında birbirleriyle etkileşen güvenlik, destek görme, saygı görme, bilgi ve konuşabilme alt boyutları vardır.

### **c) Güvenlik(güvende hissetme)**

Birey diğer insanlarla iyi ilişkiler içinde olduğunda kendini güvende hisseder. Bu ilişkiler, birey için destek ve saygı görme üzerinde temellenmiş olmalıdır. Güven hissi, bireyin diğer insanlarla konuşabilmesi ve onları dinleyebilmesi gereğine dayanır. Güvenlikte diğer önemli bir nokta da, bireyin güvenilir bilgiler elde etmesidir ki bu, kendi durumu hakkında sağlıklı karara varmasını etkiler.

### **d) Destek görme**

Önemli bir nitelik olan destek, kişilerarası oldukça fazla rol oynar. Bireyin kendini güvende hissetmesi ve başkaları ile konuşabilmesi destek için temeldir, bu desteği hissedebilmekte, bakıma gereksinimi olan birey için çok önemlidir.

### **e) Saygı görme**

Saygı, yaşam kalitesinin tüm boyutlarının temelidir. Saygı, insanı değerleri yitirmeden, bireyi olduğu gibi kabul ederek ona değer vermedir. Saygı, hastalık, ölüm ve çevresindeki her şeyin bilincinde olarak, bireyin kendi yaşamını



sorumluluğunu yüklenbilmesinin önemini ifade eder. Bu arada bilgi ve konuşabilmenin büyük önemi vardır.

#### **f) Bilgi**

Bilgi, güvenlik, destek, saygı dolayısıyla kişilerarası ilişkiler ve bağımsızlığı etkileyen oldukça önemli bir niteliktir. Güvenilir ve doğru bilgi, bireyin bakış açısının ve karar verebilme yeteneğinin esasını oluşturur.

#### **g) Konuşabilme(sözel olarak kendini ifade edebilme)**

Konuşabilme, yaşam kalitesinin son boyutudur. Konuşabilme, dikkatli bir şekilde, cesurca ve sabırla dinlemeyi de içerir. Sağlık personeli-sağlam/hasta birey, hasta yakınları, karı-koca, arasında etkili konuşabilme karşılıklı saygı ile başılır.

Haes ve Knippenberg (51) bir makalelerinde, yaşam kalitesi kavramına ilişkin olarak, farklı literatürde yapılan beş tanımı açıklamışlardır. Bu tanımlar;

- Hastaların kendi yaşamlarını yönetme yetenekleri,
- Fiziksel, psikolojik, sosyal, işlevsel, maddi ve yapısal alanlardaki gereksinimlerin doyurulma derecesi,
- Aile ya da sosyal çevresi tarafından, birey adına gösterilen çabalar ve bireyin doğal yetenek fonksiyonu,
- Bireyin yaşamından doyum bulmasının bütünüyle değerlendirilmesi,
- Fiziksel ve emosyonel faktörlerin bir arada bulunmasıdır (51).

Maslow, doyum verici bir yaşam kalitesi için şu gereksinimlerin karşılanmasını önerir:

- Biyolojik gereksinimler,
- Yakın ilişkilere olan gereksinim,
- Anlamlı bir iş(mesleğe) olan gereksinim,
- Değişik gereksinim (52)



Şekil 1. 2, Yaşam kalitesi değerlendirilmesine ilişkin holistik bir model (53)

Şekilde yaşam kalitesinin global ve hastalık/semptom/tedaviye özgü değerlendirmesini bir araya getiren holistik bir model gösterilmektedir (53).

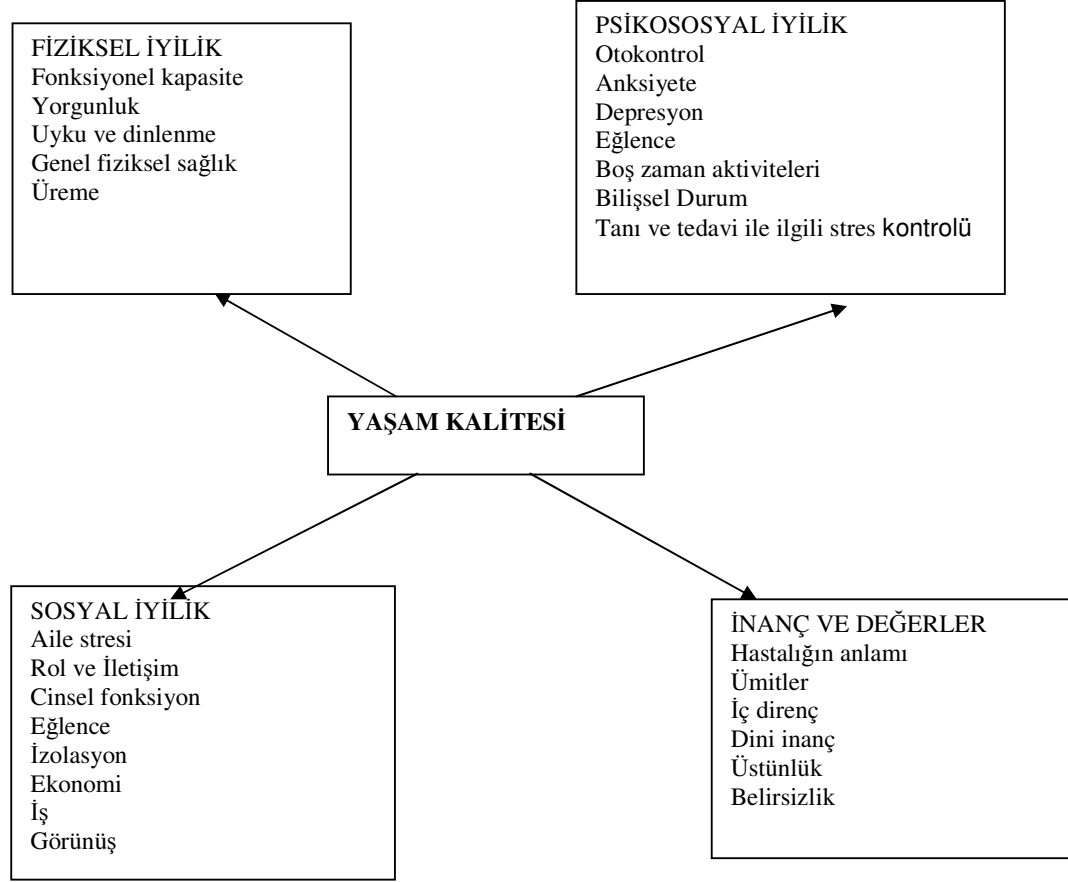
Modelin orta bölümü farklı yaşam alanlarına odaklanırken, üst bölümü tümüyle yaşam doyumuna göstermektedir. Her alanın sınıflandırılması ve sayısı uygulanan teorik kavrama bağlı olarak değişebilir. Modelin tabanı, özgül semptom, tedavi ya da hastalıkla ilişkili daha özgül yönleri göstermektedir. Böyle bir modelin avantajı, yaşam kalitesinin hem global hem daha detaylı olarak, hemde özgül yönlerinin değerlendirilebilmesidir (53).

Yaşam kalitesine psikolojik açıdan daha geniş perspektifle bakan Naess, bireysel gerçeğin önemini vurgular. Yaşam kalitesini, bireyin aktifliği, başkalarıyla iyi ilişkiler içinde olması, benlik saygısı ve temel olarak hissettiği mutluluğu ve tüm bunların derecesi olarak tanımlar. Özetle Naess, "yaşam kalitesi bireyin kendini iyi hissetmesidir" der (54).

Hörnquist, her bireyin yaşam kalitesinin farklı olduğunu ve bireylerin kendi yaşamlarının değerini farklı şekilde algıladıklarını belirtmiştir (55).

Yine Grant ve Rivera'nın belirttiği gibi Ferran's yaşam kalitesini; hastaların normal yaşamdaki yetenekleri, mutlulukları bireysel hedefleri, sosyal yaşamdaki durumları, fiziksel ve bilişsel kapasiteleri olarak 5 kategoride toplamıştır. Grant ve Rivera(1990) yaşam kalitesinin çok önlü ve ölçülebilir tanımının olması gerekliliğini vurgulamışlar ve yaşam kalitesini fiziksel iyilik, psikososyal uyum, sosyal iyilik ve inanç-değerler olarak 4 gruba toplamıştır. Kanser hastaları için bu kişilerce geliştirilen 4 gruba göre yaşam kalitesi modeli aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Bu

model en geniş anlamda kanser ve tedavisinin bireyi nasıl ve hangi yönlerini etkilediğini değerlendirmeyi içermektedir (56).



Şekil 1.3, Yaşam kalitesi modeli

### 1.1.12. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kavramı

Tıbbi bilimlerde, bireyin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çalışmaları üç amaca yönelik olarak yapılmaktadır. Bu amaçlar;

- Sınırlı medikal kaynakların dağılımı
- Klinik karar vermenin kolaylaştırılması
- Bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesidir.

Sağlık profesyoneli; hasta için, hem nitel, hem de nicel yönden en yararlı tedaviyi seçmek zorundadır, bunu yaparken de tedavinin maliyeti, beklenen yaşam süresi ve tedaviden sonra geçirilecek yılların kalitesi dikkate alınmalıdır. Bazı tedavi

yöntemleri hastanın yaşam süresini uzatabilir, ancak kalitesini düşürebilir. Karar hasta ile birlikte verilmelidir. Örneğin; akciğer kanserli hastada radyoterapinin, kemoterapiye göre üstünlüğü daha fazladır, seçmek zordur. Bunu yaparken de tedavinin maliyeti, beklenen yaşam süresi ve tedaviden sonra geçirilecek yılların kalitesi dikkate alınmalıdır. Bazı tedavi yöntemleri hastanın yaşam süresini uzatabilir, ancak kalitesini düşürebilir. Karar, hasta ile birlikte verilmelidir (53–55).

Tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile yaşam süresi uzamış, dolayısıyla da yaşam kalitesi değişmiştir. Bazen de tek başına uygun bir tedavi yöntemi bulunamamakta, yaşam kaliteleri yükseltilmeye çalışılmaktadır (57–58).

Klinik alandaki çalışmalarda, yaşam kalitesinin hangi yönlerinin ele alınması gerektiği üzerine birçok görüş ortaya atılmıştır.

Haes ve Knippenberg (51), klinik alanda yaşam kalitesi, çalışmalarının en azından 4 bölümden oluşan geniş boyutlu bir düzenleme ile ulaşılabilir olacağını belirtmişlerdir. Bu bölümler:

- Fiziksel ve fonksiyonel durum,
- Hastalık, tedavi ve fiziksel semptomlar ilişkisi,
- Emosyonel fonksiyon
- Sosyal fonksiyon (51)

Padilla ve arkadaşları (59) hemşirelikte yaşam kalitesine ilişkin araştırma alanlarını şöyle sıralamıştır.

—Özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psiko-sosyal yanıtının farkına varmak,

—Hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek,

—Hasta ve/veya ailenin tedaviye yanıtını karşılaştırmak

—Özgül rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek,

—Sağlık-hastalık sürecindeki zayıf(kolay zedelenebilir)dönemleri tanımak.

Yaşam kalitesine ilişkin farklı disiplinlerde yapılan çalışmalarda, kavram farklı perspektiflerden ele alınmıştır. Bazı araştırmacılar, yaşam kalitesinin bireylerin sosyal durumu olduğunu savunmuşlardır. Sonuçta bu farklı yaklaşımlar kavramın farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur (59).

Padilla ve arkadaşlarına göre yaşam kalitesi;

- Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, gelişme ve öğrenme durumu ilişkileri, hedefe ulaşma durumu, bu işi tamamlama, yaşamın normalliği ve mutluluk gibi duyguları içeren psikolojik/ emosyonel esenlik,
- Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, seks, uyku, zindelik/güçlülük, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü, tanı ve tedavi sonucunu içeren fiziksel esenlik,
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal ve bireysel esenlik,
- Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme gibi finansal ve maddi esenlik (58,59).

### **1.1.13.Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi**

Hemşirelik bakımı, sağlığın korunması, hastalık tedavisi, tedavi komplikasyonlarının önlenmesini içeren ikincil koruma, rehabilitasyon ve sağlığın yükseltilmesi süreçlerini kapsayan bütün hemşirelik faaliyetlerini içermektedir. Hemşire hastayı bütüncül olarak ele alarak mevcut sağlığı hakkında veri toplayabilir ve bu verileri değerlendirerek bakım stratejisi geliştirebilir. Ayrıca hemşire bakım verirken hastanın bozulan sağlığını değerlendirirken, yaşam kalitesini de değerlendirir. Ayrıca sağlık hizmetleri felsefesine göre, hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rol oynayan kişilerdir. Hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde hemşireler; ekip işbirliğinde bütüncül yaklaşım içinde hastaların yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Akyol'un belirttiği gibi Burchard ve Lewis yaşam kalitesi alanları ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin bir model geliştirmişlerdir (60). Bu modelde yaşam kalitesinin alanları ve hemşirelik süreci arasındaki ilişki başlıca dört basamakta incelenmiştir.

1. Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri,
2. Birleştirici bilişsel değişkenler,
3. Bağımlı sonuç değişkenleri,
4. Dış kaynaklı değişkenler,

Bu hemşirelik süreci uygulamaları yaşam kalitesinin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir. Örneğin; hastanın vücut hijyeninin sağlanması ve bu konu ile ilgili olarak hemşirelik uygulamalarının yapılması fiziksel iyilik halini etkiler. Modelin ikinci basmağı olan birleştirici bilişsel değişkenler, hemşirelik süreci aktivitelerinin etkisinin ortaya çıkabilmesi, istenen sonuca ulaşılabilmesine yarar. Bu nedenle bilişsel değişkenlerin hemşirelik uygulamalarının yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Örneğin; hastanın kendi kendine bakımını geliştirebilmesi öz bakım becerisini kazanıp kendi bakımını yapabilmesi ile sonuçlanmalıdır. Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü bakımından memnun olması psikolojik iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci uygulamalarını ve etkilerini yerine getirme; bireyin beden bütünlüğünü sağlamaya yönelik olduğundan yaşam kalitesi üzerinde etkilidir (61).

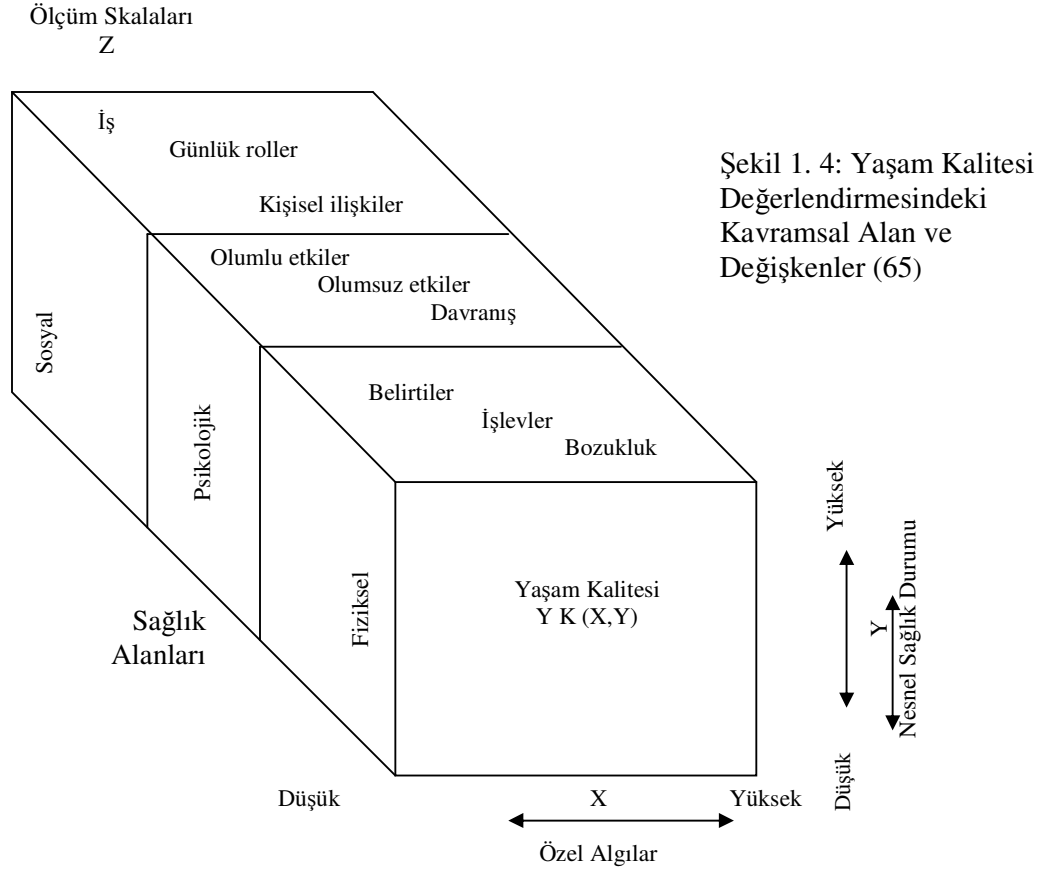
Bu modelde belirtilen bağımlı sonuç değişkenleri, sağlık ya da hastalık ile ilgili olaylar üzerinde denetimin olması olumlu etkilerin oluşmasını sağlamaktır. Bu olumlu denetimin olması hastaların çaresizlik duygularının azalmasını ve iyileşmesini sağlamaktır. Bu modelde, idare edebilen bağımsız değişkenler olarak adlandırılan bazı hemşirelik girişimleri hastada öz güven algılamalarını artıran bilişsel emosyonel değişiklikleri oluşturmaktadır (61).

Dış kaynaklı değişkenler, hastalık sonuçları üzerinde etkili olan ancak araştırmacı tarafından kontrol edilemeyen değişkenlerdir. Bu değişkenler, tanı ve tedavinin özellikleri ile kişisel özellikleri içermektedir. Günlük aktivitelerinde yapılan bu denetimin fiziksel ve emosyonel iyilik halini olumlu yönde etkiler (61).

Hemşireliğin bütüncü bir işlevi olan hastaya öğretim, bireye yalnızca fizyopatolojik sorunun tedavisini değil aynı zamanda bireyin tepkilerini, duygu ve düşüncelerini, gereksinimlerini, çevresel ve kişisel özelliklerini de dikkate almayı kapsamaktadır. Yaşam kalitesinin açıklanmasında ortak görüşlerin belirlenmesi; bu doğrultuda psikolojik, fiziksel göstergelerin iyi tanımlanması; hemşirelik uygulamalarının, hasta hemşire ilişkilerini ve bütüncül yaklaşımın geliştirilmesini sağlayacaktır (62,63).

Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm ve durum faktörlerini kapsamaktadır. Yaşam kalitesi, sosyal fonksiyon, sağlık durumu, emniyet, emosyonel ve mental durum, algılara, ekonomik statü, günlük yaşam aktiviteleri,

anksiyete, semptomların hafifletilmesi bireyi yaşamdan doyum bulması ve sosyal destek gibi bir veya birden fazla gösterge yaşam kalitesi alanını oluşturmaktadır (64).



Yaşam kalitesi sağlık durumundan bir ölçüde bağımsızdır. Hastanın kendi sağlık durumu ve yaşamının diğer tıp dışı yönleriyle ilgili algılama ve tepki verme şeklini yansıtmaktadır. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin kavramsallaştırılmasındaki bu öznel yapıyı daha iyi anlamak için, hastalığın evre ve derecesinin saptanmasını bir yana bırakarak, hastanın kişisel yaşamında neler hissettiğini anlamaya çalışmak gerekmektedir (66).

Nasses' e göre subjektif hisleri, bireyin kendisinden daha iyi hiç kimsenin ifade edemeyeceğini belirtmiş ve bunu "ayakkabının neresinin sıkıldığını, giyen kişi bilir" diyerek örnek vermiştir. Psikolojik göstergeler içerisinde kendi yaşamını değerlendirmesi temel etmendir (45). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin kanıtları çoğalırken, en önemli sorun, onu ölçmektir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi öznelidir. Ve ölçülmesi zordur. İçeriğinin çoğu sosyal

fonksiyonlar ve ruh hali direkt olarak gözlemlenemez. Bu yüzden, bunlar klasik ölçü değerler dizisi kullanılarak ölçülür. Ölçme süreci psikoloji ve istatikleri içine alan bir sürü dalda çalışır. Ne mutlu ki araştırmacıların çoğu yaşam kalitesini ölçerken “yaşam kaliteniz nasıl?” gibi genel bir soru yöneltmek yerine, kanser hastalarında önemli çok özel alanlara odaklanmanın önemini biliyorlar. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde hasta kaynaklı anketlerin kullanımı standart uygulama oldu. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yaşam kalitesinin birçok araştırmacıya göre tek boyutlu bir kavram olmadığı vurgulanmalıdır (67).



## **2.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2. 1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma akciğer kanseri olduğunu bilen ve bilmeyen akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Cerrahisi, Göğüs Hastalıkları Servisi'nde ve Afyon Göğüs Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırma planlanırken gerekli yasal izinler alındıktan sonra Afyon İli Belediye sınırları içerisindeki akciğer kanserli vakaların tedavileri sırasında ve tutulan kanser kayıt bilgi formlarından hastalara ulaşıldı.

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

Araştırma evrenini belirlemek için hastanelerin tutmuş oldukları kanser kayıtlarına bakılmıştır. Kanser Kayıt Bilgi formlarından, araştırmayı yaptığımız süre içerisinde yaşayan tüm akciğer kanserli hastalara ulaşılması hedeflenilmiştir. Araştırma için ayrıca bir örneklem seçilmemiş evren sayısı kadar kişiye 15 Kasım 2005–15 Mayıs 2006 tarihleri arasında ulaşılmış. 74 hastanın 4'ü araştırmayı reddettiği için 70 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

### **2.4. Veri Toplama Aracının Seçilmesi**

European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)'nin yaşam Kalitesi Çalışma Grubunun geliştirdiği EORTC-QLQ C30 VE EORTC-QLQ-LC13 anketleri akciğer kanseri araştırmalarında en sık kullanılan anketlerdir. EORTC, Faz II ve Faz III kanser klinik araştırmalarında kullanılan anketlerin tasarım

aşamasından, sonuçların ve değerlendirmesine kadar tüm özellikleriyle; geniş örneklerde geçerlilik, güvenilirlik, genellenebilirlik ve kültürler arası uyum çalışmaları ile uluslar arası araştırma protokollerinde kullanıma hazırlanmış olmaları ve araştırmalarla sürekli gözden geçirilmeleridir (68, 69).

EORTC anketleri, kansere özel, hastalar tarafından doldurulan yapısal olarak çok yönlü anketlerdir. EORTC-QLQ C30 (ana anket) ile fiziksel belirtiler, fiziksel ve rol işlevleri, psikolojik işlevler ve sosyal işlevler olmak üzere 4 ana yaşam alanı konusunda bilgi toplamaktadır (70).

**Çizelge 2,1: EORTC-C30 anketinin içeriği (70)**

<b>Yaşam Kalitesi Alanı</b>	<b>QLQ-C30</b>	
<b>İşlevsel skalalar/maddeler</b>	<b>Soru Sayısı</b>	<b>Soru Numarası</b>
Fizik	5	1-5
Rol	2	6,7
Duygusal	4	21-24
Bilişsel	2	20,25
Sosyal	2	26,27
Toplam Yaşam Kalitesi	2	29,30
<b>Belirti Skalası</b>		
Halsizlik	3	10, 12, 18
Bulantı ve kusma	2	14,15
Ağrı	2	9,19
Nefes darlığı	1	8
Uyku bozukluğu	1	11
İştah kaybı	1	13
Kabızlık	1	16
Diare	1	17
Maddi etkilenme	1	28
<b>Toplam</b>	<b>30</b>	

On üç sorudan oluşan akciğer kanseri hastalarına özel EORTC-QLQ-LC13 anketinde 13 soru ile kanser ile ilişkili belirtiler ve tedavi yan etkileri değerlendirilmektedir (71). Akciğer kanserinde kullanılan her iki ankette Likert yanıt ölçeği kullanılarak ve 100 puan üzerinden dönüşüm yapılarak değerlendirme

yapılmaktadır. İşlevsel ve toplam yaşam kalitesi için yüksek puanlar olumlu iken belirtiler için yüksek puanlar olumsuz anlam taşımaktadır (65, 71).

**Çizelge 2. 2: EORTC-QLQ-LC-13 anketinin içeriği (72).**

Semptom Skalası	Soru Sayısı	Soru Numarası
Dispne	3	3, 4, 5
Öksürük	1	1
Hemoptizi	1	2
Ağız ve dilde yara	1	6
Disfaji	1	7
Ağız ve Dilde Ağrı	1	8
Periferel nöropati	1	9
Alopesi	1	10
Göğüs Ağrısı	1	11
Kol ve Bacaklarda Ağrı	1	12
Vücudun Diğer Bölgelerinde Ağrı	1	13

## 2.5. Verilerin Toplanması

Hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra ‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ verilmiştir. Hastalara yeterli yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldıktan sonra çalışmayı kabul eden hastalarla çalışılmıştır. Araştırmada insan olgusunun kullanımı, bireysel hakları ve hasta haklarına saygı gösterilmiştir. Çalışmada kullanılan anketler iyi klinik uygulamalar kurallarına uyum benimsenerek yapılmıştır. Araştırmaya katılım, bireylerin hazırlıklı olmadıkları durumlarla karşılaşmalarına veya dezavantajlı bir duruma düşmelerine neden olmamıştır. Çalışmaya katılmanın yararı, tüm katılımcıların yaşam kalitesi konusunda bilgilenmeleri şeklinde olmuştur. Ayrıca, bu çalışma sonuçlarının, kanserli hastalarla çalışan hemşirelere rehber olacağı ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmeye katkıda bulunacağı da düşünülmüştür.

Araştırmada göz önünde bulundurulmuş diğer bir etik ilke “insan onuruna saygı” idi. Çalışmaya katılan bireyler, araştırmacının sorumluluklarını ya da herhangi bir ceza veya önyargılı tedavi ve bakım riskini taşımaksızın çalışmaya katılma ya da katılmama kararı vermede, istemedikleri sorulara cevap verme/vermeme

konularında bilgilendirildiler. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere araştırmacının dışında, kendilerinden alınan bireysel bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda açıklama yapılarak güvenleri kazanıldı. Katılımcılara gönüllü olur formunu araştırmaya katıldıklarını kendi rızalarıyla istediklerine dair imzaları alındı.

Araştırma verileri, hastaların demografik özelliklerini ve bazı soruları içeren bilgi formu ve EORTC QLQ-C30 hastaların fonksiyonlarını, yaşam kalitesini, hastalık-tedavi ilişkili semptomları hakkında 30 madde içeren kanser odaklı bir test, EORTC QLQ-LC13 akciğer kanseri sonuçları tedavi kaynaklı yan etkilerini içeren 13 maddeli alan odaklı test kullanılarak toplanmıştır.

## **2.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-LC13 Yaşam Kalitesi Ölçeği 4'lü Likert tipi ölçek olup, soruların cevapları; Hiç:1, Biraz: 2, Oldukça:3, Çok:4 puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin 29. Sorusunda, hastaya 1'den 7'ye kadar rakam ile sağlığını, 30. Soruda ise genel yaşam kalitesini değerlendirilmesi istenmiştir. Toplanan veriler bilgisayarda SPSS programı kullanılarak ölçeğin alt gruplarına ait cevapların puanları toplanmış, ortalamaları hesaplanmıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların almış oldukları yaşam kalitesi puanları arasında normal dağılım gösteren gruplar için Paired Simple t Testi, normal dağılım göstermeyen ikili gruplar için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla gruplar için de Kruskal Wallis Testi kullanılarak veriler karşılaştırılmıştır.

## 3.BULGULAR

Tablo 3. 1: Akciğer Kanserli Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

	Örneklem		Bilen		Bilmeyen	
	n=70	%	n=28	%	n=42	%
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	14	20	4	28,6	10	71,4
Erkek	56	80	24	42,9	32	57,1
<b>Yaş</b>						
<50	11	15,7	5	45,5	6	54,5
50-59	39	55,7	16	41,1	23	58,9
>70	20	28,6	7	35	13	65
<b>Medeni durum</b>						
Evlü	54	77,1	25	46,3	29	53,7
Dul	16	22,9	3	18,8	13	81,2
<b>Eğitim</b>						
Okur-yazar	21	30	8	38,1	13	61,9
İlk-orta	41	58,6	14	34,1	27	65,9
Lise	5	7,1	3	60	2	40
Üniversite	3	4,3	3	100	0	0
<b>Meslek</b>						
Memur	8	11,4	4	50	4	50
İşçi	19	27,1	8	42,1	11	57,9
Esnaf	6	8,6	2	33,3	4	66,7
Çiftçi	25	35,7	11	44	14	56
Ev hanımı	12	17,1	3	25	9	75
<b>Sosyal güvence</b>						
E.sandığı	9	12,9	4	44,4	5	55,6
SSK	29	41,4	12	41,4	17	58,6
Yeşil Kart	13	18,6	3	23,1	10	76,9
Bağ-Kur	19	27,1	9	47,4	10	52,6
<b>Gelir</b>						
Kötü	28	40	8	28,6	20	71,4
Orta	31	44,3	14	45,2	17	54,8
iyi	6	8,6	3	50	3	50
Çok iyi	5	7,1	3	60	2	40
<b>Yaşadığı Yer</b>						
Köy	23	32,9	7	30,4	16	69,6
Kasaba	14	20	7	50	7	50
İlçe	15	21,4	6	40	9	60
Şehir	18	25,7	8	44,4	10	55,6

Tablo 1' de Akciğer Kanserli Hastaların demografik özelliklerini göstermektedir. Örneklemdaki 70 hastanın % 40'ı (n=28) tanısını bilen, % 60'ı (n=42) tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 20'si (n=14) cinsiyeti kadın olup % 28,6'sı (n=4) tanısını bilen , % 71,4'ü (n=10) tanısını bilmeyenlerden oluşmaktadır. Bu hastaların % 80'i (n=56) erkek hastalardan oluşmuş olup % 42,9' u (n=24) tanısını bilen ve % 57'1'i (n=32) tanısını bilmeyenlerden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılanların % 15,7'si (n=11) 50 yaş ve altı, % 55,7'si (n=39) 50–59 yaş arası , % 28,6'sı (n=20) 70 yaş ve üstü yaş grubundadır. Tanısını bilen hastaların % 45,5'i (n=5) 50 yaş ve altı yaş grubundan, %41,1'i (n=16) 50–59 yaş grubundan ve % 35'i (n=7) 70 yaş ve üstü yaş grubundan oluşmaktadır. Tanısını bilmeyen hastaların %54,5'i (n=6) 50 yaş ve altı yaş grubundan, % 58,9'u (n=23) 50–59 yaş grubundan ve % 65'i (n=13) 70 yaş ve üstü yaş grubundan oluşmaktadır.

Hastaların % 77,1'i(n=54) evli , % 22,9'u(n=16) duldur. Evli olanların % 46,3'ü(n=25) tanısını bilen , % 53,7' si (n=29) tanısını bilmeyen gruptandır. Dul olanların ise % 18,8' i(n=3) tanısını bilen , % 81,2'si (n=13) tanısını bilmeyen grupta olduğu görülmüştür.

Hastaların eğitim düzeyleri % 30'u (n=21) okuryazar, % 58,6'sı(41) ilköğretim, % 7,1'i (n=5) lise, % 4,3'ü (n=3) üniversitedir. Okuryazar grubun % 38,1'i (n=8) tanısını bilen ve % 61,9'u (n=13) tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır. İlköğretim düzeyinde eğitime sahip hastaların % 34,1'i (n=14) tanısını bilen ve % 65,9'u (n=27) tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır. Lise düzeyi eğitime sahip hastaların % 60'ı (n=3) tanısını bilen ve % 40'ı (n=2) tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır. Üniversite düzeyi eğitime sahip hastaların tamamı tanısını bilen grup içerisinde yer almıştır.

Hastaların meslekleri ise % 11,4'ü (n=8) memur, % 27,1'i (n=19) işçi, % 8,6'sı (n=6) esnaf, % 35,7'si (n=25) çiftçi ve % 17,1'i (n=12) ev hanımıdır. Memurların % 50'si (n=4) tanısını bilen, % 50'si (n=4) tanısını bilmeyen gruptandır. İşçilerin % 42,1'i (n=8) tanısını bilen, % 57,9'u (n=11) tanısını bilmeyen gruptandır. Esnafın % 33,3'ü (n=2) tanısını bilen, % 66,7'si (n=4)tanısını bilmeyen gruptandır. Çiftçilerin % 44'ü (n=11) tanısını bilen, % 56'sı (n=14) tanısını bilmeyen gruptan

oluşmaktadır. Ev hanımlarının % 25'i (n=3) tanısını bilen, % 75'i (n=9) tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılanların tamamının sosyal güvencesi mevcut olup %12,9 'u (n=9) emekli sandığı, % 41,4'ü (n=29) sosyal sigortalar kurumuna, % 18,6'sı (n=13) yeşil kartlı, % 27,'i (n=19) Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik alanlarından yararlanmaktadır.

Hastaların kendi ifadelerine göre % 40'ı (n=28) gelir düzeyinin kötü olduğunu ifade etmiş olup bunların % 28,6'sı (n=8) tanısını bilen gruptan % 71,4'ü (n=20) tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır. Hastaların % 44,3'ü (n=31) gelir düzeyinin orta olduğunu ifade etmiş olup bunların % 45,2'si (n=14) tanısını bilen gruptan % 54,8'i (n=17) tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır.

Hastaların yaşadıkları yere göre dağılımları incelendiğinde % 23'ü köyden gelmiş olup bunların % 30,4'ü (n=7) tanısını bilen, % 69,6'sı tanısını bilmeyen gruptandır. Kasabadan gelenler % 20'si (n=14) olup bunların % 50'si (n=7) tanısını bilen, % 50'si (n=7) tanısını bilmeyen gruptandır. İlçeden gelenler %21,4'ünü (n=15) olup bunların % 40'ı (n=6) tanısını bilen, % 60'ı (n=9) tanısını bilmeyen gruptandır. Hastaların oluşturduğu şehirli grup % 25,7'si (n=18) olup % 44,4 (n=8) tanısını bilen, % 55,6'sı (n=10) tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır.

**Tablo 3. 2: Tanısını Bilen ve Bilmeyen Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarına Göre Dağılımı**

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Tanıyı Bilip Bilmeme Durumu		
	Bilen(n=28)	Bilmeyen(n=42)	P
	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	
Genel İyilik	38,50±21,01	38,95±24,59	0,937
Fiziksel Fonksiyon	43,21±20,73	47,92±26,05	0,425
Emosyonel Fonksiyon	43,50±26,82	54,43±23,40	0,075
Bilişsel Fonksiyonel	55,57±25,62	68,90±22,42	0,629
Yorgunluk	73,68± 20,16	67,00±19,36	0,254
Dispne	68,07±25,92	55,83±24,67	0,031

Tablo 2’de tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarına göre dağılımını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların genel iyilik ( $p=0,937$ ), fiziksel fonksiyon ( $p=0,425$ ), emosyonel fonksiyon ( $p=0,075$ ) ve yorgunluk ( $p=0,254$ ) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların dispne ( $p=0,031$ ) semptomuna göre almış oldukları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tanısını bilmeyen hastalar daha fazla dispne sıkıntısı yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 3. 3: Tanısını Bilen ve Bilmeyen Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom ve Belirtilere Göre Dağılımı**

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Tanıyı Bilip Bilmeme Durumu		
	Bilen(n=28)	Bilmeyen(n=42)	p
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	
Rol Fonksiyon	52,50±19,81	50,12±26,85	0,546
Sosyal Fonksiyon	55,57±25,62	58,24±23,62	0,531
Bulantı-Kusma	24,79±22,80	26,36±22,96	0,709
Ağrı	41,36±24,09	40,14±28,69	0,854
Nefes Darlığı	59,04±22,84	51,24±32,20	0,298
Uyuma Güçlüğü	44,82±24,21	36,21±32,68	0,113
İştah Kaybı	71,07±25,37	68,76±30,82	0,889
Konstipasyon	18,86±24,48	40,19±34,04	0,008
Diare	24,75±26,38	21,21±26,10	0,546
Ekonomik Güçlük	33,11±31,35	44,21±36,53	0,222

Tablo 3 tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının, semptom ve belirtilere göre dağılımını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi puanları  $p=0,05$  anlamlılık düzeyinde rol fonksiyonu ( $p=0,546$ ), sosyal fonksiyon ( $p=0,531$ ) alanlarından almış oldukları puanlar istatistiksel



olarak anlamlı bulunmamıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen gruplar arasında bulantı ve kusma ( $p=0,709$ ), ağrı ( $p=0,854$ ), nefes darlığı ( $p=0,298$ ), uyuma güçlüğü ( $p=0,113$ ), iştah kaybı ( $p=0,889$ ), diare ( $p=0,546$ ), ekonomik güçlük ( $p=0,222$ ) semptomatik alanlardan almış oldukları puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların konstipasyon ( $p=0,008$ ) semptomuna göre almış oldukları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tanısını bilen hastaların daha fazla konstipasyon semptomu yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 3. 4: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	CİNSİYET		
	Kadın (n=14)	Erkek (n=56)	Bilen/ Bilmeyen
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	P
Genel İyilik	46,79±26,93	36,77±21,81	0,147
Fonksiyonel Alanlar			
Fiziksel Fonksiyon	50,29±28,77	44,98±22,85	0,464
Emosyonel Fonksiyon	58,36±28,11	47,98±25,27	0,170
Bilişsel Fonksiyon	71,71±22,11	22,11±20,58	0,449
Yorgunluk	58,36±28,11	72,50±22,05	0,046*
Dispne	47,14±24,94	64,12±21,86	0,014*

\*istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ )

Tablo 4'te hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması gösterilmektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi puanları  $p=0,05$  anlamlılık düzeyinde genel iyilik ( $p=0,147$ ), fiziksel fonksiyon ( $p=0,464$ ), emosyonel fonksiyon ( $p=0,449$ ), bilişsel fonksiyon ( $p=0,449$ ) alanlarından almış oldukları puanların cinsiyetle ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ancak genel iyilik, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve

bilişsel durum alanlarında kadınlar erkeklerden daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Semptomlarda ise, cinsiyetin yorgunluk ( $p=0,046$ ) ve dispne( $p=0,014$ ) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kadınlar erkeklere göre daha fazla yorgunluk ve dispne semptomunu yaşadığı saptanmıştır.

**Tablo 3. 5: Araştırmaya Katılanların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom Ve Belirtilerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	CİNSİYET				P Bilen/ Bilmeyen
	Bilen		Bilmeyen		
	Kadın (n=4)	Erkek (n=24)	Kadın (n=10)	Erkek (n=32)	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	
Rol Fonksiyon	50,25±11,79	52,87±4,02	56,90±9,66	48,00±4,55	0,551
Sosyal Fonksiyon	67,00±19,05	53,66±4,80	70,30±5,49	54,46±4,28	0,046*
Bulantı Kusma	20,50±7,92	25,50±4,88	24,8±8,66	26,84±3,86	0,573
Ağrı	58,00±20,92	38,58±4,06	28,00±8,20	43,93±5,09	0,503
Nefes Darlığı	41,25±15,79	62,00±4,17	39,70±9,65	54,84±5,71	0,035*
Uyuma Güçlüğü	66,25±13,67	41,25±4,55	43,00±9,96	34,09±5,87	0,152
İştah Kaybı	66,25±13,67	71,87±5,21	59,70±29,60	71,59±5,23	0,271
Kabızlık	16,50±9,52	19,25±5,22	43,10±12,20	39,28±5,85	0,681
Diare	16,50±16,50	26,12±5,24	23,10±8,59	20,62±4,62	0,760
EkonomikGüçlük	33,25±23,57	33,08±5,99	33,00±9,83	31,11±6,68	0,422
Öksürük	33,00±13,47	41,29±4,98	26,40±4,40	47,56±5,16	0,031*
Ağız ve Dilde Ağrı	16,50±16,50	22,00±4,64	19,80±7,29	25,14±4,44	0,074
Disfaji	16,50±9,52	22,00±4,29	19,80±7,29	32,03±5,26	0,282
Alopesi	24,75±8,25	48,20±6,30	26,40±8,23	38,28±6,34	0,092
Göğüste Ağrı	24,75±15,79	36,50±11,60	36,50±11,60	49,68±5,19	0,042*
Kol ve Bacaklarda Ağrı	41,25±8,25	35,79±5,24	33,00±9,83	28,90±5,09	0,595
Vücutun Diğer Bölgelerinde Ağrı	74,50±8,50	28,91±29,79	16,50±5,50	27,90±5,39	0,595

\*istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ )

Tablo 5’te araştırmaya katılanların yaşam kalitesi ortalama puanlarının, semptom ve belirtilerin cinsiyete göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların rol fonksiyonu alanında almış oldukları puanların cinsiyetle ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,551$ ). Fakat sosyal fonksiyonu ve cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,046$ ). Tanısını bilen ve bilmeyen gruplar arasında bulantı-kusma ( $p=0,573$ ), ağrı ( $p=0,503$ ), uyuma gclğüğü ( $p=0,152$ ), iştah kaybı ( $p=0,271$ ), konstipasyon (0,681), diare (0,760), ekonomik gclk (0,422) puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Nefes darlığı belirtisi tanısını bilen ve bilmeyen hastaların cinsiyet ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,035$ ). Semptomatik belirtilerden öksürük ( $p=0,031$ ) ve göğüste ağrı ( $p=0,042$ ) tanısını bilen ve bilmeyen hastaların cinsiyet ile arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Fakat ağız ve dilde ağrı ( $p=0,074$ ), disfaji ( $p=0,282$ ) alopesi ( $p=0,092$ ), kol ve bacaklarda ağrı ( $p=0,595$ ) ve vücudun diğer bölgelerinde ağrı ( $p=0,595$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 3. 6: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Bilen			Bilmeyen			p
	<50 yaş	50–69 yaş	>70 yaş	<50 yaş	50–69 yaş	>70 yaş	
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	
Genel İyilik	28,80± 12,34	40,81± 20,83	40,14± 26,54	55,17± 16,41	39,13± 25,44	31,15± 23,86	0,676
<b>Fonksiyonel Alan</b>							
Fiziksel fonksiyon	40,2± 26,10	45,0± 19,77	41,29± 21,94	67,00± 20,38	48,13± 24,40	38,77± 27,96	0,318
Emosyonel Fonksiyon	22,0± 13,75	45,69± 25,69	53,86± 30,64	57,17± 27,02	56,22± 24,26	50,00± 21,37	0,336
Bilişsel Fonksiyon	53,6± 27,14	73,31± 13,57	59,86± 16,32	80,67± 30,38	69,17± 22,60	63,0± 17,03	0,354
Yorgunluk	72,8± 17,08	74,44± 21,68	72,57± 21,35	42,17± 18,95	72,43± 21,74	68,85± 30,18	0,331
<b>Semptomlar</b>							
Dispne	61,60± 9,84	70,94± 19,86	66,14± 23,99	36,68± 29,24	60,35± 24,93	56,69± 18,97	0,100

Tablo 6’da hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Genel iyilik ( $p=0,676$ ), fiziksel fonksiyon

( $p=0,318$ ), emosyonel fonksiyon ( $p=0,336$ ) ve bilişsel fonksiyon ( $p=0,331$ ) alanlarından almış oldukları ortalama puanlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. 50 yaş ve altı yaş grubundaki hastalar daha yüksek puan almışlardır. Semptomatik alanlardan yorgunluk ( $p=0,331$ ) ve dispnenin ( $p=0,100$ ) yaş ile arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamamıştır. Yorgunluk ve dispne gibi semptomlara bakıldığında akciğer kanseri olduğunu bilen hastaların almış oldukları puanların daha yüksek olduğunu görmekteyiz.

**Tablo 3. 7: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Medeni Hale Göre Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Medeni Hal		
	Evli (n=54)	Dul (n=16)	Bilen /Bilmeyen
	$\bar{X} \pm S$	$\bar{X} \pm S$	P
Genel İyilik	41,11±3,23	30,87±4,81	0,887
<b>Fonksiyonel Alan</b>			
Fiziksel Fonksiyon	46,88±3,23	43,19±6,39	0,010*
Emosyonel Fonksiyon	49,44±3,60	52,12±5,31	0,247
Bilişsel Fonksiyon	69,76±2,81	61,68±5,21	0,830
Yorgunluk	70,50±3,22	66,87±6,29	0,763
Dispne	61,59±3,21	57,81±5,75	0,541

\*istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ )

Tablo 7’de hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının medeni hale göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi genel iyilik ( $p=0,887$ ), emosyonel fonksiyon ( $p=0,247$ ) ve bilişsel fonksiyon ( $p=0,830$ ) alanlarından almış oldukları puanların medeni hal ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Fakat fiziksel fonksiyon ve medeni hal arasındaki ilişki ( $p=0,010$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Akciğer kanserine özgü semptomatik alanlarda bulunan yorgunluk ( $p=0,763$ ) ve dispne ( $p=0,541$ ) medeni hal arasında ( $p=0,541$ ) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Evli hastaların almış oldukları ortalama puanlar, dul hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 3. 8: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom ve Belirtilerin Medeni Hale Göre Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	MEDENİ HAL				Tanısını Bilen/ Bilmeyen p
	Bilen		Bilmeyen		
	Evli (n=25)	Dul (n=3)	Evli (n=29)	Dul (n=13)	
	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	
Rol Fonksiyonu	52,08±20,24	56,00±19,05	54,17±27,16	41,07±24,77	0,219
Sosyal Fonksiyon	58,20±25,47	33,66±16,50	58,93±25,77	56,69±18,78	0,430
Bulantı Kusma	24,44±4,60	27,66±14,67	25,62±23,36	28,00±22,87	0,562
Ağrı	39,04±24,36	60,67±9,24	38,17±30,78	44,54±23,91	0,175
Nefes Darlığı	59,52±23,54	55,00±19,05	47,89±30,20	58,69±36,41	0,559
Uyuma Güçlüğü	42,28±24,42	66,00±0,00	34,24±31,38	40,61±36,34	0,488
İştah Kaybı	71,68±26,84	66,00±0,00	69,83±31,40	66,38±30,58	0,508
Konstipasyon	18,48±25,35	22,00±19,05	38,76±32,02	43,39±39,37	0,351
Diare	25,08±25,70	22,00±38,11	20,48±25,58	22,85±28,21	0,902
Ekonomik Güçlük	27,76±26,51	77,67±28,68	42,31±35,51	48,46±39,87	0,094
Öksürük	38,32±24,72	55,00±19,05	42,21±30,62	43,23±21,03	0,490
Ağız ve Dilde Ağrı	29,04±23,94	33,00±33,00	29,62±27,05	25,38±19,77	0,802
Disfaji	18,48±19,24	44,00±19,05	21,62±23,80	45,85±31,99	0,002*
Periferel Nöropati	23,76±26,12	11,00±19,05	22,79±26,71	22,92±34,22	0,499
Alopesi	43,64±31,34	55,00±19,05	35,38±24,28	35,62±34,40	0,965
Göğüs Ağrısı	47,72±33,43	44,00±19,05	42,21±27,96	56,23±37,10	0,396
Kol ve Bacaklarda Ağrı	35,68±25,17	44,00±19,05	26,21±28,51	38,08±29,66	0,217
Vücudun Diğer Bölgelerinde Ağrı	34,40±32,44	44,00±38,11	23,93±27,84	28,00±29,86	0,772

\*istatistiksel olarak anlamlı (p<0,05)

Tablo 8’de hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının, semptom ve belirtilerin medeni hale göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların medeni hal ile rol fonksiyon(p=0,219), sosyal fonksiyon (p=0,430) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Semptomatik

belirtilerden bulantı-kusma(p=0,562), ağrı (p=0,175) nefes darlığı (p=0,559), uyuma güçlüğü (p=0,488), iştah kaybı (p=0,508), konstipasyon (p=0,351), ekonomik güçlük ve medeni hal arasında (p=0,094, p>0,05) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Akciğer kanserinin semptomatik belirtilerden (p=0,490), ağız ve dilde ağrı (p=0,002), periferel nöropati (p=0,499), alopesi (p=0,965), göğüs ağrısı (p=0,396), kol ve bacaklarda (p=0,217) ve vücudun diğer bölgelerinde ağrının(p=0,772) medeni hal istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Evli olan hastalar dul hastalara göre daha fazla disfaji şikâyeti bildirmişlerdir. Disfaji (p=0,002) ile medeni hal arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgulara göre hem evli hem de dul hastaların tanısını genel olarak semptomlardan etkilendiğini söyleyebiliriz.

**Tablo 3.9: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması**

Yaşam Kalitesi Alt Grupları	Okuryazar (n=21)		İlköğretim (n=41)		Lise (n=5)		Üniversite (n=3)		Bln / Blmyn p
	Bln n=8	Blmyn n=13	Bln n=14	Blmyn n=27	Bln n=3	Blmyn n=2	Bln n=3	Blmyn n=0	
	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	
<b>GENEL İYİLİK</b>	45,50± 9,09	29,76± 6,32	40,14± 4,91	45,03± 4,60	38,66± 7,31	16,50± 16,50	12,00± 4,00	0± 0	0,076
<b>Fonksiyonel</b>									
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	42,00± 20,75	34,69± 24,69	51,35± 18,34	53,88± 24,65	40,33± 6,51	53,50± 37,47	11,33± 7,51	0± 0	0,004*
<b>Emosyonel Fonksiyon</b>	48,25± 23,95	45,03± 14,32	48,64± 26,88	58,37± 25,76	36,33± 34,42	59,00± 35,36	14,00± 12,76	0± 0	0,036*
<b>Bilişsel Fonksiyon</b>	69,00± 18,91	60,53± 18,64	69,42± 17,16	72,44± 23,99	56,00± 25,53	75,50± 12,02	56,00± 19,05	0± 0	0,372
<b>SEMPTOMLAR</b>									
<b>Yorgunluk</b>	71,87± 29,21	80,69± 17,39	74,00± 17,18	60,89± 26,94	66,00± 11,00	75,50± 12,02	84,66± 13,28	0± 0	0,172
<b>Dispne</b>	73,33± 16,80	66,85± 15,85	77,33± 22,50	50,55± 24,53	73,33± 22,50	55,50± 62,93	68,07± 19,36	0± 0	0,250

\*istatistiksel olarak anlamlı(p<0,05)

Tablo 9’da hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların genel iyilik (p=0,076) ve bilişsel fonksiyon (p=0,372) puanları arasındaki farkın eğitim düzeyi ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların fiziksel fonksiyon (p=0,004) ve emosyonel fonksiyon (p=0,036) puanları arasındaki farkın eğitim düzeyi ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tanısını bilen ve bilmeyen hastalar semptomatik alanlardan yorgunluk (p=0,172) ve dispne (p=0,250) puanları arasındaki fark eğitim istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

**Tablo 3.10: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Tanısını Bilen ve Bilmeyenlere Eğitim Durumuyla İlişkisi**

<b>Yaşam Kalitesi Alt Grupları</b>	<b>Bilen X̄ ±S</b>	<b>Bilmeyen X̄ ±S</b>	<b>P</b>
<b>Fonksiyonel</b>			
Rol Fonksiyon	52,50±19,80	50,11±26,84	0,097
Sosyal Fonksiyon	55,57±25,62	58,23±23,61	0,013
<b>Semptomlar</b>			
Bulantı ve Kusma	24,79±22,79	26,35±22,96	0,375
Ağrı	41,35±24,08	40,14±28,69	0,487
Nefes Darlığı	59,03±22,84	51,24±32,20	0,795
Uyuma Güçlüğü	44,82±24,20	36,21±32,68	0,632
İştah Kaybı	71,07±25,36	68,76±30,81	0,125
Konstipasyon	18,86±24,48	40,19±34,03	0,099
Diyare	24,75±26,37	21,21±26,09	0,230
Ekonomik Güçlük	33,11±31,34	44,21±36,53	0,219
<b>Semptomatik Belirtiler</b>			
Öksürük	40,11±24,45	42,52±27,75	0,881
Hemoptizi	9,42±17,63	9,43±20,98	0,539
Ağız veya Dilde	29,46±24,33	28,31±24,86	0,970
Disfaji	21,21±20,51	29,12±28,54	0,406
Periferik Nöropati	22,39±25,49	22,83±28,81	0,118
Alopesi	44,85±30,21	35,45±33,89	0,230
Göğüste Ağrı	47,32±31,97	46,55±31,31	0,240
Kol veya	36,57±24,43	29,88±29,04	0,880
Vücutun Diğer Bölgelerinde Ağrı Bölgeleride Ağrı	35,42±32,44	25,19±28,17	0,311

Tablo 10'da hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının tanısını bilen ve bilmeyenlere eğitim durumuyla ilişkisini göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların rol fonksiyon ( $p=0,097$ ) ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların eğitim durumu ( $p=0,013$ ) ile sosyal fonksiyon arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların semptomatik alanlarda almış oldukları puanlarda  $p=0,05$  anlamlılık düzeyinde eğitimle; bulantı kusma ( $p=0,375$ ), ağrı ( $p=0,487$ ), nefes darlığı ( $p=0,795$ ), uyuma güçlüğü ( $p=0,632$ ), iştah kaybı ( $p=0,125$ ), konstipasyon ( $p=0,099$ ), diare ( $p=0,230$ ), ve ekonomik güçlük ( $p=0,219$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların almış aldıkları puanların, eğitimin semptomatik belirtilerle olan ilişkisinin karşılaştırılmasında öksürük ( $p=0,881$ ), hemoptizi ( $p=0,539$ ), ağız ve dilde ağrı ( $p=0,977$ ), disfaji ( $p=0,406$ ), periferel nöropati ( $p=0,118$ ), alopesi ( $p=0,230$ ), göğüste ağrı ( $p=0,240$ ), kol ve bacaklarda ağrı ( $p=0,880$ ) ve vücudun diğer bölgelerinde ağrı ( $p=0,311$ ) semptomları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 3.11: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının Mesleklere Göre Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ ALT GRUPLARI	Meslek Grupları										Bln / Blmyn p
	Memur (n=8=)		İşçi (n=19)		Esnaf (n=6)		Çiftçi (n=25)		Ev Hanımı (n=12)		
	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	
	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	
<b>GENEL İYİLİK</b>	29,75± 18,63	47,50± 30,01	34,00± 6,68	34,45± 19,72	41,50± 47,38	28,75± 28,25	42,81± 24,67	33,07± 22,83	44,33± 26,86	54,33± 26,16	0,286
<b>Fonksiyonel</b>											
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	25,25± 14,77	58,75± 23,91	59,62± 15,17	42,73± 21,68	33,50± 37,48	43,50± 42,53	39,09± 15,15	43,72± 25,08	45,00± 30,05	58,00± 26,92	0,493
<b>Emosyonel Fonksiyon</b>	35,50± 26,60	65,00± 18,49	41,12± 28,29	48,36± 23,58	42,00± 59,40	54,50± 29,33	47,27± 26,58	46,86± 22,77	47,66± 17,21	68,89± 19,41	0,351
<b>Bilişsel Fonksiyon</b>	58,75± 69,25	67,00± 35,95	69,25± 24,18	67,00± 18,26	83,50± 23,33	66,75± 23,57	65,45± 11,91	63,29± 23,66	61,33± 19,63	81,77± 17,53	0,467
<b>Semptomlar</b>											
<b>Yorgunluk</b>	77,25± 18,37	63,25± 36,34	71,50± 11,76	73,27± 21,95	55,00± 31,11	66,50± 38,68	79,36± 21,15	74,07± 19,80	66,33± 33,50	50,22± 26,10	0,95
<b>Dispne</b>	71,50± 21,50	60,75± 28,15	61,87± 15,49	65,00± 22,25	60,50± 38,89	38,50± 31,75	76,18± 18,95	64,50± 17,34	55,00± 11,00	36,66± 22,68	0,003



Tablo 11’de hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının mesleklere göre dağılımını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların genel iyilik (p=0,286), fiziksel fonksiyon (p=0,493), emosyonel fonksiyon (p=0,351), bilişsel fonksiyon (p=0,467) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların semptomatik alanlardan yorgunluk (p=0,95) meslek gruplarıyla arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Dispne (p=0,003) ile meslek grupları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tüm meslek gruplarında tanısını bilmeyen hastaların tanısını bilenlere göre daha fazla dispne problemi yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 12’de hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının ve semptom ve belirtilerin mesleklere göre dağılımını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların mesleki durumu bakımından yaşam kalitesi fonksiyonları alanında istatistiksel olarak anlamlı bulunamamasına rağmen semptomatik alanlarda farklar çıkmıştır. Ayrıntılı istatistiksel incelemede bu farkın bulantı ve kusmanın işçi ve memurlar arasında anlamlı çıktığını (p=0,043) bulduk. Çiftçi ve memurlar arasındaki farkın ise maddi sıkıntılardan kaynaklandığı bulunmuştur (p=0,037). Semptomatik alanlardaki değişikliklerde ise ev hanımı ve çiftçi hastaların dispne ile arasındaki farkın anlamlı olduğu, alopesideki farkın ise işçi ve ev hanımları arasındaki farktan (p=0,051) kaynaklandığı, periferal nöropatideki farkın ise ev hanımı ve çiftçi hastaların arasındaki farktan (p=0,051) kaynaklandığını bulduk. Örneklemimizdeki hastalar arasında genç yaş grubunun olmamasına bağlayabiliriz. Ayrıntılı istatistiksel incelemede bu farkın bulantı ve kusmanın işçi ve memurlar arasında anlamlı çıktığını (p=0,043) bulduk.

**Tablo 3.12: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının ve Semptom ve Belirtilerin Mesleklere Göre Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ ALT GRUPLARI	Meslek Grupları										Bln / Blmyn P
	Memur (n=8)		İşçi (n=19)		Esnaf (n=6)		Çiftçi (n=25)		Ev Hanımı (n=12)		
	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	
	X̄ ±s	X̄ ±s	X̄ ±s	X̄ ±s	X̄ ±s	X̄ ±s	X̄ ±s	X̄ ±s	X̄ ±s	X̄ ±s	
<b>Fonksiyonel</b>											
<b>Rol Fonksiyonu</b>	38,00± 20,92	53,75± 27,58	54,50± 14,67	42,73± 21,68	49,00± 45,25	43,50± 42,53	57,55± 16,93	44,28± 31,70	50,33± 28,86	63,22± 24,51	0,772
<b>Sosyal Fonksiyonu</b>	29,50± 15,84	71,00± 39,21	52,25± 10,65	56,45± 22,56	58,50± 58,69	54,25± 8,50	60,81± 22,79	47,93± 22,55	78,00± 38,11	72,55± 16,79	0,135
<b>SEMPATOMLAR</b>											
<b>Bulantı ve Kusma</b>	8,25± 16,50	8,00± 9,24	28,87± 27,80	36,18± 22,11	41,50± 47,38	12,25± 15,76	0,00± 0,00	30,71± 21,51	22,00± 19,05	22,00± 27,51	0,008*
<b>Ağrı</b>	45,50± 31,26	29,00± 47,93	43,50± 21,55	49,64± 25,19	16,50± 23,33	58,00± 21,43	39,00± 13,35	41,29± 26,64	55,33± 50,85	23,78± 23,60	0,516
<b>Dispne</b>	57,75± 16,50	41,50± 49,89	57,75± 15,27	60,18± 29,11	49,50± 23,33	49,75± 42,99	69,27± 23,51	41,28± 26,64	33,00± 33,00	33,00± 23,33	0,040*
<b>Uyma Güçlüğü</b>	41,25± 31,60	25,00± 50,00	45,50± 30,48	42,09± 30,04	33,00± 0,00	49,75± 42,99	45,00± 22,25	28,21± 28,70	55,00± 19,05	40,44± 32,30	0,765
<b>İştah Kaybı</b>	74,75± 32,12	49,75± 42,99	66,12± 17,91	75,45± 26,41	49,50± 23,33	66,50± 38,68	78,55± 27,12	78,29± 25,05	66,33± 33,50	55,22± 33,33	0,300
<b>Konstipasyon</b>	24,75± 31,60	41,25± 31,60	12,37± 17,08	45,09± 30,68	33,00± 46,67	49,75± 42,99	18,00± 27,07	35,50± 37,92	22,00± 19,05	36,78± 35,00	0,851
<b>Diyare</b>	33,00± 26,94	24,75± 31,59	20,62± 24,55	24,00± 29,84	16,50± 23,33	8,25± 16,50	27,00± 28,84	21,21± 24,58	22,00± 38,10	21,21± 26,09	0,799
<b>Ekonomik Güçlük</b>	33,25± 47,14	8,25± 16,50	41,25± 23,33	51,27± 37,62	0,00± 0,00	24,75± 16,50	30,09± 27,68	64,07± 35,83	44,33± 50,95	29,33± 30,62	0,054
<b>Semptomatik Belirtiler</b>											
<b>Öksürük</b>	24,75± 31,59	58,00± 41,86	41,25± 23,33	54,18± 27,04	33,00± 0,00	24,75± 31,59	51,09± 22,90	44,86± 24,75	22,00± 19,05	25,66± 14,55	0,043*
<b>Hemoptizi</b>	0,00± 0,00	8,25± 16,50	16,50± 24,95	12,00± 22,25	0,00± 0,00	16,50± 33,00	9,00± 15,41	7,07± 19,10	11,00± 19,05	7,33± 22,00	0,777
<b>Ağız ve Dilde Ağrı</b>	33,00± 26,94	16,50± 19,05	20,62± 24,55	33,09± 29,74	33,00± 0,00	24,75± 16,50	36,00± 23,12	35,36± 24,09	22,00± 38,10	18,33± 23,97	0,315
<b>Disfaji</b>	24,75± 16,50	0,00± 0,00	20,62± 24,55	33,09± 33,20	16,50± 23,33	41,25± 16,50	24,00± 21,34	37,79± 28,69	11,00± 19,05	18,33± 23,97	0,185
<b>Periferik Nöropati</b>	16,50± 33,00	24,75± 31,59	16,50± 24,94	42,18± 36,74	0,00± 0,00	24,75± 31,59	27,00± 24,77	16,50± 17,12	44,00± 19,05	7,33± 22,00	0,654
<b>Alopesi</b>	24,75± 31,59	0,00± 0,00	53,62± 17,07	66,36± 33,40	16,50± 23,33	33,00± 38,10	57,18± 33,55	30,64± 27,34	22,00± 19,05	22,00± 23,33	0,001*
<b>Göğüste Ağrı</b>	41,25± 31,59	41,50± 41,98	49,62± 30,78	57,27± 30,24	33,00± 0,00	49,75± 42,99	60,36± 32,87	49,64± 25,36	11,00± 19,05	29,44± 30,90	0,040*
<b>Kol ve Bacaklarda Ağrı</b>	41,25± 16,50	16,50± 33,00	41,37± 29,53	33,09± 29,74	16,50± 23,33	41,25± 31,59	33,00± 25,56	28,29± 28,53	44,00± 19,05	29,33± 30,62	0,979
<b>Vücudun Diğer Bölgelerinde Ağrı</b>	49,50± 19,05	24,75± 31,59	28,87± 32,70	24,00± 25,94	0,00± 0,00	41,50± 41,98	30,09± 31,37	28,36± 31,50	77,33± 19,63	28,35± 31,50	0,886

\*istatistiksel olarak anlamlı(p<0,05)

**Tablo 3.13: Yaşadığı Yer Ve Yaşam Kalitesi Parametreleri Arasındaki Fark**

YAŞAM KALİTESİ ALT GRUPLARI	Yaşadığı Yer										Blın* / Blmyn*
	Köy (n=23)		Kasaba (n=14)		İlçe (n=15)		Şehir (n=25)		Toplam (n=12)		
	Blın (n=7)	Blmyn (n=16)	Blın (n=7)	Blmyn (n=7)	Blın (n=6)	Blmyn (n=9)	Blın (n=8)	Blmyn (n=10)	Blın (N=28)	Blmyn (N=42)	
	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	X̄ ±S	p
<b>GENEL İYİLİK</b>	43,71 20,92	41,25 21,53	38,85 24,72	41,42 26,24	44,16 25,85	46,00 28,94	29,37 14,02	27,20 23,64	38,50 21,01	38,95 24,58	0,138
<b>Fonksiyonel</b>											
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	51,00 14,50	49,12 23,20	38,42 20,33	54,57 24,64	53,50 25,19	55,88 27,43	32,87 19,30	34,20 28,47	43,21 20,72	47,92 26,05	0,056
<b>Emosyonel Fonksiyon</b>	40,85 19,50	55,06 24,47	44,42 23,36	55,28 17,90	50,50 43,03	60,88 19,97	39,75 24,32	47,00 28,69	43,50 26,82	54,42 23,40	0,544
<b>Bilişsel Fonksiyon</b>	74,28 9,08	66,87 23,47	57,42 16,34	69,28 17,88	72,50 24,84	78,11 23,45	62,87 19,59	63,60 23,37	66,24 18,45	68,90 22,42	0,284
<b>Semptomlar</b>											
<b>Yorgunluk</b>	75,57 23,44	68,18 19,97	80,57 19,25	56,71 24,41	62,50 23,04	63,66 28,08	74,37 15,50	75,30 33,52	73,67 20,15	67,00 25,19	0,576
<b>Dispne</b>	69,14 17,63	55,00 21,63	72,57 26,41	53,42 23,27	60,50 16,68	60,00 27,73	68,87 17,64	55,10 30,39	68,07 19,36	55,83 24,67	0,973

\*bln: bilen, blmyn: bilmeyen

Tablo 13'te yaşadığı yer ve yaşam kalitesi parametreleri arasındaki farkı göstermektedir. Genel iyilik (p=0,138), fiziksel fonksiyon (p=0,056), emosyonel fonksiyon (p=0,544) ve bilişsel fonksiyon (p=0,284) alanlarında bilen ve bilmeyenlerin yaşadıkları yere göre aralarında istatistiksel fark bulunamamıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yorgunluk ve dispne semptomları bakımından iki grup arasında fark bulunamamıştır (p>0,05).

**Tablo 3.14: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom ve Belirtilerin Yaşadıkları Yere Göre Karşılaştırılması**

YAŞAM KALİTESİ ALT GRUPLARI	Yaşadığı Yer										Bln / Blmyn p
	Köy (n=23)		Kasaba (n=14)		İlçe (n=15)		Şehir (n=18)		Toplam (n=70)		
	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	Bln	Blmyn	
	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	X <sup>-</sup> ±S	
<b>Fonksiyonel</b>											
<b>Rol Performansı</b>	55,00 12,56	55,12 31,64	50,28 19,19	52,57 24,52	63,33 18,38	52,00 29,41	44,12 25,07	38,70 15,68	52,50 19,80	50,11 26,84	0,179
<b>Sosyal Durum</b>	66,85 21,69	50,25 23,52	54,85 24,87	69,57 17,84	58,66 25,05	66,88 23,51	44,00 29,33	55,30 24,84	55,57 25,62	58,23 23,61	0,350
<b>Semptomlar</b>											
<b>Bulantı ve Kusma</b>	26,00 18,81	34,12 21,55	37,85 20,78	14,00 14,82	16,33 14,76	25,77 27,68	18,62 29,98	23,10 23,67	24,78 22,79	26,35 22,95	0,326
<b>Ağrı</b>	28,28 12,47	44,37 25,58	44,85 15,72	25,85 25,08	38,50 32,44	29,44 29,57	51,87 28,71	53,00 31,19	41,35 24,08	40,14 28,69	0,223
<b>Nefes Darlığı</b>	66,14 19,34	53,87 36,23	71,00 23,18	47,14 17,63	49,50 18,07	55,22 33,33	49,50 24,94	46,30 35,64	59,03 22,84	51,23 32,19	0,739
<b>Uyma Güçlüğü</b>	42,42 16,10	35,00 25,65	47,14 25,96	28,28 22,77	49,66 34,89	36,88 45,36	41,25 23,33	43,10 38,59	44,82 24,20	36,21 32,68	0,958
<b>İştah Kaybı</b>	80,71 26,44	70,50 27,04	71,14 30,16	66,28 27,35	66,16 21,18	62,66 35,18	66,25 25,32	73,20 37,93	71,07 25,36	68,76 30,81	0,809
<b>Konstipasyon</b>	18,85 25,96	31,06 37,32	18,85 25,96	28,28 22,77	16,50 27,60	51,44 29,30	20,62 24,55	53,00 35,76	18,85 24,47	40,19 34,03	0,466
<b>Diyaire</b>	28,28 22,77	20,62 29,20	23,57 31,83	23,57 24,94	22,00 34,08	14,66 17,39	24,75 23,33	26,40 30,32	24,75 26,37	21,21 26,09	0,839
<b>Ekonomik Güçlük</b>	33,00 19,05	62,31 38,32	33,14 33,33	42,42 24,94	33,00 29,51	33,11 33,25	33,25 43,64	26,50 34,31	33,10 31,34	44,21 36,53	0,104
<b>Semptomatik Belirtiler</b>											
<b>Öksürük</b>	28,28 12,47	45,50 29,45	66,14 19,34	37,71 12,47	49,50 18,07	44,11 28,82	20,62 17,07	39,70 34,27	40,10 24,45	42,52 27,74	0,095
<b>Hemoptizi</b>	4,71 12,47	10,31 23,23	14,14 25,96	9,42 24,94	11,00 17,04	7,33 14,55	8,25 15,27	9,90 22,27	9,42 17,63	9,42 20,97	0,965
<b>Ağız ve Dilde Ağrı</b>	23,57 16,10	33,00 26,94	42,42 24,94	23,57 16,10	16,50 18,07	11,00 16,50	33,00 30,55	39,70 26,28	29,46 24,33	28,30 24,86	0,037
<b>Disfaji</b>	9,42 16,10	39,31 30,31	42,42 16,10	18,85 25,96	16,50 18,07	18,33 23,97	16,50 17,63	29,70 28,89	21,21 20,50	29,11 28,53	0,450
<b>Periferik Nöropati</b>	28,28 22,77	22,75 26,37	33,00 26,94	18,85 25,96	22,00 34,08	7,33 22,00	8,25 15,27	39,70 34,27	22,39 25,48	22,83 28,81	0,306
<b>Alopesi</b>	56,71 31,61	35,18 37,30	61,42 29,90	14,14 25,96	33,00 29,51	36,66 19,83	28,87 21,14	49,70 39,17	44,85 30,12	35,45 33,89	0,960
<b>Göğüste Ağrı</b>	42,57 31,69	41,37 28,53	66,42 33,50	42,42 16,10	44,00 26,94	44,22 33,41	37,25 32,97	59,80 41,00	47,32 31,96	46,54 31,30	0,631
<b>Kol ve Bacaklarda Ağrı</b>	37,71 12,47	28,87 26,60	33,00 26,94	23,57 31,38	16,50 18,07	22,00 28,57	53,75 24,81	43,00 31,50	36,57 24,42	29,88 29,03	0,036
<b>Vücudun Diğer Bölgelerinde Ağrı</b>	33,14 38,39	31,06 35,32	33,00 26,94	18,85 25,96	22,00 26,94	14,66 17,39	49,62 35,48	29,70 24,34	35,42 32,44	25,19 28,17	0,262

Tablo 14'te hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının, semptom ve belirtilerin yaşadıkları yere göre karşılaştırılmasını göstermektedir. Yaşam kalitesi fonksiyonları alanında tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşadığı yere göre rol fonksiyonu (p=0,179), sosyal fonksiyon (p=0,350), istatistiksel fark bulunamamıştır.

Genel semptomların hastaların yaşadıkları yerle ilişkilerine bakıldığında; bulantı ve kusma ( $p=0,326$ ), ağrı ( $p=0,223$ ), nefes darlığı ( $p=0,739$ ), uyuma güçlüğü ( $p=0,958$ ), iştah kaybı ( $p=0,809$ ), konstipasyon ( $p=0,466$ ), diare ( $p=0,839$ ) ve ekonomik güçlük ( $p=0,104$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Akciğer kanserine özgü belirtilerin yaşadığı yerle olan ilişkisine bakıldığında; öksürük ( $p=0,095$ ), hemoptizi ( $p=0,965$ ), disfaji ( $p=0,450$ ), periferel nöropati ( $p=0,306$ ), alopesi ( $p=0,960$ ) göğüste ağrı ( $p=0,631$ ) ve vücudun diğer bölgelerinde ağrı ( $p=0,262$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Yaşanılan yer ile ağız ve dilde ağrı ( $p=0,037$ ) ve kol ve bacaklarda ağrı ( $p=0,036$ ) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 15: Hastaların Yaşam Kalitesi Ortalama Puanlarının, Semptom ve Belirtilerin Gelir Durumuna Göre Dağılımı**

YAŞAM KALİTESİ ALT GRUPLARI	Bilen $\bar{X} \pm S$	Bilmeyen $\bar{X} \pm S$	P (Kruskal -Wallis test)
<b>Fonksiyonel</b>			
Rol performansı	52,50±19.80	50,11±26.84	0,190
Sosyal Durum	55,57±25.62	58,23±23.61	0,049
<b>Semptomlar</b>			
Bulantı ve Kusma	24,79±22.79	26,35±22.96	0,005
Ağrı	41,35±24.08	40,14±28.69	0,025
Nefes Darlığı	59,03±22.84	51,24±32.20	0,578
Uyuma Güçlüğü	44,82±24.20	36,21±32.68	0,271
İştah Kaybı	71,07±25.36	68,76±30.81	0,991
Konstipasyon	18,86±24.48	40,19±34.03	0,820
Diyare	24,75±26.37	21,21±26.09	0,365
Ekonomik Güçlük	33,11±31.34	44,21±36.53	0,003
<b>Semptomatik Belirtiler</b>			
Öksürük	40,11±24.45	42,52±27.75	0,012
Hemoptizi	9,42±17.63	9,43±20.98	0,926
Ağız veya Dilde Ağrı	29,46±24.33	28,31±24.86	0,296
Disfaji	21,21±20.51	29,12±28.54	0,857
Periferel Nöropati	22,39±25.49	22,83±28.81	0,147
Alopesi	44,85±30.21	35,45±33.89	0,516
Göğüste Ağrı	47,32±31.97	46,55±31.31	0,742
Kol veya Bacaklarda Ağrı	36,57±24.43	29,88±29.04	0,178
Vücudun Diğer Bölgeleride Ağrı	35,42±32.44	25,19±28.17	0,134

Tablo 15'te hastaların yaşam kalitesi ortalama puanlarının, semptom ve belirtilerin gelir durumuna göre dağılımını göstermektedir. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların gelir durumuna göre rol performansı (p=0,190) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Ayrıca tablo da görüldüğü üzere sosyal fonksiyon alanında gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,049). Semptomlar incelendiğinde gelir düzeyine göre hastaların bulantı ve kusma, ağrı ve ekonomik güçlük alanından almış oldukları puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

( $p < 0,05$ ). Nefes darlığı, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, konstipasyon ve diare semptomları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Akciğer kanserine özgü semptomatik belirtilerden öksürüğün gelir düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hemoptizi, ağızda ve dilde yara, disfaji, periferik nöropati, alopesi, göğüste ağrı, kol ve bacaklarda ağrı ve vücudun diğer bölgelerinde ağrı gibi semptomatik belirtilerle gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

#### 4.TARTIŞMA

Kanser hastalığı bireylerin yaşadığı ciddi ve yoğun bir sağlık problemidir. Geleneksel olarak kanser teşhisi; fonksiyon kaybı acı ve ölüm olarak kabul edilmektedir. Yeni tedavi imkânlarıyla birlikte, kanser kronik bir hastalık olarak ele alınmaktadır. Kanser hastalığında bir takım dönemlerin olduğu ve iyileşmenin uzun zaman aldığı bilinmektedir. Hastalığın bu dönemlerinin fiziksel sağlığa, zihinsel ve sosyal fonksiyonlar üzerine farklı etkileri vardır (73). Montazeri'nin (27) akciğer kanseri tanısı bilgisi yaşam kalitesini etkiler mi isimli çalışmasında tanısını bilen ve bilmeyenlerin sonuçları arasında önemli farklar yoktu. Hatta hastaların duygusal tepkileri, sosyal, duygusal ve sosyal fonksiyon sonuçları aynıydı. Fakat tanısını bilen hastalar fiziksel hareketlilik, enerji konusunda daha fazla sağlık problemi, fiziksel ve rol fonksiyonları konusunda daha düşük seviyeli fonksiyonları vardı (27).

Akciğer kanseri olan hastalarda tanılarını bilmenin yaşam kalitelerine olan etkilerini belirlemek için, tanı öncesi ve sonrası değerlendirme yapılan çalışmada; hastaların fiziksel, rol, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarında anlamlı bir değişiklik gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Tanılarını bilmenin yaşam kalitesinin sosyal ve emosyonel boyutlarını olumsuz yönde etkilediği sonucunu bulmuştur (74). Hall ve arkadaşlarının araştırma sonuçları da; kanserli hastaların yaşam kalitesi puanları ve diğer insanlara göre daha düşük çıkmış ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bulunmuştur (75). Cella ve arkadaşlarının kanserli hastaların (% 32,8'i akciğer, % 24,7'si meme, % 19,1'i kolon, % 14'ü prostat, % 9,4'ü baş-boyun) yaşam kalitelerinde oluşan değişiklikleri izlemişlerdir. Hastalar (n=189) başlangıçta ve 2-3 ay sonrasında izlenmiş, hastaların % 63'ünün fonksiyonel durumlarında anlamlı değişiklikler olmadığı; % 37'sinin sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali emosyonel iyilik, fonksiyonel durum ve toplam fonksiyonel durum puanlarında değişiklikler olduğu ve bu değişikliklerin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu belirtilmiştir (76).

Kızılcı 'nın (48) çalışmasında tedavi hakkında olumlu ifadeleri olan kişilerle, bilgisi olmadığını belirten kişiler arasında yaşam kalitesi açısından bir fark bulunamamıştır (48). Bozcuk (77), yaşam kalitesinin tanının bilinmesiyle



kötülemediğini kanserli hastaların ve ailelerinin duygularına kötü bir etki yapmadığı sonucuna varmıştır. İspanya’da akciğer kanserli hastalara tekrarlanan testlerle tedavi süresince genel iyilik, yutkunma gücü, periferik nöropati, saç kaybı ve ağrı gibi yaşam kalitesi değişkenleri değerlendirilmiş ve tedavi süresiyle paralel olarak yaşam kalitesi alanlarında istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler gözlemlediklerini rapor etmişlerdir (78). Çin’de yapılan bir çalışmada; akciğer, göğüs ve jinekolojik kanserli gruplar arasında ilki tedavi öncesi, ikincisi tedavi sonrası olmak üzere EORTC QLQ-C30 testi uygulanmıştır. Fiziksel ve rol fonksiyonları arasında farklar gözlemlendiği buna ek olarak yorgunluk belirtisinin de istatistiksel olarak anlamlı çıktığını bulmuşlardır (79).

Bizim çalışmamızda fiziksel, emosyonel, bilişsel ve sosyal fonksiyon alanlarından almış oldukları puanlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına rağmen tanısını bilmeyen hastaların daha yüksek puan aldıklarını görüyoruz. Kanser olduğunu bilmeyen hastalarda semptomların daha ileri seviyede hissedilmesine neden olmadığını gösterir şekildedir. Semptomatik sonuçlardan dispneye yönelik verilen cevaplarda tanısını bilmeyen hastaların vermiş oldukları cevaplardan almış oldukları puan istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tanısını bilmeyen hastaların daha fazla dispne sıkıntısı yaşadıkları saptanmıştır. Bunun da tanısını bilen hastalarda hastalığın solunum fonksiyonlarını etkilediği düşüncesiyle daha çok etkilendiklerini bildikleri için uygun baş etme yöntemlerini kullandıklarını düşünüyoruz. Tanısını bilen hastaların daha fazla konstipasyon sıkıntısı yaşadıklarını belirtmiş olup ağrısı olduğunda hepsinin de ağrı kesici almış olduklarını tespit ettik. Kanser tanısının bilinmesinin hastaların yaşam kalitesi anketlerine verdiği cevaplardan önemli bir fark yaratmadığını göstermektedir. Fakat bu kanser tanısının insanları etkilemeyeceği anlamına gelmez, bu hastaların tanı öncesi aşamada bile akciğer kanseri bağlantılı semptomları yaşadıklarını düşündürüyor. Kanser tanısının bilinmesinin hastaların yaşam kalitesine önemli bir fark yaratmadığını göstermektedir.

Bozcuk’ta çalışmasında duyuşsal durumlarda konstipasyon arasında beklenilmeyen bir ilişki bulunduğunu konstipe hastaların depresyona neden olan uyuşturucu ilaçlar kullanabilmesine bağlamıştır (77). Bu da bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Bizim çalışmamızdaki hastaların % 40'ı tanısını bilen % 60'ı tanısını bilmeyen gruptan oluşmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda tanısını bilmeme oranı %20 ile %37 arasında değişmektedir (80). Diğer bir çalışmada ise tanısını hastalarına bildiren doktorların bu tanının kendilerine konması halinde bunu bilmek istediklerini belirtmişlerdir (81). Blackhall ve arkadaşlarının (82) yaptığı bir çalışmada Afrika ve Avrupa kökenli doktorların tanıyı hastaya söylemekten yana, Meksika ve Kore kökenli doktorların ise aileye söylemekten yana oldukları belirlenmiştir. Garassi ve arkadaşlarının (83) yapmış oldukları çalışmada Amerika ve Kuzey Avrupalı doktorların hastaya tanın söylenmesinden yana, Akdeniz Ülkelerindeki doktorların ise hastaya tanının söylenmemesinden yana görüş bildirdiklerini etmişlerdir. Çin'de yapılan bir çalışmada hastaları bilgilendirmenin ailenin sorumluluğu olduğu kadar doktor ve hemşirelerin çoğunun hastanın kesinlikle bilgilendirilmesinden yana görüş bildirdikleri belirlenmiştir (84). Bu çalışmada kanserli olduğunu bilmediği sanılan hastaların aslında tanılarında şüphelendikleri veya bildiklerini ortaya koymuştur. Japonya'da yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin %85,7'si tanıyla ilgili açıklamaların yapılmasını, fakat açıklandıktan sonraki hasta bakımı ile ilgili zorluklarda yetersiz kaldıklarını ifade etmişlerdir (33).

Tıbbi uygulamalarda doğruyu söylemek hastanın sağlık bakımı seçenekleri konusunda bilgilendirilmesini, aynı zamanda hayatın tüm alanlarında alınacak önlem ve kendi durumu ile ilgili bilgi almasını sağlamaktadır. Doğruyu söylemek sunulan bilgide anlaşılabilirlik ve ondan yararlanmayı da içerecektir. Hasta gerçeğin saklanarak yapılan uygulamaların hasta tarafından anlaşılma riski vardır. Hastalar sonunda kendilerine tanılar hakkında doğru bilgi verilmediğini öğrendiklerinde bu güvensizlikle sonuçlanır ve hastayı herhangi birisinin tavsiyesine başvuramayacağı için terkedilmiş duygusu içinde sosyal çevresinden uzaklaştırır. Doğru bilgilendirme korku ve endişeyi azaltır. Tanıyı bilmek, bilinmeyi merak etmekten daha az zarar vericidir. Daha önceden gizlenmiş bir gerçeğin umulmadık bir şekilde öğrenilmesi zararlı sonuçlar doğurabilir (27). Bizim çalışmamızda tanısını bilmeyen hastaların, hasta yakınlarının tanıyı bildikleri halde gizlediklerini gözlemledik. Bunun ana nedeni hastayı üzme duygusu olduğunu tahmin ediyoruz. Ama bu zamanla hastanın alacağı başarılı sağlık hizmetleriyle güçlendirilebilir. Bu da sağlık

sistemlerinde uygun iletişim kurabilecek eğitilmiş kişilerin yetersiz olmasına bağlıyoruz.

Given ve arkadaşları (85) cinsiyetin kanserli hastaların, semptomlar, fonksiyonlar ya da mental sağlık üzerinde etkili olmadığını belirtmektedir. Kızılcı'nın çalışmasında cinsiyete göre yaşam kalitesinin, kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (48). Başka bir çalışmada da tanısını bilen ve bilmeyen hastaların QLQ-C30 skalasına göre cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır (77). Yaşam kalitesinin fiziksel semptom ve aktivite alanı ile cinsiyet arasındaki fark ve sosyal ilişkiler ve iş performansı alanı ile cinsiyet arasındaki farkı anlamlı bulmuştur (86). Beşer' in kemoterapi alan lenfomalı hastalarla yapmış olduğu çalışmada, kemoterapi sonrası rol performansı, emosyonel, bilişsel ve sosyal cinsiyetle ilişkisini anlamlı bulmuş hastalık ve tedaviye uyum sağladıklarını bulmuştur (87).

Çalışmamızda kanser tanısını bilmenin cinsiyet ile ilişkisi incelendiğinde; Kadınlar erkeklere göre daha fazla yorgunluk ve dispne semptomu yaşadığı saptanmıştır. Bunu da hastalığa, mesleksi hava kirliliğine ve sigara bağımlılığının kadınlarda daha az karşılaşılmamasına bağlayabiliriz. Çalışmamızdaki kadınların çoğu ev hanımıydı. Rutin görevleri başarmaksızın tedavi gören hastaların ek enerjiye gereksinimi algılaması, fiziksel yakınmalarda artış, emosyonel olarak değişkenlik ve huzursuzluk hali ve performansta azalmaya bağlı yorgunluğun geliştiğini düşünüyoruz. Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların sosyal fonksiyonları açısından anlamlı bulduk. Tanısını bilen hastaların daha düşük puanlar aldığı saptandı. Kadınların sosyal fonksiyon alanından daha yüksek puan almışlardır. Bunun da kanser tanısını bilmenin, fiziksel mobilite ve enerjinin sınırlanmasına bağlı olarak geliştiğini düşünebiliriz.

İnsanoğlu hem bireysel hem de toplumsal bir varlıktır. Duygusal olarak kanser tanısını kabul etmekle uğraşan hasta sosyal aktiviteleri de bırakır. Kadınların genel iyilik, fiziksel, emosyonel, bilişsel fonksiyon alanlarından daha düşük puanlar aldığı bulundu. Tanısını bilen kadınlar duygusal olarak daha çok etkilendiklerini ve bedenlerindeki farklılıkları daha iyi gözlemleyip etkilendiklerini düşünebiliriz. Erkeklerin ise daha iyi bir duygu işleyişine sahip olduklarını düşünebiliriz. Hastalık ve tedavi sebebiyle uykusuzluk, sürekli oturmayı engelleyen/dışarı çıkmayı

engelleyen bir yaşam şekli, iş ya da sosyal sorumluluklarda geçici bir kısıtlanma ve rol istemlerinin yoğunluğuna bağlı olarak meydana geldiğini düşünüyoruz. Erkeklerin bu tarz problemlerle baş etme gücü daha yüksek olduğunu ataerkil bir toplum olmamız nedeniyle erkeklerin sosyal fonksiyon puanları kadınlardan düşük bulunmuştur. Nefes darlığı, öksürük ve göğüste ağrı belirtisi tanısını bilen ve bilmeyen hastaların cinsiyet ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Öksürük semptomunun, kadınlarda tanısını bilenler, erkeklerde ise tanısını bilmeyenler daha yüksek puanlar almışlardır.

Yaşam kalitesi ortalama puanlarının yaşla ilişkisinde Kızılcı'nın (48) çalışmasının da bizi destekler yönde olduğunu fonksiyonel alana ve semptomları yaşama oranına yaşın bir etkisi olmadığını ve istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığını bulmuştur. Given ve arkadaşları (85) kanser hastalarının mental ve fiziksel sağlığı üzerine yaşın etkisini inceledikleri çalışmaların yaşın semptomlar, fonksiyonlar ya da mental sağlık üzerine etkili olmadığını, Ganz ve arkadaşları (88) ise kanserli hastalarda yaşam kalitesi konulu çalışmalarında yaşam kalitesi arasında olumlu fakat zayıf bir ilişki olduğunu ifade etmişlerdir. Tanısını bilen hastalar enerji ve fiziksel hareketlilikte daha fazla problem rapor ettiklerini ve daha düşük fiziksel ve rol fonksiyonları olduğunu bunun da yaş farkından dolayı olmadığını bulmuşlardır (27). Başka bir çalışmada ise yaşlı hastaların yaşadıkları deneyimler sonucu kanser kriziyle daha kolay baş ettikleri, psikososyal alanda daha az olumsuzluk yaşadıkları fakat fiziksel durumları nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımlı olduklarına ilişkin yayınlar vardır (89). Diğer bir çalışmada yaşlı bireylerin orta yaş grubundaki bireylere göre fiziksel iyilik alan puanlarının daha düşük, genç bireylerin ise; yaşlı bireylere oranla sosyal alan puanlarının düşük olduğunu belirlemişlerdir (90). Pınar tarafından yapılan çalışmada yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu belirlemiştir (91).

Bizim çalışmamızda genel iyilik, fiziksel fonksiyon, emosyonel durum, bilişsel durum alanlarında bilen ve bilmeyenlerin almış oldukları puanlarda 50 yaş altı yaş grubunda bilmeyenler bilenlerden daha yüksek puan almışlardır. Bu yaş grubundakiler orta yaş döneminde olmaları üretkenlik ve sorumluluk beklentileri yüksek olması nedeniyle hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlardan daha fazla etkilendiklerini düşünebiliriz. Yorgunluk ve dispne gibi semptomlara bakıldığında

akciğer kanseri olduğunu bilenlerde almış oldukları puan daha yüksek olup tanının bilinmesiyle iç dünyası konfüze olan ve dünyaya bakış açısı farklılıkları nedeniyle savunma mekanizmalarını kullanarak kaybettiği enerji yorgunluk semptomunun bilenlerde daha yüksek olabileceğini düşündürebilir. Bedenindeki değişiklikleri ve tedavinin sebep olduğu etkilerle meşgul olduğu için belirtilerin farkında oluş düzeyinin artmış olması rutin görevleri başarmak için fazladan enerjiye gereksiniminin artması ve konsantre olma yeteneğinin azalması sebebiyle olabilir. Emosyonel durum akciğer kanseri olduğunu bilen 50 yaş altı ve 50–59 yaş grupları arasında yaşla birlikte arttığını gözlemledik. Bu durumun 70 yaş ve üstü yaş grubunda yakın zaman belleğinin daha az olduğunu düşünebiliriz. Yorgunluk semptomunu tanısını bilenler tanısını bilmeyenlerden her yaş grubunda daha yüksek puanlar almışlardır. Tanısını bilenler hastalığın etkilerinden yorgunluğu daha fazla hissettiklerini söyleyebiliriz.

Tanının bilinmesinde medeni duruma göre incelediğimizde istatikselsel olarak bir fark bulunamamıştır. Sadece fiziksel fonksiyon alanlarından dul olan hastaların olumsuz yönde etkilendiklerini anlamlı bulundu. Fakat yaşam kalitesi alanlarından almış oldukları puan ortalamalarında evli bireylerin daha yüksek puanlar almış olduklarını görmekteyiz. Evli hastaların yanında destek görebildiklerini düşündürüyor. Bu bulgulara göre evli olan hastaların yalnız olmadıkları için hastalık ve tedaviye daha çok uyum sağlayabildiklerini, kendilerini genel olarak daha iyi hissettiklerini düşünebiliriz. Bu bulgulara göre hem evli hem de dul hastaların tanısını bilen ve bilmeyenlerin genel olarak semptomlardan etkilendiğini söyleyebiliriz. Kızılcı (48) ve Pınar (45) evli hastalarda yaşam kalitesi yüksek olarak bildirmiş, bunun nedeni olarak bekar ve dul hastaların kendilerini yalnız ve güvensiz hissetmeleri olarak açıklamıştır.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların eğitim durumları incelendiğinde fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanlarının istatikselsel olarak anlamlı bulunmuştur. Tanının bilinmesinde hastaların kültürel durumları çok önemlidir. Eğitimle birlikte bilinçli baş etme mekanizmalarını daha iyi kullandıklarını ve sosyal durumlarının daha iyi olduğunu düşünebiliriz. Bu sonucun tanısını bilmeyen ilköğretim ve lise mezunu hastaların almış oldukları puanlar daha yüksek bulunmuş olup eğitimli hastaların belirsizlik durumunda fiziksel fonksiyon ve

emosyonel fonksiyonlarının olumsuz etkilendiğini görmekteyiz. Tanısını bilmeyen hastaların sosyal fonksiyon alanlarının daha fazla etkilendiğini bulduk. Öğrenim durumunun artmasıyla beklentilerin arttığını düşünürsek fiziksel ve sosyal fonksiyonlar alanında tanısını bilenler bilmeyenlerden daha düşük puanlar almışlardır. Çalışmamıza paralel olarak bir çok çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının yükseldiği saptanmıştır (45, 48, 86).

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların mesleki durumu bakımından yaşam kalitesi fonksiyonları alanlarından almış oldukları puanlarda anlam bulunamamıştır. Semptomatik alanlardan dispne, bulantı- kusma, göğüs ağrısı, öksürük, alopesi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ağız ve dilde yara semptomunu tanısını bilen kasaba ve ilçede yaşayanların görülmüştür. Tanısını bilmeyen köy ve şehirde yaşayanların ağız ve dilde yara semptomunu daha fazla yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kol ve bacaklarda ağrı semptomunu yaşayanlardan tanısını bilenlerden köy, kasaba ve şehirde yaşayanlar daha fazla hissetmektedirler. Tanısını bilmeyen ve ilçede yaşayan hastalar ise kol ve bacaklarında ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir.

Literatür incelendiğinde, bireylerin hastalık, semptom ve tedavinin neden olduğu sıkıntılarla birlikte meslek yaşantısına ait sorumluluklarla baş etmek zorunda kaldıkları sonuç olarak da uykusuzluk ve iştah kaybı yaşadıkları belirlenmiştir (92–94). Kızılcıca (48) emekli hastaların memur ve işçilere oranla yaşam kalitesinden daha düşük puan almışlardı. Beşer (87), genel iyilik, rol performansı, bilişsel durum alanlarının meslekle ilişkisini anlamlı bulmuştur.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşadıkları yer ile yaşam kalitesi parametleri arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. Semptomatik belirtilerden ağız ve dilde ağrı, kol ve bacaklarda ağrı belirtisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların gelir durumuna göre sosyal fonksiyon alanlarında anlamlı sonuç bulunmuştur. Kızılcıca ekonomik problem yaşayan kanserli hastaların yaşamayanlara oranla her alanda daha düşük puan aldıklarını bulmuştur (48). Başka bir çalışmada ise gelir durumu iyi olan hastaların çevresel ve toplam yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğunu bulmuştur (95). Montazari daha düşük gelirli hastaların başlangıç değerlendirmesinde daha fazla sağlık problemi, daha düşük fonksiyon işlevleri ve daha fazla semptomlar yaşadığını gösteriyor. Yaşam kalitesinin sadece hastalığın sonucu olmadığı, ayrıca her hastanın gelir düzeyine de

büyük ölçüde bağlı olduğunu göstermiştir (96). Mao ve arkadaşlarının Kanada 'da gerçekleştirdikleri bir çalışmada, düşük gelir düzeyine sahip olan gruplarda yaşam biçimlerinin ve eğitim düzeylerinin karşılaştırıldığında farklılık gösterdiği ve bu nedenle bu gruplarda akciğer kanseri görülme sıklığının ve akciğer kanserine bağlı mortalitenin daha yüksek olduğunu saptamıştır (97). Kemoterapiden sonra ağrı kontrol mekanizmasındaki performans statüsü alanlarıyla güçlü bağları olan uykusuzluk ve maddi sıkıntılarının hastalar arasında anlamlı çıktığını bulmuştur (98).

## 5.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma akciğer kanseri olduğunu bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma Afyon Kocatepe Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Afyon Göğüs Hastanesinde tedavi gören 70 akciğer kanserli hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada elde edilen verilere göre % 40 'ı tanısını bilen % 60'ı tanısını bilmeyen hastaların % 80'i erkek olup % 55,7 'si 50–59 yaş grubundandır. Hastaların çoğunluğu % 88,6'sını okuryazar ve ilköğretim mezunu grup oluşturmakta, % 77,1 'i evli olup % 32,9'u köyde yaşamaktadır. Hastaların tamamının sosyal güvencesi olup kendi ifadelerine göre büyük çoğunluğu gelir durumunu kötü ve orta olarak ifade etmişlerdir.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi alanlarından almış oldukları puanlarda anlamlı fark bulunamamıştır. Akciğer kanserine özgü semptomatik alanlar dispne belirtisi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup tanısını bilmeyen hastalarda dispne semptomu anlamlı bulunmuştur. Tanısını bilmeyen hastalar daha fazla dispne sıkıntısı yaşadıkları saptanmıştır. Tanısını bilen ve bilmeyen gruplar arasında konstipasyon ise anlamlı bulunmuştur. Tanısını bilmeyen hastalar daha fazla konstipasyon semptomu gördüklerini ifade etmişlerdir.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi alanlarından almış oldukları puanlar arasında sadece sosyal fonksiyon ve cinsiyet arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Sosyal fonksiyon alanından kadınların daha fazla etkilendiklerini görmekteyiz. Semptomatik alanlarda ise yorgunluk ve nefes darlığı cinsiyet açısından anlamlı olduğunu görmekteyiz. Kadınlar erkeklere göre daha fazla yorgunluk ve nefes darlığı şikâyetlerini dile getirmişlerdir. Akciğer kanserine özgü semptomatik belirtilerden öksürük ve göğüs ağrısı şikâyetlerinin cinsiyet bakımından önem arz ettiğini ve erkeklerin kadınlara göre bu belirtileri daha fazla yaşadıklarını dile getirmektedirler.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaş grupları incelendiğinde genel iyilik, fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve bilişsel durum alanlarından tanısını bilen hastaların daha fazla etkilendiklerini görmekteyiz. Yorgunluk ve dispne belirtilerini



tanısını bilen her yaş grubunda daha fazla puan almışlardır. Tanısını bilen hastaların yorgunluk ve dispnenin hastalığın bir sonucu olduğunun farkına vardıklarını düşündürmektedir. Tanısını bilmeyenler semptomları daha fazla hissettiklerini söyleyebiliriz.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların medeni duruma göre fiziksel fonksiyon anlamlı bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon alanlarından dul olan hastaların olumsuz yönde etkilendiklerini anlamlı olarak bulundu. Disfaji belirtisi anlamlı bulunmuş olup dul hastalar bu belirtiyi daha çok yaşadıklarını dile getirmiştir.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların eğitimle ilişkisine baktığımızda fiziksel fonksiyon ve emosyonel fonksiyon alanlarından almış oldukları puanları anlamlı bulduk. Bu sonucun tanısını bilmeyen ilköğretim ve lise mezunu hastaların almış oldukları puanlar daha yüksek bulunmuş olup eğitilmiş hastaların belirsizlik durumunda fiziksel fonksiyon ve emosyonel fonksiyonlarının olumsuz etkilendiğini görmekteyiz. Tanısını bilmeyen hastaların sosyal fonksiyon alanlarının daha fazla etkilendiğini tespit ettik.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi alanlarından meslekle ilişkisinde almış oldukları puanlar arasında anlamlı sonuç bulunamamıştır.

Tanısını bilen ve bilmeyen hastaların yaşam kalitesi alanlarının yaşadığı yere göre almış oldukları puanlar arasında fark bulunamamıştır.

Sonuç olarak tanısını bilen ve bilmeyen hastalar arasında yaşam kalitesi işlevsel skalalarında anlamlı fark yok iken, semptom skalalarından sadece konstipasyon ve disfaji açısından fark vardı. Dispne şikâyeti tanısını bilmeyen hastalarda daha fazla idi. Hastaların tanıyı bilme ile cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve yaşadığı yer açısından belirgin bir fark saptanmadı. Tanıyı bilen hastalarda bilmeyenlerle oranla eğitim seviyesi ile doğru orantılı olarak fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarda belirgin artış saptandı.

Bu çalışma ile hastalığın her aşamasında bilgilenme gereksinimi göz önüne alınarak uygun eğitim ve sosyokültürel düzeydeki hastalara kanser tanısının söylenmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Bu sonuçlara göre şu önerilerde bulunabiliriz;

- Gerek hastalığın doğasını, gerekse hasta bireylerin özel davranış örüntülerini daha iyi anlayabilmek için kanserli hastaya bakım veren hemşirelerin konuya ilişkin özel eğitim almaları.
- Hemşirelerin hastalara daha iyi bakım verip yaşam kalitelerini yükseltmelerine yardımcı olabilmek için hemşirelik eğitim programları içerisinde yaşam kalitesi kavramına yer verilmesi ve hastalara hizmet veren tüm sağlık personeline hizmet içi eğitim programları içinde bu konuya yer verilmesi önerilebilir.
- Kanserli bireylerin tedaviye bağlı yaşayabileceği semptomları mümkünse önlemeli, yaşadıkları semptomları değerlendirmeli ve kayıt etmeli. Semptomlara yönelik hemşirelik girişimleri bireye uygun bir şekilde planlanmalı, uygulanmalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir. Konuya yönelik bilgilerin periyodik olarak güncelleştirilmesi gerekmektedir.
- Hasta tedavisiyle görevli doktor ve hemşirelerin hastaların emosyonel durumlarını yakından takip etmeleri, tanı ve tedavi aşamasında yaşanacak birçok zorluğu ortadan kaldırabilecek ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilecek iletişim tekniklerini geliştirmelidirler.
- Hastaların büyük bir çoğunluğu tanılar hakkında bilgilendirilmediklerini görmekteyiz. Hastanın tedavi uyumunu son derece yakından ilgilendiren bu durum önemle ele alınması gereken bir konudur.

**KAYNAKLAR**

1) Hocaoglu Ç., Suroglu M., Özyağcı E., Eminaoglu S., Gökdemir Ö. (2003) Bir Eğitim Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Akciğer Kanseri ve Lösemi Tanısı Almış Olan Bir Grup Hastanın Ruhsal Durumları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Anadolu Tıp Dergisi* **5**, 31–34.

2) Özlü T., Bülbül Y., Öztuna , Çan G. (2002) Akciğer Kanseri Tanısını Ne Kadar Sürede Koyabiliyoruz. *Tüberküloz Toraks Dergisi* **50**, 288–291.

3) Pass H.I., Carbone D.P., Minna J.D., Johnson D.H., Turrisi II A.T., (Eds) (2005) Principles and Practice. *Lung Cancer (3rd Ed)*. LWW, 3–25, Philadelphia

4) Spiro S.G, Porter J.C. (2002) Lung Cancer-Where Are We Today? Current Advances in Staging and Nonsurgical Treatment. *Am J Respir Crit Care Med* **166**, 1166–96.

5) Jemal A., Thomas A., Murray T. et al. (2002) Cancer Statistics. *CA Cancer Journal for Clinicians* **52**, 23–47.

6) Çelik İ. (2001) Akciğer Kanserinde Epidemiyoloji. In: Engin K, Özyardımcı N; (Eds), *Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavide Temel İlkeler ve Uygulamalar*, 50–56, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, İstanbul.

7) Akkoçlu A., Öztürk C. (Eds) (1999) *Akciğer Kanseri- Multidisipliner Yaklaşım*, Toraks Derneği Toraks Kitapları 1, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.

8) Kanser Bildirimlerinin Değerlendirilmesi (1997) 1993–1994 T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı, Yayın No: 582, Ankara.

9) Lung and Pleural Malignancies Study Group (2002) Pattern of Lung Cancer in Turkey 1994–1998. *Turkish Thoracic Society. Respiration* **69**, 207–10.

10) Halilçolar H., Tatar D., Ertuğrul G. ve ark. (1999) Epidemiyoloji. In: Akkoçlu A, Öztürk C Eds., *Akciğer Kanseri -Multidisipliner Yaklaşım*, Toraks Kitapları, Bilimsel Tıp Yayınevi, 17-22, Ankara.

11) İtil O. (2000) Akciğer Kanserlerinin Epidemiyolojisi ve Etyolojisi, In: Haydaroğlu A. (Ed), *Akciğer Kanserleri Tanı ve Tedavi*, Ege Üniversitesi Basımevi 15–34, İzmir.

12) Cangır A.K. (2002), Akciğer Kanser ve Epidemiyoloji, *Türk Göğüs Cerrahisi Derneği Yayınları*, **Cilt 2**, Syf: 1061–1074.

13) Köktürk N., Yeğın D., Ulukayak T., Mullaoglu S.B., Öztürk C. (2004) Akciğer Kanserinde Epidemiyolojik Özellikler Yıllar içinde Değişim Gösteriyor mu?, *Toraks Dergisi*, **Cilt 5**, Sayı 3, Syf: 137-142.

14) Skuladottir H., Olsen J.H., Hirsch F.R. (2000), Danish Cancer Society. Incidence of Lung Cancer in Denmark: Historical and Actual Status, *Lung Cancer*, **27**, 107–18.

15) Barsky S.H., Cameron R., Osann K.E. et al. (1994), Rising Incidence of Broncholoalveolar Lung Carcinoma and Its Unique Clinicopathologic Feature, *Cancer*, **73**, 1163–70.

16) Edwards B.K., Howe H.L., Ries L.A.G., et.al. (2002), Annual Report to The Nation on The Status of Cancer, 1973–1999, Featuring Implicaions of Age and Aging on The US Cancer Burden, *Cancer*, **94**, 2766–2792.

17) Ries L.A.G, Eisner M.P, Kosary C.L., (Eds) (2003) SEER Cancer statistics Rewiew, 1975-National Cancer Instute Bethesda, MD.

18) Yaman M., Aydın G. (2001), Akciğer Kanseri. Erk M (ed). *Göğüs Hastalkları*, İstanbul Üniversitesi Yayınevi, **Cilt 2**, 775-803.

19) Fishman A.P. (1998), Pulmonary Diseases and Disorders. (3rd ed.) New York: McGraw-Hill; 1695–1860.

20) Karadağ M. (2003) Primer Akciğer Kanserleri. In: Özyardımcı N.(Ed), *Akciğer Hastalıkları ve Tedavi Rehberi* Syf:83–87 Bursa.

21) Bilgel N. (2001), Akciğer Kanserlerinin Epidemiyolojisi. In: Engin K, Özyardımcı N. (Eds) 6. *Uludağ Onkoloji Sempozyumu Kitabı ve Konsensüs Raporu*, Uludağ Üniversitesi Yayınları, 35–8. Bursa

22) Savaş İ. (2004) Akciğer Kanseri, *Toraks Derneği*, 3. Kış Okulu, 20–24 Ocak Bilkent-Ankara.

23) Öztürk C. (Ed) (2001) Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserlerinde Tanı ve Sorunları **6,7**.

24) Karlıkaya C. (1998) Akciğer Kanseri, Ders Notları, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Edirne.

25) Başaran N. (1987) Kanser Tanısı Konmuş Hastalara, Tanılarını Söyleyip Söylenmemesine İlişkin Doktor, Hemşire ve Hasta Görüşlerinin Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

26) Öz F. (2001) Hastalık Yaşantısında Belirsizlik, *Türk Psikiyatri Dergisi*; **12**, 61–68.

27) Montazari A., Hole D.J., Milroy R., McEwen J., Gillis C.R. (2004) Does Knowledge of Cancer Diagnosis Affect Quality of Life? A Methodological Challenge, *BMC Cancer*, **4**, 21.

28) Tuckett G.A. (2004) Truth telling in Clinical Practice and The Arguments for and Against. A Review of the Literature, *Nursing Ethics*, **11**, 500–13.

29) Çapraz Y. (1997) Akciğer Kanseri Olduğunu Bilen ve Bilmeyenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne.

30) Elçioğlu Ö., Erdemir A.D. (2001) *Klinik Etik*, (Eds) Erdemir AD, Oğuz V, Elçioğlu Ö. Doğan H., Nobel Tıp Kitapevi Syf:104–4 İstanbul.

31) Elweyn T.S., Fetters M.D., Sasaki H., Tsuda T. (2002) Responsibility and cancer disclosure in Japan, *Soc Sci Med* **54**, 281-93.

32) Annas, G.J. (1994), Informed Consent Cancer and Truth in Prognosis, New Eng, *J Med* **5**, 330:223.

33) Appleyard J. (1982) "A Fact of Life" ,*Nursing Mirror*.Vol.**155** No.14 p:61-62

34) Pienschke D. (1973) "Guardedness or Openness on The Cancer Unit", *Nursing Research* Vol.**22** No:6 p:484-490.

35) Kawakami S., Arai G., Ueda K., et.al.(2001) Pycian Attitudes Toward Disclosure of Cancer Diagnosis to Elderly Patients a Report from Tokyo, *Japan Arch Geronto Geriatr* **33**, 254–61.

36) Andrews F.M., Whitney S.B. (1976) Social Indicators of Well-Being, *American's Perceptions of Life Oality*, Plenum Pres, New York,

37) Becker M.H., Maiman L.A. (1980) Strategies for Enchancing Patient Compliance, *J Commun Heal* **6**, 113-135.

38) Walker J.S. (1989) The Primacy of Caring stres And Illness. Addison-Wesle Company, Menlo Park.

39) Pollack E.S., Nomura A.M.Y., Heilbrunn L.K., et al. (1984) Prospective Study of Alcohol Consumption And Cancer. *N. Eng. J Med* 617–621.

40) Doğan S. (1998) Kanserli Hastalarda Beden İmgesi Sorunları, *Sendrom* **10**, 52–58.

41) Kayaalp L. (1993) Ölüm Karşısında Hasta ve Sağlık Personeli, *Sendrom* **5**, 19–23.

42) Bilgin N., Ergenç A., Timurcanday Ö.N. (1985) Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi, Seminer 3, *Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları*.

43) Tatarkiewicz, W. (1976) Analysis of Happiness. PWN-Polish Scientific Publisher, Warszawa.

44) Taşçı S. (1998) Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

45) Pınar R.(1996) Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, *Sendrom* **9**, 108–111.

46) Rukholm E., McGirr M. (1998) Measuring of Quality Life in Cardiac Rehabilitation With Clients, *Nursing Studies* **35**, 210-216.



47) Timurcandey N.Ö., Bilgin N., Ergenç, A. (1984) Bireylerce Algılanan Şekliyle Yaşam Kalitesi, III. Ulusal Yaşam Kalitesi Sempozyumu.

48) Kızılcı S. (1997) Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

49) Walker, C.S. (1987) *Quality Of Life: Assesment and Application*, MTP Press, London.

50) Berterö C. (1993) Quality of Life of Adults With Acute Leukaemia, *J Adv Nurs* **18**, 1348.

51) Haes J.D., Knippenberg V.K. (1985) The Quality of Life of Cancer Patients: A Rewiew of Literature, *Soc. Sci Med* **20**, 809–817.

52) Maslow A.H. (1970) *Motivation and Personality*, Harber Company, New York.

53) Hanestad B.R., Albreksen G. (1991) Qality of Life, Perceived Difficulties in Adherence to a Diabetes Regimen and Blood Glucose Control, *Diabetic Med* **8**, 759-769.

54) Naess S. (1987) *Quality of Life Research: Consepts, Methodds and Applications*, *Institute of Applied Socil Research*, Oslo.

55) Hörnquist J.O. (1992) The Concept of Quality of Life, *Scaned J Soc Med., QOL Res.* **1**, 135–141.

56) Grant M., Rivera M.L. (1990) Evolution Quality of Life in Oncology and Onkolgy Nursing, *Quality of Life in Onkology and Onkology Nursing Chapter1*.

57) Guyatt G., Fenny, D., Patric, D. (1985) Issuesin Quality of Life Measurement in Clinical Trials, *Controlled Clin Trials* **12**, 81-90.

58) Padilla G.V., Ferrell, B., Grant M.M., Rhiner M. (1990) Defininng The Content Domain of Quality Life for Cancer Patients with Pain, *Cancer Nurs* **13**, 108-115.

59) Padilla G.V., Grant M.M., Ferrell B. (1992) Nursing Research in to Quality of Life, *QOL Research* **1**, 341-348.

60) Akyol A. (1993) Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **9**, 75-79.

61) Akyol A. (1993) Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **9**, 71-75.

62) Devlen J., Maguime P., Philips P. (1987) Psychological Problems Associated with Diagnosis and Treatment Lymphomas, *Br. Med J.* **6**.

63) Çeviri Doç Dr.Nurgül Platin (1987) Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar *UICC Teknik Raporlar Serisi* 39 Baskı, Ankara.

64) Guyatt H., Feeny D., Patric, D. (1993) Measuring Health-Related Quality of Life”, *Annals of Internal Medicine* **118**, 622-629.

65) Elbi H., Noyan A. (2000) Akciğer Kanseri ve Psikiyatri (Eds). Hastürk S. ,Yüksel M., *Akciğer Kanseri*, Bilmedya Grup, İstanbul.

66) Muldoon M.F, Barger S.D, Flory J.D, Manuck S.B. (1998) What are Quality of Life Measurement Measuring? *BMJ* 316:542.

67) Botemmlay A. (2002) The Cancer Patient and Quality of Life, *The Oncologist* 7, 120–125.

68) Fayers P., Aaronson N., Bjordal K., Sullivan S. (1995) EORTC QLQ-C30 Scoring Manuel M., *EORTC Study Group on Quality of Life* 5-11, Brussels ISBN2-930064-05-6 .

69) Sprangers M.A. G, Cull A, Bjordal R et al. (1993) The European Organisation for Research and Treatment of Cancer Approach to Quality of life Assesment: Guidelines for developing Questionnaire Modules, *Quality of Life Research* 2, 287.

70) Aaronson N.K., Cull A.M., Kasa S., Sprangers A.G. (1996) The European Organisation for Research and Treatment of Canver (EORTC) Moduler Approach to Quality of Life Assessment in Oncology: An Update. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, (2nd Ed). Edited by B.Spilker. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia p.179.

71) Aaronson N.K, Ahmedzai S., Bergman B. et al. (1993) The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: Quality of Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncolgy, *J. Natl. Cancer Ins* 85, 365.

72) <http://www.eortc.be/home/qol/modules.htm> .SpecimensModules/Specimen QLQ-LC13.

73) Courtens A.M., Stevens F.C.J., Crebolder H.F.J.M., Philipsen H. (1996) Longitudinal Study on Quality of Life and Social Support in Cancer Patients, *Cancer Nursing* 19, 162-169.

74) Lheureux M., Raheison C., Vernejoux J.M., et al. (2004) Quality of Life in Lung Cancer, Does Disclosure of The Diagnosis Have an Impact? , *Lung Cancer* **43**, 175–82.

75) Addington Hall J., Kalra L. (2001) Measuring Quality of Life, Who Should Measure Quality of Life?, *BM* **322**, 1417–20.

76) Cella D., Hahn E.A., Dineen K. (2002) Meaningful Change in Cancer-Specific Quality of Life Scores: Differences Between Improvement and Worsening, *Qual Life Res* **11**, 207–21.

77) Bozcuk H., Erdoğan V., Eken C., et.al. (2002) Does Awareness of Diagnosis Make Any Diference to Quality of Life? Determinants of Emotional Functional in a Group of Cancer Patiens in Turkey, *Suppert Care Cancer* **10**, 51–57.

78) Urdaniz A.J.I., Aguillo M.M., Burgaleta M. A., et.al. (2005) Quality of Life Assesment in Spanish Lung Canver Patients by the EORTC Questionnaires, *Oncologia* **28**, 174–182.

79) Zaho H., Kanda K. (2000) Translation and Vaidation of The Standard Chinese version of the EORTC QLQ-C30, *Qual. Life Res* **9**.

80) Elbi H. (1994) Kanserli Hastada Depresyon, Bekaroğlu M. (Ed), Trabzon, syf: 217–223.

81) Özışık N., Arslan Z., Oruç Ö.M., ve ark. (2006) Hekimlerin Bakış Açısından Akciğer Kanserinde Bir İkilem Tanı Hastaya Söylenmeli mi? , *Solunum* **Vol: 8**, Sayı:3 Sayfa:102–8.

82) Blachall L.J., Murphy S.T., Frank G, Michel V., Azen S. (1995) Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy, *JAMA* **274**, 820-5.

83) Grassi L., Giraldi T., Mesina E.G., Magnani K., Valla E., Cartei G. (2000) Physicians' Attitudes to and Problems with Truth Telling to Cancer Patients, *Support Care Cancer* **8**, 40-5.

84) Seo M, Tamura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C, Hirasako K. (2000) Telling The Diagnosis to Cancer Patients in Japan: Attitude and Perception of Patients, Physicians and Nurses, *Palliat Med* **14**, 105-10.

85) Given C.W., Given B.A., Stommel M. (1994) The Impact of Age, Treatment, and Symptoms on The Physical and Mental Health of Cancer Patients, *Cancer Supplement*, **4**, 2128-2138.

86) Arslan S. (2000) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

87) Beşer (Gördeles) N., (2001), Kemoterapi Alan Lenfomalı hastaların yaşam Kalitesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

88) Ganz P.A., Schag C.A.C., Cheng H.L. (1990) Assessing The Quality of Life a Study in New a Study in Newly-Diagnosed Breast Cancer Patients, *J. Clinical Epidemiology* **43**, 75-86.

89) Mor V., Allen S., Main M. (1994) The Psychosocial Impact of Cancer an Older Versus Younger Patients and Their Families, *Cancer Supplement* **Vol:74**, No:7, ss:2118-2127.

90) Cimprich B, Ronis D.L., Ramos G.M. (2002) Age at Diagnosis and Quality of Life Breast Cancer Survivors, *Cancer Practice* **10**, 85-93.

91).Pinar R. (2003) Assessmet of Quality of Life in Turkish Patients With Cancer, Turkish Journal of Cancer, *Cancer Nursing* **24**, 12–19.

92) Henderson D. (1994) Quality of Life- Personal Perception, *Cancer Researcher*, October.

93) Jorum E.A. (1996) Quaity of Life in Survivors of Hogkins' Disease, *Quality of Life Research*, **5**.

94) Mahon M.S., Casperson D.M. (1997) Exploring The Psychosocial Meaning of Recurrant Cancer: A Descriptive Study, *Cancer Nursing*, **20**.

95) Shutz A.A., Winestead P. (2001) Predictors of Quality of Life in Rural Patients with Cancer Nursing **24**, 12-19.

96) Montazari A, Hole D., Milroy R., McEwen J. (2003) Quality of Life in Lung Cancer Patiens: Does Socioeconomic Status Matter?, *Health and Quality of Life Outcomes* **1**, 19.

97) Mao Y., Hu J., Ugnat A.M., Semenciw R., Fincham S. (2001) Socioeconomic Status and Lung Cancer Risk in Kanada, *International Journal of Epidemiology* **30**, 809-17.

98) Bircan A., Berktaş M. B., Bayız H., Başay N., Bircan S., Berkoğlu M. (2003) Effect of Cemoterapy on Quality of Life For Patients With Lung Cancer, *Turkish Respiratuary Journal* **Vol.4**, No:2.

**KABUL ve ONAY**

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı  
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

**Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:27.07.2007



Yrd. Doç. Dr. Hidir ESME

ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Dursun Ali ŞAHİN

ÜYE



Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ SUNAL

ÜYE

Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Çiğdem BERK' in "Akciğer kanseri olduğunu bilen ve bilmeyen akciğer kanserli hastaların yaşam kalitesinin karşılaştırılması" başlıklı tezi .../.../2007 günü saat ...'da Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Yavuz DEMİR  
Enstitü Müdürü

## EKLER

## Hastayı Tanıtıcı Veri Formu

## 1.Cinsiyetiniz

Kadın  Erkek

## 2. Yaş grubunuzu işaretleyiniz

50 yaş ve altı yaş  50–69 yaş  70 yaş ve üstü yaş

## 3.Eğitim Durumunuz:

Okuryazar

İlköğretim

Lise

Üniversite

## 4.Meslek grubunuzu işaretleyiniz

Memur

İşçi

Esnaf

Çiftçi

Ev hanımı

## 5.Medeni durumunuzu işaretleyiniz

Bekâr  Evli  Dul

## 6.Yaşadığınız yeri işaretleyiniz

Köy  Kasaba  İlçe  Şehir

## 7. Soysal güvenceniz var mı?

Var  Yok

Varsa aşağıdakilerden hangi sosyal güvenlik kurumuna bağlısınız?

Emekli Sandığı

Sosyal Sigortalar Kurumu

Bağ- Kur

Yeşil Kart

Ücretli

## 8. Size göre gelir durumunuzu aşağıdakilerden hangisiyle ifade edersiniz?

Kötü  Orta  İyi  Çok iyi



## EORTC QLQ-C30 (version 3.0)



TURKISH

. Siz ve sağlığınız hakkında bazı Őeylerle ilgileniyoruz. Lűtfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlıŐ” yanıtları yoktur. Verdiđiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır

Lűtfen ad ve soyadınızın baŐ harflerini yazınız: -----

Dođum gűnűnűz (Gűn, Ay, Yıl): ---/---/---

Bugűnkű tarih (Gűn, Ay, Yıl): ---/---/---

	Hiç	Biraz	Oldukça	ok
1. Ađır bir alıŐveriŐ torbası veya valiz taŐımak gibi zorlu hareketler yaparken gűlűk eker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yűrűyűŐ yaparken herhangi bir zorluk eker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dıŐında <u>kısa</u> bir yűrűyűŐ yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Gűnűn bűyűk bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçen hafta sűresince:	Hiç	Biraz	Oldukça	ok
6. İŐinizi veya gűnlűk aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. BoŐ zaman aktivitelerinizi sűrdűrmekten veya uđraŐmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu m?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi gűsűz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İŐtahınız azaldı mı?	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

Geçen hafta süresince	Hiç Biraz	Oldukça	Çok	
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Çok kötü

Mükemmel

**EORTC OLO - LC13**

Hastalar bazen aşağıdaki belirtilerin ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında belirti ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size uyan en iyi cevabın numarasını daire içine alarak cevaplayınız.

<b>Geçtiğimiz hafta zarfında:</b>	<b>Hiç</b>	<b>Biraz</b>	<b>Oldukça</b>	<b>Çok</b>
31. Ne kadar öksürdünüz?	1	2	3	4
32. Kanlı öksürüğünüz oldu mu?	1	2	3	4
33. Dinlenirken nefes darlığı oldu mu?	1	2	3	4
34. Yürürken nefes darlığı oldu mu?	1	2	3	4
35. Merdiven çıkarken nefes darlığı oldu mu?	1	2	3	4
36. Ağızınızda veya dilinizde ağrı oldu mu?	1	2	3	4
37. Yutma güçlüğünüz oldu mu?	1	2	3	4
38. El ve ayaklarınızda karıncalanma veya uyuşma oldu mu?	1	2	3	4
39. Saçlarınızda dökülme oldu mu?	1	2	3	4
40. Göğüs kafesinizde ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
41. Kol veya omuzunuzda ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
42. Vücudunuzun diğer kısımlarında ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
Evet ise, nerede? _____				
43. Ağrı için hiç ilaç aldınız mı?				
<b>1 Evet</b> <b>2 Hayır</b>				
Evet ise, ilacın ne kadar faydası oldu?	1	2	3	4