

TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARA UYGULANAN
TABURCULUK PLANLAMASININ SEMPTOM KONTROLÜ VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

Araş. Gör. Medet KORKMAZ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

İZMİR

2007

**TC.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARA UYGULANAN
TABURCULUK PLANLAMASININ SEMPTOM KONTROLÜ VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

Araş. Gör. Medet KORKMAZ

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU**

İZMİR

2007

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU

(Danışman)

Üye : Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

Üye : Prof. Dr. Mustafa Hikmet ÖZHAN

Üye : Prof. Dr. Eyüp Sabri UÇAN

Üye : Doç. Dr. Rüçhan USLU

Doktora tezinin kabul edildiği tarih: 4 EYLÜL 2007

ÖNSÖZ

Mesleki eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında katkısını, desteğini ve ilgisini esirgemeyen danışmanım ve çok değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU'na,

Tezimin şekillenmesinde değerli katkılarını esirgemeyen sayın Prof. Dr. Ayfer KARADAĞOVAN'a,

Tezimin öneri aşamasında başlayan ve süren çok değerli katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Rüçhan USLU'ya

Jüri üyesi olmayı kabul ederek değerli katkılarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Mustafa Hikmet ÖZHAN'a ve Sayın Prof. Dr. Eyüp Sabri UÇAN'a,

Tezimin yazım aşamasındaki son derece değerli katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Fisun ŞENUZUN'a,

Çok değerli desteklerinden dolayı sayın Dr. Yasemin TOKEM'e, ve Sayın Dr. Yasemin KUZEYLİ YILDIRIM'a

Klinikte yardımlarını esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Tuncay GÖKSEL'e,

İlgi, güler yüz ve desteği için Sayın, Hemşire Meral KARACA'ya,

Desteklerinden dolayı değerli hocalarım, Sayın Prof. Dr. Aynur ESEN'e, Sayın Prof. Dr. Gülümser ARGON'a, ve Sayın Yard. Doç. Dr. Asiye Durmaz AKYOL'a,

Desteklerini ve yardımlarını her zaman gördüğüm değerli arkadaşlarım, Araş. Gör. Yasemin YILDIRIM, Araş. Gör. Serap ÖZER, Araş. Gör. Öznur USTA YEŞİLBALKAN, Araş. Gör. Serap PARLAR ve Araş. Gör. Hanife ÖZÇELİK'e,

Tezimin şekillenmesine katkısı olan herkese, tüm arkadaşlarıma, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunun bütün öğretim üye ve elemanlarına ve personeline,

Tezim ve eğitimim boyunca desteğini hiç esirgemeyen eşim Sayın, Asiye KORKMAZ'a,

Tez çalışmaların nedeniyle kendilerine ait olan zamandan feragat eden kızlarım İREM ve ESRA'ya,

En içten ve binlerce teşekkürlerimi en samimi duygularla sunarım...

İZMİR, Eylül 2007

Araş. Gör. Medet KORKMAZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler.....	i
Şekiller Dizini.....	viii
Tablolar Dizini.....	ix
Grafikler Dizini.....	xv
BÖLÜM I	
1. Giriş.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Hipotezler.....	4
1.4. Araştırmanın Önemi.....	4
1.5. Sınırlılıklar.....	6
1.6. Tanımlar.....	6
1.7. Genel Bilgiler.....	8
1.7.1. Akciğer Kanseri.....	8
1.7.1.1. Tanım.....	8
1.7.1.2. Epidemiyoloji.....	8
1.7.1.3. Patogenez.....	11
1.7.1.4. Patoloji.....	12
1.7.1.5. Etiyoloji.....	13
1.7.1.6. Erken Tanı.....	18
1.7.1.7. Semptom Yönetimi.....	19
1.7.1.8. Tanı Yöntemleri.....	23
1.7.1.8.1. Noninvaziv Tanı Yöntemleri.....	23

1.7.1.8.2. İnvaziv Tanı Yöntemleri.....	25
1.7.1.9. Evreleme.....	26
1.7.1.10. Tedavi.....	28
1.7.1.10.1. Cerrahi Tedavi.....	28
1.7.1.10.2. Tıbbi Tedavi.....	29
1.7.1.10.3. Hedefe Yönelik Tedaviler.....	29
1.7.1.10.4. Radyoterapi.....	30
1.7.1.10.5. Endobronşial Tedavi.....	30
1.7.1.10.6. İmmünoterapi.....	31
1.7.1.11. Prognoz.....	31
1.7.1.12. İzlem.....	31
1.7.2. Hemşirelik Yönetimi.....	32
1.7.2.1. Akciğer Kanserinde Hemşirenin Rolü.....	32
1.7.3. Yaşam Kalitesi.....	33
1.7.4. Taburculuk Planlaması.....	35
1.7.4.1. Taburculuk Planlamasının Amacı.....	37
1.7.4.3. Taburculuk Planlamasının Adımları.....	39
1.7.4.3.1. Tanılama.....	39
1.7.4.2.1.1. Veri Toplama.....	39
1.7.4.2.1.2. Hasta Gereksinimlerinin Tanılanması.....	39
1.7.4.2.1.3. Hemşirelik Tanısı.....	40
1.7.4.2.1.4. Beklenen Sonuçlar.....	41
1.7.4.3.2. Planlama.....	42
1.7.4.3.3. Dökümantasyon Ve İletişim.....	43

1.7.4.3.4. Uygulama.....	43
1.7.4.3.5. Hasta Eğitimi.....	44
1.7.4.3.6. Programın Değerlendirilmesi.....	47
BÖLÜM II	
Gereç Ve Yöntem.....	51
2.1. Araştırmanın Tipi.....	51
2.2. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	51
2.3. Araştırmanın Evreni.....	51
2.4. Araştırmada Örneklem.....	51
2.5. Veri Toplama Tekniği.....	52
2.5. Veri Toplama Araçları.....	52
2.5.1. Akciğer Kanseri Bireylere Yönelik Veri Toplama Formu.....	52
2.5.2. Akciğer Kanseri Semptom Skalası.....	52
2.5.3. Karnofsky Performans Skalası.....	53
2.5.4. EORTC QLQ C-30 (Version 3.0) Ve LC-13 Akciğer Modülü..	53
2.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	54
2.6.1. Kontrol Grubu.....	56
2.6.2. Deney Grubu.....	56
2.6.2.1. Deney Grubuna Verilen Eğitim Programı.....	57
2.7. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri.....	57
2.8. Verilerin Analizi Ve Değerlendirme Teknikleri.....	58
2.9. Süre Ve Olanaklar.....	58
2.11. Kavramsal Model.....	60
2.11.1 Öz-Bakım Kuramı.....	60

2.11.2. Çalışmanın Uygulamaları Ve Öz Bakım Kuramı.....	62
2.12. Etik Açıklamalar.....	64
BÖLÜM III	
Bulgular	65
3.1. Akciğer Kanseri Semptom Skalasının Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular.....	65
3.1.1 Dil Geçerliği.....	65
3.1.2. Akciğer Kanseri Semptom Skalasının Güvenirlik Çalışması.....	65
3.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	69
3.3. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	71
3.4. Hastaların Performans Durumlarına İlişkin Bulgular.....	72
3.4.1. Hastaların Başlangıç Dönemi Performans Durumlarına İlişkin Bulgular.....	72
3.4.2. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Performans Durumlarının Dağılımına İlişkin Bulgular.....	73
3.5. Hastaların Sigara Ve Alkol Kullanma Durumlarına İlişkin Bulgular	74
3.6. Hastaların Vücut Yapılarına İlişkin Bulgular.....	76
3.3. Akciğer Kanseri Semptom Skalası Ölçümlerine İlişkin Bulgular....	77
3.3.1. Akciğer Kanseri Semptom Skalası İle İlk Ölçümlerde Elde Edilen Bulgular.....	77
3.4. EORTC QLQ C-30 Ölçümlerine İlişkin Bulgular.....	93
3.4.1. EORTC QLQ C-30 Ölçeği Deney Ve Kontrol Grubunun İlk Ölçümlerinde Elde Edilen Bulgular.....	93

3.4.1.1. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarına İlişkin Bulgular.....	93
3.4.1.2. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarına İlişkin Bulgular.....	104
3.4.1.3. EORTC C-30, LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulgular.....	119
BÖLÜM IV	
Tartışma	135
4.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Ve Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	135
4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi....	136
4.3. Hastaların Performans Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	136
4.3.1. Hastaların Başlangıç Dönemi Performans Durumlarının İncelenmesi.....	136
4.4. Hastaların Sigara Ve Alkol Kullanma Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	137
4.4.1. Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	137
4.4.2. Hastaların Alkol Kullanma Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	137
4.5. Hastaların Vücut Yapılarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	137
4.6. Akciğer Kanseri Semptom Skalası Ölçümlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	139

4.6.1 Akciğer Kanseri Semptom Skalası İle İlk Ölçümlerde Elde Edilen Bulguların İncelenmesi.....	139
4.7. EORTC QLQ C-30 Ve LC-13 Ölçümleri.....	147
4.7.1 EORTC QLQ C-30 Fonksiyonel Alt Boyutu.....	147
4.7.2. EORTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyutu.....	149
4.7.3. LC-13.....	152
BÖLÜM V	
Sonuç Ve Öneriler.....	158
5.1. Sonuçlar	158
5.2. Öneriler.....	173
BÖLÜM VI	
Özet	174
6.1. Özet.....	174
6.2. Summary.....	176
Bölüm VII	
Yararlanılan Kaynaklar.....	176
Ekler.....	185
Ek-I: Akciğer Kanseri Olan Hastalara Yönelik Veri Toplama Formu.....	185
Ek-II: Akciğer Kanseri Semptom Skalası.....	193
Ek-III: Karnofsky Performans Skalası.....	195
Ek IV: EORTC QLQ C-30 (Versiyon 3.0)	196
Ek V: LC-13.....	198
Ek VI İzinler.....	199
6.1. Akciğer Kanseri Semptom Skalası İzni.....	199

6.2. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği İzni.....	200
6.3. Etik Kurul İzni.....	201
6.4. Hastane İzni.....	202
Çalışmaya Katılım Onam Formu.....	203
Özgeçmiş.....	204

ŞEKİLLER DİZİNİ

	SAYFA
Şekil 1: Kanserin tek hücreden başlayarak gelişmesi.....	12
Şekil 2: Taburculuk Planı Akış Çizelgesi.....	35

TABLolar DİZİNİ

	SAYFA
Tablo 1. Başlıca Mesleki Karsinojenler.....	15
Tablo 2. Akciğer Kanserlerinde Semptomlar.....	20
Tablo 3. Paraneoplastik Sendromlar.....	23
Tablo 4. Akciğer Kanserlerinde Radyoloji.....	22
Tablo 5. Akciğer Kanserlerinde Yeni Uluslar Arası TNM Sistemi.....	26
Tablo 6. Akciğer Kanserlerinde Evreler.....	27
Tablo 7. Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Evreler.....	28
Tablo 8. Taburculuk Planı İçin Birleştirilmiş Hemşirelik Tanıları.....	41
Tablo 9. Taburculuk Planı İçin Olası Hemşirelik Tanıları.....	42
Tablo 10. Eğitimde Hastaya Ait Bariyerler.....	45
Tablo 11. Hasta Ve Aile İçin Taburculuk Eğitim Konuları.....	46
Tablo 12. Anket Formlarının Uygulanması.....	55
Tablo 13. Araştırma Planı.....	56
Tablo 14. Araştırmanın Uygulama Takvimi.....	59
Tablo 15: AKSS Ölçeğinin Alt Boyutlarının Ve Tümünün İç Tutarlılık Katsayıları.....	66
Tablo 16: AKSS Ölçeğine Ait Madde-Toplam Korelasyonları.....	67
Tablo 17: AKSS Ölçeği Ortalama, Standart Sapma Ve Min-Max Dağılımları (N:90)	68
Tablo 18: Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastalara İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımları.....	69
Tablo 19: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları.....	71

Tablo 20: Hastaların Başlangıç Performans Statülerine Göre Dağılımları.....	72
Tablo 21: Hastaların İlk, İkinci Ve Altıncı Haftalardaki Karnofsky Performans Statülerinin Dağılımları.....	73
Tablo 22: Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı...	74
Tablo 23: Hastaların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı....	75
Tablo 24: Hastaların Vücut Yapılarına Göre Dağılımı.....	76
Tablo 25: Hastaların AKSS İle İlk Ölçümde Elde Edilen Puanlarının Dağılımı.....	77
Tablo 26: Hastaların AKSS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı.....	78
Tablo 27: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS İştahsızlık Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	79
Tablo 28: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Yorgunluk Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	81
Tablo 29: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Öksürük Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	82
Tablo 30: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Dispne Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	83
Tablo 31: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Hemoptizi Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo 32: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Ağrı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	85

Tablo 34: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Hastalığın Aktivitelere Etkisi Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	88
Tablo 35: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Global Yaşam Kalitesi Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması.	89
Tablo 36: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Ortalama Semptom Yükü Ortalamalarının Karşılaştırılması...	91
Tablo 37: Hastaların EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Ölçüm Fonksiyonel Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	93
Tablo 38: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı.....	94
Tablo 39: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Fiziksel Fonksiyon Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	95
Tablo 40: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	96
Tablo 41: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Emosyonel Fonksiyon Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	98
Tablo 42: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Kognitif Fonksiyon Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	99

Tablo 43: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	100
Tablo 44: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	102
Tablo 45: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Ölçüm Semptom Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	104
Tablo 46: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı.....	105
Tablo 47: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	106
Tablo 48: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	108
Tablo 49: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Ağrı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	110
Tablo 50: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Dispne Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması...	111
Tablo 51: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Uyku Bozukluğu Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	112

Tablo 52: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	113
Tablo 53: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Kabızlık Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması...	116
Tablo 54: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Diyare Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	117
Tablo 55: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30, Mali Etki Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması..	118
Tablo 56: Hastaların LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Ölçüm Semptom Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	119
Tablo 57: Hastaların LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı.....	120
Tablo 58: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Dispne Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	121
Tablo 59: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Öksürük Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	122
Tablo 60: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Hemoptizi Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	123
Tablo 61: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Boğaz Ağrısı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	124
Tablo 62: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Yutma Güçlüğü Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	126

Tablo 63: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Nöropati Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	128
Tablo 64: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Alopesi Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	129
Tablo 65: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Göğüs Ağrısı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	131
Tablo 66: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Kol-Omuz Ağrısı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	132
Tablo 67: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	133
Tablo 68: Hollen, Gralla Ve Arkadaşlarının Belirlediği Normatif Veriler.	143
Tablo 69: AKSS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı.....	144
Tablo: 70. Literatür İle Çalışma Sonuçlarımızın Karşılaştırılması.....	155

GRAFİKLER DİZİNİ

	SAYFA
Grafik 1: Hastaların AKSS Ölçeği İştahsızlık Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	80
Grafik 2: Hastaların AKSS Ağrı Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	86
Grafik 3: Hastaların AKSS Global Yaşam Kalitesi Skorlarının ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	90
Grafik 4: Hastaların Ortalama Semptom Yükü Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	92
Grafik 5: Hastaların Rol Fonksiyonu Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	97
Grafik 6: Hastaların Sosyal Fonksiyon Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	101
Grafik 7: Hastaların EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorlarını Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	103
Grafik 8: Hastaların EROTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut Yorgunluk Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.....	107
Grafik 9: Hastaların EROTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut Bulantı-Kusma Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.....	109
Grafik 10: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut İştahsızlık Skor Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	115
Grafik 11: Hastaların LC-13 Boğaz Ağrısı Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	125

Grafik 12: Hastaların LC-13 Yutma Güçlüğü Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	127
Grafik 13: Hastaların LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.	134

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Akciğer kanseri, 20. yüzyılın başlarında nadir görülen bir hastalık iken, günümüzde dünya çapında en yaygın görülen ve en yüksek ölüm oranlarına sahip kanser tipi haline gelmiştir. İlerleyen yıllarda, yeni etiyolojik ajanlara maruz kalma ve artan yaşam süresinin birleşik etkisi, 20. yüzyılda akciğer kanserini en sık görülen kanser haline getirmiştir. Yirminci yüzyılın sonunda akciğer kanseri önlenabilir ölüm nedenleri arasında dünyada ilk sırayı almıştır. Sigara içme, vakaların çoğunda primer nedendir (8). Tütün mamüllerinin yüzyıllardır kullanılıyor olmasına karşılık akciğer kanserinin pandemik olarak ortaya çıkışı, ek maddeler içeren ve böylece yeni karsinojenlerin solunmasına yol açan ticari sigaraların imal edilmesinden sonra olmuştur (7).

Akciğer kanseri, en sık konulan kanser tanıları arasında ilk ve tüm dünyada ölüme neden olan kanserler arasında birinci (her yıl yaklaşık 172.000 yeni vaka-2002) sıradadır (52). Halen tüm dünyada kanserlerin %12.8'ini (yılda bir milyon yeni vaka) ve tüm kanser ölümlerinin %17.8'ini (yıllık 940.000 ölüm), oluşturmaktadır. Her yıl akciğer kanserli hasta sayısında %0.5 oranında bir artış görülmektedir. Ülkemiz sağlık bakanlığı verilerine göre akciğer kanseri erkeklerde birinci (%32), kadınlarda ise altıncı (%4) sıradadır (77).

Akciğer kanseri, hem kanserli birey ve ailesi hem de ülke çapında çok yüksek maliyeti olan bir hastalıktır. ABD'de akciğer kanserinin yıllık direkt maliyetinin 5,1 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Tanı konulmasından sonra ya da ölüm öncesi son iki yıllık süre içerisindeki toplam hasta başına bakım maliyetlerinin 47,941 dolar olduğu belirtilmektedir (52).

Kutikova, Bowman ve arkadaşları, akciğer kanserinin hasta başına aylık bakım maliyetinin 6,181 ve ölüme kadar olan iki yıllık toplam maliyetin ise ortalama 42,990 dolar olduğunu belirtmektedir. Akciğer kanserinin

ortalama aylık maliyeti, maliyet analizleri yapılan, Non Hodgkin Lenfoma, Kolorektal, Pankreatik, Over, Prostat ve Beyin Kanseri arasında ikinci sıradadır. En yüksek maliyetli kanser, pankreas kanseridir. Maliyetin % 49'u hastaneye yatışlardan kaynaklanmaktadır. Hillner ve arkadaşlarına göre maliyetin %54-65'i hastaneye yatıştan kaynaklanmaktadır. Hastaneye yatışlar, komplikasyonlar, hastalık ya da tedavisi veya ilaç vermek amacıyla yapılmaktadır. Freman ve arkadaşları son dönem maliyetlerin %72'sinin hastane kullanımı ile ilgili olduğunu belirtmektedir. Tedavideki başarısızlıklar da önemli ek maliyete neden olmaktadır. Tedavi başarısızlığının hastaya aylık ek yükü 10,370 dolardır. En yüksek maliyet başlangıç aşamasında (11,496 \$) olmakta ve bunu terminal dönem (9,399 \$) izlemektedir (52). Ancak bu süreçte indirekt maliyet ele alınmamıştır.

Kanser tedavisinde son yıllarda görülen umut verici gelişmelere rağmen genelde iyileşme oranının %25'in üzerine çıkmadığı bilinen bir gerçektir. Kansere karşı eldeki yöntemlerin başarısız kaldığı dönemlerde ne yazık ki bu hastalar kendi yazgıları ile baş başa bırakılmaktadır (24).

Kanser tedavisindeki düşük başarı düzeyi akciğer kanserlerinde daha da belirgindir. Bununla birlikte akciğer kanseri olan hastalarda beklenen yaşam süresi iki yıldır. Tam kür sağlayamama, bu göreceli olarak kısa zaman diliminin mümkün olan en yüksek kalitede yaşanmasını gerekli kılmaktadır (37).

Akciğer kanserine göre daha ölümcül olan pankreas kanserinde bile tanı konulduktan sonra ortalama yaşam süresi altı aydır ve hastaların yarısına yakını daha da fazla yaşamaktadır. Bu süreleri küçümsemek gerekir. Yaşamın her anı yaşamaya değerdir. Meme kanserli bir çok hastanın metastaz geliştikten sonra bile beş yıla yakın yaşaması mümkün olabilmektedir (24).

Kanserle birlikte geçirilen yaşam süresinin uzaması hedeflenen başarı göstergesi değildir. Hedef, hem sağ kalım hem de kaliteli yaşamaktır (37).

İhmalle geçen yıllardan sonra yaşam sonu bakım, artan bir şekilde dikkate alınmakta ve ilgi görmektedir. Yaşamın sonu yaklaştığı zaman hasta, ilerlemiş ve ölümcül olan hastalıktan dolayı acı çekerken sadece hastalığın bedensel semptomları ile değil aynı zamanda ölüme yaklaşma ile ilgili var olma krizi ile de baş etmeye çalışır. Güncel tıbbi literatürde semptomları optimal düzeyde azaltma ve acının azaltılmasının bakımın zorunlu bir parçası olduğu açık bir şekilde kanıtlanmış olmasına karşın bizler bunu yapmakta henüz yeterince başarılı değiliz. Örneğin, oldukça yaygın ağrı yönetimi rehberlerine rağmen bir çok akciğer kanserli hasta, sadece ağrı değil aynı zamanda sıkıntı verici diğer semptomlar ve son günleri olduğuna dair kişiler arasında dolaşan senaryolar nedeniyle acı çekmeye devam etmektedir (38). Akciğer kanseri olan hastalar, çok sayıda tedavi rejimi almasına karşılık benzer terapötik etkinliğe sahip tedaviler almaktadır. Ne yazık ki ilk hat platinium tedavisinden sonra tekrarlar görülmekte ve beklenen yaşam süresi aylarla sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle yaşam kalitesi kavramı önem kazanmaktadır (37, 81).

Ülkemizde akciğer kanseri olan hastalar yoğun tedavi ve bakımı ancak hastane ortamında almaktadır. Taburculuk sonrasında ise kendi kaderlerine terk edilmekte, kısa süre sonra da gelişen herhangi bir komplikasyon nedeniyle yeniden hastaneye giriş yapmaktadır. Kronik olması ile birlikte yaşamı zorlaştıran çok sayıda semptomun görüldüğü akciğer kanserinde, semptomların kontrol altına alınması, yaşam kalitesine çok önemli katkılar sağlayabilmektedir. Ancak semptom kontrolü, kısıtlı bilgiye sahip kanserli bireylerin ya da yakınlarının kolaylıkla altından kalkabilecekleri bir konu değildir. Semptom kontrolünü sağlamada kanserli birey ve aile üyelerine yardım sağlamanın en etkili yolu; bilgiye yoğun gereksinim ve ilgi duydukları tanı konma aşamasını izleyen dönemde eğitim vermek ve iyi bir taburculuk planlaması yapmaktır.

Planlanan bu çalışmada akciğer kanseri olan bireylere yönelik geniş çaplı olarak hazırlanan taburculuk planlamasının, semptom kontrolü ve yaşam kalitesine olan etkisini ortaya koymak ve başarılı olunması halinde bu standart planın tüm akciğer kanserli hastalara uygulanmasını sağlamaktır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Akciğer kanseri, göreceli olarak kısa sağ kalım süresi ile birlikte tam kür şansının çok düşük olduğu, yaşanan çok sayıda ve yoğun semptomlar nedeniyle yaşam kalitesinin son derece olumsuz etkilendiği bir hastalıktır. Akciğer kanseri olan hastalarda semptom kontrolünü sağlamak için iyi bir taburculuk planlamasına gereksinim vardır. Kolay uygulanabilir taburculuk planlamasının ve bu kapsamda eğitim materyallerinin geliştirilmesi önemlidir. Bu düşüncelerden yola çıkarak planlanan bu çalışmada akciğer kanseri olan hastalarda uygulanan taburculuk planlamasının, yaşam kalitesi ve semptom kontrolüne etkisini belirlemek ve böylece bu hasta grubu için planlanan hemşirelik uygulamalarını geliştirmek amaçlanmıştır.

1.3. HİPOTEZLER

H 1: Taburculuk planlaması uygulanan akciğer kanserli bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri ile taburculuk planlaması uygulanmayan akciğer kanserli bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri arasında fark vardır.

H 2: Taburculuk planlaması uygulanan akciğer kanserli bireylerin semptom kontrol düzeyleri ile taburculuk planlaması uygulanmayan akciğer kanserli bireylerin semptom kontrol düzeyleri arasında fark vardır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

En sık görülme, en çok ölümcül ve en fazla sosyal ve ekonomik kayıplara neden olma gibi özellikleri nedeniyle akciğer kanseri önemli bir sağlık sorunudur (1). Gerçekten de hastaların çoğu akciğer kanseri tanısını aldıklarında ileri aşamalarda dırlar ve mevcut tedavi yöntemleri ile kür mümkün değildir (9).

Yapılan büyük tarama çalışmalarıyla gösterilmiştir ki, akciğer kanserinin erken tanısı olanaklı değildir. Yapılan kitle taramalarıyla total mortalite değişmemiştir. Akciğer kanserli hastaların prognozu iyi değildir. Konuyla ilgili birçok geniş araştırmalar yapılmakta ve bazı heyecan verici

gelişmeler olmakla beraber sağ kalım süreleri hala istenen düzeylerde değildir. Hala 5 yıllık sağkalım %5-10 arasındadır (77).

Tam kür şansının az olması ve yüksek ölüm oranı, göreceli olarak kısa olan sağkalım süresinde kaliteli yaşam kavramını ön plana çıkarmaktadır. Akciğer kanseri, Amerika'daki tüm ölümlerin % 6'sından sorumludur (9). Türkiye'de kansere bağlı ölümler arasında erkeklerde birinci, kadınlarda ise altıncı sırada yer alan akciğer kanseri (24), aynı zamanda yüksek maliyeti nedeniyle de dikkat çekmektedir (7, 52).

Akciğer kanserine maliyetin önemli bir kısmını hastanede uygulanan tedavi işlemleri oluşmakla birlikte gereksiz tekrar yatışların önemli bir ek yük oluşturduğu bilinmektedir. Başarısızlığının hastaya aylık 10,370 dolar ek yük oluşturduğu belirtilmektedir (52). Hastaların gerekli rutin tedavilerini aldıktan sonra özellikle ev ortamında semptom kontrolündeki başarısızlık ve gelişen komplikasyonlar nedeniyle gereksiz yere yeniden hastaneye yatmaktadır. Oysa iyi bir taburculuk planlaması ile bu tür tekrar yatışlar önlenebileceği gibi, hastanın yaşam kalitesi de artırılabilir.

Başarılı sağlık hedeflerine ulaşmak, bakımın sürekliliğini sağlamak ile mümkün olabilmektedir. Hastalar, hastane ortamında ve tanı koyma aşamasını izleyen dönemde yoğun tedavi ve bakım almakta ve rutin işlemlerin bitmesinden hemen sonra taburcu edilmektedir. Evde bakım olanaklarının oldukça sınırlı düzeyde bulunduğu ülkemizde; taburcu olan hastalar çoğunlukla ev ortamında yardım alma olanaklarından yoksundur. Bu nedenle iyi ve kapsamlı bir taburculuk planı, hastaların ev ortamında duyacakları gereksinimleri azaltabilir ya da bu gereksinimler kendilerinin karşılaması adına hasta ve ailesine bir yeterlilik sağlayabilir.

Kurumlardaki ciddi hemşire açığı, taburculuk öncesi yetersiz hasta ve aile eğitimi problemini ortaya çıkarmaktadır. ABD'de, 7,300 hemşirenin katıldığı bir çalışmada hemşirelerin % 75'i, hastaların yaşam kalitelerinde azalmaya neden olabilecek düzeyde yetersiz bilgi ile taburcu olduklarını ifade etmişlerdir. Kapsamlı taburculuk planı problemi, giderek artmaktadır çünkü,

sağlık bakım çevrelerindeki finanssal problemler nedeniyle hastalar akut bakım ortamından hızla taburcu edilmekte ve bu kısa zaman sırasında uygulanan yoğun işlemler nedeniyle taburculuk planlamasına yeterli zaman ayrılamamaktadır. Aynı şekilde kronik ve kompleks hastalıklar, hastanın kesintisiz bakım gereksinimlerini sağlamak için artan bir şekilde daha erken ve daha yoğun taburculuk planlamalarını gerektirmektedir (46). özel hasta grupları için yapılandırılan ve etkinliği gösterilen taburculuk planlamalarına gereksinim vardır.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırmanın sınırlılıkları;

1. Çalışma kapsamına alınan hastaların akciğer kanseri tanısı almış olması ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde tedavi görmesi,
2. Akciğer kanseri olan hastaların beklenen yaşam sürelerinin düşük olması nedeniyle izlem sırasında kayıp olasılığının bulunması,

1.6. TANIMLAR

TABURCULUK PLANLAMASI: Taburculuk planlaması, Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'na Göre (NIC) "mevcut sağlık bakım ajansı dışında ya da içinde yer alan herhangi başka bir yere ve bir bakım düzeyinden diğerine transfer edilecek hastanın nakli için hazırlık yapmak" şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tez çalışmasında kullanılan Taburculuk Planı terimi, "planlanan ilk tedavilerinden sonra eve taburcu edilen akciğer kanseri tanısı almış kanser hastaları için; eğitim programının uygulanması, telefonla danışmanlık ve semptom yönetiminde yararlanabilecekleri "Akciğer kanseri olan hastalar ve aileleri için rehber" isimli kitabın verilmesi gibi işlemleri içeren kapsamlı taburculuk hazırlığı" anlamına gelmektedir (46).

FONKSİYONEL STATÜ: Fonksiyonel statü, genellikle öz bakımını yerine getirebilme, fiziksel aktivitelerini devam ettirebilme anlamında kullanılmaktadır. Fiziksel sağlık ve psikososyal skala indekslerinin çoğu, sağlık ve fonksiyon kavramlarını kendi operasyonel tanımlamalarına göre

oluşturmaktadır ve bireyin bireysel fonksiyonel yetisinin normal olmaktan ne kadar uzakta olduğu ve tipik günlük aktiviteler üzerine ne kadar etkide bulunduğunu ifade etmektedir (18). Bu tez çalışmasında kullanılan “Fonksiyonel Statü” terimi, akciğer kanseri olan hastaların, Karnofsky Performans Skalası kullanılarak llen Fonksiyonel Yetersizlik Düzeyleri anlamında kullanılmıştır.

SEMPTOM KONTROLÜ: Semptomları kontrol altına alma durumu, semptom yönetimi becerisi ve böylece yaşanan semptomların ciddiyeti anlamına gelmektedir. Bu çalışmada kullanılan semptom kontrolü terimi, Akciğer Kanseri Semptom Skalası tarafından ölçülecek olan “Hastaların Semptomları Kontrol Altında Tutabilme Durumları” anlamında kullanılmaktadır (21, 44).

YAşAM KALİTESİ: Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır (4).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. AKCİĞER KANSERİ

1.7.1.1. Tanım:

Akciğer kanseri ilk olarak 1410 yılında Saksonya'da Schbeerge maden ocaklarında çalışan işçiler arasında görülmüş ve tarif edilmiştir. Ancak otopsi raporlarına dayanan ilk akciğer kanseri olguları 1851 yılında ABD'de bildirilmiştir. Akciğer kanserleri, solunum yolları hücrelerinden köken alan tümörlerdir (2).

1.7.1.2. Epidemiyoloji:

Akciğer kanserleri, gelişmiş ülkelerde en sık görülen ve en ölümcül seyreden kanserlerdir (6). Gelişmiş ülkelerde bir yılda görülen kanser insidansı yüz binde 400'ler civarında iken sağlık bakanlığı kanser kayıt merkezine bildirilen kanser oranı yüzbinde 35–40 civarındadır. Ancak bu oranın gerçekte yüzbinde 150-200 civarında olduğu ve bu oran dikkate alındığında ülkemizde yılda yüzbin civarında yeni kanser olgusunun ortaya çıktığı tahmin edilmektedir (86).

1994 yılında ABD'inde bu kanserlerden ölenler yaklaşık 153000 kişi, bunların 94.000'ü erkek, 59.000'i kadın olup ve yıllık yeni olgu sayısı 175.000 kişi iken, 1999 yılında yeni olgu sayısı 171.600, ölen olgu sayısı ise 158.900 olarak bildirilmiştir. Bu ölüm oranları kolorektal, meme ve prostat kanserlerinin tümünden daha fazladır. Gelişmiş ülkelerde özellikle erkek yeni akciğer kanserli olguların sayısı azalmaktadır ve akciğer kanserli olguların bu ülkelerdeki cins dağılımına bakıldığında erkek olguların sayısı 94.000, kadınların ise 77.600'dür (6). Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D.) kanserler nedeniyle ölüm, kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (86).

Akciğer kanseri, dünyada erkeklerde en yaygın, kadınlarda ise sıklıkta 3. sırada, mortalitede ise her iki cinste birinci sırada görülen kanser türüdür.

Tüm dünyada 2001 yılında 1 milyon kişi akciğer kanseri nedeniyle kaybedilmiştir (77).

Akciğer kanseri günümüzde erkekler kadar kadınlarda da önemli sorundur ve kadınlarda son yıllarda dramatik artışlar söz konusudur. İnsidans hızları zenci ve beyaz kadınlarda benzerdir, ancak zenci erkeklerde beyazlara göre %50 daha sıktır. Akciğer kanserinin global insidans artış hızı yılda %0.5 iken, özellikle kadınlarda her yıl %4.1 artış söz konusudur. Gelişmiş ülkelerde önceleri kanserden ölümlerin %34'ünden akciğer kanserleri sorumlu iken, günümüzde %28'inden sorumludur. Bu azalmaların nedeni gelişmiş ülkelerde akciğer kanseri gelişiminde tek sorumlu gösterilen sigaranın içiminde, tüketiminde belirgin azalmalar ve içeriğinde yapılan değişikliklerdir. Gelişmekte olan ülkelerde ise hem erkeklerde hem de kadınlarda tüm kanser ölümleri içinde önemli yerini korumakta ve belirgin bir şekilde artmaktadır. Ancak Afrika ve Güney Amerika 'da daha az sıklıktadır (6).

Ülkemizde sigara içme prevalansı son 30 yıldır artmaktadır. Hem insidans, hem mortalitedeki artışlardan sigara üretim ve tüketimindeki artma, sanayileşme ile artan çevre kirliliği, göç, kentleşme ve mesleki faktörler sorumlu tutulmaktadır. Ülkemizde sigara tüketimi 1970'ten 1985'e kadar %10, 1988'e kadar %44 artış göstermiştir.

Bugün için akciğer kanserlerindeki en önemli sorunlar:

- ❖ Tüm dünyada ve çok sayıda ülkede her iki cinste hastalığın artış göstermesi,
- ❖ İleri yaş kadar sık olmasa da genç yaşlarda, özellikle kadınlarda ve histolojik tip olarak adeno kanserlerin sıklığında belirgin artma,
- ❖ Tüm tedavilere karşın 5 yıllık sağkalım oranlarının ancak %14-15 gibi düşük olması ve ölümcül seyretmesi,
- ❖ Maalesef tek nedeni olarak gösterilen sigara gibi önlenabilir faktörlerden tüm uyarılara ve uğraşlara rağmen uzaklaşamaması,
- ❖ Korunma ve erken tanının istenilen düzeyde yapılamamasıdır.

Bugüne kadar ülkemizde yapılan çalışmalarda gerçek insidans ve mortalite dağılımını ortaya koymak mümkün olmamıştır (6).

Türkiye'de seneler içinde artış trendi gösteren kanserler erkeklerde akciğer, prostat; her iki cinsiyette bağırsak, rektum, lenfatik ve hematopoietik doku kanserleridir. Kadınlarda meme, mide, akciğer, serviks, uterus; her iki cinsiyette mide, özefagus, larinks, kemik, deri kanserleri ve lösemiler ise bir artış trendi göstermemektedir (87).

Kanser, Türkiye'de 1982 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 57. Maddesi gereğince "bildirimi zorunlu hastalıklar listesi"ne alınmış olmasına rağmen ülkemizde gerçek kanser insidansı kesin olarak bilinmemektedir (87).

Ülkemizdeki yüksek sigara içme oranları dikkate alındığında (erkeklerde %63, kadınlarda %24) akciğer kanseri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en sık görülen organ kanserleridir (6). Türkiye'de ilk nüfus tabanlı kanser kayıt sistemi 1992'de İzmir'de kurulmuş ve 1993–1994 yıllarına ait insidans verileri 2001'de yayınlanmıştır. Erkeklerde yüzbinde 157.5, kadınlarda ise yüzbinde 94 yaşa göre standardize kanser insidansı bildirilmiş; erkeklerde akciğer (yüzbinde 61.6), mesane (yüzbinde 11.0), larinks (yüzbinde 10.6); kadınlarda ise meme kanseri (yüzbinde 24.4), korpus uteri (yüzbinde 6.4), over (yüzbinde 5.9) en sık görülen kanserler olmuştur (47, 87).

Akciğer kanserleri İzmir kanser kayıt merkezinin verilerine göre 1993-94 yılları arasında en sık gözlenen kanserdir (%42.3). Sağlık Bakanlığı'nın 1999'da yayınlanan istatistiklerinde de akciğer kanseri erkeklerde %29.4 oranı ile birinci, kadınlarda %4.07 ile 6. sıradadır. Kanser kayıt çalışmalarına göre erkeklerdeki tüm kanserlerin %38.6'sı akciğer kanseridir ve yaşa göre standartlaşmış insidans hızı 61.6/100.000'dir. Toraks Derneği akciğer ve plevra maligniteleri çalışma kolu tarafından 1994-1998 yıllarını kapsayan çok merkezli (16 merkez) retrospektif klinik verilere dayalı bir çalışmada, 11,849 akciğer kanserli olgu değerlendirilmiştir. %90.4'ü erkek ve %9.6'sı kadın olan

(e/k=10/1) bu çalışmada %77.2 sigara içme sıklığı, %85 45 yaş ve üstü, %15 45 yaş ve altı olgu belirlenmiş ve en sık histolojik tip olarak (%40) skuamöz hücreli kanser, %86 olgu ileri evre (evre IV) bulunmuştur (6, 87).

Her iki cinsiyette de akciğer kanserinden ölüm nedeninin 1965'ten 1995 yılına kadar çok ciddi bir şekilde artmış olması, kişi başına tüketilen sigara miktarının ve sigaradaki katran içeriğinin artışı ile ilgilidir. 2000-2005 yıllarında kanserden ölümlerin yarısının akciğer kanserinden olacağı tahmin edilmektedir (86).

1.7.1.3. Patogenez

Tüm malign tümörler germinatif hücrelerden oluşmaktadır. Akciğer kanserlerinde bu hücreler: bronş mukozasında bazal tabaka hücreleri, alveollerde tip 2 alveol hücreleri ve plevra endotelinde mezotel hücreleridir. Buna göre epidermoid (skuamöz hücreli) karsinomlar bronş epiteli bazal membranına paralel yer alan bazal hücrelerden, küçük hücreli kanserler ise bronş mukozasında yer alan muhtemelen nöroektodermal orijinli Kulchitsky tipi granüler bazal hücrelerden köken alırlar. Bu hücreler orijinleri nedeniyle endokrin ve kemoreseptör fonksiyonları gösterebilirler. Adeno kanserler bronş epitelinin müsin salgılayan bezlerinden veya daha nadiren bronkoalveoler epitelten köken aldığı belirtilmektedir (6).

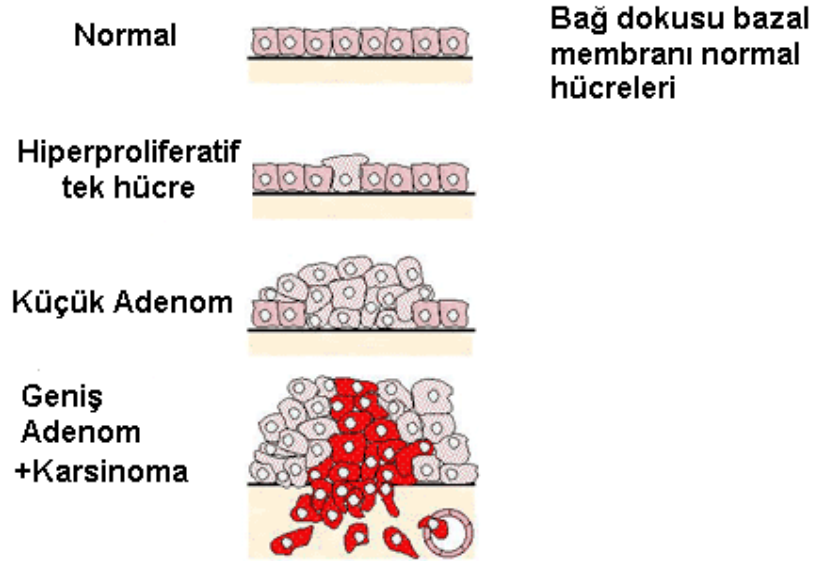
Solunum yolları mukozası, sigara dumanı gibi karsinojen etkenlerle uzun süre karşılaşırsa epitelyal değişiklikler meydana gelir. Karsinojenlerin penetrasyonu ve hücre içi yerleşimleri sonucu, bazal hücrelerde hiperplazi gelişir. Hücre sayısı aşırı artar. Karsinojenler hücre içinde protein, lipid gibi birçok moleküle ve DNA'ya bağlanır. Kronik karsinojen teması ile genetik materyalde hasar oluşur.

Bazal tabakalarda yığılma, yapısal bütünlük kaybı görülür. Kolumnar hücreler ile müküs salgılayan goblet hücrelerin yerini yassı, keratinize skuamöz hücreleri alır (Skuamöz metaplazi). Tümör sadece epitel içinde sınırlı ise intraepitelyal karsinom (Carcinoma insitu) 'dan söz edilir. Carcinoma insitu'da tümör sadece epitelyum içinde sınırlıdır. Normalde bazal

membran ince ve iyi sınırlıdır. Epitel anormal ve bazal membran net değil veya parçalanmış ise invaziv kanserden söz edilmektedir (6).

1.7.1.4. Patoloji:

Yeni görüşlere göre tüm akciğer kanserleri tek bir (stemcell) hücreden oluşmakta ve gen düzeyindeki değişikliklerle farklı tipler birbirine dönüşmektedir. Patolojik olarak akciğer kanserlerinde 4 ana grup bilinmektedir. Bunlar Skuamöz Hücreli Karsinom (SHK), Adeno-Karsinom (AK), Büyük Hücreli Karsinom (BHK) ve Küçük Hücreli Karsinomdur (KHK). Hücre tipi hem tedavi ile hem de prognoz ile çok ilişkilidir. KHK'lar diğer gruplar ile karşılaştırıldığında belirgin olarak farklı davrandıkları için, klinisyenler akciğer kanserlerini küçük hücreli (small cell) ve küçük hücreli olmayan akciğer kanserleri (non-small cell) olarak iki grupta sınıflandırmaktadırlar. Kore ve Çin gibi Asya ülkelerinde ve ülkemizde de en sık histolojik tip skuamöz hücreli karsinomdur (%45.4). Adenokarsinom ABD ve Japonya'da en sık tiptir (6).



http://www.medschool.lsuhs.edu/genetics_center/louisiana/article_cancer.htm

Şekil 1. Kanserın tek hücreden başlayarak gelişmesi

Akciğer kanserinin nedenleri neredeyse tamamen çevresel olduğu halde şüphelenilen solunumsal karsinojenlere maruz kalma konusunda önemli bireysel değişiklikler olması olasıdır. Hastalık riski, “etiyojik ajana maruz kalma ile bireyin bu ajana olan hassasiyeti arasındaki ilişkilerin bir sonucu olarak ortaya çıkan durum” şeklinde kavramsallaştırılabilir (7). Akciğer kanseri oluşumuna yol açan birçok risk faktörü verilebilir ancak asıl soru, bu faktörlerin total akciğer kanseri riski içerisindeki göreceli değerinin ne olduğudur. Amerika’daki akciğer kanserlerinin yaklaşık olarak % 90’ından aktif sigara içme, % 9–15 kadarından mesleki karsinojenlere maruz kalma ve % 10 kadarından radon gazı ve %1–2 kadarından da hava kirliliğinin sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Akciğer kanseri riskinin % 20 kadarının beslenme ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (7).

1.7.1.5. Etiyoloji:

Sigara: Sigara içme ve akciğer kanseri gelişmesi ile ilgili ilk çalışmaları, Nazi Almanya’sındaki Alman bilim adamları yürütmüşlerdir. 1950’lerin başlarında Britanya ve ABD’de vaka-kontrol yöntemi kullanılarak yürütülen epidemiyolojik çalışmalar, sigara içme ile akciğer kanseri riski arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koymuştur. Bu ilişki, İngiliz hekimler, Amerikan Emekli Askerler ve Amerikan Kanseri Birliğinde çalışan Gönüllüler tarafından yürütülen ileriye dönük kohort çalışmalarla kanıtlanmıştır. Royal Tıp Okulu, 2001 yılında, pasif sigara içimi ya da istemeden sigara dumanı solumanın sigara içmeyen bireylerde akciğer kanseri gelişme nedeni olduğuna dair sonuçlar elde etmişlerdir (7).

Sigara içme, akciğer kanserinin en sık görülen nedenidir. Gelişmiş ülkelerde akciğer kanserinden ölümlerin erkeklerde %92-94’ünün, kadınlarda ise %78-80’inin sigaraya bağlı olduğu bildirilmiştir. Ülkelerin tükettikleri sigara miktarı ile akciğer kanseri mortalitesi arasında doğrusal bir ilişki vardır. Bu durum son yıllarda tütün tüketiminin arttığı gelişmekte olan ülkelerde belirgin bir şekilde izlenmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda akciğer kanserli kadınların %17’sinin, erkeklerin ise %94’ünün sigara içtikleri bildirilmiştir. Akciğer kanseri gelişme riski sigarayı bırakmayı takiben 10-20 yıl içinde hiç içmeyenlerin düzeyine yaklaşmaktadır (6).

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 sigaradaki katran yoğunluğu ile de bağlantılıdır. Ayrıca; tütünün sarıldığı kâğıdın cinsi ve kalitesi, sigaranın filtreli olup olmaması, dumanı akciğerlerin derinlerine çekme, tar miktarı artışı ve kesilen süre azlığı, sigarayı sonuna kadar içme ve sigarayı sürekli ağızda tutma da hastalığa yakalanma riskini artırmaktadır (2). Sigara bırakıldıktan sonra risk azalmakta ve bu beş yıl sonra belirgin hale gelmektedir. Son yıllarda nikotinin bir kanser önleyici genin etkisini engellediği gündeme getirilmiştir (1, 2, 6).

Sigara içimine ikincil kanser oluşumunun mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Hayvan modelleri ve insanlarda yapılan incelemeler sigaranın karsinogenezi başlattığını ve ilerlettiğini göstermiştir. Tütün dumanı 4.500'den fazla kanserojen madde içerir. Bunlar hem moleküler hem de hücresel düzeyde tütün dumanının gaz ve partikül fazlarında bulunan karsinojenlerdir. Sigara dumanında benzpren, arsenik, nikel gibi organik ve inorganik maddeler, polonyum 210 gibi radyoaktif izotoplar bulunmaktadır. En önemli grup, nikotinden kaynaklanan nitrosaminlerdir (2, 6).

Akciğer kanserinin tüm histolojik tiplerinin insidansı, sigara içimi ile artmaktadır. İstemli veya istemsiz sigara içimine bağlı en çok görülen akciğer kanseri tipleri skuamöz ve küçük hücreli kanserlerdir. Sigara içmeyenlerde bu tipler nadir olup, adenokanserler daha fazla ve kadınlarda görülmektedir. Pasif olarak sigara içen, diğer bir deyimle içilen yerde bulunmak zorunda kalıp, istemsiz sigara içenlerde de akciğer kanseri gelişme riski artmaktadır. Her yıl ABD'de 500-5000 akciğer kanseri ölümünden pasif içim sorumludur. Çocuklarda, sigara içmeyen ev halkında risk 1.41-1.87 arasındadır (6).

Meslek: Belirli mesleklerde (gemi yapımı, yapı malzemeleri, çanak, çömlek, matbaa,) akciğer kanseri daha sık görülmektedir (6). Radyoaktif maddelerle ilgili işlerde çalışanlarda, kromat işçilerinde, nikel endüstrisinde çalışanlarda, asbest ile ilgili alanlarda çalışanlarda, demir cevheri ocaklarında

çalışanlarda akciğer kanseri görülme sıklığı daha fazladır. Tarım ilaçlarında bulunan arsenik bileşiklerinin solunum yoluyla alınması akciğer kanseri gelişiminde bir etken olduğu ortaya konmuştur (2).

Başlıca mesleki karsinojenler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Başlıca mesleki karsinojenler

Asbest
Arsenik
Aliminyum
Bis-clorometil eter (BCME)
Krom
Hidrokarbonlar (polisiklik aromatik hidrokarbonlar=PAH)
Mustard gazı
Nikel
Radyasyon
Radon
Vinil klorid

Sigara dumanı karsinogenesis sürecinde çevre kirliliği maddeleri ile etkileşmektedir. Bu durum sigara içen uranyum ve asbest işçilerinde çarpıcı bir şekilde izlenmektedir. Akciğer kanseri riski sigara içen asbest işçilerinde 92 kat, sigara içmeyen asbest işçilerinde ise sadece 5 kat fazladır (6).

Radon Gazı: ABD'de akciğer kanserinin ikinci en sık nedenidir (%10) ve her yıl 6,000–360,000 akciğer kanseri kaynaklı ölümden sorumludur. Radon, kimyasal inert bir gaz olup uranyumun parçalanma ürünüdür. Toprakta doğal olarak bulunur. Solunum sistemine inhale edildikleri ve pulmoner epitel veya diğer hücreler ile direkt etkileştiklerinde kansere neden olurlar. İyi havalandırılmayan ev ve işyerlerinde radon miktarı yüksektir. Üst sınır 4 pCi/L olup 8 pCi/L'nin üstüne çıktığında kanser riski artmaktadır. Sigara ile radonun etkileşimi sinerjiktir ve kanser riski 1.3-1.8 oranındadır. Zemin kat ve eski binalarda yaşayanlarda siktir (Metro ve Tünel işçileri) (6).

Çevre Kirliliği: Akciğer kanserlerinde görülen hızlı artış büyük sanayi devrimleriyle birlikte ortaya çıkmıştır. Havayı kirllettikleri saptanan kanser yapıcı maddeler arasında 3-4 benzpiren, 1-12 benzperilen, arsenik oksit, kömür katranı, kömür tozları, petrol ve petrol türevi dumanlar ve radyoaktif maddeler yer almaktadır (2).

Hava kirliliğinin kanser gelişme riskindeki önemi tartışmalıdır. Bununla birlikte yoğun çevre kirliliği akciğer kanseri mortalite istatistiklerine yansımaktadır. Nitekim kentlerde kırsal kesimde oturanlara göre akciğer kanseri gelişimi 1.26-2.33 kat daha fazladır (6).

Skar Gelişimi – Fibrozis: Lokalize akciğer skar alanlarında ve diffüz akciğer fibrozisi olan hastalarda akciğer kanseri geliştiği bildirilmiştir. Skar yakınında mikroskopik olarak epitelyal hiperplazi saptanmıştır. Skar zemininde kanser gelişiminin patogenezi henüz tam olarak bilinmemektedir. Skar ve fibrozis sonucu gelişen avaskülarite ve doku anoksisinin epitel metaplazisine yol açtığı ve karsinogenezisi hazırladığı düşünülmektedir. 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, bronşiol-alveoler tip kanserlerin konjenital kistik akciğer hastalığı ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (2, 6).

Genetik Faktörler: Yapılan çalışmalar ile akciğer kanseri gelişiminde ailesel yatkınlık gösterilmiştir. Ailede akciğer kanseri olgusu bulunan kişilerde akciğer kanseri gelişimi riskinin 2,4 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Akciğer kanseri olgularının bazılarında bazı genetik faktörlerin bulunduğu, bazı vakalarda da genetik yapılarda bozulmaların olduğu gösterilmiştir (2).

Topu, Ülger ve arkadaşları, 1500 kişilik akciğer kanseri grubu ile 600 hasta yakınına, akciğer kanseri ve ailesel kanser hikayesi açısından inceledikleri çalışmada, akciğer kanseri gelişiminde genetik yatkınlık hipotezini desteklemişlerdir (85).

Son yıllarda proto-onkogen olarak adlandırılan normal ve genellikle hücrenin bölünmesi ile ilgili işlevlerde rol alan genlerin sigara dumanı, radyasyon, kimyasal ajanlar ve virüsler gibi eksojen etkenlerle onkogen haline geçerek karsinogeneziste birçok gelişmelere yol açtıkları anlaşılmıştır. Aile öyküsünde akciğer kanseri bulunan kadınlarda risk 5.7 kat artmaktadır. Aile öyküsünde akciğer kanseri bulunmaması ancak sigara bulunması

durumunda 15.1'e, her ikisi de bulunursa 30'a yükselmektedir. İnsan kanserlerinde en sık bulunan tümör supresör geni kromozom 17'de bulunan p53 ve kromozom 13'deki Rb genidir. Hücre siklusu boyunca progresyonu bloke edip, büyümeyi kontrol eder. p53 mutasyonları büyümeyi hızlandırırlar. Tüm akciğer kanserli hastaların yarısında bu mutasyonlar izlenmektedir (6).

Vitamin A ve Eksikliği: Vitamin A, C ve E, karoten ve selenyum'un antioksidan özellikleri nedeniyle kanseri önleyici maddeler olduklarına dair kuvvetli deliller vardır. Gıdalar ile bu maddelerin alınmasının akciğer kanseri gelişimine karşı nispeten koruyucu olacağı düşünülmektedir (2).

Birçok epidemiyolojik çalışmada diyetle sebze alımının akciğer ve diğer kanser risklerini orta derecede düşürdüğü gösterilmiştir. Takip eden araştırmalarda beta karotenin (Retinol veya vitamin A içeren retinoidlerin prekürsörü) akciğer kanseri riski düşüklüğü ile (göreceli risk 0.59) ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Sigara içenlerde serum beta karoten düzeyleri içmeyenlerden düşük bulunmuştur. Bu düşüklük, beta karotenlerin diyetle daha düşük alımına ve sigaranın absorpsiyon ve metabolizma üzerindeki etkisine bağlanmıştır. Retinoidlerin birçok çalışmada antikarsinojenik etkileri gösterilmiştir. Ayrıca vitamin A eksikliği solunum sistemi epitelinde skuamöz metaplaziye neden olmaktadır. Vitamin A'dan fakir diyetle beslenenlerde, vitamin A'dan zengin beslenenlere göre akciğer kanseri riski 4.6 kat daha fazla bulunmuştur. Vitamin C ve selenyum eksikliğinden, siyah çay ve kolesterol de sorumlu tutulmuştur. Sigara içen erkeklerde 5-8 yıl süre ile vitamin E ve beta karoten verilmesi insidansta herhangi bir azalmaya neden olmamaktadır (6).

Viral enfeksiyonlar: Çeşitli virüslerin akciğer kanseri gelişiminde rol aldıkları ileri sürülmüştür. **Papilloma virüs** ve **Ebstein Barr virüs**'ün yaptığı enfeksiyonlar bunlardan ikisidir (2).

İmmünolojik faktörler: Akciğer kanserli olguların bazılarında vücudun savunma sisteminde bazı bozuklukların olduğu tespit edilmiştir (2).

Fenotipik faktörler: Vücuttaki bazı enzim yetersizliklerinde kansere yatkınlığın artacağı düşünülmüştür (2).

1.7.1.6. ERKEN TANI

Akciğer kanserinde erken dönemde hastalıkta cerrahi tedavi ile uzun süreli yaşam %85 gibi yüksek oranlardadır. Toraks Derneğinin yapmış olduğu çok merkezli çalışmada akciğer kanserli hastaların %85'i tanı anında evre III ve IV olarak bulunmuştur. Akciğer kanserinden ölümler çoğunlukla uzak metastazlar nedeniyledir. Bu nedenle günümüzde akciğer kanserinin metastazlar oluşmadan ve asemptomatik dönemde yakalanması çok önemlidir (6).

Erken tanıda balgam immüno-histo-kimyasını incelemenin, karsinogenezisin erken dönemlerinde epitel hücrelerine bakarak tanı koymanın önemli olduğu belirtilmektedir. Bu incelemelerde bronş epitel hücre DNA dağılımı anormallikleri ve metaplazi aranmaktadır.

Yapılan çalışmalarda akciğer grafisi ve konvansiyonel balgam sitolojisi gibi noninvaziv tekniklerin akciğer kanseri taraması için sensitif olmadıkları görülmüştür. Çünkü yapılan tarama çalışmalarında akciğer kanseri erken evrelerde saptanmasına rağmen, tanı anında uzak metastaz yapmış olmaları nedeniyle sağkalıma katkı sağlanamamıştır. Bu nedenle riskli grupların taranmasında akciğer grafisi ve balgam sitolojisi önerilmemektedir. Ayrıca akciğer grafisi ile küçük nodüllerin saptanmasında yeterince duyarlılık görülmemesi ve 2 cm'den küçük nodüllerin yarısından fazlasının gözden kaçması nedeniyle düşük doz spiral BT (DDBT) randomize çalışmaları yapılmaktadır. Çünkü akciğer kanserini saptamada direkt grafiye göre 4 kat daha duyarlıdır. Ancak DDBT rutin kitle taramaları için henüz erken bulunmuştur (6).

Endoskopik Bronkoskopik Ultrason da (EBUS) havayolu lezyonları ile bunların havayolu dışı ilişkisini değerlendirmede kullanılan bir tetkik olup mediastinal ve peribronşial lenf nodlarının saptanması ve biyopsisinde yararlıdır, fakat erken tanıdaki rolü belli değildir. Daha çok tümörün bronş duvar ilişkisi ve çevre doku invazyonunu belirler. Erken tanıda serum tümör belirleyicilerin yararı ise henüz gösterilememiştir (6).

1.7.1.7. SEMPTOM YÖNETİMİ

Belirti ve semptomlar, hastaların sağlık bakımına gereksinim duydukları, en önemli nedenler arasında yer almaktadır. Semptomlar bireyin psiko-sosyal fonksiyonları duyuları veya Kognitif değişiklikleri yansıttıkları çok boyutlu, kompleks ve subjektif fenomenlerdir. Belirtiler, bir hastalık veya duruma işaret eden objektif, değerlendirilmesi kolay, sıklıkla hekimin klinik tedavisine hedeflenmiş normal dışı durumlardır. Belirtiler (örn. Lenf ödem) sıklıkla önceden tahmin edilebilen, (fonksiyonel durumda değişiklik, konforda değişiklik ve depresyon) ve subjektif olarak hissedilen (örn. Nefes almada zorluk ve wheezing) semptomlara eşlik ettiği için kanserde semptom yönetimi hastanın tedavi ve bakımında çok önemli bir alanı oluşturmaktadır (83).

Semptom yönetimi modeli, "California San Francisco" Üniversitesi hemşire araştırmacıları tarafından geliştirilmiştir. Bu model klinisyenler tarafından tek veya birden fazla semptom için girişimlerin seçilmesi veya değerlendirilmesinde ya da araştırmacıların çalışmalarının kavramsal çatısının oluşturulmasında kullanılabilir (83).

Hem semptomlar hem de belirtiler kanser hastalarının fonksiyonel kapasitelerini ve yaşam kalitelerini etkilemesi nedeni ile palyatif bakımın en önemli unsurlarından birisidir.

Semptom yönetimi modeli beş temel özellik üzerine açıklanmaktadır:

1. Bir semptomu belirlemenin en doğru yolu, bireyin semptomu kendisinin rapor etmesidir.
2. Bir semptom için hasta büyük risk taşıyorsa, semptom açığa çıkmadan girişimler düzenlenebilir, semptom önlenir.
3. Hastalar bireysel iletişim kuramaları ve sözlü olarak ifade edemeleri bile semptomu deneyimleyebilirler.
4. Semptom yönetimi bireyi, aileleri ve çevreyi doğrudan etkileyebilir.
5. Sonuçlar ve etkiler, semptom yönetim sürecinin dinamik yapısı ve semptom deneyimleri ile modifiye edilebilir (83).

Semptom kontrolü palyatif bakımın başlıca amacıdır. Akciğer kanseri olan hastalarda belirti ve bulgular bireysel farklılıklar göstermektedir. Akciğer kanseri olan hastaların Yaklaşık%80-90'ı tanı konulduğunda üçüncü ya da dördüncü evrededir. Bunun en önemli

nedeni belirti ve bulguların çok geç gelişmesidir. Bir grup hastada hiçbir solunumsal semptom olmayabilir. Bu kişilerde başka bir nedenle çekilen akciğer grafisinde tesadüfen bir opasite görülebilmektedir. Başka bir grup hastada halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı ve ateş gibi nonspesifik semptomlar olabilir. Özellikle 40 yaşın üstünde, sigara içen ve değişik semptomları olan erkek hastalarda akciğer kanseri olabileceği belirtilmektedir. Akciğer kanserleri santral veya periferik yerleşimli olmalarına ve hücre tiplerine göre farklı semptomlara neden olmaktadır (Tablo 2) (7).

Tablo 2. Akciğer Kanselerinde Sık Görülen Semptomlar

<p>Asemptomatik Semptomatik</p> <p>1. Primer tümöre bağlı</p> <p>a) Santral yerleşimli tümörlerde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuru öksürük % 70 (50-75) • Hemoptizi % 40 (25-50) • Dispne % 40 • Wheesing veya stridor % 20 • Göğüs ağrısı % 50 • Ateş <p>b) Periferik yerleşimli tümörlerde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öksürük • Dispne • Göğüs ağrısı <p>2. İntratorasik ekstrapulmoner yayılımlara bağlı</p> <p>a) Sinir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servikal sempatik (Horner sendromu) • 8. Servikal, 1. Torakal • Ulnar ağrı • Vazomotor bulgular • N.frenikus felci • Diafragma paralizisi • Dispne • Öksürük • N.rekürrens felci • Ses kısıklığı % 20 <p>b) Kardiyovasküler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vena cava superior sendromu % 5 • Pulmoner stenoz • Pulmoner sufl • Pulmoner emboli • Aritmi • Sinüzal taşikardi • Atrial fibrilasyon • Tamponad (Perikard) • Kalp yetmezliği (myokard) 	<p>c. Plevra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plörezi • d. Mediasten • Özefagus • Disfaji % 2 • Bronkoplevral fistül • Aspirasyon • Lenfatik obstrüksiyon • Plörezi (seröz) • Duktus torasikus • Plörezi (Şilöz) • Akciğer lenfatiklerine yayım • Hipoksi • Dispne • Trakea • Wheezing • Stridor <p>3. Ekstratorasik sistemik metastazlarla ilgili Lenfadenopatiler</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baş ağrısı • Sarılık • İştahsızlık • Sağ hipokondrium ağrısı • Kemik ağrıları • Cilt-ciltaltı nodülleri <p>4. Sistemik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anoreksi • Kilo kaybı % 70 • Paraneoplastik sendromlar
--	--

Kaynak: Akkoçlu A.: Akciğer Kanselerleri, <http://www.toraks.org.tr>

Santral tümörler sıklıkla küçük hücreli veya skuamöz hücreli, periferik tümörler ise adenokarsinom veya büyük hücreli tiptedir. Endobronşial santral tümörlerde öksürük, Dispne , hemoptizi, periferik olanlarda ise plöritik göğüs ağrısı ve dispne görülmektedir. Bazen hiç semptom olmayabilir. Dispne genellikle santral, intrabronşial yayılım ile akciğer volümlerinin azalmasına, göğüs ağrısı ise periferik tümörlerde plevra veya göğüs duvarı invazyonuna ve tümöral kitlenin büyümesine bağlıdır. Öksürük santral olanlarda periferik olanlara göre daha sıktır. “Wheezing” hava yolu parsiyel obstrüksiyonu ile meydana gelir. Ateş; abse ve pnömoni ile ilgili olup, sıklıkla pürülan balgam ve hemoptizi ile birlikte. Skuamöz ve büyük hücreli tümörlerde daha fazla görülür (6).

Fizik Bulgular:

İn situ tümör aşamasında fizik bulgu yoktur. Tümör büyüdükçe lokal ve genel bulgular ortaya çıkmaktadır. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ile birlikte ise “wheezing”, her iki akciğerde dağınık ronküsler ve ekspiryum uzaması gibi fizik muayene bulguları bulunabilir. Herhangi bir lenf bezini tutacak şekilde tümör yayılmış ise lenf bezleri palpe edilebilir. Lenf bezlerine metastaz oranları; hiler %90, bronşial %40-60, skalen %85, supraklaviküler %15-20 ve hiler-mediastinal %50'dir. Seyrek olarak karina düzeyinde ana bronşların daralmasına ikincil stridor, daha distal hava yollarında yerleşmiş tümörlerde ise “wheezing” ve lokalize ronküs duyulur. Tek taraflı atelektazi, pnömoni ve plörezi bulguları da mevcut olabilir. Bu patolojilerle ilgili olarak da inspeksiyonda bir hemitoraksta solunum hareketlerinde kısıtlılık, vibrasyon torasikte artma veya azalma, perküsyonda matite, oskültasyonda solunum seslerinde azalma ve raller duyulabilir. Hepatik metastazlara bağlı olarak hepatomegali görülebilir. Serebral yayılım bulguları seyrek olarak hemiparezi, hemipleji veya nöropatiye neden olabilir. Vena cava superior sendromu, Horner bulguları, çomak parmak ve cilt altında nodüller saptanabilir (6).

Paraneoplastik Sendromlar (PS):

Bir tümör veya tümörün metastazları ile doğrudan ilgili olmayan, fakat patogenezi açısından tümörün varlığına bağlı olan ve dolayısı ile tümörün çıkarılmasından sonra gerileyebilen belirtilerdir. Akciğer tümörlerinin bir kısmında tümör hücrelerinin salgıladığı hormon ve hormona benzer aktif

maddelerin sekresyonu söz konusudur. Bazı PS'lar bronş kanserinin özel histopatolojik tipleri ile kuvvetle ilişkilidirler. Akciğer kanserleri içinde PS ile en yakın ilişkili olan küçük hücreli akciğer kanserleridir (6).

Paraneoplastik Sendromların mekanizmaları tam olarak bilinmemektedir. Bazılarının nedeni peptidlerin ektojik salınımıdır. Bir diğer görüşe göre tümör hücreleri özel salgılarını doku aralıklarına vermekte, bunlar dokuya karşı antijenik olmakta ve belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu hücrelerden ektojik hormon yapımı söz konusu olmaktadır.

Başlıca Paraneoplastik Sendromlar Tablo 3'de verilmiştir (6).

Tablo 3. Paraneoplastik Sendromlar

Endokrin (% 2)	Nöromuskuler (% 1)
Hiperkalsemi (Ektojik PTH) Cushing Sendromu (ACTH) Schwarz Batler Sendromu (ADH) Karsinoid Sendrom (Serotonin) Jinekomasti (HCG) Hiperkalsitonemi (Kalsitonin) Büyüme Hormonu artışı (GH) FSH, Prolaktin, LH artışı Hipoglisemi (İnsülin) Hipertiroidi Hiperpigmentasyon (MSH)	Ensefalopati (limbik) Subakut serebellar dejenerasyon Progresif multifokal ensefalopati Periferik nöropati Jinekomasti (HCG) Polimiyozit Dermatomyozit Otonomik nöropati Eaton-Lambert Send. (Myasteni) Optik nörit Demans, subakut myelopati
Hematolojik (% 1-8) Anemi Lökomoid reaksiyon Trombositoz, trombositopeni Eozinofili Kırmızı hücre aplazisi Lökoeritroblastoz Dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) Trousseau Sendromu (Gezici venöz tromboz) Nonbakteriyel endokardit (marantik) Arteriyel emboli	Dermatolojik (% 1) Palmoplantar hiperkeratoz Dermatomyozit, Skleroderma Akantozis nigrikans Hiperpigmentasyon Eritema Gyatum Repens Hipertrikozis İktiyozis
İskelet Sistemi Clubbing (çomak parmak) (% 29) Pulmoner hipertrofik osteoartropati) Artrit (%1-10)	Diğer (> %1) Böbrek (Nefrotik sendrom, amiloidoz. Hiperürisemi
Gastrointestinal Sistem Diyare Hiperamilazemi Bulantı, kusma Laktik asidoz Hiperlipidemi) Hiper/hipotansiyon Anoreksi, kaşeksi (% 31) Ateş (% 21)	

Kaynak: Akkoçlu A.: Akciğer Kanserleri, <http://www.toraks.org.tr>

1.7.1.8. TANI YÖNTEMLERİ

Akciğer kanserlerinde tanı ve evreleme amacıyla yapılabilecek birçok girişimli (invaziv) ve girişimsiz (noninvaziv) tanı yöntemi vardır. Bunlar içinde radyolojik tetkikler noninvaziv oluşları ve etkinlikleri yönünden ilk tercih edilen yöntemlerdir (6).

1.7.1.8.1. Noninvaziv Tanı Yöntemleri:

Radyolojik: Akciğer kanserlerinde radyolojik incelemeler (akciğer radyogramı, BT, Spiral BT, MRG) üç amaçla yapılır. Bunlar kanser tanısı, evreleme ve tedaviye yanıtı değerlendirmektir. Bu amaçlarla yapılan radyolojik incelemeler Tablo 4'de gösterilmiştir (6).

Tablo 4. Akciğer Kanserlerinde Radyoloji

Konvansiyonel P/A ve lateral akciğer grafileri

Diğerleri:

Konvansiyonel tomografi
Bronkografi, angiografi, venografi
Lenfanjiografi, Aortagrafi, özefagografi

Bilgisayarlı tomografi (CT)

Spiral CT, düşük doz spiral CT

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)

Radyoizotop incelemeler (Scanning)

PET (Positron Emission Tomography)

Ultrasonografi (USG), endoskopik ultrasonografi

Ekokardiyografi

Kaynak: Akkoçlu A.: Akciğer Kanserleri, <http://www.toraks.org.tr>

Balgam Sitolojisi: Akciğer kanserinin malign hücreleri bronş sekresyonlarına karışarak dışarı atılmaktadır. Bu nedenle akciğer kanseri olduğu şüphe edilen hastalar tarafından çıkarılan balgamın incelenmesi yüksek tanısal değere sahiptir. Bronkoskopik incelemelerin hemen ardından, 2 saat sonrasında ve ertesi gün çıkarılan balgamda malign hücre bulunması olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (6).

Laboratuvar: Akciğer kanseri için hiçbir laboratuvar bulgusu spesifik değildir. Anemi nonspesifiktir. Eozinofilinin mekanizması tam bilinmemektedir. Eozinofilide kanser hücre tipi genellikle skuamöz ve büyük hücrelidir.

Eozinofil sayısı nekroz varlığında ve ilerlemiş olgularda belirgin şekilde artmaktadır. Karaciğer ve kemik metastazı olan hastalarda kalsiyum (osteolitik metastazlarda), alkalen fosfataz (osteoblastik metastazlarda), transaminazlar ve bilirubin yükselebilir. Sıklıkla sodyum düşük bulunur. Hipoglisemi ve hipoalbuminemi vardır. Genellikle bakır düzeyleri artmakta, çinko düzeyleri ise azalmaktadır (6).

Tümör Marker'ları (Belirleyicileri): Tümör tarafından yapılan veya en azından tümör varlığı ile yakından ilişkili maddelerdir. Bugüne kadar sadece akciğer tümörlerine özgü bir marker izole edilememiştir. Kanda, vücut sıvılarında (BAL, balgam, plevra sıvısı, ...) ve tümör dokularında ölçülebilmektedirler. Marker'lardan kanser biyolojisinin araştırılmasında, kanser tanısında, tiplendirmede, prognozda ve rekürrens göstermede, tedavi seçiminde, tedaviyi düzenlemede ve tedaviye yanıtı belirlemede yararlanılmaktadır. Karsinoembryonik antijen (CEA), karaciğer metastazı gelişimi ile yakından ilişkilidir. Nöron spesifik enolaz (NSE) özellikle küçük hücreli kanserli hastalarda hem serum hem de plevra sıvılarında yüksektir (6).

Nükleer Tıp ve Genetik Çalışmalar: Tanı, evreleme, tedaviye cevabı değerlendirmede, izlemde ve opere olacak olgularda operasyon öncesi, sonrası akciğer fonksiyonlarını belirlemek için sintigrafi (Talyum 201, Galyum 67, Teknesyum-99m, MIBI "sestamibi", somatostatin analogları, Indium 111 "octerotide") ve Pozitron Emisyon Tomografi (F-18 FDG PET) kullanılmaktadır (6).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda özellikle küçük hücreli akciğer kanserlerinde sitogenetik analizlerde kromozom 3'ün kısa kolunun bir kısmında 3p (14-23) eksiklik saptanmıştır. Bu kromozomun eksiklik oranı birçok çalışmada, özellikle küçük hücreli kanserlerde ortalama %66 bulunmuştur. Retinoblastoma (Rb) geni (RbmRNA) ve proteinleri (Rb proteini) küçük hücreli kanserli hastalarda küçük hücreli dışı hastalara göre anormal yüksek bulunmuştur. Kromozom 17'de lokalize, önemli bir kanser supresör geni olan p53 geninde eksiklik görülmüştür. Özellikle yaygın evrede

küçük hücreli hastalarda myc onkogenleri ile ilgili olarak L-myc ve N-myc anormallikleri saptanmış ve bu hastaların prognozları kötü, yaşam süreleri de kısa bulunmuştur (6).

1.7.1.8.2. İnvaziv Tanı Yöntemleri

Bronkoskopi: Akciğer kanserli veya kuşkulu bir hastada kanserin lokalizasyonu veya yaygınlığı, doku, evreleme ve tedaviyi değerlendirmede rijit (RB) veya fleksibl (FOB) bronkoskopik incelemeler en yararlı tetkiklerdir. Bu tetkiklerle bronş lavaj sıvısı, mukoza veya tümöral dokudan forseps biyopsi, transbronşial iğne aspirasyon biyopsisi (TBİAB), fırçalama, BAL (bronkoalveoler lavaj) ve postbronkoskopik balgam elde edilmektedir (6).

Torasentez: Kesin tanı yönünden sitoloji ve biyopsinin yetersiz kaldığı durumlarda torakoskopi veya VATS (Video Assisted Thoracoscopic Surgery) yapılmaktadır.

Mediastinoskopi: Anterior Mediastinotomi akciğer kanserlerinde mediastinoskopların rutin kullanılıp, kullanılmaması veya seçilmiş olgularda uygulanması konusunda tartışmalar vardır (6).

Transtorasik (Perkütan) İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (TTİİAB): Tanı oranının yüksekliği nedeniyle, daha çok periferik, soliter, multipl yuvarlak opasitelerde ve pankoast tümörlerinde ön planda düşünülmesi gereken bir tanı yöntemi olduğu belirtilmektedir. Bu yöntem etkili ve güvenilir olup, bronkoskopinin genellikle negatif kaldığı, çok periferik akciğer lezyonları, soliter kitleler ve pancoast tümörlerinde balgam sitolojisinden sonra seçilecek ilk tanı yöntemi olarak kullanılmaktadır (6).

Lenf Bezi ve Organ Biyopsileri: BT'de mediastinal lenfadenopati ve vücutta değişik bölgelerde palpabl lenfadenopatilerin varlığında, organ tutulumlarında (karaciğer, böbrek, sürrenal, kemik iliği, cilt altı, deri gibi), tanı, tiplendirme, evreleme, tedavi ve prognozu belirlemede biyopsiler önerilmektedir (6).

Torakotomi: Tüm tanısal tetkikler sonrası kesin tanı yapılamayan, tümör kuşkulu veya histolojik tip değerlendirimi gereken hastalarda tanısal amaçlı “eksploratris torakotomi” yapılabilmekte, bu tetkik için hastaların operasyona uygun olmaları gerekmektedir (6).

1.7.1.9. EVRELEME

Akciğer kanseri tanısı konduktan sonra, hastaların prognozları hakkında sağlıklı bir yaklaşımda bulunmak, en etkili tedavi yöntemini belirleyebilmek ve alınan tedavi sonuçlarının bilimsel kıyaslamasını yapabilmek için, hastalığın anatomik yaygınlığının saptanması yani evrelendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle uluslar arası kanserle mücadele birliği (UICC) ve Amerikan kanser birliği (AJCC) tarafından Mountain’ın önerileri doğrultusunda 1996 yılında yeni bir evreleme sistemi geliştirilmiştir (Tablo 5-6) (6).

Tablo 5. Akciğer kanserlerinde yeni uluslar arası TNM sistemi (1996)

Primer tümör büyüklüğü (T)
Tx: Balgam ya da bronş lavajında malign hücrelerin tespit edilip görüntüleme tetkikleri ya da bronkoskopi ile tümörün gösterilememesi
T0: Primer tümör belirtisi yok.
Tis: Karsinoma in situ
T1: En geniş çapı <3 cm, akciğer yada visseral plevra ile çevrili, bronkoskopide lop bronşundan daha proksimale invazyon göstermeyen, ana bronşun proksimaline uzanan, bronşial duvara sınırlı invazyon gösteren herhangi bir büyüklükteki nadir yüzeysel tümör
T2: Tümör aşağıdakilerden en az birine sahip olacak: En geniş çapı >3 cm Ana bronş invaze ancak karinaya uzaklık > 2 cm Visseral plevra invazyonu Hiler bölgeye ulaşan ancak tüm akciğeri kapsamayan atelektazi ya da obstrüktif pnömoni
T3: Tümörün herhangi bir büyüklükte olup göğüs duvarı (süperior sulkus tümörleri dahil) diafragma, mediastinal plevra, parietal plevra ve perikard gibi yapılardan herhangi birine direkt invazyon göstermesi; veya karinaya 2 cm’den daha yakın ancak karinayı tutmayan ana bronştaki tümör; veya bütün bir akciğeri kapsayan atelektazi veya obstrüktif pnömoni ile birlikte olan tümör
T4: Tümörün herhangi bir büyüklükte olup mediasten, kalp, büyük damarlar, trakea, özefagus, vertebral kolon, karina gibi yapılardan herhangi birini invaze etmesi; veya malign plevral veya perikardial sıvı ile birlikte olan tümör; tümörle aynı lop içinde satelit tümör nodül ve nodülleri

Bölgesel Lenf Nodu (N)

Nx: Bölgesel lenf nodlarının değerlendirilememesi
N0: Bölgesel lenf nodu metastazı yok
N1: Aynı taraf peribronşial ve/veya aynı taraf hiler LN met ve primer tümörün direkt yayılması ile intrapulmoner bezlerin tutulması
N2: Aynı taraf mediastinal ve /veya subkarinal lenf bezlerine metastaz
N3: Karşı taraf mediastinal,hiler ;aynı veya karşı taraf supraklavikular veya skalen lenf bezi metastazı

Uzak Metastaz

Mx: Uzak metastaz varlığının değerlendirilememesi
M0: Uzak metastaz yok.
M1: Uzak metastaz var.
Tümörün olduğu lob dışındaki tümör nodülleri

Kaynak: Akkoçlu A.: Akciğer Kanseri, <http://www.toraks.org.tr>

Tablo 6. Akciğer kanserlerinde evreler

Evre	TNM
0	TisN0M0
IA	T1N0M0
IB	T2N0M0
IIA	T1N1M0
IIB	T2N1M0 T3N0M0
IIIA	T3N1M0 T1-2-3 N2M0
IIIB	T1-4 N3M0 T4 N1-4M0
IV	T1-4 N0-3 M1

Kaynak: Akkoçlu A.: Akciğer Kanseri, <http://www.toraks.org.tr>

TNM sisteminin yeniden geliştirilmesi ile skuamöz, büyük hücreli ve adenokarsinom'lu (Non-small cell, NSCLC) hastalar, yapılacak tedavi ve prognoz yönünden Evre IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB ve IV şeklinde sınıflandırılmaktadır. Küçük hücreli (Small cell, SCLC) kanserli hastalarda TNM sistemi yerine VALG (Veterans Administration Lung Cancer Group) tarafından önerilen evreleme sistemi kullanılmaktadır. Buna göre hastalık bir hemitoraksta lokalize ise "sınırlı" ve hemitoraksın dışında daha yaygın ise "yaygın" olarak evrelendirilmektedir (Tablo 7) (6).

Tablo 7: Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Evreler

Sınırlı %30
Primer tümör bir hemitoraksda sınırlı, aynı taraf hiler lenfadenopati Aynı veya karşı taraf supraklavikular veya mediastinal lenfadenopati Atipik hücre içermeyen plevral sıvı
Yaygın %70
Karşı akciğer metastazı Karaciğer, kemik, beyin metastazı Malign hücre içeren plevral sıvı TNM evreleme sistemi küçük hücreli hastalarda da kullanılabilir.

Kaynak: Akkoçlu A.: Akciğer Kanseri, <http://www.toraks.org.tr>

1.7.1.10. TEDAVİ

Son 10 yıl içinde akciğer kanserlerinin tedavisinde önemli gelişmeler olmuştur. Evreleme ile erken ve geç kalmış olguları birbirinden daha iyi ayırmak imkanı ortaya çıkmış ve ameliyat edilemez olarak kabul edilen bir çok olguya cerrahi şansı verilmiştir. Akciğer kanserlerinde en büyük problem erken tanı problemidir. Asemptomatik dönemde teşhis edilmiş hastaların tedavileri hem kolay, hem de 5 yıllık sağ kalım şansları % 60'ların üzerinde bulunmaktadır. Akciğer kanserlerinde tedavi yöntemi kanserin histolojik tipi, evresi ve hastaların performans durumlarına göre biçimlendirilmektedir (6).

1.7.1.10.1. Cerrahi Tedavi

Akciğer kanserli hastaların çok az bir kısmı tanı konulduğu anda cerrahi şansına sahip olup, büyük kısmı (%20-25) inoperabildir. Cerrahi tedavi erken dönem akciğer kanserlerinde ve opere edilebilir hastalarda esas tedavi yöntemidir. Ayrıca tanısız ve palyatif amaçlı da uygulanabilir. Tümör yükünü azaltarak radyoterapi ve kemoterapinin etkinliği artırılabilir. Cerrahi tedavide başarı, hastaların iyi seçimine, evrelemenin iyi yapılmasına bağlı olup, ayrıca hastaların fizyolojik durumları, performansları (Karnofsky skalası), solunumsal ve kardiyak fonksiyonlarının preoperatif değerlendirilmesi de önemlidir (6).

1.7.1.10.2. Tıbbi Tedavi

Sitostatik ilaçlardan oluşan tedavidir. Küçük hücreli akciğer kanserlerinde öncelik taşınmasına rağmen, küçük hücreli olmayan ileri evrelerdeki hastalarda da uygulanabilmektedir. Kemoterapi akciğer kanserlerinde neoadjuvant (primer tedaviden önce) veya adjuvant (primer tedaviden sonra) verilebilir. Tıbbi tedavide yanıt oranları düşük olup, yaşam süresine çok belirgin etkileri gösterilememiştir. Kemoterapiler sisplatinle kombine ilaç tedavileri ile yapılmaktadır. İlaçların toksik ve pahalı olmaları göz önünde tutularak, histolojik tümör tipine göre, özellikle her evredeki küçük hücreli akciğer kanserlerinde sıklıkla kullanılmaktadırlar (6, 12).

Kemoterapinin etkisi radyoterapi ile kombine edilerek artırılmaktadır. Sisplatin içeren rejimler ön plandadır. Kemoterapi uygulamak için hastaların performans durumları Karnofsky'ye göre % 60 ve daha fazla, ECOG için de 0 ve I olmalıdır. İki kür kemoterapi sonunda tümörde küçülme olmazsa tedavinin kesilmesi, 70 yaş ve üstünde ve ileri derecede kilo kaybı olan, performans durumu %20-40 olan hastalara kemoterapi verilmemesi önerilmektedir. Tedavi uygulanacak hastalarda renal veya kardiyak sorunların bulunmamasına dikkat edilmesi gerekmektedir (6).

1.7.1.10.3. Hedefe Yönelik Tedaviler

Akciğer kanserinin tedavisinde yoğun bir şekilde uygulanan KT rejimlerinin etkileri geliştirilmeye çalışılmıştır. Ancak bu çabalara rağmen bu gruptaki hastaların prognozunda ilerleme sağlanamamıştır. Son 10 yıldır akciğer kanseri moleküler biyolojisinde ortaya çıkan gelişmeler ile özel olarak hedeflenmiş ajanların tedavide kullanımları gündeme gelmiştir. Epidermal büyüme faktörü reseptörünün hem kanser biyolojisindeki patogenetik yeri, hem de tümör gelişimindeki yeri göz önüne alındığında en çok EGFR inhibitörlerinin akciğer kanseri tedavisindeki rolü araştırılmıştır. EGFR inhibitörü ajanlar KHDAK'de yüksek oranda ekprese edilen EGFR'nin bloke edilmesi tirozin kinaz aktivitesinin inhibe edilmesi ve sonuçta hücre aktivasyonu ve proliferasyonunun inhibisyonuna neden olurlar.

Ayrıca moleküler hedefe yöneltilmiş tedaviler arasında hücre sinyal iletim inhibitörleri, matriks metalloproteinaz inhibitörleri, antianjiogenesis tedavileri, antisens tedaviler, antikor tedaviler ve immünoterapiler yer almaktadır (6, 49).

1.7.1.10.4. Radyoterapi

Akciğer kanserlerinde radyoterapinin uygulanması hücre tipine göre değişir. Radyoterapiye en hassas olanlar küçük hücreli başta olmak üzere indiferansiye kanserler ve daha sonra skuamöz hücreli kanserlerdir. Radyoterapi, evre olarak operasyona uygun olup, anormal solunum fonksiyonları, kan gazı bulguları, pulmoner hipertansiyon varlığı ve yeni miyokard infarktüsü gibi solunumsal ve kardiyak nedenlerden dolayı operasyona alınamayan hastalarda, rezektabl olan evre I tümörlerinde, trakea, karina, ana bronş tutulumu olan hastalarda küratif ve agresif (radikal) olarak uygulanmaktadır (6, 79).

Radyoterapi evre III A'da neoadjuvan (KT ile) uygulandığı gibi, ayrıca cerrahi sonrası adjuvan olarak, insizyon yerlerinde tümör nüksünü ortadan kaldırmada, cerrahi sınırda tümör tesbit edilenlerde, mediastinal pozitif lenfadenopati varlığında (N₂), evre IIIA ve B'de lokal kontrolü arttırmada, palyatif olarak evre IV'te, pancoast tümörlerinde, vena cava superior sendromu, dispne, ses kısıklığı, yutma güçlüğü, hemoptizi, atelektazi gibi tümörün bası bulgularında beyin, kemik ve supraklavikuler lenf bezi metastazlarında uygulanmaktadır (6).

1.7.1.10.5. Endobronşial Tedavi

Evre IV küçük hücreli olmayan ve yaygın küçük hücreli kanserli hastalarda palyatif tedavi olarak endobronşial tedaviler uygulanmaktadır. (Bronkoskopi, buji ve balon dilatasyon, elektrokoter, argon plazma koagülasyon, fotodinamik tedavi, kriyoterapi, stentler, brakiterapi, laser) Bu tedavilerden laser tedavisi ilk kez 1970 yılında Dispne semptomlu bronş obstrüksiyonu olan hastaları rahatlatmak amacıyla kullanılmış ve %50'den fazla oranda başarılı olarak bulunmuştur. Laser tedavisi, santral ve endobronşial tümörlerde, radyoterapi ve kemoterapi ile bronş tıkanıklığı giderilememiş ise uygulanmaktadır (62).

1.7.1.10.6. İmmünoterapi

Akciğer kanseri tedavisinde immünoterapi uzun yıllar empirik olarak denenmiş, ancak son yıllarda bu konuda daha olumlu görüşler belirmeye başlamıştır. İmmünoterapide amaç, hastada tümöre karşı immün yanıtı başlatmak veya arttırmaktır.

1.7.1.11. PROGNOZ

Akciğer kanserli hastaların büyük çoğunluğu hastalık belirtilerinin başlamasından itibaren 1 yıl içinde yaşamlarını yitirirler. Prognoz kanserin hücre tipine, evresine, hasta yaşına bağlıdır. Tüm akciğer kanseri tipleri göz önüne alındığında % 80'inde genel yaşam süresi yaklaşık 1 yıl olup, 5 yıl ve daha fazla yaşam oranı % 5-15'dir. Küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalar, küçük hücreli akciğer kanserli olanlara göre daha iyi prognoza sahiptirler (6).

Evre ilerledikçe prognoz kötüleşir, beş yıllık yaşam şansı evre I'de % 70, evre II'de % 30-50, evre III'de % 10 ve metastaz varlığında daha da düşük değerlerdedir. Periferik tümörlerde daha iyi prognoz gözlenmiştir. Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde hücre tipinin yanında esas olarak hastaların performans durumu, hastalık yaygınlığı, iştahsızlık, kısa sürede 4.5-5 kg'dan fazla kilo kaybı ve dispne yakınması prognozda rol oynamaktadır. Performans durumu %100 olan inoperabil olgularda ortalama yaşam 9 ay, %80-90 olanlarda 6-9 ay, %60-70 olanlarda 3-6 ay, %40-50 olanlarda 2 ay ve %20-30 olanlarda 1 aydır. Küçük hücreli akciğer kanserlerinde, tedavi edilmemiş sınırlı hastalığı olan hastaların prognozu, daha yaygın hastalığı olanlardan daha iyidir. Sınırlı olan olgularda yaşam süresi ortalama 3 ay, yaygın olanlarda ise ortalama 1.5 aydır.

1.7.1.12. İZLEM

Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde opere hastalar ve asemptomatiklerde ilk kontrol 1.ay ve sonra ilk 2 yıl içinde 3 ayda bir,3. yılda altı ayda bir, sonraki yıllarda yılda bir kontrol yeterlidir. Küçük hücreli hastalarda tam yanıt elde edilenlerde ilk 6 ay 2 ayda bir, sonra 12 ay 3 ayda bir ve daha sonra yılda bir kontrol yapılmaktadır.

Kontrollerde yakınmalar, fizik muayene ve PA akciğer grafileri değerlendirilmektedir. Semptom varlığında ileri laboratuvar tetkikleri ve BT, MR, USG... gibi tetkikler yapılmaktadır. İlk 2 yıl içinde lokal nükslerin ve gizli metastazların, ikinci primer kanser olasılığının %40-50 oranında görülebileceği, bu nedenle ilk 2 yıllık izlemin çok önemli olduğu belirtilmektedir (6).

1.7.2. HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

1.7.2.1. Akciğer Kanserinde Hemşirenin Rolü

Bir hasta akciğer kanseri tanısı aldığı anda hemşirelik bakımı çok fazla önem taşımaktadır. Akciğer kanseri tanısı alan hastaların bir çoğu tanı anında ileri aşamalarda saptanmaktadır. Ortalama sağkalım 7-12 aydır. Hasta ve ailesinin hemen verilmesi gereken çok fazla desteğe ve eğitime gereksinimi bulunmaktadır. Sigara içme akciğer kanserine neden olan en önemli risk faktörüdür ve sigara içen hastalar bazen, akciğer kanseri nedeniyle arkadaşları ve aileleri tarafından kınandıklarını düşünürler. Pasif içici olan hastalar, genellikle kendi yakınlarından biri olan sigara içen kişi, sevdiği birinin kanser olmasına yol açtığından dolayı suçluluk duyar. Bu tür nedenlerle hasta ve aileye emosyonel destek vermek çok önem taşımaktadır. Suçluluk, şok ve inkar, hemşirelerin akciğer kanseri ile tanışan hastalarda ilk dönemlerde sıklıkla karşılaştıkları duygulardır. Bu karşılaşma sırasında hemşire en iyi girişim olarak ne yapabilir? Bu sorunun cevabı, Hasta ve ailesinin akciğer kanseri tanı ve tedavisi ile ilgili olarak desteklenmesi ve eğitiminin sağlanması olabilir. Hemşireler bu konuda anahtar rol oynayan gruptur. Hemşire, hastayı hizmet alabileceği kuruluşlara yönlendirebilir. Akciğer kanseri, ileri aşamalarda tanılandığında genellikle tek bir kür ile iyi bir tedavi düzeyi sağlanmaz ve bu yüzden de hasta ve ailesinin planlı bir şekilde tedavisinin yapılması çok büyük önem taşır. Hedef, hastada var olan semptomları hafifletmek ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Akciğer kanserinde hemşirenin araştırmacı rolü, klinik çalışma ve taramalarda görev almaktır. Hemşire aynı zamanda, tedaviyi uygular ve yan etkilerini izler. Hemşireler, multidisipliner ekip, hastalar, onkolog ve cerrah için liyazon gibi çalışır. Hemşire, tedavi planını kontrol eder ve ekip içindeki iletişimi

kolaylaştırır. Bunların tümü yapılırken hasta ve ailesine en iyi bakım sunulmaya çalışılır (13, 15, 25, 34, 35, 50, 54, 82, 58, 76, 84).

Kanserli hastaya uygulanacak genel hemşirelik girişimleri, aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

1. Doku bütünlüğünü korumak,
 2. Beslenmeyi desteklemek,
 3. Alopesi, cilt değişikliği, ağrı, yorgunluk, stomatit, disfaji, diyare, ateş, kanama, bulantı, kusma, kabızlık gibi semptomları izlemek, kontrol altında tutmaya yönelik danışmanlık yapmak,
 4. Beden bilinci ve özgüven eksikliğine yönelik danışmanlık yapmak,
 5. Hasta ve aile eğitimi,
 6. Onkolojik aciller konusunda gereken gözlem, izlem, uygulama ve eğitim programlarını yürütmek,
 7. Son dönem kanser hastalarında, yaşlı kanser hastalarında, terminal evrenin getirdiği sorunlarla baş etmede yardımcı olmak,
- (3)

Görüldüğü gibi hemşirenin kanser tanısı almış olan hastası için ele alması gereken birçok konu vardır.

1.7.3. YAŞAM KALİTESİ

Son yıllarda özellikle kronik yetersizlik durumlarında yaşam kalitesinin tanılanması; gerek sağlık alanında araştırma ve epidemiyolojik incelemeler gerekse de klinik uygulamalarda bir sonuç ölçümü olarak giderek artan bir şekilde önem kazanmaktadır (55).

İlk kez 2. Dünya Savaşı'ndan sonra sözcük dağarcığına eklenen yaşam kalitesi terimi; farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Bazı yazarlar yaşam kalitesini iki komponenti olan iyilik hali olarak ifade etmişlerdir. Bu komponentlerden birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden "günlük faaliyetleri yürütebilme yeteneği"; ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan "hasta doyumu" olarak belirtilmiştir. Yaşam kalitesi ile ilgili diğer bir tanım; bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan

sağladığı doyumun bir bütün olarak algılanmasıdır. Bazı kaynaklarda ise hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurumun olabildiğince az olması şeklinde de tanımlanmaktadır (31, 45). Yaşam kalitesi ile ilgili kaynaklarda en yaygın kullanılan tanım; “Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram” şeklindedir. Yaşam kalitesinin içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur (4).

Yaşam kalitesinin içerdiği boyutlar genel olarak fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik faktörlere odaklanır. Çünkü bireyin fiziksel durumu psikososyal fonksiyonlarını büyük oranda etkilemektedir (17).

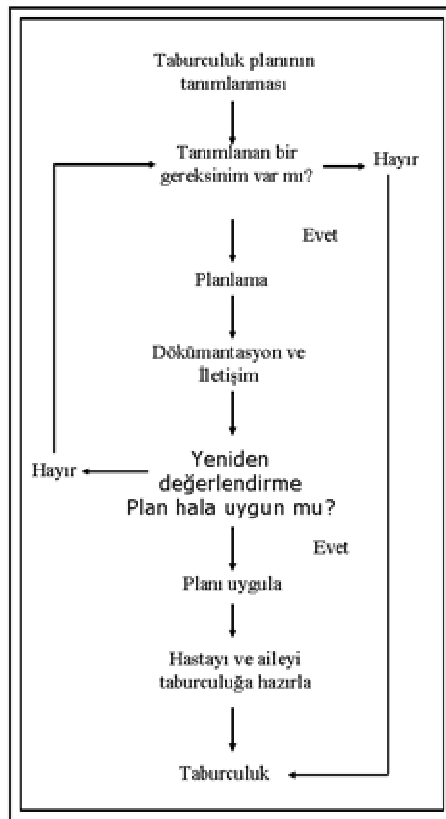
Yaşam kalitesi ölçümünün amaçları şunlardır:

1. Hasta Bireylerle İlgili Karar Verme: Yaşam kalitesi ölçümü, klinik kararları verirken çok daha önemli olmaktadır. Hekimler tedavi sürecinde hastayla ilgili tedavi kararlarını vermek durumundadırlar. Sağlık çalışanları tedavi seçeneklerinin planlanmasında, yaşam kalitesini değerlendirmek için yaşam kalitesi ölçümlerini kullanırlar.
2. Belli Grupların Gereksinimlerinin Tanımlanması: Belli bir popülasyonda yaşam kalitesinin ölçümü hastalık düzeyinin ötesinde bu popülasyondaki eğilimlerinin değerlendirilmesi ve kaynakların nasıl yerleştirileceğinin belirlenmesinde; sağlık ve sosyal politikaların uzun dönemdeki etkilerini değerlendirmede politikacılara yardımcı olur.
3. Sonuç Araştırmaları: Tıbbi ve hemşirelik girişimlerinin sonuçları, genellikle hastalığın belirti/ bulguları ve fonksiyonel durum üzerine odaklanır. Yaşam kalitesi sonuçları hastaların tedaviden aldıkları yararları ve memnuniyeti gösteren geniş bir bakış açısı sağlar.
4. Politika Geliştirme: Yaşam kalitesi değişiklikleri, sağlık bakım hizmetlerindeki değişikliklerin nüfus üzerindeki etkisini izlemeye yardımcı olabilir.
5. Endüstriyel Perspektif: Farmakoloji endüstrisi ve düzenleyicileri ilaçları veya araçları geliştirmek ve pazarlamak için karar vermede ve çeşitli tedavi seçeneklerinin göreceli yararlarını değerlendirmede yaşam kalitesi bilgisini kullanabilirler.

Sağlık bakımında elde edilen sonuçlar 3 nedene bağlıdır. Bunlar; **(1)** hastaların ne kadar uzun yaşadığı (sağkalım), **(2)** hastaların ne kadar iyi yaşadığı (yaşam kalitesi) ve **(3)** maliyetin ne kadar olduğudur (18). Birçok toplumda, kronik hastalığa sahip hastaların kaliteli bir yaşamdan çok, daha uzun bir yaşam sürmesi tercih edilmektedir. Son yıllarda bu eğilim, daha kaliteli bir yaşama doğru kaymaktadır. Bu bağlamda; hastaların yaşam kalitelerinin ortaya konması, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin uygulanması ve bu girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi sağlık profesyonellerinin birincil görevleri arasında yer almaktadır (36, 51, 74).

1.7.4. TABURCULUK PLANLAMASI

Sürekli bakımın anahtar bir bileşeni olan taburculuk planlaması,



Şekil-2. Taburculuk Planı Akış Çizelgesi.

Kaynak: Fadiloğlu, Ç.: "Taburculuğun Planlanması", Kansere ve Palyatif Bakım, Meta Basım, ss: 345-371, 2006.

hastanın hastane bakımından eve veya başka bir kuruma yatırılması için yapılan tüm girişimleri kapsamaktadır (71).

Taburculuk planı hemşireliğin temel adımları olan, (1) kapsamlı bir tanılama, (2) gereksinimleri belirleme, (3) planlama, (4) planı uygulama, (5) eğitim ve (6) değerlendirmeyi içeren bir süreçtir (Şekil 2).

Taburculuk planı, acil olarak gereksinim duyulan bir hemşirelik girişimidir. Mevcut hemşire sayısının az olması nedeniyle birçok hasta ve ailesi yeterli bir taburculuk eğitimi almadan hastaneden ayrılmaktadır. ABD'de, 7,300

hemşire ile yapılan bir çalışmada hemşirelerin % 75'i, hastaların yaşam

kalitelerini azaltabilecek şekilde yetersiz bilgi ile taburcu olduklarını ifade etmişlerdir. Kapsamlı taburculuk planlaması problemi, hastanelerdeki finansal baskılar nedeniyle yapılan erken taburculuk ve hastanedeki kısa zaman diliminde taburculuk eğitimine zaman ayıramama nedeniyle gittikçe büyümektedir (42, 46, 69).

Hastaların sürekli ve kesintisiz bakım almalarını sağlamak için, özellikle de karmaşık ve kronik doğası olan hastalıklarda, kapsamlı taburculuk planlamalarının yapılandırılması ve uygulanması doğal bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Taburculuk planının amacı, bir bakım düzeyinden diğerine ya da bir ortamdan diğerine geçişte bireye yardım sağlamak ve geçiş sürecini kolaylaştırmaktır. Özellikle geriatric hastalar birçok karmaşık kronik hastalıklarının bulunması nedeniyle, farklı yaşam ortamlarına geçişte, uyum gereksinimleri içerisinde olurlar ve bu geçiş sırasındaki durumları onların sağlığında dramatik değişikliklere neden olabilir. Bu değişiklikler, aile dışı bir faktör tarafından da tetiklenebilir. Bu nedenle hemşireler, taburculuk planı girişimlerine yönelik bilgi ve becerilerini artırarak hasta ve ailesine kaliteli bir bakım sunmanın yollarını aramalıdır (16, 19, 46).

Taburculuk planlaması, Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'na Göre (NIC) "mevcut sağlık bakım ajansı dışında ya da içinde yer alan herhangi başka bir yere veya bir bakım düzeyinden diğerine transfer edilecek hastanın geçişi için hazırlık yapmak" şeklinde tanımlanmaktadır. Lee, Chang ve arkadaşları, taburculuk planlaması ile hastanede kalış süresinde azalma arasında önemli düzeyde süreç-sonuç ilişkisi bulunduğunu belirtmektedir. Amerikan Hemşireler Birliğinin taburculuk planlamasını, akut bakımda bir süreç göstergesi olarak 21 klinik kalite ölçütünden biri olarak tanımlaması, taburculuk planlamasına verilen önemi göstermektedir (46).

Taburculuk planlamasının efektif bir girişim olduğuna dair bazı kanıtlar vardır. Yetersiz taburculuk planlamasının, hastaneye tekrar yatışlar, tedaviye uyumsuzluk, komplikasyon belirtilerinin tanınmasında başarısızlık ve psikolojik sıkıntı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Naylor ve arkadaşları (1999), hastaneye yatan yaşlı bireylere uygulanan taburculuk planını

değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar, taburculuk planlamasının bakımın sürekliliğini sağlamayı etkilenen primer faktör olarak tanımlamışlardır (46).

Taburculuk öncesi planlama, hasta ve hemşireye, tercihlerini ifade etme ve geçiş işlemleri ile ilgili karar verme süreçlerine katılma fırsatını verir. Bununla birlikte taburculuk ile ilgili hasta tercihlerinin ve karar almaya kalıtım sürecinin nasıl gerçekleştirileceğine yönelik az sayıda çalışma yapılmıştır (46, 63, 80).

Taburculuk planlaması, ABD' de, hastanelerde görev yapan sağlık ekibi tarafından hem sağlık hizmetini veren ekibin hem de hastaların sonuçlarını iyileştirmek amacıyla yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bununla birlikte, taburculuk planının etkinliğini destekleyen kanıtlar yetersizdir. Son zamanlarda yapılan az sayıda çalışma, hastanede kalış sürelerinde küçük miktarda azalmalar, yeniden yatışlar üzerine şüpheli etkiler olduğunu, hastanın sağlığı ile ilgili sonuçları etkilemediğini ancak hastaların taburculuk planlamasından memnun olduklarını belirtmektedir. Başka bir sistematik gözden geçirme (review) çalışmasına göre, akut bakım ortamından toplum ortamına geçiş sırasında sağlanan taburculuk planlaması, en geniş çaplı etkiye sahip uygulamadır (14). Taburculuk planlaması ile ilgili yayınlarda yer alan bu tür açıklamalardan, özellikle de ülkemizde derinlemesine incelenmesine gereksinim olduğu anlaşılmaktadır.

1.7.4.1. Taburculuk Planlamasının Amacı

Taburculuk planlamasının amacı; kesintisiz bakım sağlayabilmek için bir çerçeve oluşturmak ve hastanın bir ortamdan daha uygun diğer bir ortama (hastaneden eve) geçişini kolaylaştırmaktır.

Taburculuk planlamasının felsefesi; incelendiğinde:

1. Hasta merkezli bir süreçtir: Hastanın değerleri, istekleri ve gereksinimleri planlamanın temelini oluşturur.
2. Taburculuk öncesi, hastanın hizmet ve izlem gereksinimleri gibi temel gereksinimleri saptanmalıdır

3. Taburculuğun planlanması ile hastanın izlenme kriterleri otomatik olarak başlar ve olası uygulamalar ve periyodik değerlendirmeler bu süreçte dikkate alınır.
4. Taburculuk planlaması, multidisipliner bir süreçtir ve sürdürülmesi, tüm ekibin ortak, açık, yazılı ve yazılı olmayan iletişimine bağlıdır.
5. Uygun bakımın verilebilmesi; ekibin sürekli olarak eğitilmesine ve bireysel gelişimlerine bağlıdır.
6. Taburculuk planlamasında; hastanın tüm kararlara katılımı konusunda bilgilendirilmesi gereklidir. Hasta ve aileye: mali konular, tedaviye ait kararlar, kullanılan hizmetlerin süresi, tedaviye ait riskler ve yararlar ve yasal konular hakkında görüşünü belirtmesinin önemi vurgulanmalıdır.
7. Taburculuk planlaması hastanın olduğu her ortamda uygulanması gereken bir uygulamadır (60).

1.7.4.2. Taburculuk Planlamasının Adımları

1.7.4.2.1. Tanılama

1.7.4.2.1.1. Veri Toplama

Kapsamlı bir veri toplama sürecinde; özel öğrenme gereksinimlerinin değerlendirilmesi, çevresel unsurlar, gereksinimlerin hasta ve aile tarafından algılanma şekli, yüksek-riskli gereksinimler, finanssal gereksinimler, bakım göstergeleri ve uygun fırsatların türlerini, fiziksel ve psiko-sosyal faktörlerin bütününe içeren veriler toplanır. Bu faktörler hasta ve ailesi tarafından verilen bilgilerin yanı sıra, hasta dosyasından elde edilen verileri de kapsar (46). Hemşire veri toplarken bazı soru formlarını doldurmak zorundadır, böylece gereksinimler net olarak ortaya koyulur. Taburculuk planı tanılmasında hastaya ait bilgilerden bazıları aşağıda görülmektedir (10):

1. Hastanın önceki sağlık bakım durumu (ev, hastane, kurum)
2. Gereksinim duyulan bakım düzeyi
 - I. Seviye: Hasta hemşireye büyük oranda bağımlıdır ve tüm yönlendirmede yardıma gereksinim vardır.
 - II. Seviye: Hasta kararlara katılım gösterir. İleriye dönük düşünceleri olumludur.
 - III. Seviye: Hasta bu süreçte bağımsızdır. Hemşireye kaynak kişi olarak danışır.
3. Hastane sonrası gerekli bakım için; diyet, sosyal hizmetler, fizik tedavi desteği ve diğer desteklere gereksinimleri saptanır.
4. Hastayı bir üst düzey bakıma yönlendirmek için zaman akış çizelgesi/planı geliştirilmelidir.
5. Gerekli tedavileri ve eğitim düzenlenmiş olmalıdır.
6. Hastane sonrası bakımda gerekli olan; hastaya ve kuruma ait kaynakların varlığı belirlenmelidir.
7. Diğer bakım düzeyi için transferi kolaylaştıran mekanizmalar, kurumlar ve destek sistemleri ile bağlantı kurulmalıdır (10, 23, 33).

1.7.4.2.1.2. Hasta Gereksinimlerinin Tanılanması

Kompleks bir hastane dönemi sonrası hastanın gereksinimlerinin değerlendirilmesi deneyimli hemşireler tarafından yapılmalıdır. Plan multidisipliner ekip ile oluşturulmasına karşın, taburculuğun planlanmasından

hemşire primer sorumludur. Taburculuk planlanması: süreç kriterlerinden ziyade, sonuç kriterleri doğrultusunda organize edilmelidir. Böylece hemşire hastayı sürekli bakım için daha iyi hazırlayabilir.

Hastanın hastalığının evresi ve kanserin türü ve hasta durumunun kompleks olması, planın karmaşıklığı üzerinde etkili olmaktadır. Çünkü taburculuk eğitiminde; bu boyutların dikkate alınması gereklidir. Bu nedenle; hasta ve aile üyelerine taburculukla ilgili ilkeler önceden tam olarak açıklanmalıdır. Heyecanlı bir an olan taburculuk sırasında belirtilen bazı bilgiler sıklıkla doğru ve tam olarak hatırlanamaz. Bu nedenle taburculuk için hasta ve aileye hastaneye yattığı andan başlayarak; özbakım davranışları kazandırılmalı, tedavinin yan etkileri, beklenen sorunlar konusunda açıklama yapılmalı ve ileriki yaşama ait bilmek istediği konular açıklanmalıdır.

1.7.4.2.1.3. Hemşirelik Tanısı

Tanılamada riskli problemler saptanır ve ilgili hemşirelik tanısı koyulur. Anahtar kavramlar saptanır.

İlk olarak; tanılamanın ortak olması, gereksinim ya da hedeflerin ve beklenen sonuçların belirlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda “ortaklık”: Hasta ve sağlık profesyonelleri tarafından verilerin bir havuza biriktirilerek hastanın gelecekteki sağlık bakımı hususunda gereksinimlerini ortaya koyma konusunda ortak bir karara varma anlamına gelir.

İkinci anahtar kavram; “hastanın bakımına ve alınan kararlara katılmayarak kendini geri çekmesidir”.

Üçüncü kavram ise; hasta ve önemli diğer bireylerin profesyonellerin verdiği bakım ve desteği reddetmesidir. Bu gibi durumlarda; hemşire hastanın aktivitelerini yeniden düzenler. İletişim ağını açık hale getirir ve sorumluluğu ele alır.

Kanser hastalarının özel gereksinimlerini dikkate alan tam ve dikkatli bir değerlendirmeye toplanan veriler, özellikli problemlerin tanımlanmasına yardım etmek için kurumun teorik formatına göre toplanır ve semptomlar kümelendirilebilir. Hastanın hiyerarşik gereksinimleri ve sistemik tanımlamaya

ilişkin konularında verilerin analizi, taburculuk planlamasıyla ilişkili olabilecek hemşirelik tanılarına yol gösterecektir.

Hastanın bir kurumdan, başka birine geçişinde; hemşirelik tanısının tamamlanmış ve doğru ifadesinin, karşılayan kurum tarafından da belirlenmiş olması gerekir. İletişimde ortak ifadelerin kullanımı süreç için önem taşımaktadır. Günümüzde farklı belgeleme sistemleri kullanılmaktadır. Tanılar bilgisayar ortamında yer aldığından, tanı ifadelerinde standartlaşma gerçekleşmiştir. Bu yol ile doğru hemşirelik tanılara uygun olarak doğru uygulamalar gerçekleştirilir. Kanserli hastaların taburculuk planında yaygın olarak saptanan hemşirelik tanıları Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8. Taburculuk Planı İçin Birleştirilmiş Hemşirelik Tanıları

<ul style="list-style-type: none">▪ Hastalığa uyumda bozulma▪ Anksiyete▪ Bakım verici rolünde güçlük▪ Aile sürecinde değişim▪ Yorgunluk▪ Korku	<ul style="list-style-type: none">▪ Evde bakım yönetiminde bozulma▪ Yaralanma riski▪ Bilgi yetersizliği▪ Etkisiz terapotik yönetim▪ Öz bakımda yetersizlik
---	--

Kaynak: Fadiloğlu, Ç.: "Taburculuğun Planlanması", Kanser ve Palyatif Bakım, Meta Basım, ss: 345-371, 2006.

1.7.4.2.1.4. Beklenen Sonuçlar

Taburculuk planlamasında toplanan verilere ilişkin belirlenen problemlere yönelik tanılar gruplandırılır. Hemşire bilgi ve deneyimi ile hastanın var olan durumu ile ilgili bilgileri anlamlandırmaya çalışarak olası durumları dikkate alır ve beklenen sonuçları belirler. Ayrıca bu süreçte hastanın değişen sağlık durumu da izlenerek gerekli eklemeler yapılır. Hemşire bu noktada eleştirel düşünme gibi profesyonel özellikleri ile bilgi ve deneyimlerini birleştirir.

Tablo 9. Taburculuk Planı İçin Olası Hemşirelik Tanıları

<ul style="list-style-type: none">▪ Sağlık durumunda değişiklik▪ Korunmada değişiklik▪ Sürekli yatma ve lifli gıdaları tüketmeme ile ilgili kabızlık,▪ Düşünme sürecinde bozulma (bilinç, dikkat, bellek, uyum)▪ Hava yolları açıklığında yetersizlik (hava yolundaki sekresyonların birikimine bağlı)▪ Korku, kaygı	<ul style="list-style-type: none">▪ Beden gereksiniminden az beslenme▪ İletişimde bozulma▪ Enfeksiyon riski (immobilite, parenteral beslenme, invaziv yollara bağlı) Deri bütünlüğünde bozulma (sürekli yatmaya bağlı)
---	--

Kaynak: Fadiloğlu, Ç.: "Taburculuğun Planlanması", Kanser ve Palyatif Bakım, Meta Basım, ss: 345-371, 2006.

1.7.4.3.2. PLANLAMA

Sonuçların belirlenmesi, tanıya temelli, ölçülebilir terimlerle kayıt edilmiş olmalı hasta ve ailenin katılımı ile saptanmış olan bilgiler ışığında planlama yapılmalıdır. Hasta bakım planları gerçekçi ve ulaşılır olmalıdır. Hemşirede kritik düşünme ve öncelikleri saptama becerisini gerektirir. Planlama aşamasında, bireye özgü, organize ve amaca yönelik olarak nasıl bir hemşirelik bakımı verileceğine karar verilir.

Bakım planında:

1. Öncelikler belirlenir,
2. Bakımın amaçları kısa ve uzun vadeli olarak belirlenir,
3. Hemşirelik girişimlerine karar verilir
4. Bakım planı yazılır

Planlama, ilgili kurum ve hastanın birlikte, çözüme ulaşması gerekli problemlerin olduğunun fark edilmesiyle başlar. Hasta ve kurumlar için karşılıklı olan öncelikleri ortaya koymak, planlama başlangıcında esastır. Bunu hasta merkezli amaçların ve sonuçların somut olarak yazılması izler. Hemşire; önlemek, problemi çözmek ve süregelen bakım stratejilerini fark edebilmek için hemşirelik tanısını koyduran durumları tanımlamalıdır. Bakımın sürekliliği için, tanımlanmış önceliklerin ve sonuçların belgelenmesi, hastanın diğer ortama nakledilmesi açısından önem taşımaktadır.

1.7.4.3.3. DÖKÜMANTASYON VE İLETİŞİM

Taburculuk planlamasında yazılı kayıtlar önem taşımaktadır. Kayıtlar bakımın sürekliliği ve değerlendirilmesi açısından önem taşır. Bakım planları ekip arasındaki iyi bir iletişim aracıdır (3). Dökümantasyon; klinik uygulamalara ışık tutmak, profesyonellerin verdikleri tedavi ve bakımın belgelenmesi, yönetsel açıdan iyi bir izlem sağlaması ve iletişimi kolaylaştırması, araştırmalara kaynak olması, eğitim süreçleri için iyi bir materyal ve yasal bir dayanak olması, olası kaynakları dikkate alarak maliyetin belirlenmesi ve oluşturulacak politikaları yönlendirmesi açısından gerekli belgelerdir. Dökümantasyon doğru ve eksiksiz yapılmalıdır. Dökümantasyon formları; hastanın fonksiyonel düzeyini, sağlık bakımını sürdürmede izlem gereksinimlerini, eve uyum sağlamayı, maddi kaynakları dikkate almayı, danışmanlığı, sağlık eğitimi gereksinimlerini, var olan destek sistemlerini ve gerekli kamu kaynaklarını içermelidir. Taburculuğun planlama evresindeki kayıtlar hemşireye birçok yönden yarar sağlar. Gereksinimler belirlenirken; hasta bütüncül olarak ele alınmalı, fizyolojik gereksinimlerin yanı sıra psikososyal gereksinimleri de dikkate alınmalıdır. Tedavi edici bakım stratejilerinin yanı sıra önleyici bakım hizmetlerine de yer verilmelidir. Günümüzde dökümantasyonda komputere bilgi sistemleri kullanılmaktadır (75).

1.7.4.3.4. UYGULAMA

Taburculuk planını koordine eden hemşire, hastanın kurumdan eve taburculuğundan önce işlemlere başlamalıdır. Böylece hastanın evden kuruma geçişi kolaylaşmış olur. Hemşirenin uygulama becerileri, uygulamalar ve belgeleme olmak üzere iki evrede incelenmektedir.

Taburculuk planlaması uygulamaları, saptanan hemşirelik tanılarına ve hasta merkezli sonuçlara ulaşmak için spesifik olan stratejileri yansıtır. Stratejilerle ilişkili spesifik aktiviteler; hasta ve ailesine özeldir, uygun bakım sağlayıcı bireyler veya ortaklar tarafından yerine getirilmeli ve ortaya konmuş bakım standartlarını yansıtmalıdır. Hemşirelik uygulamalarının dilini standardize etmek için günümüzde çalışmalar yapılmaktadır. IOWA

Müdahaleler Projesi, taburculuk planlamasıyla ilişkili spesifik uygulama ve aktiviteleri sınıflandıran bir modeldir.

Hemşirelik uygulamalarında: Hemşirelik Uygulamaları Sınıflama Sistemi (NIC); Hemşirelik Tanıları (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği, NANDA) ve OMAHA Sistem modelinden yararlanılmaktadır (72.). Taburculuk planlaması için bu sistemler doğrultusunda gerekli uygulamalar ve bunlara yönelik aktiviteler tanımlanmış ve listelenmiştir. Hemşire, beklenen sonuçlarda betimlendiği gibi, hastanın kendine özgü ihtiyaçlarına bağlı olarak aktiviteler seçer. Her bir profesyonel hemşire, hastalara ilişkin spesifik aktivitelerin seçimi, uygulanması ve belgelenmesinden sorumludur.

Taburculuk planlaması uygulamalarına ait tüm aktivitelerin belgelenmesi gerekmektedir. Özel gereksinimlerin bakım kurumuna belgelenmesi; geri ödemeler için önemlidir. Ödeme amaçlı belgelemeler bakımın sürekliliği için esastır (27, 72).

1.7.4.3.5. HASTA EĞİTİMİ

Taburculuk planlaması kapsamında yapılan eğitimin yetişkin eğitimi prensipleri dikkate alınarak; sürekli ve interaktif olması, akılda kalıcılığını pekiştirmek için ise yazılı ve görsel eğitim materyallerini (eğitici broşürler, kitapçıklar gibi) içermesi önerilmektedir (22, 26, 43, 57, 61, 78).

Eğitim hasta hastaneye yattığı andan itibaren başlar, ancak taburculuk ile son bulmaz. Hastanede yatış süresi boyunca ve taburculuğa hazırlık aşamasında; hasta ile hastalığı, tedavisi, sosyal destek sistemleri (varlığı-yokluğu) ile ilgili değerlendirme yapılmalıdır. Hastanın ev ortamındaki bakımı sırasında karşılaşılabilecek güçlükler, bakım verenlerin durumu ve karşılaştıkları problemler, hastanın ilaç ve hastalıkla ilgili semptomları yönetebilme kapasitesi değerlendirilerek taburculuk sonrası devam eden bir eğitim planlanmalıdır.

Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması hastalık yönetiminin iyi yapılmamasına, dolayısıyla da ilaç yan etkilerinin oluşmasına, hastalık aktivitesinin artmasına/kontrol edilememesine, tekrar hastaneye yatışlara neden olur. Hemşirenin kanser hastasının eğitimindeki rolü,

hastaya/aileye hastalık bilgisi ve ortaya çıkan sorunlarla baş edebilme becerilerini kazandırmaktır (3).

Taburculuk eğitimi: kanserli hastanın ailesinin evde yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan bilgilerin planlı bir şekilde verildiği bir süreçtir. Eğitim planı hastaya özgü olarak tanılamayı, planlamayı, uygulamayı ve değerlendirmeyi içerir. Eğitimin tanınmasında hasta ve ailede var olan; kavrama, duyma, anlamaya ait engeller ve konsantrasyon düzeyi dikkate alınmalıdır (75).

Eğitim süreci, hastalık konusunda bilgi verme, hastaya destek sistemleri konusunda farkındalık sağlama, evin yaşanılabilir hale gelmesi, verilecek tedavinin özelliği gibi konuları kapsar. Tablo 10 da hasta ve ailenin eğitim gereksinimlerini içeren bazı konu alanları görülmektedir Eğitimde hasta ve aile bilgi gereksinimlerinin yanı sıra, eğitime hazır oluşluk, uygun kaynakların saptanması ve eğitim materyallerin hazırlanması gereklidir (60).

Eğitim hasta ve aile için olduğu kadar sağlık bakım profesyonelleri için de vazgeçilmez bir aktivitedir. Teknoloji ve bilginin gelişmesi, profesyonellerin ve hastanın gereksinimlerini de farklılaştırır. Onlar da; gelişen teknoloji ve bilgiler doğrultusunda değişim göstermeli, kendilerini geliştirmeli ve bu bilgilerini uygulamalara aktararak davranışa dönüştürmelidir. Böylece hasta gereksinimlerine uyum sağlamaları daha kolay olacaktır (3, 67, 71).

Tablo 10. Eğitimde Hastaya Ait Bariyerler

- Duyusal değişiklikler
- Ağrı
- İdrarla ilgili sorunlar
- Güçsüzlük
- Dikkatte azalma
- Motor faaliyetleri sürdürmede fiziksel yetersizlik
- Çevresel faktörler
 - Gürültü
 - Ortamın ısısı
- Depresyon
- Depresyona bağlı enerji kaybı

Kaynak: Fadıloğlu, Ç.: "Taburculuğun Planlanması", Kanseri ve Palyatif Bakım, Meta Basım, ss: 345-371, 2006.

Tablo 11. Hasta ve Aile İçin Taburculuk Eğitim Konuları

- Hastalık bulgusu
- İlaç bilgisi
- Olası komplikasyonlardan korunma
- Komplikasyonları, belirtileri tanıma
- Kontroller ve vizitlerin zamanlanması
- İlgili kurumlara ait bilgi ve danışmanlık
- Sağlığı koruma (enfeksiyon, beslenme)
- Solunum egzersizi
- Öz bakım aktivitelerini sürdürme
- Yara bakımı
- Basınç yaralarını önleme
- Kateter bakımı
- Beslenme planı
- Semptom kontrolü; (Uyku, konstipasyon, ağrı, yorgunluk, enerji yönetimi)

Kaynak: Fadiloğlu, Ç.: "Taburculuğun Planlanması", Kanser ve Palyatif Bakım, Meta Basım, ss: 345-371, 2006.

Eğitim; 1994'de Sağlık Bakım Organizasyonları Akreditasyon ve Birleşik Komisyonu (JCAHO) 'nun belirlediği hasta ve aile eğitim standartları doğrultusunda hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

JCAHO'nun eğitim standartlarını içeren konular aşağıda belirtilmiştir: Eğitim hastanın ve ailenin anlayabileceği bir yöntem ile verilmelidir (75).

Eğitim konuları:

- İlaçların etkin ve güvenli kullanımı
- Tıbbi araçların etkin ve güvenli kullanımı
- İlaç ve gıda etkileşimi ve beslenme tedavisine ilişkin öneriler
- Hastalığa uyumu kolaylaştırmak için rehabilitasyon tekniklerine ait öneriler
- Uygun toplum kaynaklarına erişim
- Tedavi yönteminin ne zaman ve nasıl değiştirileceği
- Hasta bakımında; hasta ve ailenin sorumlulukları

Bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, taburculuk sonrası kullanılmak üzere kendisi için önem taşıyan bazı noktaları içeren talimatlar yazılı olarak verilmelidir. Aşağıda görülen sorular doğrultusunda hemşire hastayı ve aileyi eğitmelidir (64, 75).

1. Bir sonraki randevuya kadar bekleyemeyeceğim sorunlarım olduğunda kimi arayacağım?
2. Hangi belirti ve bulgulara karşı uyanık olmalıyım?
3. Hangi durumda endişelenmeliyim?

4. Hangi durumda hastaneyi aramalıyım?
5. Profesyonele nasıl ulaşabilirim?
6. Mesai saatleri dışında nasıl iletişim kurabilirim?

Hasta ve ailenin unutableceği dikkate alınarak bu soruların yanıtları yazılı olarak verilmelidir.

1.7.4.3.6. PROGRAMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hemşire; hastanın sonuçlarına dayanarak programın gelişimini değerlendirmelidir. Temelde 3 değerlendirme şekli bulunmaktadır; ön değerlendirme, ara değerlendirme ve son değerlendirme. Ancak hastanın durumunda bir değişiklik saptanırsa ara değerlendirmelerin sayısı arttırılır.

Değerlendirme prensipleri:

1. Sistematiik bir süreçtir.
2. Hastalığın seyrini gösterir.
3. Gereksinim olduğunda tekrar gözden geçirilerek düzeltmeler yapılır.
4. Hasta, ailesi ve sağlık ekibi üyeleri değerlendirmeye katılım göstermelidir.
5. Tüm değerlendirme sonuçları kayıt edilmelidir.

Değerlendirmede beklenen sonuçların ölçümleri için, iki soruya yanıt aranmalıdır:

1. Hasta, beklenen sonuçlara ulaştı mı?
2. Hemşirelik uygulamaları, hastanın yeteneğini geliştirdi mi?

Sonuçlara ulaşmada başarı ölçümleri, bu soruların yanıtları doğrultusunda değerlendirilir. Bu tür ölçüler, taburculuk planlaması sürecinin herhangi bir anında oluşabilir. Periyodik değerlendirme, süregelen bir süreç olarak sağlık bakımının sürdürülmesi ile ilgili veriler sağlar. Bakımın sonuçlandırılmasında toplanan son veriler bir anlamda; bakımın değerlendirilmesini de kapsamaktadır, bazı göstergeler (hastaneye tekrar kabul veya komplikasyon sayısı gibi) hemşirenin; sağlanan bakımın etkili olup olmadığını, taburculuğun uygun olup olmadığını, ve böylece de hasta için yeterli planlamanın oluşup oluşmadığını belirlemesine önemli kriterlerdir.

Hasta memnuniyeti de, her değerlendirme sırasında profesyonel araçlarla saptanmalıdır.

Tam ve dikkatli bir değerlendirme ile bakım planındaki güçlü ve zayıf noktalar ortaya çıkarılır. Başarıya ulaşılmış olabilir veya değerlendirme temelinden değiştirilebilir, hafifletici nedenler veya değişiklikler tanımlanabilir veya sonuçların başarılmasında etkili olan bilinmeyen bazı değişkenler de ortaya çıkabilir.

Hemşireler IOWA sonuçları doğrultusunda, hemşirelik uygulamalarında hasta sonuçlarını tanılamak için kullanılan standardize bir dil olan NOC üzerinde titizlikle çalışmaktadır. Tanımlamış sonuçlar, hemşirelik uygulamalarının etkililiğini ölçmek için kullanılabilecek spesifik göstergelerdir. Sonuç lmlerinin kullanımı ile hemşireler kullandıkları NANDA hemşirelik tanılarının, beklenen sonuçların, amaca ulaşıp ulaşmadığını saptarlar.

Bakımı koordine eden hemşire, gerekli verilerin elde edildiğini, analiz edildiğini ve ayrıca sonuçların uygun şekilde kayıt edildiğini değerlendirmeli ve bu işlemleri koordine etmelidir. Değerlendirme verilerinin kullanımı, sağlık bakım kurumları ve ödemeyi yapan kaynaklar tarafından önem taşıyan belgelerdir.

Taburculuk planlanmasının değerlendirilmesinde aşağıdaki sorulara yönelik yanıtlar aranmalıdır:

1. Hasta ve ailesi: tanıyı, hedeflenen fonksiyonel düzeyi, taburculuk sonrası ilaçların emniyetli ve etkin bir şekilde kullanımını, hedeflenen tıbbi izlemleri anlamış mıdır?
2. Hasta yetenekleri gerçekçi olarak saptanarak zaman akış izelgesi yapılmış mıdır?
3. Taburculuk sonrası uygun bakımda aktif rol alması için hasta ve ailesine özel öneriler ve eğitim verilmiş midir?
4. Hasta için; toplum destek sistemleri ile koordinasyon sağlanmış mıdır?

5. Hasta ve ailesinin bozulmuş aile dinamiği gibi durumlarda; amaca ulaşmalarını etkileyecek olan sorunlar var mıdır? Bu durum ile baş edebilmeleri için yeterli davranışlar geliştirilebilmiş midir?
6. Aile kaynakları; fiziksel, maddi, emosyonel, ruhsal ve sosyal yönden amaca ulaşmada yeterli midir?
7. Hastanın bir başka kuruma yerleştirilmesi düşünülüyor mu? Destek sistemlerinin koordinasyonu yapıldı mı? Nakil işlemi gerekli midir?

Bazı kanser hastalarının taburculuk sonrası evde veya ileri bakım kuruluşlarında bakımın koordinasyonu da kurum hemşiresinin sorumluluğu altındadır. Hemşire hastaya bir sağlık bakım ajansından diğer sağlık bakım kurumuna veya eve hazırlamak için yaptığı taburculuk bakım planını uygulamaya koyarak, sağlık bakım ajansı ve bakım sağlayıcı servislerle gerekli anlaşmaları yapmalıdır (60, 61, 89). Ancak son olarak hastanın taburculuk konusundaki tercihleri sorgulanmalı ve dikkate alınmalıdır:

1. Eve gitmek istiyor musunuz?
2. Evinizde sağlığını sürdürülecek bakımı yüklenmede kendinizi yeterli hissediyor musunuz?
3. Evde gereksinimlerinizi karşılamada hemşirenin talimatlarına uyacak mısınız?
4. Ev ortamında bakım için öğrendiğiniz beceriler sizce yeterli mi?
5. Evde size bakmak için istekli olan aile üyesi var mı?
6. Eve gittiğinizde hangi özel araçlara, aletlere ve kaynaklara gereksinimiz var?

Değerlendirilen bu sorular, hastanın taburculuk için hazır oluşluk düzeyini yansıtacaktır.

Sonuç olarak; taburculuğun planlanması; evde bakım ya da diğer bakım kurumları için önem taşımaktadır. Hastanın özellikleri ve gereksinimleri doğrultusunda planlanan bakım; taburculuk standartları doğrultusunda gerçekleştirildiğinde;

1. Hastalar sağlık bakımını en üst düzeyde kullanma hakkını elde ederler,
2. Bakımı kaliteli bir şekilde alırlar,

3. Maliyet etkili ve güvenli olması nedeni ile evde yaşanan problemler azalır.

Ancak ülkemizde taburculuk hala planlı olarak yapılamamaktadır. Ülkemiz koşullarına uygun taburculuk planlama stratejilerinin geliştirilmesinin gerekliliği bilinmektedir. Hemşirelerin bilgi tabanının yanı sıra; hastaların ve hizmet sunan özel kuruluşların değişen gereksinimlerini karşılayabilecek şekilde bilgi ve uygulamalarını güncellemeleri gerekmektedir.

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, akciğer kanseri olan bireylere uygulanan taburculuk planlamasının hastaların, yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla bağımsız, pre-post testli deney-kontrol çalışması şeklinde planlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (İzmir) Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde Mayıs 2006 –Temmuz 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Bilim Dalı'nda tedavi gören, 32 (Deney 16 – Kontrol 16) akciğer kanserli hasta oluşturmuştur.

2.4. ARAŞTIRMADA ÖRNEKLEM

Araştırmanın örneklemini; belirtilen evren içinden, belirlenen kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden; kontrol grubu için 16 ve deney grubu için 16 olmak üzere akciğer kanseri olan 32 hasta oluşturmuştur. Hastaların araştırmaya dahil edilmesi için belirlenen kriterler şunlardır:

1. 18 yaşından büyük olması,
2. En az okur-yazar düzeyde veya ilkökul düzeyinde eğitim seviyesine sahip olması,
3. Karnofsky performans skalası ile ölçülen performans düzeylerinin 70 ve üzeri olması
4. Kemoterapi ya da radyoterapi alıyor ya da hiç tedavi almıyor olması ancak hastanın radikal cerrahi tedavi görmemesi.
5. Eğitimlere katılabilecek koşulları (toplantıya katılım gibi) sağlaması
6. Bilinci açık oryante, koopere olması.
7. Görme ve işitme probleminin olmaması, sözel iletişim kurabilmesi,

2.5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

İlk aşamada deney grubu hastaları ile çalışılmıştır. Veri toplama formları kullanılarak deney grubundaki hastalardan ilk veriler toplanmıştır. İlk verilerin toplanmasından sonra deney gurubuna hazırlanan taburculuk programı uygulanmıştır.

İkinci aşamada, taburculuğu izleyen 2. Haftada tekrar ölçümler yapılmıştır. Son ölçümler ise 6. Haftada yapılmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan hastalara herhangi bir uygulama yapılmaksızın ilk, ikinci hafta ve altıncı hafta ölçümleri yapılmıştır.

2.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

2.5.1. Akciğer Kanseri Bireylere Yönelik Veri Toplama Formu (Ek I):

Akciğer kanseri olan bireylerin demografik verileri, hastanın tanılanması ve hastalığına ilişkin sistematik verileri elde etmek ve taburculuk planına temel oluşturması amacı ile araştırmacı tarafından literatür desteğiyle hazırlanan form iki bölümden oluşmaktadır.

A. Bireye İlişkin Sosyo-demografik özellikler: cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu ve çalışma durumunu içeren 10 sorudan oluşmaktadır.

B. Hastalığa İlişkin Özellikler: Hastalık evresi, ailesel kanser öyküsü, tedavi yöntemi, gibi özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır.

2.5.2. Akciğer Kanseri Semptom Skalası-AKSS (Lung Cancer Symptom Scale-LCSS) (Ek II):

Akciğer Kanseri Semptom Skalası (AKSS), özellikle klinik terapötik kullanım amaçlı özel bir yaşam kalitesi ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir. Bu araç, akciğer kanseri olan hastalarda, sağlık ile ilgili girişimlere yönelik derinlemesine incelemeler yapma amacını güden çalışmalarda, fiziksel ve fonksiyonel yaşam kalitesi alanlarına yoğunlaşmaktadır. AKSS iki skaladan oluşmaktadır: birisi hasta için diğeri ise gözlem yapan sağlık çalışanı içindir. Değerlendirmeyi yapan sağlık görevlisi sadece, hastanın subjektif algısını

yansıtan hasta skalasını ya da her ikisinin kombinasyonunu kullanmayı tercih edebilir. Hasta skalası, dokuz maddeden oluşmakta ve hastanın akciğer kanseri ile ilgili majör semptomlara ilişkin altı ve üç özetleyici soru bulunmaktadır. Semptomlar: iştah, yorgunluk, öksürük, dispne, hemoptizi ve ağrıdır. Özetlemeler: semptomatik distres, hastalığın aktivitelere etkisi ve global yaşam kalitesidir. Hastalar her biri ayrı bir kart üzerine yazılmış olan sorular ile birlikte verilen 9 vizüel analog skalayı kullanır. Her bir cevap 100 mm lik yatay çizgi üzerine işaretlenir.

Bu aracın geliştirilmesindeki amaç, pratik bir yaşam kalitesi ölçümü sağlamak ve bakım sırasındaki seri ölçüm sayesinde ekibin yükünü azaltmaktır. Bu skala, Dr. Patricia Hollen ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Skalanın uygulanması sadece 3-5 dakika sürmekte ve çok kolay anlaşılmalıdır.

AKSS, yayınlanan çalışmalarda, yaklaşık olarak 1000 akciğer kanserli hasta için kullanılmıştır. Yapılan çalışmalarda analiz için uygun bir yöntem olduğu belirtilmiş ve önerilmiştir (59).

2.5.3. Karnofsky Performans Skalası (Ek III):

Karnofsky Performans Skalası, klinisyenler tarafından hastaların günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullandıkları bir ölçüm aracıdır. Hastalar fonksiyonel yetersizliklerine göre 0-100 arasında değişen puanlar alırlar. 100 en iyi fonksiyonel yeterlilik durumunu gösterirken 0 puan fonksiyonel yeterliliğin hiç olmadığını (ölümü) göstermektedir.

2.5.4. EORTC QLQ C-30 (Version 3.0) ve LC-13 Akciğer Modülü (Ek VI):

Kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitesini tanılamak amacıyla kullanılacak olan EORTC QLQ C-30 Yaşam kalitesi ölçeği, Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Güzelant ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Türkçe'ye uyarlanmış ve akciğer kanseri olan hastalar için Türk toplumu içi geçerlik güvenilirliği saptanmıştır. Ölçeğin cronbach alfa katsayısı ≥ 0.70 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda ölçeğin; geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır.

EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 30 maddeden oluşmakta ve fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt bölümü bulunmaktadır.

Fonksiyonel alt boyutu: Fiziksel (1-5. sorular), rol (6. ve 7. soru), bilişsel (20. ve 25. soru), emosyonel (21-24. sorular), sosyal (26. ve 27. soru), global yaşam kalitesi (29 ve 30. soru), olmak üzere altı boyuttan oluşmaktadır (39, 40).

Semptom alt boyutu: Yorgunluk (10, 12 ve 18. sorular), bulantı ve kusma (14 ve 15. soru), ağrı (9. ve 19. soru), diyare (17. soru) ve mali etki (28. soru) semptomlarını içermektedir.

Ölçekten elde edilen yüksek puan fonksiyonel düzeyin yüksek olduğunu göstermektedir (39, 40).

2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Araştırmaya başlamadan önce ünitelerde görevli hemşire ve doktorlara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir.

Akciğer Kanseri tanısı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğine yatan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar arasından deney grubuna alınan hastalar baz alınarak; kontrol grubu hastaları, hastalığın evresi, cinsiyet, ve eğitim düzeylerine göre eş tutularak seçilmiştir.

Taburculuk öncesi her iki gruba da herhangi bir girişim yapılmadan önce uygulanan, Akciğer Kanseri Semptom Skalası, Karnofsky Performans Skalası, EORTC QLQ C-30 ve LC-13 skalaları, taburcuk sonrası her iki gruba 2. ve 6. Haftalarda tekrar uygulanarak araştırmanın veri toplama aşaması sonlandırılmıştır.

Kontrol grubuna alınan hastalara rutin klinik bakım, deney grubuna alınan hastalara ise rutin klinik bakım ve planlanan taburculuk programı uygulanmıştır.

Tablo 12. Anket Formlarının Uygulanması

DENEY GRUBU	Z ₀	Z ₁	Z ₂
1. Akciğer Kanseri Olan Hastalara Yönelik Veri Toplama Formu (Ek I)	X		
• Sosyo-demografik özellikler	X		
• Tıbbi özellikler	X		
2. Akciğer Kanseri Semptom Skalası-AKSS (Lung Cancer Symptom Scale-LCSS) (Ek II)	X	X	X
3. Karnofsky Performans Skalası (Ek III):	X	X	X
4. EORTC QLQ C-30 (Version 3.0) ve Akciğer Modülü (Ek VI):	X	X	X
5. Taburculuk planının uygulanması	X		
• Eğitim kitabının verilmesi	X		
• Bilgilendirme toplantısı-Birebir Eğitim yapılması	X		
• Telefonla sürekli danışmanlık hizmetinin verilmesi			
KONTROL GRUBU	Z ₀	Z ₁	Z ₂
Hasta Tanılama Formu (Ek I)	X		
• Sosyo-demografik özellikler	X		
• Tıbbi özellikler	X		
2. Akciğer Kanseri Semptom Skalası-AKSS (Lung Cancer Symptom Scale-LCSS) (Ek II)	X	X	X
3. Karnofsky Performans Skalası (Ek III):	X	X	X
4. EORTC QLQ-C30 (Version 3.0) ve Akciğer Modülü (Ek VI):	X	X	X
Z ₀ : Hiçbir uygulama yapılmadan önceki ilk veriler			
Z ₁ : Eğitimden 2 hafta sonraki veriler			
Z ₂ : Eğitimden 6 hafta sonraki veriler			

Tablo 13. Araştırma Planı

DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU
TANIŞMA *Çalışma için onam alma *Anketlerin Uygulanması	TANIŞMA *Çalışma için onam alma *Anketlerin Uygulanması
RUTİN KLİNİK UYGULAMA VE BAKIMIN SAĞLANMASI + TABURCULUK PROGRAMINI UYGULAMA	RUTİN KLİNİK UYGULAMA VE BAKIMIN SAĞLANMASI
*Taburculuk planı doğrultusunda Planlanan Standart Hasta Eğitiminin (Eğitim materyalleri kullanılarak) ve telefon ile danışmanlık hizmetinin verilmesi	RUTİN KLİNİK UYGULAMANIN SÜRDÜRÜLMESİ
TABURCULUK	TABURCULUK
*İkinci Hafta Ölçüm Altıncı Hafta Ölçüm	*İkinci Hafta Ölçüm *Altıncı Hafta Ölçüm

2.6.1. Kontrol Grubu (KB)

Kontrol grubuna alınan hastalara rutin klinik bakım aynen uygulanmıştır. Taburcu olmadan önce hasta ile tanışılarak çalışmaya katılım ve anket formlarının uygulanması konusunda sözel ve yazılı onam alınmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ilk verileri taburcu olmadan hemen önce veri toplama araçları kullanılarak toplanmıştır. Taburculuktan sonraki 2. ve 6. Haftalarda bu formlar kullanılarak iki ölçüm daha yapılmıştır.

2.6.2. Deney Grubu (DG)

Deney grubuna alınan hastalara **Taburculuk Planı** uygulanmasında aşağıda sıralanan araçlardan yararlanılmıştır. Hasta ile tanışılarak araştırmaya katılım için sözel ve yazılı onam alınmış ve taburculuk planının içeriği doğrultusunda girişimler uygulanmıştır. Bu uygulamalar eğitim kitabının verilmesi ve eğitim toplantısı aktivitelerini içermektedir. Ayrıca hastaya telefon numarası verilmiş ve bu numarayı 24 saat içerisinde ihtiyacı olduğunda her zaman arayabileceği söylenmiştir. Başlagıç olması açısından her hasta görüşmeden sonraki üç gün içerisinde en az bir defa aranmıştır.

Hastanın demografik özellikleri, sağlık tanılması ve hastalığa ilişkin sistem sorgulamaları sonraki görüşmelere temel oluşturması için Akciğer Kanseri Olan Bireylere Yönelik Veri Toplama Formu, yetersizlik durumunu tanılamak için Karnofsky Performans Skalası, semptom kontrolünü belirlemek için **Akciğer Kanseri Semptom Skalası** ve yaşam kalitesini

belirlemek üzere **EORTC QLQ C-30 ve LC-13 Akciğer Modülü version 3.0** ölçeği uygulanmıştır.

2.6.2.1. Deney Grubuna Verilen Eğitim Programı:

Deney grubu hastaları için oluşturulan Taburculuk Planı standart olarak hazırlanmıştır. Ancak geniş kapsamlı hasta tanılmasından sonra, özellikle eğitimler sırasında hastaların bireysel problemlerine yönelik özel girişimlere de yer verilmiştir.

Akciğer Kanseri olan bireylere eğitim vermede kullanılmak üzere **“Akciğer Kanseri Olan Hastalar Ve Aileleri İçin Rehber”** adlı bir eğitim kitabı hazırlanmıştır. Literatür bilgileri ışığında, danışman öğretim üyelerinin rehberliğinde geliştirilen bu kitap; akciğer kanserinin tanımı; belirti ve bulguları; tanı kriterleri; tedavi amaçları; ilaç etkileri, yan etkileri ve ilaçların kullanımı boyunca dikkat edilmesi gereken önemli noktalar; dinlenme ve egzersizin önemi; semptom yönetimi stratejileri; akciğer kanserinin kendisinden ve tedavisinden kaynaklanan sık görülen sorunlar ile günlük yaşamda başa çıkmada yararlı olabilecek öneriler oluşturmaktadır. Hastalıkları hakkında bilgi edinmenin her hastanın hakkı olmasından yola çıkılarak araştırmaya katılan tüm kontrol ve deney grubundaki hastalara bu kitap verilmiştir. Kontrol grubu hastaları son ölçümde kitaplarını almışlardır. Daha önce sormak istediklerini not almaları istenmiş ve bu sorular son ölçümden sonra yanıtlanmaya çalışılmıştır. Ayrıca telefonla danışmanlık hizmeti kontrol grubu hastaları içinde başlatılmış ve halen sürdürülmektedir. Deney grubundaki hastalara ise; kitap içeriğinde bulunan tüm konular taburculuk planı doğrultusunda yatıştan itibaren taburculuğa kadar, daha önceden belirlenen plan çerçevesinde uygulanmıştır.

2.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; hastanın fonksiyonel düzeyi, yaşam kalitesi ve semptom kontrolüdür.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu ve hastaya uygulanan Taburculuk Planlamasıdır.

2.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Science 11,5 (SPSS) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Hastalara ilişkin demografik ve tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların demografik özellikleri açısından benzer bir dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek amacı ile **Levene's testi** (varyansların homojenliği testi) yapılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastalara ilişkin puanlar arasındaki farklar, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir (5).

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırmanın yürütülmesi ile ilgili zaman takvimi Tablo 14'de sunulmuştur.

8 Mart 2006 –Tez önerisi sunumu	
Nisan—Mayıs –2006	Uygulama İçin Hazırlık ve Tezin Kavramsal Çerçevesinin yazımı
Mayıs 2006--Temmuz 2007	Veri Toplama
Temmuz –2007	Verilerin analizi,
Temmuz - Ağustos-2007	Araştırmanın Yazımı
Ağustos- 2007	Araştırmanın Basımı
04 Eylül 2007	Tez savunması

Tablo 14. Araştırmanın Uygulama Takvimi

SÜRE	Mart 2006	Nisan 2006	Mayıs 2006	Haziran 2006	Temmuz 2006	Ağustos 2006	Eylül 2006	Ekim 2006	Kasım 2006	Aralık 2006	Ocak 2007	Şubat 2007	Mart 2007	Nisan 2007	Mayıs 2007	Haziran 2007	Temmuz 2007	Ağustos 2007	Eylül 2007
Öneri Sınavı	X																		
Araştırmanın Uygulanması İçin Hazırlık Aşaması		X	X	X															
Araştırma Verilerinin Toplanması					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Araştırma Verilerinin Analizi /Yorumlanması																		X	
Araştırmanın Yazımı																		X	
Araştırmanın Basımı																			X

2.11. KAVRAMSAL MODEL

Araştırmanın kavramsal modeli Dr. Elizabeth Orem'in öz bakım kuramından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Kanser kronik bir hastalıktır. Kanserin kendisi ve tedavisinden kaynaklanan problemler, bireyin yaşamını hem olumsuz bir şekilde etkilemekte hem de bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Böylece birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (53).

Sağlıklı bir toplum için bireyin kendi sağlığını korumaya yönelik çabalara önem verilmesi gerekir. Bunun için yapılacak işlerden ilki ve en önemlisi bireyin kendi sağlığını korumaya ve sürdürmeye elverişli bilgilerle donatılmış olmasıdır (53). Çünkü eğitimin öz-bakım gücünü önemli ölçüde artırdığı çeşitli yazarlar tarafından belirtilmiştir (68, 73).

Son yıllarda hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ön plana çıkmıştır. Dolayısıyla hemşirenin sağlık bakımındaki rolü de değişerek daha çok "özbakım" kavramı üzerinde yoğunlaşmıştır (11).

2.11.1. Öz-Bakım Kuramı

Öz-bakım kavramı, Dr. Dorethea Elizabeth Orem tarafından geliştirilmiş ve ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; insan sağlığının ve yaşamının devamı, hastalıklardan ve sakatlıklardan kurtulması ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmesi yani bireysel bakımını üstlenebilmesi için duyduğu gereksinimlerin karşılanması üzerinde yoğunlaşır.

Orem'e göre "öz-bakım; bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır" ve bu beceri zamanla iletişim, kültür, eğitim ve etkileşim yoluyla gelişir. Bireyin kendisi ile ilgili aktiviteleri gerçekleştirme yeteneği ise öz-bakım gücü/ yeteneği/ etkinliği (selfcare agency) olarak

tanımlanır. Diğer bir deyişle; öz-bakım gücü, bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesi ve gelişmesini sağlayan, bireyin kazanmış olduğu bir yetenektir.

Temel insan gereksinimleri etkili şekilde karşılandığı zaman öz-bakım, sağlığı ve iyiliği destekler. Kısaca, sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli özbakım gücüne sahip olması gerekir. Orem'in hemşirelik kuramının en güçlü yönü, çeşitli sağlık düzeylerindeki bireyler için öz-bakımı öncül olarak getirmesidir. Hasta öz-bakımına aktif olarak katılır. Bununla birlikte olayları algılayamayan ya da psikomotor işlevleri temel gereksinimlerin karşılanması için elverişli olmayan hasta için bu eksiklikler hemşirelik süreci sistemi içerisinde değerlendirilir ve giderilir.

Birey öz-bakım gücünü kullanabilmesi için aşağıda belirtilen bazı özelliklere sahip olmalıdır:

- Kendine dikkat etme,
- Fiziksel enerjisini kullanma ve kontrol etme,
- Karar verirken öz-bakım anlayışı içinde yargılama,
- Güdüleme,
- Öz-bakım kararını verme ve uygulama,
- Eylemlerini sıraya koyma,
- Eylemlerini gerçekleştirmede sürekliliği sağlama.

Birey, sayılan bu özelliklere sahip olduğu takdirde öz-bakım gücü yeterli olacak ve özbakım gereksinimlerini yeterli ve uygun bir şekilde karşılayabilecek, kendi sağlığının sorumluluğunu alabilecek ve başkalarına bağımlı olmayacaktır. Bu bilgiler doğrultusunda kanserli bireylerin yaşam kalitesinin korunması ve yükseltilmesi ile olası komplikasyonların önlenmesi ve semptomların yönetimi için öz-bakım gücünün geliştirilmesinin gereği ve önemi açıktır. Hemşirelerin bu konuda bireyleri (hasta/sağlıklı) desteklemesi önemli bir güç olarak görülebilir.

Orem'in öz bakım teorisi, hastanın öz bakım etkinliklerine odaklanmakta; bireylerin yaşamlarını sürdürme, sağlık ve esenliklerini kendileri adına

başlatma ve gerçekleştirme aktivitelerini tanımlamaktadır. Bu teoride hemşireliğin amacı; sağlık bakımı alanlarda öz bakımın gelişmesini desteklemektir. Öz bakım stratejilerinin yararı, kanser tedavisi alan çoğu hasta için önemlidir. Kanser hastaları ve bakım vericiler semptomların evde de takibini başarmak zorundadırlar. Tedavinin yan etkileri çoğu zaman hataların tedaviyi durdurmalarına sebep olmaktadır. Kanser tedavisinde semptomlarla başarılı bir şekilde baş etme ve semptomları yönetme tekniklerini öğrenen hastalar ve bakım verenler, tedavide sıklıkla daha başarılı olmaktadır (90).

2.11.2. Çalışmanın Uygulamaları Ve Öz Bakım Kuramı

Bu çalışmada akciğer kanseri olan hastaların öz bakım gücü ölçümü yapılmamıştır. Ancak taburculuk programı içerisinde; sık görülen semptomların hasta ve ailesi tarafından evde başarılı bir şekilde yönetilebilmesi için gerekli öneriler sunulmaktadır. Deney grubundaki hastaların, semptom yönetimine ihtiyaç duydukları anda katkı sağlayabilmek amacıyla araştırmacının iki telefonu 24 saat boyunca açık tutulmuş ve hastalar günün her saatinde çekinmeden arayabilecekleri yönünde bilgilendirilmiştir. Rutin eğitimin yanı sıra hastanın özel sorununa yönelik bilgilendirme yapılmış, deney grubu hastalarına çok kapsamlı olarak hazırlanan rehber kitap verilmiştir. İletişimi başlatmak ve hastaların araştırmacıyı aramalarını cesaretlendirmek için ilk arama araştırmacı tarafından ilk görüşmeden sonraki ilk üç gün içinde yapılmıştır. Her hasta haftada en az bir defa aranmış, bu arada hastalardan çok sayıda telefon aracılığı ile bilgi talebi gelmiştir. Çalışmadan hemen sonra kontrol grubunun danışmanlık hizmeti de başlatılmış olup başlangıçta söz verildiği üzere bu danışmanlık hizmeti süresiz olarak devam ettirilecektir.

Sık görülen semptomların yönetimi, bu semptomların hafifletilmesi sırasında yapılabilecek uygulamalar eğitim kitabında kapsamlı olarak ele alındığından burada bu konuya yer verilmemiştir.

Görüldüğü gibi, uygulanan taburculuk programı hastaların öz bakım gücünü artırıcı girişimleri içermektedir. Ana tema olarak çalışmada uygulanan

taburculuk planlamasının hastaların öz bakım gücünü ve becerisini artırarak semptom yönetiminde başarı sağlayacağı ve bununda yaşam kalitesine yansıtacağı öngörülmektedir. Bu bakımdan çalışmamızın genel olarak kavranması ve konunun kavramsal çerçevesinin çizilmesinde Orem'in öz bakım teorisi kullanılmıştır.

2.12. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan yazılı izin alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın yapılması sırasında kullanılması planlanan ölçekler ile ilgili gerekli izinler alınmıştır.

Akciğer Kanseri Semptom Skalası: Ölçeği geliştiren Dr. Patricia Hollen'dan sözlü ve yazılı (e-mail) izin alınmıştır.

Karnofsky Performans Skalası: İzin gerektirmemektedir.

EORTC QLQ C-30 ve LC-13 Akciğer Modülü Version 3.0: Birlik merkezinden yazılı (e-mail) izin alınmıştır.

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1. AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM SKALASININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Dr. Patricia Hollen ve arkadaşları tarafından 1995 yılında geliştirilen ve akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitelerini belirlemek üzere yaygın bir şekilde kullanılan, 9 maddeden oluşan “Akciğer Kanseri Semptom Skalası”, (AKSS) Ege Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde tedavi için yatan ya da kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi gören 90 hastaya, Mart 2006-Nisan 2007 tarihleri arasında uygulanmıştır.

3.1.1 Dil Geçerliliği

AKSS ölçeğinin dil geçerliliği Dr. Patricia Hollen tarafından İngiltere Oxford'da bulunan bir firmaya yaptırılmıştır. Ölçek 95 yılından bu yana sadece bu şirket tarafından yapılan Türkçe çeviri ve standart forward-bacward dil geçerliliği çalışmasına dayanılarak kullanılmıştır. Ölçeği oluşturan tüm maddelerin sadece Vizüel Analog Skala şeklinde ve çizgilerden oluşması, çizginin ise evrensel bir anlamının bulunması dolayısı ile sadece dil geçerliliğinin yeterli olduğu düşünülmüş ve bu nedenle faz III çalışmaları dahil olmak üzere birçok tıp araştırmasında kullanılmıştır. Bu noktadan hareketle ölçeğin dil geçerliliği için ölçeği geliştiren araştırmanın çalışması izin alındıktan sonra kullanılmış ve geçerlik güvenirlik analizleri yapılmak üzere akciğer kanseri olan 90 hastaya uygulanmıştır.

3.1.2. AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM SKALASININ GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

AKSS ölçeğinin iç tutarlılığı için “**Madde Toplam Puan Güvenirlik Sonuçları (Corrected Item Total Correlation)**” ve “**Cronbach' s Alpha Analizleri**” kullanılmıştır. AKSS ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek üzere “**Faktör Analizi**” yapılmıştır. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş; her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinene ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır (47).

Cronbach Alpha katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin homojenliğinin bir ölçüsüdür. Birbirleriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin katsayısı ne kadar yüksek okursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır (4, 47). Cronbach alpha katsayıları tablo 16'da gösterilmektedir ve yeterli düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için yapılan analiz sonucunda Cronbach-Alfa katsayısı, 0.75 olarak saptanmıştır. Yapılan madde analizinde, madde-toplam korelasyon katsayılarının 0.25-0.68 arasında olduğu bulunmuştur. Faktörlere giren maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerindedir. AKSS'nin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla yapılan faktör analizi (Principal Component Analyses) sonucunda özdeğeri 1'den büyük ve toplam varyansın %61.368'ini açıklayan toplam üç faktör elde edilmiştir. Bu faktörlerin toplam varyansı açıklama yüzdesi sırasıyla; 34.934, 14.940, 11.494 olup Cronbach-Alfa katsayısı ise 0.75, 0.67, 0.34 olarak bulunmuştur. Faktörler incelendiğinde; semptomları ölçek maddelerden 1. ve 5. maddelerin bir faktörde toplandığı, bunun yanında yine semptomları ölçek maddelerden 2, 3 ve 4. maddelerin de başka bir faktörde toplandığı görülmektedir (tablo 15).

Tablo 15: AKSS Ölçeğinin Alt Boyutlarının ve Tümünün İç Tutarlılık Katsayıları

Faktörler	Cronbach Alpha
Faktör 1 (Madde 1, 5)	0,75
Faktör 2 (Madde 2, 3, 4)	0,67
Faktör 3 (Madde 6, 7, 8, 9)	0,34
Total	0,75

Semptom şiddetini ölçek 1., 2., 3., 4., 5., ve 6. maddeler birleştirilerek tek faktör yapılmıştır. Global Yaşam Kalitesi ile ilişkili olan 8. ve 9. maddeler de birleştirilerek tek faktör yapılmıştır.

AKSS ölçeğine ait madde toplam korelasyonları tablo 16'da görülmektedir.

Tablo 16: AKSS Ölçeğine Ait Madde-Toplam Korelasyonları

Maddeler	Madde Toplam Korelasyonları	Cronbach Alpha*
Madde 1	0,25	0,76
Madde 2	0,57	0,71
Madde 3	0,48	0,72
Madde 4	0,45	0,73
Madde 5	0,35	0,74
Madde 6	0,29	0,75
Madde 7	0,68	0,68
Madde 8	0,55	0,71
Madde 9	0,28	0,75
N: 90 Total Cronbach Alpha: 0,75		
* Eğer madde dışarıda tutulacak olursa elde edilecek olan iç tutarlılık katsayısı		

Bir ölçüm aracının geçerli sayılabilecek güvenirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (4, 45). AKSS'nin cronbach alpha değerleri yeterli oranda yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak; akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitesi ni ölçmek üzere 1995 yılında Dr. Patricia Hollen ve arkadaşları tarafından geliştirilen "Akciğer Kanseri Semptom Skalası"nın yapısal geçerliliği, iç güvenilirliği ve uygulanabilirliği; Cronbach- α analizi ve faktör analizi ile kanıtlanmıştır.

Tablo 17: AKSS Ölçeği Ortalama, Standart Hata Ve Min-Max Dağılımları (n:90)

MADDELER	ORTALAMA	STANDART HATA	MİN	MAX
1. İştahınız nasıl?	34,22	2,87	0	100
2. Ne kadar yorgunluğunuz var?	51,55	2,55	2	97
3. Ne kadar öksürüğünüz var?	23,37	2,57	0	94
4. Ne kadar Dispne nız var?	26,15	2,84	0	97
5. Balgamınızda ne kadar kan görüyorsunuz?	3,97	1,44	0	86
6. Ne kadar ağrınız var?	20,90	2,69	0	96
7. Akciğer kanserinizin belirtileri ne kadar kötü?	37,74	2,96	0	100
8. Hastalığınız normal faaliyetlerinizi yapmanızı ne kadar etkiledi?	49,61	2,90	0	97
9. Bugünkü yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?	56,12	2,06	12	96

3.2. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 18: Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastalara İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımları

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş Grubu							
60 yaş altı	9	56,25	12	75	21	65,63	t:0,330 p>0,05
60 yaş ve üstü	7	43,75	4	25	11	34,37	
Yaş Ortalaması:	$\bar{x}\pm Sd$ 58,19±8,06		$\bar{x}\pm Sd$ 55,75±7,45				
Cinsiyet							
Kadın	4	25	4	25	8	25	X ² =1.000
Erkek	12	75	12	75	24	75	
Eğitim Durumu							
Okuryazar-İlköğretim	6	37,5	6	37,5	12	37,5	X ² =1.000
Orta-Lise	5	31,25	5	31,25	10	31,25	
Üniversite-Yüksekokul	5	31,25	5	31,25	10	31,25	
Medeni Durum							
Evli	14	87,5	14	87,5	28	87,5	X ² =1.000
Bekar/ Dul	2	12,5	2	12,5	4	12,5	
Sosyal Güvence							
Var	16	100	16	100	32	100	
Yok	-	0	-	0	-	0	
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	15	93,75	14	87,5	29	90,63	X ² =0,541
Çalışıyor	1	6,25	2	12,5	3	9,37	
Gelir Durumu							
Gelir Az	7	43,75	8	50	15	46,87	X ² =0,710
Gelir gider denk	8	50	6	37,5	14	43,75	
Gelir Fazla	1	6,25	2	12,5	3	9,37	
Meslek							
İçi-memur	1	6,25	4	25	5	15,62	X ² =0,229
Serbest	2	12,5	-	0	2	6,25	
Emekli	12	75	10	62,5	22	68,75	
Ev hanımı	1	6,25	2	12,5	3	9,37	

Tablo 18'de araştırma kapsamındaki hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri gösterilmektedir. Deney grubunda yer alan hastaların

%56,25'inin 60 yaş altı ve %43,75'inin 60 yaş ve üstü grubunda olduğu saptanmış olup; yaş ortalaması $58,19 \pm 8,06$ ' dir. Kontrol grubu hastalarının %65,63'ünün 60 yaş ve üstü, %34,37'sinin ise 60 yaş altı grubunda yer aldığı saptanmıştır. Levene testi sonucunda deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır ($t:0,330$; $p>0,05$) (tablo 18).

Deney ve kontrol grubu cinsiyet açısından eşitlenmiştir. Her iki grubun %75'i erkek, %25'i ise kadındır. Her iki grup eğitim durumu açısından da eşitlenmiş olup grupların %37,25'i ilköğretim, %31,25'i orta-lise ve %31,25'inin üniversite ya da yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların tamamının sosyal güvencesinin olduğu görülmektedir. Deney ve kontrol grubu hastalarının %87,5 oranı ile çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır. Deney grubunda yalnızca bir hasta (%6,25) kontrol grubunda ise 2 hasta (%12,5) çalışmaktadır. Gelir durumu açısından deney grubunda çoğunluk %50 oranı ile gelir gidere denk, kontrol grubunda ise %50 hastalarının oranında gelir giderden az grubundadır. Deney grubundaki hastaların %75'inin, kontrol grubu hastalarının ise % 62,5'inin emekli olduğu saptanmıştır (tablo 18).

3.3. HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 19: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları

ÖZELLİKLER	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		p
	n	%	n	%	n	%	
KHAK	6	37,5	6	37,5	12	37,5	$X^2=1.000$
KHDAK	10	62,5	10	62,5	20	62,5	
TANI SÜRESİ							
1 yıldan az	12	75	9	56,25	21	65,62	$X^2=0,523$
1- 2 yıl arasında	2	12,5	3	18,75	5	15,63	
2 yıl ya da üstü	2	12,5	4	25	6	18,75	
$\bar{X} \pm SD$ (Ay)	9,69±9,29		13,75±15,09				
EVRE							
Evre III	5	31,25	5	31,25	10	31,25	$X^2=1.000$
Evre IV	11	68,75	11	68,75	22	68,75	
HASTALIK TEDAVİSİ							
Kemoterapi	6	37,25	6	37,25	12	37,25	$X^2=1.000$
Kemoterapi+Radyoterapi	10	62,5	10	62,5	20	62,5	
TOPLAM	16	100	16	100	32	100	

Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında tanı bakımından eşitlenen grupların %62,5 oranında küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanısı aldığı, deney grubundaki hastaların %75'inin, kontrol grubu hastalarının % 56,25'inin bir yıldan az bir süre önce tanı aldığı, evre bakımından grupların eşit dağıldığı ve her iki grubun %68,5'inin evre IV düzeyinde olduğu, hastaların gördükleri tedavi bakımından da eşit oldukları ve her iki grubun %62,5 'inin daha önce radyoterapi tedavisi de görmüş olan ve şu anda kemoterapi alan hastalardan oluştuğu saptanmıştır (tablo 19).

3.4. HASTALARIN PERFORMANS DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

3.4.1. Hastaların Başlangıç Dönemi Performans Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 20: Hastaların Başlangıç Performans Statülerine Göre Dağılımları

Karnofsky Performans Statüsü	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		p
	n	%	n	%	n	%	
100	1	6,25	-	0	1	3,12	X²=0,425
90	11	68,75	11	68,75	22	68,75	
80	3	18,75	5	31,25	8	25	
70	1	6,25	-	0	1	3,12	

Tablo 20’de hastaların başlangıç dönemindeki Karnofsky Performans Skalasına göre dağılımları görülmektedir. Deney grubunda %68,75 oranı ile en fazla 90 puan ve yalnızca bir hasta 100 puan alırken kontrol grubunda %68,75 oranı ile aynı sayıda hasta 90 puan almış, 100 ya da 70 puan alan hasta olmamıştır (tablo 20).

3.4.2. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Performans Durumlarının Dağılımına İlişkin Bulgular

Tablo 21: Hastaların İlk, İkinci Ve Altıncı Haftalardaki Karnofsky Performans Statülerinin Dağılımları

Karnofsky Performans Statüsü	Başlangıç						İkinci Hafta						Altıncı Hafta					
	Deney		Kontrol		Toplam		Deney		Kontrol		Toplam		Deney		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
100	1	6,25	-	0	1		1	6,25	-	0	1		2	12,5	-	0	2	6,25
90	11	68,75	11	68,75	22		11	68,75	2	12,5	13		10	62,5	1	6,25	11	34,37
80	3	18,75	5	31,25	8		3	18,75	14	87,5	17		3	18,75	11	68,75	14	43,75
70	1	6,25	-	0	1		1	6,25	-	0	1		1	6,25	4	25	5	15,62
TOPLAM	16	100	16	100	32		16	100	16	100	32		16	100	16	100	32	100

Tablo 21’de, ölçüm zamanlarına göre hastaların performans durumlarının dağılımı gösterilmektedir. İkinci haftada deney grubundaki hastaların %68,75’inin “90 puan”, %18,75’inin “80 puan”; altıncı haftada %62,5’inin “90 puan”, %18,75’inin “80 puan” aldığı belirlenmiştir. İkinci haftada kontrol grubundaki hastaların %87,5’inin “80 puan”, %12,5’inin “90 puan”; altıncı haftada ise %68,75’inin “80 puan”, %25’inin “70 puan”, aldığı sadece bir hastanın (%6,25) “90 puan” alabildiği belirlenmiştir (tablo 21).

3.5. HASTALARIN SİGARA VE ALKOL KULLANMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 22: Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞI	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		p
	S	%	S	%	S	%	
Sigara Kullanma Durumu							
Halen içen	-	0	1	6,25	1	3,12	X²=0,596
Hiç içmeyen	1	6,25	1	6,25	2	6,25	
İçen fakat bırakan	15	93,75	14	87,5	29	90,62	
Sigara kullananların günde içtiği sigara miktarı							
Yarım paket	2	12,25	1	6,25	3	9,37	X²=0,700
Bir paket	8	50	5	31,25	13	40,62	
Bir buçuk paket	3	18,75	5	31,25	8	25	
2 paket ya da daha fazla	2	12,25	4	25	6	18,75	
Sigara Kullanma Süreleri							
5-15 yıl	-	0	1	6,25	1	3,12	X²=0,713
16-26 yıl	2	12,25	3	18,75	5	15,6	
27-37 yıl	7	43,75	6	37,5	13	40,62	
38 yıl ve ↑	6	37,5	5	31,25	11	34,37	
Ortalama süre $\bar{X} \pm Sd$ Min-max			$\bar{X} \pm Sd$ 36,53±10,59 Min-Max 25-53	$\bar{X} \pm Sd$ 32,87±8,60 Min-Max 15-50	$\bar{X} \pm Sd$ 34,70±9,66 Min-Max 15-53		

Tablo 22’de hastaların sigara kullanma alışkanlıklarına göre dağılımları görülmektedir. Sadece deney grubundaki bir hastanın halen sigara içtiği, her iki grupta hiç içmemiş olan yalnızca birer kişi olduğu ve deney grubunda daha önce içen ancak akciğer kanseri tanısı aldıktan sonra bırakanların

oranın %93,75 olduğu, kontrol grubunda ise bu oranın %87,5 olduğu belirlenmiştir. Sigara kullananların içtikleri sigara miktarı incelenmiş ve deney grubundaki hastaların %68,75'inin bir-bir buçuk paket (%50 bir paket+%18,75 bir buçuk paket) sigara kullandığı, sigara içme süresinin 25-53 yıl arasında değiştiği ve ortalama içme süresinin $36,53 \pm 10,59$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunu oluşturan hastaların %31,25 bir paket ve %31,25 bir buçuk paket sigara kullandıkları, sigara içme sürelerinin 15-50 yıl arasında değiştiği ortalamasının ise $32,87 \pm 8,60$ olduğu saptanmıştır (tablo22).

Tablo 23: Hastaların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

ALKOL KULLANMA ALIŞKANLIĞI	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		p
	S	%	S	%	S	%	
Alkol Kullanma Durumu							
Halen içen	-	0	2	12,5	2	6,25	X²=0,069
Hiç içmeyen	12	75	6	37,5	18	56,25	
İçen fakat bırakan	4	25	8	50	12	37,5	
Alkol Kullananların Alkol Alma Sıklığı	(n4)		(n10)		14	100	X²=0,102
Her gün	2	50	5	50	7	50	
Ayda bir ya da daha seyrek	2	50	5	50	7	50	

Tablo 23'te görüldüğü gibi deney grubunda halen alkol kullanan hasta yoktur. Deney grubundaki hastaların %75'i hiç alkol almamış, %25'i ise daha önce içmiş ancak bırakmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %12,5'inin halen alkol kullanmakta olduğu, %37,5'inin hiç alkol kullanmadığı, %50'sinin ise daha önce içtiği ancak bıraktığı saptanmıştır. Her iki gruptaki alkol kullanan hastaların yarısı her gün, yarısı ise ayda bir ya da daha seyrek alkol aldığını ifade etmişlerdir (tablo 23).

3.6. HASTALARIN VÜCUT YAPILARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 24: Hastaların Vücut Yapılarına Göre Dağılımı

BEDEN KİTLE İNDEKSLERİ (BKİ)	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		p
	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	<u>S</u>	<u>%</u>	
10-18,5 (Düşük)	-	-	-	-	-	-	X ² =0,344
19,5-25 (Normal)	8	50	7	43,75	15	46,87	
26-30 (Fazla)	8	50	7	43,75	15	46,87	
31-40 (Obez)	-	-	2	12,5	2	6,25	
41-70 (Aşırı Obez)	-	-	-	-	-	-	
TOPLAM	16	100	16	100	32	100	

Tablo 24'de araştırma kapsamına alınan hastaların vücut yapılarına göre dağılımları gösterilmiştir. Buna göre deney grubundaki hastaların %50'si Normal kiloda, %50'si fazla kiloda oldukları saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %43,75'inin normal kiloda, %43,25'inin fazla kiloda ve %12,5'inin obez olduğu saptanmıştır. Gruplarda düşük kiloda ya da aşırı obez olan hasta bulunmamaktadır (tablo 24).

3.3. AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM SKALASI ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

3.3.1. Akciğer Kanseri Semptom Skalası İle İlk Ölçümlerde Elde Edilen Bulgular

Tablo 25: Hastaların AKSS İle İlk Ölçümde Elde Edilen Puanlarının Dağılımı

AKSS ALT BOYUTLARI	Deney Grubu			Kontrol Grubu			U	p
	Min-Max	\bar{X}	SD	Min-Max	\bar{X}	SD		
İştahsızlık	2-90	29,31	24,05	0-90	28,81	28,77	116,50	0,664
Yorgunluk	4-84	40,50	24,49	1-88	33,81	20,87	110,00	0,497
Öksürük	0-74	28,63	28,54	5-73	22,31	17,20	127,00	0,970
Dispne	0-92	34,63	35,13	0-62	20,25	17,51	120,00	0,762
Hemoptizi	0-0	0,00	0,00	0-12	0,87	3,01	112,00	0,151
Ağrı	0-95	17,56	28,33	0-77	19,25	22,97	104,50	0,368
Semptomatik Distres Hastalığın Aktivitelere Etkisi	2-75	33,69	25,05	2-83	27,37	25,88	112,50	0,559
Global Yaşam Kalitesi Ortalama Semptom Yükü Skoru	4-85	50,00	24,83	5-80	30,50	26,22	75,50	*0,048
	22-73	55,06	15,45	4-80	39,19	25,09	74,50	*0,044
	5,0-66,2	30,12	20,25	9-54	24,89	13,56	119,50	0,749

*p<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk ölçümlerde Akciğer Kanseri Semptom Skalası ile edilen skorları tablo 25'te gösterilmiştir. İlk ölçümlerde sadece Hastalığın Aktivitelere Etkisi ve Global Yaşam Kalitesi skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

AKSS skalasında yüksek değerler olumsuz, düşük değerler ise olumludur. Yüksek "semptom skoru yüksek semptomatoloji" yani semptomların olumsuz anlamda yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bakımdan kontrol grubundaki hastaların ilk ölçüm Hastalığın Aktivitelere Etkisi Skorunun 30,50±26,22 iken; deney grubu hastaların da 50,00±24,83 olduğu; Global Yaşam Kalitesi Skorunun kontrol grubunda 39,19±25,09 ve deney grubunda ise 55,06±15,45 olduğu belirlenmiştir. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Her iki skor açısından da kontrol grubu daha iyi durumdadır (tablo 25).

Tablo 26: Hastaların AKSS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı

AKSS ALT BOYUTLARI	İLK ÖLÇÜM				İKİNCİ HAFTA				ALTINCI HAFTA			
	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
İştahsızlık	29,31	24,05	28,81	28,77	24,81	21,84	35,75	25,84	19,87	21,14	43,19	18,02
Yorgunluk	40,50	24,49	33,81	20,87	34,06	20,63	49,69	26,90	33,25	23,828	56,31	18,90
Öksürük	28,62	28,54	22,31	17,20	20,19	20,35	28,50	24,26	24,69	26,06	34,50	27,49
Dispne	34,62	35,13	20,25	17,51	26,94	27,19	24,00	18,39	27,19	30,37	33,69	25,26
Hemoptizi	00,00	00,00	00,87	03,01	00,75	03,00	02,37	04,50	00,75	02,18	01,25	03,42
Ağrı	17,56	28,33	19,25	22,97	11,25	19,22	31,94	26,33	14,50	19,04	33,37	23,17
Semptomatik Distres	33,69	25,05	27,37	25,89	24,00	17,84	36,19	22,84	28,31	23,20	40,87	20,50
Hastalığın Aktivitelere Etkisi	50,00	24,83	30,50	26,22	39,81	21,63	37,44	22,37	37,69	25,50	49,00	18,31
Global Yaşam Kalitesi	55,06	15,45	39,19	25,09	49,06	22,31	55,44	18,32	43,69	22,30	63,44	15,12
Ortalama Semptom Yüğü Skoru	30,12	20,25	24,89	13,56	23,45	16,53	33,97	18,10	23,90	17,48	40,21	16,43

Tablo 26'da hastaların AKSS alt boyut puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre dağılımı toplu olarak gösterilmiştir. Alt boyut skorlarının her birinin ölçüm zamanlarına göre dağılımı ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen faktörler tekrarlı ölçümlerde varyans analizleri ile ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu nedenle alt boyut skorlarına ilişkin bulgular ve yapılan analiz sonuçlarına ilgili tabloların altında yer verilmiştir.

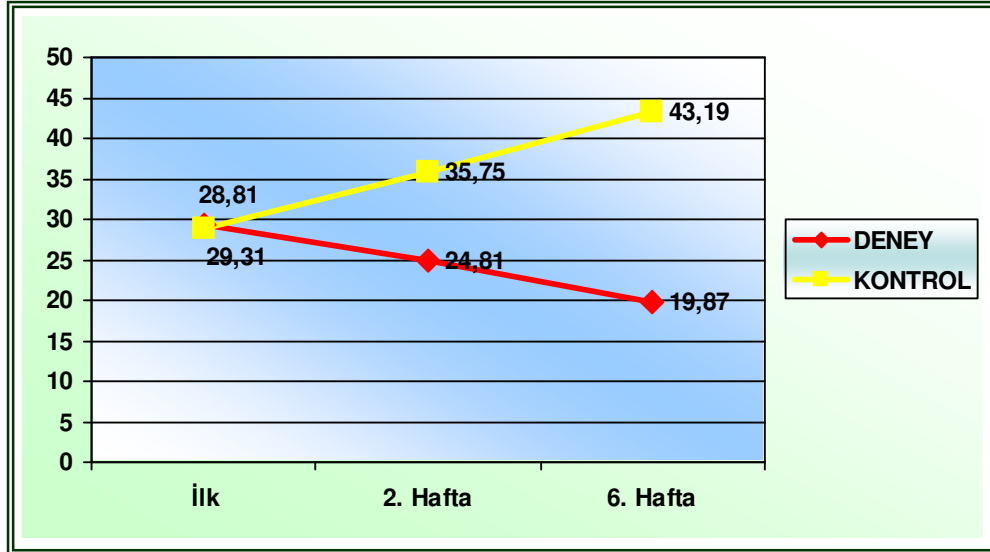
Tablo 27: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS İştahsızlık Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P							
DENEY	İlk	29,31	24,05	SÜRE	211,19	0,593	0,448							
	2. Hafta	24,81	21,84											
	6. Hafta	19,87	21,14											
KONTROL	İlk	28,81	28,77	SÜRE * GRUP	2106,87	5,92	*0,022							
	2. Hafta	35,75	25,84											
	6. Hafta	43,19	18,02											
				SÜRE*EVRE	2,53	0,007	0,933							
				SÜRE*TEDAVİ	12,,50	0,035	0,853							
				SÜRE*TANI	1985,93	5,58	*0,026							
				HATA	355,91									
*p<0,05														
BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	İştahsızlık Skorlarının İstatistiksel Olarak Anamlı Etki Gösteren Değişkene ve Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı													
	İlk ölçüm						İkinci Hafta				Altıncı Hafta			
	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
TANISI	n	\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
KHAK	6	35,50	32,65	6	40,66	35,73	21,17	17,92	42,83	23,58	12,17	08,38	40,00	25,92
KHDAK	10	25,60	18,20	10	21,70	22,81	27,00	24,50	31,50	27,40	24,50	25,34	45,10	12,55

Tablo 27’de deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS iştahsızlık skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0,593, p=0,448). Deney grubundaki hastaların iştahsızlık skorlarının ilk ölçümde 29,31±24,05 iken giderek azaldığı ve ikinci ölçümde 24,81±21,81’e, altıncı haftada yapılan son ölçümde ise 19,87±21,14’e düştüğü belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise tam

aksine skorların giderek arttığı ve ilk ölçümde $21,81 \pm 28,77$ iken; iki hafta sonra yapılan ikinci ölçümde $37,75 \pm 25,84$ 'e ve son ölçümde ise daha da artarak $43,19 \pm 18,02$ ' ye yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,92$, $p=0,022$) (tablo 27).

İştahsızlık skorları sadece hastaların tanılarında etkilenmiştir. Buna göre deney grubunda ve Küçük Hücreli akciğer Kanseri tanısı bulunan hastaların iştahsızlık skorlarının azalma gösterdiği; ilk ölçümde $35,50 \pm 32,65$ olan skorun ikinci ölçümde $21,17 \pm 17,92$ 'ye gerilediği ve son ölçümde $12,17 \pm 08,38$ 'e düştüğü saptanmıştır. Kontrol grubundaki KHAK tanısı olan hastaların iştahsızlık skorları önemli bir değişim göstermemiştir. Kontrol grubundaki asıl değişim Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri tanısı olan hasta grubunda gözlenmiştir. Buna göre ilk ölçümde elde edilen skor $21,70 \pm 22,81$ iken, ikinci ölçümde $31,50 \pm 27,40$ ve son ölçümde $45,10 \pm 12,55$ olmuştur. Ölçümler arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,58$, $p=0,026$)(tablo 27).



Grafik 1: Deney Ve Kontrol Grubunu Oluşturan Hastaların AKSS Ölçeği İştahsızlık Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 1: incelendiğinde, deney grubunun iştahsızlık skorunun düzenli bir düşüş gösterdiği, kontrol grubunun ise karşıt olarak yükseldiği açık bir şekilde görülmektedir (grafik 1).

Tablo 28: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Yorgunluk Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	40,50	24,49	SÜRE	255,33	0,503	0,485
	2. Hafta	34,06	20,63				
	6. Hafta	33,25	23,83				
KONTROL	İlk	33,81	20,87	SÜRE * GRUP	3981,83	7,844	*0,010
	2. Hafta	20,63	49,69				
	6. Hafta	56,31	18,90				
				SÜRE*EVRE	469,21	0,924	0,346
				SÜRE*TEDAVİ	213,87	0,421	0,523
				SÜRE*TANI	32,35	0,064	0,803
				SÜRE*YAŞ	332,44	0,655	0,427
				SÜRE*CİNSİYET	52,75	0,104	0,750
				SÜRE*ÇALIŞMA	251,11	0,495	0,489
				SÜRE*MESLEK	55,31	0,109	0,744
				HATA	507,62		

*p<0,05

Tablo 28’de deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Yorgunluk skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,503$, $p=0,485$), belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların yorgunluk skorlarının ilk ölçümde $40,50 \pm 24,49$ iken giderek azaldığı ve ikinci ölçümde $34,06 \pm 20,63$ ’e ve son ölçümde ise $33,25 \pm 23,83$ ’e düştüğü belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS yorgunluk skorlarının ilk ölçümde $33,81 \pm 20,87$ iken; ikinci ölçümde $20,63 \pm 49,69$ düştüğü ancak son ölçümde tekrar yükselerek $56,31 \pm 18,90$ ’a çıktığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($f=503$, $p=0,010$) (tablo 28).

Tablo 29: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Öksürük Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	28,62	28,54	SÜRE	114,02	0,39	0,535
	2. Hafta	20,19	20,35				
	6. Hafta	24,69	26,06				
KONTROL	İlk	22,31	17,20	SÜRE * GRUP	1159,32	4,01	0,056
	2. Hafta	28,50	24,26				
	6. Hafta	34,50	27,49				
				SÜRE*EVRE	8,021	0,03	0,869
				SÜRE*TEDAVİ	244,71	0,85	0,366
				SÜRE*TANI	115,29	0,40	0,533
				HATA	288,78		

*p<0,05

Tablo 29'da deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Öksürük skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,39$, $p=0,535$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların öksürük skorlarının ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=4,01$, $p=0,056$) (tablo 29).

Tablo 30: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Dispne Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	34,62	35,13	SÜRE	10,29	0,043	0,838
	2. Hafta	26,94	27,19				
	6. Hafta	27,19	30,37				
KONTROL	İlk	20,25	17,51	SÜRE * GRUP	1474,10	6,147	*0,020
	2. Hafta	24,00	18,39				
	6. Hafta	33,69	25,26				
				SÜRE*EVRE	110,61	0,461	0,503
				SÜRE*TEDAVİ	0,66	0,003	0,959
				SÜRE*TANI	80,74	0,337	0,567
				SÜRE*YAŞ	136,64	0,570	0,457
				HATA	239,81		

*p<0,05

Tablo 30'da deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Dispne skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0.043, p=0,838). Deney grubundaki hastaların Dispne skorlarının ilk ölçümde 34,62±35,13, ikinci ölçümde 26,94±27,19' ve son ölçümde ise 27,19±30,37 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Dispne skorlarının ilk ölçümde 20,25±17,51 iken; ikinci ölçümde 24,00±18,39'a, son ölçümde ise 33,69±25,26'ya çıktığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=6,147, p=0,020). Dispne skorlarının evre, tedavi, tanı ve yaş faktöründen etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 30).

Tablo 31: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Hemoptizi Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	00,00	00,00	SÜRE	0,91	0,15	0,698
	2. Hafta	00,75	03,00				
	6. Hafta	00,75	02,18				
KONTROL	İlk	00,87	03,01	SÜRE * GRUP	1,74	0,29	0,592
	2. Hafta	00,75	03,00				
	6. Hafta	01,25	03,42				
				SÜRE*EVRE	3,81	0,65	0,429
				SÜRE*TEDAVİ	19,72	3,35	0,079
				SÜRE*TANI	6,61	1,12	0,299
				HATA	5,89		

*p<0,05

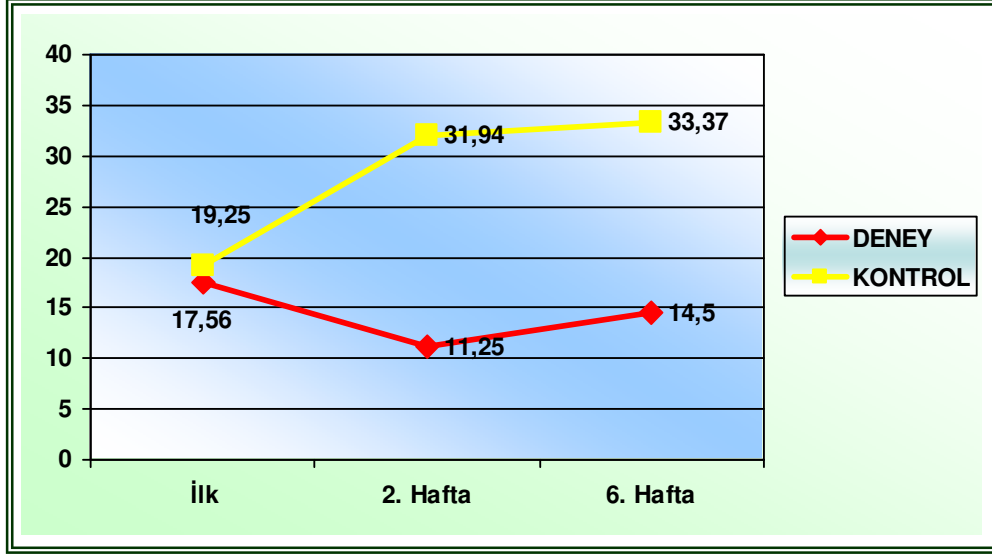
Tablo 31’de deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Hemoptizi skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı (f=0,15, p=0,698), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların hemoptizi skorlarının ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (f=1,74, p=0,592) (tablo 31).

Tablo 32: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Ağrı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	17,56	28,33	SÜRE	4,76	0,024	0,880
	2. Hafta	11,25	19,22				
	6. Hafta	14,50	19,04				
KONTROL	İlk	19,25	22,97	SÜRE * GRUP	1113,08	5,50	*0,028
	2. Hafta	31,94	26,33				
	6. Hafta	33,37	23,17				
				SÜRE*EVRE	78,26	0,39	0,541
				SÜRE*TEDAVİ	126,22	0,62	0,438
				SÜRE*YAŞ	108,17	0,53	0,473
				SÜRE*EGİTİM	701,53	3,46	0,076
				SÜRE*TANI	0,70	0,003	0,954
				HATA			

*p<0,05

Tablo 32'de deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Ağrı skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0.024, p=0,880). Deney grubundaki hastaların ağrı skorlarının ilk ölçümde 17,16±28,33 iken diğer ölçümlerde azaldığı, ikinci ölçümde 11,25±19,22 ve son ölçümde ise 14,50±19,04 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Ağrı skorlarının ilk ölçümde 19,25±22,97 iken sonraki ölçümlerde deney grubunun aksine giderek arttığı ve ikinci ölçümde 31,94±26,33'e çıktığı, son ölçümde ise daha da artarak 33,37±23,17'ye yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=5,50, p=0,028). Ağrı skorlarının evre, tedavi, yaş, eğitim durumu ve tanı faktöründen etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 32).



Grafik 2: Hastaların AKSS Ağrı Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 2'de AKSS Ağrı Skorlarının deney grubunda yatay bir seyir gösterdiği, kontrol grubunun ağrı puanlarının ise düzenli bir yükselme gösterdiği görülmektedir.

Tablo 33: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Semptomatik Distres Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	33,69	25,05	SÜRE	0,62	0,002	0,965
	2. Hafta	24,00	17,84				
	6. Hafta	28,31	23,20				
KONTROL	İlk	27,37	25,89	SÜRE * GRUP	1033,83	3,271	0,086
	2. Hafta	36,19	22,84				
	6. Hafta	40,87	20,50				
				SÜRE*EVRE	24,51	0,078	0,784
				SÜRE*TEDAVİ	367,90	1,164	0,293
				SÜRE*YAŞ	35,86	0,113	0,740
				SÜRE*CİNSİYET	206,07	0,652	0,429
				SÜRE*EĞİTİM	25,15	0,080	0,781
				SÜRE*ÇALIŞMA	114,61	0,363	0,554
				SÜRE*GELİR DURUMU	4,36	0,014	0,908
				SÜRE*MEDENİ DURUMU	65,60	0,208	0,654
				SÜRE*MESLEK	88,13	0,279	0,603
				SÜRE*TANI	462,58	1,464	0,240
				HATA	316,06		

*p<0,05

Tablo 33'de deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Semptomatik Distres skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,002$, $p=0,965$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların Semptomatik Distres skorlarının ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=3,271$, $p=0,086$). Semptomatik Distres skorlarının evre, tedavi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, meslek ve hastalık tanısı faktörleri ile anlamlı ilişkisi bulunmamıştır ($p>0,05$) (tablo 33).

Tablo 34: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Hastalığının Aktivitelere Etkisi Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	50,00	24,83	SÜRE	202,56	0,686	0,417
	2. Hafta	39,81	21,63				
	6. Hafta	37,69	25,50				
KONTROL	İlk	30,50	26,22	SÜRE * GRUP	2931,03	9,924	*0,005
	2. Hafta	37,44	22,37				
	6. Hafta	49,00	18,31				
				SÜRE*EVRE	155,86	0,528	0,476
				SÜRE*TEDAVİ	211,91	0,718	0,407
				SÜRE*YAŞ	415,94	1,408	0,249
				SÜRE*CİNSİYET	32,75	0,111	0,743
				SÜRE*EĞİTİM	93,26	0,316	0,580
				SÜRE*ÇALIŞMA	252,90	0,856	0,366
				SÜRE*GELİR DURUMU	50,23	0,170	0,684
				SÜRE*MEDENİ DURUMU	0,185	0,001	0,980
				SÜRE*TANI	170,842	0,578	0,456
				HATA	295,35		

*p<0,05

Tablo 34’de deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Hastalığının Aktivitelere Etkisi skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0.686, p=0,417). Deney grubundaki hastaların Hastalığının Aktivitelere Etkisi skorlarının ilk ölçümde 50,00±24,83 iken sonraki ölçümlerde giderek azaldığı, ikinci ölçümde 39,81±21,63 ve son ölçümde ise 37,69±25,50 olduğu belirlenmiştir. Deney grubunun tam aksine kontrol grubunun AKSS Hastalığının Aktivitelere Etkisi skorları ilk ölçümden itibaren artış göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden çok daha düşük bir değer olarak 30,50±26,22 iken ikinci ölçümde 37,44±22,37’ye son ölçümde ise daha da artarak 49,00±18,31’e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=9,924, p=0,005). Hastalığının Aktivitelere Etkisi skorlarının evre, tedavi, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir

durumu, medeni durum ve tanı faktöründen etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 34).

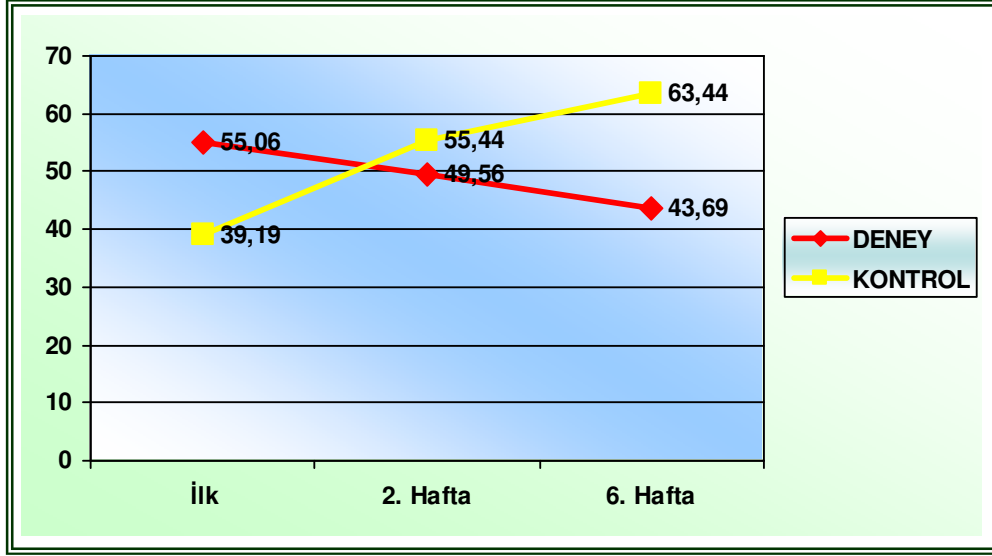
Tablo 35: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Global Yaşam Kalitesi Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	55,06	15,45	SÜRE	17,28	0,049	0,827
	2. Hafta	49,06	22,31				
	6. Hafta	43,69	22,30				
KONTROL	İlk	39,19	25,09	SÜRE * GRUP	4830,86	13,671	*0,002
	2. Hafta	55,44	18,32				
	6. Hafta	63,44	15,12				
				SÜRE*EVRE	158,84	0,450	0,511
				SÜRE*TEDAVİ	223,79	0,633	0,436
				SÜRE*YAŞ	255,01	0,722	0,406
				SÜRE*EĞİTİM	175,86	0,498	0,489
				SÜRE*ÇALIŞMA	11,43	0,032	0,859
				SÜRE*GELİR DURUMU	194,94	0,552	0,467
				SÜRE*MEDENİ DURUMU	356,91	1,010	0,328
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	440,83	1,248	0,278
				SÜRE*TANI	443,07	1,254	0,277
				HATA	353,36		

* $p<0,05$

Tablo 35'de deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Global Yaşam Kalitesi skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır ($f=0.049$, $p=0,827$). Deney grubundaki hastaların Global Yaşam Kalitesi skorlarının ilk ölçümde $55,06\pm 15,45$ iken sonraki ölçümlerde giderek azaldığı, ikinci ölçümde $49,06\pm 22,31$ ve son ölçümde ise $43,69\pm 22,30$ olduğu belirlenmiştir. AKSS ölçeğinde daha düşük değerlerin daha olumlu düzeyi gösterdiğini belirtmiştik. Deney grubunun tam aksine kontrol grubunun AKSS Global Yaşam Kalitesi skorları ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden çok daha düşük bir değer olarak $39,19\pm 25,09$ iken ikinci ölçümde $55,44\pm 18,32$ 'ye ve son ölçümde ise daha da artarak $63,44\pm 15,12$ 'ye yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu saptanmıştır ($f=13,671$, $p=0,002$). AKSS Global Yaşam Kalitesi skorlarının evre, tedavi, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, tanı ve hastalığın sũresi gibi faktũrlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 35).



Grafik 3: Hastaların AKSS Global Yaşam Kalitesi Skorlarının lm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

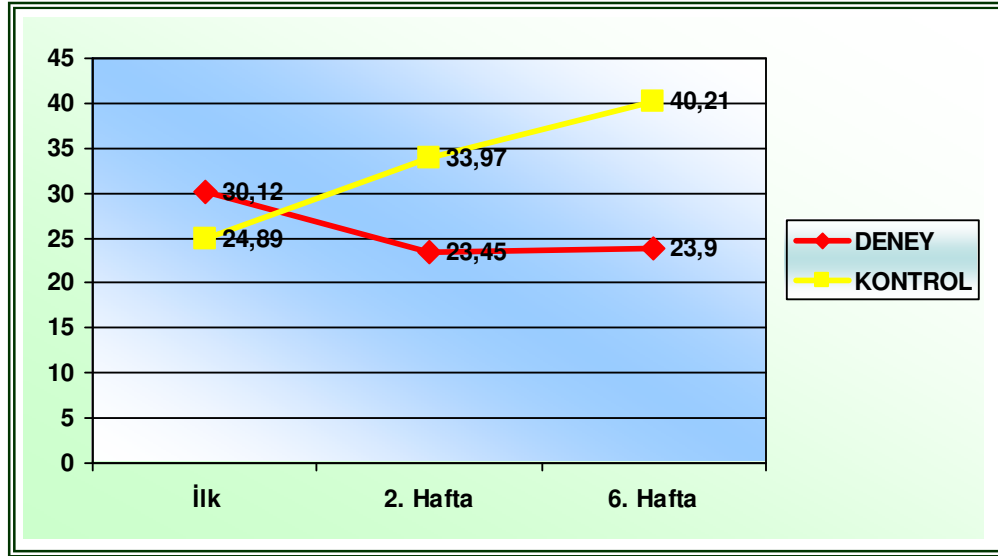
Grafik 3 incelendiğinde Global Yaşam Kalitesi Skoru açısından daha iyi durumda olan kontrol grubunun son ölümlerde deney grubundan 20 puan daha ũste çıktığı grũlmektedir.

Tablo 36: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre AKSS Ortalama Semptom Yükü Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	30,12	20,25	SÜRE	27,16	0,172	0,683
	2. Hafta	23,45	16,53				
	6. Hafta	23,90	17,48				
KONTROL	İlk	24,89	13,56	SÜRE * GRUP	1655,23	10,470	*0,004
	2. Hafta	33,97	18,10				
	6. Hafta	40,21	16,43				
				SÜRE*EVRE	104,87	0,663	0,425
				SÜRE*TEDAVİ	57,46	0,363	0,554
				SÜRE*YAŞ	117,14	0,741	0,400
				SÜRE*CINSİYET	5,34	0,034	0,856
				SÜRE*EĞİTİM	82,61	0,523	0,479
				SÜRE*ÇALIŞMA	5,38	0,034	0,856
				SÜRE*GELİR DURUMU	26,80	0,170	0,685
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	141,79	0,897	0,356
				SÜRE*TANI	57,46	0,363	0,554
				HATA			

*p<0,05

Tablo 36'da deney ve kontrol grubundaki hastaların AKSS Ortalama Semptom Yükü Skorlarının ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0.172, p=0,683). Deney grubundaki hastaların Ortalama Semptom Yükü Skorlarının ilk ölçümde 30,12±20,25 iken, ikinci ölçümde 23,45±16,53 ve son ölçümde ise 23,90±17,48 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Ortalama Semptom Yükü Skorları ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden daha düşük bir değer olarak 24,89±13,56 iken, ikinci ölçümde 37,97±18,10'a ve son ölçümde ise daha da artarak 40,21±16,43'e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=10,470, p=0,004). AKSS Ortalama Semptom Yükü Skorlarının evre, tedavi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, tanı ve hastalığın süresi gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 36).



Grafik 4: Hastaların Ortalama Semptom Yüğü Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiğı.

Grafik 4 incelediğine deney grubunun Ortalama Semptom Yüğü skronun önce düştüğü sonra seviyesini koruduğı, kontrol grubunun ise sürekli bir yükselme gösterdiği açık bir şekilde görülmektedir.

3.4. EORTC QLQ C-30 ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

3.4.1. EORTC QLQ C-30 Ölçeği Deney Ve Kontrol Grubunun İlk Ölçümlerinde Elde Edilen Bulgular

3.4.1.1. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarına İlişkin Bulgular

Tablo 37: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Ölçüm Fonksiyonel Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Fonksiyonel Alt Boyut	Deney Grubu		Kontrol Grubu		U	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Fiziksel fonksiyon	54,17	20,35	66,67	14,60	84,50	0,095
Rol fonksiyonu	64,58	37,45	81,25	18,13	104,50	0,360
Emosyonel fonksiyon	86,25	19,70	87,50	13,74	126,50	0,954
Kognitif fonksiyon	89,58	14,75	89,59	18,13	118,00	0,662
Sosyal fonksiyon	72,92	23,47	90,62	13,57	69,50	0,019*
Global yaşam Kalitesi	59,38	14,55	64,58	20,30	105,50	0,375

*p<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk ölçümlerde **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi ölçeği ile edilen Fonksiyonel Alt Boyut Skorları** tablo 37’de gösterilmiştir. **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fonksiyonel alt boyutlarının yüksek skorları yüksek iyilik durumunu göstermektedir. “Yüksek Fonksiyonel Skorlar, yüksek fonksiyonel iyilik” anlamına gelmektedir.** İlk ölçümlerde sadece Sosyal Fonksiyon skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (U=69,50, p=0,019). Kontrol grubundaki hastaların ilk ölçüm sosyal fonksiyon skorunun 90,62±13,57; deney grubu hastaların da ise bu skorun 72,92±23,41 olduğu saptanmıştır. Sosyal fonksiyon skorunun kontrol grubu lehine olduğu görülmektedir. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (U=69,50, p=0,019) (tablo 37).

Tablo 38: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı

EORTC QLQ C-30 FONKSİYONEL ALT BOYUT	İLK ÖLÇÜM				İKİNCİ HAFTA				ALTINCI HAFTA			
	DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)		DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)		DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Fiziksel fonksiyon	54,17	20,35	66,67	14,60	61,25	21,67	72,50	24,08	62,92	21,77	68,75	25,03
Rol fonksiyonu	64,58	37,45	81,25	18,13	65,62	31,90	63,54	32,33	63,54	29,95	48,96	25,44
Emosyonel fonksiyon	86,25	19,70	87,50	13,74	83,33	15,39	82,50	20,05	87,08	13,66	81,67	20,15
Kognitif fonksiyon	89,58	14,75	89,58	18,13	86,46	17,45	90,63	14,87	85,42	17,08	91,67	14,91
Sosyal fonksiyon	72,92	23,47	90,62	13,57	71,87	29,01	78,13	15,77	71,88	27,02	65,63	24,70
Global yaşam Kalitesi	59,38	14,55	64,58	20,30	69,79	14,23	51,56	16,73	66,67	22,36	42,19	16,52

Tablo 38’de hastaların **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı** toplu olarak gösterilmiştir. Fonksiyonel alt boyut skorlarının her birinin ölçüm zamanlarına göre dağılımı ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen faktörler tekrarlı ölçümlerde varyans analizleri ile ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu nedenle alt boyut skorlarına ilişkin bulgular ve yapılan analiz sonuçlarına, aşağıda yer alan ilgili tabloların altında yer verilmiştir.

Tablo 39: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Fiziksel Fonksiyon Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	54,17	20,35	SÜRE	230,74	0,974	0,336
	2. Hafta	61,25	21,67				
	6. Hafta	62,92	21,77				
KONTROL	İlk	66,67	14,60	SÜRE * GRUP	191,73	0,809	0,380
	2. Hafta	72,50	24,08				
	6. Hafta	68,75	25,03				
				SÜRE*EVRE	0,16	0,001	0,979
				SÜRE*TEDAVİ	63,10	0,266	0,612
				SÜRE*YAŞ	32,48	0,137	0,715
				SÜRE*ÇALIŞMA	4,02	0,017	0,898
				SÜRE*MESLEK	11,70	0,049	0,826
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	0,63	0,003	0,960
				SÜRE*TANI	438,33	1,850	0,190
				HATA	236,87		

*p<0,05

Tablo 39'da deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Fiziksel Fonksiyon Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,974$, $p=0,336$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Fiziksel Fonksiyon Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=0,809$, $p=0,380$). **EORTC QLQ C-30 Fiziksel Fonksiyon Skorlarının** evre, tedavi, yaş, çalışma durumu, meslek, hastalığın süresi ve hastalık tanısı faktörleri ile anlamlı ilişkisi bulunmamıştır ($p>0,05$) (tablo 39).

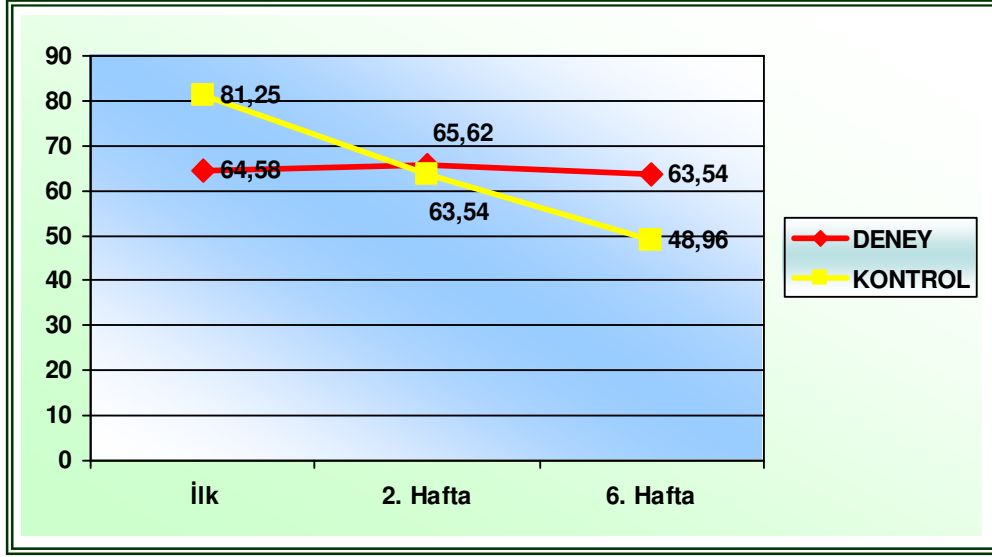
Tablo 40: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	64,58	37,45	SÜRE	142,04	0,433	0,518
	2. Hafta	65,62	31,90				
	6. Hafta	63,54	29,95				
KONTROL	İlk	81,25	18,13	SÜRE * GRUP	3342,38	10,191	*0,005
	2. Hafta	63,54	32,33				
	6. Hafta	48,96	25,44				
				SÜRE*EVRE	61,06	0,186	0,671
				SÜRE*TEDAVİ	26,89	0,082	0,778
				SÜRE*YAŞ	441,55	1,346	0,260
				SÜRE*CİNSİYET	246,37	0,751	0,397
				SÜRE*EĞİTİM	1,90	0,006	0,940
				SÜRE*ÇALIŞMA	4,00	0,012	0,913
				SÜRE*GELİR DURUMU	131,13	0,400	0,535
				SÜRE*MEDENİ DURUMU	152,88	0,466	0,503
				SÜRE*MESLEK	4,44	0,014	0,909
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	66,56	0,203	0,657
				SÜRE*TANI	579,80	1,768	0,199
				HATA	327,98		

*p<0,05

Tablo 40'da deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0.433, p=0,518). Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skorlarının** yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde 64,58±37,45 iken, ikinci ölçümde 65,62±31,90 ve son ölçümde ise 63,54±29,95 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden daha yüksek bir değer olarak 81,25±18,13 iken, ikinci ölçümde 63,54±32,33'e ve son ölçümde ise daha da düşerek 48,96±25,44'e gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=10,191, p=0,005). **EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skorlarının** evre,

tedavi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, meslek, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 40).



Grafik 5: Hastaların Rol Fonksiyonu Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 5 incelendiğinde, deney grubunun çalışmanın sonuna kadar olan sürede rol fonksiyonu düzeyi aynen koruduğu, ancak kontrol grubunun rol fonksiyonu skorunun düzenli bir düşüş gösterdiği görülmektedir.

Tablo 41: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Emosyonel Fonksiyon Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	86,25	19,70	SÜRE	186,88	2,005	0,173
	2. Hafta	83,33	15,39				
	6. Hafta	87,08	13,66				
KONTROL	İlk	87,50	13,74	SÜRE * GRUP	164,85	1,768	0,199
	2. Hafta	82,50	20,05				
	6. Hafta	81,67	20,15				
				SÜRE*EVRE	0,12	0,001	0,972
				SÜRE*TEDAVİ	468,98	5,031	0,037
				SÜRE*YAŞ	821,21	8,810	0,008
				SÜRE*CİNSİYET	1,21	0,013	0,911
				SÜRE*EĞİTİM	314,22	3,371	0,082
				SÜRE*ÇALIŞMA	31,43	0,337	0,568
				SÜRE*GELİR DURUMU	64,20	0,689	0,417
				SÜRE*MEDENİ DURUMU	18,86	0,202	0,658
				SÜRE*MESLEK	501,37	5,378	0,032
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	360,57	3,868	0,064
				SÜRE*TANI	1199,47	12,867	0,002
				HATA	93,22		

*p<0,05

Tablo 41’de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Emosyonel Fonksiyon Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=2,005$, $p=0,173$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Emosyonel Fonksiyon Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=1,768$, $p=0,199$). **EORTC QLQ C-30 Emosyonel Fonksiyon Skorlarının** evre, tedavi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, meslek, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 41).

Tablo 42: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Kognitif Fonksiyon Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	89,58	14,75	SÜRE	655,29	2,734	0,115
	2. Hafta	86,46	17,45				
	6. Hafta	85,42	17,08				
KONTROL	İlk	89,58	18,13	SÜRE * GRUP	112,07	0,468	0,502
	2. Hafta	90,63	14,87				
	6. Hafta	91,67	14,91				
				SÜRE*EVRE	5,36	0,022	0,883
				SÜRE*TEDAVİ	6,12	0,000	0,987
				SÜRE*YAŞ	12,22	0,051	0,824
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	14,86	0,062	0,806
				SÜRE*TANI	967,24	4,035	0,059
				HATA	239,68		

*p<0,05

Tablo 42’de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Kognitif Fonksiyon Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı (f=2,734, p=0,115), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Kognitif Fonksiyon Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (f=0,468, p=0,502). **EORTC QLQ C-30 Kognitif Fonksiyon Skorlarının** evre, tedavi, yaş, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 42).

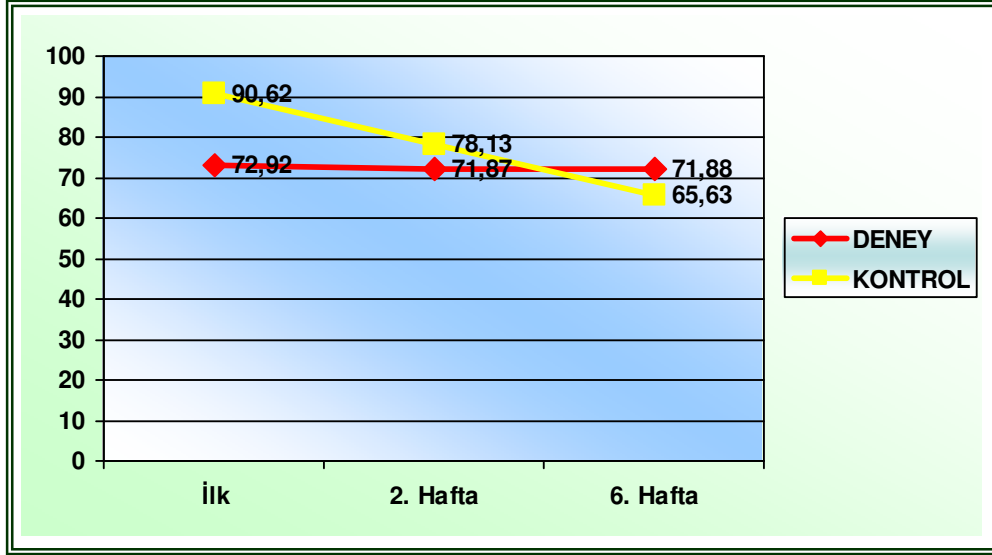
Tablo 43: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	72,92	23,47	SÜRE	184,68	0,929	0,347
	2. Hafta	71,87	29,01				
	6. Hafta	71,88	27,02				
KONTROL	İlk	90,62	13,57	SÜRE * GRUP	2628,32	13,226	*0,002
	2. Hafta	78,13	15,77				
	6. Hafta	65,63	24,70				
				SÜRE*EVRE	1,26	0,006	0,937
				SÜRE*TEDAVİ	39,79	0,200	0,660
				SÜRE*YAŞ	36,53	0,184	0,673
				SÜRE*CİNSİYET	598,57	3,012	0,099
				SÜRE*EĞİTİM	256,48	1,291	0,270
				SÜRE*ÇALIŞMA	8,21	0,041	0,841
				SÜRE*GELİR DURUMU	186,87	0,940	0,344
				SÜRE*MEDENİ DURUMU	0,18	0,001	0,976
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	13,71	0,069	0,796
				SÜRE*TANI	61,89	0,311	0,583
				HATA	198,73		

*p<0,05

Tablo 43'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0.929, p=0,347). Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skorlarının** yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde 72,92±23,47 iken, ikinci ölçümde 71,87±29,01 ve son ölçümde ise 71,88±27,02 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden çok daha yüksek bir değer olarak 90,62±13,57 iken, ikinci ölçümde 78,13±15,77'ye ve son ölçümde ise daha da düşerek 65,63±24,70'e gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=13,226, p=0,002). **EORTC QLQ C-30**

Sosyal Fonksiyon Skorlarının evre, tedavi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 43).



Grafik 6: Hastaların Sosyal Fonksiyon Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 6 incelendiğinde, deney grubunun sosyal fonksiyon skorunun yatay bir seyir gösterdiği ve düzeyini koruduğu, kontrol grubunun ise önemli ölçüde düşüş göstererek başlangıçta daha yüksekte olmasına karşın çalışma sonunda yaklaşık 30 puan azaldığı görülmektedir.

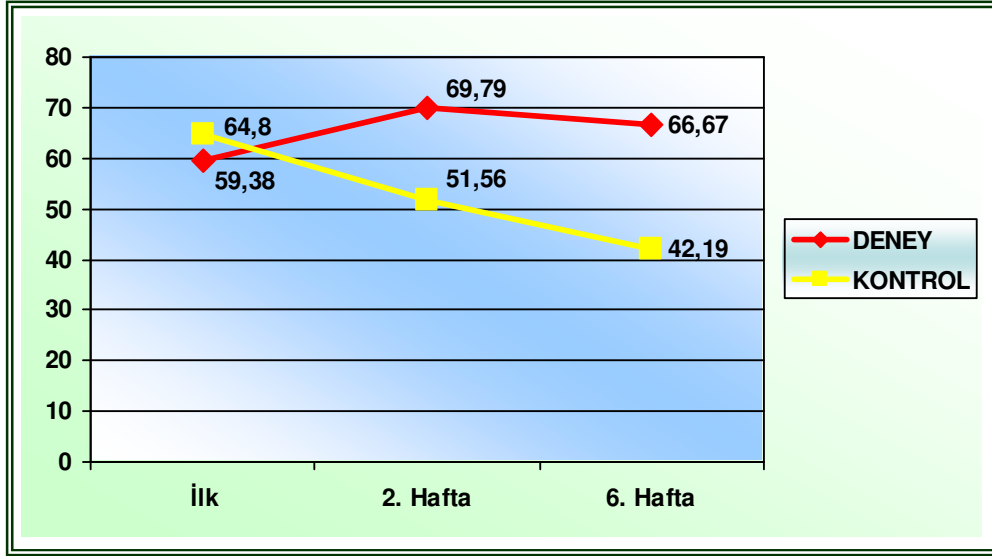
Tablo 44: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skor Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	59,38	14,55	SÜRE	0,19	0,001	0,975
	2. Hafta	69,79	14,23				
	6. Hafta	66,67	22,36				
KONTROL	İlk	64,58	20,30	SÜRE * GRUP	3038,85	15,777	*0,001
	2. Hafta	51,56	16,73				
	6. Hafta	42,19	16,52				
				SÜRE*EVRE	100,41	0,521	0,479
				SÜRE*TEDAVİ	152,99	0,794	0,384
				SÜRE*YAŞ	298,77	1,551	0,228
				SÜRE*CİNSİYET	104,28	0,541	0,471
				SÜRE*EĞİTİM	13,73	0,071	0,792
				SÜRE*ÇALIŞMA	3,70	0,019	0,891
				SÜRE*GELİR DURUMU	499,29	2,592	0,124
				SÜRE*MEDENİ DURUMU	9,88	0,051	0,823
				SÜRE*MESLEK	84,41	0,438	0,516
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	6,51	0,034	0,856
				SÜRE*TANI	215,36	1,118	0,304
				HATA	192,61		

*p<0,05

Tablo 44'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0.001, p=0,975). Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorlarının** ilk ölçümde 59,38±14,55 iken, ikinci ölçümde 10 puan artarak 69,79±14,23'a ve son ölçümde ise küçük bir gerileme ile 66,67±22,36 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde 64,58±20,30 iken, ikinci ölçümde 51,56±16,73'e ve son ölçümde ise daha da düşerek 42,19±16,52'ye gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=15,777, p=0,001).

EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorlarının evre, tedavi, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durum, meslek, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 44).



Grafik 7: Hastaların EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorlarını Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 7 incelendiğinde deney grubunun global yaşam kalitesi skorlarının yükseldiği ve bu karşıt olarak kontrol grubunun yaşam kalitesi skorlarının düzenli ve önemli derecede azalma gösterdiği açık bir şekilde görülmektedir.

3.4.1.2. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarına İlişkin Bulgular

Tablo 45: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Ölçüm Semptom Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Semptom Alt Boyut	Deney Grubu		Kontrol Grubu		U	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Yorgunluk	50,69	27,21	35,42	30,69	87,00	0,118
Bulantı ve kusma	11,46	27,02	18,75	31,55	110,50	0,421
Ağrı	30,21	31,16	35,42	36,45	118,50	0,714
Dispne	39,58	42,55	25,00	28,55	106,00	0,376
Uyku bozukluğu	22,92	41,67	18,75	36,45	125,50	0,901
İştahsızlık	31,25	41,22	27,08	44,25	117,50	0,647
Kabızlık	8,33	14,91	14,58	29,74	124,00	0,842
Diyare	18,75	29,74	8,33	19,25	103,50	0,242
Mali etki	31,25	30,96	43,75	35,94	102,00	0,306

*p<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk ölçümlerde **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile edilen Semptom Alt Boyut Skorları** tablo 45’de gösterilmiştir. **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin semptom alt boyutlarının “yüksek skorları”, AKSS ölçeğinde olduğu gibi “yüksek semptomatolojiyi” göstermektedir. “Yüksek Semptom Skorları, Yüksek ve Olumsuz Semptom Düzeyi” anlamına gelmektedir.** İlk ölçümlerde, semptom **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarının** hiç birinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır (p>0.05) (tablo 45).

Tablo 46: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı

EORTC QLQ C-30 SEMPTOM ALT BOYUT	İLK ÖLÇÜM				İKİNCİ HAFTA				ALTINCI HAFTA			
	DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)		DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)		DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Yorgunluk	50,70	27,21	35,42	30,69	39,58	22,21	46,53	26,98	34,72	22,55	52,78	23,83
Bulantı ve kusma	11,46	27,02	18,75	31,55	8,33	16,10	31,25	36,96	12,50	23,17	39,58	30,96
Ağrı	30,21	31,16	35,42	36,45	18,75	24,25	43,75	31,55	27,08	22,67	50,00	21,94
Dispne	39,58	42,55	25,00	28,55	22,92	33,82	29,17	26,88	31,25	35,42	27,08	25,00
Uyku bozukluğu	22,92	41,67	18,75	36,45	10,42	20,07	37,50	36,26	20,83	29,50	50,00	29,82
İştahsızlık	31,25	41,22	27,08	44,25	18,75	27,13	37,50	41,94	27,08	32,70	50,00	38,49
Kabızlık	8,33	14,91	14,58	29,74	12,50	16,67	18,75	32,13	10,42	15,96	29,17	36,26
Diyare	18,75	29,74	8,33	19,25	10,42	26,44	31,25	33,26	00,00	00,00	43,75	31,55
Mali etki	31,25	30,96	43,75	35,94	43,75	29,11	31,25	35,42	41,67	35,49	39,58	34,89

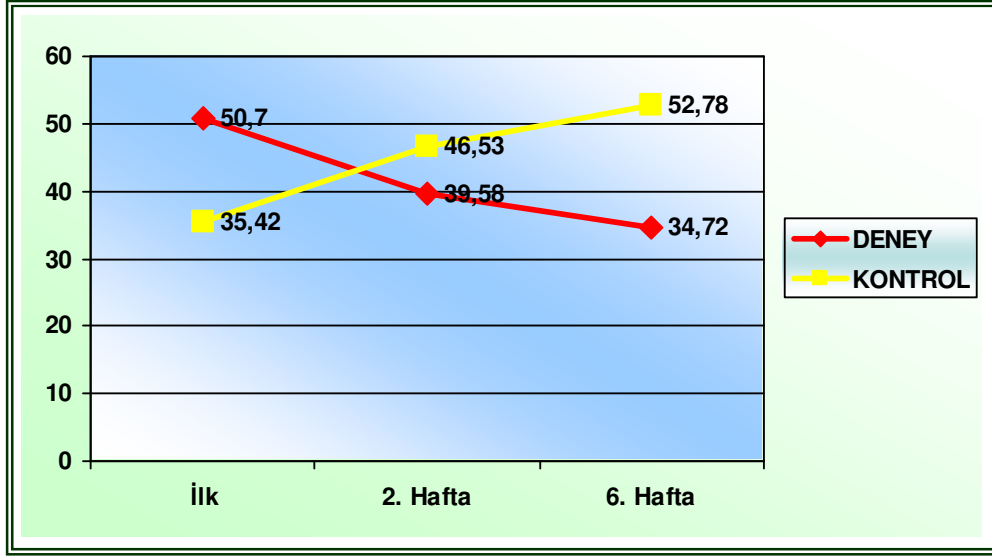
Tablo 46'da hastaların **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skor Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı** toplu olarak gösterilmiştir. Semptom alt boyut skorlarının her birinin ölçüm zamanlarına göre dağılımı ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen faktörler tekrarlı ölçümlerde varyans analizleri ile ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu nedenle alt boyut skorlarına ilişkin bulgular ve yapılan analiz sonuçlarına, aşağıda yer alan ilgili tabloların altında yer verilmiştir.

Tablo 47: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	50,70	27,21	SÜRE	627,72	2,328	0,144
	2. Hafta	39,58	22,21				
	6. Hafta	34,72	22,55				
KONTROL	İlk	35,42	30,69	SÜRE * GRUP	4254,75	15,781	*0,001
	2. Hafta	46,53	26,98				
	6. Hafta	52,78	23,83				
				SÜRE*EVRE	6,84	0,025	0,875
				SÜRE*TEDAVİ	118,10	0,438	0,516
				SÜRE*YAŞ	5,70	0,021	0,886
				SÜRE*CİNSİYET	1180,49	4,379	0,050
				SÜRE*ÇALIŞMA	68,27	0,253	0,621
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	161,17	0,598	0,449
				SÜRE*TANI	268,64	0,996	0,331
				HATA	269,61		

*p<0,05

Tablo 47’de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=2,328, p=0,144). Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skorlarının** başlangıçtan itibaren düzenli bir düşüş gösterdiği ve ilk ölçümde 50,70±27,21 iken; ikinci ölçümde yaklaşık 20 puan birden azalarak 39,58±22,21’e ve son ölçümde ise daha da azalarak 34,72±22,55’e gerilediği belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skorları** ise deney grubunun tam aksine başlangıçta daha düşük bir değerde iken düzenli bir artış göstermiştir. Yorgunluk skorlarının, ilk ölçümde deney grubundan daha düşük bir değer olarak 35,42±30,69 olduğu, ancak ikinci ölçümde artış göstererek 46,53±26,98’e ve son ölçümde ise daha da artarak 52,78±23,83’e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=15,781, p=0,001). **EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skorlarının** evre, tedavi, yaş, cinsiyet, çalışma durumu, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 47).



Grafik 8: Hastaların EROTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut Yorgunluk Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

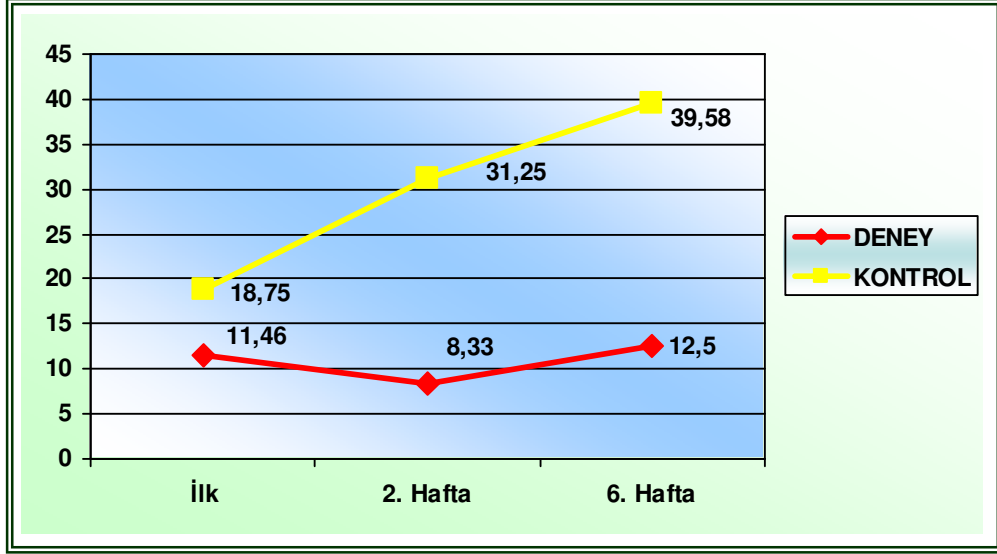
Grafik 8 incelendiğinde yorgunluk skorları açısından başlangıçta daha iyi durumda olan kontrol grubunun 6 hafta sonra deney grubuna göre yaklaşık 20 puan daha yükseğe çıktığı görülmektedir.

Tablo 48: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	11,46	27,02	SÜRE	39,12	0,136	0,716
	2. Hafta	8,33	16,10				
	6. Hafta	12,50	23,17				
KONTROL	İlk	18,75	31,55	SÜRE * GRUP	2231,11	7,783	*0,012
	2. Hafta	31,25	36,96				
	6. Hafta	39,58	30,96				
				SÜRE*EVRE	186,98	0,652	0,429
				SÜRE*TEDAVİ	828,23	2,889	0,105
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	712,80	2,486	0,131
				SÜRE*TANI	5,35	0,000	0,989
				HATA	286,68		

*p<0,05

Tablo 48’de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0.136, p=0,716). Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skorlarının** yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde 11,46±27,02 iken, ikinci ölçümde 8,33±16,10 ve son ölçümde ise 12,50±23,27 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde 18,75±31,55 iken, ikinci ölçümde 31,25±36,96’ya ve son ölçümde ise daha da artarak 39,58±30,96’ya yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=7,783, p=0,012). **EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 48).



Grafik 9: Hastaların EROTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut Bulantı-Kusma Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 9 incelendiğinde, birçok skorda olduğu gibi burada da deney grubunun başlangıç skorlarını hemen hemen koruduğu, kontrol grubunun ise düzenli bir artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 49: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Ağrı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	30,21	31,16	SÜRE	132,06	0,277	0,604
	2. Hafta	18,75	24,25				
	6. Hafta	27,08	22,67				
KONTROL	İlk	35,42	36,45	SÜRE * GRUP	1476,29	3,101	0,094
	2. Hafta	43,75	31,55				
	6. Hafta	50,00	21,94				
				SÜRE*EVRE	618,10	1,299	0,269
				SÜRE*TEDAVİ	179,72	0,378	0,546
				SÜRE*YAŞ	300,93	0,632	0,436
				SÜRE*CİNSİYET	978,73	2,056	0,168
				SÜRE*EĞİTİM	18,85	0,040	0,844
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	133,96	0,281	0,602
				SÜRE*TANI	632,63	1,329	0,263
				HATA	476,01		

*p<0,05

Tablo 49'da deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut Ağrı Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,277$, $p=0,604$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Ağrı Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=3,301$, $p=0,094$). **EORTC QLQ C-30 Ağrı Skorlarının** evre, tedavi, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 49).

Tablo 50: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Dispne Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	39,58	42,55	SÜRE	138,51	0,224	0,641
	2. Hafta	22,92	33,82				
	6. Hafta	31,25	35,42				
KONTROL	İlk	25,00	28,55	SÜRE * GRUP	423,86	0,685	0,418
	2. Hafta	29,17	26,88				
	6. Hafta	27,08	25,00				
				SÜRE*EVRE	100,41	0,162	0,691
				SÜRE*TEDAVİ	281,27	0,455	0,508
				SÜRE*YAŞ	2,71	0,000	0,998
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	0,26	0,000	0,984
				SÜRE*TANI	122,13	0,197	0,662
				HATA	618,48		

*p<0,05

Tablo 50'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut Dispne Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,224$, $p=0,641$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Dispne Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=0,685$, $p=0,418$). **EORTC QLQ C-30 Dispne Skorlarının** evre, tedavi, yaş, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 50).

Tablo 51: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Uyku Bozukluğu Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	22,92	41,67	SÜRE	2991,04	2,798	0,111
	2. Hafta	10,42	20,07				
	6. Hafta	20,83	29,50				
KONTROL	İlk	18,75	36,45	SÜRE * GRUP	4121,29	3,856	0,064
	2. Hafta	37,50	36,26				
	6. Hafta	50,00	29,82				
				SÜRE*EVRE	1461,84	1,368	0,257
				SÜRE*TEDAVİ	2466,90	2,308	0,145
				SÜRE*YAŞ	190,80	0,179	0,677
				SÜRE*ÇALIŞMA	22,66	0,021	0,886
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	511,42	0,478	0,497
				SÜRE*TANI	1816,65	1,700	0,208
				HATA	1068,88		

*p<0,05

Tablo 51'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut Uyku Bozukluğu Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=2,278$, $p=0,111$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Uyku Bozukluğu Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=3,856$, $p=0,064$). **EORTC QLQ C-30 Uyku Bozukluğu Skorlarının** evre, tedavi, yaş, çalışma durumu, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 51).

Tablo 52: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P							
DENEY	İlk	31,25	41,22	SÜRE	6598,539	10,632	*0,003							
	2. Hafta	18,75	27,13											
	6. Hafta	27,08	32,70											
KONTROL	İlk	27,08	44,25	SÜRE * GRUP	3593,780	5,791	*0,023							
	2. Hafta	37,50	41,94											
	6. Hafta	50,00	38,49											
				SÜRE*EVRE	29,156	,068	0,797							
				SÜRE*TEDAVİ	4161,794	6,706	*0,015							
				SÜRE*GELİR DURUMU	735,118	1,724	0,205							
				SÜRE*TANI	235,435	,552	0,467							
				HATA	426,488									
*p<0,05														
ETKİLEYEN BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	İştahsızlık Skorlarının İstatistiksel Olarak Anamlı Etki Gösteren Değişkene ve Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı													
	İlk ölçüm						İkinci Hafta				Altıncı Hafta			
	Deney Grubu			Kontrol Grubu			Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
TEDAVİSİ	n	\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
KEMOTERAPİ	6	5,56	13,61	6	5,56	13,61	22,22	34,43	22,22	27,22	22,22	27,22	50,00	34,96
KEMO-RADYOTERAPİ	10	46,67	45,00	10	40,00	51,64	30,00	36,68	22,22	27,22	30,00	36,68	50,00	42,31

Tablo 52’de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut İştahsızlık Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu (**f=10,632, p=0,003**), saptanmıştır (tablo 52).

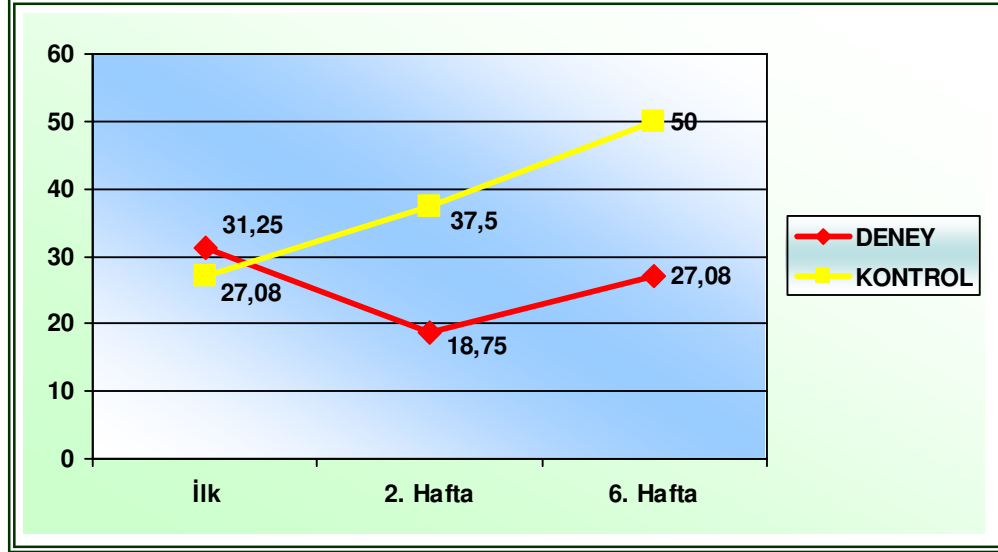
Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorlarının** ilk ölçümde $31,25\pm 41,22$ iken ikinci ölçümde azalarak $18,75\pm 27,13$ ’e gerilediği, ancak altıncı hafta ölçümünde tekrar yükselerek $27,08\pm 32,70$ ’e çıktığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise skorlar düzgün bir şekilde giderek artmış ve ilk ölçümde $27,08\pm 44,25$ iken; iki hafta sonra yapılan ikinci ölçümde $37,50\pm 41,94$ ’e ve son ölçümde ise daha da artarak $50,00\pm 38,49$ ’a yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,791, p=0,023$).

EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları sadece hastaların tedavisinden etkilenmiştir. Buna göre deney grubunda ve **sadece kemoterapi** alan hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorlarının** ikinci ve üçüncü ölçümlerde artış gösterdiği, ilk ölçümde $5,56\pm 13,61$ olan skorun ikinci ölçümde $22,22\pm 34,83$ ’e ve son ölçümde aynı düzeyi koruyarak $22,22\pm 27,22$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki sadece kemoterapi alan hasta grubunun **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** her ölçümde artış göstermiştir. Kontrol grubundaki sadece kemoterapi alan hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** ilk ölçümde $5,56\pm 13,61$ iken; ikinci ölçümde $22,22\pm 27,22$ ’ye son ölçümde ise daha da artarak $50,00\pm 34,96$ ’ya yükselmiştir (tablo 52).

Deney grubundaki **kemo-radyoterapi** alan hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** ilk ölçümde $46,57\pm 45,00$ iken, ikinci ölçümde azalma göstermiş ve $30,00\pm 36,68$ ’e gerilemiş, son ölçümde düzeyi aynı kalmış ve $30,00\pm 36,68$ olarak saptanmıştır (tablo 52).

Kontrol grubunun **kemo-radyoterapi** tedavisi alan hastalarının tedavi gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık**

Skorlarının dağılımına bakıldığında; ilk ölçümdeki $40,00 \pm 51,64$ değerinin ikinci ölçümde düştüğü ve $22,22 \pm 27,22$ 'ye gerilediği, son ölçümde ise tekrar yükselerek $50,00 \pm 42,31$ 'e çıktığı saptanmıştır. Bu skorlar açısından hastaların aldıkları tedavinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p < 0,005$) (tablo 52).



Grafik 10: Hastaların EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut İştahsızlık Skor Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 10 incelendiğinde iştahsızlık skorları açısından deney grubunun önce düşüş gösterip sonra aynı seviyeye çıktığı, kontrol grubunun ise başlangıçtan itibaren düzenli bir yükselme gösterdiği görülmektedir.

Tablo 53: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Kabızlık Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	8,33	14,91	SÜRE	63,203	0,212	0,650
	2. Hafta	12,50	16,67				
	6. Hafta	10,42	15,96				
KONTROL	İlk	14,58	29,74	SÜRE * GRUP	706,603	2,369	0,140
	2. Hafta	18,75	32,13				
	6. Hafta	29,17	36,26				
				SÜRE*EVRE	31,983	0,107	0,747
				SÜRE*TEDAVİ	17,199	0,058	0,813
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	2,812	0,009	0,924
				SÜRE*TANI	777,744	2,608	0,123
				HATA	298,230		

*p<0,05

Tablo 53'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyut Kabızlık Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,212$, $p=0,650$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Kabızlık Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=3,369$, $p=0,140$). **EORTC QLQ C-30 Kabızlık Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 53).

Tablo 54: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30 Diyare Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	18,75	29,74	SÜRE	865,13	1,268	0,274
	2. Hafta	10,42	26,44				
	6. Hafta	00,00	00,00				
KONTROL	İlk	8,33	19,25	SÜRE * GRUP	14197,15	20,810	*0,000
	2. Hafta	31,25	33,26				
	6. Hafta	43,75	31,55				
				SÜRE*EVRE	5,47	0,008	0,930
				SÜRE*TEDAVİ	84,31	0,124	0,729
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	725,60	1,064	0,315
				SÜRE*TANI	445,13	0,652	0,429
				HATA	682,24		

*p<0,05

Tablo 54’de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Diyare Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=1,268, p=0,274). Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Diyare Skorlarının** ikinci ölçümde önemli derecede azaldığı ve üçüncü ölçümde hiçbir hastada diyare bulunmadığı saptanmıştır. Dağılımın ilk ölçümde 18,75±29,74, ikinci ölçümde 10,42±26,44 ve üçüncü ölçümde 00,00±00,00 şeklinde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde 8,33±19,25 iken ikinci ölçümde 31,25±33,26’ya ve son ölçümde daha da artarak 43,75±31,55’e yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=20,810, p=0,000). **EORTC QLQ C-30 Diyare Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 54).

Tablo 55: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre EORTC QLQ C-30, Mali Etki Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	31,25	30,96	SÜRE	0,25	0,001	0,977
	2. Hafta	43,75	29,11				
	6. Hafta	41,67	35,49				
KONTROL	İlk	43,75	35,94	SÜRE * GRUP	673,35	2,255	0,150
	2. Hafta	31,25	35,42				
	6. Hafta	39,58	34,89				
				SÜRE*ÇALIŞMA	577,85	1,935	0,180
				SÜRE*GELİR DURUMU	89,46	0,300	0,591
				SÜRE*MESLEK	511,86	1,714	0,206
				HATA	298,64		

*p<0,05

Tablo 55'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Mali Etki Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı (f=0,001, p=0,977), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Mali Etki Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (f=2,255, p=0,150). **EORTC QLQ C-30 Mali Etki Skorlarının** çalışma, gelir durumu ve meslek gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 55).

3.4.1.3. EORTC QLQ C-30, LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulgular

Tablo 56: Hastaların LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Ölçüm Semptom Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Semptom Alt Boyut	Deney Grubu		Kontrol Grubu		U	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
<u>Dispne</u>	36,11	26,14	25,69	22,12	98,50	0,259
<u>Öksürük</u>	37,50	40,14	37,50	31,91	122,00	0,813
<u>Hemoptizi</u>	4,17	16,67	2,08	8,33	127,50	0,964
<u>Boğaz ağrısı</u>	4,17	16,67	6,25	18,13	120,50	0,576
<u>Yutma güçlüğü</u>	8,33	14,91	16,67	32,20	122,00	0,765
<u>Nöropati</u>	8,33	14,91	16,67	29,81	116,00	0,565
<u>Alopesi</u>	25,00	41,28	37,50	41,94	101,00	0,258
<u>Göğüs ağrısı</u>	18,75	24,25	22,92	26,44	116,50	0,630
<u>Kol-Omuz ağrısı</u>	22,92	31,55	22,92	29,11	124,50	0,884
<u>Diğer kısımlarda ağrı</u>	25,00	31,03	22,92	23,47	126,50	0,951

*p<0,05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk ölçümlerde **LC-13 Yaşam Kalitesi ölçeği ile edilen Semptom Alt Boyut Skorları** tablo 56'da gösterilmiştir. **LC-13 Yaşam Kalitesi ölçeğinin semptom alt boyutlarının “yüksek skorları”, AKSS ölçeğinde ve EORTC QLQ C-30 Ölçeğinin Semptom Alt Boyutunda olduğu gibi “yüksek semptomatolojiyi” göstermektedir. “Yüksek Semptom Skorları, Yüksek ve Olumsuz Semptom Düzeyi” anlamına gelmektedir.** İlk ölçümlerde, semptom LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarının hiç birinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır (p>0.05) (tablo 56).

Tablo 57: Hastaların LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı

EORTC QLQ C-30 SEMPTOM ALT BOYUT	İLK ÖLÇÜM				İKİNCİ HAFTA				ALTINCI HAFTA			
	DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)		DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)		DENEY GRUBU (n=16)		KONTROL GRUBU (n=16)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Dispne	36,11	26,14	25,69	22,12	11,80	10,32	13,89	12,50	29,86	24,59	32,64	22,40
Öksürük	37,50	40,14	37,50	31,91	29,17	20,64	29,17	26,87	35,42	28,46	29,17	26,87
Hemoptizi	4,17	16,67	2,08	8,33	00,00	00,00	6,25	13,44	00,00	00,00	6,25	13,44
Boğaz ağrısı	4,17	16,67	6,25	18,13	2,08	8,33	20,83	29,50	4,17	11,38	22,92	29,11
Yutma güçlüğü	8,33	14,91	16,67	32,20	4,17	11,38	29,17	36,26	10,42	20,07	31,25	33,26
Nöropati	8,33	14,91	16,67	29,81	10,42	15,96	22,92	31,55	20,83	23,96	16,67	24,34
Alopesi	25,00	41,28	37,50	41,94	27,08	36,96	50,00	47,14	33,33	38,49	56,25	48,26
Göğüs ağrısı	18,75	24,25	22,92	26,44	18,75	29,74	31,25	25,73	12,50	20,64	41,67	25,82
Kol-Omuz ağrısı	22,92	31,55	22,92	29,11	14,58	20,97	29,17	31,91	16,67	24,34	33,33	34,43
Diğer kısımlarda ağrı	25,00	31,03	22,92	23,47	16,67	24,34	31,25	30,96	8,33	14,91	33,33	29,82

Tablo 57'de hastaların **EORTC QLQ C-30, LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skor Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı** toplu olarak gösterilmiştir. Semptom alt boyut skorlarının her birinin ölçüm zamanlarına göre dağılımı ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen faktörler tekrarlı ölçümlerde varyans analizleri ile ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu nedenle alt boyut skorlarına ilişkin bulgular ve yapılan analiz sonuçlarına, aşağıda yer alan ilgili tabloların altında yer verilmiştir.

Tablo 58: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Dispne Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	36,11	26,14	SÜRE	93,75	0,847	0,369
	2. Hafta	11,80	10,32				
	6. Hafta	29,86	24,59				
KONTROL	İlk	25,69	22,12	SÜRE * GRUP	340,61	3,076	0,096
	2. Hafta	13,89	12,50				
	6. Hafta	32,64	22,40				
				SÜRE*EVRE	138,39	1,250	0,278
				SÜRE*TEDAVİ	268,08	2,421	0,136
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	151,50	1,368	0,257
				SÜRE*TANI	0,69	0,006	0,938
				HATA	110,72		

*p<0,05

Tablo 58'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Dispne Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,847$, $p=0,369$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Dispne Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=3,076$, $p=0,096$). **LC-13 Dispne Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 58).

Tablo 59: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Öksürük Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	37,50	40,14	SÜRE	32,14	0,076	0,786
	2. Hafta	29,17	20,64				
	6. Hafta	35,42	28,46				
KONTROL	İlk	37,50	31,91	SÜRE * GRUP	161,59	0,381	0,545
	2. Hafta	29,17	26,87				
	6. Hafta	29,17	26,87				
				SÜRE*EVRE	342,87	0,808	0,380
				SÜRE*TEDAVİ	210,58	0,496	0,490
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	346,21	0,816	0,378
				SÜRE*TANI	148,25	0,349	0,561
				HATA	424,47		

*p<0,05

Tablo 59'da deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Öksürük Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,076$, $p=0,786$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Öksürük Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=0,381$, $p=0,545$). **LC-13 Öksürük Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 59).

Tablo 60: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Hemoptizi Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	4,17	16,67	SÜRE	26,50	0,268	0,610
	2. Hafta	00,00	00,00				
	6. Hafta	00,00	00,00				
KONTROL	İlk	2,08	8,33	SÜRE * GRUP	413,94	4,193	0,055
	2. Hafta	6,25	13,44				
	6. Hafta	6,25	13,44				
				SÜRE*EVRE	88,61	0,897	0,355
				SÜRE*TEDAVİ	5,55	0,056	0,815
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	203,95	2,066	0,167
				SÜRE*TANI	261,12	2,645	0,120
				HATA	98,73		

*p<0,05

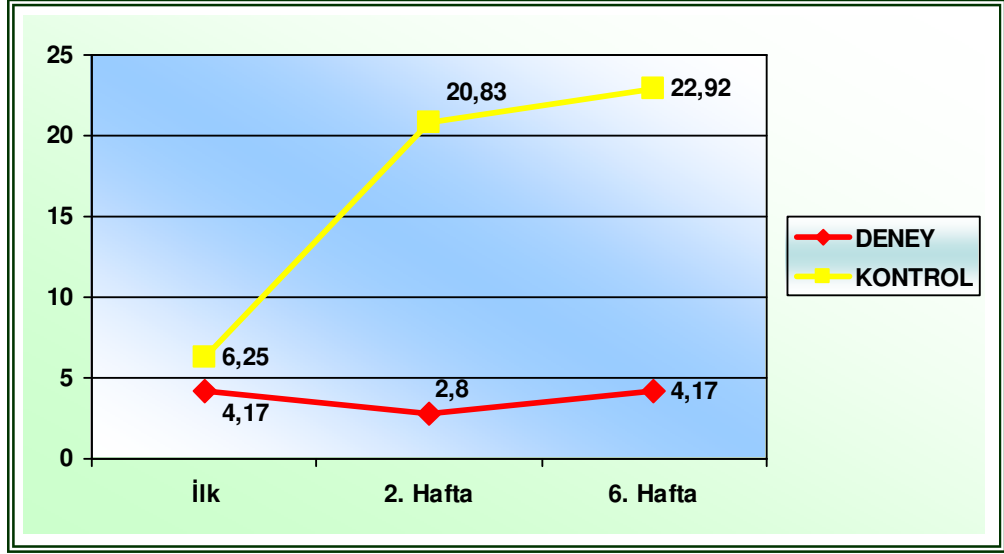
Tablo 60'da deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Hemoptizi Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,268$, $p=0,610$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Hemoptizi Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=4,193$, $p=0,055$). **LC-13 Hemoptizi Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 60).

Tablo 61: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Boğaz Ağrısı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	4,17	16,67	SÜRE	156,21	0,591	0,451
	2. Hafta	2,08	8,33				
	6. Hafta	4,17	11,38				
KONTROL	İlk	6,25	18,13	SÜRE * GRUP	1363,73	5,160	*0,035
	2. Hafta	20,83	29,50				
	6. Hafta	22,92	29,11				
				SÜRE*EVRE	404,25	1,530	0,231
				SÜRE*TEDAVİ	0,14	0,001	0,982
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	337,01	1,275	0,273
				SÜRE*TANI	0,11	0,000	0,984
				HATA	264,28		

*p<0,05

Tablo 61'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Boğaz Ağrısı Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0,591, p=0,451). Deney grubundaki hastaların **LC-13 Boğaz Ağrısı Skorlarının** ilk ölçümde 4,17±16,67 iken, ikinci ölçümde 2,08±8,33'e gerilediği, ancak üçüncü ölçümde tekrar yükselerek 4,17±11,38 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde 6,25±18,13 iken ikinci ölçümde 20,83±29,50'ye ve son ölçümde az bir puan daha artarak 22,92±29,11'e yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=5,160, p=0,035). **LC-13 Boğaz Ağrısı Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 61).



Grafik 11: Hastaların LC-13 Boğaz Ağrısı Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

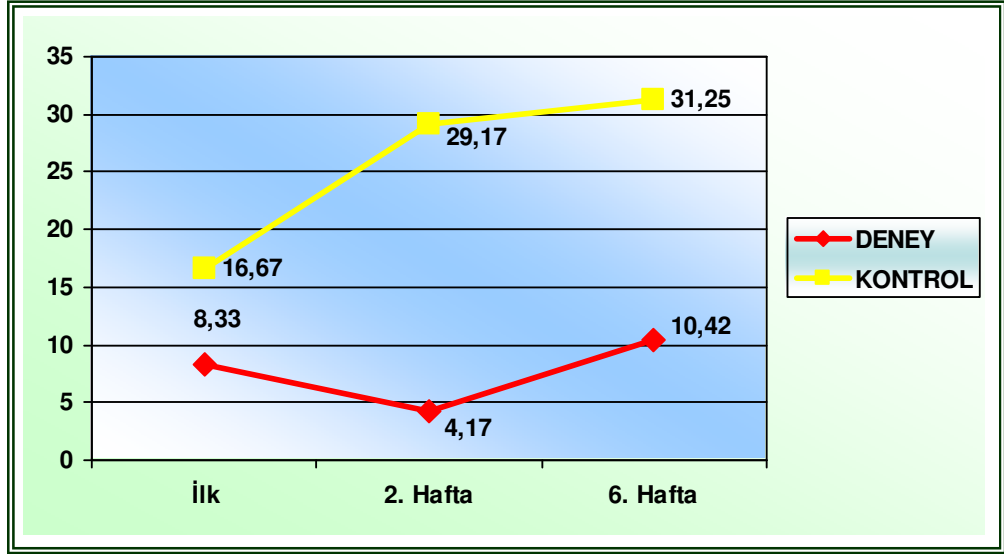
Grafik 11 incelendiğinde deney grubunun Boğaz ağrısı skorlarının önemli bir değişiklik göstermeyerek seviyesini koruduğu, ancak kontrol grubu hastalarının boğaz ağrısı skorunun belirgin bir artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 62: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Yutma Güçlüğü Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	8,33	14,91	SÜRE	268,45	2,285	0,147
	2. Hafta	4,17	11,38				
	6. Hafta	10,42	20,07				
KONTROL	İlk	16,67	32,20	SÜRE * GRUP	673,41	5,733	*0,027
	2. Hafta	29,17	36,26				
	6. Hafta	31,25	33,26				
				SÜRE*EVRE	1,81	0,015	0,902
				SÜRE*TEDAVİ	26,96	0,230	0,637
				SÜRE*YAŞ	202,07	1,720	0,205
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	340,17	2,896	0,105
				SÜRE*TANI	0,52	0,004	0,948
				HATA	117,47		

*p<0,05

Tablo 62’de deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Yutma Güçlüğü Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=2,285, p=0,147). Deney grubundaki hastaların **LC-13 Yutma Güçlüğü Skorlarının** ilk ölçümde 8,33±14,91 iken, ikinci ölçümde 4,17±11,38’e gerilediği, ancak üçüncü ölçümde tekrar yükselerek 10,42±20,07 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde 16,67±32,20 iken ikinci ölçümde 29,17±36,26’ya ve son ölçümde 31,25±33,26’ya yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=5,733, p=0,027). **LC-13 Yutma Güçlüğü Skorlarının** evre, tedavi, yaş, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 62).



Grafik 12: Hastaların LC-13 Yutma Güçlüğü Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 12 incelendiğinde deney grubunun son ölçümde hafif bir yükselme gösterdiği kontrol grubunun ise çok önemli bir artış göstererek başlangıçtaki seviyesinin iki katına çıktığı görülmektedir.

Tablo 63: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Nöropati Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	8,33	14,91	SÜRE	1,57	0,000	0,998
	2. Hafta	10,42	15,96				
	6. Hafta	20,83	23,96				
KONTROL	İlk	16,67	29,81	SÜRE * GRUP	674,85	1,822	0,193
	2. Hafta	22,92	31,55				
	6. Hafta	16,67	24,34				
				SÜRE*EVRE	984,41	2,658	0,120
				SÜRE*TEDAVİ	1,82	0,005	0,945
				SÜRE*YAŞ	301,28	,813	0,378
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	1397,22	3,772	0,067
				SÜRE*TANI	269,15	0,727	0,405
				HATA	370,40		

*p<0,05

Tablo 63'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Nöropati Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,000$, $p=0,998$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Nöropati Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=1,822$, $p=0,193$). **LC-13 Nöropati Skorlarının** evre, tedavi, yaş, hastalığın süresi ve tanı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 63).

Tablo 64: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Alopesi Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P							
DENEY	İlk	25,00	41,28	SÜRE	1037,42	1,335	0,262							
	2. Hafta	27,08	36,96											
	6. Hafta	33,33	38,49											
KONTROL	İlk	37,50	41,94	SÜRE * GRUP	413,37	0,532	0,475							
	2. Hafta	50,00	47,14											
	6. Hafta	56,25	48,26											
				SÜRE*EVRE	68,38	0,088	0,770							
				SÜRE*TEDAVİ	2352,48	3,027	0,098							
				SÜRE*TANI										
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	832,47	1,071	0,314							
				SÜRE*TANI HATA	4224,79	5,437	*0,031							
*p<0,05														
BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN	Alopesi Skorlarının İstatistiksel Olarak Anlamlı Etki Gösteren Değişkene ve Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı													
	İlk ölçüm				İkinci Hafta				Altıncı Hafta					
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Deney Grubu		Kontrol Grubu			
TANISI	n	\bar{X}	SD	n	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
KHAK	6	61,11	49,07	6	44,44	45,54	50,00	45,95	55,56	45,54	44,45	40,37	55,56	50,19
KHDAK	10	3,33	10,54	10	33,33	41,57	13,33	23,31	46,67	50,18	26,67	37,84	56,67	49,81

Tablo 64'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün istatistiksel olarak anlamsız olduğu (**f=1,335, p=0,262**), saptanmıştır (tablo 64).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Alopesi Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (**f=0,532 , p=0,475**).

LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının sadece hastaların tanısından etkilendiği saptanmıştır. Buna göre deney grubunda ve sadece kemoterapi alan hastaların **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** ikinci ve üçüncü ölçümlerde düzenli bir düşüş gösterdiği, ilk ölçümde 61,31±49,07 olan skorun ikinci ölçümde 50,00±45,95'e gerilediği ve son ölçümde daha da azalarak 44,45±40,37'ye düştüğü saptanmıştır.

Kontrol grubundaki **KHAK** hasta grubunun **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** ilk ölçümde 44,44±45,54 iken ikinci ölçümde 55,56±45,54'e çıktığı ve üçüncü ölçümde bu düzeyin korunarak 55,56±50,19 olduğu belirlenmiştir (tablo 64).

Hem deney grubundaki hem de kontrol grubundaki **KHAK tanısı olan hastaların LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** düzenli bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre deney grubu için dağılım; ilk ölçümde 3,33±10,54 iken, ikinci ölçümde 13,33±23,33'e, son ölçümde ise biraz daha yükselerek 26,67±37,84' şeklinde olmuştur (tablo 64).

Kontrol grubunun **KHDAK** tanısı olan hastaların tanı gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** dağılımına bakıldığında; ilk ölçümdeki 33,33±41,57 değerinin ikinci ölçümde arttığı ve 46,67±50,18' yükseldiği, son ölçümde ise daha da artarak 56,67±49,81'e çıktığı saptanmıştır. Bu skorlar açısından hastaların tanısının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır (**p<0,005**) (tablo 64).

Tablo 65: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Göğüs Ağrısı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	18,75	24,25	SÜRE	5,66	0,017	0,898
	2. Hafta	18,75	29,74				
	6. Hafta	12,50	20,64				
KONTROL	İlk	22,92	26,44	SÜRE * GRUP	1065,52	3,208	0,089
	2. Hafta	31,25	25,73				
	6. Hafta	41,67	25,82				
				SÜRE*EVRE	110,67	0,333	0,571
				SÜRE*TEDAVİ	17,07	0,051	0,823
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	6,27	0,019	0,892
				SÜRE*TANI	393,66	1,185	0,290
				HATA	332,16		

*p<0,05

Tablo 65'de deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Göğüs Ağrısı Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,017$, $p=0,898$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Göğüs Ağrısı Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=3,208$, $p=0,089$). **LC-13 Göğüs Ağrısı Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 65).

Tablo 66: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Kol-Omuz Ağrısı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	22,92	31,55	SÜRE	185,48	0,204	0,657
	2. Hafta	14,58	20,97				
	6. Hafta	16,67	24,34				
KONTROL	İlk	22,92	29,11	SÜRE * GRUP	1286,94	1,416	0,249
	2. Hafta	29,17	31,91				
	6. Hafta	33,33	34,43				
				SÜRE*EVRE	83,47	0,092	0,765
				SÜRE*TEDAVİ	699,58	0,770	0,391
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	317,90	0,350	0,561
				SÜRE*TANI	585,23	0,644	0,432
				HATA	908,68		

*p<0,05

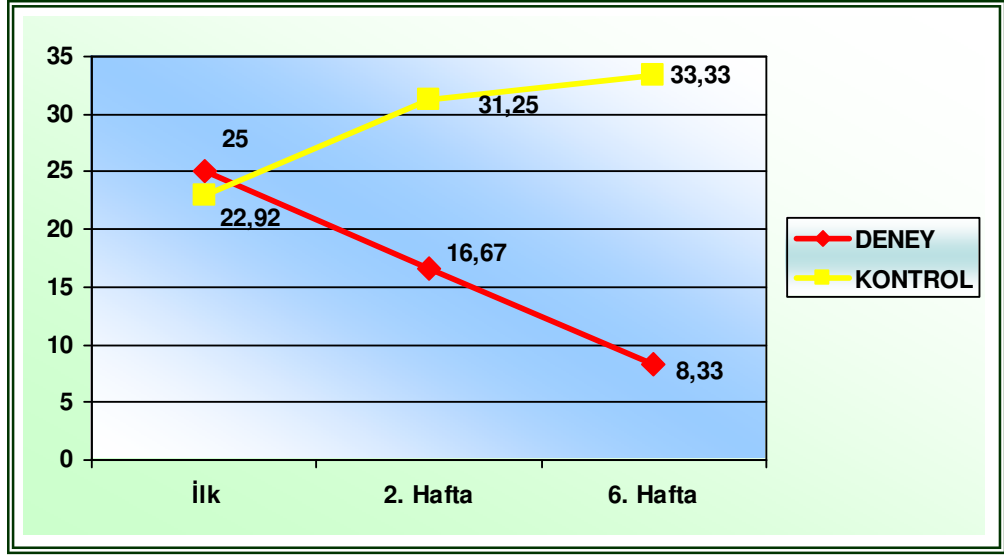
Tablo 66'da deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Kol-Omuz Ağrısı Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı ($f=0,204$, $p=0,657$), belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Kol-Omuz Ağrısı Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=1,416$, $p=0,249$). **LC-13 Kol-Omuz Ağrısı Skorlarının** evre, tedavi, hastalığın süresi ve tanı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 66).

Tablo 67: Hastaların Ölçüm Zamanlarına ve Bazı Faktörlere Göre LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skoru Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRUPLAR	SÜRE	\bar{X}	SD	KAYNAK	Kareler Ortalaması	F	P
DENEY	İlk	25,00	31,03	SÜRE	129,15	0,289	0,597
	2. Hafta	16,67	24,34				
	6. Hafta	8,33	14,91				
KONTROL	İlk	22,92	23,47	SÜRE * GRUP	4012,18	8,978	*0,007
	2. Hafta	31,25	30,96				
	6. Hafta	33,33	29,82				
				SÜRE*EVRE	76,36	0,171	0,684
				SÜRE*TEDAVİ	2,57	0,006	0,940
				SÜRE*YAŞ	1070,07	2,394	0,138
				SÜRE*CİNSİYET	72,75	0,163	0,691
				SÜRE*HASTALIĞIN SÜRESİ	4,40	0,010	0,922
				SÜRE*TANI	31,05	0,069	0,795
				HATA	446,91		

*p<0,05

Tablo 67’de deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skorlarının** ölçüm zamanlarına ve bu skorları etkileyebileceği düşünülen bazı faktörlere göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan analiz sonucunda süre faktörünün önemli olmadığı saptanmıştır (f=0,289, p=0,597). Deney grubundaki hastaların **LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skorlarının** başlangıçtan itibaren sürekli ve düzenli bir düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Skorlar ilk ölçümde 25,00±31,03 iken, ikinci ölçümde 16,67±24,34’e gerilediği, ancak üçüncü ölçümde daha da azalarak 8,33±14,91 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise deney grubunun tam aksine ilerleyen ölçümlerde sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde 22,92±23,47 iken ikinci ölçümde 31,25±30,96’ya ve son ölçümde 33,33±29,82’ye yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=8,978, p=0,007). **LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skorlarının** evre, tedavi, yaş, cinsiyet, hastalığın süresi ve tanısı gibi faktörlerden etkilenmediği bulunmuştur (p>0,05) (tablo 67).



Grafik 13: Hastaların LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skorlarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılım Grafiği.

Grafik 13 incelendiğinde deney grubunun skorlarının çok belirgin ve düzgün bir düşme gösterdiği, oysa kontrol grubunun verilerinde sürekli bir yükselme olduğu görülmektedir.

BÖLÜM IV TARTIŞMA

4.1. HASTALARIN BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamındaki hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri incelenmiş ve deney grubunda yer alan hastaların %56,25 'inin 60 yaş altı ve %43,75'inin 60 yaş ve üstü grubunda olduğu saptanmış olup; yaş ortalamasının 58,19±8,06' olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu hastalarının %65,63'ünün 60 yaş ve üstü, %34,37'sinin ise 60 yaş altı grubunda yer aldığı saptanmıştır. Levene testi sonucunda deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:0,330; p>0,05) (tablo 18).

Deney ve kontrol grubu cinsiyet açısından eşitlenmiştir. Her iki grubun %75'i erkek, %25'i ise kadındır. Her iki grup eğitim durumu açısından da eşitlenmiş olup grupların %37,25'i "ilköğretim", %31,25'i "orta-lise" ve %31,25'i "üniversite ya da yüksekokul" mezunudur. Hastalarının tamamının sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunu oluşturan hastaların %87,5 oranı ile çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır. Deney grubunda yalnızca bir hasta (%6,25) kontrol grubunda ise 2 hasta (%12,5) çalışmaktadır. Gelir durumu açısından deney grubunda çoğunluk %50 oranı ile "gelir gidere denk", kontrol grubunda ise %50 oranında "gelir giderden az" grubundadır. Deney grubundaki hastaların %75'inin, kontrol grubu hastalarının ise % 62,5'inin emekli olduğu saptanmıştır (tablo 18).

4.2. HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımlarına incelendiğinde tanı bakımından eşitlenen grupların %62,5 oranında küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) tanısı aldığı, deney grubundaki hastaların %75'inin, kontrol grubu hastalarının % 56,25'inin bir yıldan az bir süre önce tanı aldığı, evre bakımından grupların eşit dağıldığı ve her iki grubun %68,5'inin evre IV düzeyinde olduğu, hastaların gördükleri tedavi bakımından da eşit oldukları ve her iki grubun %62,5 'inin daha önce radyoterapi tedavisi de görmüş olan ve şu anda kemoterapi alan hastalardan oluştuğu saptanmıştır (tablo 19).

4.3. HASTALARIN PERFORMANS DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.3.1. Hastaların Başlangıç Dönemi Performans Durumlarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların başlangıç dönemindeki Karnofsky Performans Skalasına göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda %68,75 oranı ile hastaların çoğu "90 puan" ve yalnızca bir hasta "100 puan" alırken; kontrol grubunda %68,75 oranı ile aynı sayıda hasta "90 puan" almış, 100 ya da 70 puan alan hasta olmamıştır (tablo 20).

Ölçüm zamanlarına göre hastaların performans durumlarının dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların en fazla oranla ikinci haftada olmak üzere %68,75'inin "90 puan", %18,75'inin "80 puan"; altıncı haftada ise %62,5'inin "90 puan", %18,75'inin "80 puan" aldığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ikinci haftada %87,5'inin "80 puan", %12,5'inin "90 puan"; altıncı haftada ise %68,75'inin "80 puan", %25'inin "70 puan", aldığı, altıncı haftada sadece bir hastanın (%6,25) 90 puan alabildiği belirlenmiştir (tablo 21).

4.4. HASTALARIN SİGARA VE ALKOL KULLANMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.4.1. Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hastaların sigara içme durumları incelendiğinde; sadece deney grubundaki bir hastanın halen sigara içmeye devam ettiği, her iki grupta hiç içmemiş olan yalnızca birer kişi olduğu ve deney grubunda daha önce içen ancak akciğer kanseri tanısı aldıktan sonra bırakanların oranının %93,75 olduğu, kontrol grubunda ise bu oranın %87,5 olduğu belirlenmiştir. Sigara kullananların içtikleri sigara miktarı incelenmiş ve deney grubundaki hastaların %68,75'inin bir-bir buçuk paket (%50 bir paket+%18,75 bir buçuk paket) sigara kullandığı, sigara içme süresinin 25-53 yıl arasında değiştiği ve ortalama içme süresinin $36,53 \pm 10,59$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunu oluşturan hastaların %31,25'inin bir paket ve %31,25'inin bir buçuk paket sigara kullandıkları, sigara içme sürelerinin 15-50 yıl arasında değiştiği, ortalamasının ise $32,87 \pm 8,60$ olduğu saptanmıştır (tablo22).

4.4.2. Hastaların Alkol Kullanma Durumlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Deney grubunda halen alkol kullanmaya devam eden hasta yoktur. Deney grubundaki hastaların %75'i daha önce hiç alkol almamış, %25'i ise daha önce içmiş ancak bırakmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %12,5'inin halen alkol kullanmakta olduğu, %37,5'inin daha önce hiç alkol kullanmadığı, %50'sinin ise daha önce içtiği ancak bıraktığı saptanmıştır. Her iki gruptaki alkol kullanan hastaların yarısı her gün, yarısı ise ayda bir ya da daha seyrek alkol aldığını ifade etmişlerdir (tablo 23).

4.5. HASTALARIN VÜCUT YAPILARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan hastaların vücut yapılarına göre dağılımları incelenmiş olup, deney grubundaki hastaların %50'sinin "normal kiloda, %50'sinin ise "fazla kilo" grubunda oldukları saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %43,75'inin "normal" kiloda, %43,25'inin "fazla kiloda" ve %12,5'inin "obez" olduğu saptanmıştır. Gruplarda "düşük kilo" ya da "aşırı obez" grubunda olan hastanın bulunmadığı saptanmıştır (tablo 24).

4.6. AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM SKALASI ÖLÇÜMLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.6.1 Akciğer Kanseri Semptom Skalası İle İlk Ölçümlerde Elde Edilen Bulguların İncelenmesi

AKSS skalası, akciğer kanseri olan hastalarda sık görülen altı semptomun yanı sıra Global Yaşam Kalitesi, Semptomatik Distres ve Hastalığın Normal Faaliyetlere Etkisini ölçen 9 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin tümü vizüel analog skala biçiminde olup soldan sağa doğru gittikçe maddede ifade edilen durumun şiddeti artmaktadır. Çizgilerin uzunlukları 100 mm'dir. Hastanın işaretlediği nokta bir cetvel aracılığı milimetre cinsinden ölçülerek puana dönüştürülmektedir. **Bu nedenle yüksek değerler olumsuz, düşük değerler ise olumludur. Yüksek “semptom skoru yüksek semptomatolojiyi” yani semptom şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir.**

AKSS ölçeği ile yapılan ilk ölçümlerde sadece Hastalığın Aktivitelere Etkisi ve Global Yaşam Kalitesi skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ilk ölçüm “Hastalığın Aktivitelere Etkisi” skorunun $30,50 \pm 26,22$ iken; deney grubu hastalarında $50,00 \pm 24,83$ olduğu; “Global Yaşam Kalitesi ” skorunun kontrol grubunda $39,19 \pm 25,09$ ve deney grubunda ise $55,06 \pm 15,45$ olduğu belirlenmiştir. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Başlangıçta her iki skor açısından da kontrol grubunun daha iyi durumda olduğu saptanmıştır (tablo 25).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ilk, ikinci hafta ve altıncı hafta skorları arasında fark olup olmadığı ve bu skorları etkileyebilecek bağımsız değişkenler “Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi” ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda; süre faktörünün AKSS skorlarının alt boyutlarından hiç birisi açısından önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).

AKSS skorları ile ilgili olarak gruplar arasında fark olup olmadığı değerlendirildiğinde; iştahsızlık, yorgunluk, Dispne, Ağrı, Hastalığın Aktivitelere Etkisi, Ortalama Semptom Yüğü ve Global Yaşam Kalitesi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluştuğıu saptanmıştır ($p<0,05$). Ancak Öksürük, Hemoptizi ve “Semptomatik Distres” skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

AKSS skorlarının bazı sosyo demografik özelliklerden etkilenip etkilenmediğı değerlendirilmiş ve sadece iştahsızlık skorlarının hastaların tanılarında etkilendiğı, diğer skorların ise hiçbir bağımsız değışkene bağılı olarak anlamlı değışiklik göstermediğı saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların iştahsızlık skorlarının ilk ölçümde $29,31\pm 24,05$ iken giderek azaldığı ve ikinci ölçümde $24,81\pm 21,81$ 'e, altıncı haftada yapılan son ölçümde ise $19,87\pm 21,14$ 'e düştüğü belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise tam aksine skorların giderek arttığı ve ilk ölçümde $21,81\pm 28,77$ iken; iki hafta sonra yapılan ikinci ölçümde $37,75\pm 25,84$ 'e ve son ölçümde ise daha da artarak $43,19\pm 18,02$ ' ye yükseldiğı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,92$, $p=0,022$) (tablo 27).

Deney grubunda ve Küçük Hücreli akciğer Kanseri tanısı bulunan hastaların iştahsızlık skorlarının azalma gösterdiği; ilk ölçümde $35,50\pm 32,65$ olan skorun ikinci ölçümde $21,17\pm 17,92$ 'ye gerilediğı ve son ölçümde $12,17\pm 08,38$ 'e düştüğü saptanmıştır. Kontrol grubundaki KHAK tanısı olan hastaların iştahsızlık skorları önemli bir değışim göstermemiştir. Kontrol grubundaki asıl değışim KHDAK tanısı olan hasta grubunda gözlenmiştir. Buna göre ilk ölçümde elde edilen skor $21,70\pm 22,81$ iken, ikinci ölçümde $31,50\pm 27,40$ ve son ölçümde $45,10\pm 12,55$ olmuştur. Ölçümler arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,58$, $p=0,026$)(tablo 27).

Deney grubundaki hastaların yorgunluk skorlarının ilk ölçümde $40,50 \pm 24,49$ iken giderek azaldığı ve ikinci ölçümde $34,06 \pm 20,63$ 'e ve son ölçümde ise $33,25 \pm 23,83$ 'e düştüğü belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS yorgunluk skorlarının ilk ölçümde $33,81 \pm 20,87$ iken; ikinci ölçümde $20,63 \pm 49,69$ ' düştüğü ancak son ölçümde tekrar yükselerek $56,31 \pm 18,90$ 'a çıktığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($f=503$, $p=0,010$) (tablo 28).

Deney grubundaki hastaların Dispne skorlarının ilk ölçümde $34,62 \pm 35,13$, ikinci ölçümde $26,94 \pm 27,19$ ' ve son ölçümde ise $27,19 \pm 30,37$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Dispne skorlarının ilk ölçümde $20,25 \pm 17,51$ iken; ikinci ölçümde $24,00 \pm 18,39$ 'a, son ölçümde ise $33,69 \pm 25,26$ 'ya çıktığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=6,147$, $p=0,020$). Dispne skorlarının evre, tedavi, tanı ve yaş faktöründen etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 30).

Deney grubundaki hastaların ağrı skorlarının ilk ölçümde $17,16 \pm 28,33$ iken diğer ölçümlerde azaldığı, ikinci ölçümde $11,25 \pm 19,22$ ve son ölçümde ise $14,50 \pm 19,04$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Ağrı skorlarının ilk ölçümde $19,25 \pm 22,97$ iken sonraki ölçümlerde deney grubunun aksine giderek arttığı ve ikinci ölçümde $31,94 \pm 26,33$ 'e çıktığı, son ölçümde ise daha da artarak $33,37 \pm 23,17$ 'ye yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,50$, $p=0,028$).

Deney grubundaki hastaların Hastalığın Aktivitelere Etkisi skorlarının ilk ölçümde $50,00 \pm 24,83$ iken sonraki ölçümlerde giderek azaldığı, ikinci ölçümde $39,81 \pm 21,63$ ve son ölçümde ise $37,69 \pm 25,50$ olduğu belirlenmiştir. Deney grubunun tam aksine kontrol grubunun AKSS Hastalığın Aktivitelere Etkisi skorları ilk ölçümden itibaren artış göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden çok daha düşük bir değer olarak $30,50 \pm 26,22$ iken ikinci ölçümde $37,44 \pm 22,37$ 'ye son ölçümde ise daha da artarak $49,00 \pm 18,31$ 'e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=9,924$, $p=0,005$).

Deney grubundaki hastaların AKSS Global Yaşam Kalitesi skorlarının ilk ölçümde $55,06 \pm 15,45$ iken sonraki ölçümlerde giderek azaldığı, ikinci ölçümde $49,06 \pm 22,31$ ve son ölçümde ise $43,69 \pm 22,30$ olduğu belirlenmiştir. AKSS ölçeğinde daha düşük değerlerin daha olumlu düzeyi gösterdiğini belirttik. Deney grubunun tam aksine kontrol grubunun AKSS Global Yaşam Kalitesi skorları ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden çok daha düşük bir değer olarak $39,19 \pm 25,09$ iken ikinci ölçümde $55,44 \pm 18,32$ 'ye ve son ölçümde ise daha da artarak $63,44 \pm 15,12$ 'ye yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=13,671$, $p=0,002$).

Deney grubundaki hastaların Ortalama Semptom Yüklü Skorlarının ilk ölçümde $30,12 \pm 20,25$ iken, ikinci ölçümde $23,45 \pm 16,53$ ve son ölçümde ise $23,90 \pm 17,48$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Ortalama Semptom Yüklü Skorları ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden daha düşük bir değer olarak $24,89 \pm 13,56$ iken, ikinci ölçümde $37,97 \pm 18,10$ 'a ve son ölçümde ise daha da artarak $40,21 \pm 16,43$ 'e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=10,470$, $p=0,004$).

Yapılan uzun süreli ve geniş literatür taramaları sonucunda kapsamlı hasta eğitimi ve danışmanlığı içeren taburculuk programı uygulamasından sonra hastaların yaşam kalitelerini AKSS ölçeği ile değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Tarama sırasında; akciğer kanseri olan hastalarda eğitimin etkisi, danışmanlık ya da hastayı bilgilendirmeyi içeren herhangi bir uygulama ve sonrasında izlem şeklinde dizayn edilen bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu bakımdan çalışmamız ilk olmaktadır. Bu nedenle sonuçları karşılaştırmak ve tartışmak üzere yeterli veri bulunmamaktadır. Elde ettiğimiz veriler daha sonra yapılacak olan çalışmalarda kullanılacak temel veriler niteliğindedir. Svobodnik ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları çalışmada AKSS ile ilgili veri yetersizliğine vurgu yapmışlar ve elde ettikleri verileri karşılaştırmak amacıyla Hollen, Gralla ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarını kullanmışlardır (81). AKSS

skorları ile ilgili olarak literatürün sınırlı olması nedeniyle bu çalışmada da aynı veriler temel alınacaktır.

Hollen, Gralla ve arkadaşları, “AKSS ile ölçülen yaşam kalitesinde eğilimler ve normatif veriler” isimli çalışmalarında 673 KHDAK tanılı hastanın yaşam kalitesi skorlarını AKSS ölçeğini kullanarak başlangıçta, 29. günde ve 71. günde değerlendirmişlerdir (tablo 65). Karşılaştırmalar sırasında temel veri olarak bu çalışmadan elde edilen veriler kullanılacaktır (44).

Tablo 68: Hollen, Gralla ve Arkadaşlarının Belirlediği Normatif Veriler

Madde	Baz veri		29. gün		71. gün	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
İştahsızlık	23,72	31,04	27,99	30,02	26,63	28,58
Yorgunluk	40,45	30,80	43,24	29,07	39,53	27,28
Öksürük	31,67	31,51	19,82	23,13	21,11	24,79
Dispne	35,65	33,67	28,70	27,48	31,76	26,83
Hemoptizi	3,87	12,14	2,43	8,11	2,33	5,93
Ağrı	21,28	25,44	20,96	23,02	19,00	23,01
Semptomatik Distres	35,59	30,74	29,20	25,59	27,14	24,34
Hastalığın Aktivitelere Etkisi	37,45	30,59	36,54	28,47	34,48	24,43
Global Yaşam Kalitesi	31,02	30,66	33,54	28,60	31,59	26,27
Ortalama Semptom Yüğü	28,77	18,06	27,26	16,95	25,97	16,50

Bizim çalışmamız örneklem bakımından Hollen, Gralla ve arkadaşlarının çalışmasından çok küçük olmasına karşın, özellikle kontrol grubumuza ilişkin sonuçlarımızın büyük ölçüde paralellik gösterdiği görülmektedir (44) (tablo 67, 68). Sadece deney grubumuzun “hastalığın normal aktivitelere olan etkisi” ve “global yaşam kalitesi” skorlarının normatif verilere göre yüksek olduğu görülmektedir. Başlangıçta ölçülen bu verilerin kontrol grubuna göre anlamlı farklılık gösterdiğini ve bu anlamda kontrol grubunun başlangıçta daha iyi durumda olduğunu belirtmiştik. Ayrıca Hollen ve arkadaşlarının çalışmasında hastalara herhangi bir uygulama yapmadıkları dikkate alındığında bizimde herhangi bir uygulama yapmadığımız kontrol grubu ile

benzerlikler göstermesi dikkat çekicidir. Bu durum, uygulanan taburculuk planlamasının etkinliğinin daha da anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 69: AKSS Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Dağılımı

AKSS ALT BOYUTLARI	İLK ÖLÇÜM				İKİNCİ HAFTA				ALTINCI HAFTA			
	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
İştahsızlık	29,31	24,05	28,81	28,77	24,81	21,84	35,75	25,84	19,87	21,14	43,19	18,02
Yorgunluk	40,50	24,49	33,81	20,87	34,06	20,63	49,69	26,90	33,25	23,828	56,31	18,90
Öksürük	28,62	28,54	22,31	17,20	20,19	20,35	28,50	24,26	24,69	26,06	34,50	27,49
Dispne	34,62	35,13	20,25	17,51	26,94	27,19	24,00	18,39	27,19	30,37	33,69	25,26
Hemoptizi	00,00	00,00	00,87	03,01	00,75	03,00	02,37	04,50	00,75	02,18	01,25	03,42
Ağrı	17,56	28,33	19,25	22,97	11,25	19,22	31,94	26,33	14,50	19,04	33,37	23,17
Semptomatik Distres	33,69	25,05	27,37	25,89	24,00	17,84	36,19	22,84	28,31	23,20	40,87	20,50
Hastalığın Aktivitelere Etkisi	50,00	24,83	30,50	26,22	39,81	21,63	37,44	22,37	37,69	25,50	49,00	18,31
Global Yaşam Kalitesi Ortalama Semptom Yükü	55,06	15,45	39,19	25,09	49,06	22,31	55,44	18,32	43,69	22,30	63,44	15,12
	30,12	20,25	24,89	13,56	23,45	16,53	33,97	18,10	23,90	17,48	40,21	16,43

Hollen, Gralla ve arkadaşları bazı sosyo demografik ve klinik özellikler ile AKSS skorları arasındaki ilişkiyi incelemişler ve yaş, cinsiyet ve ırk ile ilgili anlamlı farklılık saptamamışlardır. Evre III düzeyindeki hastaların ortalama semptom yükünün ($23,07 \pm 15,51$) evre IV düzeyinde olan hastaların Ortalama semptom yüklerinden ($27,03 \pm 16,03$) anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Diğer skorlar açısından önemli bir fark olmadığını belirtmişlerdir (44). Sosyo demografik ve klinik özellikler açısından bizim ölçümlerimize göre sadece iştahsızlık skorlarının hastaların tanılarının histopatolojik tipinden etkilendiğini belirtmiştik. Bu bakımdan sonuçlar benzerlik göstermemektedir. Ancak araştırma dizaynlarının farklı olduğunu hatırlamamız gerekir.

Svobodnik, Yang ve arkadaşları, 650 hastadan oluşan geniş bir örnekleme kapsayan çalışmalarında akciğer kanseri olan hastaları 6 aydan 4 yıla kadar

izlemişlerdir. Yapılan bu çalışmada akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitesinin, bazı sosyo demografik ve klinik özelliklere bağlı olarak nasıl değiştiğini saptamak amaçlanmıştır. Çalışma sonunda araştırmacılar Evre III-IV KHDAK tanısı bulunan hastaların toplam semptom skorunun $27,38 \pm 17,23$ olduğunu belirtmişlerdir. Ortalama Semptom Yüğü ile cinsiyet, kilo kaybı, medeni durum, hastalığın histolojik tipi ve evresi arasındaki ilişkiyi incelemişler ve iştahsızlık (0,004), öksürük (0,02) ve Hemoptizi (0,001) skorlarının yaşlılarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Kadınların yaşam kalitesi skorlarının öksürük (0,003), dispne (0,001), Semptomatik Distres (0,05), Hastalığın Aktivitelere Etkisi (0,001) ve Global Yaşam Kalitesi (0,04) skorları açısından daha iyi durumda olduklarını saptamışlardır (81). Bizim çalışmamızda yaş ve cinsiyet ile ilgili herhangi bir skorda anlamlı değişiklik gözlenmemiştir. İştahsızlık dışında hiçbir skor bağımsız değişkenlerden etkilenmemiş, iştahsızlık skoru ise sadece hastalığın histolojik tipinden (KHAK veya KHDAK) etkilenmiştir. Svobodnik ve arkadaşlarının çalışma sonuçları, skorların sosyo demografik ve klinik özelliklerle ilişkisi açısından değerlendirildiğinde, çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

Svobodnik, Yang ve arkadaşları, akciğer kanseri tanısı sonrası değişik zamanlarda ölçülen yaşam kalitesi skorlarının başlangıçtaki temel prognostik faktörlerle yüksek düzeyde ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Bu prognostik faktörlerin hastalığın evresi, histolojisi, Karnofsky performans statüsü, kilo kaybı ve cinsiyet olduğunu belirtmişlerdir (81). Kaasa, Mastekaasa ve arkadaşları, hastalık ile ilişkili semptomlar ile hastaların psikolojik iyi olma durumları arasında KHDAK tanısı olan grupta anlamlı ilişki saptamışlardır. Ancak tedavi ile ilgili yan etkilerle psikolojik iyi olma arasında bir korelasyon saptamamışlardır (48). Wolf ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, KHAK tanılı hastalarda tümör yanıtı ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu belirtmişlerdir (91). Fernandez ve arkadaşları, tümör yanıtından sonra semptomlarda iyileşme gözlemlemişlerdir (30). Langendijk tarafından yapılan çalışmada, dispne ve sosyal fonksiyonun objektif tümör yanıtı ile önemli ölçüde yükseldiğini gözlemlenmiştir (56). Finkelstein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaşam kalitesi skorlarının erkeklerde yüksek olduğu, ırk, eğitim ve

medeni duruma bağlı olarak anlamlı değişiklik göstermediğini bulmuştur (32). Montezeri ve arkadaşları, tanı öncesi yaşam kalitesinin önemli olduğunu ve akciğer kanseri olan hastalardaki prognostik faktörlerden bağımsız olduğunu belirtmiştir (66). Bununla birlikte Henrdon ve arkadaşları, klinik faktörlere uyumun tek belirleyicisinin ağrı olduğunu belirtmektedirler (41). Yapılan bu çalışmaların sonuçlarını yalnızca sosyo demografik ve klinik özelliklerin AKSS skorlarına etkisi açısından değerlendirmek mümkündür. Bu açıdan bakıldığında skorların birçok bağımsız değişikenden etkilendiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu, meslek, tanısı (histolojik tipi), evresi ve hastalığın süresi gibi bağımsız değişkenler ile AKSS skorlarının tekrarlayan ölçümlerinin anlamlı düzeyde değişiklik gösterip göstermediği incelenmiş olup işstahsızlık skorları hariç diğer skorların hiç birinin herhangi bir bağımsız değişikenden etkilenmediğini saptanmıştır.

Sonuç olarak bakıldığında literatürde taburculuk programı ya da hasta eğitimi girişimi sonrasında AKSS ölçeğinin kullanıldığı ve bu girişimlerin sonuçlarının değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda AKSS skorları ile hastaların bağımsız değişkenlerinin karşılaştırıldığı ve bir çoğunda istatistiksel olarak önemli ilişkiler bulunduğu görülmektedir. Literatürde benzer dizayn ve girişimlerin etkilerini değerlendiren çalışma yetersizliği nedeniyle çalışma sonuçlarımızı bu açıdan tartışamadık. Bu bakımdan verilerimizin daha sonra yapılacak çalışmalarda kullanılacağını düşünmekteyiz.

Sonuçlarımız taburculuk planlamasının hastaların AKSS skorlarının bir çoğunda çok olumlu düzeyde gelişme sağladığını göstermektedir. Tedavi ve izleyen altı haftalık süreç evre III-IV düzeyindeki akciğer kanseri hastalarının yoğun semptom ve tedavi yan etkileri yüzleştikleri dönemdir. Çalışmamız tam da bu dönemi kapsamaktadır. Bu nedenle özellikle deney grubunun semptom yönetiminde aldığı eğitim ve danışmanlık hizmetinin onların yaşam kalitelerine ve semptom yönetimlerine çok olumlu katkı yaptığını düşünmekteyiz.

4.7. EORTC QLQ C-30 ve LC-13 ÖLÇÜMLERİ

LC-13 ölçeği her zaman EORTC QLQ C-30 ile birlikte kullanıldığı için yapılan çalışmaların sonuçları tek ölçek gibi sunulmaktadır. Bu nedenle EORTC QLQ C-30 ölçeğinin fonksiyonel ve semptom alt boyutları ile LC-13 ek ölçeğine ilişkin bulguları aynı anda incelenmiş ve tartışılmıştır.

Tartışma sırasında verilen skorların ve farklılıkların açık bir şekilde anlaşılabilmesi için ölçeğin skorlaması ile ilgili kısa bilgi verilmiştir.

EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel ve semptom alt boyut olmak üzere iki bölümü vardır. EORTC QLQ C-30 ölçeğinin fonksiyonel alt boyutu ile semptom alt boyutunun skorlamaları farklıdır.

4.7.1. EORTC QLQ C-30 Fonksiyonel Alt Boyutu

EORTC QLQ C-30 Ölçeğinin Fonksiyonel alt boyutlarının yüksek skorları yüksek fonksiyonel iyilik durumunu göstermektedir.

Gruplar arasında ilk ölçümlerde sadece Sosyal Fonksiyon skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($U=69,50$, $p=0,019$). Kontrol grubundaki hastaların ilk ölçüm Sosyal Fonksiyon Skorunun $90,62\pm 13,57$; deney grubu hastalarında ise $72,92\pm 23,41$ olduğu saptanmıştır. Sosyal fonksiyon skorunun kontrol grubu lehine olduğu belirlenmiştir. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($U=69,50$, $p=0,019$) (tablo 37).

EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin fonksiyonel alt boyut skorlarının tekrarlayan ölçümlerde anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği ve bu skorlar açısından bazı bağımsız değişkenlerin önemli olup olmadığı, “tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi” ile değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda; Fiziksel Fonksiyon, Rol Fonksiyonu, Emosyonel Fonksiyon, Kognitif Fonksiyon, Sosyal Fonksiyon ve Global Yaşam Kalitesi Skorlarından hiç birinin süre açısından anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Gruplar arasındaki fark değerlendirildiğinde, Fonksiyonel alt boyutlardan, Rol Fonksiyonu, Sosyal Fonksiyon ve Global Yaşam Kalitesi Skorlarının istatistiksel olarak anlamlı değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Fiziksel Fonksiyon, Emosyonel Fonksiyon ve Kognitif Fonksiyon Skorlarının ise anlamlı bir değişiklik göstermediği saptanmıştır.

Fonksiyonel alt boyut skorlarından hiç birisi herhangi bir bağımsız değişkenden istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde etkilenmemiştir ($P>0.05$).

Anlamlı değişiklik gösteren skorların dağılımı aşağıda sıralanmıştır;

1. Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skorlarının** yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde $64,58\pm 37,45$ iken, ikinci ölçümde $65,62\pm 31,90$ ve son ölçümde ise $63,54\pm 29,95$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden daha yüksek bir değer olarak $81,25\pm 18,13$ iken, ikinci ölçümde $63,54\pm 32,33$ 'e düştüğü ve son ölçümde ise daha da düşerek $48,96\pm 25,44$ 'e gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=10,191$, $p=0,005$).
2. Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skorlarının** da yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde $72,92\pm 23,47$ iken, ikinci ölçümde $71,87\pm 29,01$ ve son ölçümde ise $71,88\pm 27,02$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden çok daha yüksek bir değer olarak $90,62\pm 13,57$ iken, ikinci ölçümde $78,13\pm 15,77$ 'ye ve son ölçümde ise daha da düşerek $65,63\pm 24,70$ 'e gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=13,226$, $p=0,002$).

3. Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorlarının** ilk ölçümde $59,38 \pm 14,55$ iken, ikinci ölçümde 10 puan artarak $69,79 \pm 14,23$ 'a ve son ölçümde ise küçük bir gerileme ile $66,67 \pm 22,36$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde $64,58 \pm 20,30$ iken, ikinci ölçümde $51,56 \pm 16,73$ 'e ve son ölçümde ise daha da düşerek $42,19 \pm 16,52$ 'ye gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=15,777$, $p=0,001$).

4.7.2. EORTC QLQ C-30 Semptom Alt Boyutu

EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyu skorları, fonksiyonel alt boyut skorlarının aksine yükseldikçe olumsuz durumu yansıtmaktadır. **Semptom alt boyutlarının “yüksek skorları”, “yüksek semptomatoloji” göstermektedir. “Yüksek Semptom Skorları, Yüksek Semptom Şiddeti” anlamına gelmektedir.**

Her iki grupta yapılan ilk ölçümlerde, **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarının** hiç birinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (tablo 45).

Gruplar arasında ve ölçüm zamanları açısından fark olup olmadığı, skorların ilgili bağımsız değişkenlerden etkilenip etkilenmediği değerlendirilmiş ve süre faktörünün sadece iştahsızlık skorları açısından önemli olduğu ($f=10,632$, $p=0,003$), diğer alt boyutlar açısından ise önemli olmadığı saptanmıştır.

Gruplar arasında **EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut** skorlarından, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık ve diyare skorlarının istatistiksel olarak anlamlı değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Ağrı, dispne, uyku bozukluğu, kabızlık ve mali etki skorlarında ise tekrarlayan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmadığı saptanmıştır.

Bağımsız değişkenlerin etkisi incelendiğinde; sadece iştahsızlık skorunun hastaların tedavisinden etkilendiği saptanmıştır. Diğer skorların hiçbirisinin herhangi bir bağımsız değişkene bağlı olarak istatistiksel açıdan önemli düzeyde bir değişiklik göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Anlamli değişiklik gösteren skorların dağılımı aşağıda sıralanmıştır;

1. Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skorlarının** başlangıçtan itibaren düzenli bir düşüş gösterdiği ve ilk ölçümde $50,70\pm 27,21$ iken; ikinci ölçümde yaklaşık 20 puan birden azalarak $39,58\pm 22,21$ 'e ve son ölçümde ise daha da azalarak $34,72\pm 22,55$ 'e gerilediği belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skorları** ise deney grubunun tam aksine başlangıçta daha düşük bir değerde iken düzenli bir artış göstermiştir. Yorgunluk skorlarının, ilk ölçümde deney grubundan daha düşük bir değer olarak $35,42\pm 30,69$ olduğu, ancak ikinci ölçümde artış göstererek $46,53\pm 26,98$ 'e ve son ölçümde ise daha da artarak $52,78\pm 23,83$ 'e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=15,781$, $p=0,001$).
2. Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skorlarının** yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde $11,46\pm 27,02$ iken, ikinci ölçümde $8,33\pm 16,10$ ve son ölçümde ise $12,50\pm 23,27$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde $18,75\pm 31,55$ iken, ikinci ölçümde $31,25\pm 36,96$ 'ya ve son ölçümde ise daha da artarak $39,58\pm 30,96$ 'ya yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=7,783$, $p=0,012$).
3. Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 iştahsızlık Skorlarının** ilk ölçümde $31,25\pm 41,22$ iken ikinci ölçümde azalarak $18,75\pm 27,13$ 'e gerilediği, ancak altıncı hafta ölçümünde tekrar yükselerek $27,08\pm 32,70$ 'e çıktığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise skorlar düzgün bir şekilde giderek artmış ve ilk ölçümde $27,08\pm 44,25$ iken; iki hafta sonra yapılan ikinci ölçümde $37,50\pm 41,94$ 'e ve son ölçümde ise daha da artarak $50,00\pm 38,49$ 'a yükselmiştir. Gruplar

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=5,791, p=0,023).

4. **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** sadece hastaların tedavisinden etkilenmiştir. Buna göre deney grubunda ve **sadece kemoterapi** alan hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorlarının** ikinci ve üçüncü ölçümlerde artış gösterdiği, ilk ölçümde 5,56±13,61 olan skorun ikinci ölçümde 22,22±34,83'e ve son ölçümde aynı düzeyi koruyarak 22,22± 27,22 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki sadece kemoterapi alan hasta grubunun **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** her ölçümde artış göstermiştir. Kontrol grubundaki sadece kemoterapi alan hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** ilk ölçümde 5,56±13,61 iken; ikinci ölçümde 22,22±27,22'ye son ölçümde ise daha da artarak 50,00±34,96'ya yükselmiştir (tablo 52).
5. Deney grubundaki **kemo-radyoterapi** alan hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** ilk ölçümde 46,57±45,00 iken, ikinci ölçümde azalma göstermiş ve 30,00±36,68'e gerilemiş, son ölçümde düzeyi aynı kalmış ve 30,00±36,68 olarak saptanmıştır (tablo 52).
6. Kontrol grubunun **kemo-radyoterapi** tedavisi alan hastalarının tedavi gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorlarının** dağılımına bakıldığında; ilk ölçümdeki 40,00±51,64 değerinin ikinci ölçümde düştüğü ve 22,22±27,22'ye gerilediği, son ölçümde ise tekrar yükselerek 50,00±42,31'e çıktığı saptanmıştır. Bu skorlar açısından hastaların aldıkları tedavinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır (p<0,005) (tablo 52).
7. Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Diyare Skorlarının** ikinci ölçümde önemli derecede azaldığı ve üçüncü ölçümde hiçbir hastada diyare bulunmadığı saptanmıştır. Dağılımın ilk ölçümde 18,75±29,74, ikinci ölçümde 10,42±26,44 ve üçüncü ölçümde 00,00±00,00 şeklinde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde 8,33±19,25 iken ikinci ölçümde 31,25±33,26'ya ve son ölçümde daha da artarak 43,75±31,55'e yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (f=20,810, p=0,000).

4.7.3. LC-13

“LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği”, tek başına kullanılamamakta sadece EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeğine ek olarak kullanılmaktadır. Bu ölçek AKSS ölçeği gibi akciğer kanserine özgü ve sık görülen semptomları ölçmektedir. **LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin semptom alt boyutlarının “yüksek skorları”, AKSS ölçeğinde ve EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Semptom Alt Boyutunda olduğu gibi “yüksek semptomatolojiyi” göstermektedir. “Yüksek Semptom Skorları, Yüksek Semptom Şiddeti” anlamına gelmektedir.**

Başlangıçta deney ve kontrol grubunda yapılan ilk ölçümlerde, **LC 13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarının** hiç birinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (tablo 56).

Süre faktörünün, **LC-13** ölçeğinin hiçbir alt boyutu açısından önemli olmadığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklar ve bağımsız değişkenlerin etkisi incelendiğinde; boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, diğer kısımlarda ağrı skorlarının tekrarlayan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Diğer alt boyut skorları (Dispne, Öksürük, Hemoptizi, Nöropati, Alopesi, Göğüs Ağrısı ve Kol-Omuz Ağrısı) arasında tekrarlayan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Skorları etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde sadece Alopesi skorlarının hastaların tanısından etkilendiği saptanmıştır. Diğer alt boyut skorlarının hiç birisinin bağımsız değişkenlere bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir değişiklik göstermediği belirlenmiştir.

Anlamlı değişiklik gösteren **LC-13** skorları aşağıda sıralanmıştır;

1. Deney grubundaki hastaların **LC-13 Boğaz Ağrısı Skorlarının** ilk ölçümde $4,17\pm 16,67$ iken, ikinci ölçümde $2,08\pm 8,33$ 'e gerilediği, ancak üçüncü ölçümde tekrar yükselerek $4,17\pm 11,38$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde $6,25\pm 18,13$ iken ikinci ölçümde $20,83\pm 29,50$ 'ye ve

son ölçümde az bir puan daha artarak $22,92 \pm 29,11$ 'e yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,160$, $p=0,035$).

2. Deney grubundaki hastaların **LC-13 Yutma Güçlüğü Skorlarının** ilk ölçümde $8,33 \pm 14,91$ iken, ikinci ölçümde $4,17 \pm 11,38$ 'e gerilediği, ancak üçüncü ölçümde tekrar yükselerek $10,42 \pm 20,07$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde $16,67 \pm 32,20$ iken ikinci ölçümde $29,17 \pm 36,26$ 'ya ve son ölçümde $31,25 \pm 33,26$ 'ya yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,733$, $p=0,027$).
3. Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Alopesi Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=0,532$, $p=0,475$). **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** sadece hastaların tanısından etkilendiği saptanmıştır. Buna göre deney grubunda ve sadece kemoterapi alan hastaların **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** ikinci ve üçüncü ölçümlerde düzenli bir düşüş gösterdiği, ilk ölçümde $61,31 \pm 49,07$ olan skorun ikinci ölçümde $50,00 \pm 45,95$ 'e gerilediği ve son ölçümde daha da azalarak $44,45 \pm 40,37$ 'ye düştüğü saptanmıştır.
4. Kontrol grubundaki **KHAK** hasta grubunun **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** ilk ölçümde $44,44 \pm 45,54$ iken ikinci ölçümde $55,56 \pm 45,54$ 'e çıktığı ve üçüncü ölçümde bu düzeyin korunarak $55,56 \pm 50,19$ olduğu belirlenmiştir (tablo 64).
5. Hem deney grubundaki hem de kontrol grubundaki **KHAK tanısı olan hastaların LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** düzenli bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre deney grubu için dağılım; ilk ölçümde $3,33 \pm 10,54$ iken, ikinci ölçümde $13,33 \pm 23,33$ 'e, son ölçümde ise biraz daha yükselerek $26,67 \pm 37,84$ ' şeklinde olmuştur (tablo 64).
6. Kontrol grubunun **KHDAK** tanısı olan hastalarının tanı gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** dağılımına bakıldığında; ilk ölçümdeki $33,33 \pm 41,57$

değerinin ikinci ölçümde arttığı ve $46,67 \pm 50,18'$ yükseldiği, son ölçümde ise daha da artarak $56,67 \pm 49,81'e$ çıktığı saptanmıştır. Bu skorlar açısından hastaların tanısının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p < 0,005$) (tablo 64).

7. Deney grubundaki hastaların **LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skorlarının** başlangıçtan itibaren sürekli ve düzenli bir düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Skorlar ilk ölçümde $25,00 \pm 31,03$ iken, ikinci ölçümde $16,67 \pm 24,34'e$ gerilediği, ancak üçüncü ölçümde daha da azalarak $8,33 \pm 14,91$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise deney grubunun tam aksine ilerleyen ölçümlerde sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde $22,92 \pm 23,47$ iken ikinci ölçümde $31,25 \pm 30,96'ya$ ve son ölçümde $33,33 \pm 29,82'ye$ yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=8,978, p=0,007$).

Yapılan literatür taraması sonucunda taburculuk planlamasının hastaların yaşam kalitesine olan etkisini **EORTC QLQ C30 ve LC-13** ölçeğini kullanarak değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. **Ancak EORTC QLQ C30 ve LC-13** ölçeğinin akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitesini değerlendirmede yaygın olarak kullanıldığı görülmüştür.

Nicklasson ve arkadaşları, akciğer kanseri tanısı olan ve palyatif bakım alan 101 hastanın yaşam kalitesini değerlendirmişlerdir (70). Fayers, Weeden ve arkadaşları **EORTC QLQ C-30 ve LC-13** ölçeği açısından referans değerleri belirlemek üzere **EORTC QLQ C-30** için 476 ve **LC-13** için 346 akciğer kanseri hastasından oluşan geniş bir örnekleme çalışmışlardır (29). Chie, Yang ve arkadaşları, **EORTC QLQ C-30 ve LC-13** ölçeğinin Çin versiyonunun geçerlik güvenirlik çalışmasını 170 hastayı kapsayan örnekleme yapmışlardır (20). Urdaniz, Aguillo ve arkadaşları 170 hastayı kapsayan örnekleme, aynı ölçeği kullanarak ıspanya toplumunda yaşayan akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitelerini, ilki tedavi sırasında ve diğer ikisi tedavi sonrasında olmak üzere üç kez değerlendirmişlerdir (88). Montezari, Hole ve arkadaşları, akciğer kanseri olan hastaların yaşam kalitelerinin sosyo ekonomik durumdan etkilenip etkilenmediğini belirlemek

amacıyla değerlendirmişlerdir (65). Bu beş çalışmanın sonuçları ile kendi sonuçlarımızın karşılaştırılması aşağıda yer almaktadır (tablo 70).

Tablo: 70. Literatür ile çalışma sonuçlarımızın karşılaştırılması

EORTC QLQ C-30 ve LC-13 ÖLÇEĞİ SKORLARI	Nicklasson ve Arkadaşları n=101		Fayers ve Arkadaşları (n=794) \bar{X}		Chie ve arkadaşları (n=51)		Urdaniz ve arkadaşları (ilk ölçümleri- n=170)		Montazeri ve arkadaşları (n=35)		Bizim Sonuçlarımız (her iki grup birlikte ve ilk ölçüm) n=32		
	\bar{X}	SD	NSCLC	SCLC	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SE**	\bar{X}	SD	
Global Yaşam Kalitesi	50,1	23,3	60,9	60,3	56,05	19,6	60,37	19,82	56,9	3,3	61,98	17,58	
Fonksiyonel Skorları	Fiziksel Rol	52,9	32,3	66,8	58,8	79,9	18,3	78,45	24,27	74,3	3,7	60,42	18,54
	Emosyonel	46,6	37,1	67,1	63,6	71,6	25,9	70,54	30,63	72,8	5,9	72,92	30,16
	Kognitif	72,6	24	69,8	65,7	75,8	16,1	72,52	21,57	80,0	78,2	86,87	16,72
	Sosyal	77,2	23,3	84,1	78,7	80,4	18,8	91,07	15,35	85,2	3,4	89,58	16,26
Semptom skorları	Sosyal	65,2	34,6	75,3	69,3	69,3	28,4	86,90	19,14	86,6	3,9	81,77	20,89
	Dispne	46,4	28,4	39,2	47,3	20,3	18,3	17,66	26,54	-	-	32,29	36,40
	Ağrı	34,2	32,2	28,4	31	24,8	24,8	18,95	23,85	-	-	32,81	33,46
	Yorgunluk	52,6	25,4	39,2	46,2	39,2	21,6	27,05	22,86	26,0	4,2	43,06	29,57
	Uyku bozukluğu	29,8	32,7	32	40,1	-	-	31,55	35,60	27,6	5,7	20,83	38,57
	İştahsızlık	27,7	34,6	30,2	36,8	-	-	26,19	34,63	22,8	4,5	29,17	42,12
	Bulantı-Kusma	14,4	23,4	10	10,9	17,6	21,7	4,86	13,69	7,6	2,3	15,10	29,13
	Kabızlık	22,9	32,3	18,5	24,6	-	-	14,88	26,75	-	-	11,46	23,36
	Diyare	13,7	24,3	5	7,1	-	-	4,17	13,74	-	-	13,54	25,20
	Mali etki	16,7	29,3	11,4	13	-	-	3,97	14,50	6,6	3,0	37,50	33,60
LC-13 SKORLARI	n=112		Karışık akciğer kanseri hastaları referans veri n=346										
Öksürük	39	32,2	44,3		-	-	36,74	27,86	44,7	5,8	37,50	35,67	
Hemoptizi	2,7	10,1	8,7		-	-	8,18	18,46	9,5	3,7	3,13	13,01	
Dispne	35,6	23,2	34		-	-	22,49	23,01	27,8	4,6	30,90	24,40	
Boğaz ağrısı	7,4	20,9	-		-	-	3,59	12,69	-	-	5,21	17,16	
Yutma güçlüğü	8,9	21	-		-	-	5,79	15,94	-	-	12,50	25,04	
Periferik	15,2	25,7	-		-	-	9,78	20,14	3,8	3,0	12,50	23,57	
Nöropati	5,4	20,4	-		-	-	4,99	17,02			31,25	41,42	
Alopesi	24,1	29,1	25,5		-	-	Ortalama Ağrı Skoru*		16,2	4,2	20,83	25,04	
Göğüs Ağrısı	21	30,1	20,1		-	-	12,97	15,17	17,1	4,6	22,92	29,86	
Kol-Omuz Ağrısı	29,9	33,3	20,1		-	-	-	-	25,7	5,1	23,96	27,09	
Diğer kısımlarda ağrı													
a: Fonksiyonel boyutların yüksek skorları yüksek fonksiyonel iyilik anlamına gelmektedir.													
b. semptom alt boyutlarının yüksek skorları yüksek semptom şiddeti anlamına gelmektedir.													
*Urdaniz ve arkadaşları ağrı skorunu ortalama olarak vermiştir.													
**Montazeri ve arkadaşları standart hata değerlerini kullanmıştır													

Tablo 70'te beş ayrı çalışmanın ve bizim sonuçlarımızın karşılaştırılması görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi Global Yaşam Kalitesi skorlarımız (61,98±17,58) sadece Nicklasson ve arkadaşlarının sonuçlarından (50,1±23,3) yüksek, diğer dört çalışmanın sonuçlarına benzerdir. Özellikle de referans verilerle çok önemli düzeyde paralellik gösterdiği saptanmıştır (Fayers: NSCLC grubu 60,9-SCLC grubu 60,3).

Fonksiyonel alt boyut skorlarımız açısından karşılaştırdığımızda;

Fiziksel Fonksiyon skorlarımızın ($60,42\pm 18,54$) Nicklasson ve arkadaşlarının sonuçlarından daha yüksek, Chie ve arkadaşları, Urdaniz ve arkadaşları ile Montezeri ve arkadaşlarının sonuçlarına göre daha düşük olduğu ancak en geniş örnekleme sahip olan ve literatürdeki birçok çalışma tarafından da referans veri olarak kullanılan Fayers ve arkadaşlarının çalışma sonuçları (NSCLC için $66,8$ - SCLC için $58,8$) ile paralellik gösterdiği saptanmıştır.

Rol fonksiyonu skorlarımız, Nicklasson ve arkadaşlarının skorlarından yüksek diğer dört çalışmanın sonuçları ile benzerdir.

Emosyonel fonksiyon skorlarımız, gruptaki en yüksek değerleri içermekle birlikte ($86,87\pm 16,72$) standart sapma hesaba katıldığında değerlerin benzer olduğu görülmektedir.

Kognitif fonksiyon skorlarımız ($89,58\pm 16,26$), diğer beş çalışmanın sonuçlarına bakıldığında ortalama bir değerde olduğu ve diğer çalışmalarla paralellik gösterdiği görülmektedir.

Sosyal fonksiyon skorlarımız ($81,77\pm 20,89$), Urdaniz ve arkadaşları, Montezeri ve arkadaşları ile referans veri sonuçları ile benzer, Nicklasson ve arkadaşları ile Chie ve arkadaşlarının sonuçlarından ise yüksektir.

Semptom alt boyut skorlarımızı karşılaştırdığımızda literatürde yayınlanan sonuçlar ile önemli düzeyde paralellik gösterdiği saptanmıştır. Sadece mali etki skorlarımızın diğer çalışma gruplarının sonuçlarına göre çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun ülkemizin genel gelir düzeyinin karşılaştırma yapılan toplumlardan daha düşük olmasından ve sağlık sistemimizin özellikle hasta bakım ürünlerinin bir çoğunu karşılamamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

LC-13 skorları açısından karşılaştırdığımızda, Alopesi skorları dışında diğer tüm skorların tabloda yer verilen beş çalışmanın sonuçları ile önemli ölçüde

benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Alopesi skorlarının belirgin olarak daha yüksek oluşu, tedaviyi ve taburculuğu izleyen ilk altı hafta içerisinde tamamlanan çalışmamızın, hastalardaki Alopesi gelişimi dönemine denk gelmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Planladığımız çalışma takvimimiz nedeniyle hastaların Alopesi skorları ölçeklere yansımıştır. Oysa diğer çalışmalar daha uzun sürelere yayılmış ve çok daha geniş örneklemelere sahip olduklarından Alopesi değerleri daha düşük çıkmış olabilir.

Genel olarak baktığımızda, çalışma sonunda EORTC QLQ C-30 ve LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile elde ettiğimiz sonuçların birçok alanda literatür ile uyumlu olduğunu saptadık. Ancak kapsamlı eğitim programlarını içeren taburculuğun etkisini ve ölçüm zamanları arasındaki değişimlerin yanı sıra bu süreçteki değişimlere bağımsız değişkenlerin etkisini tartışmadık. Çalışma dizaynımıza benzer literatür bulunamaması nedeniyle bu alanların tartışılmamış olması aslında çalışmamızın önemli bir yönünü ön plana çıkarmaktadır. Çalışmamız daha sonra yapılacak benzer çalışmalarda kullanılabilir ilk verileri sunması bakımından önemlidir. Daha önce de belirttiğimiz gibi çok küçük bir örneklem sayımızın olmasına karşın, Fayers ve arkadaşlarının çok geniş örneklemli referans verilerine, diğer dört çalışmadan çok daha yakın sonuçlar elde etmiş olmamız son derece dikkat çekicidir.

Hem AKSS hem de EORTC QLQ C-30 ve LC-13 ölçeği ile yaptığımız değerlendirmeler ve elde ettiğimiz sonuçlar yaşam kalitesinin birçok alanında, bunun yanı sıra sık yaşanan semptomların şiddetinde ve dolayısı ile kontrolünde çok önemli gelişmeler sağlandığını göstermektedir. Akciğer kanseri olan hastalarda taburculuk planlamasının hastaların yaşam kalitelerine ve semptom yönetimlerine etkilerinin belirlenmesinin amaçlandığı bu çalışmada; “uygulanan taburculuk programı hastaların yaşam kalitesini ve semptom yönetimini artırır” hipotezi kabul edilmiştir.

BÖLÜM 5

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.SONUÇLAR

Akciğer kanseri olan hastalara uygulanan taburculuk programının, hastaların Yaşam Kalitesi ve Semptom Yönetimine olan etkisinin incelenmesi amaçlanan bu araştırmanın sonuçlarına göre:

5.1.1 Akciğer Kanseri Semptom Skalası Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

- ❖ AKSS ölçeğinin iç tutarlılığı için “**Madde Toplam Puan Güvenirlik Sonuçları (Corrected Item Total Correlation)**” ve “**Cronbach’ s Alpha Analizleri**” kullanılmıştır. AKSS ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek üzere “**Faktör Analizi**” yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliliğini belirlemek için yapılan analiz sonucunda Cronbach-Alfa katsayısı, 0.75 olarak saptanmıştır.
- ❖ Yapılan madde analizinde, madde-toplam korelasyon katsayılarının 0.25-0.68 arasında olduğu bulunmuştur.
- ❖ Faktörlere giren maddelerin faktör yükleri 0.40’ın üzerindedir.
- ❖ AKSS’nin yapı geçerliliğini belirlemek amacıyla yapılan faktör analizi (Principal Component Analyses) sonucunda özdeğeri 1’den büyük ve toplam varyansın %61.368’ini açıklayan toplam üç faktör elde edilmiştir.
- ❖ Bu faktörlerin toplam varyansı açıklama yüzdesi sırasıyla; 34.934, 14.940, 11.494 olup Cronbach-Alfa katsayısı ise 0.75, 0.67, 0.34 olarak bulunmuştur.
- ❖ Faktörler incelendiğinde; semptomları ölçen maddelerden 1. ve 5. maddelerin bir faktörde toplandığı, bunun yanında yine semptomları ölçen maddelerden 2, 3 ve 4. maddelerin de başka bir faktörde toplandığı saptanmıştır (tablo 15).
- ❖ Semptom şiddetini ölçen 1., 2., 3., 4., 5., ve 6. maddeler birleştirilerek tek faktör yapılmıştır. Global Yaşam Kalitesi ile ilişkili olan 8. ve 9. maddeler de birleştirilerek tek faktör yapılmıştır.
- ❖ Sonuç olarak; akciğer kanseri olan hastaların yaşam Kalitesi ni ölçmek üzere 1995 yılında Dr. Patricia Hollen ve arkadaşları tarafından

geliştirilen “Akciğer Kanseri Semptom Skalası”nın yapısal geçerliliği, iç güvenilirliği ve uygulanabilirliği; Cronbach- α analizi ve faktör analizi ile kanıtlanmıştır.

5.1.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Sonuçları

- ❖ Deney grubu (16), kontrol grubu (16) olmak üzere toplam 32 Akciğer kanseri hastası araştırma kapsamına alınmıştır. Deney grubunda yer alan hastaların %56,25 ‘inin 60 yaş altı ve %43,75’inin 60 yaş ve üstü grubunda olduğu saptanmış olup; yaş ortalaması $58,19 \pm 8,06$ ’ dir. Kontrol grubu hastalarının %65,63’ünün 60 yaş ve üstü, %34,37’sinin ise 60 yaş altı grubunda yer aldığı saptanmıştır. Levene testi sonucunda deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır ($t:0,330$; $p>0,05$) (tablo 18).
- ❖ Deney ve kontrol grubu cinsiyet açısından eşitlenmiştir. Her iki grubun %75’i erkek, %25’i ise kadındır.
- ❖ Her iki grup eğitim durumu açısından da eşitlenmiş olup grupların %37,25’i ilköğretim, %31,25’i orta-lise ve %31,25’inin üniversite ya da yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır.
- ❖ Hastaların tamamının sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.
- ❖ Deney ve kontrol grubu hastalarının %87,5 oranı ile çoğunluğunun evli olduğu saptanmıştır.
- ❖ Deney grubunda yalnızca bir hasta (%6,25) kontrol grubunda ise 2 hasta (%12,5) çalışmaktadır.
- ❖ Gelir durumu açısından deney grubunda çoğunluk %50 oranı ile gelir gidere denk, kontrol grubunda ise %50 oranında gelir giderden az grubundadır.
- ❖ Deney grubundaki hastaların %75’inin, kontrol grubu hastalarının ise % 62,5’inin emekli olduğu saptanmıştır (tablo 18).

5.1.3. Hastalığa İlişkin Özellikler

- ❖ Deney ve kontrol grubunu oluşturan hastalar tanı bakımından eşitlenmiştir. Grupların %62,5 oranında küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanısı aldığı belirlenmiştir.
- ❖ Deney grubundaki hastaların %75'inin, kontrol grubu hastalarının % 56,25'inin bir yıldan az bir süre önce tanı aldığı saptanmıştır.
- ❖ Evre bakımından grupların eşit dağıldığı ve her iki grubun %68,5'inin evre IV düzeyinde olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Hastaların gördükleri tedavi bakımından da eşit oldukları ve her iki grubun %62,5 'inin daha önce radyoterapi tedavisi de görmüş olan ve şu anda kemoterapi alan hastalardan oluştuğu saptanmıştır (tablo 19).

5.1.4. Hastaların Başlangıç Dönemi Performans Durumlarının İncelenmesi

- ❖ Hastaların başlangıç dönemindeki Karnofsky Performans Skalasına göre dağılımları incelenmiş ve deney grubunda hastaların %68,75'inin "90 puan" aldığı, yalnızca bir hastanın 100 puan aldığı saptanmıştır.
- ❖ Kontrol grubunu oluşturan hastaların %68,75'i "90 puan" almış, 100 ya da 70 puan alan hasta olmamıştır (tablo 20).

5.1.5. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Performans Durumlarının Dağılımının İncelenmesi

- ❖ Ölçüm zamanlarına göre hastaların performans durumlarının dağılımı incelenmiş ve ikinci haftada deney grubundaki hastaların %68,75'inin "90 puan", %18,75'inin "80 puan"; altıncı hafta %62,5'inin "90 puan", %18,75'inin "80 puan" aldığı belirlenmiştir.
- ❖ Kontrol grubundaki hastaların ikinci haftada %87,5'inin "80 puan", %12,5'inin "90 puan"; altıncı hafta %68,75'inin "80 puan", %25'inin "70 puan", aldığı sadece bir hastanın (%6,25) "90 puan" alabildiği saptanmıştır (tablo 21).

5.1.6. Hastaların Sigara Ve Alkol Kullanma Durumlarının İncelenmesi

- ❖ Hastaların sigara kullanma alışkanlıklarına göre dağılımları incelenmiş ve sadece deney grubundaki bir hastanın halen sigara içtiği, her iki grupta hiç alkol almamış olan yalnızca birer kişi olduğu ve deney grubunda daha önce içen ancak akciğer kanseri tanısı aldıktan sonra bırakanların oranının %93,75 olduğu saptanmıştır.
- ❖ Kontrol grubunda daha önce sigara içen ancak kanser tanısı aldıktan sonra bırakanların oranının %87,5 olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Sigara kullananların içtikleri sigara miktarı incelenmiş ve deney grubundaki hastaların %68,75'inin bir-bir buçuk paket (%50 bir paket+%18,75 bir buçuk paket) sigara kullandığı, sigara içme süresinin 25-53 yıl arasında değiştiği ve ortalama içme süresinin $36,53 \pm 10,59$ olduğu belirlenmiştir.
- ❖ Kontrol grubunu oluşturan hastaların %31,25 bir paket ve %31,25 bir buçuk paket sigara kullandıkları, sigara içme sürelerinin 15-50 yıl arasında değiştiği ortalamasının ise $32,87 \pm 8,60$ olduğu saptanmıştır (tablo22).
- ❖ Deney grubunda halen alkol kullanan hastanın olmadığı, deney grubundaki hastaların %75'inin daha önce hiç alkol almadığı, %25'inin ise daha önce içmiş ancak bırakmış olduğu saptanmıştır.
- ❖ Kontrol grubundaki hastaların %12,5' inin halen alkol kullanmakta olduğu, %37,5' inin hiç alkol kullanmadığı, %50'sinin ise daha önce içtiği ancak bıraktığı saptanmıştır.
- ❖ Her iki gruptaki alkol kullanan hastaların yarısı her gün, yarısı ise ayda bir ya da daha seyrek alkol aldığını ifade etmişlerdir (tablo 23).

5.1.7. Hastaların Vücut Yapılarının İncelenmesi

- ❖ Araştırma kapsamına alınan hastaların vücut yapılarına göre dağılımları incelenmiş ve deney grubundaki hastaların %50'sinin Normal kiloda, %50'sinin ise fazla kiloda oldukları saptanmıştır.
- ❖ Kontrol grubundaki hastaların %43,75'inin normal kiloda, %43,25'inin fazla kiloda ve %12,5'inin obez olduğu saptanmıştır. Gruplarda düşük kiloda ya da aşırı obez olan hasta bulunmadığı belirlenmiştir (tablo 24).

5.1.8. AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM SKALASI ÖLÇÜMLERİ

5.1.8.1. Akciğer Kanseri Semptom Skalası İlk Ölçümlerinin Sonuçları

- ❖ AKSS ölçeği ile yapılan ilk ölçümlerde sadece Hastalığın Aktivitelere Etkisi ve Global Yaşam Kalitesi skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ilk ölçüm “Hastalığın Aktivitelere Etkisi” skorunun $30,50 \pm 26,22$ iken; deney grubu hastalarında $50,00 \pm 24,83$ olduğu; “Global Yaşam Kalitesi ” skorunun kontrol grubunda $39,19 \pm 25,09$ ve deney grubunda ise $55,06 \pm 15,45$ olduğu belirlenmiştir. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).
- ❖ Başlangıçta her iki skor açısından da kontrol grubunun daha iyi durumda olduğu saptanmıştır (tablo 25).

5.1.8.2. Akciğer Kanseri Semptom Skalası Tekrarlayan Ölçümleri

- ❖ Süre faktörünün AKSS skorlarının alt boyutlarından hiç birisi açısından önemli olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$).
- ❖ AKSS skorları ile ilgili olarak gruplar arasında fark olup olmadığı değerlendirildiğinde; İştahsızlık, Yorgunluk, Dispne , Ağrı, Hastalığın Aktivitelere Etkisi, Ortalama Semptom Yüğü Skoru ve Global Yaşam Kalitesi skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Ancak öksürük, hemoptizi ve “Semptomatik Distres” skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$).
- ❖ AKSS skorlarının bazı sosyo-demografik özelliklerden etkilenip etkilenmediği değerlendirilmiş ve sadece iştahsızlık skorlarının hastaların tanılarında etkilendiği, diğer skorların ise hiçbir bağımsız değişkene bağlı olarak anlamlı değişiklik göstermediği saptanmıştır.
- ❖ Deney grubundaki hastaların iştahsızlık skorlarının ilk ölçümde $29,31 \pm 24,05$ iken giderek azaldığı ve ikinci ölçümde $24,81 \pm 21,81$ ’e, altıncı haftada yapılan son ölçümde ise $19,87 \pm 21,14$ ’e düştüğü belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise tam aksine skorların giderek arttığı ve ilk ölçümde $21,81 \pm 28,77$ iken; iki hafta sonra yapılan ikinci ölçümde $37,75 \pm 25,84$ ’e ve son ölçümde ise daha da artarak $43,19 \pm 18,02$ ’ ye

yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,92$, $p=0,022$) (tablo 27).

- ❖ Deney grubunda ve Küçük Hücreli akciğer Kanseri tanısı bulunan hastaların iştahsızlık skorlarının azalma gösterdiği; ilk ölçümde $35,50\pm32,65$ olan skorun ikinci ölçümde $21,17\pm17,92$ 'ye gerilediği ve son ölçümde $12,17\pm08,38$ 'e düştüğü saptanmıştır.
- ❖ Kontrol grubundaki KHAK tanısı olan hastaların iştahsızlık skorları önemli bir değişim göstermemiştir. İlk ölçümde elde edilen skor $21,70\pm22,81$ iken, ikinci ölçümde $31,50\pm27,40$ ve son ölçümde $45,10\pm12,55$ olmuştur. Ölçümler arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,58$, $p=0,026$)(tablo 27).
- ❖ Deney grubundaki hastaların yorgunluk skorlarının ilk ölçümde $40,50\pm24,49$ iken giderek azaldığı ve ikinci ölçümde $34,06\pm20,63$ 'e ve son ölçümde ise $33,25\pm23,83$ 'e düştüğü belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS yorgunluk skorlarının ilk ölçümde $33,81\pm20,87$ iken; ikinci ölçümde $20,63\pm49,69$ ' düştüğü ancak son ölçümde tekrar yükselerek $56,31\pm18,90$ 'a çıktığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($f=503$, $p=0,010$) (tablo 28).
- ❖ Deney grubundaki hastaların Dispne skorlarının ilk ölçümde $34,62\pm35,13$, ikinci ölçümde $26,94\pm27,19$ ' ve son ölçümde ise $27,19\pm30,37$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Dispne skorlarının ilk ölçümde $20,25\pm17,51$ iken; ikinci ölçümde $24,00\pm18,39$ 'a, son ölçümde ise $33,69\pm25,26$ 'ya çıktığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=6,147$, $p=0,020$). Dispne skorlarının evre, tedavi, tanı ve yaş faktöründen etkilenmediği bulunmuştur ($p>0,05$) (tablo 30).
- ❖ Deney grubundaki hastaların ağrı skorlarının ilk ölçümde $17,16\pm28,33$ iken diğer ölçümlerde azaldığı, ikinci ölçümde $11,25\pm19,22$ ve son ölçümde ise $14,50\pm19,04$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Ağrı skorlarının ilk ölçümde $19,25\pm22,97$ iken sonraki ölçümlerde deney grubunun aksine giderek arttığı ve ikinci ölçümde $31,94\pm26,33$ 'e çıktığı, son ölçümde ise daha da artarak $33,37\pm23,17$ 'ye

yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,50$, $p=0,028$).

- ❖ Deney grubundaki hastaların Hastalığın Aktivitelere Etkisi skorlarının ilk ölçümde $50,00\pm24,83$ iken sonraki ölçümlerde giderek azaldığı, ikinci ölçümde $39,81\pm21,63$ ve son ölçümde ise $37,69\pm25,50$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunu Hastalığın Aktivitelere Etkisi skorunun ilk ölçümde $30,50\pm26,22$ iken ikinci ölçümde $37,44\pm22,37$ 'ye son ölçümde ise daha da artarak $49,00\pm18,31$ 'e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=9,924$, $p=0,005$).
- ❖ Deney grubundaki hastaların Global Yaşam Kalitesi skorlarının ilk ölçümde $55,06\pm15,45$ iken sonraki ölçümlerde giderek azaldığı, ikinci ölçümde $49,06\pm22,31$ ve son ölçümde ise $43,69\pm22,30$ olduğu belirlenmiştir. Deney grubunun tam aksine kontrol grubunun AKSS Global Yaşam Kalitesi skorları ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden çok daha düşük bir değer olarak $39,19\pm25,09$ iken ikinci ölçümde $55,44\pm18,32$ 'ye ve son ölçümde ise daha da artarak $63,44\pm15,12$ 'ye yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=13,671$, $p=0,002$).
- ❖ Deney grubundaki hastaların Ortalama Semptom Yüğü Skorlarının ilk ölçümde $30,12\pm20,25$ iken, ikinci ölçümde $23,45\pm16,53$ ve son ölçümde ise $23,90\pm17,48$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun AKSS Ortalama Semptom Yüğü Skorları ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden daha düşük bir değer olarak $24,89\pm13,56$ iken, ikinci ölçümde $37,97\pm18,10$ 'a ve son ölçümde ise daha da artarak $40,21\pm16,43$ 'e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=10,470$, $p=0,004$).

5.1.9. EORTC QLQ C-30 ÖLÇÜMLERİ

5.1.9.1. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Skorlarının İncelenmesi

5.1.9.1.1. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut İlk Ölçüm Sonuçları

- ❖ Gruplar arasında ilk ölçümlerde sadece Sosyal Fonksiyon skorlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (U=69,50, p=0,019).
- ❖ Kontrol grubundaki hastaların ilk ölçüm sosyal fonksiyon skorunun $90,62 \pm 13,57$; deney grubu hastalarında ise bu skorun $72,92 \pm 23,41$ olduğu saptanmıştır. Sosyal fonksiyon skorunun kontrol grubu lehine olduğu görülmektedir. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (U=69,50, p=0,019) (tablo 37).

5.1.9.1.2. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Tekrarlayan Ölçümlerdeki Sonuçları

- ❖ Yapılan değerlendirme sonucunda; fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu, emosyonel fonksiyon, kognitif fonksiyon, sosyal fonksiyon ve Global Yaşam Kalitesi skorlarından hiç birinin süre açısından anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).
- ❖ Fonksiyonel alt boyutlardan, rol fonksiyonu, sosyal fonksiyon ve Global Yaşam Kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Fiziksel fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve kognitif fonksiyon skorlarının anlamlı bir değişiklik göstermediği saptanmıştır.
- ❖ Fonksiyonel alt boyut skorlarından hiç birisi herhangi bir bağımsız değişkenden istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde etkilenmemiştir (P>0.05).
- ❖ Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skorlarının** yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde $64,58 \pm 37,45$ iken, ikinci ölçümde $65,62 \pm 31,90$ ve son ölçümde ise $63,54 \pm 29,95$ olduğu

belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Rol Fonksiyonu Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden daha yüksek bir değer olarak $81,25 \pm 18,13$ iken, ikinci ölçümde $63,54 \pm 32,33$ 'e düştüğü ve son ölçümde ise daha da düşerek $48,96 \pm 25,44$ 'e gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=10,191$, $p=0,005$).

- ❖ Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skorlarının** yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde $72,92 \pm 23,47$ iken, ikinci ölçümde $71,87 \pm 29,01$ ve son ölçümde ise $71,88 \pm 27,02$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Sosyal Fonksiyon Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde deney grubundakinden çok daha yüksek bir değer olarak $90,62 \pm 13,57$ iken, ikinci ölçümde $78,13 \pm 15,77$ 'ye ve son ölçümde ise daha da düşerek $65,63 \pm 24,70$ 'e gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=13,226$, $p=0,002$).
- ❖ Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorlarının** ilk ölçümde $59,38 \pm 14,55$ iken, ikinci ölçümde 10 puan artarak $69,79 \pm 14,23$ 'a ve son ölçümde ise küçük bir gerileme ile $66,67 \pm 22,36$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Global Yaşam Kalitesi Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir düşüş göstermiştir. İlk ölçümde $64,58 \pm 20,30$ iken, ikinci ölçümde $51,56 \pm 16,73$ 'e ve son ölçümde ise daha da düşerek $42,19 \pm 16,52$ 'ye gerilediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=15,777$, $p=0,001$).

5.1.9.2. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarının İncelenmesi

5.1.9.2.1. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut İlk Ölçüm Sonuçları

- ❖ Her iki grupta yapılan ilk ölçümlerde, EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarının hiç birinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (tablo 45).

5.1.9.2.2. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Tekrarlayan Ölçümlerdeki Sonuçlar

- ❖ Gruplar arasında ve ölçüm zamanları açısından fark olup olmadığı, skorların ilgili bağımsız değişkenlerden etkilenip etkilenmediği değerlendirilmiş ve süre faktörünün sadece iştahsızlık skorları açısından önemli olduğu ($f=10,632$, $p=0,003$), diğer alt boyutlar açısından ise önemli olmadığı saptanmıştır.
- ❖ Gruplar arasında EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut skorlarından, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık ve diyare skorlarının istatistiksel olarak anlamlı değişiklik gösterdiği saptanmıştır. Ağrı, dispne, uyku bozukluğu, kabızlık ve mali etki skorlarında ise tekrarlayan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşmadığı saptanmıştır.
- ❖ Bağımsız değişkenlerin etkisi incelendiğinde; sadece iştahsızlık skorunun hastaların tedavisinden etkilendiği saptanmıştır. Diğer skorların hiçbirisinin herhangi bir bağımsız değişkene bağlı olarak istatistiksel açıdan önemli düzeyde bir değişiklik göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).
- ❖ Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Yorgunluk Skorlarının** başlangıçtan itibaren düzenli bir düşüş gösterdiği ve ilk ölçümde $50,70\pm 27,21$ iken; ikinci ölçümde yaklaşık 20 puan birden azalarak $39,58\pm 22,21$ 'e ve son ölçümde ise daha da azalarak $34,72\pm 22,55$ 'e gerilediği belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ**

C-30 Yorgunluk Skorları ise deney grubunun tam aksine başlangıçta daha düşük bir değerde iken düzenli bir artış göstermiştir. Yorgunluk skorlarının, ilk ölçümde deney grubundan daha düşük bir değer olarak $35,42 \pm 30,69$ olduğu, ancak ikinci ölçümde artış göstererek $46,53 \pm 26,98$ 'e ve son ölçümde ise daha da artarak $52,78 \pm 23,83$ 'e yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=15,781$, $p=0,001$).

- ❖ Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skorlarının** yatay bir seyir gösterdiği; ilk ölçümde $11,46 \pm 27,02$ iken, ikinci ölçümde $8,33 \pm 16,10$ ve son ölçümde ise $12,50 \pm 23,27$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun **EORTC QLQ C-30 Bulantı Kusma Skorları** ilk ölçümden itibaren düzenli bir artış göstermiştir. İlk ölçümde $18,75 \pm 31,55$ iken, ikinci ölçümde $31,25 \pm 36,96$ 'ya ve son ölçümde ise daha da artarak $39,58 \pm 30,96$ 'ya yükseldiği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=7,783$, $p=0,012$).
- ❖ Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorlarının** ilk ölçümde $31,25 \pm 41,22$ iken ikinci ölçümde azalarak $18,75 \pm 27,13$ 'e gerilediği, ancak altıncı hafta ölçümünde tekrar yükselerek $27,08 \pm 32,70$ 'e çıktığı belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise skorlar düzgün bir şekilde giderek artmış ve ilk ölçümde $27,08 \pm 44,25$ iken; iki hafta sonra yapılan ikinci ölçümde $37,50 \pm 41,94$ 'e ve son ölçümde ise daha da artarak $50,00 \pm 38,49$ 'a yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,791$, $p=0,023$).
- ❖ **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** sadece hastaların tedavisinden etkilenmiştir. Buna göre deney grubunda ve **sadece kemoterapi** alan hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorlarının** ikinci ve üçüncü ölçümlerde artış gösterdiği, ilk ölçümde $5,56 \pm 13,61$ olan skorun ikinci ölçümde $22,22 \pm 34,83$ 'e ve son ölçümde aynı düzeyi koruyarak $22,22 \pm 27,22$ olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki sadece kemoterapi alan hasta grubunun **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** her ölçümde artış göstermiştir. Kontrol grubundaki sadece kemoterapi alan hastaların **EORTC QLQ C-30**

İştahsızlık Skorları ilk ölçümde $5,56 \pm 13,61$ iken; ikinci ölçümde $22,22 \pm 27,22$ 'ye son ölçümde ise daha da artarak $50,00 \pm 34,96$ 'ya yükselmiştir (tablo 52). Deney grubundaki **kemo-radyoterapi** alan hastaların **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorları** ilk ölçümde $46,57 \pm 45,00$ iken, ikinci ölçümde azalma göstermiş ve $30,00 \pm 36,68$ 'e gerilemiş, son ölçümde düzeyi aynı kalmış ve $30,00 \pm 36,68$ olarak saptanmıştır (tablo 52).

- ❖ Kontrol grubunun **kemo-radyoterapi** tedavisi alan hastalarının tedavi gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre **EORTC QLQ C-30 İştahsızlık Skorlarının** dağılımına bakıldığında; ilk ölçümdeki $40,00 \pm 51,64$ değerinin ikinci ölçümde düştüğü ve $22,22 \pm 27,22$ 'ye gerilediği, son ölçümde ise tekrar yükselerek $50,00 \pm 42,31$ 'e çıktığı saptanmıştır. Bu skorlar açısından hastaların aldıkları tedavinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p < 0,005$) (tablo 52).
- ❖ Deney grubundaki hastaların **EORTC QLQ C-30 Diyare Skorlarının** ikinci ölçümde önemli derecede azaldığı ve üçüncü ölçümde hiçbir hastada diyare bulunmadığı saptanmıştır. Dağılımın ilk ölçümde $18,75 \pm 29,74$, ikinci ölçümde $10,42 \pm 26,44$ ve üçüncü ölçümde $00,00 \pm 00,00$ şeklinde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde $8,33 \pm 19,25$ iken ikinci ölçümde $31,25 \pm 33,26$ 'ya ve son ölçümde daha da artarak $43,75 \pm 31,55$ 'e yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=20,810$, $p=0,000$).

5.1.10. EORTC QLQ C-30, LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarının İncelenmesi

5.1.10.1. EORTC QLQ C-30, LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği İlk Ölçüm Sonuçları

- ❖ İlk ölçümlerde deney ve kontrol grubunda yapılan ilk ölçümlerde, **LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Skorlarının** hiç birinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (tablo 56).

5.1.10.2. EORTC QLQ C-30, LC-13 Yaşam Kalitesi Ölçeği Tekrarlayan Ölçümlerinin Sonuçları

- ❖ Süre faktörünün, **LC-13** ölçeğinin hiçbir alt boyutu açısından önemli olmadığı saptanmıştır.
- ❖ Gruplar arasındaki farklar ve bağımsız değişkenlerin etkisi incelendiğinde; boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, diğer kısımlarda ağrı skorlarının tekrarlayan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Diğer alt boyut skorları (dispne, öksürük, hemoptizi, nöropati, alopesi, göğüs ağrısı ve Kol-Omuz ağrısı) arasında tekrarlayan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.
- ❖ Skorları etkileyen bağımsız değişkenler incelendiğinde sadece alopesi skorlarının hastaların tanısından etkilendiği saptanmıştır. Diğer alt boyut skorlarının hiç birisinin bağımsız değişkenlere bağlı olarak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir değişiklik göstermediği belirlenmiştir.
- ❖ Deney grubundaki hastaların **LC-13 Boğaz Ağrısı Skorlarının** ilk ölçümde $4,17\pm 16,67$ iken, ikinci ölçümde $2,08\pm 8,33$ 'e gerilediği, ancak üçüncü ölçümde tekrar yükselerek $4,17\pm 11,38$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde $6,25\pm 18,13$ iken ikinci ölçümde $20,83\pm 29,50$ 'ye ve son ölçümde az bir puan daha artarak $22,92\pm 29,11$ 'e yükselmiştir.

Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,160$, $p=0,035$).

- ❖ Deney grubundaki hastaların **LC-13 Yutma Güçlüğü Skorlarının** ilk ölçümde $8,33\pm 14,91$ iken, ikinci ölçümde $4,17\pm 11,38$ 'e gerilediği, ancak üçüncü ölçümde tekrar yükselerek $10,42\pm 20,07$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde $16,67\pm 32,20$ iken ikinci ölçümde $29,17\pm 36,26$ 'ya ve son ölçümde $31,25\pm 33,26$ 'ya yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=5,733$, $p=0,027$).
- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların **LC-13 Alopesi Skorlarının** ilk, ikinci ve altıncı hafta ölçümlerinden elde edilen değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($f=0,532$, $p=0,475$).
- ❖ **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** sadece hastaların tanısından etkilendiği saptanmıştır. Buna göre deney grubunda ve sadece kemoterapi alan hastaların **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** ikinci ve üçüncü ölçümlerde düzenli bir düşüş gösterdiği, ilk ölçümde $61,31\pm 49,07$ olan skorun ikinci ölçümde $50,00\pm 45,95$ 'e gerilediği ve son ölçümde daha da azalarak $44,45\pm 40,37$ 'ye düştüğü saptanmıştır. Kontrol grubundaki **KHAK** hasta grubunun **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** ilk ölçümde $44,44\pm 45,54$ iken ikinci ölçümde $55,56\pm 45,54$ 'e çıktığı ve üçüncü ölçümde bu düzeyin korunarak $55,56\pm 50,19$ olduğu belirlenmiştir (tablo 64).
- ❖ Hem deney grubundaki hem de kontrol grubundaki **KHAK tanısı olan hastaların LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** düzenli bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Buna göre deney grubu için dağılım; ilk ölçümde $3,33\pm 10,54$ iken, ikinci ölçümde $13,33\pm 23,33$ 'e, son ölçümde ise biraz daha yükselerek $26,67\pm 37,84$ ' şeklinde olmuştur (tablo 64). Kontrol grubunun **KHAK** tanısı olan hastalarının tanı gruplarına ve ölçüm zamanlarına göre **LC-13 Semptom Alt Boyut Alopesi Skorlarının** dağılımına bakıldığında; ilk ölçümdeki $33,33\pm 41,57$ değerinin ikinci ölçümde arttığı ve $46,67\pm 50,18$ ' yükseldiği, son ölçümde ise daha da artarak $56,67\pm 49,81$ 'e çıktığı

saptanmıştır. Bu skorlar açısından hastaların tanısının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0,005$) (tablo 64).

- ❖ Deney grubundaki hastaların **LC-13 Diğer Kısımlarda Ağrı Skorlarının** başlangıçtan itibaren sürekli ve düzenli bir düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Skorlar ilk ölçümde $25,00\pm 31,03$ iken, ikinci ölçümde $16,67\pm 24,34$ 'e gerilediği, ancak üçüncü ölçümde daha da azalarak $8,33\pm 14,91$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise deney grubunun tam aksine ilerleyen ölçümlerde sürekli ve düzenli bir artış olduğu saptanmıştır. Skorlar ilk ölçümde $22,92\pm 23,47$ iken ikinci ölçümde $31,25\pm 30,96$ 'ya ve son ölçümde $33,33\pm 29,82$ 'ye yükselmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($f=8,978$, $p=0,007$).

5.2. ÖNERİLER

Akciğer kanseri olan hastalarda Taburculuk Planlamasının Global Yaşam Kalitesi ve Semptom Yönetimine olan etkisini saptamak amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bulgular doğrultusunda, taburculuk planlamasının semptom yönetimini ve yaşam Kalitesini olumlu etkilediği saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Akciğer kanseri olan hastalara taburculuk planlamasının uygulanması,
2. Taburculuk programı kapsamında akciğer kanseri olan hasta ve ailelerinin kullanacağı araçlar sağlanması (eğitim kitabı gibi).
3. Hastaların sürekli olarak telefon aracılığı ile ulaşabilecekleri ve bilgi alabilecekleri bir birimin kurulması,
4. Hastaların semptom yönetimi bilgisini geliştirebilmek için birimde çalışan sağlık bakım profesyonellerinin eğitilmeleri,
5. Taburculuk programını gerçekleştirecek hemşirelerin görevlendirilmesi ve bu hemşirelerin hastaların bakımında hastaya/aileye ve diğer sağlık bakım personeline rehber olması,
6. Akciğer kanseri olan hastalara uygulanan taburculuk planlamasının daha geniş örneklerde tekrarlanması,
7. Ülkemizde benzer çalışmaların daha geniş hasta gruplarına uygulanması önerilmiştir.

BÖLÜM VI

6.1. ÖZET

AKCİĞER KANSERİ OLAN HASTALARA UYGULANAN TABURCULUK PLANININ SEMPTOM KONTROLÜ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmanın amacı; akciğer kanseri olan hastalarda uygulanan taburculuk planlamasının, semptom kontrolü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir ve deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırma; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Mayıs 2006-Temmuz 2007 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalardan 32'si (16 deney, 16 kontrol) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Kontrol grubundaki hastalara klinikteki rutin hasta bakımı; deney grubundaki hastalara taburculuk programı uygulanmıştır. Araştırmada veri toplama araçları olarak; Akciğer Kanseri Bireylere Yönelik Veri Toplama Formu, Akciğer Kanseri Semptom Skalası, Karnofsky Performans Skalası, EORTC QLQ C-30 ve LC-13 kullanılmıştır. Deney grubundaki hastalara taburculuk programı sürecinin uygulanmasında, Hasta Eğitim Kitabı kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanması için etik kurul izni ve kurumdan yazılı izin, araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların; İştahsızlık, Yorgunluk, Dispne, Ağrı, Hastalığın Aktivitelere Etkisi, Ortalama Semptom Yüğü, Global Yaşam Kalitesi (AKSS), Rol Fonksiyonu, Sosyal Fonksiyon, Global Yaşam Kalitesi, Yorgunluk, Bulantı-Kusma, İştahsızlık, Diyare (EORTC QLQ C-30), Boğaz Ağrısı, Yutma Güçlüğü, Diğer Kısımlarda Ağrı (LC-13) skorlarında tekrarlayan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kullanılan ölçeklerin diğer alt boyut skorları arasında tekrarlayan ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak; taburculuk programı uygulanan akciğer kanserli hastaların 6 haftalık periyotta yaşam kalitesi ve semptom şiddeti düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede gelişmeler olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda; akciğer kanserli hastaların bakımında taburculuk planlamasının etkili olduğu söylenebilir.

6.2. SUMMARY

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF DISCHARGE PLAN ON SYMPTOM CONTROL AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LUNG CANCER

Aim of the study is to establish the effectiveness of discharge plan on symptom control and quality of life in patients with lung cancer. The study was planned as experimentally.

The study was carried out between May 2006 and July 2007 in The Department of Pulmonary at Ege University Hospital of Medical School, Izmir, Turkey. Sample of the research consisted of thirty two patients; 16 patients in experimental group, 16 patients in control group. A routine clinic patient care was administered in the control group whilst a discharge program in the experimental group. As data collection instruments Patient Data Collection Form Related Lung Cancer Patients, Lung Cancer Symptom Scale, Karnofsky Performance Scale, EORTC QLQ C-30, and LC-13 Quality Of Life Questionnaire were used. Patient Education Booklet was used in applying the discharge plan to patients with lung cancer. The needed permission from the Ethics Committee, a written consent from the University, and also an informed and written consent from all the participant patients were obtained in order to conduct the investigation.

A statistically significant difference was detected between the scores of Lack of Appetite, Fatigue, Dispne, Pain, Effect of Disease on Activities, Mean Symptom Burden, Global Quality Of Life (LCSS), Role Function, Social Function, Global Quality Of Life, Fatigue, Nausea-Vomiting, Lack of Appetite, Diarrhea (EORTC QLQ C-30), Sore Mouth, Difficulty in Swallowing, and Pain in Other Parts (LC-13) in the repeated measures of the patients of experimental group and control group ($p < 0.05$).

No statistically significant difference was found in repeated measures among the scores of other sub scores of the scales of experimental group and control group ($p > 0.05$).

Consequently, a statistically significant improvement was observed in quality of life and symptom severity levels of the patients, who had lung cancer and whom a discharge plan was applied, within a period of 6 weeks. In this context, it could be suggested that discharge planning is an effective tool for the care of patients with lung cancer.

BÖLÜM VII

7.1. YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. “Akciğer Kanseri İçin Bilmemiz Gerekenler”,
<http://www.kanservakfi.org/Web/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=40> (Son Erişim Tarihi 28 Şubat , 2006).
2. “Akciğer Kanseri”,
http://www.birnefes.com/htmsayfalar/akciger_kanseri.htm, (Son Erişim Tarihi 1 Mart 2006).
3. Akdemir, N., Birol, L. (2003): “Kanser Ve Hemşirelik Bakımı”, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayını, Ankara, ss: 285-308.
4. Akdeniz, C. Aydemir, Ö. Akdeniz, F. Ve ark. (1999): “Sağlık Düzeyi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Ve Güvenirliği”, Bull Clin Pscopharmacol; (Klinik Psikofarmakoloji Bülteni); 9(2):104-108.
5. Akgül, A.: Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri,(1997) “SPSS Uygulamaları”, Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
6. Akkoçlu, A.: “Akciğer Kanseri”, http://www.toraks.org.tr/mesleki-kurslar-2-pp: t-pdf/Atilla_Akkoclu.pdf, (Son Erişim Tarihi 2 Mart ,2006).
7. Alberg, S.J., Samet, J.M. (2003): “Epidemiology of Lung Cancer”, Chest; 123; 21-49.
8. Aronsson, M.E., Nilsson, P.M., Nilsson, J.A., Pehrsson, K., Löfdahl, C.G. (2006): “Socio-economic status and lung cancer risk including histologic subtyping-A longitudinal study”, Lung Cancer, 51, 21-29.
9. Bach, B.B., Kelley MJ. Tate RC. McCrory DC. (2003): “Screenin for Lung Cancer: A Review of the Current Literature”, Chest; 123; 72-82.
10. Baird, B.S., McCorckle, R., Grant, M. (1991): “Discharge Planning”, Cancer Nursing, Philedelphia Saunders Group, pp: 1002-1007.
11. Bakoğlu, E., Yetkin, A. (2000): “Hipertansiyonlu hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi”, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1).
12. Barlési, F., Jacot, W., Astoul, P., Pujol, J.L. (2006): “Second-line treatment for advanced non-small cell lung cancer: A systematic review”, Lung Cancer; 51, pp: 159-172.

13. Beckles, M.A., Spiro, S.G. Colice, G.L., Rudd, R.M. (2003): "Initial Evaluation of the Patient With Lung Cancer: Symptoms, Signs, Laboratory Tests, and Paraneoplastic Syndromes", *Chest*; 123; 97-104.
14. Bolch, D., Johnston, J.B., Giles, L.C., Whitehead, C., Phillips, P., Crotty, M. (2005): "Hospital to home: An integrated approach to discharge planning in a rural South Australian Town", *Aust. J. Rural Health* 13, 91-96.
15. Bruera, E., Schmitz, B., Pither, J., Neumann, C.M. Hanson, J. (2000): "The Frequency and Correlates of Dyspnea in Patients with Advanced Cancer", *Journal of Pain and Symptom Management*, 19: 5, pp: 357-362.
16. Bull, J.M., Hansen, E.H., Gross, R.C. (2000): "A Professional Patient Partnership Model of Discharge Planning", *Applied Nursing Research*; 13(1), pp: 19-28.
17. Cella, D., Nowinski, C.J.; (2002): "Measuring Quality of Life in Chronic Illness: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System", *Archives of Physical Medicine And Rehabilitation*; 83 (Supp: 1:2):S10-S17.
18. "Center to Improve Care of the Dying",
<http://www.gwu.edu/~cicd/toolkit/toolkit.htm> (Son Erişim Tarihi 7 Mart 2006).
19. Chang, L.C., Chang, W.B., Su, L.J. (2004): "Using Case-based Reasoning to Establish a Continuing Care Information System of Discharge Planning", *Expert System with Applications*; 26, pp: 601-613.
20. Chie, W.C., Yang, C.H., Hsu, C., Yang, P.C. (2004): "Quality of life of lung cancer patients: Validation of the Taiwan Chinese version of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-LC13", *Quality of Life Research* 13: 257-262.
21. "Components of Symptom Management",
<http://www.mywhatev.com/cifwriter/library/70/4917.html> (Son Erişim Tarihi 6 Mart 2006).
22. Dai, T.Y., Chang, Y., Hsieh, Y.C., Tai, Y.T. (2003): "Effectiveness of Pilot Project of Discharge Planning Research in Taiwan", *Nursing & Health*; 26, pp: 53-63.

23. Daniels, R. (2004): Nursing Fundamentals, Chapter 22. Delmar Learning Comp. Australia, pp: 275-280.
24. Erdine, S. (2002): "Kanser Hastasında Palyatif Bakım, Kanser Hastasına Yaklaşım", Tanı, Tedavi ve Takipte Sorunlar, (Ed: Haluk ONAT, Nil MOLİNAS MANDEL) s. 355-364, Nobel Tıp Kitabevi.
25. Erridge, S.C., Gaze MN. Price A., Kelly CG. Kerr GR., Cull A., MacDougall RH., Howard GCV., Cowie VJ., Gregor A. (2005): "Symptom Control and Quality of Life in People with Lung Cancer: A Randomized Trial of Two Palliative Radiotherapy Fractionation Schedules", Clinical Oncology 17: 61-67.
26. Fadiloğlu, Ç., Ertem G. (2004): "Solunum Sistemi Hastalıklarında Evde Bakım" I. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kursu Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi, 1-35.
27. Fadiloğlu, Ç. (2004): "Jinekolojik Kanserli Hastalarda Evde Bakım", IX. Ege Onkoloji Günleri. Jinekolojik Kanserler Hemşirelik Kursu, Jinekolojik Onkoloji Sempozyumu Kitabı, İzmir, ss: 147-159.
28. Fadiloğlu, Ç.(2006): "Taburculuğun Planlanması", Kanser ve Palyatif Bakım, (Ed: Prof. Dr. Meltem UYAR, Doç. Dr. Rüçhan USLU, Ar. Gör. Yasemin YILDIRIM), Meta Basım, ss: 345-371, İZMİR.
29. Fayers, P., Weeden, S., & Curran, D. (1998): "On behalf of the EORTC quality of life study group", EORTC QLQ-C30 reference values. Brussels: EORTC.
30. Fernandez C, Rosell R, Abad-Esteve A, et al.(1989): "Quality of life during chemotherapy in non-small cell lung cancer patients", Acta Oncol; 28:29-33.
31. Fidaner C. (2005): "Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi", www.bayar.edu.tr/~saykad/g_fidaner1.html (Erişim Tarihi: 20.8.2005).
32. Finkelstein, D.M., Cassileth, B.R., Bonomi, P.D., Ruckdeschel, J.C., Ezdinli, E.Z., Wolter, J.M.(1988): "A pilot study of the Functional Living Index-Cancer (FLIC) Scale for the assessment of quality of life for metastatic lung cancer patients: an Eastern cooperative Oncology Group study", Am J Clin Oncol;11:630-633.

33. Gail, C., Patricia, M.: "Unit Discharge Planning Model, Clinical Nurse Specialist", *A Journal of Advanced Nursing Practice*, 10(2) pp: 102-105.
34. Gift, A.G., Jablonski A., Stommel M., Given W. (1996): "Symptom Clusters in Elderly Patients With Lung Cancer", *Oncology Nursing Forum* (2004); 31: 2 pp: 203-210.
35. Gift, A.G., Stommel M., Jablonski A., Given W. (2003): "A Cluster of Symptoms Over Time in Patients With Lung Cancer", *Nursing Research*; 52:6, pp: 1-13.
36. Gotay, C.C. (2004): "Assessing Cancer-Related Quality of Life Across a Spectrum of Applications", *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 33, p: 126-133.
37. Gralla, R. (2004): "Quality-of-Life Considerations in Patients with Advanced Lung Cancer: Effect of Topotecan on Symptom Palliation and Quality of Life", *The Oncologist*; 9 (suppl 6): 14-24.
38. Griffin, J.P., Nelson JE., Koch KA. Niell HB. Ackerman TF., Thompson M., Cole FH. (2003): "End-of-Life Care in Patients With Lung Cancer", *Chest*; 123; 312-331.
39. Güzelant, A., Goksel, T., Ozkok, S., Tasbakan, S., Aysan, T., Bottomley, A. (2004): "The European Organisation For Research And Treatment Of Cancer QLQ C-30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30", *Eur J Cancer Care (Engl)*; 13 (2): 135-44.
40. Güzelant, A., Göksel, T., Özkök, S., Taşbakan, S., Aysan, T., Bottomley, A.: "The European Organisation For Research And Treatment Of Cancer (EORTC) QLQ C-30 Anketinin Türkçe Çevriminin Geçerliliği Ve Güvenilirliği Üzerine Bir İnceleme", 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan 2004 İzmir.
41. Herndon, J.E., Fleishman, S, Kornblith, A.B, Kosty, M., Gren, M.R., Holland, J.(1999): "Is quality of life predictive of the survival of patients with advanced nonsmall cell lung carcinoma?", *Cancer*. 85:333-340.
42. Hitehcoek, E.J., Schubert, E.P., Thomas, H.S. (2003): "Community Health Nursing", Second Ed. Thomson Delmar Comp. Australia, pp: 117-137.

43. Hoeman, P.S. (1996): Rehabilitation Nursing, Sec. Ed. St. Lawis, Mosby Comp, 104–133.
44. Hollen, P.J., Gralla, R.J., Kris, M.G., Eberly, S.W., Cox C.(1999): “Normative data and trends in quality of life from the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS)”, Supp: ort, Care Cancer;7:140-148.
45. Holmes, S. (2005): “Assessing The Quality Of Life-Reality Or İmpossible Dream?” A Discussion Paper. Int J Nursing Studies, 42; 495–501.
46. Huber, D., McClelland, E. (2003): “Patient Preferences and Discharge Planning Transitions”, Journal of Professional Nursing, Vol 19, No 3 (July-August); pp: 204-210.
47. “İstatistik Yıllıkları”,
<http://www.saglik.gov.tr/sb/default.asp?sayfa=istatistik&id=107&kelime=&page=>, (Son Erişim Tarihi 1 Mart 2006).
48. Kasa, S., Mastekaasa, A.(1988): “Psychosocial well-being of patients with inoperable non-small cell lung cancer: the importance of treatment and diseaserelated factors”,. Acta Oncol;27(6b):829-835.
49. Kelley MJ., Mccrory DC. (2003): “Prevention of Lung Cancer: Summary of Published Evidence”, Chest; 123; 50-59.
50. Kim, Y., Duberstein, P.R., Sørensen, S., Larson, M.R.: “Levels of Depressive Symptoms in Spouses of People With Lung Cancer: Effect of Personality, Social Supp: Ort, and Caregiving Burden”, Psychosomatics March-April (2005); 46:2 pp: 123-130.
51. Kirk, S.A., Campbell, S.M., Kennel-Webb, S., Reeves, D., Roland, M.O., Marshall, M.N. (2003): “Assesing the Quality of care of multiple conditions in general practice: practical and methodological problems”, Qual Saf Health Care; 12:421-427.
52. Kutikova, L., Bowman, L., Chang, S., Long, S.R., Obasaju, C., Crown, W.H. (2005): “The economic burden of lung cancer and the associated costs of treatment failure in the Unated States”, Lung Cancer; 50,143-154.
53. Kuyurtan, F. (1998): “Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Yatan Kronik hastaların Hastalığına Ve Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi”, Hemşire, 48(1):25-27.

54. Kvale, P.A., Simoff M., Prakash UBS. (2003): "Palliative Care", *Chest*; 123; 284-311.
55. Kvien, T.K., Kasa S., Smedstad LM. (1998): "Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with RA. A Comparison Of The Sf-36 With Disease-Specific Measures". *J Clin Epidemiol*, 51(11), 1077-86.
56. Langendijk, J.A., Aaronson, N.K., Velde T.G.P., Jong, J.M., Muller, M.J., Wouters, E.F. (2000): "Pretreatment quality of life of inoperable non-small cell lung cancer patients referred for primary radiotherapy". *Acta Oncol*; 39:949-958.
57. Gloria, A.H. (1996): "Patient and Family Education", *Cancer Nursing, A Comprehensive Textbook, Second Edition*, (Edt: Ruth McCorkle, Marcia Grant, Marilyn Frank-Stromborg, Susan B. Baird), W.B. Saunders Company, Philadelphia, pp: 1223-1233.
58. Lobchuk MM., Kristjanson L., Degner L., Blood P., Sloan JA. (1997): "Perceptions of Symptom Distress in Lung Cancer Patients: I. Congruence Between Patients and Primary Family Caregivers", *Journal of Pain and Symptom Management*, September; 14: 3, pp: 136-146.
59. Lutz, S.S., Huang, D.T., Ferguson, C.L., Kavanagh B.D., Tercilla, O.F., Lu, J. (1997): "A Retrospective Quality of Life Analysis Using The Lung Cancer Symptom Scale In Patients Treated With Palliative Radiotherapy For Advanced Nonsmall Cell Lung Cancer", *International Journal Of Radiation Oncology Biol. Phys.*, 37(1), p: 117-122.
60. Martinson, I., Widmer, A., Portillo J.C. (2002): "Home Health Care Nursing", *Sounders Comp, Philedelphia*, pp: 22-34.
61. Mary, A., Diane, H.B. (1998): "Succesful Patient Discharge: A Comprehensive Model of Facilitators and Barriers", *The Journal of Nursing Administration* 28; 3, pp: 48-55.
62. Mathur, P.N., Edell, E., Sudetja, T., Vergnon, J.M. (2003): "Treatment of Early Stage Non-small Cell Lung Cancer", *Chest*; 123; 176-180.
63. Mayers, M., Kratz P. (1995): "Clinical Care Planning", *Medical and Surgical Nursing*, New York, Mc Grow-Hill Comp. pp: 19-23.

64. McGinley, S., Baus, E., Gyza, K., Johnson, K., Lipton, S., Magee, M.C., Moore, F., Woityak, D. (1996): "Multidisciplinary Discharge Planning Developing a Process", *Nursing Management*, 27 (10), p: 55-60.
65. Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J., Gillis, C.R. (2001): "Quality of life in lung cancer patients: as an important prognostic factor", *Lung Cancer*; 31: pp: 233-240.
66. Montazeri, A., Hole, D.J., Milroy, R., McEwen, J., Gillis, C.R. (2003): "Quality of life in lung cancer patients: does socioeconomic status matter?", *Health and Quality of Life Outcomes*.
67. Moore, C., Wisnivesky, J., Williams, S., McGinn, T. (2003): "Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an Inpatient to an Outpatient Setting", *Journal of General Internal Medicine*, August; 18, pp: 646-651.
68. Nahcıvan, N. (1993): "Sağlıklı gençlerde Öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
69. Neal, Z.L. (1998): *Rehabilitation Nursing in the Home Health Setting, USA*. ANA. pp: 19.
70. Nicklasson, M., Bergman, B. (2007): " Validity, reliability and clinical relevance of EORTC QLQ C-30 and LC-13 in patients with chest malignancies in a palliative setting", *Quality of Life Research* 16:1019–1028.
71. Otto, E.S. (2001): *Oncology Nursing*, St Louis Mosby Comp, 804-834.
72. Oud, N. (2002): *Acendio*, Verlag, Hans, Huber, 91-99.
73. Pasinlioğlu, T. (1997): "Gebelerin öz-bakım gücü ve özbakım gücünü artırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi", *Uluslararası Katılımlı 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi (2-4 Temmuz 1997)*.
74. Phillips, L.J. (2005): "Analysis of the Explanatory Model of Health Promotion and QOL in Chronic Disabling Conditions", *Rehabilitation Nursing* January/February, 30(1), p: 18-24.
75. Potter, A.P., Perry, A.G. (1995): "Basic Nursing Theory and Practice", Mosby Comp. Boston Third ed. pp: 42-53.

76. Sarna, L., Brecht, M.L., Calif, L.A. (1997): "Dimensions os symptom distress in women with advanced lung cancer: A Factor Analysis", HEART&LUNG, January-February, 26(1), p: 23-30.
77. Savaş, İ.: "Akciğer Kanseri", (http://www.toraks.org.tr/kisokulu3-pp: t-pdf/Ismail_Savas.pdf)-(Son Erişim Tarihi 10 Ekim 2006).
78. Smeenk, F.W.J.M., Witte, L.P., Haastregt, J.C.M. Schipper, R.M., Biezemans H.P.H., Crebolder, H.F.J.M. (1998): "Transmural care", A new app: roach in the car efor terminal cancer patients: its effects on re-hospitalization and quality of life, Patient Education and Counseling; 35; pp: 189-199.
79. Socinski, M.A., Morris, D.E., Masters, G.A., Lilenbaum, R. (2003): "Chemotherapeutic Management of Stage IV Non-samall Cell Lung Cancer", Chest; 123; 226-243.
80. Stone, C.S., Eigs, H.G.D., McQuire, L.S. (1991): "Compherensive Family and Community Health Nursing", Third ed. Mosby Comp. St. Louis. pp: 302-331.
81. Svobodnik, A., Yang,P., Novotny, P.J., Bass, E., Garces, Y.I., Jett, J.R., Bonner, J.A, Sloan, J.A. (2004): "Quality of life in 650 Lung Cancer Survivors 6 Month to 4 Years After Diagnosis", Mayo Clin Proc; 79 (8): 1024-1030.
82. Szeto, L.: "The Role of Nursing in Lung Cancer", http://www.uchospitals.edu/pdf/uch_005712.pdf, (Son Erişim Tarihi 3 Mart 2006).
83. Şenuzun, F. (2006): "Semptom Yönetimi", Kanser ve Palyatif Bakım, (Ed: Prof. Dr. Meltem UYAR, Doç. Dr. Rüçhan USLU, Ar. Gör. Yasemin YILDIRIM), Meta Basım, ss: 133-163, İZMİR.
84. Tnaka, K., Akechi, T., Okuyama, T., Nishiwaki, Y., Uchitomi, Y. (2002): "Impact of Dyspnea, Pain, and Fatigue on Daily Life Activities in Ambulatory Patients with Advanced Lung Cancer", Journal of Pain and Symptom Management, May; 23: 5, pp: : 417-423.
85. Topu, Z., Ülger, F., Numanoğlu, N.(2004): "Ailesel Kanser Hikayesi ve Akciğer Kanseri", Tüberküloz ve Toraks Dergisi; 52(2): 130-136.a

86. "Türkiye ve Dünyada Kanser Epidemiyolojisi",
http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/kanser_epidemiyolojisi.htm
(Son Erişim Tarihi 1 Mart 2006).
87. "Türkiye'de Kanser İstatistikleri", <http://www.turkcancer.org/index.php>
(Son Erişim Tarihi, 1 Mart 2006).
88. Urdaniz, J.I.A., Aguillo, M.M., Burgaleta, A.M., Pascual, E.S., López, E.M., García, R.V., Mañas, J.J.I. (2005): "Quality of life assessment in Spanish lung cancer patients by the EORTC questionnaires",
Oncología; 28 (4):174-182.
89. Watts, R., Pierson, J., Gardner, H. (2006): "Critical care nurses' beliefs about the discharge planning process: A questionnaire survey",
International Journal of Nursing Studies 43, 269-279.
90. Williams, P.D., Piamjariyakul, U., Ducey, K., Badura, J., Boltz, K.D., Olberding, K., Wingate, A., Williams, A.R. (2006): "Cancer Treatment, Symptom Monitoring, and Self-care in Adults-Pilot Study", *Cancer Nursing*, 29 (5) pp: 347-355.
91. Wolf, M., Pritsch, M., Drings, P., et al. (1991): "Cyclic-alternating versus responseoriented chemotherapy in small-cell lung cancer: a German multicenter randomized trial of 321 patients", *J Clin Oncol*; 9:614-624.

BÖLÜM VIII
EKLER

EK I:

Akciğer Kanseri Olan Hastalara Yönelik Veri Toplama Formu

Vaka no:

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:.....

Telefon: Ev: İşyeri:Cep tel:

Yaş:

Cinsiyet: Kadın Erkek

Adres:

.....
.....
.....
.....

Eğitim durumu: Okur-yazar-ilk Orta-lise Yüksek-Üniversite

Meslek: İşçi-Memur Serbest Emekli Ev hanımı

Çalışma durumu: Hayır Yarım gün yada belirli saatlerde çalışma Tam gün çalışma

Sosyal güvence: Var Yok

Gelir durumu:

a) Gelir giderden az

b) Gelir gidere denk

c) Gelir giderden fazla

-Medeni durum: Evli Bekar

Hastanın yakınması:

Hastalık öyküsü:

Özgeçmişi: Geçirdiği hastalıklar/kaza/ameliyat:

Mevcut kronik hastalık: DM Kalp Hast. Nörolojik Hast. Böbrek Hast.

Diğer.....

Alerji öyküsü: Var Yok Var ise.....

Alışkanlıkları:

Sigara içimi: Hiç sigara içtiniz mi? Evet Hayır

Evet ise →YılPaket

Devam Bıraktım

Alkol alımı: Evet Hayır

Evet ise → Ne kadar ve Hangi sıklıkta.....

Devam Bıraktım

Aile öyküsü

Yaş	Önemli hastalık	Ölüm nedeni
Anne
Baba
Kardeşler

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

1. Sağlığın algılanması-Sağlığın yönetim biçimi:

—Başlıca yakınmanız:

Hastalık tanısı.....

Hastalığın süresi.....

Hastalığın evresi

Grade I Grade II Grade III Grade 4

Hastalık tedavisi

Uygulanmıyor

Radyoterapi

Cerrahi

Hormon tedavisi

Kemoterapi

Diğer veya bilinmiyor

Metastaz var mı?

Evet

Hayır

İlaç tedavisi

İLAÇ ADI	DOZU	ŞEKLİ	SIKLIK	Uygulama Zamanı					
				06	09	12	14	21	24
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

-AK dışında Dr. tarafından önerilen ve kullandığınız ilaçlar:

.....
.....
.....
.....

-Dr. Önerisi dışında kullandığınız ilaçlar:

.....
.....
.....

2. Beslenme ve Metabolik Durum:

-Boy: Kilo: (BKİ {kilo/boy²}:)

-Son 1 ayda kilo kaybı:.....

-Uygulanan özel bir diyet:.....

-İştah durumu: İyi Orta Kötü

-Ağız mukozası: Normal Stomatit Hiperemik Kanamalı

Ağız kokusu: Var Yok

1. Boşaltım Şekli:

-Defekasyon (şekli, sıklığı, özelliği):

Normal Diyare Konstipasyon Melena Müküs

Defekasyon sıklığı:/gün

-İdrar boşaltım durumu:

Normal Dizüri İnkontinans Oligüri Poliüri

-İdrar yapma gereksinimini karşılama biçimi

Tuvalet Sürgü/ördek Üriner katater Diğer.....

2. Aktivite-Egzersiz Şekli:

-Fizik Bulgular:

Kan basıncı:/.....mm/Hg Solunum:/dk
Nabız:/dk Beden ısısı:.....°C

3. Uyku-İstirahat

Normal bir gecede kaç saat uyuyorsunuz?saat/gece

Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı? Var Yok

Uykuya başlamada bir problem var mı? Var Yok

Rahat uyumak ve gevşemek için kullanılan yöntem: Var Yok

Var ise; Banyo/ılık duş alma Kitap okuma İlaç

TV seyretme Sıcak içecekler Müzik/radyo dinleme Diğer

.....

4. Bilişsel-Algılama şekli

İşitme güçlüğü: Var Yok İşitme cihazı kullanıyor mu? Evet Hayır

Görme bozukluğu: Var Yok Gözlük kullanıyor mu? Evet Hayır

Dokunma/hissetme: Normal problem

Koku alma yeteneği: Normal problem

Tat alma yeteneği: Normal problem

Konsantre olma/dikkatini toplama: Normal problem

En kolay öğrenme şekli?

Öğrenmede zorluk: Var Yok

Karar verme yeteneği: Var Yok

Hafıza? Son günlerde herhangi bir değişiklik var mı?

5. Kendini algılama, Kavrama Şekli:

Algılanan herhangi bir korku ve tehlike:

Ruhsal durumda değişiklik- (depresif, meraklı):

Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-(hareketsizlik):

Durumun kontrolü dışında olduğunu hissetme:

Beden bilinci? Bireysel kimliği:

6. Rol-ilişki şekli

Rolünü yerine getirme yeteneği, mesleği:.....

Herhangi bir kişilerarası ilişki zorluğu var mı?.....

Yaşamında önemli olan kişiler.....

Aileye ilişkin herhangi bir zorluğu var mı?.....

Kendine zarar verme riski var mı?.....

Diğerlerine yönelik zarar verme riski var mı?.....

7. Cinsellik-üreme:

Cinsel yaşamda değişiklik: Doyumlu Doyumsuz

Kontraseptif kullanımı: Var Yok

8. Stres ile Başetme/Tolere etme durumu

Hastanın algıladığı stresörler/yaşam zorlukları:.....

Yakın geğmişte yaşanan önemli yaşam değişiklikleri:.....

Stresörlerle başetme şekli:.....

Stresörlerle başetmede kullanılan kaynaklar:.....

Sahip olunan aile desteğinin algılanma düzeyi: Yok: Az: Biraz:

Çok:

9. İnanç ve Değerler şekli:

Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri:

Dini inançları ve dinin kendisi için önemi:

Yararlı dini uygulamaları:

SİSTEMLERİN SORGULANMASI

SOLUNUM

Nefes darlığı Öksürük Balgam çıkarma Evet ise;

niteliği:.....

Hemoptizi

Tbc öyküsü

Göğüste yanma hissi

Göğüs ve solunumla ilgili diğer

yakınmaları:.....

.....

.....

KALP VE DOLAŞIM SİSTEMİ

Çaba dispnesi Gece gelen dispne

Ortopne

Hemoptizi

Göğüste ağrı:

Süresi:.....

Yayılması:.....

İlaca yanıtı:.....

Ödem Siyanoz Venöz bozukluk Hipertansiyon öyküsü

Senkop

GASTROİNTESTİNAL

Karın ağrısı: Var Yok

Evet ise;

Yer, yayılması:

Yemeklerle ilgisi:

Sarılık Bulantı Splenomegali: Hazımsızlık

Defekasyon sayısı/sıklığı:.....

Konstüasyon İshal Melena Hematemez

GENİTOÜRİNER

Disüri Noktüri Pollaküri İnkontinans Hematüri Poliüri

Oligüri Polidipsi Vaginal akıntı Menstrüel durum Libido

Üretritis (Akıntı vb.) Penil veya genital ülser

KAS-İSKELET

Motor kuvvet

Eklem ağrısı: Var Yok

Diğer:.....

Deformite: Var Yok Kas ağrısı-güçsüzlüğü: Var Yok

Osteoporoz: Var Yok

DERİ

Kaşıntı Kuruluk Döküntüler Tırnaklar Deri altı nodülleri

Sulukluk Ödem Diğer:.....

ENDOKRİN

Diyabet var ise:

DM yönelik tedavi alıyor mu? Alıyor Almıyor

Diyet Oral antidiyabetik İnsülin

Hipertroidi Hipotroidi

NÖROLOJİK

Tremo İnme Bayılma Ekstremitelerde parestezi

Ekstremitelere yayılan ağrı

PSİKOSOSYAL

Davranışsal problemler Stres: Keder: Üzüntü: Aile içi tartışma:

Başa çıkma: İyi Orta Zayıf

İhtiyaç duyduğunuzda size bakım veren birileri var mı? Evet Hayır

YAPILAN TETKİKLER-LABORATUAR -TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI

Tarih	HEMATOLOJİ				BİYOKİMYA			
	Tetkik	Sonuç	Birim	N. Değer Aralığı	Tetkik	Sonuç	Birim	N. Değer Aralığı
	WBC		Bin/mm ³	5-10	SGOT		U/L	5-35
	NEU		Bin/mm ³		SGPT		U/L	5-40
	RBC		Milyon/mm ³	3,5-5	AP		U/L	100-320
	HCT		%	37-47	GGT		U/L	11-50
	PLT		Bin/mm ³	350-500	T. Protein		G/DL	6-8.5
					ALBUMİN		G/DL	3.5-5
					GLOBULİN		G/DL	2.5-3.5
					T. Bilirubin		Mg/Dl	0.1-1
					D. Bilirubin		Mg/Dl	0-0,25
					İ. Bilirubin		Mg/Dl	0.1-0.9
					LDH		U/L	230-460
					AKŞ		Mg/DL	60-110
					ÜRE		Mg/DL	10-50
					Kreatinin		MEQ/L	0.7-1.3
					Na		MEQ/L	136-145
					K		MEQ/L	3.5-5
					Ca ⁺⁺		Mg/Dl	8.2-10.4
					CL ⁻		MEQ/L	96-110

İDRAR								
Tarih	Tetkik	Sonuç	Birim	N. Değer Aralığı	Tetkik	Sonuç	Birim	N. Değer Aralığı
	DANSİTE				RENK			
	PROTEİN				PÜY			
	LÖKOSİT				SİLENDİR			
	ERİTROSİT				ÜREME			

Tetkik (Dikkate alınması gerekli ise).....

Tanı yöntemi (Dikkate alınması gerekli ise).....

EK 2.

Akciğer Kanseri Semptom Skalası

Türkçe Versiyon

Yönerge: Lütfen, GEÇTİĞİMİZ GÜN (son 24 saat) içerisinde akciğer kanserinizin semptomlarını en iyi belirtecek şekilde her çizginin üzerine bir işaret koyunuz.

ÖRNEK SORU:

BUGÜN HAVA NASIL?

OLABİLDİĞİNCE
İYİ

OLABİLDİĞİNCE
KÖTÜ

1 İŞTAHINIZ NASIL?

OLABİLDİĞİNCE
İYİ

OLABİLDİĞİNCE
KÖTÜ

2 NE KADAR YORGUNLUĞUNUZ VAR?

HİÇ

OLABİLDİĞİNCE
ÇOK

3 NE KADAR ÖKSÜRÜĞÜNÜZ VAR?

HİÇ

OLABİLDİĞİNCE
ÇOK

4 NE KADAR NEFES DARLIĞINIZ VAR?

HİÇ

OLABİLDİĞİNCE
ÇOK

5 BALGAMINIZDA NE KADAR KAN GÖRÜYORSUNUZ?

HİÇ | _____ |

OLABİLDİĞİNCE
ÇOK

6 NE KADAR AĞRINIZ VAR?

HİÇ | _____ |

OLABİLDİĞİNCE
ÇOK

7 AKCİĞER KANSERİNİZİN BELİRTİLERİ NE KADAR KÖTÜ?

HİÇ YOK | _____ |

OLABİLDİĞİN
CE KÖTÜ

**8. HASTALIĞINIZ NORMAL FAALİYETLERİNİZİ YAPMANIZI NE
KADAR ETKİLEDİ?**

HİÇ ETKİLEMEDİ | _____ |

ÇOK FAZLA
ETKİLEDİ, O
KADAR ÇOK KI,
KENDİ KENDİME
HİÇ BİR ŞEY
YAPAMADIM

9 BUGÜNKÜ YAŞAM KALİTENİZİ NASIL DEĞERLENDİRİRSİNİZ?

ÇOK YÜKSEK | _____ |

ÇOK DÜŞÜK

Ek 3.**KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI**

Karnofsky Performans Skalası (KPS)

SKOR HASTANIN PERFORMANSI

100	Normal; yakınması yok, hastalığa ait belirti yok
90	Normal aktivitesini sürdürebilir; minör belirtiler var
80	Gayret ile normal aktivitesini sürdürebilir; bir miktar hastalık belirtisi var
70	Kendine bakabilir; normal aktivitesini sürdüremez
60	Bazen yardım gerektirir; birçok ihtiyacını karşılayabilir
50	Önemli ölçüde yardım ve sık bakım gerektirir
40	Debilite; özel bakım ve yardım gerektirir
30	Ciddi debilite; hastanededir, yakın zamanda ölüm beklenmez
20	Çok hasta; aktif destekleyici tedaviye ihtiyaç duyar
10	Fatal süreçler hızla gelişmektedir

Ek 4.**EORTC QLQ C-30 (versiyon 3.0)**

Siz ve sağlığınız hakkında bazı eylemlerle ilgileniyoruz. Lutfen soruların tamamını size uygun gelen numarayı daire içine alarak cevaplayınız. Soruların "doğru" veya "yanlış" cevapları yoktur. Verebileceğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır.

Lutfen adınızın ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Dođum gúnünüz (Gún, Ay, Yıl):

Bugúnkü tarih (Gún, Ay, Yıl):

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi güç hareketlerde bulunurken zorluk çekiyor musunuz ?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız ?	1	2	3	4
4. Gúnün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız var mı?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız olur mu?	1	2	3	4

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6. İşinizi ya da günlük faaliyetlerinizi yaparken sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman faaliyetlerinize veya hobilerinize devam etmekten sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4

16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük faaliyetlerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. T.V. seyretmek veya gazete okumak gibi eylemleri yaparken dikkatinizi toplamada zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissediyor musunuz?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı eylemleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluklara neden oldu mu?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular içerisinde 1 ile 7 arasındaki size en uygun numarayı daire içine alın.

29. Geçen haftaki genel sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

EK 5.**LC-13**


Hastalar bazen aşağıdaki yakınmalarının olduğunu bildirmektedirler. Lütfen geçen hafta boyunca bu yakınmaları ne derecede yaşadığınızı belirtiniz.

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

EK 6.

İZİNLER

6.1. AKCİĞER KANSERİ SEMPTOM SKALASI İZİNİ

Posta Ara Web'de Ara [Arama seçeneklerini göster](#)
[Süzgeç oluşturun](#)

[Posta Oluştur](#)

Gelen Kutusu (4)

Yıldızlı ☆

[Görüşmeler](#)

[Gönderilmiş Postalar](#)

[Taslaklar \(3\)](#)

[Tüm Postalar](#)

[Spam \(107\)](#)

[Çöp Kutusu](#)

Kişiler

Hızlı Bağlantılar

- Medet Korkmaz
Durum ayarı

« Yıldızlı noktasına geri dön Yıldız kaldır Spam Bildir Diğer işlemler...

Lung Cancer Symptom Scale Permission For Use

☆ ● Medet Korkmaz p.hollen adlı alıcılara [ayrıntılar görüntüle](#) 15.02.2006 Yanıtla

Hello, Dear Dr. Patricia Hollen,
I am writing to you from Turkey. My name is MEDET KORKMAZ. I'm a doctoral students (PhD) in Ege University, Nursing College (in Izmir, TURKEY) and I'm working in the same school as a research asistant.
I want to design a study (doctoral thesis) about "Investigation of Effect of Discharge Planning On Fonctional Status, Semptom Experience and (Quality Of Life may be) in Patients With Lung Cancer " and wish to use "LUNG CANCER SYMPTOM SCALE". Do you help to us for give permission this scale for use and send me these enstrumantal and short informatin about the scale. I am planing validation of these scale for turkish patients with lung cancer. After finish my work I can send for you one copy (Turkish Version of The LCSS). I will wait for your message, thanks.

Yours sincerely
MsC. Medet Korkmaz
Research Assistant
Egean University, Nursing College
IZMIR, TURKEY
e-mail: medetkorkmaz@gmail.com
medetkorkmaz@yahoo.com
medetkorkmaz@hotmail.com

☆ **Hollen, Patricia <pjh2a@virginia.edu>** b: [ayrıntılar görüntüle](#) 16.02.2006 Yanıtla

Hello Ms. Korkmaz,

Thank you for your interest in the LCSS. We already have a validated Turkish LCSS that has gone through the standard forward/backward translation process by a company in Oxford, England.

The first step is to obtain the LCSS Introductory Packet. In that packet will be information about the license fee waiver. Please see our website (lcss-ql.com) for ordering information. I can send you our bank transfer information if you prefer to use that method.

Best regards,

Patricia J. Hollen, PhD, RN
Boyd Professor of Oncology Nursing
University of Virginia
Charlottesville, VA 22908-0782
(434) 924-2853

From: Medet Korkmaz [mailto:medetkorkmaz@gmail.com]

Sent: Wednesday, February 15, 2006 6:24 AM

To: p.hollen@virginia.edu

Subject: Lung Cancer Symptom Scale Permission For Use

6.2. EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ İZİNİ

The screenshot shows a Gmail inbox with the following navigation links: Posta Oluştur, Gelen Kutusu (4), Yıldızlı, Görüşmeler, Gönderilmiş Postalar, Taslaklar (3), Tüm Postalar, Spam (108), Çöp Kutusu, and Kişiler. Under the 'Hızlı Bağlantılar' section, 'Medet Korkmaz' is listed with the status 'Durum ayan'.

The selected email is titled 'RE: QLQ-C30 download request from Medet KORKMAZ'. The sender is 'QLQC30 Download requests <qlqc30@eortc.be>' and it was received on 19 Tem. The email content is as follows:

Dear Mr. Korkmaz,

Please find below the links where you can download the documents you requested.

Best regards,

Ken Cornelissen

-----Original Message-----
From: medetkorkmaz@gmail.com [mailto:medetkorkmaz@gmail.com]
Sent: Thursday, 19 July, 2007 09:44
To: QLQC30 Download requests
Subject: QLQ-C30 download request from Medet KORKMAZ

Title: Mr.
Firstname: Medet
Lastname: KORKMAZ
Hospital/Institution: Ege University
Address: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
County/State: BORNOVA / İZMİR
Postalcode: 35100
Country: Turkey
Phone: +90 536 736 64 27
Fax: +90 (232)388 6374

6.3. ETİK KURUL İZİNİ

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

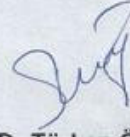
SAYI :2006-40
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
17.04.2006

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Araş.Gör.Medet Korkmaz'ın sorumluluğunda Nisan 2006 – Haziran 2007 tarihleri arasında yapılması planlanan “**Akciğeri Kanseri Olan Hastalara Uygulanan Taburculuk Planlamasının Semptom Kontrolü ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**” konulu araştırması 13.04.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Yard.Doç.Dr.Türkan ÖZBAYIR
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

6.4. HASTANE İZİNİ

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hemş.Hizmt.Yönetimi
SAYI : B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H-1401
KONU :

5/6/2006

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 1252 sayılı ve 26.05.2006 tarihli yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencilerinden Medet KORKMAZ'ın "Akciğer Kanseri Olan Hastalara Uygulanan Taburculuk Planlamasının Semptom Kontrolü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını 12 Haziran 2006-29 Aralık 2006 tarihleri arasında Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Geylani ÖZOK
Başhekim



ÇALIŞMAYA KATILIM ONAM FORMU

Bu çalışma; akciğer kanseri olan hastalarda taburculuk planlamasının yaşam kalitesi ve semptom yönetimine olan etkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırma sırasında size akciğer kanseri, tedavisi ve sık görülen semptomların yönetimine yönelik bir eğitim programı uygulanacaktır. Ayrıca; yaşam kalitenizi ve sık görülen semptomlara ilişkin durumunuzu belirlemek ve uygulanan programın etkisini değerlendirmek üzere bir takım anketler uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmak isteğinize bağlıdır. Sizlerden elde edilen bilgiler gizli tutulacak ve araştırma sonuçları sizlerle paylaşılacaktır.

Ben Tıbbi durumuma ilişkin tüm bilgilerin gizli kalacağını biliyorum. Bu formu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Tüm sorularım uygun bir şekilde yanıtlanmıştır.

Bana verilen hizmeti etkilemeksizin, ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:/..../.....

Hasta Adı Soyadı:

İmza :

Onamı alan kişinin Adı, soyadı:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Medet KORRMAS, 03.02.1974 yılında Adıyaman'ın Tut ilçesinin Boyundere Köyünde doğdu. İlk öğreniminin ilk üç yılını Osmaniye'nin Bahçe ilçesinde, son iki yılını Boyundere köyünde, orta öğrenim ve lise eğitimini ise Malatya'da tamamladı.

1995 yılında Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksekokulu Sağlık Teknikerliği bölümünde Ön Lisans eğitimine başladı. Ön lisans eğitimini üçüncülükle bitirdi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokuluna dikey geçiş hakkı kazandı.

1997 yılında lisans eğitimine ve aynı zamanda DEÜ Tıp Fakültesi Hastanesinin ameliyathane bölümünde sözleşmeli hemşirelik görevine başladı. Hemşirelik görevini yüksek lisansın tez aşamasına kadar dört yıl boyunca sürdürdü.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda lisans eğitimini 2000 yılında bitirdikten sonra, aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programını kazanarak eğitimine başladı. Dokuz Eylül Üniversitesindeki yüksek lisans eğitiminin tez aşamasındayken Süleyman Demirel Üniversitesi Isparta Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi sınavlarını kazandı ve burada göreve başladı.

2002 yılında yüksek lisansını tamamlamak üzere araştırma görevlisi kadrosuna geçerek DEÜ Hemşirelik Yüksekokuluna araştırma görevlisi olarak geri döndü. Yüksek Lisans tezini Eylül 2003 yılında başarı ile vererek "Bilim Uzmanı" unvanı aldı. Aynı yıl Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programını kazandı. 2003 yılında doktora eğitimine ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda göreve başladı. Beş Eylül 2005'te doktora yeterlilik, 8 Mart 2006'da Tez önerisi sınavına girdi.

Türk Hemşireler Derneği, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği, Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği üyesidir.

Halen Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulunda Araştırma Görevlisi olarak görev yapan araştırmacı evli ve iki çocuk babasıdır.