



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARIN, HEMŞİRELERİNİN
VE DOKTORLARININ KEMOTERAPİ SONRASI
TABURCULUK EĞİTİMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN Q
YÖNTEMİ İLE İNCELENMESİ**

Melda TEZCAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANLAR

I. Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Esin ÇETİNKAYA USLUSOY

II. Danışman

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

Tez No: 155

ISPARTA-2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/07/ 2018

İmza

1. Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Esin ÇETİNKAYA USLUSOY
SDÜ SBF Hemşirelik Esasları AD Öğretim Üyesi



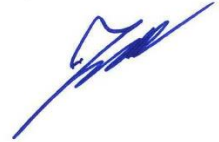
2. Tez Danışmanı: Doç. Dr. Medet KORKMAZ
SANKO Ü SBF İç Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi



Üye : Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN
SDÜ SBF Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi



Üye : Doç. Dr. Fatma BAŞALAN İZ
SDÜ SBF Halk Sağlığı Hemşireliği AD Öğretim Üyesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Işıl KALAYCI
SDÜ SBF Hemşirelik Esasları AD Öğretim Üyesi



ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mustafa KAYAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

“Akciğer Kanseri Olan Hastaların, Hemşirelerin ve Doktorların Kemoterapi Sonrası Taburculuk Eğitimi ile İlgili Görüşlerinin Q Yöntemi ile İncelenmesi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesine uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan
Melda TEZCAN

1. Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Esin ÇETİNKAYA USLUSOY

2. Danışman
Doç. Dr. Medet KORKMAZ

TEŐEKKÖR

Bu tezin yazılması aşamasında, çalıŐmamı sahiplenerek titizlikle takip eden baŐta danıŐmanım Dr. ÖĞr. Üyesi Esin ÇETİNKAYA USLUSOY'a ve Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a değerli katkı ve emekleri için iten teŐekkÖrlerimi ve saygılarımı sunarım.

Bu vesileyle tüm hocalarıma ve ayrıca çalıŐmamın yürütölmesi esnasında destek ve sabırlarını esirgemeyen aileme ve arkadaşlarıma; candan teŐekkÖrlerimi sunuyorum.

Melda TEZCAN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Önemi	2
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Hipotezler	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Akciğer Kanseri.....	4
2.1.1. Akciğer Kanserinin Histolojisi	4
2.1.2. Akciğer Kanserinin Epidemiyolojisi	5
2.1.3. Akciğer Kanseri Etiyolojisi	5
2.1.4. Akciğer Kanserinin Klinik Bulguları.....	6
2.1.7. Akciğer Kanserinde Tedavi	6
2.1.7.1. Cerrahi Tedavi.....	6
2.1.7.2. Radyoterapi	7
2.1.7.3. Akciğer Kanserinde Kemoterapi.....	7
2.1.7.3.1. Antineoplastik İlaçların Sınıflandırılması	8
2.1.7.3.2. Kemoterapi Tedavisinin Veriliş Yolları	8
2.1.7.3.3. Kemoterapinin Yan Etkileri ve Hemşirelik Bakımı	8
2.1.7.3.3.1. Bulantı ve Kusma.....	9
2.1.7.3.3.2. Nötropeni	9
2.1.7.3.3.3. İştahsızlık	10
2.1.7.3.3.4. Konstipasyon	10
2.1.7.3.3.5. Diyare.....	10
2.1.7.3.3.6. Enfeksiyon	11
2.1.7.3.3.7. Yorgunluk	11
2.1.7.3.3.8. Saç Dökülmesi (Alopesi).....	11
2.1.7.3.3.9. Mukozit.....	12

2.1.7.3.3.10. Deri ve Tırnak Değişiklikleri	12
2.1.7.3.3.11. Ağrı	12
2.2. Hasta Eğitimi	13
2.2.1. Hasta Eğitiminin Amaçları	13
2.2.2. Taburculuk Eğitimi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Tipi	15
3.2. Kullanılan Yöntem ve Yöntemler	15
3.2.1. Q metodu	15
3.2.2. Hasta Veri Toplama Formu	17
3.2.3. Hemşire Veri Toplama Formu	17
3.2.4. Doktor Veri Toplama Formu	17
3.2.5. Soru Kartları	18
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	18
3.4. Araştırmanın Evreni	19
3.5. Araştırmanın Örneklemi	19
3.5.1. Örneklem Alınma Kriterleri	19
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	20
3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	20
3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	20
3.7. Veri Toplama Yöntemi	20
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	20
3.9. Süre ve Olanaklar	21
3.10. Etik Çalışmalar	21
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	43
5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi	43
5.2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi	46
5.3. Doktor, Hasta ve Hemşirelerin Öğrenme Konularına Verdikleri Önem Sıralamasının İncelenmesi	46
5.3.1. Öğrenme Konularının Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından İlk Sırada Yer Verilme Durumu	48
5.3.2. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından İlk Üç Sırada Yer Verilme Durumu	49

5.3.3. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından 4-7. Aralıkta Yer Verilme Durumu	50
5.3.4. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından Son Üç Sırada Yer Verilme Durumu	51
5.3.5. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından En Son Sırada Yer Verilme Durumunun İncelenmesi	51
5.3.6. Hastaların Cinsiyete Göre Öğrenme Konularına İlk Sırada Yer Verme Durumlarının İncelenmesi	52
5.3.7. Hastaların Kanserin Evresine Göre Öğrenme Konularına İlk Sırada Yer Verme Durumlarının İncelenmesi	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
ÖZET.....	56
ABSTRACT	57
KAYNAKLAR	58
EKLER.....	65
Ek 1. Etik Kurul Kararı	65
Ek 2. Hastane İzin Formu	68
Ek 3. Hasta Veri Toplama Formu	69
Ek 4. Hemşire Veri Toplama Formu	70
Ek 5. Doktor Veri Toplama Formu	71
Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu	72
ÖZGEÇMİŞ.....	73

KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- KHDAK** : Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
- KHAK** : Küçük Hücreli Akciğer Kanseri



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma Uygulama Takvimi.....	21
Tablo 2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	24
Tablo 3. Doktorların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri.....	26
Tablo 5. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından İlk Sırada Yer Verilme Durumu	29
Tablo 6. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından İlk Üç Sırada Yer Verilme Durumu	31
Tablo 7. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından 4-7. Aralıkta Yer Verilme Durumu	33
Tablo 8. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından Son Üç Sırada Yer Verilme Durumu	35
Tablo 9. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından En Son Sırada Yer Verilme Durumu.....	37
Tablo 10. Hastaların Cinsiyete Göre Öğrenme Konularına İlk Sırada Yer Verme Durumları.....	39
Tablo 11. Hastaların Kanserin Evresine Göre Öğrenme Konularına İlk Sırada Yer Verme Durumları*	41

1. GİRİŞ

Hastalıkların önem derecesi, hastalığın görülme sıklığı ve ölüme sebebiyet verme oranına göre belirlenmektedir. Kanser dünyada coğrafi sınır tanımayan evrensel bir sorun ve dünya çapında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sıradaki ölüm sebebi olması açısından oldukça önemli olan bir sağlık problemidir. Dünya genelinde kanserlerin üçte biri önlenemez, üçte biri ise erken teşhis ile tedavi edilebilir. Kanser araştırmalarının çoğundaki amaç kanseri önleme ve yok etmeye yöneliktir (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Kanser Araştırma Ajansının çalışmalarına göre 2008 yılında dünya çapında 12 milyon kişiye kanser teşhisi konulmuşken; 2030 yılında bu sayının 26 milyonu aşması beklenmektedir. DSÖ'ye göre kanserlerde gözlemlenen artışın temel sebepleri; yaşlı nüfusun artışı, tütün kullanımının artışı ve obezitedir. Kanser sıklığı dünya genelindeki hemen her ülkede yıllık ortalama %1-2 oranında artış göstermektedir. (3). Ölüm oranlarına göre sıralama yapıldığında ise; yine ilk sırada %19,4 oranı ile akciğer kanseri gelmektedir. Akciğer kanserini takiben %9,1 oranı ile karaciğer ve %8,8 oranı ile de mide kanseri gelmektedir (4).

Akciğer kanseri, küçük hücreli ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri olarak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Akciğer kanserlerinin yaklaşık %85'ini küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) oluşturmaktadır. Bu tür akciğer kanserleri, tanı aşamasında ileri evrede, prognozun kötü seyrettiği ve metastazın sık görüldüğü kanserlerdir. Küçük hücreli akciğer kanseri kemoterapi ve radyoterapi ile tedavi edilirken, erken KHDAK, mediastinal lenf nodlarının örnekleme ile cerrahi rezeksiyon uygulanarak tedavi edilmektedir (2).

Akciğer kanserli hastalarda en sık rastlanan semptomlar arasında uyku sorunları ve yorgunluk yer almaktadır. Ayrıca öksürük, wheezing, boğulma hissi, halsizlik, dispne, pnömoni, göğüs-omuz-kol ağrısı, hemoptizi, sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, ses telleri paralizi, atelektazi, kilo kaybı ve nörolojik değişiklikler görülebilmektedir (5). Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi, hastanın normal hücrelerine zarar vermeden tümör hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını durdurmayı ya da yok etmeyi amaçlamaktadır. Ancak kemoterapötik ajanlar

yorgunluk, uyku problemleri, bulantı, kusma, iştahsızlık, kemik iliğinin baskılanması, alopesi, mukozit, cilt problemleri, nörolojik problemler, ağrı, göz problemleri ve cinsel işlev bozuklukları gibi yan etkilere yol açabilmektedir (6).

Hastaların bu sorunlarla baş edebilmeleri için eğitime gereksinimleri olmaktadır. Hasta eğitiminin önemli bir bölümünü ise 'taburculuk eğitimi' oluşturmaktadır. Taburculuk eğitimi, hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında giderek önem kazanmaya başlamıştır (7). Taburculuk, hastanın hastaneye yatışından itibaren başlayarak, ilgili ekip üyeleri tarafından veriler toplanarak hastanın gerçek ve olası sorunlarının belirlenmesini, belirlenen sorunları gidermeye yönelik planlanan eğitimi ve etkinliğini değerlendirmeyi içeren bir süreçtir. Bir takım çalışmasını gerektiren hastaların taburculuk eğitiminde anahtar kişi pozisyonunda olan hekim ve hemşireler, akciğer kanseri olan hasta ve yakınlarına verilecek taburculuk eğitiminin planlanıp uygulanmasında ve ekip içi iletişimin sağlanmasında önemli görev ve sorumluluklara sahiptir (8).

1.1. Araştırmanın Önemi

Eğitim gereksinimlerine hastalar, hemşireler ve doktorlar tarafından verilen önem, kaliteli bir taburculuk dönemini beraberinde getirmektedir. Hastalar önemli buldukları etkin bir şekilde dinlemektedirler, aynı zamanda hemşireler ve doktorlarda taburculuk eğitimine ayırabildikleri kısa zaman diliminde sadece önemli konuları anlatabilmekte eğitimin sonlarına doğru etkinliği azalmakta dikkat dağılmaktadır. Eğitim alan ve eğitim veren gruplar taburculuk eğitim konularına verilen önem örtüşüyorsa etkin bir eğitim sağlanmış olmaktadır.

Ancak, bir grup tarafından çok önemli görülen diğer gruptan önemsiz olarak algılanan konuların varlığı durumunda ciddi sorunlar yaşanabilir.

Bu araştırmanın sonunda, kemoterapi alan akciğer kanseri hastaların eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinin yanı sıra, hastaların, hemşirelerin ve doktorların bu eğitim konularına verdikleri önem düzeyi Q yöntemiyle belirlenmiştir. Türkiye'de çok az araştırmada kullanılan bu yöntem sayesinde bireylerin taburculuk eğitim

konuları hakkında sübjektif algıları karşılaştırılmış hemşirelerin ve doktorların eğitim planınında kullanabilecekleri yeni veriler elde edilebilecektir.

Kemoterapi alan akciğer kanserli hastaların eğitim gereksinimleri ile ilgili Q yöntemi kullanılarak herhangi bir çalışma yapılmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma akciğer kanseri olan hastaların, hemşirelerinin ve doktorlarının kemoterapi sonrası taburculuk eğitimi ile ilgili görüşlerini Q yöntemi ile incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Hipotezler

H₁: Akciğer kanseri olan hastaların taburculuk eğitimi ile ilgili gereksinim duydukları konuları sıralaması bazı sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile ilişkili olarak farklılık gösterir.

H₂: Hemşirelerin, hastalarının taburculuk eğitimi ile ilgili gereksinim duydukları konuları sıralaması bazı sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile ilişkili olarak farklılık gösterir.

H₃: Doktorların hastalarının taburculuk eğitimi ile ilgili gereksinim duydukları konuları sıralaması bazı sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile ilişkili olarak farklılık gösterir.

H₄: Hasta, Hemşire ve Doktorların Akciğer Kanseri Olan Hastaların Gereksinim duydukları taburculuk eğitimi konularını sıralamaları mesleklerine bağlı olarak farklılık gösterir.

H₀: Akciğer kanseri olan hastaların gereksinim duydukları taburculuk eğitimi konularının sıralanması, hastalar, hemşireler veya doktorların sosyodemografik özellikleri, tıbbi özellikleri veya meslekleri ya da mesleki özellikleri ile ilişkili olarak farklılık göstermez.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

Kanser, hücrelerin normal olmayan, kontrol dışı artış göstermesi ve yayılması ile tanımlanan çok faktörlü bir hastalıktır. Birincil nedeni DNA' nın doğru şekilde eşlenmesini önleyen genetik kararsızlıktır. Bu kararsızlıktan dolayı DNA doğru şekilde kopyalanmadığında mutasyonlar oluşur. Kanser genel olarak sistemik, genetik ve çevresel olmak üzere üç ayrı faktörün birbiri ile etkileşmesi sonucu oluşur (3, 9, 10).

Kanserin evrenmesi hastalığın nerede olduğunu, nerelere yayıldığını ya da vücutta diğer organların etkilenip etkilenmediğinin tanımlanmasıdır. Klinik evreleme (4,11);

- Evre 0: Tümörün henüz derine ve çevredeki dokulara yayılım göstermediği evredir.
- Evre 1: Tümör başlangıç dokusunda lokalizedir.
- Evre 2: Sınırlı yayılım görüldüğü evredir.
- Evre 3: Aşırı lokal ve bölgesel yayılımın gerçekleştiği evredir.
- Evre 4: Metastazın yani başka ve uzak bölgelere yayılımın gerçekleştiği evredir.

2.1.1. Akciğer Kanserin Histolojisi

Akciğer karsinomları kombine küçük hücreli ve küçük hücreli dışı karsinom şeklinde görülebilir. KHAK, az sitoplazmaya, iyi tanımlanamayan hücre sınırlarına, ince granüler çekirdek kromatinine sahip, nükleolü bulunmayan veya çok küçük olan küçük hücrelerden oluşan bir malign epitelyal tümördür. Mitoz sayısı fazladır ve hücreler yuvarlak, oval veya iğ şeklindedir ve nükleer farklılaşma belirgindir (2).

2.1.2. Akciğer Kanserinin Epidemiyolojisi

20. yüzyılın başında nadir olarak görülen akciğer kanseri, şu an dünyada en fazla ölüme neden olan ve erkeklerde en sık görülen kanserdir. Ancak burada asıl önemli olan, akciğer kanserinin günümüzde bütün dünyada önde gelen önlenebilir ölüm nedenlerinden birisi olduğudur (12).

Türkiye’de kanser sıklığı dünya ve dünyanın gelişmekte olan ülkeleriyle benzerlikler göstermektedir. Akciğer kanserinde hastaların yarısı ileri evrede teşhis edilmektedir. Erken tanı konursa bu oran % 52,6’ya çıkmaktadır. Ancak hastaların sadece %15’i erken evrede tanı alabilmektedir (1).

2.1.3. Akciğer Kanseri Etiyolojisi

Akciğer kanseri etiyojisinde çok sayıda faktör rol oynar. Bunlar sigara, mesleki karsinojenler gibi çevresel faktörlerin yanı sıra hava kirliliği, diyet, viral enfeksiyonlar, geçirilmiş akciğer hastalıkları, genetik ve immünolojik faktörlerdir (13). Sigara akciğer kanseri gelişiminden sorumlu en önemli faktör olup olguların %90’ından fazlasından sorumludur.

Akciğer kanseri oluşumu ile günlük içilen sigara sayısı arasında bir ilişki olduğu gibi, bu kanserden ölüm riski sigaraya başlama yaşı, kullanım süresi, tütünün cinsi ve kalitesi ve katran yoğunluğu ile de bağlantılıdır. Sigara bırakıldıktan sonra risk azalmakta ve bu beş yıl sonra belirgin hale gelmektedir (2, 14).

Skar yakınında mikroskobik olarak epitelyal hiperplazi saptanmıştır. Skar alanlarında yüksek adenokarsinom insidansı bildirilmiştir. Çalışmalarda akciğer kanserinin sarkoidozlu hastalarda 3 kat fazla geliştiği, tüberkülozlu hastalarda üst loblarda kanserin de birlikte bulunabildiği ve yaklaşık 8 kat fazla görüldüğü, bronşiolalveoler tip kanserlerin konjenital kistik akciğer hastalığı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (15).

A vitamini ve betakarotenden fakir diyet akciğer kanseri riskini arttırırken, E vitamini ve selenyum kanser gelişme riskini azaltmaktadır (9).

2.1.4. Akciğer Kanserinin Klinik Bulguları

Bazı hastalarda hiçbir semptom olmayabilir. Bu kişilerde başka bir nedenle çekilen akciğer grafisinde tesadüfen bir lezyon görülebilir. Başka bir grupta hastada halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve ateş gibi nonspesifik semptomlar olabilir (2).

Akciğer kanserleri santral veya periferik yerleşimli olmalarına ve hücre tiplerine göre farklı semptomlar gösterebilirler ancak santral tümörler sıklıkla küçük hücreli veya skuamöz hücreli, periferik tümörler ise adenokarsinom veya büyük hücreli tiptedir. Endobronşiyal santral tümörlerde öksürük, nefes darlığı, hemoptizi, periferik olanlarda ise plöritik göğüs ağrısı ve nefes darlığı görülür. Nefes darlığı genellikle santral lezyonlara, intrabronşiyal yayılım ve akciğer volümlerinin azalmasına, göğüs ağrısı ise periferik tümörlerde plevra veya göğüs duvarı invazyonuna ve tümöral kitlenin büyümesine bağlıdır (16).

Tümörün ekstratorasik yayılıma bağlı olarak akciğer kanseri en sık sürrenal, karaciğer, beyin, kemik metastazı yapmaktadır. Metastatik olgularda metastaz bölgesine göre baş ağrısı, mental bozukluk, karın ağrısı, mide bulantısı, kemik ağrısı gibi yakınmalar görülebilir (17,18).

2.1.7. Akciğer Kanserinde Tedavi

Kanser tedavisinin birincil amacı kanserin tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Eğer bu hedefe ulaşmak mümkün değilse, tedavi hedefi hastalığın hafifletilmesine, semptomların düzeltilmesine ve hayat kalitesinin iyileştirilmesine yönelik olmalıdır. Kanser tedavisindeki güncel yaklaşım, çeşitli tedavi yöntemlerinin tek başına veya birlikte kullanılarak hastanın sağkalım şansını en üst düzeye çıkarmaktır. Bu nedenle kanser tedavisi cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapinin tek tek veya kombinasyonundan oluşmaktadır (19,21).

2.1.7.1. Cerrahi Tedavi

Kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilmektedir. Cerrahi, kanserde değişik amaçlarla kullanılmaktadır. Tanısal cerrahide, kanserin kesin tanısı için, kanserin cinsi ve yaygınlığına göre hastalığın bulunduğu bölgeden sadece

biyopsi alınır ya da kanserli dokunun tümü çıkarılır. Önleyici cerrahi, kendisi kanser olmadığı halde mutlaka kansere dönüşeceği bilinen kanser öncesi (pre-malign) lezyonların çıkarılması amacıyla uygulanır. Küratif cerrahi, kanserli dokunun ve yayılma olasılığının yüksek olduğu komşu bölgelerin çıkarılması işlemidir. Palyatif cerrahi, ileri evre kanser olgularında hastalığın acil sorun yaratan bazı bulgularını düzeltmek ve yaşamı uzatmak amacı ile yapılır (20).

2.1.7.2. Radyoterapi

Radyoterapi çeşitli radyoaktif ışın ve atom partiküllerinin yaydıkları enerjiyi kanserin lokalize olduğu bölgeye odaklayarak hücre atomlarını iyonize etme, böylece DNA'yı, harap ederek kanser hücresinin bölünme sırasında ölümünü sağlama esasına dayanır (7).

Akciğer kanserinin türü belirlendikten sonra hastanın performansı, kilo kaybı, kardiyopulmoner rezervi gibi durumlar da göz önünde bulundurularak hastalığın evrelemesine göre tedavi yöntemi seçilir. Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde evre 1'den evre 3A'ya kadar cerrahi tedavi uygulanabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalar göstermektedir ki preoperatif kemoterapi yapılması ise cerrahi sonrası sağ kalım süresini uzatmaktadır. Cerrahi olarak rezeksiyonu mümkün olmayan kanserlerin tedavisinde ise radyoterapi ve kemoterapi uygulanmaktadır. Küçük hücreli akciğer kanserinde ise kemoterapi tedavinin temelini oluşturmaktadır (21,22).

2.1.7.3. Akciğer Kanserinde Kemoterapi

İdeal bir kemoterapi protokolü yaşam süresini uzatmalı, pahalı olmamalı ve yaşam kalitesini bozmamalıdır. Kemoterapi etkinliğini göstermede klasik olarak iki parametreye bakılmaktadır: yanıt oranı ve sağ kalım zamanı, tümörün kemoterapiye verdiği cevap ve tümör çapındaki değişiklikler ile standardize edilmiştir ve buna "yanıt oranı" adı verilmiştir. Yanıt tam ya da kısmi olabilir (22,23).

Akciğer kanserinde kemoterapi (23);

1. Erken evrede operasyon sonrası tekrarlama riskini azaltmak için (adjuvan),

2. Lokal ileri evrede cerrahi müdahaleye uygunluğu arttırmak için operasyon öncesi (neo-adjuvan) veya radyoterapiyle eş zamanlı,
3. İleri evrede palyatif amaçlı uygulanabilir.

Kemoterapi tedavisinin amacı, kanserli hücreleri tedavi etmek ve gelişmelerini yavaşlatmak, tümörlü hücrelerin vücuttaki diğer bölgelere metastaz yapmasını engellemek, hastalığın vermiş olduğu rahatsızlıkları en aza indirmek, hastanın hayat kalitesini arttırarak yaşam süresini uzatabilmektir (3).

Kemoterapi sistemik bir tedavidir. Bu nedenle uygulamada kullanılan kemoterapötik ilaçlar yalnızca tümörlü hücreleri tahrip etmeyip, vücutta bulunan normal hücreleri de etkilemektedir. Gastrointestinal sistem mukozası, kemik iliği, deri ve kıl folikül hücreleri süratle çoğalmakta olan hücreler olması nedeniyle kemoterapi uygulamasından en çok etkilenen bölümlerdir (24, 25).

2.1.7.3.1. Antineoplastik İlaçların Sınıflandırılması

Kemoterapötik ajanların hücre kimyasına olan etkisine göre yapılmaktadır

Alkilleyici ajanlar, antimetabolitler, kemoterapötik antibiyotikler, mikotik inhibitörler, hormonlar, sınıflanamayan ajanlar (26).

2.1.7.3.2. Kemoterapi Tedavisinin Veriliş Yolları

Kemoterapi ilaçları vücuda farklı yollarla uygulanabilir. Tedavi uygulamada dört farklı yol kullanılmaktadır; Ağız yoluyla (oral), damar yoluyla (intravenöz), enjeksiyon yoluyla, haricen cilt üstüne (topical)(20).

2.1.7.3.3. Kemoterapinin Yan Etkileri ve Hemşirelik Bakımı

Kemoterapi tedavisi alan hastalarda hemşirelik bakımının amaçları; tedavinin kendisi ve etkilerine dair gerekli bilgileri hasta ve ailesinin ihtiyacı düzeyinde verme, soru sorabilmelerine olanak sağlama, soruları net ve anlaşılır şekilde cevaplama, tedavi sürecinde uygulanacak olan ilacın yan etkilerine karşı farkındalık yaratma ve bu etkilerin giderilmesinde etkin hemşirelik girişimlerini uygulama, tedavi sürecinde

uygulanan hemşirelik girişimlerine hastanın ve ailesinin katılımını sağlama, hasta bireyin evde veya herhangi bir sağlık kuruluşunda bakımını sürdürebilmesi konusunda hasta ve yakınlarını cesaretlendirme, hastanın hemşirelik girişimleriyle çözümlenemeyen sıkıntılarını hekime iletmesini sağlama, hastanın tedavi sürecinde normal yaşamını sürdürmesi gerektiğini anlatmaktır (27).

Kansere yakalanmış olan bireylerin takip edilmesinde ve bu hastaların tedavisi boyunca gerek kanser hastalığının kendisi, gerekse hastaya uygulanan tedavi yöntemleri ve bu amaçla kullanılan ilaçlar, ilk olarak gastrointestinal sistemde bir takım yan etkilere neden olmakta ve farklı problemlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (28).

Kemoterapinin yan etkileri ortaya çıkış zamanlarına göre acil ve erken dönem, orta süreli ve geç dönem olmak üzere üç ana guruba ayrılır (29).

2.1.7.3.3.1. Bulantı ve Kusma

Kemoterapinin yan etkilerinden biri bulantı ve kusmadır. Kemoterapi uygulamasından sonra bazı hastalar bulantı ve kusma sorunu yaşarlar. Bu hastalar tedavilerini bırakmak ya da daha sonraya ertelemek durumunda kalabilirler (30).

Bulantı/kusma genellikle tedavi sonrasındaki ilk altı saatte ortaya çıkmaktadır. Kontrol edilemeyen bu yan etkinin sıvı elektrolit dengesizliği, anoreksi, dehidratasyon, kilo kaybı gibi fizyolojik etkilerin yanı sıra bireyin sosyal yaşamına, günlük aktivitelerine ve psikolojik durumuna da olumsuz etkileri vardır (31).

2.1.7.3.3.2. Nötropeni

Nötropeni genel olarak periferik kanda mutlak nötrofil sayısının azalması olarak tanımlanmaktadır. Bu yan etki sıklıkla tedavi alan kemoterapi hastalarının tedavi aldıktan sonraki 7-14. günleri arasında görülmektedir Nötropeni, mutlak nötrofil sayısının $500/\text{mm}^3$ 'ün altında olması ile enfeksiyon gelişme riskinin artmasıdır (32).

Nötropeni görülen hastalara uygulanması gereken hemşirelik bakımı hastaların tek kişilik odalara yerleştirilmesi, hastaya bakım verilirken maske, eldiven

ve önlük giyilmesi, hastanın vital ölçüm cihazlarının başka hastalarda kullanılmaması, hasta odasına giren sağlık yetkililerinin ve refakatçilerin sayısının sınırlandırılması, hastadaki enfeksiyon belirtilerinin takip edilmesi, günlük kişisel hijyeninin sağlanmasına özen gösterilmesi, besin olarak pişmemiş sebzelerden iyi yıkanmamış meyvelerden kaçınılması, derinin nemli bölümlerinin enfeksiyon belirtileri açısından periyodik olarak değerlendirilmesi, özetle hastanın yakın çevresinde gerekli izolasyonun ve temizliğin sağlanmasıdır (3,33).

2.1.7.3.3.3. İştahsızlık

İştahsızlık (Anoreksi), kansere yakalanmış olan hastalarda en yaygın ve en erken karşılaşılan problemlerdendir. Kansere yakalanmış olan bütün hastaların % 40-80'inin değişen oranlarda yaşadığı yetersiz beslenme alışkanlığı aynı zamanda majör bir hasta olma durumu ve ölüm sebebidir (34).

İştahsızlığa karşı hemşirelerin uygulaması gereken bakım; hastanın az az ve sık aralıklarla yemeye teşviki, et ve süt ürünleri gibi proteinli yiyeceklerin tüketiminin sağlanması, öğün aralarında yüksek kalorili ve proteinli besinler yemenin önerilmesi, yemeklerde sıvı tüketiminin azaltılması ve gaz yapıcı yiyeceklerin tüketilmemesi olarak belirtilebilir (27).

2.1.7.3.3.4. Konstipasyon

Konstipasyona bazı kemoterapik ajanlar sebep olabilmektedir. Kemoterapiden kaynaklanan zehirli maddelerin etkisi ile kasılmalar azalabilmektedir. Azalan barsak aktiviteleri konstipasyona neden olmaktadır (34).

2.1.7.3.3.5. Diyare

Kemoterapi, gastrointestinal mukozada bulunan vilus ve mikrovilus gibi süratle artış gösteren hücreleri etkilemektedir. Kemoterapötik ilaçlar genellikle hastalarda diyareye neden olan antimetabolit ilaçlardır. Buna ilaveten diğer antineoplastik ajanlar da diyareye sebep olabilmektedirler. Diyarenin süresi ve

şiddeti hastaya uygulanan kemoterapinin sıklığına, ilacın dozuna ve uygulamada kullanılan ajana bağlıdır (28).

2.1.7.3.3.6. Enfeksiyon

Kansere yakalanmış olan hastada, uygulanan tedaviye bağlı olarak veya hastalık sürecinin kendisi kemik iliği depresyonuna yol açmaktadır. Ortaya çıkan kemik iliği depresyonunun sonucunda ise hastada anemi, trombositopeni ve lökopeni oluşmaktadır. Lökopeniye bağlı olarak ortaya çıkan enfeksiyon, kemik iliği depresyonunun komplikasyonlarından biridir. Kansere yakalanmış olan hastaların en önemli hastalık ve ölüm nedenleri enfeksiyonlardır. Hastalara kemoterapi uygulanması esnasında oluşan enfeksiyonlarla alakalı patojen mikroorganizmaların büyük bir kısmını gram-negatif bakteriler oluşturmaktadır (28,34).

2.1.7.3.3.7. Yorgunluk

Kansere bağlı olarak gelişen aneminin başlıca klinik belirtileri güçsüzlük, yorgunluk, nefes darlığı, çarpıntı hissi, baş ağrısı, taşikardi, iştahsızlık ve soğuğa karşı aşırı duyarlılıktır. Anemiye bağlı en önemli semptomlar halsizlik ve yorgunluktur. Bu durum hastanın gündelik yaşamını gözle görülür şekilde etkilemektedir (35,36). Hastanın kendisini iyi hissetmesini ortadan kaldırdığı gibi, gündelik aktivitelerini, performansını, iş hayatını, aile hayatını ve arkadaş çevresiyle olan ilişkilerini, cinsel hayatını ve tedavi sürecine olan dayanıklılığını son derece olumsuz olarak etkileyebilmektedir (27,37).

2.1.7.3.3.8. Saç Dökülmesi (Alopesi)

Alopesi, hastaya uygulanan kemoterapi sonucunda ortaya çıkan saç dökülmesidir. Bununla birlikte kanserli insanların en fazla şikâyet ettikleri yan etkilerdendir (28).

Hastanın dökülen saç miktarı kemoterapi ilacının çeşidine bağlıdır. Hastanın uygulama nedeni ile dökülen saçları tipik bir şekilde tedavinin bitmesini izleyen 2-3

hafta sonunda yeniden çıkmaya başlar (34). Saç dökülmesinin geçici olduğu ve tedavi sonrasında tekrar eski durumuna döneceği bilgisi verilmelidir (3).

2.1.7.3.3.9. Mukozit

Kemoterapi tedavisi gören pek çok kanser hastasının ağız ve boğaz bölgesinde mukozit adı verilen sorunlar oluşmaktadır; çünkü ağız mukozası, hızlı hücre yenilenmesinden ötürü kemoterapinin etkisine maruz kalır ve kolayca zedelenir (3,33).

Tütün ürünleri kullanım öyküsü olan hastalarda mukozit görülme oranı oldukça yüksektir. Bunun nedeni bu ürünlerin doku iyileşmesini olumsuz yönde etkilemesidir (38). Kemoterapi tedavisi gören kanserli hastalarda oral mukoziti tamamen önlemeye yönelik standart bir tedavi ya da bakım uygulaması yoktur (39).

2.1.7.3.3.10. Deri ve Tırnak Değişiklikleri

Kanser hastasına uygulanan kemoterapi sonrasında oluşan deri değişimleri, epidermin bazal hücrelerinin bozulması sebebiyle yaygın olarak görülebilir (28).

Bu yan etkiye maruz kalabilecek hastalar el ve ayak hijyeni konusunda hemşireler tarafından bilinçlendirilmeli ve bu bölgeler periyodik olarak takip edilmelidir. Günlük sıvı tüketim miktarı arttırılmalı, güneş ışığı ile direk temastan kaçınılmalıdır (40).

2.1.7.3.3.11. Ağrı

Kanser tedavisindeki gelişmeler sayesinde hastaların yaşam süresinin uzamasıyla ağrı, anksiyete ve depresyon gibi semptomların tedavisi daha da önem kazanmıştır. Ağrı kanser hastasında birçok nedene bağlı olarak görülmekte ve hastanın yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda ağrı, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açarak bireyin iyilik hallerine zarar verip yaşamını her yönde etkilemektedir (41).

Özellikle kanser hastalarında önem verilmesi gereken husus bireyin her aşamada doğru şekilde bilgilendirilmesidir. Bu bilgilendirme hastalığa uyumu önemli ölçüde etkilemektedir (42).

2.2. Hasta Eğitimi

Son yıllarda hasta eğitimi; uyum ve memnuniyetin artırılması, masrafların düşürülmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalara yetki verilmesi ya da hastaların otonomilerinin artırılması için bir anahtar olarak görülmektedir (36).

2.2.1. Hasta Eğitiminin Amaçları

Kemoterapi tedavisine başlanacak olan hastaların bu önemli tedavi yöntemi hakkındaki bilgi birikimleri çoğu kez yanlış ve yetersiz olduğundan uygulamaya başlanmadan önce gerekli eğitimin verilmesi sürecin devamı için oldukça önemlidir (3,43-46). Başlangıçta verilmesi gereken eğitim aşağıdaki gibi özetlenebilir;

- a) Tedavinin içeriği ve hastayı ne şekilde etkileyebileceğinin açıklanması,
- b) Tedavi protokolünün uygulama sıklığı, süresi, tedaviden önceki hazırlık ve oluşması muhtemel yan etkilerin kontrolünde etkili olacak girişimlerin belirtilmesi,
- c) Kullanılacak olan ilacın diğer her türlü ilaç ile etkileşimi olabileceğinden hekime danışılmadan tedavi sürecinde ve sonrasında onay alınmadan ilaç kullanılmaması gerektiğinin iletilmesi,
- d) Herhangi bir yan etki görüldüğünde bu yan etkinin nedenini belirlemek için hekimi ile irtibat halinde olması gerektiği konusunda bilgilendirilmesi,
- e) Tedavi sürecindeki beslenme şekillerinin belirtilmesi,
- f) Tedavi sürecinde hastada duygu durum değişiklikleri gözlenebilir; bu süreçte kendisinin uygun gördüğü kişilerle bu durumu paylaşması gerektiğinin öğütlenmesidir (42).

2.2.2. Taburculuk Eğitimi

Sağlık bakım sistemindeki gelişme ve değişimler ise, hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine, yeniden kazanılmasına ve rehâbitasyona yönelik etkinliklerinde eğitici rolünü öne çıkarmaktadır (47-48).

Taburculuk süreci içinde hasta ve ailesinin eğitiminden sağlık ekibinin bütün üyeleri sorumludur. Bununla birlikte taburculuk sürecinin hemşirenin sorumluluğunda olduğu görülmektedir. Bu konuyla ilgili mevcut durumun saptanması konunun tekrar değerlendirilip aksaklıkların giderilmesi, hasta bakımına olumlu olarak katkı sağlayabilir ve hemşirelerin bu konuyla ilgili daha etkin çalışmalarını sağlayabilir (48, 49, 50, 51, 52, 53).

Taburculuk eğitimi verecek olan sağlık çalışanının yetişkin birey eğitim ilkelerini bilmesi ve o yetişkin bireyin öğrenmeye hazır olmasını sağlaması önemlidir. Yetişkin bireyin öğrenme biçimi daha çok “sorun merkezli” dir. En verimli öğrenme, katılımcı öğrenmeye hazır olduğunda gerçekleşir. Hasta eğitiminde kullanılacak yöntem ve tekniklerin seçiminde, eğitimin içeriği, eğitimin yapılacağı ortam, eğitimin süresi ve hastanın tercihleri ile öğrenme gereksinimleri gibi faktörler dikkate alınmalıdır (54). Yapılan çalışmalar, hastaların sağlık çalışanından aldıkları bilgilerin hastanın ihtiyaçlarını karşılamadığını (43,53,55), hasta ve hasta yakınlarına ihtiyaçları doğrultusunda bilgi verilmediğini (56), hastalarının bilgi ve öğrenme gereksinimlerinin bazı sosyodemografik özelliklere göre (örn, yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı bölge gibi) farklılık gösterdiğini ve önceliklerinin farklı olduğunu (57, 58, 59, 60, 61) ortaya koymuştur.

Türkiye’de öğrenme gereksinimlerinin önceliklerinin belirlenmesinde Q yöntemi kullanılan çalışmalarda da hastaların eğitim gereksinimleri öncelikleri ile hemşirelerin önceliklerinin bazı konularda aynı bazı konularda farklı olduğu bulunmuştur (62, 63).

Sağlık çalışanları, taburculuk eğitimini planlarken hastaların sosyo demografik durumlarını dikkate almalı, hastaların hangi konuda bilgilendirilmek istediğini belirleyerek bu konulara öncelik vermelidir. Böylece, hastaların öğrenme ihtiyaçlarına uygun bir eğitim, hastalıkları ile ilgili zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olunabilir (64).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma akciğer kanserli hastaların, hemşirelerinin ve doktorlarının kemoterapi sonrası taburculuk eğitimi ile ilgili görüşlerinin Q yöntemiyle incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Kullanılan Yöntem ve Yöntemler

Veri toplamak amacıyla, hastalar, hemşireler ve doktorlar için ayrı ayrı hazırlanan sosyo-demografik verilerin bulunduğu veri toplama formlarının yanı sıra literatürden yararlanılarak hazırlanan hastaların hemşirelerin ve doktorların önem sırasına göre sıralamaları istenen 10 adet taburculuk eğitimi ile ilgili konuların yer aldığı kartlar kullanılmıştır(3,15,16,28,31,32,34,37,42,45,65,66)

3.2.1. Q metodu

Nitel ve nicel yöntemin temel ayırıcı, araştırmacıları bilimsel bilgiyi elde ederken olaylara ya da olgulara ilişkin topladıkları verilerin özelliğine dayanmaktadır. İlkinde amaç, nicel ya da nitel verilere ulaşmak iken, ikincisinde niteliksel bilgiler elde etmektedir. Bir başka anlatımla, nicel araştırmada elde edilen veriler nitel sunulmaya çalışıldığı için bu sisteme uygun araçlar geliştirilir, bilgi toplanır ve analiz edilir. Nitel yöntemde ise sosyal dünyanın sayılarla ifade edilemeyen yönleriyle ilgili veri elde etme süreçlerine odaklanılır (67,68). Q metodolojisi bilimsel araştırma sürecinde kişilerin bakış açılarını görüş inanç ve tutumlarını subjektif olarak sistematik bir biçimde ortaya koymayı amaçlar. Q metodolojisinin en önemli artıları arasında araştırma grubunun herhangi bir tema altında birleşip birleşmediklerini belirleyebilmek, birleşiyorsa ortak düşüncenin ne yönde olduğunu ortaya koymak ve ortak fikirler arasında önem sıralaması yapabilmektir (69).

Q metodu nicel ve nitel metodolojiyi birlikte ele alabilecek bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yöntem bir yandan özneyi öne çıkarırken, örneklem

belirleme kaygısı olmaması, çok kişiye ulaşma zorunluğunun olmaması, bazı durumlarda sorunları karşılıklı biçimlendirmesi, sosyal dünyayı anlama gayreti içermesi yönüyle nitel, diğer yandan neden sonuç ilişkisi araması, genellemeler yapma imkânı sunması, nicel kelimelerle durumu açıklaması rakamlarla analiz kolaylığının bulunması gibi birtakım özellikleri sebebiyle de nicel araştırma özelliği bulunmaktadır (70,71).

Birçok araştırma yönteminin kullandığı temel değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, etnik köken vb.) ile birlikte, Q metodu bireylerin subjektif yaklaşımları ve kişisel cevaplarından yola çıkarak bir takım bağımsız değişken-gurup sistematığı oluşturabilmektedir.

Q metodu (1) Bilimsel araştırmalarda gurup ve şahısların subjektif görüş, algı ve davranışlarını incelediği gibi (2) faktör analizleri ile örneklem içerisindeki farklılıkların derecelendirmesini de sağlamaktadır (72).

Tipik bir Q metodunda yürütülecek bir çalışmada aşağıda belirlenen aşamalar takip edilmelidir.

1. Araştırmacı konuyu belirler.
2. Araştırma problemi cümle olarak tespit edilir.
3. Araştırmada tartışılmasını faydalı olduğunu düşündüğü soru cümleleri yazılır, araştırmacının alan analizi yapması neticesinde ulaşabileceği yargılar olabileceği gibi tartışılmasına yarar gördüğü noktalar elde edilir.
4. Araştırmacı tartışılan bu sorulardan çeşitlilik sağlayanlardan seçer.
5. Q dizgisi oluşturulur.
6. Q dizgisi faktör analizi yapılmak üzere bireylerin şahsi kanıları toplanır.
7. Q dizgisi örneklem tarafından paylaşılan fikir birliği ya da fikir ayrılıklarının belirlenmesi ve yorumlanması açısından araştırmaya kılavuzluk yapar.
8. Veriler yorumlanmak üzere bilgisayar ortamına kaydedilir.
9. Toplanan verilerin faktör analizi yapılarak görüşlerin çoğunluk sağladığı faktör belirlenir.

10. Analiz raporu üretilir.

11. Bireylerin şahsi fikirlerinden yola çıkılarak bireyler arasında ve benzer fikirleri paylaşan guruplar arasında karşılaştırma yapılmasına olanak sağlar ve bulgular yorumlanır (68, 71, 73).

Q metodu çalışmaya katılan bireylerin görüşlerinin konu/olay algısının değerlendirilmesinin ve hassasiyet derecelerinin belirlenmesinde etkili bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Söylemler kişiseldir, belirli bir zamana ve duruma bağlılık gösterebilir ve doğal olarak zaman içerisinde değişebilir. Benzer deneyimlere sahip gurup içerisinde de farklı görüş ve farklı hassasiyet dereceleri görülebilir.

Basitçe Q yöntemi tüm katılımcı cevaplarının değerlendirilmesinden ziyade bireyler arasındaki ilişkiyi ön plana çıkarır (70).

3.2.2. Hasta Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgisinden yararlanılarak geliştirilen ve hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik “ Hasta Veri Toplama Formu” 18 sorudan oluşmaktadır. Bu formda hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin değerlendirme soruları yer almaktadır (EK 3) (3, 15, 16, 28, 31, 32, 34, 37, 42, 65, 66).

3.2.3. Hemşire Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından çalışmaya katılan hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgileri toplamaya yönelik olarak literatür bilgisinden yararlanılarak geliştirilen “Hemşire Veri Toplama Formu” 5 sorudan oluşmaktadır (EK 4) (3, 15, 16, 28, 31, 32, 34, 37, 42, 65, 66).

3.2.4. Doktor Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından çalışmaya katılan doktorların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgileri toplamaya yönelik olarak literatür bilgisinden yararlanılarak

geliştirilen “Doktor Veri Toplama Formu” 5 sorudan oluşmaktadır (EK 5) (3, 15, 16, 28, 31, 32, 34, 37, 42, 65, 66)

3.2.5. Soru Kartları

Araştırmada kullanılan bir diğer veri toplama aracı, içerisinde akciğer kanseri olan kemoterapi alan hastalarda taburculuk eğitiminde olması gereken konu başlıklarının yer aldığı kartlardır. Kartlarda bulunan eğitim konularının uygunluğu, İç Hastalıkları Hemşireliği uzmanı Doç. Dr Medet Korkmaz’ın görüşü alınarak, literatürden faydalanılarak ve 15 kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarla pilot uygulama yapılarak düzenlenmiştir.

Kartlarda bulunan eğitim konuları aşağıdaki gibidir:

Kemoterapi sonrası günlük yaşam (beslenme, boşaltım, cinsellik, iş ve sosyal hayat gibidir),

Kemoterapinin yan etkileri (enfeksiyon, bulantı, saç dökülmesi, yorgunluk gibi),

Bundan sonraki tedavi-kontrol süreci,

Tıbbi tedaviler dışındaki alternatif uygulamalar,

Yeni denenen tıbbi tedaviler,

Ağrı,

Nefes darlığı,

Yararlanabileceğim evde bakım hizmetleri,

Acil durumlarda yapılacaklar,

Ailenin hastalık-tedavi ile ilgili bilmesi gerekenler (EK 4).

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Isparta il merkezinde bulunan Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Kliniğinde ve Ayaktan Kemoterapi

Kliniğinde bakım alan hastalar ve bu hastalara tedavi veren hemşireler ve doktorlar ile Aralık 2014-Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Kliniğinde ve Ayaktan Kemoterapi Kliniğinde hizmet alan 85 hasta ile bu hastalara bakım veren 30 hemşire ve 30 doktordan oluşmuştur.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme Aralık 2014- Haziran 2015 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden ve seçim kriterlerine uygun 60 hasta, 25 doktor, 25 hemşire oluşturmuştur.

3.5.1. Örnekleme Alınma Kriterleri

Hastalar;

18 yaş ve üzeri olan, en az okur-yazar düzeyde eğitim seviyesine sahip olan, en az 1 kür kemoterapi almış akciğer kanseri tanısı konmuş (diğer herhangi bir kanser tanısı almış fakat akciğer metastazı olan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır) bilinci açık, oryante, koopere olan, görme ve işitme problemi olmayan, sözel iletişim kurabilen hastalar çalışma kapsamına alınmıştır (başka bir kanser tanısı almış olup akciğer metastazı olan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır) .

Hemşireler;

Çalışmaya Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi onkoloji kliniğinde ve ayaktan kemoterapi kliniğinde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü hemşireler alınmıştır.

Doktorlar;

Çalışmaya Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi onkoloji kliniğinde ve ayaktan kemoterapi kliniğinde çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü doktorlar alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Üzerinde taburculuk eğitim konularının yazılı bulunduğu kartların hastalar, hemşireler ve doktorlar tarafından sıralanma biçimi araştırmanın bağımlı değişkenidir.

3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Hastaların, hemşirelerin ve doktorların sosyo-demografik özellikleri ile hastaların hastalığa bağlı özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerdir.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan hastalar, hemşireler ve doktora yönelik hasta veri toplama formlarıyla Q metodu (kart-sort tekniği) kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmada veri toplama araçları ile elde edilen bilgilerin çözümlenmesi SPSS 20.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Hasta, hemşire, doktorların tanımlayıcı özelliklerinin özetlenmesinde ve öğrenme konularının durumlarının belirlenmesinde frekans, yüzdeler, aritmetik ortalama, Ki-kare ve Fisher Ki-kare exact testi analizleri kullanılmıştır.

Verilerin daha kolay yorumlanabilmesi için kartlarda yer alan eğitim konularının hastalar, hemşireler ve doktorlar tarafından önemli bulunma durumları,

ilk sırada yer verilen, ilk üç sırada yer verilen, 4-7 aralığına konan, son üç sıra içinde yer verilen ve son sırada yer verilen konular şeklinde kategorize edilmiştir.

3.9. Süre ve Olanaklar

Çalışmada veriler toplanırken araştırmacı tarafından bireylere araştırmanın amacı açıklanmıştır. Gönüllülük esasına göre çalışmaya katılan hasta, hemşire ve doktorlarla bir kez görüşülerek hastaların, hemşirelerin, doktorların sosyo-demografik özellikleri ve kartlarını sıralaması istenmiş, anlaşılmayan taburculuk eğitim konuları araştırmacı tarafından açıklanmıştır. Formların doldurulması ortalama 30 dakika sürmektedir.

Araştırmanın yürütülmesi ile ilgili zaman takvimi Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Araştırma Uygulama Takvimi

SÜRE	ARALIK2014-MART2015	MART2015-HAZİRAN2015	HAZİRAN2015-HAZİRAN2016	HAZİRAN2016-HAZİRAN2018	HAZİRAN2018-TEMMUZ2018
Araştırmanın Uygulaması için Hazırlık Aşaması	X				
Araştırmanın Verilerinin toplanması		X			
Araştırma Verilerinin Analizi ve Yorumlama			X		
Araştırmanın Yazımı				X	
Araştırmanın Basımı ve Teslimi					X

3.10. Etik Çalışmalar

Araştırmanın yapılabilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulundan izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Süleyman Demirel

Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinden yazılı olarak kurum izni alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı sözel olarak kabul eden hastalara bilgilendirilmiş onam formu ile de bilgi verilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmanın örneklemini oluşturan:

- Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri
- Doktorların tanımlayıcı özellikleri
- Hastaların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri
- Akciğer kanseri olan hastaların, hemşirelerinin ve doktorlarının kemoterapi sonrası taburculuk eğitimi konularını öncelik sırasına göre sıralamaları yer almaktadır.



Tablo 2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler		n (25)	%
Yaş	20-24 yaş	6	24
Min: ...Mak:	25-29 yaş	6	24
	30-35 yaş	5	20
	36 ve üstü	8	32
Yaş Ortalaması		36±6,52	
Cinsiyet	Kadın	24	96
	Erkek	1	4
Eğitim Durumu	Lise	7	28
	Üniversite	16	64
	Yüksek Lisans	2	8
Çalışma Ayı	0-60 ay	14	56
	61-120 ay	5	20
	121 ve üstü	6	24
Akciğer kanserli hastalara tedavi verme süresi	0-60 ay	20	80
	61-120 ay	2	8
	121 ay ve üstü	3	12
	Toplam	25	100

Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş aralığı 21-40 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları 36±6,52’dir. Hemşirelerin %96’sı kadın, %4’ü erkektir. Hemşirelerin %28’i sağlık meslek lisesi, %64’ü üniversite, %2’si yüksek lisans mezunu olup, %56’sının çalışma süresi 60 ay ve altı, %20 sinin 61-120 ay arası, %24’ünün 121 ay ve üzeridir. Hemşirelerin akciğer kanserli hastalara bakım verme süresine bakıldığında %80’inin 60 ay ve altı, %8’inin 61-120 ay arası, %12’sinin 120 ay ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Doktorların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler		N(25)	%
Yaş	20-24 yaş	1	4
	25-29 yaş	19	76
	30 ve üstü yaş	5	20
Yaş Ortalaması	27,56±1,78		
Cinsiyet	Kadın	10	40
	Erkek	15	60
Çalışma Ayı	0-12 Ay	7	28
	13-24 Ay	9	36
	25-36 Ay	5	20
	37-60 Ay	4	16
Tedavi Uygulama Süresi	0-12 Ay	10	40
	13-24 Ay	10	40
	25-36 Ay	3	12
	37-60 Ay	2	8
	Toplam	25	100

Doktorların tanımlayıcı özellikleri tablo 2’de verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan doktorların yaş aralığı 24-30 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 27,56±1,78’dir. Doktorların %40’ı kadın, %60’ı erkektir, aynı zamanda çalışma süresi 12 ay ve altı olanların oranı %28, 13-24 ay arası %36, 25-36 ay arası %20,37 ve üstü %16 olarak belirlenmiştir. Doktorların akciğer kanserli hastaları tedavi etme süresi 12 ay ve altı %40, 13-24 ay arası %40, 25-36 ay arası %12, 37 ay ve üzeri % 8 olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Hastalar İçin Tanımlayıcı Özellikler	n (60)	%
Yaş Min:...Mak:...	29 yaş	1,70
	50-60 yaş	22,36,70
	61-70 yaş	32,53,30
	71 ve üstü	5,8,30
Cinsiyet	Kadın	7,11,70
	Erkek	53,88,30
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	2,3,30
	Okuryazar	49,81,70
	Lise	6,10,00
	Üniversite	3,5,00
Meslek	Ev Hanımı	6,10,00
	Memur	4,6,70
	İşçi	8,13,30
	Serbest Meslek	13,21,70
	Emekli	29,48,30
Medeni Durumu	Evli	58,96,70
	Boşanmış	2,3,30
Gelir Durumu	Gelir Gidere Göre Az	8,13,33
	Gelir Gidere Eşit	50,83,33
	Gelir Gidere Göre Yüksek	2,3,33
Sosyal Güvencesi	Var	59,98,30
	Yok	1,1,70
Bakıma yardımcı yakını	Var	58,96,70
	Yok	2,3,30
Sigara kullanımı	Evet	1,1,70
	Hayır	8,13,30
	Bıraktım	51,85,00
Sigara Kullanım Süresi	18-30 yıl	19,32,3
	31-49 yıl	26,44,20
	50 yıl ve üstü	7,11,90
Sigara Kullanımı paketi	1 paket	41,68,30
	2 paket	10,16,70
	3paket	1,1,70
	Kullanmayan	8,13,30

Tablo 4. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri (Devamı)

Tanı Süresi	1-12 ay	41	68,30
	13-24 ay	15	25,00
	25-36ay	1	1,70
	37 ve üstü	3	5,00
Kanser Evresi	Evre 1	1	1,70
	Evre2	22	37,40
	Evre3	22	37,40
	Evre4	15	25,50
Kanser Türü	KHAK	28	46,70
	KHDAK	32	53,30
Kemoterapi Kürü	1-3	30	50,00
	4-7	18	30,00
	8-10	12	20,00
Kronik Hastalık	Var	14	23,80
	Yok	46	78,20
Kemoterapi aldıktan sonra en çok yaşanan sorunlar *	Bulantı	26	43,30
	Öksürük	1	1,66
	Halsizlik	21	35,00
	İştahsızlık	11	18,30
	Ağız yaraları	1	1,66
	Nefes darlığı	2	3,32
	Kusma	6	9,96
	Kabızlık	1	1,66
	İV bölgede ağrı	4	6,64
	İshal	4	6,64

*Kemoterapi aldıktan sonra en çok yaşanan sorunlara birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş aralığı 29 ve 85 yaş arasında olup yaş ortalamaları $61,91 \pm 7,27$ 'dir. Hastaların %11,7'si kadın, %88,3'ü erkektir. Hastaların %3,3'ü okuma yazma bilmemekte, % 81,7'si okuryazar, %10'u lise, %5'i ise üniversite mezunudur. Hastaların meslek olarak %10'u ev hanımı, % 6,7'si memur, %13,3'ü işçi, % 21,7'si serbest meslek, %48,8'i emeklidir. Hastaların %96,7'si evli, %3,3'ü boşanmıştır. Hastaların gelir durumuna bakıldığında geliri giderine göre az olanların oranı %13,3, geliri giderine eşit 83,3, geliri yüksek olanların oranı ise 3,3'lük bir kısmı kapsamıştır. Hastaların 98,3'ünün sosyal güvencesi vardır. Hastaların %96,7'sinin bakıma yardımcı olan bir yakını vardır. Hastaların %85'i daha önce sigara kullanıp bıraktıklarını, sigara kullanmaya devam edenlerin ise %68,3'ü günde 1 paket sigara kullandıklarını ifade etmişlerdir. Tanı süresine bakıldığında

%68,3'ünün 1-12 ay arasında tanı aldıkları, %36,7'sinin evre 2'de yine %36,7'sinin evre 3'te olduğu belirlenmiştir. Hastaların %53,3'ünün KHDAK olduğu, %50'sinin 1-3 arası kemoterapi kürü aldığı ve %78,3'ünün başka kronik bir hastalığa sahip olmadığı saptanmıştır. Ayrıca hastalar kemoterapi aldıktan sonra en fazla %43,3 ile bulantı yaşadıklarını, bunu %35 ile halsizliğin takip ettiğini ifade etmişlerdir.



Tablo 5. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından İlk Sırada Yer Verilme Durumu

Öğrenme Konuları	Doktor n (25) %		Hemşire n (25) %		Hasta n (60) %		X ²	p
Kemoterapinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi	-	-	6	24	6	10	7,121	0.025
Kemoterapinin Yan Etkileri (bulantı yorgunluk vs.)	4	16	6	24	7	11,7	2,159	0.333
Hastalığın Bundan Sonraki Süreci	4	16	1	4	4	6,7	2,480	0.361
Alternatif Tıp Uygulamaları	-	-	-	-	1	1,7	1,124	1.000
Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler	-	-	-	-	17	28,3	17,583	0.000
Ağrı	3	12	1	4	7	11,7	1,218	0.689
Nefes Darlığı	2	8	3	12	5	8,5	0,582	0.904
Evde Bakım Hizmetleri	-	-	-	-	2	3,3	0,984	1.000
Acil Durumlarda Yapılacaklar	5	20	3	12	6	10	1,692	0.440
Aile Eğitimi	7	28	5	20	5	8,3	5,809	0.062

*Fisher Fisher Kesin Ki-kare Testi uygulanmıştır.

Doktorlar, hemşireler ve hastalar tarafından ilk sırada yer verilen taburculuk eğitimindeki öğrenme konularının dağılımı tablo 4’te verilmiştir. Kemoterapinin “günlük yaşam aktivitelerine etkisi“ konusu doktorlar tarafından ilk sıraya konmazken, hemşirelerin %24’ü tarafından hastaların ise %10’u tarafından ilk sıraya konmuştur. Yapılan Fisher Kesin Ki-kare Testi sonucunda ise doktorların hemşire ve hastalara göre anlamlı derecede farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($X^2=7,121$; $p=0.025$). “Kemoterapinin yan etkileri” konusuna doktorların %16’sı, hemşirelerin %24’ü ve hastaların %11,7’si ilk sırada yer vermiştir. “Hastalığın bundan sonraki süreci” konusunu doktorların %16’sı, hemşirelerin %4’ü ve hastaların %6,7’si ilk sıraya koymuştur. Bu konuda, hemşirelerin ve hastaların yakın fikre sahip oldukları, doktorlarda ise bu oranın yüksek olduğu görülmüştür. “Hastalığa yönelik alternatif tıp uygulamaları” konusu ise doktorlar ve hemşireler tarafından ilk sırada yer almazken, hastalar tarafından %1,7 oranında ilk sırada yer verilmiştir. “Yeni denenen tıbbi tedaviler” konusuna benzer şekilde yine doktor ve hemşirelerin ilk sırada yer vermediği fakat hastaların %28,3’ünün ilk olarak bu konu hakkında bilgi almak istediği belirlenmiştir. Yapılan Fisher Kesin Ki-kare Testi sonucunda hastaların

anlamli derecede doktor ve hemşireler göre bu konuyu daha fazla önemsedikleri belirlenmiştir ($X^2=17,583$; $p=0.000$). “Ağrı” konusu doktorların %12’si, hemşirelerin %4’ü ve hastaların %11,7’si tarafından ilk sıraya koyulmuştur. Bir diğ er konu olan “Nefes darlığı” konusuna ise, doktorlar tarafından %8, hemşireler tarafından %12 ve hastalar tarafından %8,5 oranında ilk sırada yer verilmiştir. “Kemoterapi sonrası evde bakım hizmetleri” konusu doktorlar ve hemşireler tarafından hiç ilk sıraya konulmazken, hastalar tarafından %3,3 oranında ilk sıraya alınmıştır.

“Acil durumlarda yapılacaklar” konusu %20 oranında doktorlar tarafından daha fazla ilk sıraya konulmuş ve hemşirelerin %12’si ile hastaların %10’u bu konuya ilk sırada yer vermiştir. “Aile eğ itimi” konusuna ise doktorlar tarafından %28, hemşireler tarafından %20, hastalar tarafından ise %8,3 olarak ilk sırada yer verilmiştir.

Yapılan Ki-kare Testi ve Fisher Kesin Ki-kare Testi sonucunda, diğ er öğrenme konularında guruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından İlk Üç Sırada Yer Verilme Durumu

Öğrenme Konuları	Doktor n (25) %		Hemşire n (25) %		Hasta n (60) %		X ²	p
Kemoterapinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi	8	32	12	48	14	23,8	5,046	0.080
Kemoterapinin Yan Etkileri (bulantı yorgunluk vs.)	13	52	18	72	19	31,9	12,138	0.002
Hastalığın Bundan Sonraki Süreci	8	32	6	24	27	45,9	3,717	0.166
Alternatif Tıp Uygulamaları	-	-	2	8	11	18,9	6,120	0.045
Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler	-	-	-	-	27	45,9	29,819	0.000
Ağrı	8	32	6	24	15	25,5	0,539	0.839
Nefes Darlığı	8	32	7	28	23	38,3	0,926	0.629
Evde Bakım Hizmetleri	-	-	-	-	6	10,2	0,395	0.111
Acil Durumlarda Yapılacaklar	16	64	12	48	18	30,6	8,893	0.014
Aile Eğitimi	14	56	12	48	20	34	4,235	0.140

*Fisher Fisher Kesin Ki-kare Testi uygulanmıştır.

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularının doktorlar, hemşireler ve hastalar tarafından ilk üç sırada yer verilme durumlarının dağılımı tablo 5'te verilmiştir. “Kemoterapinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi” konusuna doktorlar tarafından ilk üç sırada yer verilme oranı %32 iken, hemşirelerin %48'i tarafından, hastaların ise %23,8'i tarafından ilk sıraya konmuştur. “Yan etkiler” konusu da ilk üç sırada doktorlar tarafından %52, hemşireler tarafından %72, hastalar tarafından ise %31,9 oranında yer almıştır. “Hastalığın bundan sonraki süreci” konusu ise doktorlar tarafından %32, hemşireler tarafından %24, hastalar tarafından %45,9 olarak ilk üç sırada yer verilmiştir. “Hastalığa yönelik alternatif tıp uygulamaları” konusu, doktorlar tarafından ilk üç sırada yer almazken, hemşireler tarafından %8 oranında, hastalar tarafından %18,9 oranında ilk üç sıraya konmuştur. “Yeni denenen tıbbi tedaviler” konusuna doktorlar ve hemşireler tarafından ilk üç sırada yer verilmezken, hastaların %45,9'u bu konu hakkında bilgi almayı ilk üç sıraya yerleştirmiştir. “Ağrı” konusu, doktorlar tarafından %32, hemşireler tarafından %24, hastalar tarafından %25,5 oranında ilk üç sırada yer almıştır. “Nefes darlığı” konusuna ise, doktorlar tarafından %32, hemşireler tarafından %28, hastalar tarafından %38,3 oranında ilk üç

sırada yer verilmiş ve bu konuda fikirlerinin yakın olduğu belirlenmiştir. “Kemoterapi sonrası evde bakım hizmetleri” konusu doktorlar ve hemşireler tarafından ilk üç sıraya konulmamış, hastaların ise %10,2’si ilk üç sırada yer vermiştir. “Acil durumlarda yapılacaklar” konusunu doktorlar %64, hemşireler %48 ve hastalar %30,6 oranında ilk üç sıraya koymuştur. “Aile eğitimi” konusu ise, doktorlar tarafından %56, hemşireler tarafından %48 ve hastalar tarafından %34 oranında ilk üç sırada yer almıştır.

Yapılan Ki-kare Kare ve Fisher Kesin Ki-Kare Testi sonucunda, “Alternatif Tıp Uygulamaları” ($X^2=6,120$; $p=0.045$) ve “ Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” ($X^2=29,819$; $p=0.000$) konularına hastaların anlamlı derecede doktor ve hemşirelerden daha fazla önem verdikleri; ”Yan Etkiler” ($X^2=12,138$; $p=0.002$) ve “Acil Durumlarda Yapılacaklar” ($X^2=8,893$; $p=0.014$) konularına hastaların anlamlı derecede doktor ve hemşireler kadar önem vermedikleri saptanmıştır. Diğer öğrenme konularında ise, guruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından 4-7. Aralıkta Yer Verilme Durumu

Öğrenme Konuları	Doktor n (25) %		Hemşire n (25) %		Hasta n (60) %		X ²	p
Kemoterapinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi	16	64	12	48	37	62,9	1,686	0.467
Kemoterapinin Yan Etkileri (bulantı yorgunluk vs.)	12	48	6	24	32	54.4	6.209	0.050
Hastalığın Bundan Sonraki Süreci	14	56	11	44	24	40.8	1.833	0.424
Alternatif Tıp Uygulamaları	1	4	5	20	23	38.3	11.390	0.003
Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler	2	8	4	16	15	25.5	3.300	0.195
Ağrı	17	68	13	52	20	34	9.113	0.011
Nefes Darlığı	16	64	14	56	10	17	22.467	0.000
Evde Bakım Hizmetleri	2	8	12	48	12	20.4	12.048	0.002
Acil Durumlarda Yapılacaklar	9	36	10	40	32	54.4	2.659	0.294
Aile Eğitimi	11	44	13	52	35	59.5	1.493	0.493

*Fisher Fisher Kesin Ki-kare Testi uygulanmıştır.

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularının doktorlar, hemşireler ve hastalar tarafından dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci sırada yer verilme durumlarının dağılımı tablo 6’da verilmiştir. “Kemoterapinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi” konusuna doktorlar tarafından 4-7. sıralarda yer verilme oranı %64 iken, hemşirelerin %48’i, hastaların ise %62,9’u 4.-7. sıralara koymuştur. “Kemoterapinin yan etkileri” konusunu doktorların %48’i, hemşirelerin %24’ü, hastaların ise % 54,4’ü 4-7. Sırada yer vermiştir. “Hastalığın bundan sonraki süreci” konusu da, doktorlar tarafından %56, hemşireler tarafından %44, hastalar tarafından %40,8 oranında 4-7.sıralarda yer almıştır. “Hastalığa yönelik alternatif tıp uygulamaları” konusunu ise, doktorlar %4, hemşireler %20, hastalar da %38,3 oranında 4-7. sıraya koymuştur. “Yeni denenen tıbbi tedaviler” konusu, doktorlar tarafından %8, hemşireler tarafından %16 ve hastalar tarafından 25,5 oranında 4.-7. sırada yer almıştır. “Ağrı” konusuna, doktorlar %68, hemşireler %52 ve hastalar %34 oranında 4-7. sırada yer vermiştir. “Nefes darlığı” konusu, doktorlar tarafından %64, hemşireler tarafından %56 ve hastalar tarafından %17 oranında 4-7 sırada yer almıştır. “Kemoterapi sonrası evde bakım hizmetleri” konusuna da doktorların %8’i,

hemşirelerin %48'i ve hastaların %20,4'ü 4-7. sıralarda yer vermiştir. “Acil durumlarda yapılacaklar” konusu, doktorlar tarafından %36, hemşireler tarafından %40, hastalar tarafından %54,4 oranında bu sıralamada yer almıştır. Son konu olan “Aile eğitimi” konusu ise, doktorlar tarafından %44, hemşireler tarafından %52 ve hastalar tarafından %59,5 oranında 4-7. sıralara konmuştur.

Yapılan Ki-kare Testi ve Fisher Kesin Fisher Kesin Ki-kare Testi sonucunda, “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusunu doktorların anlamlı derecede daha az oranla ($X^2=11,390$; $p=0.003$); “Nefes Darlığı” konusunun hastaların anlamlı derecede daha az oranla ($X^2=22,467$; $p=0.000$); “Ağrı” konusunu doktorların anlamlı derecede daha fazla oranla ($X^2=9,113$; $p=0.011$) ve “Evde Bakım Hizmetleri” ($X^2=12,048$; $p=0.002$) konusunu hemşirelerin anlamlı derecede daha fazla oranla bu aralıkta yer verdikleri saptanmıştır. Diğer öğrenme konularında ise, gruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından Son Üç Sırada Yer Verilme Durumu

Öğrenme Konuları	Doktor n (25) %		Hemşire n (25) %		Hasta n (60) %		X ²	p
Kemoterapinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi	1	4	1	4	9	15.3	2.972	0.256
Kemoterapinin Yan Etkileri (bulantı yorgunluk vs.)	-	-	1	4	9	15.3	5.166	0.064
Hastalığın Bundan Sonraki Süreci	3	12	8	32	9	15.3	3.870	0.174
Alternatif Tıp Uygulamaları	24	96	18	72	26	44.2	22.159	0.000
Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler	23	92	21	84	18	30.6	37.628	0.000
Ağrı	-	-	6	24	25	42.5	15.417	0.000
Nefes Darlığı	1	4	4	15	27	45.9	17.069	0.000
Evde Bakım Hizmetleri	23	92	13	52	42	71.4	9.748	0.008
Acil Durumlarda Yapılacaklar	-	-	3	12	10	17	5.075	0.069
Aile Eğitimi	-	-	-	-	5	8.5	2.987	0.241

*Fisher Fisher Kesin Ki-kare Testi uygulanmıştır.

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularının doktorlar, hemşireler ve hastalar tarafından son üç sırada yer verilme durumlarının dağılımı tablo 7’de verilmiştir. “Kemoterapinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi” konusuna, doktorlar tarafından son üç sırada yer verilme oranı %4, hemşirelerde %4 ve hastalarda %15,32’dir. “Kemoterapinin yan etkileri” konusu doktorlar tarafından son 3 sıraya konulmazken, hemşirelerin %4’ü, hastaların ise %15,3’ü son üç sırada yer vermiştir. “Hastalığın bundan sonraki süreci” konusuna, doktorlar tarafından %12, hemşireler tarafından %32 ve hastalar tarafından %15,3 oranında son üç sırada yer verilmiştir. “Hastalığa yönelik alternatif tıp uygulamaları” konusu ise, doktorlar tarafından %96, hemşireler tarafından %72 ve hastalar tarafından %44,2 oranında son üç sıraya konulmuştur. “Yeni denenen tıbbi tedaviler” konusuna, doktorların %92’si, hemşirelerin %84’ü ve hastaların %30,6’sı son üç sırada yer vermiştir. “Ağrı” konusu ise doktorlar tarafından son üç sıraya konmazken, bu konuya hemşirelerin %24’ü, hastaların %42,5’i son üç sırada yer vermiştir. “Nefes darlığı” konusuna, doktorların %4’ü, hemşirelerin %16’sı ve hastaların %45,9’u son üç sırada yer vermiştir. “Kemoterapi sonrası evde bakım hizmetleri” konusuna, doktorlar %92,

hemşireler %52 ve hastalar %71,4 oranında son üç sırada yer vermiştir. “Acil durumlarda yapılacaklar” konusu, doktorlar tarafından son üç sıraya konmazken, hemşireler tarafından %12, hastalar tarafından %17 oranında bu sıralamada yer almıştır. “Aile eğitimi” konusuna ise doktorlar ve hemşireler tarafından son üç sırada yer verilmezken, hastalar tarafından %8,5 oranında yer verilmiştir

Yapılan Ki-kare Kare ve Fisher Kesin Ki-kare Testi sonucunda, “Alternatif Tıp Uygulamaları” ($X^2= 22,159$; $p=0.000$) ve “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” ($X^2=37,628$; $p=0.000$) konularını, hastaların doktor ve hemşirelere göre anlamlı derecede daha düşük oranda son üç sıralamasına koydukları, “Ağrı” konusunu ($X^2=15,417$; $p=0.000$) doktorların hemşire ve hastalara göre anlamlı derecede daha düşük oranda son üç sıralamasına yerleştirdikleri ve “Nefes Darlığı” konusuna ($X^2=17,069$; $p=0.000$) ise hastaların doktor ve hemşirelere göre anlamlı derecede daha fazla oranda son üç sırada yer verdikleri belirlenmiştir. Diğer öğrenme konularında ise, guruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından En Son Sırada Yer Verilme Durumu

Öğrenme Konuları	Doktor n (25) %	Hemşire n (25) %	Hasta n (60) %	X ²	p
Kemoterapinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi	-	-	-	1 1.7	1.124 1.000
Kemoterapinin Yan Etkileri (bulantı yorgunluk vs.)	-	-	-	1 1.7	1.124 1.000
Hastalığın Bundan Sonraki Süreci	1	4	1	4 1 1.7	1.252 0.590
Alternatif Tıp Uygulamaları	16	64	13	52 16 26.7	11.821 0.003
Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler	2	8	6	24 4 6.7	4.977 0.099
Ağrı	-	-	2	8 13 21.7	8.033 0.016
Nefes Darlığı	-	-	-	2 3.3	0.984 1.000
Evde Bakım Hizmetleri	6	24	2	8 18 30.6	4.734 0.094
Acil Durumlarda Yapılacaklar	-	-	1	4 1 1.7	1.315 0.705
Aile Eğitimi	-	-	-	3 5.1	1.435 0.416

*Fisher Fisher Kesin Ki-kare Testi uygulanmıştır.

Tablo 8’de doktorların, hemşirelerin ve hastaların en son sırada yer verdiği öğrenme konularının sıralaması verilmiştir. “Kemoterapinin günlük yaşam aktivitelerine etkisi” ve “Kemoterapinin yan etkileri” konuları, doktorlar ve hemşireler tarafından son sıraya konmazken, hastaların %1,7’si bu konuları son sıraya koymuşlardır. “Hastalığın bundan sonraki süreci” konusuna, doktorlar ve hemşireler tarafından %4, hastalar tarafından ise %1,7 oranında son sırada yer verilmiştir. “Hastalığa yönelik alternatif tıp uygulamaları” konusu, doktorlar tarafından %64, hemşireler tarafından %52 oranında ve hastalar tarafından %26,7 oranında son sıraya konmuştur. “Yeni denenen tıbbi tedaviler” konusuna doktorların %8’i, hemşirelerin %24’ü ve hastaların %6,7 ‘si son sırada yer vermiştir. “Ağrı” konusu, doktorlar tarafından son sıraya konmazken, hemşireler tarafından %8, hastalar tarafından %21,7 oranında son sırada yer almıştır. “Nefes darlığı” doktorlar ve hemşireler tarafından son sıraya konulmazken, hastalar tarafından %3,3 oranında son sırada yer verilmiştir. “Kemoterapi sonrası evde bakım hizmetleri “konusunu, doktorlar %24, hemşireler %8, hastalar %30,6 oranında son sıraya koymuşlardır. “Acil durumlarda yapılacaklar” konusu, doktorlar tarafından son sıraya konmazken,

hemşireler tarafından %4, hastalar tarafından %1,7 oranında son sırada yer almıştır. “Aile eğitimi” konusuna ise doktorlar ve hemşireler tarafından son sırada yer verilmezken, hastalar tarafından %5,1 olarak son sırada yer verilmiştir.

Hastalar tarafından en fazla son sıraya konulan konu ((%30,6) evde bakım hizmetleri konusu iken, hemşireler ve doktorlar ise “alternatif uygulamalar” konusunu en yüksek oranda son sıraya koymuşlardır.

Yapılan Ki-kare ve Fisher Kesin Fisher Kesin Ki-kare Testi sonucunda, “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusunu, hastaların doktor ve hemşirelere göre anlamlı derecede daha az oranla ($X^2= 11,821$; $p=0.003$); “Ağrı” konusunu ise hastaların doktor ve hemşirelere göre anlamlı derecede daha fazla oranla ($X^2= 8,033$; $p=0.016$) en son sıraya koydukları belirlenmiştir. Diğer öğrenme konularında ise, guruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10. Hastaların Cinsiyete Göre Öğrenme Konularına İlk Sırada Yer Verme Durumları

Öğrenme Konuları	Kadın n (7) %	Erkek n (53) %	X ²	p	
Kemoterapinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi	-	6	11.3	0.881	1.000
Kemoterapinin Yan Etkileri (bulantı yorgunluk vs.)	1 14.3	6 11.3	0.053	1.000	
Hastalığın Bundan Sonraki Süreci	-	4	7.5	0.566	1.000
Alternatif Tıp Uygulamaları	-	1	1.9	0.134	1.000
Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler	2 28.6	15 28.3	0.000	1.000	
Ağrı	2 28.6	5 9.4	2.197	0.185	
Nefes Darlığı	1 14.3	4 7.5	0.368	0.465	
Evde Bakım Hizmetleri	-	2	3.8	0.273	1.000
Acil Durumlarda Yapılacaklar	1 14.3	2 3.8	0.162	0.541	
Aile Eğitimi	-	5	9.4	0.720	1.000

*Fisher Fisher Kesin Ki-kare Testi uygulanmıştır.

Tablo 9’da hastaların cinsiyete göre öğrenme konularını ilk sıraya yerleştirme durumlarının dağılımı ve Ki-kare Testi analiz sonuçları verilmiştir.

“Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi” konusunu kadın hastaların hiçbiri ilk sıraya koymazken, erkek hastaların %11,3’ü ilk sırada yer vermiştir. “Yan etkiler” konusunu ise, kadın hastalar %14,3 oranında ilk sıraya alırken, erkek hastalar %11,3 oranında ilk sıraya koymuştur. “Tedavide Bundan Sonraki Süreç” konusu da kadın hastalar tarafından hiç ilk sıraya konulmazken, erkek hastalar %7,5 oranında ilk sıraya koymuştur. “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusu, kadın hastalar tarafından hiç ilk sıraya alınmazken, erkek hastalar %1,9 oranında ilk sırayı vermiştir. “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” kadın hastalarda %28,6 oranında ilk sırada yer alırken, erkek hastalarda %28,3 oranında ilk sırada yer almıştır. “Ağrı” konusu, kadın hastalarda %28,6 oranında ilk sırada yer bulurken, erkek hastalarda %9,4 oranında ilk sırada yer almıştır. “Nefes Darlığı” konusunu ise, kadın hastaların %14,3’ü, erkek hastaların %7,5’i ilk sıraya yerleştirmiştir. “Evde Bakım Hizmetleri” konusuna kadın hastalarda ilk sırada yer verilmezken, erkek hastalarda %3,8 oranında ilk sıraya konmuştur. “Acil Durumlarda Yapılacaklar” konusu ise, kadın hastalarda %14,3, erkek hastalarda %9,4 oranında ilk sıraya alınmıştır. “Aile Eğitimi” konusu, kadın

hastalar tarafından hiç ilk siraaya konulmazken, erkek hastalar tarafından %9 oranında ilk siraaya konmuştur.

Yapılan Ki-kare Testi sonucunda, öğrenme konularının cinsiyete göre ilk siraaya yerleştirilme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 11. Hastaların Kanserin Evresine Göre Öğrenme Konularına İlk Sırada Yer Verme Durumları*

Öğrenme Konuları	Evre 1 n (1) %	Evre 2 n (22) %	Evre 3 n (22) %	Evre 4 n (15) %	X ²	p
Günlük Yaşam*	-	3 13.6	3 13.6	-	-	2.186 0.374
Yan Etkiler*	-	2 9.1	2 9.1	3 20	1.313	0.528
Bundan Sonraki Süreç*	1 100	3 13.6	-	-	3.673	0.109
Alternatif Uygulamalar*	-	-	1 4.5	1 6.7	1.674	1.000
Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler	-	9 40.9	7 31.8	1 6.7	5.253	0.072
Ağrı*	-	2 9.1	2 9.1	3 20	1.313	0.528
Nefes Darlığı*	-	1 4.5	2 9.1	2 13.3	1.103	0.840
Evde Bakım Hizmetleri*	-	-	1 4.5	1 6.7	1.641	0.717
Acil Durumlarda Yapılacaklar*	-	-	2 9.1	4 26.7	6.222	0.020
Aile Eğitimi*	-	2 9.1	2 9.1	1 6.7	0.292	1.000

*Evre 1’de olan hasta analize dâhil edilmemiştir.

**Fisher Fisher Kesin Ki-kare Testi uygulanmıştır.

Kanserin evresine göre hastaların öğrenme konularına ilk sırada yer verme durumu tablo10’da verilmiştir. Analize dahil edilmeyen Evre 1’de olan 1 hasta bundan sonraki süreci ilk sıraya koymuştur.

Evre 2’deki 22 hastanın %13,6’sı “Günlük Yaşam Aktiviteleri” konusunu, %9,1’i “Yan etkileri” konusunu, %13,6’sı “Bundan Sonraki Süreç” konusunu, %40,9’u “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu, %9,1’i “Ağrı” konusunu, %4,5’i “Nefes Darlığı” konusunu, %9,1’i “Aile Eğitimi” konusunu ilk sıraya koymuştur. Evre 2’deki hastaların hiç biri “Alternatif Uygulamalar” , “Evde Bakım Hizmetleri” ve “Acil Durumlarda Yapılacaklar” konularını ilk sıraya koymamıştır. Evre 2’deki hastalar en fazla oranda (%40,9) “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu ilk sıraya koymuşlardır.

Evre 3’teki 22 hastanın %13,6’sı “Günlük Yaşam Aktiviteleri” konusunu, %9,1’i “Yan Etkiler” konusunu, %4,5’i “Alternatif Uygulamalar” konusunu, %31,8’i “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu, %9,1’i “Ağrı” konusunu, %9,1’i “Nefes Darlığı” konusunu, %4,5’i “Evde Bakım Hizmetleri” konusunu, %9,1’i “Acil Durumlarda Yapılacaklar” konusunu ve %9,1’i “Aile Eğitimi” konusunu ilk sıraya

yerleştirmiştir. Evre 3'deki hastalar en fazla oranda (%31,8) "Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler" konusunu ilk sıraya koymuşlardır.

Evre 4'teki 15 hastanın %20'si "Yan Etkiler" konusunu, %6,7'si "Alternatif Uygulamalar" konusunu, %6,7'si "Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler" konusunu, %20'si "Ağrı" konusunu, %13,3'ü "Nefes Darlığı" konusunu, %6,7'si "Evde Bakım Hizmetleri" konusunu, %26,6'sı "Acil Durumlarda Yapılacaklar" konusunu ve %6,7'si "Aile Eğitimi" konusunu ilk sıraya koymuştur. Evre 4'deki hastalar en fazla oranda (%26,7) "Acil durumlarda Yapılacaklar" konusunu ilk sıraya koymuşlardır.

Yapılan Ki-kare Testi ve Fisher Kesin Ki-kare Testi sonucunda, "Acil Durumda Yapılacaklar" konusunu, Evre 4'de olan hastaların diğer hastalara göre anlamlı derecede ilk sıraya yerleştirdikleri belirlenmiştir ($X^2= 6,222$; $p=0.020$). Diğer ğrenme konularında ise, gruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.005$).

5. TARTIŞMA

Taburculuk eğitimi kapsamında hastaların, evde öz bakım gücünü yükseltmeleri, mevcut duruma uyum sağlamaları, olası komplikasyonları erken dönemde saptayıp önlemeleri ve bozulan vücut fonksiyonları ile baş edebilmelerini sağlayacak bilgilerin verilmesi için etkili bir taburculuk planlaması gerekmektedir (74). Hemşirelerin bu kaliteli ve istedik eğitimi yapabilmesi için, eğitimden önce hasta gereksinimlerine yönelik ve bireysel eğitim planı hazırlamaları gereklidir (75).

Akciğer kanseri olan hastaların, hemşirelerinin ve doktorlarının kemoterapi sonrası taburculuk eğitimi ile ilgili görüşlerini Q yöntemi ile incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile karşılaştırılarak araştırmanın hipotezleri doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma konusu ile ilgili literatür incelendiğinde akciğer kanserli kemoterapi alan hasta gurubuna yapılan taburculuk eğitimine, öğrenme gereksinimlerine ve doktorlara yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmadığı için bu araştırmanın doktor gurubunun sosyo-demografik verileri tartışılmamıştır. Hemşire ve hasta gurubunun sosyo-demografik özellikleri Q yöntemi ile öğrenme gereksinimlerinin saptandığı üç çalışma ile karşılaştırılmıştır (63, 76, 77). Öğrenme gereksinimleri öncelik sıralaması ile ilgili bulgular ise, literatürde yer alan taburculuk eğitimi ve öğrenme gereksinimleri çalışmaları ile tartışılmaya çalışılmıştır.

5.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hastaların yaş aralığı 29 ve 85 yaş arasında olup yaş ortalamaları $61,91 \pm 7,27$ 'dir. Çetin, Uslusoy ve Korkmaz'ın (63) Astımlı hastalar ve hemşireleri ile yaptıkları çalışmalarında, araştırmaya katılan hastaların yaş aralığı 18-85 arası değişmekte olup, yaş ortalamaları $55,1 \pm 17,2$ 'dir. Kızıl'ın (62) çalışmasında ise araştırmaya katılan kalp yetmezliği olan hastaların yaş ortalamaları $65,57 \pm 5,43$ 'dir. Araştırmamızda yaş ortalamasının literatüre göre benzer olduğu görülmektedir. Yaş ortalamasının $61,91 \pm 7,27$ olması, araştırmaya sadece 18

yaş üstü bireylerin kabul edilmesi ve kanser olgularının daha çok ileri yaşlarda görülmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada, hastaların % 11,7'si kadın % 88,3'ü erkektir. Çetin, Uslusoy ve Korkmaz'ın (63) Astımlı hastalar ve hemşireleri ile yaptıkları çalışmalarında, araştırmaya katılan hastaların % 61,7'si kadın % 38,3'ü erkektir. Kızıl'ın (62) çalışmasında ise, hastaların %51.9'u kadın, %48.1'i erkektir. Sigara akciğer kanserinde başlıca risk faktörüdür. Çalışmamızda tüm grupta hiç sigara içmeyenlerin oranı % 13,3 olarak bulunmuştur. Çalışmada akciğer kanserli erkek hasta sayısının fazla olmasının nedeni, sigara alışkanlığının ülkemizde erkeklerde kadınlara göre daha fazla olması (%62 / %24) ile açıklanabilir (78).

Bu çalışmada, hastaların %96,7'si evli, %3,3'ü boşanmış, %81,7'si okur yazar, %82,3'ünün geliri gidere denk, %98,3'ü sosyal güvenceye sahiptir. Çetin, Uslusoy ve Korkmaz'ın (63) çalışmasında hastaların % 76,7'sinin evli, % 90'ının sosyal güvencesinin olduğu, % 50'sinin gelirlerinin giderlerine denk, % 36,7'sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kızıl'ın (62) çalışmasında ise, hastaların %71.3'ü evli, %28,7'si bekar, %87'si okuryazardır. Bulgularımız literatür ile benzerdir.

Bu çalışmada, hastaların %10'u ev hanımı, %6,7'si memur, %13,3'ü işçi, %21,8' i serbest meslek sahibi ve %48,8'i emeklidir. Çetin, Uslusoy ve Korkmaz'ın (63) çalışmasında hastaların % 25'inin memur/işçi, % 18,3'ünün emekli, % 23,3'ünün serbest, % 33,3'ünün ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Akciğer kanseri hastalığına her meslek gurubundan bireyler maruz kalabilmekte ve toplumun her kesiminde görülmektedir. Çalışmamızda emekli hasta sayısının fazla olması kanser hastalığının daha çok ileri yaşlarda ortaya çıkması nedeniyle olabilir.

Bu çalışmada, hastaların tanı süresi en fazla oranla (%68,3) 1-12 ay aralığında, kanser evresi olarak ise en fazla %36,7 oranında evre II ve yine %36,7 oranında evre III olarak saptanmıştır. Çetin, Uslusoy ve Korkmaz'ın (63) çalışmalarındaki hastaların tanı süresi ortalamasının $9,3 \pm 8,1$ yıl olarak bulunmuştur. Kızıl'ın (62) çalışmasında ise tanı süresi en çok %48 oranla 1-5 yıl aralığında saptanmıştır. Tanı süresi bakımından bulgularımız literatür ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeni kanser bulgularının geç semptom vermesi ve geç

saptanmaları ile acil tedaviye başlanması olabilir. Maalesef literatürde, akciğer kanseri vakalarında sağkalım oranlarının kilo kaybı olan hastalarda 10,3 ay, kilo kaybı olmayan hastalarda 20,5 ay olduğu belirtilmektedir. Kefeli ve ark. (77). Bu durum da hastaların tanı sürelerinin çok fazla olmamasının sebebi olabilir. Ayrıca kanser tanısı alan birey akut dönemde cerrahi girişimden sonra hemen kemoterapiye yönlendirildiği için hastaların en fazla evre II ve III de olmaları beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada, hastaların %78,3'ünün başka bir kronik rahatsızlığı bulunmamaktadır. Çetin, Uslusoy ve Korkmaz'ın (63) çalışmalarındaki hastalarının % 65'inin astım dışında başka hastalığı yok iken, % 35'inde ise astım dışında başka rahatsızlık olduğu tespit edilmiştir. Kızıl'ın (62) çalışmasında ise, hastaların kalp yetmezliğine ek olarak, %40,2'sinde hipertansiyon, %46'sında Diabetes Mellitus %4,4'ünde kronik böbrek yetmezliği, %9,5'inde KOAH-astım bulunduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada, kanser türüne bakıldığında %53,3 oranla KHDAK olgusu olduğu belirlenmiştir. Kefeli ve ark. (77), akciğer kanserinde sağkalımı etkileyen patolojik özellikleri inceledikleri çalışmalarında, tüm grupta sigara içenlerde en sık görülen patolojinin tiplendirilemeyen KHDAK olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada da benzer şekilde daha önce sigara içenlerin yüksek oranda (%85) olması KHDAK tanısının daha fazla görülmesine neden olmuş olabilir.

Literatürde, kemoterapinin bireyde görülen yan etkileri olarak, ilaçların özelliklerine bağlı olarak değişmekle birlikte; bulantı, kusma, iştahsızlık, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, mukozit, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik problemler, ağrı, göz problemleri, halsizlik, yorgunluk ve cinsel problemlerin görüldüğü belirtilmektedir (79). Bu çalışmada hastalar kemoterapi aldıktan sonra en fazla %43,3 ile bulantı yaşadıklarını, bunu %35 ile halsizliğin takip ettiğini ifade etmişlerdir. Çalışma bulgusu literatür ile benzerlik göstermektedir.

5.2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Bu çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin yaş aralığı 21-40 arasında değişmekte olup, yaş ortalamaları $36\pm 6,52$ 'dir. Hemşirelerin %96'sı kadın, %64'ü üniversite mezunu, %56'sının çalışma süresi 5 yıl ve altıdır. Hemşirelerin akciğer kanserli hastalara bakım verme süresine bakıldığında %80'sinin 5 yıl ve altı süredir bu kliniklerde çalıştığı belirlenmiştir. Çetin, Uslusoy ve Korkmaz'ın (63) çalışmalarında, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin hepsi kadın, yaş ortalamaları $31,6\pm 6,8$, % 46,7'si ön lisans mezunu, % 40'ünün 6-15 yıl arası çalışma süresine sahip olduğu bildirilmiştir. Kızıllı'nın (62) yaptığı çalışmada hemşirelerin hepsinin kadın olduğu, % 36'sının yirmi beş yaşın altında, % 36'sının 26-30 yaş arası, % 28'inin ise otuz bir yaşın üzerinde olduğu bulunmuştur. Ayrıca, % 58'inin lisans mezunu olduğu, çalışma süresi üç yılın üstünde olan hemşirelerin sayısı 23 olduğu görülmektedir. Literatür ile çalışmamız hemşirelerin sosyo demografik özellikleri açısından benzerlik göstermektedir.

5.3. Doktor, Hasta ve Hemşirelerin Öğrenme Konularına Verdikleri Önem Sıralamasının İncelenmesi

Taburculuk eğitimi sırasında konular, bir gurup tarafından çok önemli görülürken diğer gurup tarafından önemsiz olarak görüldüğünde sorunlar yaşanabilir. Hasta öncelikli olarak öğrenmek istediği konuya takılı kalabilir ve hemşirenin anlattığı diğer konulara odaklanamayabilir. Bu durumda verilen eğitimin amacına ulaşması zorlaşacaktır (63).

Yapılan analizler sonucunda taburculuk eğitimi öğrenme konularının önem sıralamasında bazı konularda doktor ve hemşirelerin aynı, bazı konularda hemşire ve hastaların aynı sıralamayı yaptıkları, bazı konularda ise her gurubun farklı sıralamalar yaptıkları görülmüştür.

Hastaların ve hemşirelerinin eğitim gereksinimleri ile ilgili görüşlerinin Q yöntemi ile incelenmesi konulu çalışmalarda (62, 63) hastaların eğitim gereksinimleri ile hemşirelerin bu konudaki bazı düşüncelerin aynı bazı düşüncelerin farklı olduğu bulunmuştur. Yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde, hastaların taburculuk eğitiminde öğrenme gereksinimleri ile ilgili yapılan çalışmalarda da

benzer şekilde, hemşireler ile hastaların bilgi/öğrenme gereksinimi görüşlerinde anlamlı derecede farklılıklar olduğu (66), buna ek olarak bazı çalışmalarda hemşirelerin hastaların yaşadıkları sorunlara yönelik taburculuk eğitim gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını, hemşirelerin bu konuda yeterli bilince sahip olmadıkları saptanmıştır (55, 56, 77, 80, 81). Bu çalışma sonuçlarında araştırmacılar, taburculuk eğitiminde hastaların bireysel önceliklerin ve gereksinim duydukları konuların dikkate alınmasını önermişlerdir (48, 66). Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların öğrenme öncelikleri ve isteklerine yönelik yapılan çalışmalarda, hastalar arasında anlamlı derecede fark olduğu (57), hastaların daha çok kendi durumları hakkında ve bireysel bilgilendirme istedikleri bildirilmiştir.

Hastalara/yakınlarına verilen danışmanlık ve taburculuk eğitiminin etkisinin belirlenmesine yönelik olan birkaç çalışmada, bu eğitimin standart kitapçıklar ile verilmesinin hastaların problemlerinin azaltılmasında pozitif etkiye sahip olduğu, bakım verenlerin bakım verme yükünü azalttığı ve taburculuk eğitiminin standartlaşmasının eğitimi daha başarılı hale getireceği belirtilmiştir (65, 82, 83). Korkmaz (63) çalışmasında akciğer kanserli hastaların taburculuk eğitiminin yaşam kalitesini ve semptom şiddetini azalttığını belirlemiştir. Bir başka çalışmada ise, kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi incelenmiş ve bazı semptomların şiddet ve sıklığında anlamlı fark çıkmadığı saptanmış, bu durumun bireysel farklılıklardan kaynaklanabileceği belirtilmiştir (79). Çavuş da (8) çalışmasında, kanser hastalarının herhangi bir sosyo demografik ve hastalık özelliklerinin taburculuk eğitiminden alınan puanı etkilemediğini saptamıştır. Çalışma sonuçlarına göre, literatürde belirtilen standart eğitim yaklaşımının bireysel farklılıklar olması nedeniyle uygun bir yöntem olmadığı düşünülmektedir. Aslan ve arkadaşlarının (79) bulguları görüşümüzü destekler niteliktedir. Benzer şekilde Sahin, İyigün ve Açikel (64), hastaların öğrenme ihtiyaçlarına uygun bir eğitimin hastalıklar ile ilgili zorlukların üstesinden gelmelerinde yardımcı olacağını vurgulamışlardır.

Literatürde yalnızca hastaların bilgi/öğrenme gereksinimlerinin saptandığı araştırmalarda, hastaların/yakınlarının yaşının (58, 84, 85), cinsiyetinin (58-61, 66,

76, 85, 86), medeni durumunun (84), eğitiminin (58, 59, 60, 61, 66, 78, 86, 87, 88, 89), daha önce ameliyat olma (58) veya aynı hastalığı geçirme durumunun (84, 87), ailesinde aynı hastalığa sahip birey bulunma durumunun (87), tanı süresinin yatış süresinin (85), sosyal güvenceye sahip olma durumunun, çalışma durumunun (76, 84, 86, 88), gelir düzeyinin (76), hastaneye kabul şeklinin (61) ve yaşanan bölgenin (76, 86) anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda ise hastaların/yakınlarının cinsiyet (88, 90) ve medeni durumlarının (88, 90) ya da diğer sosyo-demografik özelliklerin) öğrenme gereksinimlerini anlamlı derecede etkilemediği bulunmuştur. Tüm bu araştırma sonuçlarına bakıldığında eğitim konularına yönelik gereksinimlerin bireyden bireye değişebileceği görülmektedir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Güçlü ve Kurşun (84), hasta eğitimi planlarken bireylerin öğrenim gereksinimlerinin ve bireysel önceliklerinin dikkate alınması gerektiğini belirtmişlerdir.

Aşağıda hasta ve hemşirelerin konulara verdikleri önem sıralamaları incelenmiştir.

5.3.1. Öğrenme Konularının Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından İlk Sırada Yer Verilme Durumu

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularının doktor, hemşire ve hastaların ilk sırada yer verme durumuna bakıldığında; doktorların en fazla %28 oranla “Aile Eğitimi” konusunu, hemşirelerin en fazla %24 oranla “Günlük Yaşam aktivitelerine Etkisi” ve “Yan Etkiler” konusunu, hastaların ise %28,3 oranla en fazla “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu ilk sıraya yerleştirdikleri görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda, doktorların anlamlı derecede “Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi” konusuna ilk sırada yer vermediği ve hastaların doktor ve hemşirelere göre “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu anlamlı derecede ilk sıraya yerleştirdikleri belirlenmiştir.

Günlük yaşam aktiviteleri, hemşirelik mesleğinin var oluş konusu olan bakım ile yakından ilgilidir ve hemşirelik müfredatında yer alan önemli bir konudur. Bireyin yaşamında düzenli ve bağımsız olarak yerine getirmesi gereken bazı aktiviteleri vardır. Hasta birey bu aktiviteleri yerine getiremediğinde tekrar

bağımsızlığını kazanana kadar hemşire O'na destek olur (91). Doktorlar ise genellikle hastalığın tıbbi yönü ile ilgilenmektedirler. Bu çalışmada bu konuyu hasta ve hemşirelerin daha fazla önemsemesinin ve doktor gurubunun ilk sıraya hiç koymamasının nedeni bunlar olabilir.

Günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanserden her yıl milyonlarca insan ölmektedir. Maalesef ilaç tedavilerine dirençli olan ve bağışıklık sisteminden kaçan kanser hücreleri aynı zamanda birçok faktör salgılayarak beslenmelerini ve kontrolsüz çoğalabilmelerini sürdürürler. Bu durum tedavilerin istenen hedefine ulaşmasını engelleyebilmektedir. Kanser tedavisinde birçok kemoterapi ilacı veya moleküler hedeflere yönelik geliştirilmiş ilaçlar kullanılmaktadır. Fakat bu ilaçlar henüz beklenen oranda tedavi başarısı sağlayamamaktadır (92). İnsanoğlu geçmişten günümüze hep hastalıkları yenmeye uğraşmış ve daha uzun yaşamının formüllerini bulmaya çalışmıştır. Bu nedenle herhangi bir hastalığa sahip bireyler, tıbbi tedaviler yeterli gelmediğinde çoğu zaman kendilerini yeniden sağlıklarına kavuşturacak yöntemleri bilmek istemişlerdir. Bu nedenle çalışmamızdaki hasta gurubu, doktor ve hemşirelere göre “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu birinci sıraya yerleştirmiş olabilir.

5.3.2. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından İlk Üç Sırada Yer Verilme Durumu

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularının doktorlar, hemşireler ve hastalar tarafından ilk üç sırada yer verilme durumlarına bakıldığında doktorların en fazla oranla (%64). “Acil durumlarda yapılacaklar” konusuna yer verdiği, Hemşirelerin en fazla %72 oranla “Yan etkiler” konusuna yer verdiği ve hastaların %45,9 oranla “Bundan Sonraki Süreç” ve yine %45,9 oranla “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusuna yer verdikleri görülmüştür. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda ise, “Alternatif Tıp Uygulamaları” ve “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konularına hastaların anlamlı derecede doktor ve hemşirelerden daha fazla önem verdikleri; “Yan Etkiler” ve “Acil Durumlarda Yapılacaklar” konularına hastaların anlamlı derecede doktor ve hemşireler kadar önem vermedikleri saptanmıştır. Diğer öğrenme konularında ise, gruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların doktor ve hemşirelere göre “Yan Etkiler” konusu ile “Acil Durumlarda Yapılacaklar” konularına daha az önem vermeleri, “Alternatif Tıp Uygulamaları” ve “Yeni denen Tıbbi Tedaviler” konularına daha fazla önem veriyor olmalarından kaynaklanmaktadır.

5.3.3. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından 4-7. Aralıkta Yer Verilme Durumu

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularının doktorlar, hemşireler ve hastalar tarafından dördüncü, beşinci, altıncı ve yedinci sırada yer verilme durumlarına bakıldığında, doktorların en fazla oranla (%68) “Ağrı” konusunu, hemşirelerin en fazla (%56) “Nefes Darlığı” konusunu ve hastaların en fazla (9, block) “Kemoterapinin Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi” konusunu bu sıralama aralığına yerleştirdikleri görülmüştür. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusunu doktorların anlamlı derecede daha az oranla, “Nefes Darlığı” konusunu hastaların anlamlı derecede daha az oranla, “Ağrı” konusunu doktorların anlamlı derecede daha fazla oranla ve “Evde Bakım Hizmetleri” konusunu hemşirelerin anlamlı derecede daha fazla oranla bu aralığa yerleştirdikleri görülmüştür. Diğer öğrenme konularında ile ilgili olarak gruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Doktorlar daha çok tıbbi tedavilerle ilgilendikleri için hemşire ve hastalara göre “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusunu daha az önemsiyor olabilirler. “Nefes Darlığı” konusunu hastalar daha çok evre 2 ve 3’te oldukları ve henüz ciddi solunum problemleri yaşamadıkları için daha ön sıralara koymamış olabilirler. Doktorlar “Ağrı” konusunu yine hasta gurubunun çoğunluğunun evre 2 ve 3’te olmasına bağlı olarak bu sıralamaya koymuş olabilirler. “Evde Bakım Hizmetleri” konusuna hemşireler, doktor ve hastalara göre son sıralara bırakmamış bu aralıkta yer vermiştir. Bunun nedeni bireyin yaşamının her anında hemşirelik mesleğinin odak noktasının bakım olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.3.4. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından Son Üç Sırada Yer Verilme Durumu

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularına doktorlar, hemşireler ve hastalar tarafından son üç sırada yer verilme durumlarına bakıldığında, doktorların en fazla ve %96 oranında “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusunu, hemşirelerin en fazla ve %84 oranında “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu, hastaların en fazla ve %71,4 oranında “Evde Bakım Hizmetleri” konusunu son üç sıraya yerleştirdikleri saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, “Alternatif Tıp Uygulamaları” ve “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konularını hastaların, doktor ve hemşirelere göre anlamlı derecede daha düşük oranda son üç sıralamasına koydukları, “Ağrı” konusunu doktorların hemşire ve hastalara göre anlamlı derecede daha düşük oranda son üç sıralamasına yerleştirdikleri ve “Nefes Darlığı” konusunu ise, hastaların doktor ve hemşirelere göre anlamlı derecede daha fazla oranda son üç sıraya koydukları belirlenmiştir. Diğer öğrenme konularında ise, gruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Doktorların “Ağrı” konusunu hemşire ve hastalara göre daha fazla önemsemesi beklenen bir sonuçtur. “Ağrı” konusu doktorların semptom yönetimine yönelik tedavi konularından biri olduğundan doktorlar tarafından son üç sıraya hiç konulmamış olabilir.

Hastaların “Alternatif Tıp Uygulamaları” ve “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konularına son sıralarda daha az oranda yer vermelerinin nedeni bu konuların öncelik sıralarının ilk sıralara verilmesinden kaynaklanmaktadır. “Nefes Darlığı” konusunu hastaların çoğunluğunun son üç sıraya koymasının nedeni henüz bu konuda ciddi sorunlar yaşamıyor olmalarından kaynaklanabilir.

5.3.5. Öğrenme Konularına Doktorlar, Hemşireler ve Hastalar Tarafından En Son Sırada Yer Verilme Durumunun İncelenmesi

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularına doktorların, hemşirelerin ve hastaların en son sırada yer verme durumlarına bakıldığında, doktorların (%64) ve hemşirelerin (%52) en fazla oranda “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusunu son sıraya koydukları, hastaların en fazla %30,6 oranında “Kemoterapi sonrası evde

bakım hizmetleri “ konusunu en son sıraya yerleştirdikleri görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda, “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusunu, hastaların doktor ve hemşirelere göre anlamlı derecede daha az oranla, “Ağrı” konusunu ise hastaların doktor ve hemşirelere göre anlamlı derecede daha fazla oranla en son sıraya koydukları belirlenmiştir. Diğer öğrenme konularının önem sırasına göre dağılımları ile ilgili olarak guruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

“Ağrı” konusuna hastaların doktor ve hemşireler kadar öncelik vermedikleri fakat “Alternatif Tıp Uygulamaları” konusunu en az oranda son sıraya yerleştirdikleri görülmektedir. Bu sonuç, sağlık çalışanları ile hastaların beklenti yönünden farklı düşündüklerini göstermektedir.

5.3.6. Hastaların Cinsiyete Göre Öğrenme Konularına İlk Sırada Yer Verme Durumlarının İncelenmesi

Taburculuk eğitiminde yer alan öğrenme konularına hastaların cinsiyetine göre ilk sırada yer verme durumlarına bakıldığında, Kadın hastaların en fazla %28,6 oranında “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” ve yine aynı oranda (%28,6) “Ağrı” konularını ilk sıraya koydukları, erkek hastaların ise en fazla 28,3 oranında “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu ilk sıraya koydukları belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, öğrenme konularının cinsiyete göre ilk sıraya yerleştirilme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Bazı çalışmalarda (58-61, 66, 76, 85, 86), öğrenme gereksinimlerinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği; bazı çalışmalarda da hastaların/yakınlarının cinsiyet (66, 90) durumuna göre öğrenme gereksinimleri arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz literatür ile benzerlik göstermekle birlikte bu sonuçların farklı olması bireysel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

5.3.7. Hastaların Kanserin Evresine Göre Öğrenme Konularına İlk Sırada Yer Verme Durumlarının İncelenmesi

Taburculuk eğitimindeki öğrenme konularına kanserin evresine göre ilk sırada yer verme durumuna bakıldığında, evre 2 (%40,9) ve evre 3’deki (%31,8) hastaların en fazla oranında “Yeni Denenen Tıbbi Tedaviler” konusunu ilk sıraya

koydukları, Evre 4'deki hastaların ise en fazla %26,7 oranında “Acil Durumlarda Yapılacaklar” konusunu ilk sıraya koyduğu saptanmıştır. Yapılan analizler sonucunda, “Acil Durumda Yapılacaklar” konusunu, Evre 4'de olan hastaların diğer hastalara göre anlamlı derecede daha fazla oranda ilk sıraya yerleştirdikleri belirlenmiştir. Diğer öğrenme konularında ise, gruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p>0.005$).

Kanserin 4. Evresinde olan bireylerin “Acil Durumlarda Yapılacaklar” konusunu ilk sıraya koymaları beklenen bir durumdur. 4. Evrede hastalık ilerlediği için hastalık semptomlarının artmasına neden olmakta ve kanser tanısı alma ve uzun süre kanser ile yaşama da kanserin verdiği sıkıntılara gün geçtikçe baş etmekte zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır. Bu alandaki yayınlar, akciğer kanserinin ilerlemesi, semptomların artmasına ve hastanın daha fazla bu semptomlarla yüzleşmek zorunda kalmasına neden olduğunu vurgulamaktadır (79).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada doktor, hemşire ve hasta guruplarının taburculuk eğitimindeki öncelik sırası etkin ve doğru eğitimi sağlamak için çok önemli bir konu olarak görülmüş ve bu önem sırasının hangi değişkenlerle farklılık gösterdiği anlaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin;

1. Yaş aralığı 21-40 arasında,
2. %96'sı kadın, %4'ü erkektir.
3. %28'i sağlık meslek lisesi, %64'si üniversite, %2'si yüksek lisans mezunudur.
4. %56'sının çalışma süresi 5 yıl ve altı, %20 sinin 5-10 yıl arası, %24'ü 10 yıl ve üzeri çalışma yılına sahiptir. Hemşirelerin akciğer kanserli hastalara bakım verme süresine bakıldığında %80'inin 5 yıl ve altı, %8'inin 5-10 yıl arası, %12'sinin 10 yıl ve üzeri kliniklerde çalıştığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan doktorların;

1. Yaş aralığı 24-30 arasında değişmektedir.
2. %40'ı kadın, %60'ı erkektir. Çalışma süresi 12 ay ve altı süre olan %28, 13-24 ay arası %36, 25-36 ay arası %20, 37 ve üstü %16 olarak belirlenmiştir.
3. Doktorların akciğer kanserli hastaları tedavi etme süresi 12 ay ve altı %40, 13-24 ay arası %40, 25-36 ay arası %12, 37 ay ve üzeri % 8 olarak saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların;

1. Yaş aralığı 29 ve 85 yaş arasında,
2. %11,72 si kadın, %88,3'ü erkektir.
3. %3,3'ü okuma yazma bilmemekte, % 81,7'si okuryazar, %10'u lise, %5'i ise üniversite mezunudur.

4. %10'u ev hanımı, % 6,7'si memur, %13,3'ü işçi, % 21,7'si serbest meslek sahibi, %48,8'i emeklidir.
5. %96,7'si evli, %3,3'ü boşanmıştır.
6. Gelir gidere göre az olan %13,3, gelir gidere eşit olan %82,3, gelir giderden yüksek olan %3,3'lük bir kısmı kapsamıştır.
7. %98,3'ünün sosyal güvencesi bulunmakta olup, %1,7'sinin sosyal güvencesi yoktur.
8. Bakıma yardımcı yakını olan hastalar %96,7, bakıma yardımcı yakını olmayan hastalar ise %3,3'tür.
9. Hastalar kemoterapi aldıktan sonra en fazla %43,3 ile bulantı yaşadıklarını, bunu %35 ile halsizliğin takip ettiğini ifade etmişlerdir.
10. Akciğer kanserli hastaların kemoterapi sonrası taburculuk eğitiminin öğrenme konularının öncelik sıralamalarının doktor, hemşire ve hatalara göre ve hastalığın evresine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Doktor, hemşire ve hastaların farklı düşünme nedenlerinin araştırılması,
- Bu çalışmanın farklı örneklem gruplarında da yapılması,
- Hastaya bilgi verilirken, profesyonel bir eğitim programının izlenmesi,
- Sağlık personelinin Q yöntemini öğrenerek, eğitimleri öncesinde hastaların önem sıralamasını belirlemesi ve eğitimini bu yönde şekillendirmesi önerilir.

ÖZET

Akciğer Kanseri Olan Hastaların Hemşirelerin ve Doktorların Kemoterapi Sonrası Taburculuk Eğitimi ile İlgili Görüşlerinin Q Yöntemi ile İncelenmesi

Bu araştırma akciğer kanserli hastaların, hemşirelerin ve doktorların kemoterapi sonrası taburculuk eğitimi ile ilgili görüşlerinin Q yöntemiyle incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Isparta il merkezinde bulunan Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Kliniğinde ve Ayaktan Kemoterapi Kliniğinde bakım alan hastalar (n=60) ve bu hastalara tedavi veren hemşireler (n=25) ve doktorlar (n=25) ile Aralık 2014-Haziran 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

Veri toplamak amacıyla, hastalar, hemşireler ve doktorlar için ayrı ayrı hazırlanan sosyo-demografik verilerin bulunduğu veri toplama formlarının yanı sıra, literatürden yararlanılarak hazırlanan hastaların hemşirelerin ve doktorların önem sırasına göre sıralamaları istenen 10 adet taburculuk eğitimi ile ilgili konuların yer aldığı kartların sıralanmasına ilişkin veriler Q metodu (kart-sort tekniği) kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzdelik, aritmetik ortalama, Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır.

Analizler sonucunda hastaların yaş ortalamasının $61,91\pm 7,27$, doktorların yaş ortalamasının $27,56\pm 1,78$ ve hemşirelerin yaş ortalamasının $36\pm 6,52$ olduğu saptanmıştır. Öğrenme konularını sıralama durumuna göre doktor, hemşire ve hastalar arasında birçok konuda konulara atfedilen önem bakımından görüş ayrılıkları olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların cinsiyetlerine göre öğrenme konularını ilk sıraya yerleştirme durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, kanserin evresine göre anlamlı derecede farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlara göre, akciğer kanseri olan hastaların, eğitim planına dâhil edilmesi, eğitime başlamadan önce doktor ve hemşirelerin hastaların öncelikli öğrenme gereksinimlerini Q yöntemi kullanarak belirlemeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kemoterapi, Taburculuk eğitimi, Doktor, Hemşire, Hasta

ABSTRACT

The Analysis of Opinions of Lung Cancer Patients, Nurses and Doctors About Discharge Training After Chemotherapy Through Q Method

This research is conducted to analyze the opinions of lung cancer patients, nurses and doctors about discharge training after chemotherapy through Q method.

The research is made in Suleyman Demirel University Research and Application Hospital oncology clinic to cancer patients receiving chemotherapy afoot (n=60) and, nurses (n=25 and doctors (n=25) giving treatment to them between the dates December 2014 – June 2015.

The data is collected with data collection forms including sociodemographic data prepared distinctively for the patients, nurses and doctors along with 10 discharge training issues sorting, poised by the help of the literature, asked to the patients, nurses and doctors to array according to importance through Q method (chart – sort technique) by the researcher with a face to face meeting. In the analysis of the data frequency, percentage, arithmetic mean, Ki square and Fisher exact Ki square tests are used.

As a result of the analysis, it is determined that the age average of the patients is $61,91 \pm 7,27$, the doctors' $27,56 \pm 1,78$ and the nurses' $36 \pm 6,52$. It is designated that in terms of sorting the training subjects, while some of the opinions of the patients, nurses and doctors are the same, some of the opinions are different. Furthermore, it is understood that while no reasonable difference is found between the gender and patients' putting the training subjects into the uppermost place, a significant difference according to the phase of the cancer is found out.

According to these results, it is suggested that the lung cancer patients should be counted in the training program and doctors and nurses should determine the primary training necessities of the patients through Q method.

Keywords: Chemotherapy, discharge training, doctor, nurse, patient

KAYNAKLAR

1. Gürses N. Akciğer kanserli hastada pulmoner rehabilitasyon. Toraks Cerrahisi Bülteni. 2014; 6: 77-82.
2. Aydın A, Can G. Akciğer kanserinde tedavi ve bakım 1. Baskı, İstanbul: ipomet matbaa, 2010: s.12-120.
3. Can G. Onkoloji hemşireliği. 1.baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2014: s. 305-421.
4. Akdemir N, Birol, L. Kanser ve hemşirelik bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 1. Baskı, Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayını, 2003: s. 285-308.
5. Demirel YS. Akciğer kanserli hastalarda özbakım gücü ve benlik saygısı ile aralarındaki ilişkinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Doç. Dr. Şerife Karagözoğlu), 2010, 1-38.
6. Kurt Sadırlı S. Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar), 2008, 5-12.
7. Yazgan EÖ. Kemoterapi alan kanser hastalarında dini inanç ve maneviyatın depresyon düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Ayten Demir), 2014, 1-21
8. Çavuş D. Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Ayfer Elçigil, Öğr. Gör. Özlem Uğur), 2008, 1-11.
9. Kılıç C. Torasik konjenital anomaliler ve cerrahisi In: Akciğerlerin Anatomisi.1. Baskı, Ankara: Derman Tıbbi Yayıncılık, 2011, s:1-3.
10. Metin M, Erbaycu A, Turna H. Akciğer kanseri In:Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 2013; 1 (3): 12-40.
11. Demir V. İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde, plazma vasküler endotelial büyüme faktörleri ve trombosit faktör 4 düzeylerinin prognostik önemi ve sağkalım süresi ile ilişkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008, 1-15.
12. Demirhan Uzun M. Akciğer kanseri tanısı almış olmak sigara bırakmada etkili midir? Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Sibel Arınç), 2017, 1-18.
13. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. Abant Medical Journal, 2013; 2(3):18-23.

14. Ceylan B, Mazlum A, Ceylan Ş. Akciğer kanseri nedeniyle sitostatik tedavi gören bir olguda gelişen S aureus'a bağlı yumuşak doku infeksiyonu ve sepsis. Göztepe Tıp Dergisi, 2005; 20(1); 239-241.
15. Korkmaz M. Akciğer kanseri olan hastalarda uygulanan taburculuk planlamasının semptom kontrolü ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Prof. Dr. Çiçek Fadıloğlu), 2007, 1-76.
16. Akkoçlu A, Öztürk C. Multidisipliner Yaklaşım In: Akciğer Kanseri, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 1999, s.58-72.
17. Molinas Mendel N, Ece T. Ulusal akciğer kanseri kongre kitabı, İstanbul, 2013, s:19-27.
18. Kaya A. Güngör A. Gönüllü U. İnvaziv Tanı Yöntemleri. Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım'da. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 1999, s:1-18.
19. Gift AG, Jablonski A, Stommel M, Given W. Symptom clusters in elderly patients with lung cancer. Oncology Nursing Forum. 2004; 31: 2: 203-210.
20. Büyükbayram Z. Kemoterapi alan hasta ve bakım verenin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Yrd. Doç. Dr. Seyhan Çıtlık Sarıtaş), 2014, 1-23.
21. Yaman PM. Akciğer kanserinde tedavi yaklaşımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2007; 58: s. 157-168.
22. Aydın F. Akciğer Kanseri tanısı konmuş hastaların ve bakım veren yakınlarının sigara bırakmaya ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Ümit Aydoğan), 2016; 5-11.
23. Zencir İ. Akciğer kanseri nedeniyle kemoterapi gören hastalarda nötropeni gelişiminin öngörülmesinde serum G-CSF Reseptör (CD114) Düzeylerinin Rolü. Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Çanakkale, (Prof. Dr. Uğur Gönlügür), 2013; 4-34.
24. Gürsel E. Kemoterapi hastalarının hatalı tıbbi uygulama algısının ve deneyimlerinin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Ayten Demir), 2015; 11-17.
25. Karabulut B. Kemoterapi prensipleri ve kemoterapinin yan etkileri. IX. Ege Onkoloji Günleri Kitabı (Jinekolojik Onkoloji Semptom ve Cerrahi Workshop), 1. Baskı, İzmir, 2004, s:1-23.
26. Gökdere H. Hemşirelerin kemoterapi uygulamaları sırasında almaları gereken önlemler konusunda bilgi düzeylerinin saptanması. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Yrd. Doç. Dr. Nihal Cengiz), 2003; 10-22.
27. Yıldırım S. Kemoterapi alan hastalarda kemoterapiye bağlı yan etkilerin beslenme eğitimi öncesi ve sonrası değerlendirilmesi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, (Doç. Dr. Ali Uğur Emre), 2009; 1-17.

28. Sarı Şıra F. Kemoterapi alan onkoloji hastalarında semptomların değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Nermin Olgun), 2007; 5-18.
29. Kepiçoğlu N. Kemoterapi uygulanan hematolojik maligniteli hastalarda oral mukozit riskinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Zehra Durna), 2012; 7-10.
30. Kahve E. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Masaj Uygulamasının Yorgunluk ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Şerife Karagözoğlu), 2008; 19-28.
31. Eti Aslan F, Olgun N, Uzun Ö, Uslu Y. Onkoloji. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: s:1-25.
32. Gönderen H, Kapucu S. Nötropenik hastada nötropeni değerlendirme kriterleri ve hemşirelik bakımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2009; 1: 69-75.
33. Yener TN. Kemoterapi uygulayan hemşirelerin bilgi düzeylerinin kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerine etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Doç. Dr. Nedime Köşgeroğlu), 2006; 1-21.
34. Genç F. Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda görülen semptomlar ve başa çıkma tarzları. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Mehtap Tan), 2005; 5-32.
35. Deniz F. Kanser hastalarında anemi sebepleri ve eritroprotein düzeylerinde kemoterapi ile oluşan değişimler. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi İç Hastalıkları Servis Şefliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Mustafa Yaylacı), 2000, 1-9.
36. Yıldırım, M. Cerrahi Kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Nurhan Bayraktar), 2007, 2-40.
37. Görgülü Ü. İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesine hemşirenin eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Nuran Akdemir), 2010, 22-60.
38. Çubukçu ÜN. Kemoterapi alan hastalarda oral mukozitler ile başedilebilir mi? Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Sezgi Çınar), 2012, 10-55.
39. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: kanıta dayalı uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015; 2:1: 70-78.

40. Yangın H. Tırnak Değişiklikleri. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2010, s.32-45.
41. Gülçığ Çapar S. Kemoterapi gören kanserli hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, (Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar), 2010, 12-16.
42. Pekmezci H. Kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, (Doç. Dr. Sevilay Hintistan), 2013, 1-63.
43. Rutten L, Anora N, Bakos A, Aziz N et al. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). Patient education and Counselling, 2005; 1(57): 250-261.
44. Leydon MG, Boulton M, Moynihan C, Jones A et al. Cancer patients' information needs and information seeking behavior: in depth interview study. British Medical Journal, 2000; 3: 1-12.
45. Ankem K. Factors influencing information needs among cancer patients; A metaanalysis. Library Information Science Research, 2006; (28): 7-23.
46. Karen AL, Kinta B, Samuel JL, Owens RG et al. The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. Journal of Advanced Nursing, 1994; 22(1): 134-141.
47. Akbayrak N, Coşkun H. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(2): 63-68.
48. Tulgar G. Cerrahi birimlerde taburculuk sürecinde hemşirenin rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Prof. Dr. Nevin Kenan), 2012, 38-78.
49. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2009; 32-49.
50. Mollaoğlu M, Tuncay F, Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011; 4(3):125-130
51. Sarıtas S, Büyükkbayram Z. Kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016;165-172.
52. Uğraş AG, Öztekin D. Gastrointestinal İşlemlerde Bilinçli Sedasyon Sonrası Taburculuk Eğitimi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;2(3):1-6.
53. Taşdemir N, Güloğlu S, Turan Y, Çataltepe T, Özbayır. T. Learning Needs of neuro surgery Patients. Journal of Neurological Sciences 2010; 27:(4)25; 414-20.

54. Avsar G, Kasıkcı M. (2011). Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. *International Journal Of Nursing Practice*. 17(1): 67-71
55. Suhoren R, Nenoren H, Lauktan A, Valimaki M. Patients's informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 2005; (14): 1167-1176.
56. Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Frattaroli M, Sidor D, Garretson B. Discharge information needs of patients after surgery. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2006; 33(3): 281-290.
57. Kaur K, Sharma SK, Jhaji H, Kau G, Bajwa H. Knowledge and learning needs of hypertensive patients visiting O.P.D. at D.M.C & H, Ludhiana Nursing and Midwifery Research Journal 2007; 3(1): 43-48.
58. Ulsan Z. Kalça protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin saptanması. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Naile Bilgili), 2008, 53-56.
59. Sendir M, Büyükyılmaz F, Musovi D. Information needs before hospital discharge of hip and knee arthroplasty patients. *Association of Rehabilitation Nurses Rehabilitation Nursing* 2013;38:264–271.
60. Polat S, Celik S, Erkan HA, Kasali K. Identification of learning needs of patients hospitalized at a University Hospital. *Pak J Med Sci* 2014; 30(6): 1253–1258.
61. Deniz S, Gezer D, Erden S, Arslan S. Assessment of Learning Needs in Patients Hospitalized In the General Surgery Clinic. *International Journal of Caring Sciences* 2017; 10(2): 764-778.
62. Kızıl C. Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri Ve Hemşirelerin Bu Konudaki Düşünceleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Sevgi Kızılcı), 2008, 1-35.
63. Çetin N, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Astımlı Hastaların ve Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimleri ile İlgili Görüşleri: Q Metodu. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 7(1): 14-21.
64. Sahin SY, İyigün E, Acikel C. Determination of the information needs of patients having undergone colorectal cancer surgery. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015; 14(5): 401-405.
65. Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ. Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerine etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2012;53-58.
66. Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2015;12 (3): 204-209.

67. Valenta AF, Vigger U. Q-methodology: definition and application in health care informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association* 1997; 4:6: 18-33.
68. Block J. *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research* Charles C Thomas Publisher, Illinois, USA, 1961.
69. Yıldırım İ. Eğitimin olgunlaştırılmasına ilişkin öğrenci algıları: Bir Q metodu analizi 2017, 42(191): 235-246.
70. Demir F, Kul M. *Modern Bir Araştırma Yöntemi Q Metodu*. 1. Baskı, Ankara: Adalet Yayınevi, 2011; s:1-68.
71. Prasad R. Development of the HIV/AIDS Q-Sort instrument to measure physician attitudes. *Department of Family Medicine* 2001, 33:10, 772-778.
72. Akhtar-Danesh N, Baumann A, Cordingley L. Q-Methodology in nursing research a promising method for the study of subjectivity. *Western Journal of Nursing Research* 2008; 30:6, 759-773.
73. Watts S, Stenner P. Doing Q methodology: theory, method and interpretation. *Qualitative Research in Psychology* 2005; 2: 67-91.
74. Cebeci F, Çelik SŞ. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17: 412-420.
75. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12(3): 67-73.
76. Serbest ES. Yanıklı hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Şenay Uzun), 2017: 32-60.*
77. Kefeli U, Öven Ustaalioglu BB, Yıldırım ME, Erkol B, Aydın D, Şener N, Sonkaya A, Açıkgöz Ö. Akciğer kanserinde sağkalımı etkileyen klinikopatolojik faktörler. *Marmara Medical Journal* 2015; 28: 21-26.
78. Utkaner G, Yılmaz U, Celikten E, Gursoy M. Primer akciğer kanserli 116 kadın olgunun analizi. *Solunum Hastalıkları Dergisi* 1996; 7: 1-9.
79. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10(1): 15-28.
80. Davidson JR, Brundage MD, Feldman-Stewart D. Lung Cancer Treatment Decisions: Patients' desires For Participation And Information. *Psycho-Oncology*, 1999;(8): 511-520.
81. Tierney A, Worth A, Watson N. Research in brief: meeting patients' information needs before and after discharge from hospital. *Journal Of Clinical Nursing*, 1994:9; 859-860.

82. Akbari M. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalara verilen taburculuk eğitiminin ve danışmanlık hizmetinin yaşam kalitesine ve taburculuk sonrası yaşanan sorunlara etkisinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik), 2014; 38-55.
83. Şentüre Ç. Kardiyak cerrahi sonrası hastalara verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin incelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Halise Coşkun), 2013; 41-51.
84. Güçlü A, Kurşun Ş. Genel cerrahi hastalarında taburculuk eğitim gereksinimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;20:2: 107-113.
85. Özdelikara A, Tan M, Polat H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2013; 21(1): 1-8.
86. Demirkıran G. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2012; 28 (1): 1-12.
87. Nargiz S. Perkütan nefrolitotomi sonrası hastaların taburculuk eğitim gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Fethiye Erdil), 2005; 41-44.
88. Gülen H. Transplantasyon uygulamalarında donörlerin eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Anita Karaca), 2018; 42-55.
89. Hu A, Chow CM, Dao D, Errett L, Keith M. Factors influencing patient knowledge of warfarin therapy after mechanical heart valve replacement. Journal of Cardiovascular Nursing 2006; 21(3): 169-175.
90. Uzun O, Ucuzal M, Inan G. Post-Discharge Learning Needs of General Surgery Patients. Pak J MedSci 2011; 27(3):634-7.
91. Ocakçı AF, Ecevit AŞ. Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli in Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2013, 157-187.
92. Sezgin C. Kanserde Bitkilerle Tedavide Örnek Uygulamalar. Bitkilerle Tedavi Sempozyumu 2010; 73-78.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Kararı

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572-050- 3756
Konu : Etik Kurul Kararı

12 -11- 2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Esin ÇETİNKAYA USLUSOY
Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Sorumlu araştırmacı olduğunuz “Akciğer kanseri olan hastaların, hemşirelerinin ve doktorlarının kemoterapi sonrası taburculuk eğitimi ile ilgili görüşlerinin Q yöntemi ile incelenmesi” isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 05.11.2014 tarih ve 174 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM
Başkan

Ek : Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kampusu 32260 - ISPARTA
Tel : 0 (246) 2113704 Faks : 0 (246) 2371165
e-posta : tipetik@sdu.edu.tr İnternet Adresi : www.tip.sdu.edu.tr

Bilgi İçin : İ.Etem YETİŞEN
Bilgisayar İşletmeni
Tel : 0 (246) 2113704

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Akciğer kanseri olan hastaların, hemşirelerinin ve doktorlarının kemoterapi sonrası taburculuk eğitimi ile ilgili görüşlerinin Q yöntemi ile incelenmesi. (05.11.2014 tarih ve 174 sayılı karar)
---	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA
	TELEFON	246.2113704
	FAKS	246.2371165
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu : Yrd. Doç. Dr. Esin ÇETİNKAYA USLUSOY Yardımcı : Yüksek Lisans Öğrencisi Melda TEZCAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Esasları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 : <input type="checkbox"/>	FAZ 2 : <input type="checkbox"/>	FAZ 3 : <input type="checkbox"/>	FAZ 4 : <input type="checkbox"/>
		Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>	
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz : Anket Çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>
	İLAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/> Aydınlatılmış onam formu ve anket örneği	

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		Akciğer kanseri olan hastaların, hemşirelerinin ve doktorlarının kemoterapi sonrası taburculuk eğitimi ile ilgili görüşlerinin Q yöntemi ile incelenmesi							
Araştırmanın Protokol Kodu		Karar No: 174 Tarih: 05.11.2014							
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.								
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mustafa AKÇAM							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mustafa AKÇAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN	Tıbbi Biyokimya	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil DEMİRCİ	Nöroloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin TOPÇUOĞLU	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zeynep Dilek AYDIN	İç Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. Ahmet Rifki ÇORA	Kalp Damar Cerrahisi	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Uzman Dr. Serpil CANPOLAT	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Bilgi İşlem Daire Başkanı Halil KARAKOÇ	Biyomedikal	SDU Rektörlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* : Toplantıda Bulunma

Ek 2. Hastane İzin Formu



T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 31566701.044/6055
Konu : Araştırma İzni

28.10.2014

Sn : Hem.Melda TEZCAN

İlgi : 14/11/2014 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz ile SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans kapsamında, “ Akciğer Kanseri Olan Hastaların, Hemşirelerinin ve Doktorlarının Kemoterapi Sonrası Taburculuk Eğitimi ile İlgili Görüşlerinin Q Yöntemi ile İncelenmesi” ile ilgili araştırma izin talebiniz uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Mehmet Tuğrul SEZER
Başhekim

Ek 3. Hasta Veri Toplama Formu

Sosyodemografik Bilgiler

Yaşınız:

Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

Eğitim durumu: a) Okuryazar değil b) okuryazar c) Lise d) Üniversite e) Yüksek lisans

Medeni Durum: a) Evli b) Bekar c) Boşanmış

Mesleki durum: a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest meslek e) Emekli f) Diğer.....

Gelir durumu: a) Gelir gidere göre az b) Gelir gidere eşit c) Gelir gidere göre yüksek

Sosyal güvencesi: a) Var b) Yok

Bakımınıza yardımcı olan yakınınız var mı?: a) Var b) Yok

Sigara kullanıyor musunuz? a) Evet b) Hayır

Kaç yıldır kullanıyorsunuz.....

Hastalığa ilişkin bilgiler

Tanı süreniz.....

Hastalığın kaçınıcı evresindesiniz?.....

Kemoterapide kaçınıcı kürü almaktasınız?.....

Başka kronik hastalığınız var mı? A)Var B) Yok

Kronik hastalığınız varsa nedir?.....

Kemoterapi aldıktan sonra en çok yaşadığınız sıkıntılar nelerdir?

Kemoterapi aldıktan sonra taburculuk eğitiminde olması gerektiğini düşündüğünüz başlıkları öncelik sırası sizin için nasıl olmalıdır?

Kemoterapi sonrası günlük yaşam(beslenme, boşaltım, cinsellik, iş ve sosyal yaşam gibi)

Kemoterapinin yan etkileri(enfeksiyon, bulantı, saç dökülmesi, yorgunluk gibi)

Bundan sonraki tedavi kontrol süreci

Tıbbi tedaviler dışındaki alternatif uygulamalar

Yeni denenen tıbbi tedaviler

Ağrı

Nefes darlığı

Yararlanabileceğim evde bakım hizmetleri

Acil durumlarda yapılacaklar

Ailenin hastalık ve tedavi ile ilgili bilmesi gerekenler

Ek 4. Hemşire Veri Toplama Formu

Yaşınız: a) 20-30 b) 30-40 c) 40-50 d) 50 ve üzeri

Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

Eğitim durumu: a) Lise b) Üniversite c) Yüksek lisans

Kaç senedir çalışıyorsunuz a) 1 yıldan az b) 1-3 yıl c) 3-5 yıl d) 5-10 yıl e) 10 yıl ve üzeri

Ne kadar süredir kemoterapi hazırlamaktasınız a) 1 yıldan az b) 1-3 yıl c) 3-5 yıl d) 5-10 yıl e) 10 yıl ve üzeri

Kemoterapi alan hastalarınızda taburculuk eğitimi konularını önem sırasına göre sıralayınız.

Kemoterapi sonrası günlük yaşam (beslenme, boşaltım, cinsellik, iş ve sosyal yaşam gibi)

Kemoterapinin yan etkileri (enfeksiyon, bulantı, saç dökülmesi, yorgunluk gibi)

Bundan sonraki tedavi kontrol süreci

Tıbbi tedaviler dışındaki alternatif uygulamalar

Yeni denenen tıbbi tedaviler

Ağrı

Nefes darlığı

Yararlanabileceğim evde bakım hizmetleri

Acil durumlarda yapılacaklar

Ailenin hastalık ve tedavi ile ilgili bilmesi gerekenler

Ek 5. Doktor Veri Toplama Formu

Yaşınız: a) 20-30 b) 30-40 c) 40-50 d) 50 ve üzeri

Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

Kaç senedir çalışıyorsunuz a) 1 yıldan az b) 1-3 yıl c) 3-5 yıl d) 5-10 yıl e) 10 yıl ve üzeri

Ne kadar süredir akciğer kanserli hastalara tedavi vermektensiniz a) 1 yıldan az b) 1-3 yıl c) 3-5 yıl d) 5-10 yıl e) 10 yıl ve üzeri

Kemoterapi alan hastalarınızda taburculuk eğitimi konularını önem sırasına göre sıralayınız.

Kemoterapi sonrası günlük yaşam (beslenme, boşaltım, cinsellik, iş ve sosyal yaşam gibi)

Kemoterapinin yan etkileri (enfeksiyon, bulantı, saç dökülmesi, yorgunluk gibi)

Bundan sonraki tedavi kontrol süreci

Tıbbi tedaviler dışındaki alternatif uygulamalar

Yeni denenen tıbbi tedaviler

Ağrı

Nefes darlığı

Yararlanabileceğim evde bakım hizmetleri

Acil durumlarda yapılacaklar

Ailenin hastalık ve tedavi ile ilgili bilmesi gerekenler

Ek 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Melda Tezcan tarafından yürütülen "Akciğer Kanseri Olan Hastaların, Hemşirelerinin ve Doktorlarının Kemoterapi Sonrası Taburculuk Eğitimi ile İlgili Görüşlerinin Q Yöntemi ile İncelenmesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı:.....
- Araştırmanın İçeriği:.....
- Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi:.....
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:.....
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):.....

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Melda	Soyadı :	TEZCAN
Doğ. Yeri	Muğla	Doğ. Tar.	18.01.1987
Uyruğu	T.C.	Tel :	05414273303
Email :	melda.bsb@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüsl.Lis.		
Lisans	SDÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ	2009
Lise	MUĞLA ANADOLU LİSESİ	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
HEMŞİRE	SDÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ	2009- -
		-
		-

Yabancı Dilleri	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	42.5	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf, - olarak değerlendirin

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri