

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ PALYATİF
BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Tezi Hazırlayan
Esra DOĞAN

Tez Danışmanları
Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK
Dr. Öğr. Üyesi Şefika DİLEK GÜVEN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Ağustos 2021
NEVŞEHİR

T.C.
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ PALYATİF
BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Tezi Hazırlayan
Esra DOĞAN

Tez Danışmanları
Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK
Dr. Öğr. Üyesi Şefika DİLEK GÜVEN

Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Ağustos 2021
NEVŞEHİR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi, deneyimleriyle yol gösteren, destek veren, emeği ve katkısı büyük çok değerli hocam Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK' e,

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamda bilgi ve deneyimlerini paylaştan 2. Tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN' e ve her zaman bana yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ' a

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ' a,

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecinde her zaman destek olan göğüs cerrahi sorumlu hemşirem Selma AKÇAL' a ve göğüs cerrahisinde çalışan meslektaşlarıma,

Her zaman yanımda olan ablam Nurten AKÇA KAYA, kuzenim Batuhan YİĞİT'e ve can arkadaşlarım Gönül DÜŞÜNMEZ GÜMÜŞ' e Saliha KARADAĞ' a,

Hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sürekli yanımda olan eşim Zeynal DOĞAN ve anneme, kardeşlerime

Ve çalışmamın üzerinde emeği olan herkese sonsuz teşekkürler...

İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ PALYATİF BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Esra DOĞAN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi

Fen Bilimleri Enstitüsü, Ağustos 2021

ÖZET

İleri evre akciğer kanseri hastaların erken palyatif bakım sağlık hizmeti alması ve yaşam kalitelerinin artırılması için palyatif bakım gereksinimleri belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu araştırma ileri evre akciğer kanseri hastaların palyatif bakım gereksinimlerini ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırma Ankara il merkezinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İleri Evre Akciğer Kanseri hastalarının sıklıkla takip ve tedavisinin yapıldığı göğüs cerrahi kliniği, göğüs cerrahi yoğun bakım, ayakta kemoterapi ünitesi, onkoloji kliniği, göğüs hastalıkları kliniklerindeki hastalara uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini 130 akciğer kanseri hastası oluşturmuştur ve çalışma için etik kurul izni, kurum izni ve katılımcılardan yazılı olur alınmıştır. Araştırmada veri toplama araçları Sosyo-demografik Özellikleri İçeren Form, Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası, Karnofsky Performans Skalası Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle Ocak 2020 - Temmuz 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri için SPSS 22.00 paket programı kullanılarak yüzde, frekans ve ortalama hesaplanmıştır. Araştırmada veriler Kruskal Wallis Testi ve Pearson Korelasyon Testi gibi istatistik yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 62.68 ± 8.867 , %72.3' ünün erkek, %88.5' inin evli, %41.5' inin ilkokul mezunu, %37.0' inin emekli sandığı, %35.4' ünün serbest çalıştığı, %89.2' sinin şu anda çalışmadığı, %81.5' inin ise eşiyile yaşadığı bulunmuştur. Hastaların semptom yükleri arasında, ağrı puan ortalamasının 4.46 ± 2.68 olduğu, yorgunluk puan ortalamasının 5.46 ± 2.12 olduğu, bulantı puan ortalamasının 3.15 ± 2.84 olduğu, depresyon ortalamasının 3.65 ± 2.88 olduğu, anksiyete 3.38 ± 2.84 olduğu, uyuşukluk ortalamasının 5.01 ± 2.45 olduğu,

iştahsızlık ortalamasının 5.40 ± 2.59 olduğu, esenlik ortalamasının 5.69 ± 1.87 olduğu, nefes darlığı ortalamasının 4.49 ± 2.46 olduğu, kabızlık ortalamasının 2.45 ± 2.53 olduğu, öksürük ortalamasının 4.02 ± 2.41 olduğu, edmontom semptom toplam puan ortalamasının 47.17 ± 19.03 olduğu bulunmuştur. Hastaların umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puan ortalamasının 1.40 ± 1.66 olduğu, umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı puan ortalamasının 3.43 ± 2.41 olduğu, umutsuzluk alt boyutlarından umut puan ortalamasının 2.05 ± 1.75 olduğu, umutsuzluk toplam puan ortalamasının 7.41 ± 6.01 olduğu bulunmuştur. Hastaların umutsuzluk düzeyi ile semptom yükü arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastaların umutsuzluk düzeyi arttıkça hastaların semptomu artmaktadır, semptom yükü arttıkça umutsuzluk artmaktadır. Hastaların umutsuzluk toplam puanı ile karnofsky performans puanları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların karnofsky performansları azaldıkça umutsuzlukları artmakta, hastaların umutsuzlukları arttıkça karnofsky performansları kötüye gitmektedir. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karnofsky performans puanları ile EDS semptom toplam puan arasında pozitif yönde bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hastaların semptom yükü arttıkça performansları da kötüye gitmektedir. Sonuç olarak semptom yükü ve umutsuzluk düzeyi arttıkça ve performansları azaldıkça hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin arttığı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: palyatif bakım, hemşirelik, umutsuzluk düzeyi, akciğer kanseri
Tez Danışmanları: Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK
Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN

DETERMINATION OF PALLIATIVE CARE NEEDS AND LEVELS OF HOPELESSNESS OF PATIENTS WITH ADVANCED STAGE LUNG CANCER

(Master Thesis)

Esra DOĞAN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli University

Graduate School of Natural and Applied Sciences, August 2021

ABSTRACT

It is very important to determine palliative care needs for advanced lung cancer patients to receive early palliative care health services and to increase their quality of life. This research was conducted to determine the palliative care needs and hopelessness levels of advanced lung cancer patients in a descriptive manner. The study was applied to the patients in the thoracic surgery clinic, thoracic surgery intensive care, outpatient chemotherapy unit, oncology clinic, chest diseases clinics that Advanced Stage Lung Cancer patients are frequently followed up and treated in Gazi University Medical Faculty Hospital located in city center of Ankara. The sample of the study consisted of 130 lung cancer patients and ethics committee permission, institutional permission and written consent from the participants were obtained for the study. Data-sets in the study were collected via using data collection tools as the Socio-demographic Characteristics Form, Edmonton Symptom Assessment System Scale, Karnofsky Performance Scale and Beck Hopelessness Scale with face-to-face interview method between January 2020 and July 2020. Percentage, frequency and mean of the data were calculated using the SPSS 22.00 package program. In the study, the data were evaluated using statistical methods such as Kruskal Wallis Test and Pearson Correlation Test. The mean age of the patients included in the study was 62.68 ± 8.867 , 72.3% were male, 88.5% were married, 41.5% were primary school graduates, 37.0% had a pension fund, 35.4% It has been found that 89.2% of them are self-employed, 89.2% are not currently working, and 81.5% are living with their spouse. Among the symptom burdens of the patients, the mean pain score was 4.46 ± 2.68 , the mean fatigue score was 5.46 ± 2.12 , the mean nausea score was 3.15 ± 2.84 , the mean depression score was 3.65 ± 2.88 The mean

anxiety was 3.38 ± 2.84 , the mean of lethargy was 5.01 ± 2.45 , the mean of anorexia was 5.40 ± 2.59 , the mean of well-being was 5.69 ± 1.87 , the mean of shortness of breath was 4. It was found that the mean of constipation was 4.49 ± 2.46 , the mean of constipation was 2.45 ± 2.53 , the mean of cough was 4.02 ± 2.41 and the mean edmonton symptom total score was 47.17 ± 19.03 . The mean score of feelings and expectations about the future from the hopelessness sub-dimensions of the patients was 1.40 ± 1.66 , the mean score of loss of motivation from the hopelessness sub-dimensions was 3.43 ± 2.41 , and the mean score of hope from the hopelessness sub-dimensions was 2.05 ± 1.75 . The hopelessness total mean score was found to be 7.41 ± 6.01 . It was determined that a positive correlation between the hopelessness level of the patients and the symptom burden ($p < 0.05$). As the hopelessness level of the patients increases, the symptoms of the patients increase, and as the symptom load increases, the hopelessness increases. A negative correlation was found between the patients' total hopelessness score and Karnofsky performance scores ($p < 0.05$). As the patients' karnofsky performance decreases, their hopelessness increases and vice versa. There is a positive correlation between Karnofsky performance scores of advanced lung cancer patients and EDS symptom total score ($p < 0.05$). As the symptom load of the patients increases, their performance also deteriorates. As a result, it was found that the palliative care needs of the patients increased as the symptom burden and hopelessness level increased as their performance decreased.

Key Words: palliative care, nursing, hopelessness level, lung cancer

Thesis Advisors: Assoc. Dr. Hanife ÖZÇELİK

Asst. Prof. Şefika Dilek GÜVEN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ	xv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
BÖLÜM 2	5
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Akciğer Kanseri	5
2.1.1. Epidemiyolojisi	5
2.1.2. Akciğer Kanseri Etiyolojisi	6
2.1.3. Akciğer Kanseri Risk Faktörleri	6
2.1.3.1. Sigara	6
2.1.3.2. Mesleki ve Çevresel Maruziyet	7
2.1.3.3. Genetik Faktörler	7
2.1.3.4. Cinsiyet ve Yaş	8
2.1.3.5. Radyasyon	8
2.1.3.6. Beslenme	9

2.1.3.7. Alkol.....	9
2.1.3.8. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite	9
2.1.3.9. Diğer Risk Faktörleri	9
2.1.4. Akciğer Kanserinin Sınıflandırılması	10
2.1.4.1. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri	10
2.1.4.2. Adenokarsinom	10
2.1.4.3. Skuamöz Hücreli Karsinom	10
2.1.4.4. Büyük Hücreli Karsinom	10
2.1.4.5. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri.....	11
2.1.5. Akciğer Kanseri Tanısı	11
2.1.6. Sekizinci TNM Evreleme Sistemi.....	12
2.1.7. Akciğer Kanserinde Tedavi.....	13
2.1.7.1. Cerrahi Tedavi.....	13
2.1.7.2. Radyoterapi	14
2.1.7.3. Kemoterapi.....	14
2.1.7.3.1. Akciğer Kanserinde Kemoterapi;.....	15
2.1.7.4. Biyoterapi.....	15
2.1.7.4.1. Monoklonal Antikorlar.....	15
2.1.7.4.2. Tirozin Kinaz İnhibitörleri	16
2.1.7.5. Lokal İleri Evre (EvreIII) Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri ve Tedavisi	16
2.1.7.6. İleri Evre (Evre IV/ Metastatik Hastalık) Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri ve Tedavisi	17
2.1.7.7. Metastaz	17
2.1.8. İleri Evre Akciğer Kanserinde Semptom Yönetimi ve Palyatif Bakım Gereksinimleri.....	18
2.1.8.1. Ağrı	18

2.1.8.1.1. Nosiseptif Ağrı	18
2.1.8.1.2. Nöropatik Ağrı	19
2.1.8.1.3. Akut Ağrı	19
2.1.8.1.4. Kronik Ağrı	20
2.1.8.2. Yorgunluk	22
2.1.8.3. Bulantı-Kusma	23
2.1.8.4. İştahsızlık	23
2.1.8.5. Dispne	24
2.1.8.6. Konstipasyon.....	25
2.1.8.7. Öksürük.....	25
2.1.8.8. Depresyon	26
2.1.8.9. Anksiyete	26
2.2. Palyatif Bakım.....	28
2.2.1. Palyatif Bakım Tanımı	28
2.2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi.....	30
2.2.3. Palyatif Bakımın Amacı ve Hedefi	33
2.2.4. Palyatif Bakımın Felsefesi	34
2.2.5. Palyatif Bakımda Hedef Hasta Grupları	34
2.2.6. Palyatif Bakım Ekibi	36
2.2.7. Palyatif Bakımda Hemşirelik Bakımı	37
2.2.8. Palyatif Bakım Uygulamasında Engeller	39
2.2.9. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri	40
2.2.10. İleri Evre Akciğer Kanserli Hastaların Palyatif Bakım Gereksinimleri.....	42
2.2.10.1. Fiziksel Gereksinimler	42
2.2.10.2. Psikososyal Gereksinimler	44

2.3. Umut Tanımı ve Tarihçesi	44
2.3.1. Umutsuzluk Tanım.....	45
2.3.2. Kanser ve Umutsuzluk Düzeyi Arasında İlişki.....	46
BÖLÜM 3	49
GEREÇ VE YÖNTEM	49
3.1. Araştırmanın Tipi.....	49
3.1.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	49
3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	49
3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	50
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	50
3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	50
3.5.1. Veri Toplama Araçları	50
3.5.1.1. Sosyo-demografik Özellikler İçeren Form (EK I)	50
3.5.1.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (EK II).....	51
3.5.1.3. Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası Ölçeği (ESAS) EK (III) .	51
3.5.1.4. Karnofsky Performans Skalası EK (IV)	52
3.5.1.5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK V)	52
3.5.2. Verilerin Toplanması	53
3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi	53
3.6. Araştırmanın Etik Yönü	53
BÖLÜM 4	55
BULGULAR.....	55
BÖLÜM 5	69
TARTIŞMA	69
BÖLÜM 6	80

SONUÇ VE ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR	84
ÖZGEÇMİŞ	112
EKLER	113
EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK FORM	113
EK II. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ.....	115
EK III. EDMONTON SEMPTOM DEĞERLENDİRME SİSTEMİ.....	116
EK IV. KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI	117
EK VI. ETİK KURUL İZİN BELGESİ.....	119
EK VII. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİNİN KULLANIM İZİNİ	120

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Sekizinci TNM evre evreleme sistemi grupları	13
Tablo 4.1. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	55
Tablo 4.2. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Hastalığa İlişkin Değişkenlerine göre Dağılımları	56
Tablo 4.3. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Hastalık Risk Faktörlerine Göre Dağılımları	57
Tablo 4.4. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Palyatif Bakımla Gereksinimleriyle İlgili Karnofsky Performans Puanlarına Göre Dağılımları	58
Tablo 4.5. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ve Edmontom Semptom Alt Boyut ve Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımları..	59
Tablo 4.6. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	60
Tablo 4.7. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Edmontom Semptom Toplam Puan, Karnofsky Performans, Umutsuzluk Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları	60
Tablo 4.8. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Edmontom Semptom Toplam Puan, Karnofsky Performans, Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları	63
Tablo 4.9. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri Edmontom Semptom Toplam Puan, Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt Boyutu, Karnofsky Performans Puanı, Yaş ve Tanı Ayı Arasındaki İlişki	67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Palyatif bakım ekip üyeleri37



SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

% : Yüzde

ASCO: Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu

BUÖ : Beck Umutsuzluk Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBUS : Endobronşiyal Ultrasonografi

ECOG : Doğu Kooperatifi Onkoloji Grubu

ESAS : Edmontom Symptom Assessment System

FAST : Alzheimer Hastalığının Fonksiyonel Değerlendirme Evrelemesi

IARC: Uluslararası Kanser Ajansı- The International Agency for Research on Cancer

ICN : International Council of Nurses

KHAK : Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

KHDAK : Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri

n: Birim Sayısı

NANDA : Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği

r(Rho): Pearson Korelasyon Kat Sayısı

SEER : Sürveyans, Epidemiyoloji ve Nihai Sonuçlar

SPSS: Sosyal Bilimler İstatistik Programı

TDK: Türk Dil Kurumu

WPCA: Dünya Palyatif Bakım Birliği

BÖLÜM 1

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Akciğer kanseri tüm dünyada mortalitesi yüksek ve kansere bağlı ölümlerin ilk nedenleri arasında yer almaktadır [1,2]. Aynı zamanda akciğer kanseri erkeklerde en sık görülen, kadınlarda ise meme kanserinden sonra ikinci sırada yer alan bir kanser olmaktadır. Bu doğrultuda akciğer kanseri günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak tanımlanmaktadır [3]. İleri evre akciğer kanseri, genellikle III. ve IV. evre kanserleri, nüks eden ve metastazı olan olguları kapsamakta ve literatürde ileri evre kanserler olarak ifade edilmektedir [4,5]. İleri evre akciğer kanseri hastası en başta dispne olmak üzere bir çok farklı fiziksel semptom ile beraber, hastalığın ve bu semptomların getirdiği psikolojik ve sosyal sorunları sıklıkla yaşamaktadır. Dolayısıyla hastalık yükünün etkileri ve diğer sorunlarla ilgili olarak karşılanması gereken bir çok farklı gereksinim ortaya çıkmaktadır [3,6]. Osse ve arkadaşları tarafından ileri evre kanser hastaları ile yapılan çalışmada, ilerlemiş kanser hastalarının değişik boyutlarda, orta ve yüksek düzeyde, %40-89 oranında karşılanmamış gereksinimleri ve problemleri olduğu bildirilmektedir [6]. Harrison ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan sistematik bir derlemede, ileri evre kanser hastalarının palyatif aşamasında karşılanmamış fiziksel gereksinimleri %7 ile 89 arasında, ekonomik gereksinimleri %13-60, günlük yaşam aktiviteleri gereksinimleri %1-52, psikolojik gereksinimleri %16-41, psikososyal gereksinimleri %7-44, bilgi gereksinimi %39, iletişim gereksinimi %34-36 ve spiritüel gereksinimleri ise %14-33 oranında bulunduğu belirtilmektedir [4]. Kim Beernaert ve arkadaşlarının (2016) yılında ileri evre kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal, varoluşsal kaygılar, bilgi ve iletişim, bakımın koordinasyonu ve sürekliliği konularında bakım ihtiyaçlarının olduğu bildirilmektedir [7].

İleri evre akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları fiziksel ve psikososyal semptom deneyimleri ile yapılan çalışmalarda ise; hastalar sıklıkla dispne, fiziksel güçsüzlük,

yorgunluk, ağrı, iştahsızlık, uykusuzluk gibi semptomları deneyimledikleri ifade edilmektedir [8,9,10]. Henoch ve arkadaşlarının çalışmasında (2008) ileri evre akciğer kanseri hastalarında, dispnenin kısa düzeyde hastaların fiziksel, psikososyal hayatlarını oldukça etkilediği, uzun dönemde ise hastalarda umutsuzluğa yol açtığını tespit edilmektedir [11]. Hannah Ball ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada ileri evre akciğer kanseri hastalarının psikolojik bakım ihtiyaçlarının hastalıkla ilgili belirsizlik, umut, umutsuzluk, damgalanma, suçlu hissetme, aile ve bakım verici kaygısı, hastalığın fiziksel sıkıntıları, tanının yarattığı trajedi deneyimi, sebebi belirli olmayan sıkıntı, finansal, yasal problemler, ölüm ve ölüm sürecindeki yaşanan zorluklarla ilgili sorunlar olduğu belirtilmektedir [12]. Gültekin ve arkadaşlarının (2008) akciğer kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların yüksek oranda ağrı (%77.5), bulantı ve kusma (%72.5), emosyonel sıkıntı (%77.5), iştahsızlık (%70) semptomlarını yaşadıklarını ve hastaların yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğu saptanılmaktadır [13]. Hastaların palyatif bakım gereksinimleri karşılanması gerekmektedir. Palyatif bakım gereksinimleri karşılanmazsa, anksiyete ve depresyonun tedavi ve hastalık süresince arttığı ve hastalığın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir [13].

Literatürde ileri evre akciğer kanseri hastalarının psikolojik ve duygusal gereksinimlerinin oldukça yüksek olduğunu belirleyen çalışmalar bulunmaktadır [11,14]. İleri evre akciğer kanseri hastaları, hastalık sürecinde durumu kontrol altına almayı öğrenmeyi ve zamanlarının çoğunu hastalık deneyimi ile başa çıkmaya harcarken bir çok farklı korku ve duygu deneyimini de yaşamaktadırlar [11]. Bu süreçte akciğer kanseri hastalarının çoğu kontrol edilmeyen semptomlarla ve günlük yaşamla etkileşime girebilecek tedavi yan etkileri, kaybedilen roller, hastalıklar hakkındaki endişeleri ile karşı karşıya kalmaktadır [14]. Bu noktada hastaların sahip olduğu umut düzeyi hastaların hastalık deneyimlerini ve tepkilerini yakından etkileyebilmektedir.

Snyder ve arkadaşları (1991) umudu, zorluklar karşısında gösterilen direnç, gelecek hedefi ve gücü olarak tanımlamaktadır [15]. Beck' e göre umutsuzluk ise, hasta objektif ve gerçekçi bir nedeni olmadığı halde deneyimlerine yanlış anlamlar yüklemekte ve amacına ulaşmak için çaba sarf etmediği halde bunlardan negatif sonuçlar beklemektedir. Umutsuzluk gelecekle ilgili hedef ve planları kaybetmektir [16] . İleri

evre akciğer kanseri hastalarının tedavi programlarının yan etkileri, hastalığın oluşturduğu kötü algı, gelecekle ilgili belirsizlik, hastalık üzerinde kontrol kaybı duygusu onların umutsuzlukla karşılaşılmasına sebep olabilmekte [17], bu nedenle ileri evre akciğer kanser hastaları daha az umut daha çok umutsuzluk, daha çok depresyon, anksiyete yaşayabilmektedir [18]. Breitbark ve arkadaşları (2000) yaptığı çalışmada, umutsuzluğun altında yatan nedenlerin, ağrılı ölüm korkusu, kötü semptom yönetimi veya vazgeçme duygularıyla ilişkili olabileceği belirtilmektedir [19]. Hsiao ve arkadaşları (2010) akciğer kanserli hastalarla yaptıkları nitel çalışmada, hastaların yaşamak için umut beslemek ve huzurlu bir zihne sahip olmayı istemek (%88), hayata anlam verebilmek ve onurunu koruyabilmek (%88), daha fazla karşılıklı insan sevgisi deneyimlemek (%100), huzurlu ölüm için yardım almak (%85) gibi spiritüel ihtiyaçlarının olduğu belirtilmektedir [20]. Maguire ve arkadaşlarının (2012) yaptığı sistematik derlemeye göre, akciğer kanserli hastaların terminal dönemde %13-70 oranında kendi gelecekleri hakkında belirsizlik yaşadıkları ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmektedir [21]. Palyatif bakıma alınan ileri evre kanser hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeyinin hastalarda ölüm isteği ile güçlü bir şekilde yakından ilişkili olduğu bulunmaktadır [22,23]. Diğer bir çalışmada ileri evre hastalığı olan bireylerde, umutsuzluğun, demoralizasyonun, kötü bir ruh halinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği klinik sonuçlarda gösterilmektedir [24,25]. Ayrıca umutsuzluğun, ileri evre kanser hastalarında mortaliteyi artırdığı öngörülmüş ve kanser hastalarında depresyon etkilerini ve diğer tıbbi risk faktörlerini kontrol ettikten sonra bile sağ kalım süresini kısalttığı bulunmaktadır [26,27]. Bu yüzden ileri evre akciğer kanseri hastalarının hastalık sürecinde yaşadıkları umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi oldukça önemli hale gelmektedir.

Literatürden de anlaşıldığı üzere, ileri evre akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları fiziksel semptomlarının ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi ve yönetiminde bu önemli nokta öne çıkmaktadır. Bu noktada ileri evre akciğer kanseri hastalarının tedavi boyunca semptomlarını kontrol ederek ve umut düzeylerini koruyarak yaşam kalitesinin artırılması odaklı palyatif bakım hizmetinin önemi ortaya çıkmaktadır. Palyatif bakım, akciğer kanseri gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların oluşturduğu ağrı ve dispne başta olmak üzere fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel gereksinimlerin belirlenerek hasta ve

ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasını hedefleyen insani bir bakım yaklaşımı olmaktadır [28,29,30]. Amerika Klinik Onkoloji Derneği (ASCO), ileri evre kanser hastalarının özellikle de semptom yükü fazla olan hastaların erken palyatif bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ve palyatif bakıma alınmasının gereğini savunmaktadır [31]. Ryan D.Nipp et al. (2016) metastatik akciğer kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmada, erken palyatif bakım alan ileri evre akciğer kanserli hastaların yaşam kalitelerinde ve psikososyal iyileşmelerin olduğu, hayatta kalma oranında artma olduğu tespit edilmektedir [32]. Bu nedenle ileri evre akciğer kanser hastalarının palyatif bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi oldukça önemli hale gelmektedir. Claire Lafitte et al. (2018) 309 ileri evre akciğer kanseri hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların %89' unun yaşadıkları problemler ile ilgili hastaneye acil bir şekilde başvuru ihtiyacı duyduğu, bu yatışın son 3 ayda daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu çalışmada ileri evre akciğer kanseri hastalarının palyatif bakım gereksinimlerinin erken belirlenmesinin önemine vurgu yapılmaktadır [33]. Ancak ileri evre akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları semptomlar yönetmek ve umutsuzluk düzeyini belirlemek her zaman kolay olmamaktadır. Andrew Wilcock et al. (2016) acile başvuran ileri evre akciğer kanseri hastaların palyatif bakım ihtiyaçlarının oldukça yüksek olduğunu ve bu ihtiyaçlarının yeterince karşılanmadığı tespit edilmektedir [34]. François Goldwasser et al. (2018) yılında hayatını kaybetmiş 64.950 metastatik akciğer kanseri hastası ile yaptıkları çalışmada, hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin bildirim zamanına göre sadece %26.3' ünün zamanında (ölümden 91 ile 31 gün önce) %31.5' inin geç olarak (ölümden 30 ile 8 gün önce), %12.8' inin ise çok geç olarak (ölümden 7 ile 0 gün önce) bildirildiği belirlenmektedir [35]. Bu yüzden ileri evre akciğer kanseri hastalarının yaşadıkları semptom yoğunluklarının, fonksiyonel durumlarını içeren palyatif bakım ihtiyaçlarının erken ve zamanında belirlenmesi oldukça önemli hale gelmektedir. Ayrıca özellikle ileri evre akciğer kanseri hastalarının hayatta kalmalarını yakından etkileyen umutsuzluk düzeylerinin tespit edilmesi gerekmektedir. Umutsuzluk düzeyleri belirlenmezse; hastalar gelecekle ilgili hedef ve planlarını kaybedip geleceğe yönelik belirsizlikle beraber daha çok umutsuzluk yaşadıkları belirlenilmektedir [4]. Bu bilgilerden yola çıkarak ileri evre akciğer kanseri hastalarının palyatif bakım gereksinimlerinin ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

2.1.1. Epidemiyolojisi

20. yüzyılın başlarında daha az görülürken 1950' lerden sonra görülme sıklığı belirgin derecede artmaktadır [41]. 1950' li ve 1960' lı yıllarda, tütün kullanımının akciğer kanseri oluşumundaki etkisinin anlaşılmasıyla, devlet tütün kullanımını sınırlayıcı önlemler almaktadır [42]. Akciğer Kanseri insidansı; kadınlarda 2000' li yıllarda, erkeklerde ise 1980' li yıllarda azalmaya başlamaktadır [43]. Cinsiyetler arasındaki bu farklılığa özellikle Avrupa ve Amerika' da kadınlar için tütün kullanımının bir güç sembolü olarak algılanmasının sebep olduğu düşünülmektedir [44].

Uluslararası Kanser Ajansı-The International Agency for Research on Cancer (IARC)' in yayınladığı GLOBACAN 2018 verilerine bakıldığında akciğer kanseri, erkeklerde en fazla görülen ve mortalitesi en yüksek olan kanserken, kadınlarda meme ve kolorektal kanserlerden sonra görülme sıklığı 3. sırada olan kanserdir. Kadınlardaki mortalitesi ise meme kanserinden sonra ikinci sıradadır [45].

Kanser görülme sıklığı ve kansere bağlı ölümler tüm dünyada artmaktadır. Kanser insidansı ve mortalitesindeki seyrin benzer şekilde olması halinde 2030 yılından itibaren yıllık 22 milyon yeni kanser hastası, 2008 yılı verilerine göre kanser hastalarında %75 artış olması beklenmektedir [46]. Akciğer kanseri kadın ve erkek cinsiyetler birlikte değerlendirildiğinde tüm kanser vakaları içinde en sık teşhis edilen (%11.6), kansere bağlı ölümlerin de ilk sırasında (%18.4) yer almaktadır [45].

Akciğer kanseri dünyada olduğu gibi ülkemizde de sık görülen ve ölüme neden olan kanserler arasında olmaktadır. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumunun 2019 yılı verilerinde görüldüğü üzere akciğer kanseri, erkeklerde insidansı en yüksek olan kanser olmaktadır. Kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal kanserinden sonra 4. sırada

görülmektedir. Ülkemizde akciğer, bronş, trakea kanseri erkeklerde tüm kanser vakalarının %70.6' sını, kadınlarda da %9,8' ini oluşturmaktadır. İnsidans hızı kadın ve erkeklerde 100.000' de 37.0 olarak belirlenmektedir [47].

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre 2016 ve 2017 yılındaki kansere bağlı ölümlerin %31' i akciğer kanseri sebebiyle olmaktadır [42]. 2014 yılı verilerine göre Türkiye' deki akciğer kanserlerinin %79.2' si KHDAK (Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri), %16.6' sı KHAK (Küçük Hücreli Akciğer Kanseri) ve %4.2' si diğer olarak sınıflandırılmıştır. KHDAK'nin %43.8' i adenokarsinom, %37.5' i sküamöz hücreli karsinom, %1.8' i büyük hücreli karsinom, %16.8' inin ise alt grup sınıflandırılması yapılamamıştır [47].

2018 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerinde belirtildiği üzere, Türkiye' de akciğer kanseri %36.9 görülme sıklığı ile 9. sırada yer almaktadır [45].

2.1.2. Akciğer Kanseri Etiyolojisi

20. yüzyılın ortalarından bu yana akciğer kanserinin epidemiyoloji, nedenleri oluşum modellerini belirlemek üzere bir çok çalışma yapılmaktadır. Aktif tütün kullanımı da dahil bir çok neden belirlenmiştir; çevresel tütün dumanına maruz kalma (pasif sigara içiciliği), pipo ve puro içiciliği, arsenik, krom, nikel ve asbest gibi etkenlere maruz kalma, radyasyona maruz kalma ve iç ve dış hava kirliliğine maruz kalma akciğer kanseri nedenlerinden sayılabilmektedir [48].

2.1.3. Akciğer Kanseri Risk Faktörleri

2.1.3.1. Sigara

Tüm dünyada akciğer kanserinin yaygın olarak görülmesindeki temel faktör olarak tütün kullanımı görülmektedir [48]. Sigara kullanımını 20. yüzyıla 100 milyon insanın ölümüne neden olduğu düşünülmektedir. Sigara içiciliği benzer şekilde devam ederse 21. yüzyılda 1 milyar insanın ölümüne sebep olacağı tahmin edilmektedir [49].

Gelişmiş ülkelerde tütün kullanım miktarı ile akciğer kanseri olma ve akciğer kanserine bağlı ölüm sayıları arasındaki ilişki doğru orantılı olarak değişim göstermektedir. Akciğer kanseri oluşumu, sigara içme miktarı, süresi ve derin inhalasyona göre değişim göstermektedir. Günlük içilen sigara miktarı 3 kat arttırılırsa akciğer kanseri riski 3 kat, sigara içme süresinin 3 kat arttırılması ise akciğer kanseri riskini 100 kat arttırdığı belirlenmiştir [50].

2.1.3.2. Mesleki ve Çevresel Maruziyet

Tütün dumanında bulunanlar gibi çevresel kanserojenlere maruz kalma, bronkoepitelyal hücrelerden habis fenotipe geçişi indüklemiştir veya kolaylaştırmıştır [51].

Asbest, kanserojen olarak tanımlanan maddelerden en yaygın olanıdır ve halen yalıtım malzemesi olarak kullanımı yaygın olmaktadır [52]. Tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %5-7' sinin asbest maruziyetine bağlı olduğu ve asbest ile tütün içiciliğinin akciğer kanserinin tetiklemek için sinerjistik etki gösterdiğine inanılmaktadır [53]. Asbest maruziyeti ile asbest ve sigara ilişkisini inceleyen uzun süreli bir çalışmada, sigara içmeyen kohortta akciğer kanseri riski tek başına asbeste maruz kalma ile artmaktadır; sigara içen kohortta hem sigara hem asbest varsa ilave bir artış görülmektedir [54].

Radon gazı ilk kez yeraltı uranyum madenlerinde çalışanlarda akciğer kanseri riskinin artması ile ortaya çıkmaktadır. Radonun kanserojen bir madde olarak bilinmesi, ortak bir iç mekan kirletici olarak ev içi radon gazına dikkati çekmektedir [55,56]. 13 Avrupa ülkesinde yapılan vaka-kontrol çalışmasının meta-analizinin sonucunda evde saptanan radon ile akciğer kanseri arasında doğrusal bir ilişki saptanmış olup, Avrupa' daki akciğer kanserine bağlı ölümlerin %2' sinin ve yine ABD' deki akciğer kanseri ölümlerinin %2-3' ünün radon maruziyetine bağlı olduğu tahmin edilmektedir [57,56].

2.1.3.3. Genetik Faktörler

Genetik faktörlerle ilgili çeşitli çalışmalarda akciğer kanserinde aile öyküsünün önemi vurgulanmaktadır. 32 çalışmayı içeren bir meta-analizde ailesinde akciğer kanseri öyküsü olanlarda akciğer kanser riski 2 kat artmış olarak bulunmaktadır [58,59].

Tütün kullanımının ve maruziyetinin her bireyde akciğer kanserine yol açmaması, karsinojenlere karşı savunma mekanizmalarında bireysel farklılıklar olduğu düşüncesini öne çıkartmaktadır. Buna göre sigara dumanında bulunan başlıca karsinojenlerden polisiklik hidrokarbonları metabolize eden 13p450 sitokrom sistemindeki ve glutatyon S transferans sistemindeki polimorfizm varlığı bireysel farklılıklara sebep olabilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar ailede akciğer kanseri öyküsünün güçlü bir risk faktörü olduğunu göstermekte ve genetik bir yatkınlık olabileceği öne sürülmektedir [60]. Ailede akciğer kanseri öyküsü olması ve bununla birlikte sigara kullanımının olmasının akciğer kanseri riskini 30 kat arttırdığına dair bulgular saptanmaktadır [61].

2.1.3.4. Cinsiyet ve Yaş

Akciğer kanseri hem erkek hem de kadınlar için büyük bir risk faktörü olmaktadır. Kadınlarda akciğer kanseri insidansı son yıllarda dünya genelinde artmaktadır ve önde gelen ölüm sebeplerinden biri olmaktadır. Akciğer kanseri gelişimindeki en önemli risk faktörü her iki cinsiyet için de tütün kullanımı olmaktadır. Akciğer kanserinde karsinojenlerin p53 ve K-RAS üzerine etkisi raporlanmaktadır. 705 vakanın alındığı bir çalışmada sigara içen kadınlarda sigara içmeyen kadınlar ve erkeklere göre p53 geninde daha sık mutasyon gözlemlenmektedir [62]. Kadınlarda hormonal etkilere bağlı 9 düşük DNA tamir kapasitesi ve yüksek DNA bozulma yatkınlığı nedeniyle akciğer kanseri riski erkeklere göre daha yüksek olmaktadır. Sigara içmeyen kadınlarda akciğer kanseri riski erkeklere oranla bu nedenle daha yüksek olmaktadır [63].

Akciğer kanseri insidansı ve mortalitesi 50 yaş ve altında azalırken, 70 yaş ve üzerinde tütün kullanım süresinin uzun olması sebebiyle akciğer kanseri insidans ve mortalitesinin arttığı düşünülmektedir [64].

2.1.3.5. Radyasyon

Radon topraktaki uranyum ve toronun doğal yolla bozulmasından meydana gelen radium elementinin kokusuz radyoaktif bir gazı olmaktadır [65]. Çevremizde her yerde bulunan doğal olarak reaktif fakat kimyasal olarak inert bir gaz olan radon toprak, taş, tuğla ve beton gibi inşaat malzemelerinden toksik bir gaz olarak çıkmaktadır ve meslek

ortamlarında, özellikle uranyum madenlerinde yüksek düzeyde radon maruziyeti meydana gelmektedir [66]. Radon her yıl akciğer kanserine bağlı 21.000 ölüme neden olarak akciğer kanseri risk faktörleri arasında 2. sırada yer almaktadır [65].

2.1.3.6. Beslenme

Epidemiyolojik veriler diyetle yetersiz vitamin A, vitamin C ve beta-karoten alımının akciğer kanseri riskini arttırdığını ortaya koymaktadır. Yüksek anti-oksidan içeren besin tüketimi ise akciğer kanserine karşı koruyucu role sahip olmaktadır. Bu etkinliğin tam olarak hangi mekanizmayla olduğu bilinmemekle birlikte anti-oksidan besinlerin DNA hasarını azaltarak etki gösterdiğine dair görüşler olduğu bildirilmektedir [67].

2.1.3.7. Alkol

Alkol tüketimi ve akciğer kanseri üzerine yapılan bir çalışmada 30 g/dL üzerinde alkol tüketenlerde hiç alkol tüketmeyenlere göre akciğer kanseri riskinin arttığı belirlenmiştir [68]. Ayrıca günde bir bardak veya daha fazla bira alımının hem erkeklerde hem de kadınlarda akciğer kanseri riskini arttırdığı gösterilmektedir [69].

2.1.3.8. Egzersiz ve Fiziksel Aktivite

Fiziksel olarak aktif bireylerin akciğer kanseri riskinin daha az olduğu; orta ve yüksek seviyelerde fiziksel aktivite ile akciğer kanseri riskinde %13 ile %30 azalma olabileceğine dair veriler sunulmaktadır [70].

2.1.3.9. Diğer Risk Faktörleri

Akciğer doku hasarı, skar ve fibrozis doku oluşumu, pnömokonyozlar, kronik obstruktif akciğer hastalıkları akciğer kanserinin diğer risk faktörlerinden olmaktadır. Skar ve fibrozis sonucu gelişen avaskülaritenin dokuda anoksiye ve metaplaziye neden olarak karsinogenezi hızlandırdığı görülmektedir. Ayrıca sarkoidozlu hastalarda akciğer kanserinin 3 kat sıklıkla gelişebileceği ve tüberküloz ile birlikte üst loblarda akciğer kanserinin de bulunabileceği belirlenmiştir [71].

2.1.4. Akciğer Kanserin Sınıflandırılması

Akciğer karsinomları Küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK) ve Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) olmak üzere iki ana grup olarak sınıflandırılmaktadır. KHDAK; adenokarsinomları, skuamöz hücreli karsinomları ve büyük hücreli karsinomları kapsar ve akciğer kanserlerinin %85' ini oluşturmaktadır [72].

2.1.4.1. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri

Akciğer kanseri hastalarının %85' lik kısmını oluşturan bu grupta en yüksek oranda görülen histolojik tip adenokarsinom olurken bunu sırasıyla skuamöz hücreli karsinom ve büyük hücreli karsinom takip etmektedir [72].

2.1.4.2. Adenokarsinom

Adenokarsinom, son yıllarda diğer histolojik tipleri geçerek en fazla görülen akciğer kanseri tipi olmaktadır. Kadınlarda sigara içmeyenlerde ve 45 yaş altındaki bireylerde en sık görülen akciğer kanseri tipi olmaktadır [72]. Adenokarsinom klasik olarak glandüler bir paternde görülen veya sitoplazmik mukus taşıyan bir kanser olarak tanımlanmaktadır [73].

2.1.4.3. Skuamöz Hücreli Karsinom

Tütün kullanımı ile yakın ilişkisi olan ve erkeklerde daha sık görülen akciğer kanseri tipidir [72]. Ana bronşlarda santral yerleşim gösterir ve lokal hiler lenf nodlarına yayılan skuamöz hücreli karsinom, diğer akciğer kanseri tipleri ile karşılaştırıldığında toraks dışına daha geç çıkmaktadır [72].

2.1.4.4. Büyük Hücreli Karsinom

Akciğer kanseri vakalarının %10' undan daha azını oluşturmaktadır [74]. Büyük hücreli karsinom tanısı konulurken küçük biyopsiler ve sitolojik örneklerle tanıya gidilmemesi, yalnızca rezeke edilen tümörlerde tanının konulması önerilmektedir [75].

2.1.4.5. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri

Sınırlı evre ya da yaygın evre olarak evrelendirilmektedir. Sınırlı evre hastalıkta sağ kalım ortalama 15-20 ay olup 5 yıllık sağ kalım oranı %10-15 civarında olmaktadır. Yaygın evre hastalıkta ise ortalama sağ kalım 8-13 ay 5 yıllık sağ kalım oranı ise %1-2 olmaktadır [76].

2.1.5. Akciğer Kanseri Tanısı

Çoğu hastada yüksek oranda güvenilirlikle (%95) akciğer kanseri klinik teşhisi yapılmaktadır [77]. Buna katkıda bulunan ana faktörler, akciğer kanserinin gelişiminde rol alan risk faktörleri (yaş, sigara kullanımı, aile öyküsü, KOAH varlığı), klinik prezantasyon ve lezyonun BT (Bilgisayarlı Tomografi)'deki radyolojik görüntüsü olmaktadır [53]. Akciğer kanseri şüphesi olan tüm bireylerde tanının doğrulanması için doku örnekleme gereklidir. Tümör dokusu, fiberoptik bronkoskopi sırasında bronşiyal veya transbronşiyal biyopsi gibi minimal invaziv teknikler, ince iğne aspirasyon biyopsisi veya görüntü klavuzluğu kullanılarak perkutan biyopsi veya EBUS (Endobronşiyal Ultrasonografi) klavuzluğunda biyopsi ile elde edilmektedir. Metastatik hastalık şüphesi olan bireylerde yumuşak doku kitlesinin perkutan biyopsisi, litik kemik lezyonu, plevral veya karaciğer lezyonu veya malign plevral efüzyondan elde edilen yeterli miktardaki hücre bloğu ile teşhis doğrulanmaktadır [74]. Kanser olasılığının %5-65 arasında olduğu durumlarda PET (Positron Emisyon Tomografisi) ile görüntüleme bir yönetim algoritması tanımlamakta yardımcı olmaktadır [78,79]. PET kesin olarak tanı konulmasını sağlamamaktadır, bu nedenle sadece bir biyopsi veya gözlemlerle devam etmeyi haklı gösterecek kadar akciğer kanseri olasılığını değiştirdiğinde yararlı olmaktadır. PET görüntülemesi akciğer kanseri varlığına işaret etse de patolojik doğrulama gerekmektedir. Tüberküloz, mantar enfeksiyonları, romatoid nodüller ve sarkoidoz gibi enflamatuar veya enfeksiyöz durumlarda PET sonuçları yanlış pozitiflik gösterebilmektedir [53].

2.1.6. Sekizinci TNM Evreleme Sistemi

TNM evreleme sistemi faydalı prognostik bilgi sağlamaktadır ve tüm KHDAK hastalıklarını evrelendirmek için kullanılmaktadır. Çeşitli T (tümör boyutu), N (bölgesel lenf nodu tutulumu varlığı-yokluğu) ve M (uzak organ tutulumu varlığı veya yokluğu) bulguları ile farklı evre grupları oluşturulması sağlanmaktadır [74].

Sekizinci TNM evreleme sisteminde tümör boyutu 5 cm' ye kadar olan tümörlerde, tümörün her bir cm' si için bir T tanımı yapılmış (T1a, T1b, T1c, T2a, T2b), 5 cm'den büyük ancak 7 cm ve altındaki tümörler T3, 7 cm' den büyük tümörler ise T4 olarak tanımlanmıştır. Ana bronş tutulumunun (karina tutulumu olmaksızın) karinadan uzaklığına bakılmaksızın ve kısmi veya total atelektazi veya hiler bölgeye uzanan, akciğerin belli bir bölgesini tutan obstrüktif pnömonitis T2 olarak sınıflandırılmıştır. Diyafragma invazyon ise T4 olarak sınıflandırılmaktadır [80].

N: Bölgesel Lenf Nodu Tutulumuna göre N0 Bölgesel lenf bezi metastazı yok, N1 İpsilateral peribronşiyal ve/veya ipsilateral hiler lenf bezlerine ve/veya intrapulmoner lenf bezlerine metastaz veya direkt invazyon, N2 İpsilateral mediastinal ve/veya subkarinal lenf bezlerine metastaz, N3 Kontralateral mediastinal, kontralateral hiler, ipsilateral veya kontralateral skalen veya supraklaviküler lenf bezlerine metastaz olarak sınıflandırılmaktadır [80].

M: Uzak Metastaz M0 Uzak metastaz yok M1a karşı akciğerde metastatik nodül-nodüller, plevral veya perikardiyal metastatik nodüller veya malign plevral veya perikardiyal efüzyon M1, M1b Tek bir ekstratorasik organda, tek metastaz, M1c bir veya birden çok organda multipl ekstratorasik metastaz olarak sınıflandırılmaktadır [80].

Tablo 1.1. Sekizinci TNM evre evreleme sistemi grupları

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

Tablo 1.1. [80] nolu referanstan uyarlanmıştır.

2.1.7. Akciğer Kanserinde Tedavi

Tedavinin ilk amacı kanserin tamamen ortadan kaldırılmasıdır. Ancak bu hedefe ulaşılması mümkün değil ise amaç hastalığın hafifletilmesi, semptomların düzeltilmesi, yaşam süresinin uzatılması ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik olmaktadır. Tedavideki güncel yaklaşım, çeşitli tedavi yöntemlerinin tek başına ya da birlikte uygulanması olarak sürmektedir. Kanser tedavisi cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapinin tek tek ya da birlikte kullanılmasından oluşmaktadır [81,82].

2.1.7.1. Cerrahi Tedavi

Kanserin lokalize olduğu hastalarda tam iyileşmeyi sağlayabilmektedir. Cerrahi; kanserde farklı amaçlarla kullanılmaktadır. Tanımlayıcı cerrahide, kanserin kesin tanısı için, kanserin cinsi ve yaygınlığına göre hastalığın bulunduğu bölgeden yalnızca biyopsi alınmakta ya da kanserli dokunun tamamı çıkarılmaktadır. Önleyici cerrahi ise kanser olmadığı halde kansere dönüşmesi muhtemel olan (pre-malign) lezyonların çıkarılması

amacıyla uygulanmaktadır. Küratif cerrahi, kanserli dokunun ve yayılma olasılığının yüksek olduğu komşu bölgelerin çıkarılması işlemidir. Palyatif cerrahi, ileri evre kanser olgularında hastalığın öncelikli sorun yarattığı bazı bulgularını düzeltmek ve yaşam süresini uzatmak amacıyla yapılmaktadır [83].

2.1.7.2. Radyoterapi

Çeşitli radyoaktif ışın ve atom partiküllerinin yaydıkları enerjiyi kanserin lokalize olduğu bölgeye odaklayarak hücre atomlarını iyonize etme, böylece DNA' yı, harap ederek kanser hücresinin bölünme sırasında ölümünü sağlama temeline dayanmaktadır [84].

Akciğer kanserinin cinsi belirlendikten sonra hastanın performansı, kilo kaybı, kardiyopulmoner rezervi gibi faktörler göz önünde bulundurularak hastalığın evrelemesine göre radyoterapi tedavisi şekillendirilmektedir. Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde evre1' den evre 3A' ya kadar cerrahi tedavi uygulanabilmektedir. Yapılan bazı çalışmalara göre preoperatif dönemde kemoterapi uygulaması cerrahi sonrası sağ kalım süresini uzatmaktadır. Cerrahi olarak rezeksiyonu mümkün olmayan kanserlerin tedavisinde ise radyoterapi ve kemoterapi uygulanmaktadır. Küçük hücreli akciğer kanserlerinde ise tedavinin temelini kemoterapi oluşturmaktadır [82,85].

2.1.7.3. Kemoterapi

İdeal bir kemoterapi protokolü yaşam süresini uzatmalı, düşük maliyetli olmalı ve yaşam kalitesini bozmaması gerekmektedir. Kemoterapi etkinliğini göstermede klasik olarak iki parametreye bakılmaktadır; yanıt oranı ve sağ kalım zamanı, tümörün kemoterapiye verdiği cevap ve tümörün çapındaki değişiklikler ile standardize edilmiştir ve buna "yanıt oranı" adı verilmektedir. Yanıt tam ya da kısmi olabilmektedir [85,86].

2.1.7.3.1. Akciğer Kanserinde Kemoterapi;

1. Erken evrede operasyon sonrası tekrarlama riskini azaltmak için (adjuvan),
2. Lokal ileri evrede cerrahi müdahaleye uygunluğu arttırmak için operasyon öncesi (neo-adjuvan) veya radyoterapi ile eş zamanlı,
3. İleri evrede palyatif amaçlı uygulanabilmektedir [86].

Kemoterapinin amacı, kanserli hücreleri tedavi etmek ve gelişmelerini yavaşlatmak, tümörlü hücrelerin vücuttaki diğer bölgelere metastaz yapmasını engellemek, hastalık bulgularını en aza indirmek, hastanın hayat kalitesini artırarak yaşam süresini uzatmaktadır [87]. Kemoterapi sistemik bir tedavidir. Bu nedenle kullanılan kemoterapötik ilaçlar yalnızca tümörlü hücreleri tahrip etmez, vücutta bulunan diğer hücreleri de etkilemektedir. Gastrointestinal sistem mukozası, kemik iliği, deri ve kıl folikül hücreleri hızlı çoğalan hücreler olması sebebiyle kemoterapi uygulamasından en çok etkilenen bölümlerden olmaktadır [88,89].

2.1.7.4. Biyoterapi

Biyolojik yanıtı etkileme özelliğine sahip biyolojik kaynaklı ajanlar kullanılarak yapılan tedavi şekli olarak tanımlanmaktadır. Biyoterapi immün sistemin yanıtını modifiye etmek için kullanılmaktadır. İmmün sistemin modülasyonu asıl amaç olmasına karşın, immünoterapi yerine biyoterapi tanımı kullanılmaktadır. Biyolojik terapi aynı zamanda, "biyolojik ajanlar", "biyolojikler", "biyolojik yanıt değiştirici terapi" olarak da adlandırılmaktadır [90,91].

2.1.7.4.1. Monoklonal Antikorlar

Monoklonal antikorlar, antijenin belirli bir bölgesine özel olarak bağlanabilen tek tip immünglobulin yapısı gösteren moleküllerdir. Farklı kanser hücreleri birbirlerinden ve normal hücrelerden yüzey antijenlerine göre ayırt edilmektedir. Monoklonal antikorların onkolojide kullanımının sebebi, tümör hücrelerinin yüzey antijenlerine karşı yanıt oluşturmaktır. Monoklonal antikorlar tümör hücrelerine spesifik hedef özgünlüğüne

sahip olmaları ve hedef olmayan bölgelere bağlanmayan moleküller olmaları nedeni ile onkolojide tercih edilmektedirler [92,93].

2.1.7.4.2. Tirozin Kinaz İnhibitörleri

Tirozin kinaz inhibitörleri protein fosforilasyonu yapan tirozin kinaz, protein kinaz ailesinde yer alan bir çeşit enzimdir. Tirozin kinaz, proteinlerde bulunan tirozin kalıntılarına ATP' den fosfat grubunu aktarmaktadır. Bu aktarma ile hücre içinde bir sinyal oluşur ve bu oluşan sinyaller apoptoz ve hücre çoğalması gibi olayları kontrol etmesiyle burada oluşan sinyal değişimleri kanser oluşumunda önemli rol oynamaktadır. Tirozin kinaz aktivitelerinin artışı kanser oluşumunu arttırdığının belirlenmesiyle, tirozin kinazların aktivitelerinin engellenmesinin kanserin tedavisinde kullanılabileceği görüşünü ortaya çıkarmaktadır. Etkinliği gösterilen ilk tirozin kinaz inhibitörü İmatinib mesilat (TKI)' dir [94].

2.1.7.5. Lokal İleri Evre (EvreIII) Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri ve Tedavisi

Sekizinci TNM evreleme sistemine göre metastaz olmamakla beraber; T4 tümörü olan ve N2 veya N3 lenf nodu metastazı olan hastalarla birlikte T3N1 hastalığı olan hastalar Evre III grubuna girmektedir [95]. Evre III KHDAK tedavisi için planlama yapılan tüm hastalar; tespit edilebilir ekstratorasik, ekstrakranial metastazı ekarte etmek ve potansiyel mediastinal lenf nodu tutulumunu değerlendirmek için, ideal olarak tedavinin başlamasından önceki 4 hafta içinde taramadan geçmesi gerekmektedir. Evre III hastalıkta beynin değerlendirilmesinde kontrastlı beyin MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) tercih edilen yöntem olmaktadır [96].

Rezektabl lokal ileri KHDAK'nin tedavisi tartışma konusu olmaktadır. Yeterli mediastinal evreleme prosedürlerine rağmen N2 hastalığı sadece intraoperatif olarak belgelenirse ameliyatı adjuvan kemoterapinin takip etmesi gerekmektedir. Eğer tek istasyon N2 hastalığı preoperatif patolojik nodal analizle gösterilebiliyorsa rezeksiyonun ardından adjuvan kemoterapi veya neoadjuvan kemoterapinin ardından cerrahi işlem uygulanması seçenekler arasında olmaktadır. Çok istasyonlu N2 veya N3' te kemoterapi mutlaka kullanılmaktadır [96].

Neoadjuvan kemoterapiden sonra dahi, multidisipliner bir ekibin değerlendirmesine dayanarak tam bir rezeksiyonun m¼mk¼n olamayacağı durumlar unrezektabl olarak ifade edilmektedir. Bu gruptaki hastalar i¼in eş zamanlı kemoradyoterapi tercih edilen tedavi niteliğinde olmaktadır. Bu tedavi 5 yıllık sağ kalım oranını arttırmaktadır. Evre III kemoradyoterapi stratejisinde, 2-4 eş zamanlı kemoterapi d¼ng¼s¼ sağlanması gerekmektedir ve 30 ila 33 g¼nl¼k fraksiyonlarda 60-66 gray verilmesi gerekmektedir [96].

2.1.7.6. İleri Evre (Evre IV/ Metastatik Hastalık) K¼¼k H¼cre Dışı Akciğer Kanseri ve Tedavisi

T¼m¼r boyutu ve lenf nodu tutulumuna bakılmaksızın, kontralateral lobda aynı t¼m¼r nod¼l¼ veya nod¼lleri, plevral veya perikardiyal nod¼ller, malign plevral veya perikardiyal ef¼zyon olması veya ekstratorasik metastaz varlığında hastalar evre IV olarak tanımlanmaktadır [80]. Hastaların yaklaşık %40' ı tanı sırasında ileri evre olarak başvurmaktadır [97].

Yayınlanan bir meta-analiz ¼alıřmasında kemoterapinin metastatik KHDAK' de sağ kalım s¼resini arttırdığını g¼stermektedir. Bug¼ne kadar platin bazlı rejimler metastatik KHDAK' li hastalarda kullanılan sitotoksik kemoterapi rejimlerinin temelini oluşturmaktadır ve platin, başka ¼eřit kemoterapi (paklitaksel, dosetaksel, pemetreksed, gemitabin veya vinorelbin) ile birleştirilerek birka¼ farklı rejimde kullanılabilmektedir [97]. Son zamanlarda imm¼n kontrol noktası inhibit¼rlerinin gelişimi; imm¼noterapinin akciğer kanserlerinin tedavisinde önemli bir rol¼ ¼stlenebileceęi kanıtlanmaktadır [98].

2.1.7.7. Metastaz

Akciğer kanserinde metastaz kan ve lenf olmak ¼zere iki yolla olmaktadır [99]. Lenf yoluyla metastaz; t¼m¼r h¼crelerinin lenf dolaşımına katılmasıyla olmaktadır [100]. Kan yoluyla metastaz; t¼m¼r h¼crelerinin kan akımına karışmasıyla ger¼ekleřmektedir. Az miktardaki t¼m¼r v¼cudun T lenfositler aracılığıyla bağışıklık sistemi sayesinde yıkılabilmektedir. Akciğer t¼m¼rleri doğrudan akciğer venlerine girerek dolaşıma katılmaktadır [100].

Akciğer karsinomlarının en sık tespit edildiği zamanlar, hastalığın ileri formu olan, metastatik evre IV aşaması olmaktadır. Rezeke edilen akciğer karsinomlarında histopatolojik değerlendirme dikkatli yapıldığında, düşük evreli tümörlerde bile sıklıkla vasküler invazyonlar görülmektedir ve hastanın sağ kalım oranına olumsuz etki etmektedir. Lenfatik yolla metastaz çoğunlukla uzak metastazı takip etmekte ve daha uzun zamana olmaktadır. Akciğer karsinomlarının; beyin, kemik doku ve böbreküstü bezleri gibi öncelikli metastaz yaptığı dokular bulunmaktadır, diğer organlar ise hastalığın geç evresinde tutulum göstermektedir [101]. Akciğer karsinomlarının metastaz dağılımına bakıldığında; %34.3 kemik, %28.4 beyin, %16.7 adrenal bez, %13.4 ise karaciğer gibi bölgelerden oluşmaktadır [102].

2.1.8. İleri Evre Akciğer Kanserinde Semptom Yönetimi ve Palyatif Bakım Gereksinimleri

2.1.8.1. Ağrı

Kanserde ağrı tümörün kendisi, cerrahi tedavi, kemoterapi ya da radyoterapi nedeniyle meydana gelebilmektedir. Ağrı, bireyi korkutan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir semptomdur. Ağrının yeri, şiddeti, ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler net olarak belirlenmesi gerekmektedir [103,104]. Kontrol altına alınmayan, giderilmeyen kanser ağrısı, hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir [105,106]. Ağrı, depresyon ve anksiyeteye yol açabilmektedir [105,107]. İleri evre akciğer kanseri hastalarında ağrı çoğunlukla artan metastaza bağlanmaktadır [106]. Bu hastaların %90' ında ağrı belirtilmektedir [108]. Akciğer kanserinin en fazla ağrıya sebep olan kanser türlerinden olduğu belirtilmektedir [109]. Ağrı fizyopatolojik ya da klinik olarak sınıflandırılmaktadır. Genel olarak fizyopatolojik sınıflandırmada nosiseptif ve nöropatik ağrı, klinik olarak ise akut ve kronik ağrı olarak isimlendirilmektedir [110].

2.1.8.1.1. Nosiseptif Ağrı

Nosiseptörler deri, kas, iç organlar ve konnektif dokularda bulunmaktadır. Nosiseptörlerin aktivasyonu, visseral ve somatik yapıların hasarı sonucu oluşan

nosiseptif ağrılar sıklıkla cerrahi operasyon ve kemik metastazlarından sonra görülen ağrılar olmaktadır. Somatik nosiseptif ağrılar keskin, zonklama şeklinde, baskılayıcı ve iyi lokalize olan ağrılar olmaktadır. Kemik, eklem ve kas gibi somatik yapıların hasarı sonucunda meydana gelmektedir [111,112].

Visseral nosiseptif ağrılar, iç organların hasarına, abdominal ve torasik organların kompresyonuna, infiltrasyonuna ve distansiyonuna bağlı olarak gelişmektedir. Barsak lümeni obstrüksiyonu gibi durumlarda kemirici ve kramp tarzında ağrı görülürken; plevra, miyokard ve organ kapsüllerinin hasarı sonucunda ise saplayıcı ve sızlayıcı şeklinde ağrı görülmektedir [111,112].

2.1.8.1.2. Nöropatik Ağrı

Nöropatik ağrı periferel ya da santral sinir sisteminin hasarı sonucunda oluşmaktadır. Kanser ağrılarının %40' ını oluşturmaktadır. Ağrının tipi yanıcı, zonklayıcı ve sızlayıcı tarzda olmaktadır. Hastalık veya tedaviye bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Nöropatik ağrı spinal stenoza, diyabetik nöropatiye ve bazı kemoterapötik ajanların (paklitaksel, vincristin vb.) yan etkisine, radyoterapi ve cerrahi operasyonda sinir hasarına bağlı olarak gelişebilmektedir [111,112]. Akciğer kanserinde nosiseptif ağrı ve nöropatik ağrının birbirine eşlik edebileceği gösterilmektedir. Göğüs duvarı ve parietal plevra tutulumu olmaması halinde dahi, yalnızca akciğer tümörü varlığına bağlı olarak visseral ağrı sendromu görülmektedir. Genellikle tek taraflı (%80), daha az sıklıkla ise her iki tarafta da ağrı görülmektedir. Tümörün hiler yerleşimli olduğu durumlarda sternum ya da scapulada ağrı gelişebilmekteyken, üst ve alt lob tümörlerinde ağrı omuzlara ve sırtta yansıyabilmektedir. Erken dönem akciğer kanserlerinde ise vagal afferent nöronların uyarılması ile ipsilateral alanda ağrı oluştuğu belirtilmektedir [113].

2.1.8.1.3. Akut Ağrı

Travma, cerrahi operasyon sonrası veya doku hasarı sonucu ortaya çıkan farmakolojik ajanlar ile kontrol altına alınabilen ve iyileşme süreci sonunda kaybolan ağrı olmaktadır. Akut ağrı hastalıkların ortaya çıkarılmasında üstlendiği rolle koruyucu bir uyarıcı olarak görülebilmektedir [114,115].

2.1.8.1.4. Kronik Ağrı

Üç aydan daha uzun süredir devam eden, fonksiyonel azalmaya neden olan ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, affektif, bilişsel ve motivasyonel bozulmaların da eşlik ettiği multimodal tedavi gerektiren bir maladaptif süreç veya bir hastalık olarak tanımlanmaktadır [114,115].

Ağrıda Farmakolojik Yaklaşımlar

Akciğer kanserinin ağrısının tedavisinde “saatinde ilaç” ve “basamak yöntemi” gibi iki temel kavram önemsenmektedir. Kullanılacak farmakolojik ajanın etki süresi dikkate alınarak, belirli aralıklarla uygulanması önemli olmaktadır. Basamak yöntemiyle farmakolojik ajanların etki gücüne göre adım adım tedaviye dahil edilmesini ifade etmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmektedir. Bu yöntemde ağrının şiddetine göre ilaçlar da farklılaşmaktadır, hafif ağrılarda non-opioidler (parasetamol, aspirin, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar) gerekirse adjuvan analjezikler kullanılmaktadır. İkinci basamakta ise non-opioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan hastalarda birinci basamak tedaviye ek olarak zayıf opioidler (kodein, tramadol) eklenmektedir. Üçüncü basamakta zayıf opioidlerle kontrol altına alınamayan, şiddetli ağrısı olan hastalarda güçlü opioidler (morfin, fentanil) kullanılmaktadır [111].

Non-opioid analjezikler; Parasetamol ve NSAID gibi ilaçların kullanılması hafif ve orta şiddetli ağrıların kontrolünün sağlanmasında etkili olmaktadır. Bu ilaçların dozlarının artırılması analjezik etkilerinin artmasını sağlamamaktadır. Bu ilaçların kullanılabilmesi için hastaların hepatorenal fonksiyonlarının yeterli olması gerekmektedir. Kemik iliği baskılanmış, kanamaya eğilimli ve mide ülseri olan hastalarda ilaç seçimine özen gösterilmesi gerekmektedir. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar hafif ve orta şiddetli ağrıları tedavi etmekte kullanılmaktadır [110].

Adjuvan analjezikler; analjezik ilaç olmamakla birlikte analjezik ilaçların etkilerinin artmasını sağlamaktadır. Analjezik ilaçlara karşı dirençli olan ağrıların kontrol edilmesinde, analjezik ilaçların dozlarının azalmasının sağlanmasında, analjezik

ilaçların istenmeyen etkilerin oluşumunu azaltmaya yönelik kullanılmaktadır. Adjuvan analjezikler; kemik ağrısı, nöropatik ağrı ve barsak obstrüksiyonu yönetimi gibi birçok ağrı tipinde ve hastalıkta çok amaçlı olarak kullanılabilir [110].

Nöropatik ağrılarda; GABA agonistler, antidepresanlar, lokal anestetikler, antikonvülsanlar, kalsitonin, NMDA reseptör blokerleri; iskelet kas sistemi ağrılarında kas gevşeticiler, benzodiazepinler; kemik ağrılarında kortikosteroidler, osteoklast inhibitörleri, radiofarmakosötikler kullanılmaktadır [116]. Akciğer kanseri hastalarında görülen ağrılardan nöropatik ağrı ve kemik ağrılarının giderilmesinde adjuvan analjezikler kullanılmaktadır. Kemik ağrısının yönetilmesinde bifosfanatların kullanımı etkili olmaktadır. Akciğer kanserinde spinal kord basısından kaynaklanan nöropatik ağrılarda klonazepam, gabapentin, trisiklik antidepresanlar, karbamazepin, baklofen ve sistemik lokal anestezipler kullanılmaktadır [117].

Opioidler; morfin, fentanil, levorfanol, hidromorfon, kodein, meperidine, metadon, tramadol gibi opioidler kansere bağlı ağrının tedavisinde sık olarak kullanılan ilaçlardan olmaktadır. Diğer analjeziklerden farklı olarak antipiretik ve antiinflamatuvar etki göstermemektedirler. Anksiyeteyi azaltarak hastanın rahatlamasını da sağlamaktadırlar [110]. Kodein ve tramadol gibi zayıf opioid etki gösteren ajanlar, zaman zaman kullanılan tek ajan olarak ağrının giderilmesini sağlayabilmektedir. Güçlü etki gösteren opioidlerden standart morfin preparatları, kanser ağrısının yönetilmesinde geniş yer bulmaktadır. Çoğunlukla oral yolla uygulanan bu ajanların intravenöz, subkutan, transdermal, transmukozal ve rektal yolla uygulanması da mümkün olmaktadır [110]. Düzenli analjezik tedavisi uygulanmalı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ün önerdiği analjezi merdiveni kullanılmalı, ağrının nedeni ve niteliği belirlenmeli, ilk olarak oral yolla alınan analjezikler tercih edilmelidir [118]. Analjezi merdiveni yaklaşımının ilk basamağında; parasetamol gibi nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar tek başına ya da başka analjeziklerle birlikte kullanılabilir. Ağrının kontrolü sağlanamazsa ikinci basamağa geçilmeli ve birinci basamak tedavisine ek olarak kodein gibi zayıf-orta etkili opioidler seçilmesi gerekmektedir [119]. Tedavi sırasında opioidlerin istenmeyen etkilerinin (konstipasyon, bulantı-kusma, kaşıntı, sedasyon, yorgunluk, solunum depresyonu) hastaların semptomlarına eklenebileceği göz ardı edilmemeli, hastalar

opioidlerin yan etkileri konusunda bilgilendirilmeli ve gözlemlenmesi gerekmektedir. En çok korkulan yan etki solunum depresyonudur ve opioid kullanımında çekinceye yol açmaktadır [118,120].

Ağrı kontrolünde farmakolojik yöntemler dışında nonfarmakolojik tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları da kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlar; refleksoloji, masaj, terapotik dokunma, müzik terapi gibi uygulamalardan oluşmaktadır. Refleksolojiye yönelik yapılan çalışma sonuçları, kanser ağrıları ve kemoterapinin yan etkilerinin hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde destekleyici bir yaklaşım olduğunu göstermektedir [121,122].

2.1.8.2. Yorgunluk

Dinlenme ile iyileşmeyen, kanser veya kanser tedavileri ile ilgili fiziksel, duygusal veya bilişsel yorgunluk/tükenme hissi yorgunluk olarak tanımlanmaktadır [123]. Anemi, depresyon ve uykusuzluk, yorgunluğa sebep olan faktörlerden olmaktadır. Yorgunluk bireyin fiziksel, psikolojik ve spiritüel iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yorgunluk için ilk çözüm sebep olan durumları saptamaktır [95].

Hastaların yatmadan önce sıvı alımının kısıtlanması, ortam aydınlatmasının azaltılması, gündüz uykusunun engellenmesi, düzenli yatma-kalkma saatlerinin belirlenmesi ve ılık duş alma gibi düzenlemeler önerilmektedir. Depresyon nedeniyle uykusuzluk ve buna bağlı yorgunluk gelişmişse; depresyona neden olan faktörlerin tanımlanması, duyguların ifade edilmesi, hastanın rahatlatılmaya çalışılması gerekmektedir. Aneminin de yorgunluğa sebep olacağı bilindiğinden B12 değerine bakılması, aneminin giderilmesini sağlayacak beslenme planı önerilmektedir. Hafif egzersizlerin de yorgunluğu azalttığı belirtilmektedir. Hastaların enerjik oldukları dönemlerde egzersiz yapmaları ve enerjilerinin düşük olduğu dönemlerde dinlenmeleri günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesini sağlamada önem arz etmektedir [95]. Kanser hastalarında egzersiz, kanserin tipi, evresi, hastanın yaşı göz önünde bulundurulmalı, düşük düzeyde başlanıp giderek artırılması gerekmektedir. Ateş, nötropeni gibi durumlarda egzersize ara verilmesi gerekmektedir [124].

2.1.8.3. Bulantı-Kusma

Bulantı-kusma çoğunlukla hastalığın kendisi, kemoterapi, opioid kullanımı sebebiyle gelişebilmektedir [120]. İleri evre kanser hastalarında bulantı görülme sıklığı %7-49 iken, kusma %11-78 aralığında görülmekte özellikle yaşam sonu dönemde görülen bulantı-kusma yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir [125]. Bulantı-kusma hastaların yeterli besin alımını kısıtlayarak kaşeksi, sıvı elektrolit dengesizliği, oral mukozanın bozulmasına da sebep olmaktadır [126].

Palyatif bakım servisinde izlenen hastalarda en sık görülen semptomları bulantı-kusma oluşturmaktadır. Her iki semptomda hastalara ciddi sıkıntı vermektedir. Bulantı bir duyudur, kusma ise mekanik bir olaydır. Bulantı; kusma refleksinin başlangıç fazı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca kusma zaman zaman toksik ajanlara karşı vücudun doğal koruyucu bir mekanizması şeklinde de ortaya çıkmaktadır. Kusma sonucunda dehidratasyon, elektrolit imbalansı ve diğer metabolik sorunlar oluşabilmektedir. Bu nedenle tedavi edilmesi önemli bir hale gelmektedir [127]. Farmakolojik tedavide antiemetikler, antihistaminikler, kortikosteroidler, prokinetik ajanlar, dopamin-serotonin antagonistleri, opioid kaynaklı bulantı-kusmada düşük doz haloperidol ya da metoklopramid verilmektedir [128].

Yeterli sıvı alımı sağlanmalı, bulantının olduğu dönemlerde sıvıların yavaş tüketilmesi, az ve sık beslenme, diyetle yüksek kalorili, proteinli ve sindirimi kolaylaştırıcı gıdalara yer verilmesi gerekmektedir [125]. Kanıta dayalı alternatif yöntemlerden de yararlanılmaktadır. Bulantının giderilmesinde zihin-beden terapisinden faydalanılabilmektedir. Bu terapilerden biri olan hipnoz, bulantı-kusmayı kontrol etmede kullanılan ilk psikolojik teknik olmaktadır [129].

2.1.8.4. İştahsızlık

Kansere yakalanmış bireylerde en sık ve en erken karşılaşılan problemlerden olmaktadır. Kansere yakalanmış bütün bireylerin %40-80' inin değişen oranlarda yaşadığı yetersiz beslenme alışkanlığı, aynı zamanda majör bir hasta olma durumu ve ölüm sebebi olmaktadır [130].

Hastanın az ve sık beslenmeye teşviki, et ve süt ürünleri gibi bol proteinli gıdaların tüketilmesinin sağlanması, öğün aralarında yüksek kalorili ve proteinli besinlerin tüketiminin önerilmesi, yemeklerde sıvı tüketiminin azaltılması ve gaz yapıcı yiyeceklerin tüketiminin kısıtlanması önerilmektedir [131].

2.1.8.5. Dispne

Dispne; hava açlığı, nefes alma çabasının artması, boğulma hissi, göğüste sıkışma hissi gibi farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Amerikan Toraks Derneği dispneyi; "farklı ağırlıkta, kalitatif olarak farklı duyular içeren solunum rahatsızlığı ile seyreden subjektif deneyim" olarak tanımlamaktadır [132]. Akciğer kanseri tanısı konulduğu anda hastaların yaklaşık %20-40' ında var olan dispne, en sık görülen ve en korkulan semptomlardan birisi olmaktadır ve hayatın son 6 haftası içinde görülme oranı %70' e ulaşmaktadır [133]. Dispnesi olan hastalarda solunum sayısında artma, oksijen saturasyonunda düşme, kan gazı analizinde anormallik gibi objektif kriterler her zaman saptanamamaktadır. Bu nedenle hastanın ifadesine göre değerlendirilmesi gerekmektedir. Kanserin tüm evrelerinde görülebilmekle birlikte genellikle yaşamın son döneminde dispne meydana gelmektedir. İleri evre kanser hastalarında ve yakınlarında stres yaratan belirtilerden olmaktadır ve kötü prognozla ilişkili olup beklenen yaşam süresini kısalttığı görülmektedir [134].

Farmakolojik tedavisinde; opioidler, sedatifler, kortikosteroidler ve bronkodilatörlerden yararlanılmaktadır. Dispne tedavisinde en etkili ajanlar olan opioidler, yüksek karbondioksit düzeylerine santral yanıtı azaltarak solunum çabasını ve hızını azaltır, limbik sistem üzerinden hastayı rahatlatarak dispneye karşı emosyonel cevabı önlemektedir [120].

Hastanın rahatlaması için gevşeme tekniklerinin kullanılması, hava sirkülasyonunun sağlanması, anksiyetenin azaltılması, pozisyon değişikliğinin yapılması ve postüral drenaj yapılarak farmakolojik tedavinin desteklenmesi gerekmektedir [120].

2.1.8.6. Konstipasyon

Dışkılamada zorlanma ya da manuel manevraların yapılmasını gerektirecek şekilde sert, topaklı dışkılama olarak tanımlanmaktadır [135,136]. Palyatif bakım hastalarında konstipasyon önemli bir sağlık sorunu olmaktadır [137,138]. Hastaların yaklaşık olarak %40' ını etkilemektedir [135,136]. Onkoloji hastalarında tam olarak insidansı bilinmemekle birlikte opioid kullanan hastalarda %50-95 aralığında görüldüğü bildirilmektedir. Son dönem kanser hastalarında prevalansı %60 ve bu oran opioid kullanımı ile %87' lere kadar yükselmektedir [139].

Hastanın bağırsak fonksiyonu değerlendirilmeli, gastrokolik refleksi uyarmak için yemeklerden 30-60 dakika sonra tuvalete gidilmesi sağlanmalı, tuvalet ihtiyacı için yeterli zaman sağlanmalı ve ağrı giderilmesi gerekmektedir. Hastanın ıkınmaktan kaçınması sağlanmalı, lifli gıdalarla beslenme desteklenmeli, yeterli sıvı alımı sağlanmalı (1500-2000 ml), erik suyu, ılık limon suyu gibi uyarıcılardan yararlanılmalı ve günlük egzersiz yapılması sağlanması gerekmektedir [125].

2.1.8.7. Öksürük

Akciğer kanserinde en sık görülen belirti öksürük olmakla birlikte, kanserin bronşlara yayılmasıyla artmaktadır ve balgamlı veya balgamsız olabilmektedir. Özellikle sigara kullanan hastalarda öksürük varlığında akciğer grafisinin çektilmesi önem oluşturmaktadır [140]. Öksürük genellikle göz ardı edilmekte ve hastaların yemek yeme ve uyuma gibi temel gereksinimlerine de engel olabilmektedir [141]. Cerrahi tedavi ile tümörün çıkarılması ile öksürük engellenebilmektedir. Kemoterapide de gemsitabin ilacı verilerek, radyoterapide ise kanserli bölgenin ışınlaması ile öksürük azaltılabilmektedir [142].

Hastanın rahat nefes alıp verebileceği bir pozisyonda olması gerekmektedir. Ortamın sık havalandırılması gerekmektedir. Bol sıvı alımının sekresyonları temizlemede etkili bir yardımcı olduğu açıklanması gerekmektedir. Dispne sırasında semifowler pozisyonuna geçilmesi ve oksijen nebül tedavisi verilmesi etkili olabilmektedir. Hastalara solunum ve öksürük egzersizleri öğretilmesi etkili olmaktadır [143].

2.1.8.8. Depresyon

Depresyon; keder-elem yönünde artmış duygu durumu, ruhsal çöküntü hali olarak tanımlanmaktadır. Kronik ve ilerleyici hastalık bağımlılığı, çaresizliği arttırabilmektedir ve kişinin daha olumsuz, eleştiren bakış açısı geliştirmesine neden olabilmektedir. Hastalarda bilişsel çarpıtmalar kolayca gelişebilmekte ve olayları negatif ve felaketçi olarak yorumlamaya yol açabilmektedir. Bakıma katılmakta motivasyonu düşürebilmekte ve geri çekilmeye sebep olabilmektedir. Hastalar kendilerini değersiz, ailelerine ve arkadaşlarına yük olarak görebilmektedirler. Depresyon normal değildir ve mutlaka tedavi edilmesi gerekmektedir. Depresif sendrom, depresif uyum bozukluğundan distimi, organik afektif bozukluk, majör depresyona, intihara kadar geniş bir spektrumu kapsamaktadır [144,145].

Depresyon yönetiminde ağrı, ilaç yan etkilerinin kontrolü, aile, arkadaş ve eş desteği, stres yönetim teknikleri ve danışmanlık üstlenilmesi gereken sorumluluklardan olmaktadır. Bir meta-analiz çalışmasında, depresif kişilere uygulanan masaj terapisinin belirtileri önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir [146].

2.1.8.9. Anksiyete

Hastaların çoğu geleceğin belirsizliği, ölüme ilişkin korkular ve geride kalanların yaşayacağı zorluklar sebebi ile anksiyete yaşamaktadırlar. Hastalığın beraberinde getirdiği dispne, ağrı gibi fiziksel semptomlar da bu durumu desteklemekte ve ağırlaştırmaktadır [120]. Anksiyete giderici farmakolojik ajanlara ek olarak nonfarmakolojik tekniklerin kullanımında etkili olduğu ileri sürülmektedir. Refleksoloji uygulamasının fiziksel gerginliği azaltarak gevşeme sağladığı, stresi azalttığı, parasempatik cevabı aktive ettiği, enerji akışını ve dengeyi sağladığı belirtilmektedir. Refleksoloji uygulamasının dopamin seviyesini arttırarak anksiyete ve stres seviyelerini azalttığı düşünülmektedir [147,148].

Literatürde yer alan kalp yetmezliği ve akciğer kanseri sebebi ile terminal döneme girmiş hastalarla yürütülen çalışmada, manevi olarak hayal kırıklığı, korku, incinme, güvensizlik ve umutsuzluk yaşadıklarını, hayatın değersiz olduğunu düşündüklerini,

izolasyon, iletişim problemleri ve kontrol kaybı hissi yaşadıkları belirtilmektedir [149]. İleri evre meme, akciğer, kolorektal, prostat ve over kanseri tanısı almış hastaların en sık metastaz korkusu (%26), gelecek belirsizliği (%18), kişiler arası ilişkilerde problemler (%18), fiziksel acı çekme korkusu (%15), kendi bedeni üzerindeki kontrolün yitirilmesi hissi (%11) gibi emosyonel sıkıntılar yaşadığı belirtilmektedir [150]. İngiltere’ de miks ilerlemiş tedavi edilemeyen kanser hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların %39-40 oranında psikolojik veya emosyonel alanlarda karşılanmamış ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır [151]. Çeşitli kanser tipine sahip hastalarla yapılan bir çalışmada psikolojik alanda karşılanmamış ihtiyaçlarının yüksek olduğu ve hastaların %33’ ünün daha önce yaptıkları aktiviteleri yapamama, %27.9’ unun yakınlarının üzüntüsü hakkındaki endişeler, %21’ inin gelecek hakkında belirsizlik, %19.4’ ünün tedavi sonucunu kontrol altına alamamak ile ilgili üzüntü, %18.8’ inin kanserin yayılması korkusu, %17.3’ ünün zamanının boşa gittiğini hissetme, %15’ inin anksiyete yönetiminde yardıma ihtiyacı olduğu saptandığı görülmektedir [152].

2006 yılına kadar yapılmış çalışmaların derlemesinin yapıldığı bir çalışmada; kanserin palyatif aşamasında hastaların karşılanmamış fiziksel ihtiyaçları %7-89, günlük yaşam aktiviteleri gereksinimleri %1-52, ekonomik gereksinimleri %13-60, psikolojik ihtiyaçları %16-41, psikososyal ihtiyaçları %7-44, iletişim ihtiyaçları %34-36, bilgi gereksinimleri %39, spiritüel gereksinimleri %14-33 oranında bulunduğu görülmektedir [153]. Rainbird ve arkadaşlarının 2009 yılında yayınlanan çalışmasında, ilerlemiş çeşitli kanser tipine sahip hastaların üçte birinden fazlasında tıbbi bilgi ve iletişim bakımından yüksek karşılanmamış gereksinimleri olduğu bildirilmektedir [154]. Kim Bernaert ve arkadaşlarının 2016 yılında ileri evre akciğer kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmada, hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal, varoluşsal kaygılar, bilgi ve iletişim, bakımın koordinasyonu ve sürekliliği şeklinde bakım ihtiyaçlarının olduğu gösterilmektedir [155]. Hannah Ball ve arkadaşları 2016 yılında yaptıkları çalışmada ileri evre akciğer kanseri hastalarının psikolojik bakım ihtiyaçlarının hastalıkla ilgili belirsizlik, umut, umutsuzluk, damgalanma, suçlu hissetme, aile ve bakım verici kaygısı, hastalığın getirdiği fiziksel sıkıntılar, tanının yarattığı trajedi deneyimi, sebebi belli olmayan sıkıntı, finansal, yasal sıkıntılar, ölüm ve ölüm sürecinde yaşanan zorluklarla ilgili sorunlar olduğu belirtilmektedir [156].

Hastalığın ileri evresinde olma, kötü prognoz, dürtü kontrolsüzlüğüne sebep olan hafif deliryum tablosu, kontrol edilememiş ağrı, majör depresyon, kontrol kaybı, duygusal sıkıntı, fiziksel işlev kaybı, önceden var olan psikiyatrik bozukluk, fiziksel ve duygusal tükenmişlik, ailede ve kişide intihar girişimi öyküsü, toplumdan uzaklaşma intihar riskini arttırmaktadır. İlerlemiş kanser hastalarının psikolojik gereksinimleri ve psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi, bütüncül yaklaşımla müdahalede bulunulması gerekmektedir [157]. Çeşitli kanser tipine sahip hastalarla yapılan bir çalışmada psikolojik alanda karşılanmamış ihtiyaçlarının yüksek olduğu ve hastaların %33' ünün daha önce yaptıkları aktiviteleri yapamama, %27.9' unun yakınlarının üzüntüsü hakkındaki endişeler, %21.4' ünün gelecek hakkında belirsizlik, %19.4' ünün tedavi sonucunu kontrol altına alamamak ile ilgili üzüntü, %18.8' inin kanserin yayılması korkusu, %17.3' ünün zamanının boşa gittiğini hissetme, %15.3' ünün anksiyete yönetiminde yardıma ihtiyacı olduğu saptandığı görülmektedir [158].

2.2. Palyatif Bakım

2.2.1. Palyatif Bakım Tanımı

Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı: "Hastalar ve onların yakınlarına acı veren ve hayat kalitesini etkileyen tüm durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi" şeklinde tanımlamaktadır [159]. Türk Dil Kurumu palyatif kelimesinin anlamını "tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren" şeklinde ifade etmektedir [160].

Dünya Sağlık Örgütü' nün 2002 tanımına göre ise Palyatif Bakım: "Yaşamı tehdit eden hastalıklardan kaynaklanan problemlerle karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal sorunların erken tespit edilerek, etkili değerlendirmeler yapılarak önlenmesi veya giderilmesi yoluyla arttıran bir yaklaşım" olarak ifade edilmektedir [161]. 2014' te bu tanıma "Palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur" görüşü eklenmiştir [162]. 2019 yılında tüm sağlık hizmetleri ortamlarında ve tüm seviyelerde uygulanabilecek temel palyatif bakım kavramı eklenerek tanım güncellemesi yapılmıştır [163].

Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılında ise “Yetişkin ve pediatrik hastaların hayatını tehdit eden hastalıkların varlığında, hasta ve ailesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak acı çekmelerinin önlenmesi ve azaltılması" tanımını da palyatif bakım tanımına dahil etmiş bulunmaktadır [164].

DSÖ' nün palyatif bakım tanımı, Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) tarafından açık ve anlaşılır hale getirilerek en son halini almaktadır [165]:

1. Palyatif bakım hem yaşamı tehdit eden hastalıklar hem de kronik hastalıklar için bir ihtiyaç olmaktadır.

2. Palyatif bakım sunmak için tanı ve prognoza yönelik değil, ihtiyaçlara yönelik yaklaşım belirlenmesi önemsenmektedir,

3. Bakımın her düzeyinde palyatif bakıma ihtiyaç olmaktadır. Palyatif bakım üç farklı düzeyde sunulmaktadır. Bunlar:

* Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitimi olan tüm sağlık profesyonellerince palyatif bakım sunulabilmektedir.

* Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaları tedavi eden bütün birinci basamak profesyonelleri tarafından temel palyatif bakım bilgileri ile yapılan bakımı ifade etmektedir.

* Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan palyatif bakım ifade edilmektedir.

4. Palyatif bakım belirli bir yerdeki bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Hastanın evinde, hastanede, bir bakım kuruluşunda ya da bir ayaktan tedavi ünitesinde sunulabilmektedir [165].

2015 yılında yayınlanan Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge' de "Palyatif bakım yataklı sağlık tesisleri dışında aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür" ifadesi yer almaktadır [166].

13 Ekim "Dünya Palyatif Bakım Günü" hastaların yaşam kalitesini arttırılmasına yönelik farkındalık oluşturmak ve bu alanda yapılan hizmetlerin desteklenmesi amacıyla belirlenmiştir [167].

2.2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

İlk palyatif bakım hizmetinin temelini hospisler oluşturmaktadır. 1842 yılında Fransa' da kurulan ilk palyatif bakım merkezi palyatif bakımdan çok hospis anlamında hizmetler vermiştir [168]. 1967 yılında İngiltere' de ilk modern hospisi (St. Christopher's Hospis), sosyal hizmet uzmanı ve aynı zamanda hemşire olan Cicely Saunders kurmuştur. Takiben kurulan hospis sayısı hızla artış göstermiştir [169]. Cicely Saunders ölmek üzere olan hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin nasıl karşılanacağı ile ilgili eksikliği belirlemiş ve yanıt vermiştir. Böylece Cicely Saunders bütüncül hasta bakımı anlayışına katkı sağlayarak palyatif bakımın temellerinin atılmasını sağlamıştır [169].

Palyatif bakım kavramı 1970' lere kadar hospis ile özdeşleşmiştir. Palyatif Bakım terimi 1975 yılında Balfour Mount tarafından kullanılmıştır [170]. Modern anlamda ilk palyatif bakım ünitesi 1975 yılında Kanada Montreal' de Royal Victoria Hastanesi' nde açılmıştır [168]. 1983 yılından itibaren özellikle Almanya'da palyatif bakım ile ilgili hızlı gelişmeler yaşanmış ve merkezlerin sayısı artmaya başlamıştır [171]. 1985 yılında Amerika Birleşik Devletler' inde, Wayne State Üniversitesi bünyesinde hastane tabanlı ilk palyatif bakım ünitesi açılmıştır. 1990' lı yıllarda ise Japonya, Avustralya, Yeni Zelanda' da kurulan modern kuruluşlarla palyatif bakım anlayışı dünya genelinde yayılmıştır [169,168].

Palyatif bakımın temellerinin Roma döneminde atıldığı, Roma' ya gelen hacılar için St. Fabiola tarafından kurulan sağlık destek merkezinde başladığı belirtilmektedir [172]. 1970' li yıllara kadar palyatif bakım, hospis kavramı ile özdeşleşmiş olup günümüzdeki

tanımlamaların kullanılması Kanada' da 1975 ve Almanya' da 1983 yılında palyatif bakıma yönelik merkezlerin hizmet vermeye başlamasıyla birlikte ortaya çıkmaktadır [173,174].

Amerika Birleşik Devletleri'nde günümüzdeki tanımlamalara benzer ilk palyatif bakım merkezi 1985 yılında Wayne State Üniversitesi'nde 1985 yılında açıldığı görülmektedir. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde palyatif bakım kavramı 1990' lardan itibaren, kanserli hastaların bakımına yönelik hizmet verilen yerler olarak algılanmaktadır [175].

Almanya' da palyatif bakım hizmetleri Köln Üniversitesi cerrahi bölümüne bağlı 1983 yılında kurulan bir palyatif bakım ünitesi ile başlamaktadır. 1991-1996 yılları arasında Almanya Sağlık Bakanlığının palyatif bakıma yönelik model çalışma başlatması ile palyatif bakım ünitesi sayısında kısa sürede artış olduğu görülmektedir [176].

Amerika, Kanada, Avustralya ve İngiltere gibi ülkelerde palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir. Palyatif Tıp Amerikan Uzmanlık Derneği tarafından 2006' da yan dal uzmanlığı olarak tanımlanmaktadır [177]. Kanada' da 1993 yılından itibaren palyatif bakım tıp öğrencisi müfredatı uygulanmaktadır. İngiltere' de St. Christopher Grubu uzun bir hospis bakım eğitimi geçmişine ve 1992' den itibaren tanımlanmış bir palyatif bakım müfredatı ile çalışıldığı görülmektedir [177]. Günümüzde Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere ve İspanya (Katalan bölgesi) gönüllülerden oluşan yardım ekipleri, evde bakım hizmetleri, hastane servis destek ekipleri gibi çeşitli palyatif bakım hizmetlerinin verildiği ve palyatif bakım hizmetlerinin oldukça gelişmiş bir şekilde sunulduğu ülkeler olarak gösterilmektedir [178].

2003 yılında Dünya Palyatif Bakım Birliği, tüm palyatif bakım temelli organizasyonları kapsayarak kurulmuştur. Amacı, palyatif bakım hizmetine ihtiyaç duyan tüm bireylerin kaliteli ve etkin palyatif bakım hizmetine ulaşmasını sağlamaktır. Birliğin 2012 yılında yayınladığı rapora göre tüm dünya ülkelerinin %58' inde palyatif bakım merkezi bulunurken, hospis uygulamaları olmayan 98 ülke olduğu belirtilmektedir [179]. Birlik, ülkeleri palyatif bakım gelişmişlik düzeyi bakımından 4 grupta sınıflamaktadır [180].

Grup 1. Hospis ve Palyatif Bakım Aktivitesi Bilinmeyen Ülkeler: Kore, Çad, Afganistan, Gine, Komor, Libya, Özbekistan başta olmak üzere 75 ülke (ülkelerin %32' si) bu grupta yer almaktadır. Hospis ve palyatif bakım hizmeti bulunmamaktadır. Ayrıca ülke vatandaşlarının tümünü kapsayan tanımlanmış palyatif bakım politikaları da bulunmamaktadır [180].

Grup 2. Hospis ve Palyatif Bakım Hizmetleri Yapılanmakta Olan Ülkeler: Azerbaycan, Bolivya, Haiti, Cezayir, Karadağ ve Vatikan' ında yer aldığı, 23 ülkenin (%10) bulunduğu gruptur. Bu ülkelerde hizmet verilen palyatif bakım merkezi bulunmamaktadır. Ancak palyatif bakım servisi oluşturma çalışmaları devam etmektedir [180].

Grup 3. Ülke Genelinde Olmayıp Yalnızca Lokalize Hospis ve Palyatif Bakım Hizmeti Yapılanması Olan Ülkeler:

Grup 3A Ülkeler: Bahreyn, Angola, Bangladeş, Bulgaristan, İran, Brezilya, Lübnan, Kuveyt, Mozambik, Paraguay ve Sudan'ında yer aldığı 74 ülke (%31.6) bu grupta yer almaktadır. Sınırlı sayıdaki lokalize kliniklerde, düşük kapasiteyle palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Sağlık sistemine entegre olmayan palyatif bakım hizmetlerinin daha çok kişisel bağışlarla finanse edilen bu ülkelerde morfin ulaşılabilirliği de sınırlı olmaktadır [180].

Grup 3B Ülkeler: Türkiye ile birlikte Arjantin, Arnavutluk, Hırvatistan ve Kıbrıs'ında yer aldığı 17 ülke (%7.3) bu grupta bulunmaktadır. Bu ülkelerde Palyatif bakım hizmetleri lokalize yayılım göstermektedir. Genel sağlık sistemi ile entegrasyonu bulunmamaktadır. Kişisel ve kurumsal bağışlar, özel sigortalar, genel sağlık sistemi, yerel devlet kaynakları, farklı bakanlıklar ve bunlardan bağımsız finans sistemleri belirlemektedir. Palyatif bakım hastaları ihtiyaçları halinde morfine rahat olarak ulaşabilmektedir [180].

Grup 4. Sağlık Sistemi ile Entegre Olmuş Hospis ve Palyatif Bakım Servisleri Olan Ülkeler:

Grup 4A Ülkeler: Toplan 25 (%10.7) ülkenin yer aldığı; Çin, Danimarka, Finlandiya, İsrail, Sırbistan, Lüksemburg, Şili ve Macaristan'ında dahil olduğu bu grupta palyatif bakım hizmetleri yaygın ve kolay ulaşılır olmaktadır. Palyatif bakım servisleri çeşitlilik göstermektedir ve toplumda palyatif bakım bilinci yüksektir. Morfin ve diğer güçlü analjeziklere ulaşım kolay olmakla birlikte, palyatif bakım politikaları ve ulusal palyatif bakım dernekleri bulunmaktadır [180,181].

Grup 4B Ülkeler: Almanya, Amerika Birleşik Devletleri, Avusturya, Avustralya, Fransa, Belçika, İngiltere, Hong Kong, İrlanda, İtalya, İzlanda, Japonya, Norveç, Kanada ve Polonya olmak üzere 20 ülke (%8.6) yer almaktadır. Ülke genelinde yaygın, kapsamlı hizmet veren palyatif bakım merkezleri bulunmaktadır. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları ve ulusal palyatif bakım dernekleri bulunmaktadır. Palyatif bakım eğitim sistemleri de üniversitelerde akademik iş birliği ile sürdürülmektedir [180,181].

Son yıllarda palyatif bakım hizmetlerinde nicelik ile birlikte nitelik ve kalite standardizasyonuna ilişkin çalışmaların da hız kazandığı görülmektedir. Avrupa konseyinin 2019 kararlarında; “Hasta açısından bakımın bütün yönlerini değerlendiren iyi palyatif bakım göstergelerinin tanımlanıp benimsenmesi teşvik edilmelidir” önermesi yer almaktadır [182].

2.2.3. Palyatif Bakımın Amacı ve Hedefi

Palyatif Bakımın amacı; hasta ve yakınlarını semptom yönetimi, yas durumu, maddi ve psikososyal yönden destekleyip bilgilendirerek yaşam kalitesini arttırmak ve kaygılarını gidermek olarak belirtilmektedir [183].

Palyatif bakım merkezinde amaç, başta ağrı olmak üzere semptomların azaltılması veya ortadan kaldırılması olmaktadır. Bununla birlikte beslenme desteğinin sağlanması, psikososyal destek sunmak, hastaya rahat bir ortamın sağlanması ve bakımının

sağlanmasından oluşmaktadır. Palyatif bakımın bir diğer amacı ise hasta ve bakım verenin hastalık ve bakım konusunda eğitimleriyle yaşam kalitelerini ve yaşamsal fonksiyonlarının iyileştirilmesi olup multidisipliner bir ekip ile hizmet sunumu yapılması gerekmektedir ve burada temel hedef hastaların, hastaya bakım verenlerin ve ailenin yaşam kalitelerinin artırılması gerekmektedir [184,185].

2.2.4. Palyatif Bakımın Felsefesi

Palyatif bakımın felsefi unsurları şu şekilde sıralanmaktadır [164].

- * Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalığı olan bireylere destek ve bakım sağlamayı hedeflemektedir,
- * Palyatif bakım, ölümün normal hayat döngüsünün bir evresi olduğunu vurgulamaktadır,
- * Yaşam sonunda hastanın ve ailesinin ölüme hazırlık aşamasını doğal bir olay olarak kabul etmesine yardımcı olmaktadır,
- * Palyatif bakımda multidisipliner bir ekip ve bütüncül yaklaşımla hasta ve ailelerinin ihtiyaçlarının karşılanması ve yaşam kalitesinin artırılmasını hedeflemektedir,
- * Palyatif bakımda yaşamının sonuna gelen hastanın ve ailesinin insan onuruna uygun bir şekilde bu süreci tamamlaması hedeflenmektedir [164].

2.2.5. Palyatif Bakımda Hedef Hasta Grupları

Palyatif bakım hastalarının tanılanması; sürecin en temel noktalarından birini oluşturmaktadır. Bireyin yaşadığı fiziksel, duyuşsal, sosyal, psikolojik, ruhsal yönleri bütüncül bir değerlendirme ile teşhiş edilmesi gerekmektedir. Hastaların ve yakınlarının özel ihtiyaç ve tercihlerinin saptanması gerekmektedir. Bu aşamada hastanın yanı sıra hastanın bulunduğu ev ve aile ortamı da birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Bazı hastalar yaşadıkları zorlukları kendilerine sorulmadan dile getirmemektedir. Bu sebeple periyodik değerlendirmeler, spesiyal ölçeklerle hayata

geçirilerek belirtiler ve şiddetlerinin tanımlanması sağlanması gerekmektedir. Bulunan semptomların ekip üyelerine de bildirilmesi gerekmektedir. Palyatif bakımın kapsamı göz önüne alındığında, klinik incelemelerde, kliniklere özgü protokollerin izlenmesi gerekmektedir [186].

Palyatif bakımda kanserin yanı sıra Alzheimer ve diğer demans hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diabetes mellitus, HIV/AIDS, böbrek yetmezliği, çoklu skleroz, parkinson hastalığı, romatoid artrit, ilaca dirençli tüberküloz hastaları da palyatif bakım ünitelerinden hizmet alabilmektedir (<https://www.thewhpc.org>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2017).

Palyatif bakım ekibi tarafından küratif tedavisi olmayan, yatağa bağımlı, emosyonel ve fiziksel semptomları kontrol etmede sıkıntı yaşayan hastalar değerlendirilmektedir. Kişinin veya yakınlarının yaşam kalitesine fayda sağlayacağı düşünülen hastaların yatışı sağlanmaktadır [187]. Yatış kriterleri şu şekilde olmaktadır;

1. Medikal tedaviye rağmen Visual Analog Scale (VAS) >5 olan, ağrı nedeniyle uyku düzeni bozulmuş, ağrısı istirahat halinde de devam eden ve yan etkilerinden dolayı medikal tedavi uygulanamayan hastalar,
2. Oral alımı bozuk, Nutritional Risk Screening 2002 beslenme skoru>3 olan, son 6 ay içinde %10 üzerinde kilo kaybı olan, oral alamadığından dolayı enteral veya parenteral beslenme desteği ihtiyacı olan malnütrisyonlu hastalar,
3. Tedaviye dirençli ya da enfekte, Norton/Braden'e göre EvreIII-IV bası yarası olan hastalar,
4. Etiyolojisi multiple veya belirsiz deliryum tanısı almış hastalar,
5. Geriatrik Sendromlar: ihmal ve istismar, düşme, inkontinans vb. olan hastalar,
6. Evre IV kalp yetmezliği olan ve tedaviye dirençli hastalar,

7. Karnofsky performans skoru <70, tedaviye rağmen klinik ve laboratuvarında kötüleşme olan ve semptomları ilerleyen (dispne, kontrol edilemeyen ağrı, hemoptizi vb.), son 3 ayda ikiden fazla pnömoni geçiren, hiperkalsemi, vertebra metastazı gibi onkolojik acilleri olan, yaşam beklentisi altı aydan kısa yüksek komorbiditesi olan, cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi tedavilerine karşın ilerleyici hastalığı olan onkoloji hastaları,

8. Tedaviye dirençli, son dönem kronik akciğer hastaları,

9. Günlük yaşam aktivitelerinin en az üçünü yardımla yapabilen ve FAST (Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease) sınıflandırması evre 7 ve üzeri olan hastalar, klinik tablosunda akut değişiklik gelişen demans hastaları,

10. Kronik nörolojik hastalık tanılı (inme, parkinson, multiple skleroz, amiyotrofik lateral skleroz, hipoksik iskemik ensefalopati vb.) klinik tablosunda akut değişiklik gelişen (ateş, malnütrisyon, pnömoni, üriner enfeksiyon, öz bakımda azalma, bası yarası vb.) hastalar,

11. Son dönem tükenme sendromuna giren HIV hastalarından oluşmaktadır [187].

2.2.6. Palyatif Bakım Ekibi

Multidisipliner ekip, çeşitli disiplin ve rollerdeki sağlık profesyonellerinden oluşan, hasta için en iyi bakımı verme hedefine yönelik olarak bir araya gelen grup olarak tanımlanmaktadır. Sağlık bakımının birçok alanında multidisipliner ekip anlayışı uygulanmakla birlikte palyatif bakım hastalarının fiziksel, sosyal, psikolojik ve aileleriyle ilişkili birçok alanda bakım gereksinimi duymaları multidisipliner ekip yaklaşımını gerekli kılmaktadır [188,189].

Palyatif bakım hizmeti hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, manevi bakım uzmanı ve gönüllülerden oluşan multidisipliner ekip tarafından sağlanmaktadır. Palyatif bakım ünitelerinde yatarak tedavi gerektiren akut semptomların varlığında, gerekirse konsültasyon yöntemiyle ilgili uzman görüşleri alınarak, semptomların kontrolü amaçlanmaktadır. Böylece hastanın mümkün olduğunca hızlı ve

etkin bir şekilde sosyal yaşamına dönmesi hedeflenmektedir [190]. Etkin bir palyatif bakım hizmeti sunumu için ekip üyelerinin hepsinin gerekli eğitimi almış olması önem taşımaktadır [190].



Şekil 1.1. Palyatif bakım ekip üyeleri [191]

2.2.7. Palyatif Bakımda Hemşirelik Bakımı

Palyatif bakıma ihtiyacı olan hasta ve ailelerinin gereksinimlerinin karşılanması, semptomların hafifletilmesi, bakımın planlanması ve sağlanması için disiplinlerarası bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır [192]. Palyatif bakım hizmeti sunumunun en önemli üyelerinden biri olan hemşireler, hasta ve diğer sağlık ekibi üyeleri arasında bağlantı görevi görmektedirler. Bu sebeple hemşireler çeşitli ortamlarda (yatarak, ayakta, uzun süreli bakım ve evde bakım) hastalar için palyatif bakımı sunmak için iyi bir konumda bulunmaktadır [192,193,194].

Hemşireler kaygı ve korku yaratan durumların hastalarca ifade edilmesinin kolaylaştırılmasında ve hastaların ihtiyaçlarının belirlenmesinde, hastaya sunulan tedavi ve bakım seçeneklerinin aydınlatılmasında, değerlerinin ve tercihlerinin araştırılmasında

ve ileri bakımın planlanmasında önemli bir rol almaktadırlar [194]. Bunun yanında palyatif bakım hemşirelerin başta ağrı olmak üzere diğer semptomların kontrolünü sağlama ve yönetme, hastanın içinde bulunduğu ortamda kontrol kaybını azaltma, fiziksel bakım ve duygusal destek sağlama, hasta ve ailesine sağlık bakım hizmetler sunma, eğitim verme ve diğer disiplinlerle iş birliği yapma gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır [193,195].

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), temel palyatif bakım yaklaşımında hemşirenin rolünü; acıyı hafifletme, hastanın sosyal, fiziksel, psikolojik, kültürel ve spiritüel ihtiyaçlarını belirleme, ağrıyı etkin bir şekilde yönetme, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltme olarak bildirmektedir [196]. Bu doğrultuda tüm hemşirelerin güvenli, şevkatli, yetkin, etik ve kanıt temelli bilgi ile palyatif/yaşam sonu bakım sunmaktan sorumlu oldukları vurgulanmaktadır [197]. Diğer yandan palyatif bakım hemşirelerinin rolleri de bakım verici, danışman, bakım koordinatörü, eğitici, ve palyatif bakım ile ilgili araştırmalarda yürütücü olarak belirtilmektedir [198].

Palyatif bakım hemşireliğinin temel amacı, hastanın hastalığı boyunca ve ölüm sürecinde acılarını dindirmek, ölümden sonraki yas sürecinde aileye destek sağlayarak hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmaktır [199]. Palyatif bakım hemşireleri, bütüncül bakım doğrultusunda hasta ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal bütün alanlarını sorgulamalı, gereksinim ve tercihlerini belirlemeli ve bunları diğer ekip üyeleri ile tartışması gerekmektedir [200]. Ayrıca palyatif bakım hemşireleri bakım verme, bakımı koordine etme, eğitim ve danışmanlık hizmeti sağlamanın yanı sıra, palyatif bakım alanındaki gelişmeleri takip etme, hemşirelik bakım standartlarını ve yeterliliklerini tanımlama, uygulama ve palyatif bakım ile ilgili araştırmalarda yürütücü rolünü de ortaya koyması gerekmektedir [189,200].

Özetle palyatif bakım hemşirelerinin rol ve sorumlulukları doğrultusunda palyatif bakım hemşireliğinin kapsamına bakıldığında şu şekilde olmaktadır;

- * Ağrı ve diğer semptomların yönetimi,
- * Kayıp ve yas süreci bakımı,

- * Hasta ve aile eğitimi ve danışmanlık hizmetleri,
- * Hasta ve ailesinin psikososyal, kültürel ve spiritüel bakımı,
- * Etkili iletişim teknikleri,
- * İnterdisipliner ve multidisipliner iş birliği uygulamaları,
- * Hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirleme,
- * Hastanın bağımlılık düzeyi ve istekleri dikkate alınarak bakımı planlama ve organize etme gibi rol ve sorumlulukları olmaktadır [193,195,200,201].

2.2.8. Palyatif Bakım Uygulamasında Engeller

"Global Atlas of Palliative Care" (2014) raporuna göre palyatif bakıma ilişkin engellerin temelinde; ülke politikası, eğitim yetersizliği ve uygulama yetersizliği olduğu ve bunlara ek olarak sosyokültürel, fiziksel ve ekonomik engeller olduğu belirtilmektedir [202,203].

Hastalık tedavi ve kontrolünde, erken palyatif bakımın fayda sağladığı belirli çalışmalarda ortaya konmuş olsa da birçok hasta hayatlarını tehdit eden hastalıkları süresince palyatif bakımdan ya faydalanamamakta ya da hastalıklarının son evresinde faydalanabilmektedirler. Palyatif bakıma ulaşmada yaşanan engeller aşağıda sıralanmaktadır [204].

- * Başvurulacak kaynak eksikliğinin olması,
- * Kaynaklardan haberdar olunmaması,
- * Palyatif bakımın ne olduğu konusunda bilgi eksikliğinin olması,
- * Palyatif bakıma başvurmak için gönüllü olunmaması.

2.2.9. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri

Türkiye' de uzun süreli palyatif bakım hizmeti verebilecek ve hospis kavramına uygun olabilecek ilk kuruluş olan Türk Onkoloji Vakfı 1993-1997 yıllarında palyatif bakım hizmet sunumunu yapmış ve İstanbul' da Kanser Bakımevi ismi ile palyatif bakım hizmetini sunmuştur. Burada hizmet sunumu yapılan hastalara sosyal güvenlik sistemi tarafından ödeme yapılmaması, bağış kaynaklarının yetersiz olması, hasta ve ailesi tarafından hospis kavramının anlaşılammış olmasının bu kuruluşun kapanmasına neden olduğu bilinmektedir. Ülkemizde ikinci hospis girişimi, 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından tarihi bir Ankara evinin 12 odalı hospise dönüştürülmesi şeklinde olmuştur. Bu konuda yasal düzenlemelerin olmaması, bu merkezin "Hacettepe Umut Evi" adı altında kanserli hastaların tedavi ve tedavi sonrasında birkaç hafta gibi kısa süreli konaklamalarının sağlanmasından öteye gidemediği görülmektedir [205].

Sağlık Bakanlığı 2010 yılında palyatif bakımı medikal bir disiplin olarak Palya-Türk projesi ile kabul etmiş ve palyatif bakımın ilk adımı "Evde Sağlık Hizmeti" olarak başlatılmıştır. Şu anda ülkemizde palyatif bakım hizmetleri, "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" kapsamında yürütülmektedir [206]. Hemşirelerin etkin bakım verebilmeleri ve nitelikli hemşire yetiştirilebilmesi için "Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı" Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmış olup, palyatif bakım hizmetleri bu sertifikaya sahip hemşireler tarafından yürütülmektedir. Hemşireler, hemşirelik yetkisi almış ebeler, sağlık memurları ve hemşirelik mezuniyeti sonrasında eğitim almış hemşireler sertifika eğitim programına katılabilmektedirler. Programın içeriği semptom yönetimi, birey ve ailesi ile iletişim, yaşam sonu bakım ve etik konularını içermektedir. Eğitim 35 saatlik teorik ve 80 saatlik uygulamalı derslerden oluşmaktadır [207]. Bu hizmetlerin evde bakım sağlık ekipleri ve aile hekimleri tarafından yürütülerek palyatif bakım ihtiyacının hastanelere gerek kalmadan sunulmasının sağlanması amaçlanmaktadır [208]. Palyatif bakım merkezlerinin hastanelerde açılması için yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemizde hastane temelli palyatif bakım merkezine yönelik ilk olarak kanserle mücadele kapsamında 2010 yılında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde 2

yatak ile başlatılmıştır. Onkolog, fizik tedavi uzmanı, psikolog, hemşire, din görevlisi ve sosyal görevlilerin bulunduğu 10 kişiden oluşan bir ekip ile hizmet sunumu sağlanmıştır [209].

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı ve Middle East Cancer Consortium (MECC) ile birlikte 2011 yılında palyatif bakım ile ilgili çalışmalara başlanmıştır. 2011 yılında toplam 11 palyatif bakım ve destek tedavi merkezi bulunduğu ve bu merkezlerin gerçek anlamda palyatif bakım merkezi standartların da olmadığı belirtilmiştir. 72 adet ağrı tedavi merkezi olduğu, çoğunun kapsamlı ve multidisipliner palyatif bakım tedavisi vermediği görülmüştür. 2012 yılında Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde palyatif bakım merkezi kurulmuştur [210]. 2014 yılında palyatif bakıma dair yönerge yürürlüğe girmiştir ve hizmetler geri ödeme kapsamına alınmıştır [210]. 25 Nisan 2013' te ülkemizin ihtiyacını karşılayacak uygun palyatif bakım sistemini kurmak ve bu hizmeti evde sağlık hizmetleri ile koordineli bir şekilde sunmak amacıyla İzmir' de "Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştayı" düzenlenmiştir [211].

Palyatif bakım hizmetlerinin yapılandırılması ve etkili hizmet sunumunun sağlanabilmesi amacıyla "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 2015 yılında yürürlüğe girmiştir ve 2014 yılındaki yönerge yürürlükten kaldırılmıştır. Yönergenin amacı, "Yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, hasta ve yakınlarına tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmaktır" [212]. 09.08.2015 tarihli ve 29440 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan yönetmelik ile 01.09.2015 tarihinden geçerli olmak üzere özellik arz eden birimler arasına alınmıştır. İhtiyaçlar doğrultusunda yeni palyatif bakım merkezleri kurulmaya devam etmiştir. 2018 yılı verilerine göre 80 ilde 3971 yatak ile 307 sağlık tesisinde palyatif bakım hizmeti verildiği belirtilmektedir [213]. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü 2019 verilerine göre Palyatif Bakım Hizmeti 81 ilde toplam 5372 yatak sayısı ile 400 sağlık tesisi tarafından verilmektedir [214].

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında; multidisipliner çekirdek bir grup oluşturulması, mezuniyet sonrası sertifikasyonlu eğitim modeli geliştirilmesi, mezuniyet öncesi eğitim müfredatına palyatif bakım konusunun entegre edilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi hedeflenmektedir [215].

Eğitim ve bakım prensiplerinin standardizasyonu, palyatif bakım ekibinin organizasyonu, hasta ve çalışan haklarının düzenlenmesi, opioidlere ulaşımın kolaylaştırılması, hasta ve hasta yakını eğitimi, hospis dışında bakım yerlerinin oluşturulması konularında çalışmalar sürmektedir [210].

2.2.10. İleri Evre Akciğer Kanserli Hastaların Palyatif Bakım Gereksinimleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' ünün tanımına göre palyatif bakım, kapsamlı bir değerlendirme ve tedavi ile hastaların fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaçlarının karşılanması şeklinde ifade edilmektedir [216]. Semptomların önlenmesi, giderilmesi ve hastanın rahatlatılması hedeflenmektedir. Semptomların giderilmesinde çoğunlukla fiziksel semptomlara yönelik girişimlerde bulunmaktadır ancak hastanın yaşadığı sıkıntılar psikososyal ve manevi kaynaklı da olabilmektedir [149].

Terminal dönem kanser hastalarında, hastaların yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen profesyonel bakım öncelikli olmaktadır [217,218]. Bakımda hedef, maksimum semptom kontrolü, hastaların fiziksel ve emosyonel acı çekmelerini en aza indirmek ve tüm hastalara saygın ve huzurlu olarak ölme fırsatı vermektir [218,219]. Hastaların fiziksel, bilgi, iletişim, psikolojik, cinsel, sosyal, finansal ve spiritüel ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımın hasta ailesini de içermesi gerekmektedir [218,219,220].

2.2.10.1. Fiziksel Gereksinimler

Palyatif bakım hastaları, gerek altta yatan hastalığa bağlı olarak gerekse yapılan tedavi ve girişimlere bağlı olarak birçok fiziksel ve psikososyal semptomla maruz kalmaktadır [221]. İleri evre akciğer kanseri hastalarının palyatif bakım gereksinimlerinin belirlenmesinin başında hastaların yaşadığı semptomlar ve oluşturdukları semptom

yükleri olmuştur. Palyatif bakım hastalarında en sık görülen semptomlar; ağrı, dispne, bulantı-kusma, konstipasyon, diyare, halsizlik-yorgunluk, iştah kaybı, kaygı, depresyon, deliryum, ağız kuruluğu, erken tokluk hissi, uyku problemleri, tat almada değişiklik/bozulma ve kilo kaybı gibi sorunlar yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlardan olmuştur [221,222].

Kanser ve diğer kronik hastalıklar (AIDS, KOAH, kalp hastalığı, böbrek hastalığı) nedeniyle son dönem hastaların semptomlarını belirlemek amacıyla yapılan bir derlemede ağrı, depresyon, anksiyete, konfüzyon, yorgunluk, nefes darlığı, uykusuzluk, bulantı, konstipasyon, diyare ve iştahsızlık olmak üzere 11 semptom belirlenmiştir. Bu kronik hastalıklarda semptomların homojen dağılım gösterdiği, %34-96 oranında ağrı ve %32-90 oranında yorgunluğun en yaygın iki semptom olarak görüldüğü belirtilmektedir. Ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı tüm hastaların yarısından fazlasında görülmektedir [223]. Yorgunluğu (%94.15) ve güçsüzlüğü (%93.91) içeren enerji kaybı, ağrıyı (83.84) içeren kompleks ağrı, iştahsızlığı (%87.12), konstipasyonu (%64.17), yutma güçlüğünü (%50.59), ağız kuruluğunu (%48.48), tat almada değişimi (%31.62) içeren oral alımda bozulma, abdominal dolgunluğu (%56.91), solunum sıkıntısını (%50.59), bulantı-kusmayı (%43.79) içeren solunum ve sindirimde bozulma, uykusuzluğu (%52.93), baş dönmesini (34.66), sıkıntı-sıcak basmasını (%21.08), gece terlemesini (%18.5) içeren otonomik disfonksiyon olarak 5 semptom kümesi saptanmıştır [224].

Semptomlar ortaya çıktığında, semptomlara katkıda bulunan faktörlerin yanı sıra semptomların etkisi ve düzeyi için de kapsamlı bir değerlendirme gereği ortaya çıkmıştır. Semptom deneyimleri zaman içinde değişim gösterdiğinden sürekli değerlendirme önem kazanmıştır [222]. Bu bağlamda palyatif bakımda semptomların çok boyutlu doğası, semptom yönetiminde hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir [222]. Semptom yönetimini sağlamak, hasta ve ailelerinin büyük bir stres kaynağından kurtarılmasını sağlamaktadır [225].

2.2.10.2. Psikososyal Gereksinimler

Palyatif bakımda psikososyal gereksinimler yaşamı sınırlayıcı bir hastalıktan etkilenen bireylerin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması oldukça önemli olmaktadır [226]. Yaşam sonu dönemde psikolojik stres sıklıkla karşılaşılan bir olgu olmaktadır. Depresyon, umutsuzluk, anksiyete gibi ortak belirtiler özellikle terminal dönemde ortaya çıkan sorunlar olarak ifade edilmektedir. Bazı araştırma sonuçlarına göre psikolojik sıkıntılar ve varoluşa yönelik kaygılar palyatif bakım hastalarında fiziksel semptomların önüne geçmektedir [227].

2.3. Umut Tanımı ve Tarihçesi

Umut kavramının kuramsal geçmişi 13. yüzyıla kadar dayanmaktadır [228]. Sağlık alanında kullanımının ise 1950-1960' lı yıllardan başladığı, günümüzde de çalışma konusu olmaya devam ettiği görülmektedir [229,230]. Din bilimcisi Aquinas, daha sonraki yıllarda Hume ve Kant gibi düşünürler umudu; insan doğasında var olan temel bir duygu olarak tanımlamaktadır [231].

Türk Dil Kurumu umudu, ummaktan doğan duygu, gerçekleşmesi beklenen veya gerçekleşeceği düşünülen şey olarak tanımlamaktadır [232]. Tarhan ve Bacanlı tarafından yapılan bir çalışmada umudun yüzyıllardır mitolojiden dine, felsefeden edebiyata, tıptan psikolojiye ve günlük yaşama kadar birçok alanda çalışma konusu olduğu ve ne olduğu nasıl yaşandığı, insanlık için iyiliği ve kötülüğünün tartışıldığı belirtilmektedir [233]. Snyder ve Crowson ise hedefi elde etmek veya hedefi elde etmede kendinde güç bulmak ve hedefi elde edebilmek için yollar bulabilme becerisi olarak tanımlamakta, iyimserliği de içine alan daha kapsamlı bir yapı olarak değerlendirmektedirler [234,235].

Umut kavramı ile ilgili birçok tanım yapılmış olup; umudun duygu, beklenti, istek ve yaşamın içgüdüsel bir ögesi olduğu, bireyleri incinmekten koruyarak potansiyellerini kolaylaştırdığı, genelleştirilmiş ve özelleştirilmiş olarak iki kategoriye ayrıldığı ayrıca kişisel olarak anlamlı bir geleceğin gerçekleştirilmesine yönelme olarak tanımlandığı bildirilmektedir [235]. Umudun insan doğasında var olan yalnızlık, sıkıntı ve acı çekme

gibi zor ve stresli durumlarla başa çıkmayı sağlayan değerli bir kaynak olduğu düşünülmektedir. Umut, kişiyi motive ederek gerektiğinde birçok şeye ulaşmasına imkan sağlayan bir güç olarak da tanımlanabilmektedir [236].

Umut, bireylerin hedefleri kavramsallaştırma, hedeflere ulaşmak için stratejiler geliştirme ve stratejileri kullanma motivasyonunu sürdürme kabiliyeti hakkındaki algılarını yansıtmaktadır [237]. İnsan hayatının temel gereksinimlerinden biri olan umut, bireyin geleceğe uyumu için ona güç veren, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve hayatında anlam bulmasını sağlayan, dinamik bir güç olup, ileriye yönelik pozitif beklentilerini ifade eden ve bireyin doğasında bulunan değerli bir kaynak olarak ifade edilmektedir [238,234]. Umutlu insan, her gün sayfasını kopardığı takviminin inceldiğini korku ve hüznle gizleyen bir insan değil, her gün takviminin bir yaprağını koparıp bunların arkalarına birkaç günlük notu aldıktan sonra düzenli bir biçimde dosyalayıp saklayan insana benzemektedir [239].

2.3.1. Umutsuzluk Tanım

1986' da hemşire tanısı olarak onaylanan ve NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) tarafından tanımlanan umutsuzluk; bireyin kısıtlı ya da hiç olanak sağlayamadığı veya bireysel alternatifler bulamadığı ve kendi yararına enerji harcayamadığı durum olarak ifade edilmektedir [240,241].

Umutsuzluk gelecekte olumlu olayların olmayacağı, olumsuz olayların olacağına dair beklentileri içeren bir kavram olarak ifade edilebilmektedir [242]. Beck ve arkadaşlarının 1974 yılında yaptıkları bir çalışmaya göre umutsuzluk, bireyin kendisi ve geleceğine dair olumsuz beklentilerinin olması olarak belirtilmektedir [243].

NANDA' nın umutsuzluk hakkında belirttiği en spesifik kriterler pasiflik, etkililiğin azalması, konuşmanın azalması ve umutsuzluk içeren sözel ifadelerin söylenmesi olmaktadır. Umutsuzlukta görülen diğer belirtiler ise çaresizlik, işlerini sürdürmede zorluk çekme, mutlu olamama, eyleme geçememe, kararsızlık, değersizlik ve suçluluk hissetme olmaktadır [241].

Hemşirenin umutsuzluk içindeki bireylere sorunları ile baş edebilmesi için profesyonel yardım sağlaması gerekmektedir. Hemşirenin bu yaklaşımı, umutsuzluk içindeki bireyin sorun çözebilmesine, isteklerinin gelişmesine ve karar vermesinin kolaylaşmasına yardım etmektedir. Hemşirenin umudu arttırıcı stratejiler (başkalarıyla bağlantı, kişisel yaklaşımlar, bilişsel stratejiler, elde edilebilir hedefler, anlar harekete geçirmek ve değerinin doğrulanması) uygulayarak umudun dinamik ve interaktif yapısını desteklemesi gerekmektedir [244].

Kanser hastalarının umut düzeylerinin belirlenmesi ve umudu destekleyen hemşirelik bakımının geliştirilmesi son derece önemli bulunmaktadır. Bakımın her aşamasında olduğu gibi tedavi sırasında da umudun kanser hastalarına güç verdiği, psikolojik destek sağlayıp onları motive ettiği, tedavinin yan etkilerini azalttığı, hastalık sürecine ve tedaviye uyumlarını arttırarak daha kaliteli bir bakım süreci sağladığı bildirilmektedir [245].

Kronik hastalığa sahip olan birey veya aile, aile içi pozisyonunun ve bağımsızlığının, kendilerine olan güven ve saygının kaybedilmesi ve ümitsizlik gibi duygularla büyük duygusal ve bireysel kayıp yaşamaktadır. Umutsuz birey kendi yaşamında otonomi sahibidir ancak problemlerinin hiçbir çözümünün olmadığını sanmaktadır. Bu sebeple, süregelen hastalığı olan bir hasta bozulmuş dengesini tekrar kurabilmek, sağlığıyla ilgili problemlerini çözümlenebilmek için sağlıklı bir bireyden çok daha fazla destek görmeye, anlaşılma, anlamlı açıklamalara ve kabullenilmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Umutsuzluk içerisindeki hastalar ile ilişkilerin pozitif olması ve bu hastalara yardım etmek için hastaların kişisel özelliklerinin, iç kaynaklarını ele alınması ve bunlara uygun girişimlerin yapılması gerekmektedir [246].

2.3.2. Kanser ve Umutsuzluk Düzeyi Arasında İlişki

Umutsuzluk bireyin sorunlarını çözmek ya da isteklerini yerine getirebilmek için kişisel herhangi bir seçeneğinin olmadığı ya da hedeflerine ulaşabilmek için enerjisini açığa çıkaramadığı duygusal bir durum olarak tanımlanmaktadır [244]. Kanser hastaları, tanı, tedavi ve palyasyon dönemlerinde belirsizliklerle birlikte yoğun duygusal, ruhsal ve davranışsal problemler yaşayabilmektedirler [247]. Bu problemler nedeni ile kanser

hastası bireyler umutsuzluk yaşayabilmektedirler [248]. Umut, kanser hastalarının pozitif yaşam enerjilerine katkıda bulunmakta, hastalık ve kayıp süresini iyileştirmekte, çaresizlik, belirsizlik ve karamsarlık gibi duyguları önlemekte ve bireylerin hastalık süreciyle daha iyi baş etmelerine, uyumlarına ve iyilik hallerinin sürdürülmesine olanak sağlamaktadır [249]. Yapılan çalışmalarda umut düzeyi yüksek olan hastaların prognozlarının daha iyi olduğu ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir [250,251].

Bakım sürecinde olduğu gibi tedavi aşamasında da umudun kanser hastalarına güç verdiği, motivasyonlarının yükselmesini sağladığı, tedavinin yan etkilerini azalttığı, hastalık sürecine ve tedaviye uyumu arttırarak daha kaliteli bir bakım süreci sağladığı bildirilmektedir [245]. Literatüre göre kanser hastalarının hastalıklarına ve tedaviye uyum göstermelerinde umudun rolünün önemli olduğu belirlenmiş ve umut düzeyi yüksek olan kanser hastalarının daha uzun yaşama eğilimi gösterdikleri ve hastalısız geçen sürenin daha uzun olduğu belirtilmektedir [239]. Yapılan bir başka çalışmaya göre 65 yaş üzeri kanser hastalarının 65 yaşın altındaki kanser hastalarından daha az ümitli oldukları görülmektedir [252].

Umut düzeyi yüksek olan bireylerin hayatla ilgili hedeflerinin olduğu, bu hedeflere ulaşmak için daha fazla kararlılık ve motivasyon gösterdikleri ve daha fazla stratejiye sahip oldukları belirtilmektedir [253]. Ayrıca bu bireylerin daha az olumsuz duygulanım ve daha az kendine zarar verici bilişsel özellikler taşıdığı saptanmıştır [254]. Liu ve arkadaşları umut düzeyi düşük olan kanser hastalarında depresyonun daha sık görüldüğünü ve bu hastaların yaşam sürelerinin daha kısa olduğunu saptamıştır [255]. Diğer bir çalışmada ileri evre hastalığı olan bireylerde, umutsuzluğun, motivasyon düşüklüğünün ve kötü ruh halinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği klinik sonuçlarla gösterilmiştir [256,257]. Ayrıca umutsuzluğun ileri evre kanser hastalarında mortaliteyi arttırdığı öngörülmüş ve depresyon ve diğer risk faktörleri kontrol edilmiş olsa bile yaşam süresini kısalttığı tespit edilmiştir [258,259].

Literatürde yapılan araştırmada akciğer metastatik kanserli hastalarda depresyon ve umutsuzluğun birbirini tetiklediği görülmektedir [260]. Kanser hastalarında umudun

psikolojik huzursuzluğu azaltarak ağrı kontrolü sağlamayı kolaylaştırdığı belirtilmektedir [261]. Literatürde akciğer kanseri ve umutsuzluk düzeyi arasındaki çalışmalar kısıtlı olduğundan ileri evre akciğer kanser hastalarının hastalık süresince umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi oldukça önemli hale gelmiştir.



BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.1.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırman, Ankara il merkezinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin İleri Evre Akciğer Kanseri hastalarının sıklıkla takip ve tedavisinin yapıldığı göğüs cerrahi kliniği, göğüs cerrahi yoğun bakım, ayaktan kemoterapi ünitesi, onkoloji kliniği, onkoloji polikliniği, göğüs hastalıkları kliniklerinde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma evreni; Araştırma Ankara il merkezinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İleri Evre Akciğer Kanseri hastalarının sıklıkla takip ve tedavisinin yapıldığı göğüs cerrahi kliniği, göğüs cerrahi yoğun bakım, ayaktan kemoterapi ünitesi, onkoloji kliniği, göğüs hastalıkları kliniklerinden yıllık toplam 600 akciğer kanseri hastası araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme; Araştırma Ankara il merkezinde bulunan Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İleri Evre Akciğer Kanseri hastalarının sıklıkla takip ve tedavisinin yapıldığı göğüs cerrahi kliniği, göğüs cerrahi yoğun bakım, ayaktan kemoterapi ünitesi, onkoloji kliniği, göğüs hastalıkları kliniklerinden yıllık toplam 600 akciğer kanseri hastası arasından, dahil edilme ölçütlerine uygun olan ileri evre akciğer kanseri hastası toplam 130 hasta araştırma örneklemini oluşturmuştur. Araştırma örnekleme belirlerken evreni belli örnekleme yöntemi kullanarak %95 güven aralığında ve %5 hata payı ile 130 ileri evre akciğer kanseri hastanın örnekleme alınması hesaplanmıştır.

3.3. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

1. 18 yaşından büyük olmak,
2. Bilinci açık, koopere ve oryante olmak,
3. Görme ve işitme problemi olmamak, sözel iletişim kurabilmek,
4. Akciğer kanseri tanısı alan, ileri evre (evre III ve IV) hastalar,
5. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Hastaların bir kısmının araştırmaya katılmayı kabul etmemesi.

3.5. Verilerin Toplaması ve Değerlendirilmesi

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; Sosyo-demografik Özellikleri İçeren Form (EK I), Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK II), Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası Ölçeği (EK III), Karnofsky Peformans Skalası (EK IV), Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK V), Etik Kurul İzin Belgesi (EK VI) kullanılmıştır.

3.5.1.1. Sosyo-demografik Özellikler İçeren Form (EK I)

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Sosyo-Demografik Özellikler Formu kullanılmıştır. Bu form toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Bu formun birinci bölümünde cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi gibi sorular (1.-8. sorular) yer almaktadır. Bu formun ikinci bölümünde hastalığa ilişkin değişikliklerle ilgili sorular (9.-20. sorular) araştırmacı tarafından literatür eşliğinde eklenmiştir [262, 217, 218].

3.5.1.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (EK II)

Bu ölçek, ileri evre kanser hastasında umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla, Beck tarafından 1974 yılında geliştirilen, bireyin geleceğe dönük beklentilerini ve karamsarlık düzeyini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Ölçek 20 maddeden oluşan geleceğe yönelik duygu ve düşüncelerini belirten ifadelerden oluşmaktadır [36]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Seber (1991) ve Durak (1993) tarafından yapılmıştır [37]. Kendine uygun gelen ifadeler için doğru kendisine uygun olmayan ifadeler için yanlış şikkının işaretlenmesi istenmektedir. 11 evet 9 hayır yanıt anahtarı vardır. Bunlardan 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 sorularına verilen yanıt evet ise 1 puan; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevap hayır ise 1 puan verilmektedir. Bunların aksi verilen cevaplar ise 0 puandır. Üç alt boyutta incelenmektedir. Gelecekle ilgili duygular; 1, 6, 13, 15, 19. Maddelerden, motivasyon kaybı ile ilgili; 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20. Maddelerden, gelecekle ilgili beklentiler ise 4, 7, 8, 14, 18. maddelerden oluşmaktadır. Sorulara verilen puanlar toplanarak elde edilen puan Umutsuzluk puanını oluşturmaktadır. Bu puanlama sistemi şu şekildedir; BUÖ'den yüksek puan elde etmek umutsuzluğun veya geleceğe yönelik olumsuz beklentilerin düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. BUÖ'den elde edilen puanların yorumlanmasında puan aralıkları umutsuzluğun düzeyini belirlemektedir. Bu puan aralıkları ise 0-3 puan aralığı "umutsuzluk yok" 4-8 puan aralığı "hafif umutsuzluk", 9-14 puan aralığı "orta düzey umutsuzluk", 14-20 puan aralığı "yoğun umutsuzluk" şeklinde olmaktadır [36, 37]. İleri evre akciğer kanseri hastalarının umutsuzluk düzeylerinin artması palyatif bakım gereksinimlerinin arttığını ifade etmektedir.

3.5.1.3. Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası Ölçeği (ESAS) EK (III)

Bu skala ileri evre kanser hastasında var olan semptomları tanılamak amacıyla, Bruera E, Kuehn N, Miller M, ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilmiştir. ESAS'ın Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği Usta ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmış olup, ölçeğin Cronbach α düzeyi >0.70 üzerinde bulunmuştur. ESAS; hastalarda görülen ağrı, aktivite, bulantı, depresyon, anksiyete, sersemlik, iştahsızlık,

iyilik hali, nefes darlığı gibi 9 semptomdan oluşmakta olup, skalada “diğer semptom” olarak seçebileceğiniz bir alternatifi bulunmaktadır. Skalada bulunan semptomlar 0 ile 10 arasında işaretleyebileceği vizüel analog yada nümerik tarzda hazırlanan bir dizayndır. 0 semptomun olmadığını, 10 semptomun oldukça şiddetli olduğunu tanımlamaktadır. Edmonton Semptom Tanılama Sistemi hesaplanması; skalanın toplamı 0- 100 puan arasında değişmektedir. Ancak diğer bir semptom seçilirse toplam puan eklenmesi gerekmektedir. Skaladan alınan yüksek puanlar yüksek semptom düzeyini göstermektedir [38, 39]. İleri evre akciğer kanseri hastaların semptom yükü fazla olması palyatif bakım gereksinimlerinin arttığını ifade etmektedir.

3.5.1.4. Karnofsky Performans Skalası EK (IV)

Dr.Karnofsky tarafından 1948 yılında geliştirilen ölçek 1949 yılında Dr. Burchenal ve Dr. Karnofsky tarafından yeniden düzenlenmiştir. Bu skala ile hastaların genel ve fonksiyonel durumu değerlendirilmektedir. Skala 0- 100 puan arasında değişmektedir. Skalada hastanın semptomları, günlük aktivitelerini yerine getirebilme durumu, bağımlılık durumu ve tıbbi bakım gereksinimi sorgulanmaktadır. Skalada; 100 puan normal sağlık durumunu gösterirken, 0 puan ölüme karşılık gelmektedir. Hastalar değerlendirme sonucuna göre; (%80-100) kategorisindeki hastalar için özel bakım gerekmez, normal aktivitelerine devam edebilir ve çalışabilir, (%50-70) kategorisindeki hastalar kişisel bakımlarını yardımıyla yapabilir ancak çalışamaz, (%0-40) kategorisindeki hastalar kendi bakımlarını yapamaz ve hastalık hızla ölüme doğru ilerlemektedir. [40]. İleri evre akciğer kanseri hastaların fonksiyonel performanslarının azalması palyatif bakım gereksinimleri de arttığını ifade etmektedir.

3.5.1.5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK V)

İleri evre akciğer kanseri hastalarına çalışmaya başlamadan önce uygulamayla ilgili bilgilendirme yapılarak gönüllü katıldıklarını beyan eden bir formdur. Bu formda uygulamaya ne kadar süre katılacağı, uygulamanın risk oluşturmadığı, gerekli izinlerin nerelerden alındığı ve çalışmanın karşılığında gerek maddi gerek manevi bir sorumluluk altına girilmeyeceğini gösteren çalışmaya katılan hastalar tarafından imzalanan yazılı bir izin olmuştur.

3.5.2. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Şubat-Temmuz 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılan hastalardan araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanıp sözlü ve yazılı onayları alınmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından Sosyo-demografik Özellikler İçeren Form (EK I), Beck Umutsuzluk Ölçeği (EK II), Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası Ölçeği (EK III), Karnofsky Performans Skalası (IV), Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK V) yüz yüze araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri toplandıktan sonra bilgisayarda SPSS 22.00 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı ile uygun istatistik analizler kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesi için; sayı, yüzde, frekans ve sıklıklar alınarak, ölçeklerin puan ortalamaları hesaplanmıştır ve bağımsız değişkenlerle kıyaslamak için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin belirlenmesi için Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası Ölçeğinden elde edilen puanlar hesaplanmıştır, semptom yükü ve umutsuzluk arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile belirlenmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir. İki değişkenin ölçek puanına göre;

Bağımsız değişkenler; Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, maddi durumu, kültür, inanç düzeyi), bağımsız değişkenler olmuştur.

Bağımlı değişkenler; Beck Umutsuzluk Ölçeği, Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası Ölçeği, Karnofsky Performans Skalasından alınan puanlar bağımlı değişken olmuştur.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul onayı (EK VI) ve

Ankara il merkezinde bulunan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden yazılı izin (EK VII) alınmıştır. Hastalara önce araştırma hakkında bilgi verilecek ve yazılı olur alınmıştır (EK V)



BÖLÜM 4

BULGULAR

Tablo 4.1. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş (X±SS)	62.68±8.867	
Cinsiyet		
Kadın	36	27.7
Erkek	94	72.3
Medeni Durum		
Evli	115	88.5
Bekar	7	5.4
Ayrı Yaşıyor	8	6.1
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	11	8.5
İlkokul Mezunu	54	41.5
Ortaokul Mezunu	13	10.0
Lise Mezunu	33	25.4
Fakülte/Yüksekokul Mezunu	19	14.6
Sosyal Güvence		
SSK	44	33.8
Emekli Sandığı	48	37.0
Bağ-kur	25	19.2
Özel (Sigorta)	8	6.2
Diğer	5	3.8
İş, Mesleki Durum		
İşçi	15	11.5
Memur	21	16.2
Serbest	46	35.4
Emekli	18	13.9
Ev Hanımı	25	19.3
Diğer	5	3.8
Çalışma Durumu		
Hayır	116	89.2
Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışma	9	6.9
Tam gün çalışma	5	3.9
Evde Kiminle Yaşıyorsunuz		
Yalnız	5	3.8
Eşimle	106	81.5
Çocuklarla	18	13.8
Diğer	1	0.9
Toplam	130	100.0

Tablo 4.1.' de Araştırmaya katılan İleri evre Akciğer kanseri hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların yaş ortalaması 62.68 ± 8.867 , %72.3' ünün erkek, %88.5' inin evli, %41.5' inin ilkokul mezunu, %37.0' ının emekli Sandığı, %35.4' ünün serbest çalıştığı, %89.2' inin şu anda çalışmadığı, % 81.5' inin ise eşiyle yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 4.2. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Hastalığa İlişkin Değişkenlerine göre Dağılımları

Hastalığa İlişkin Değişkenler	n	%
Hastalığın evresi		
Grade 3	70	53.8
Grade 4	60	46.2
Metastaz Durumu		
Evet	87	66.9
Hayır	43	33.1
Hastalık Süresi	20.48 ± 21.547	
Hastalık Süresi (Ay) ($X \pm SS$)		
Cerrahi Tedavi Alma Durumu		
Evet	56	43.1
Hayır	74	56.9
Kemoterapi Alma Durumu		
Evet	105	80.8
Hayır	25	19.2
Radyoterapi Alma Durumu		
Evet	65	50.0
Hayır	65	50.0
Biyoterapi Alma Durumu		
Evet	16	12.3
Hayır	114	87.7
Biyoterapi Alanların İlaçları		
Tirozin kinaz inhibitörleri	9	56.3
Monoklonal Antikorlar	7	43.7
Toplam	130	100

Tablo 4.2. 'de İleri Evre Akciğer Kanseri hastaların hastalığa ilişkin değişkenlerine göre dağılımları verilmiştir. Araştırma kapsamındaki ileri evre akciğer kanseri hastaların, hastalık tanı süresinin ay olarak ortalaması 20.48 ± 21.547 , %53.8' inin grade 3, %43.1' inin cerrahi tedavi aldığı, %80.8' inin kemoterapi aldığı, %50.0' ının radyoterapi aldığı, %12.3' ünün biyoterapi aldığı, biyoterapi alanların ise %56.3' ünün tirozin

kinaz inhibitörleri aldığı, %43.7' sinin monoklonal antikorlar aldığı, %66.9' unun metastazı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Hastalık Risk Faktörlerine Göre Dağılımları

Risk Faktörleri	n	%
Ailenizde Kanser Öyküsü		
Var	81	62.3
Yok	49	37.7
Sigara Kullanma Durumu		
İçiyor	12	9.3
İçmiyor	22	16.9
Bıraktım	96	73.8
Sigara Paket Kullanımı		
Bir paketten az	15	13.9
Bir paket	55	51
İki paket	37	34.3
Üç paket	1	0.8
Sigara kullanımı (yıl) (X±SS)	29.88±17.71	
Sigara kullanımı (ay) (X±SS)	358.62±212.59	
Alkol kullanımı		
Evet	3	2.3
Hayır	82	63.1
Bıraktım	45	34.6
Alkol kullanma (10 yıl)	2	66.7
Alkol kullanma (30 yıl)	1	33.3
Alkol kullanımı bıraktım (yıl)	27.09±13.24	
Analjezik Kullanımı		
Basit Analjezikler	92	70.8
Hafif Opioidler	28	21.5
Fentanly,Durogesic,Transdermal Flaster, Patch ısı bandı	9	6.9
Kuvvetli Opioidler	1	0.8
Toplam	130	100

Tablo 4.3.'de İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Hastalık Risk Faktörlerine göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 62.3' ünün ailesinde kanser öyküsü olduğu, % 73.8' inin sigarayı bıraktığı, %13,9' unun sigarayı günde 1 paketten az, %51.0' inin günde 1 paket, %34.3' ünün günde 2 paket, % 0.8' inin günde 3 paket sigara kullandığı bulunmuştur. Sigara kullanımı yıl olarak ortalaması 29,88±17,71 bulunmuştur. %2.3' ünün alkol kullandığı, %63.1' inin alkol kullanmadığı, %34.6' sının bıraktığı, %33.8' inin 30 yıldır alkol kullandığı, %66.7' sinin 10 yıldır alkol kullandığı ve alkol kullanmayı bıraktığı yıl olarak ortalaması 27.09±13.246 tespit edilmiştir. Hastaların %70.8' inin basit analjezikler, %21.5' inin hafif opioidler, %6.9' unun fentanly, duogesic, transdermal flaster, patch ısı bandı , %0.8' inin kuvvetli opioidler kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastaların Palyatif Bakımla Gereksinimleriyle İlgili Karnofsky Performans Puanlarına Göre Dağılımları

Karnofsky Performans Düzeyi	n	%
30 (Hasta hastanededir yakın zamanda ölümü beklenmez)	1	0.8
40 (Hastaya özel bakım ve yardım gerektirir)	8	6.2
50 (Hastaya önemli ölçüde yardım ve sık bakım gerektirir)	9	6.9
60 (Hastaya bazen yardım gerektirir, birçok ihtiyacını karşılayabilir)	19	14.6
70 (Normal aktivitesini sürdüremez) 80 (gayret ile normal aktivitesini sürdürebilir) 90 (normal aktivitesini sürdürebilir)	93	71.5
Hastanın performans ortalaması (X±SS)	70.69±13.53	
Toplam	130	100.0

Tablo 4.4.' de İleri Evre Akciğer kanseri hastaların palyatif bakım gereksinimleriyle ilgili karnofsky performans puanlarına göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %0.8' i 30, %6.2' si 40, %6.9' u 50, %14.6' sı 60, %71.5' i 70-80-90 karnofsky performansına sahiptir, karnofsky performans ortalaması ise 70.69 ± 13.53 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.5. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ve Edmontom Semptom Alt Boyut ve Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımları

Edmontom Semptom Toplam Puan Ortalaması	\bar{X}	SS	Min-Max
Ağrı	4.46	2.68	0-10
Yorgunluk	5.46	2.12	0-9
Bulantı	3.15	2.84	0-9
Depresyon	3.65	2.88	0-10
Anksiyete	3.38	2.84	0-10
Uyuşukluk	5.01	2.45	0-10
İştahsızlık	5.40	2.59	0-10
Esenlik	5.69	1.87	2-9
Nefes Darlığı	4.49	2.46	0-9
Kabızlık	2.45	2.53	0-8
Öksürük	4.02	2.41	0-8
Semptom Toplam Alt Boyutu	47.17	19.03	6 -96

*EDS: Edmontom Semptom Değerlendirme Sistemi

Tablo 4.5.' de İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ve Edmontom Semptom Alt Boyut ve Toplam Puan/Puan Ortalamalarının Dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamasının 4.46 ± 2.68 olduğu, yorgunluk alt boyutu puan ortalamasının 5.46 ± 2.12 olduğu, bulantı alt boyutu puan ortalamasının 3.15 ± 2.84 olduğu, depresyon alt boyut ortalamasının 3.65 ± 2.88 olduğu, anksiyete alt boyutunun 3.38 ± 2.84 olduğu, uyuşukluk alt boyut ortalamasının 5.01 ± 2.45 olduğu, iştahsızlık alt boyut ortalamasının 5.40 ± 2.59 olduğu, esenlik alt boyut ortalamasının 5.69 ± 1.87 olduğu, nefes darlığı alt boyut ortalamasının 4.49 ± 2.46

olduğu, kabızlık alt boyut ortalamasının 2.45 ± 2.53 olduğu, öksürük alt boyut ortalamasının 4.02 ± 2.41 olduğu, edmonton semptom toplam puan ortalamasının 47.17 ± 19.03 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt boyutları Puan Ortalamalarının Dağılımları

Beck umutsuzluk ölçeği	\bar{X}	SS	Min-Max
Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	1.40	1.66	0-5
Motivasyon Kaybı	3.43	2.41	0-8
Umut	2.05	1.75	0-5
Umutsuzluk Toplam Puan	7.41	6.01	1-20

Tablo 4.6.' da İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Beck Umutsuzluk Ölçeği Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları verilmiştir. Bu tabloya göre araştırmaya katılan hastaların umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puan ortalamasının 1.40 ± 1.66 olduğu, umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı puan ortalamasının 3.43 ± 2.41 olduğu, umutsuzluk alt boyutlarından umut puan ortalamasının 2.05 ± 1.75 olduğu, umutsuzluk toplam puan ortalamasının 7.41 ± 6.01 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.7. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Edmontom Semptom Toplam Puan, Karnofsky Performans, Umutsuzluk Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları

	Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	Umutsuzluk Toplam Puan	EDS Semptom Toplam Puan	Hastanın Karnofsky Performansı
Cinsiyet						
Kadın	74.85	80.08	76.42	78.63	69.53	66
Erkek	61.92	59.91	61.32	60.47	63.96	65.31
p*	0.061	0.005	0.037	0.013	0.450	0.922
Medeni Durum						
Evli	64.26	63.9	64.52	64	64.5	67.5
Bekar	71.79	66.57	63.29	69.71	54.21	60.43
Ayrı Yaşıyor	77.88	87.5	81.5	83.31	89.81	41.13
p**	0.508	0.209	0.447	0.353	0.132	0.125
Eğitim Durumu						
Okur-Yazar	98.5	107.14	109.36	109.64	99.68	35.27
İlkokul Mezunu	59.6	58.83	60.57	59.06	70.8	58.19
Ortaokul Mezunu	76.85	89.42	83.69	83.42	81.73	59
Lise Mezunu	67.06	61.94	61.94	63.5	51.05	77.74
Fakülte/Yüksekokul Mezunu	52.68	50.16	47.84	4.,47	44.66	86.97
p**	0.004	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Tablo 4.7. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Sosyo-Demoğrafik Özelliklerinin Edmontom Semptom Toplam Puan, Karnofsky Performans, Umutsuzluk Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları (Devamı)

Mesleki Durum						
İşçi	68.9	63.77	66.6	65.37	58.2	60.3
Memur	62.48	59.74	64.19	61.36	58.05	78,.9
Serbest	65.49	64.84	60.89	64.21	68.75	62.42
Emekli	44.08	51.69	55	49.83	58.75	69.72
Ev Hanımı	76.88	82.32	81.36	80.7	78.14	59.96
Diğer (Esnaf, Aşçı, Bekçi)	88.3	66.5	68.6	75.6	49.9	68.6
p**	0.04	0.133	0.23	0.159	0.308	0.53
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	67.21	66.42	68	67.24	69.88	61.47
Yarım Gün	61.83	67.83	56.89	63.83	37.56	84.11
Tam Gün Çalışma	32.5	39.9	23	28.1	14.2	125.5
p**	0.092	0.277	0.022	0.072	0	0
Kimle Yaşama Durumu						
Yalnız	43.2	34.1	28.2	34.3	30.5	84.9
Eşimle	64.24	64.19	64.71	63.87	64.64	68.45
Çocuklarla	80.94	84.14	81.56	84.81	80.75	43.47
Diğer (Aile, Anne, Baba, Arkadaş)	32.5	26	47	46.5	57.5	52
p**	0.09	0.021	0.032	0.033	0.061	0.029

p* : Mann -Whitney u testi p<0.05

p** : Kruskal Wallis Test

Tablo 4.7.' de İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Sosyo-Demoğrafik Özelliklerinin Edmontom Semptom Toplam Puan, Karnofsky Performans, Umutsuzluk Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Dağılımları verilmiştir. Bu tabloya göre umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgu ile kadınların motivasyon kaybı oranı erkeklerinkinden daha yüksek olduğunu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Umutsuzluk alt boyutlarından umut ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Umutsuzluk toplam puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların umutsuzluk düzeyleri erkeklerin umutsuzluk düzeylerinden daha yüksek ve arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. EDS Semptom toplam puan, Hastanın karnofsky performans puan ortalaması ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Medeni durum ile Umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumu ile Umutsuzluk ölçeği tüm alt boyutlarında ve toplam puan, hastanın karnofsky performans puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Mesleki durum ile Umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Mesleki durum ile umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan , hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma durumu ile Umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umutsuzluk toplam puan arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından umut ve EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.8. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Edmontom Semptom Toplam Puan, Karnofsky Performans, Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları

	Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	Umutsuzluk Toplam Puan	EDS Semptom Toplam Puan	Hastanın Karnofsky Performansı
Cerrahi Tedavi						
Alma Durumu						
Evet	58.46	61.13	67.41	63.60	60.44	68.29
Hayır	70.83	68.81	64.05	66.94	69.33	63.39
p*	0.047	0.234	0.607	0.614	0.182	0.441
Kemoterapi Alma Durumu						
Evet	64.83	65.00	65.37	65.08	62.66	66.41
Hayır	68.32	67.58	66.04	67.26	77.44	60.42
p*	0.656	0.751	0.935	0.794	0.078	0.432
Radyoterapi Alma Durumu						
Evet	70.12	72.08	76.49	73.23	75.35	54.14
Hayır	60.88	58.92	54.51	57.77	55.65	76.86
p*	0.134	0.040	0.001	0.019	0.003	0.000
Biyoterapi Alma Durumu						
Evet	83.22	80.43	71.38	83.91	75.63	68.22
Hayır	63.01	63.41	64.68	62.92	64.08	65.12
p*	0.031	0.081	0.496	0.036	0.251	0.747
Metastaz Durumu						
Evet	70.33	73.15	70.37	71.90	68.35	59.16
Hayır	55.73	50.02	55.65	52.55	59.73	78.29
p*	0.026	0.001	0.032	0.006	0.220	0.004
Hastalığın Evresi						
Grade 3	53.45	55.58	54.79	53.82	53.00	81.51
Grade 4	79.56	77.08	78.00	79.13	80.08	46.32
p*	0.000	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000
Sigara Kullanma Durumu						
Evet	71.00	81.08	88.75	83.58	55.29	63.29
Hayır	68.20	71.27	66.32	67.95	61.48	77.64
Bıraktım	64.19	62.23	62.41	62.68	67.70	62.99
p**	0.757	0.173	0.065	0.179	0.482	0.222

Tablo 4.8. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Edmontom Semptom Toplam Puan, Karnofsky Performans, Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları (Devamı)

Sigara Kullanma Durumu						
1 Paketten Az	45.18	45.85	46.38	44.29	47.68	63.24
1 Paket	53.89	53.00	51.34	55.42	48.82	56.67
2 Paket	61.18	62.56	63.95	63.64	68.56	45.48
3 Paket	27.50	21.00	60.50	45.00	30.50	80.00
p**	0.226	0.169	0.174	0.171	0.019	0.146
Alkol Kullanım Durumu						
Evet	32.50	39.50	27.00	27.00	9.17	104.17
Hayır	67.69	67.66	70.10	68.06	67.93	63.74
Bıraktım	63.71	63.30	59.69	63.40	64.83	66.13
p**	0.215	0.373	0.059	0.158	0.029	0.159
Analjezik Kullanma Durumu						
Basit Analjezikler	54.95	55.71	53.38	53.71	53.20	77.62
Hafif Opioidler	84.59	81.04	90.14	87.55	85.34	44.50
Fentanly,Durogesic Transdermal Flaster,Patch ısı bandı	108.33	112.89	108.56	112.67	122.50	11.11
Kuvvetli Opioidler	116.50	105.00	103.00	108.50	129.00	28.00
p**	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Aile Kanseri Öyküsü						
Evet	66.07	67.25	65.38	65.87	65.38	59.18
Hayır	64.56	62.61	65.69	64.89	65.70	78.29
p*	0.813	0.483	0.963	0.885	0.962	0.952

p* : Mann -Whitney u testi p<0.05

p** :Kruskal Wallis Testi

Tablo 4.8.' de İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Edmontom Semptom Toplam Puan, Karnofsky Performans, Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımları verilmiştir. İleri evre akciğer kanseri hastaların cerrahi tedavi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). İleri evre akciğer kanseri hastaların cerrahi tedavi alma

durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İleri evre akciğer kanseri hastaların kemoterapi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmamıştır ($p>0.05$).

İleri evre akciğer kanseri hastaların radyoterapi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İleri evre akciğer kanseri hastaların radyoterapi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı, umut ve EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). İleri evre akciğer kanseri hastaların biyoterapi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ve umutsuzluk toplam puan arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). İleri evre akciğer kanseri hastaların biyoterapi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı, umut ve EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

İleri evre akciğer kanseri hastaların metastaz durumu ile, umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). İleri evre akciğer kanseri hastaların metastaz durumu ile EDS semptom toplam puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İleri evre akciğer kanseri hastaların hastalığın evresi ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgu ile hastanın evresi arttıkça umutsuzluk düzeyi ve hastanın performansının arttığı belirlenmiştir.

İleri evre akciğer kanseri hastaların sigara kullanma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu ile sigara kullanmanın umutsuzluk düzeyini ve hastanın performansını etkilemediği bulunmuştur. İleri evre akciğer kanseri hastaların alkol kullanma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İleri evre akciğer kanseri hastaların alkol kullanma durumu ile EDS semptom toplam puan anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$).

İleri evre akciğer kanseri hastaların Analjezik kullanma durumu ile Umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgu ile kuvvetli opioid kullanan ve fentanly kullanan hastaların daha umutsuz olduğunu saptanmıştır. İleri evre akciğer kanseri hastaların aile kanser öyküsü olan hastalar ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri Edmontom Semptom Toplam Puan, Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt Boyutu, Karnofsky Performans Puanı, Yaş ve Tanı Ayı Arasındaki İlişki

		Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	Motivasyon Kaybı	Umut	Umutsuzluk Toplam Puan	EDS Semptom Toplam Puan	Karnofsky Performans Puanı	Yaş	Tanı Ayı
Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler	r*	1	0.859	0.843	0.943	0.595	-0.586	0.338	0.197
	p**		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.025
Motivasyon Kaybı	r*	0.859	1	0.844	0.958	0.585	-0.536	0.324	0.100
	p**	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.259
Umut	r*	0.843	0.844	1	0.936	0.604	-0.572	0.303	0.224
	p**	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.011
Umutsuzluk Toplam Puan	r*	0.943	0.958	0.936	1	0.621	-0.587	0.344	0.180
	p**	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.041
EDS Semptom Toplam Puan	r*	0.595	0.585	0.604	0.621	1	-0.808	0.447	0.190
	p**	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.031
Karnofsky Performans Puanı	r*	-0.586	-0.536	-0.572	-0.587	-0.808	1	-0.434	-0.193
	p**	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0,028

r (Rho) * : Pearson Korelasyon Katsayısı

p ** : Pearson Korelasyon p<0.05

Tablo 4.9.' da İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri Edmontom Semptom Toplam Puan, Umutsuzluk Toplam Puan ve Alt Boyutu, Karnofsky Performans Puanı, Yaş ve Tanı Ayı Arasındaki İlişkisi verilmiştir. Bu tabloya göre hastaların umutsuzluk düzeyi ile semptom yükü arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir (p<0.05). Bu tabloya göre hastaların umutsuzluk toplam puanı ile karnofsky performans puanları arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir (p<0.05). İleri evre akciğer kanseri hastalarının karnofsky performans puanları ile EDS semptom toplam puan arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiştir (p<0.05).

Umutsuzluğun alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile EDS semptom toplam puan, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (p<0.05). Umutsuzluğun alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile hastanın karnofsky performans

puanı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Umutsuzluğun alt boyutlarından motivasyon kaybı ile EDS semptom toplam puan, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Umutsuzluğun alt boyutlarından motivasyon kaybı ile hastanın karnofsky performans puanı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Umutsuzluğun alt boyutlarından umut ile EDS semptom toplam puan, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$).

Umutsuzluğun alt boyutlarından umut ile hastanın karnofsky performans puanı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Umutsuzluğun alt boyutlarından umutsuzluk toplam puan ile EDS semptom toplam puan, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Umutsuzluk toplam puanı ile hastanın karnofsky performans puanı arasında negatif yönde ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Hastanın karnofsky performans puanı ile EDS semptom toplam puan, umutsuzluk toplam puan, yaş, tanı ayı arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Araştırma İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi amacıyla yapılmış ve bulguları aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmamızda palyatif bakım gereksinimi olan hastalarımızın yaş ortalaması 62.68 ± 8.867 , %72.3' ünün erkek, %88.5' inin evli, %41.5' inin ilkokul mezunu, %37.0' inin emekli sandığı, %35.4' ünün serbest çalıştığı, %89.2' sinin şu anda çalışmadığı, %81.5' inin ise eşiyle yaşadığı, hastalık tanı süresinin ay olarak ortalaması 20.48 ± 21.54 , %53.8' inin grade 3, %43.1' inin cerrahi tedavi aldığı, %80.8' inin kemoterapi aldığı, %50.0' inin radyoterapi aldığı, %12.3' ünün biyoterapi aldığı, biyoterapi alanların %56.3' ünün tirozin kinaz inhibitörleri aldığı, %43.7' sinin monoklonal antikorlar aldığı, %66.9' unun metastazı olduğu bulunmuştur. Çalışma bulguları literatürle örtüşmektedir ve hastalık tanı süresi ay olarak ortalaması 20.48 ± 21.54 aralığında olup bu bakımdan literatüdeki benzer çalışmalarla uyumludur. Benzer bir şekilde Kocatepe' nin (2019) çalışmasında 96 hastanın yaş ortalaması 65.00 ± 8.65 olduğu ve %86' sı erkek olan hastaların %86.5' i evli, %57.3' ü ilköğretim mezunu ve %86.5' i emekli, %60.4' ünün gelir-gideri eşit olduğu, hastaların %91.7' sinin sosyal güvencesinin olduğu, %33.3' ünün evre III, %66.7' sinin evre IV olduğu palyatif bakım sürecinde olan hastaların hastalık süresinin yıl olarak ortalaması 1.77 ± 2.08 bulunmuştur ve hastaların %18.4' ünde tanı konulduğunda cerrahi tedavi şansı var iken, %45.9' una kemoterapi, %28.2' sine kemoradyoterapi ve %7.5 gibi çok az sayıda hastaya ise tek başına radyoterapi uygulanmıştır [263]. Farklı bir şekilde, Xia et al. (2017) çalışmasında Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) verilerini kullanarak yaptığı çalışmanın sonuçlarına bakıldığında %34.68' inin evre IV olduğu, %32.02' sinin ise evre III olduğu bulunmuştur [264]. Farklı bir şekilde, Ramazanoğlu' nun çalışmasında ileri evre akciğer kanseri hastaların başvuru anındaki değerlendirmesine bakıldığında %82.4' ünün tanı anında metastaz olduğu, %17.6' sının tanı anında metastazı

olmadığı bulunmuştur ve tanı anında metastazı olmayan %5.9' unun ise izlem esnasında metastazı olduğu bulunmuştur [265]. Farklı bir şekilde Doğan ve ark.' ın (2017) çalışmasında hastaların %37' sinin evre IV, %26.1' inin evre III, %20.7' sinin evre II, %16.3' ünün ise evre I olduğu hastaların %96.7' si radyoterapi tedavisi almamışken, %3.3' ünün ise radyoterapi aldığı, hastaların %13' ü hiç kemoterapi almamışken, %57.6' sının 1.basamak, %21.7' sinin 2.basamak, %7.6' sının 3. basamak kemoterapi tedavisi aldığı, hastaların %87' sinde beyin metastazı olmaz iken, %13' ünde beyin metastazının olduğu, hastaların %29.3' ünün amaliyat geçirmiş olduğu, %70.7' sinin amaliyat geçirmemiş olduğu bulunmuştur [266].

Farklı bir şekilde, Yıldız'ın çalışmasında (2020) hastaların %88.8' inin tanı anında evre 4 olduğu, %11.2' sinin tanı anında evre 3 olduğu, tanı anında kemik metastazı bulunan hastalar %38.2' sini, tanı anında karaciğer metastazı bulunan hastalar %25.8' ini, tanı anında sürrenal metastazı bulunan hastalar %21.3' ünü, tanı anında beyin metastazı bulunan hastalar %32.6' sını, tanı anında %67.4' ünün ise birden fazla organ metastazı olduğu bulunmuştur [267]. Şahin ve ark.' ın (2020) çalışmasında Metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastaların %47.4' ünün monoklonal antikorlardan pembrolizumabı, %31.6' sının monoklonal antikorlardan atezolizumabı, %21.0' inin tirozin kinaz inhibitörlerden nivolumabı kemoterapisiz aldığı bulunmuştur [268].

Araştırmada palyatif bakım gereksinimi olan hastaların %62.3' ünün ailesinde kanser öyküsü olduğu, %73.8' inin sigarayı bıraktığı, %13.9' unun sigarayı günde 1 paketten az , % 51.0' inin günde 1 paket, % 34.3' ünün günde 2 paket, % 0.8' inin günde 3 paket sigara kullandığı belirlenmiştir. Sigara kullanımı yıl olarak ortalaması 29.88 ± 17.71 belirlenmiştir. Hastaların %2.3' ünün alkol kullandığı, %63.1' inin alkol kullanmadığı, %34.6' sının bıraktığı, %33.8' inin 30 yıldır alkol kullandığı, %66.7' sinin 10 yıldır alkol kullandığı ve alkol kullanmayı bıraktığı yıl olarak ortalaması 27.09 ± 13.24 olarak belirlenmiştir ve hastaların hemen hemen hepsi analjezik kullanmakta olup, analjezik kullanımına baktığımızda %70.8' inin basit analjezikler, %21.5' inin hafif opioidler, %6.9' unun fentanly, duogesic, transdermal flaster, patch ısı bandı, %0.8' inin kuvvetli opioidler kullandığı belirlenmiştir. Gelişken

Akyüzün (2010) çalışmasında ileri evre akciğer kanseri hastaların %28' inin opioid, %28' inin nonopioid ilaçları kullandığı, her iki ilaç grubunu birlikte kullanan hastaların oranının %3 olduğu ve ağrı olduğunda opioid ve nonopioid ilaçları kullanmayanların oranının %41 olduğu bulunmuştur [269]. Bülbül ve ark.' ın (2017) çalışmasında çoğunluğu İleri evre Akciğer kanseri olan hastaların Parasetamol/NSAID ortalamasının %38.9 olduğu, tramadol kullananların ortalamasının %3.8 olduğu, fentanil kullananların ortalamasının %2.9 olduğu, morfin kullananların ortalamasının %0.2 olduğu, NSAID' ler + tramadol kullananların ortalamasının %6.0 olduğu, NSAID' ler + fentanil kullananların ortalamasının %4.9 olduğu bulunmuştur [270]. Farklı bir şekilde Yıldız' ın (2020) çalışmasında evre 3 ve evre 4 olan akciğer kanseri olan hastanın verileri incelendiğinde sigara içme durumuna bakıldığında %86.5' inin aktif olarak sigara içicisi olduğu, %9' unun bırakmış olduğu, %4.5' ünün ise hiç sigara içmemiş olduğu bulunmuştur [267].

Ramazanoğlu' nun (2019) çalışmasında ileri evre akciğer kanseri hastaların %7.8' sinin sigara içmemişken, %92.2' sinin sigara içmiş olduğu ve hastaların içtikleri ortalama sigara miktarı ise 42.1 paket/yıl olarak bulunmuştur [265]. Atay Yayla' nın (2013) çalışmasında ileri evre akciğer hastaların %5.7' sinin aktif sigara içicisi olduğu, %82.8' inin sigarayı tanı almadan önce bırakmış olduğu, %11.4' ünün hiç sigara içmemiş olduğu, sigara öyküsü olan hastaların ortalama sigara tüketimleri paket/yıl ortalaması 57.4 ± 30.8 olduğu, alkol tüketimi açısından incelendiğinde hastaların %28.6' sının yıl olarak ortalaması 38.5 ± 12.5 bulunmuştur [271]. Erdoğan Eroğlu' nun (2020) çalışmasında hastalar sigara öyküsü açısından değerlendirildiğinde %21.7' sinin sigara öyküsü olmadığı, %78.3' ünün sigara öyküsü ve sigara kullanan hastaların ortalama 45 paket/yıl sigara kullanımı olduğu bulunmuştur [272].

Araştırmaya katılan hastaların çoğu yüksek karnofsky performans puanına sahip olup, sonuçlara baktığımızda hastaların %0.8' i 30, %6.2' si 40, %6.9' u 50, %14.6' sı 60, %71.5' i 70-80-90 karnofsky performans puanına sahiptir, performans puan ortalaması ise 70.69 ± 13.53 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların karnofsky performans puanları düştükçe karnofsky

performans puanlarına göre hastaların palyatif bakım gereksinimlerinin de arttığı görülmüştür.

Benzer bir şekilde Yıldız'ın (2020) çalışmasında evre 3 ve evre 4 olan akciğer kanseri olan hastaların verileri incelendiğinde hastaların %85.4' ünün performansının iyi olduğu, %14.6' sinin performansının kötü olduğu bulunmuştur [267]. Farklı bir şekilde Atay Yayla' nın (2013) çalışmasında hastaların karnofsky performansı puanına göre hastaların %54.3' ü 80 ve üzeri olan karnofsky performansı puanına sahip iken %45.7' sinin ise 80 ve altı karnofsky performansı puanına sahip olduğu bulunmuştur [271]. Bayır' ın (2017) metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı alan 102 hastaya yaptığı "Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hastaların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastaların ECOG performans skalasına göre değerlendirildiklerinde, %15.7' sinin performans skoru 0 olduğu, %50' sinin performans skoru 1 olduğu, %34.3' ünün performans skoru 2 olduğu bulunmuştur [274]. Takayama ve et al. (2016) çalışmasında İleri evre KHDAK hastaların ECOG performans skalasına göre değerlendirildiklerinde, %39.2' sinin performans skoru 0 olduğu, %51.5' inin performans skoru 1 olduğu, %9.4' ünün performans skoru 2 olduğu bulunmuştur [275]. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde hastaların performans puanları ile palyatif bakım gereksinimleri arasında negatif bir ilişki olduğu ve hastaların performans puanları düştükçe palyatif bakım gereksinimlerinde arttığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamasının 4.46 ± 2.68 olduğu, yorgunluk alt boyutu puan ortalamasının 5.46 ± 2.12 olduğu, bulantı alt boyutu puan ortalamasının 3.15 ± 2.84 olduğu, depresyon alt boyut ortalamasının 3.65 ± 2.88 olduğu, anksiyete alt boyutunun 3.38 ± 2.84 olduğu, uyuşukluk alt boyut ortalamasının 5.01 ± 2.45 olduğu, iştahsızlık alt boyut ortalamasının 5.40 ± 2.59 olduğu, esenlik alt boyut ortalamasının 5.69 ± 1.87 olduğu, nefes darlığı alt boyut ortalamasının 4.49 ± 2.46 olduğu, kabızlık alt boyut ortalamasının 2.45 ± 2.53 olduğu, öksürük alt boyut ortalamasının 4.02 ± 2.41 olduğu, semptom toplam puan alt boyut ortalamasının 47.17 ± 19.03 olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda palyatif

gereksinimleri olan hastalarımızın en yüksek oranda genel olarak sağlıklarını kötü buldukları, yorgunluk yaşadıkları, iştahsız oldukları, ağrı çektikleri ve buna bağlı olarak anksiyete yaşadıkları ve palyatif bakım gereksinimi olan hastalarımız yüksek semptom yüküne sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan yola çıkarak hastalarımız semptom yükü arttıkça palyatif bakım gereksinimi artmaktadır ve hastaların semptomları azaldıkça palyatif bakım gereksiniminin de azaldığı, hastaların yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür.

Benzer şekilde Yogananda et al. çalışmasında (2017) çoğunluğu ileri evre olan hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamasının 5.1 ± 3.6 olduğu, yorgunluk alt boyutu puan ortalamasının 6.5 ± 3.4 olduğu, uyuşukluk alt boyutu puan ortalamasının 1.4 ± 2.7 olduğu, bulantı alt boyutu puan ortalamasının 1.9 ± 2.7 olduğu, iştahsızlık alt boyutu puan ortalamasının 5.7 ± 3.4 olduğu, nefes darlığı alt boyutu puan ortalamasının 5.6 ± 3.4 olduğu, depresyon ortalamasının 5.6 ± 3.8 olduğu, anksiyete alt boyutu puan ortalamasının 5.2 ± 3.5 olduğu, esenlik alt boyutu puan ortalamasının 5.2 ± 3.2 olduğu, diğerleri alt boyutu puan ortalamasının 0.8 ± 7.0 olduğu bulunmuştur [276].

Farklı bir şekilde Khamboon et al. çalışmasında (2015) tamamı ileri evre olan akciğer kanseri hastalarında ağrı ortalamasının 56.7 olduğu, iştahsızlık puan ortalamasının 81.7 olduğu, bulantı puan ortalamasının 50.3 olduğu, nefes darlığı puan ortalamasının 62.0 olduğu, öksürük puan ortalamasının 58.7 olduğu, kabızlık puan ortalamasının 70.3 olduğu, uyuşukluk puan ortalamasını 52.0 olduğu, kaygı puan ortalamasının 38.3 olduğu bulunmuştur [277].

Jeannette et al. (2021) çalışmasında tedavi edilemeyen kanser hastalarında tanı konulduğu andan itibaren hastalık süresince yüksek düzeyde yorgunluk, gelecekle ilgili belirsizlik ve anksiyete, depresyon gibi psikolojik sıkıntılarının ve çok fazla karşılanmamış gereksinimleri olduğunu bu durumlardan dolayı da destekleyici bakım olan palyatif bakıma ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmanın sonucunda ise hastaların semptom yükü arttıkça performansının düştüğünü ve palyatif bakım gereksiniminin de arttığını belirtmişlerdir [278].

Topkaya' nın (2018) çalışmasında %28.2' sinin akciğer kanseri olan kanser hastalarının Palyatif Performans Skoruna göre dağılımlarına bakıldığında; %3.6' sının 30, %10.9' unun 40, %12.7' sinin 50, %30' u 60, %2.4' ünün 70 ve %16.4' ünün 80 puan olduğu ve hastaların palyatif performans puanı ortalaması 61.36 olduğu Edmontom semptom skalası ile palyatif performans puanı arasında anlamlı fark var olduğu hastaların semptomları arttıkça bakım ve destek ihtiyaçları doğduğu belirtilmiştir. Bu sonuç literatürde hastaların semptomları arttıkça palyatif bakım ihtiyacında arttığı bilgisini destekler niteliktedir [262].

Kathleen et al. (2015) çalışmasında İleri evre akciğer kanseri hastaların sıklıkla ağrı, nefes darlığı ve yorgunluk yaşamakta olduğunu bu yüzden de düşük yaşam kalitesi yaşadıklarını belirtmişlerdir ve bu semptomların ilerlemiş akciğer kanseri hastaların %65' ini etkilediğini ve semptom yükü arttıkça ileri evre akciğer kanseri hastaların kapsamlı bir şekilde disiplinler arası ekibin uzmanlığından yararlanılarak palyatif bakım desteğinin sağlanması gerektiğini saptamışlardır [279].

Araştırmaya katılan hastaların umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puan ortalamasının 1.40 ± 1.66 olduğu, umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı puan ortalamasının 3.43 ± 2.41 olduğu, umutsuzluk alt boyutlarından umut puan ortalamasının 2.05 ± 1.75 olduğu, umutsuzluk toplam puan ortalamasını 7.41 ± 6.01 olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ileri evre akciğer kanseri hastaların umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür.

Bizim çalışmamızın aksine Nehir ve ark.' ın (2019) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada gelecekle ilgili duyguların 1.80 ± 1.99 , motivasyon kaybının 3.04 ± 2.83 ve gelecekle ilgili beklentiler puan ortalamasının 2.67 ± 1.77 olduğu saptanmıştır [280].

Çalışmamızda hastaların performansı düştükçe palyatif bakım gereksinimleri artmaktadır ve hastaların palyatif bakım gereksinimleri arttıkça aynı doğrultuda umutsuzluk düzeyleri de artarak geleceğe daha az umutla baktıkları görülmüştür.

Kyriaki et al. (2008) çalışmasında %22.5' i akciğer kanseri olan palyatif bakım alan kanser hastaların %70.6' sı ECOG performansına göre zayıf performans, %29.4' ü

iyi performansa sahip ve hafif umutsuzluk düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir [281]. Gary et al. (2009) çalışmasında Evre IV gastrointestinal ve akciğer kanseri olan hastaların karnofsky performans skalası 81.55 ve umutsuzluk düzeyi de düşük olarak belirlenmiştir bu çalışmada hastanın performansı düştükçe palyatif bakım gereksinimleri artmakta sonuç olarak umutsuzluk düzeyinin de arttığı belirtilmiştir [282].

Lauire E. et al. (2020) yaptığı hastaların çoğunun küçük hücreli olmayan akciğer kanseri ve evre IV olan çalışmasında umut düzeyi yüksek olan hastaların daha az yorgunluk ve ağrı yaşadığını bulmuşlardır [283]. Berendes et al. (2010) çalışmasında akciğer kanseri hastalarında ağrı, yorgunluk, öksürük ve depresyon arttıkça umudun azaldığını bulmuşlardır [284].

Araştırmamızda hastaların umutsuzluk düzeyi ile semptom yükü arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Hastaların umutsuzluk düzeyi arttıkça hastaların semptomu artmaktadır, semptom yükü arttıkça umutsuzluk artmaktadır. Hastaların umutsuzluk toplam puanı ile karnofsky performans puanları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Hastaların karnofsky performansları azaldıkça umutsuzlukları artmakta, hastaların umutsuzlukları arttıkça karnofsky performansları kötüye gitmektedir. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karnofsky performans puanları ile EDS semptom toplam puanı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hastaların semptom yükü arttıkça performansları da kötüye gitmektedir. Umutsuzluğun alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile EDS semptom toplam puanı, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların yaşı arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Umutsuzluğun alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile hastanın karnofsky performans puanı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Hastaların yaşları ile performansı arasında negatif yönde güçlü ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak hastanın tanı ayı arttıkça hastalar semptomları daha şiddetli yaşayabilmekte ve bu semptomların artması hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte bu sebeplerden dolayı da hastanın performansının düştüğü ve palyatif bakım gereksinimlerinin de arttığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza göre hastaların yaşı arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile hastanın karnofsky performansı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Hastaların yaşı arttıkça performansının azaldığı saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak hastaların yaşları arttıkça fizyolojik gereksinimlerini karşılamakta zorluk yaşamalarına ki bu durum da hastanın performansını düşürmekte ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek palyatif bakım gereksinimlerin de artırdığı düşünülmektedir.

İşcan' ın (2019) çalışmasında akciğer kanseri hastaların yaşları arttıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı, cinsiyetlerine göre anlamlı bir fark olmadığı, çocuk sahibi olanların çocuk sahibi olmayanlara kıyasla umutsuzluk düzeyinin daha yüksek olduğu, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık olmadığı, cinsiyetlerine göre de anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur [285]. Fadıloğlu ve ark.' ın (2006) çalışmasında 60 yaş ve üstü yaş grubu meme kanseri olan hastaların umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunduğunu ve hastaların yaşı arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığı bildirilmektedir [286].

Gündüz 'ün %26.6' sının akciğer kanseri olan kanser hastalarında yaptığı çalışmada hastaların yaşı ile umutsuzluk toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür [287]. Benzer şekilde olan Bozdoğan Yeşilot ve ark.' ın (2017) çalışmasında da kanser hastalarının yaşı ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını bulunmuştur [288].

Araştırmamıza göre palyatif bakım gereksinimi olan hastaların umutsuzluk ölçeği alt boyutu motivasyon kaybı ile semptom toplam puan, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Umutsuzluk alt boyutu olan motivasyon kaybı ile hastanın karnofsky performansı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Hastaların tanı süresi arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Bu bulgunun sonucunda tanı süresi fazla olanların yaşadıkları semptomların ağırlaşması, hastaların tükenmişlik düzeyinin artması ve daha fazla komplikasyon yaşamalarına bağlı umutsuzlukların arttığı düşünülebilir.

Atan ve ark.' ın (2020) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların hastalık tanı zamanı bakımından BUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olduğu bulunmuştur ve buna göre tanı yılı 5 yıl ve üzeri olan hastaların BUÖ puan ortalaması, tanı ayı 0-6 ay, 7 ay-1 yıl ve 2-5 yıl olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur [289]. Farklı bir şekilde Öztunç ve ark.' ın (2013) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastalık süresi ile umutsuzluk arasında ilişki olmadığı bulunmuştur [290]. Fadiloğlu ve ark.' ın (2006) çalışmasında hastalık süresi ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir [286].

Çam ve ark.' ın (2009) çalışmasında meme kanseri hastalarının hastalık sürecinin her aşamasında farklı ve karmaşık davranışsal ve duygusal tepkileri gösterebildikleri bulunmuştur ve bu çalışmanın sonuca göre tepkilerin sebebinin çalışmaya katılan hastaların yaşadıkları bölgenin sosyokültürel yapısının farklı olmasından ve bu sosyokültürel yapıdan etkilendikleri düşünülmektedir [291]. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların sosyokültürel yapısındaki farklılıkların hastalık sürecinde hastaların olumlu yada olumsuz şekilde yaşam kalitesini etkilediklerini ve hastalık süreci ile umutsuzluk arasındaki dengeye sosyokültürel yapıdaki farklılıkların da bir etken olabileceği düşünülebilir.

Çalışmada umutsuzluk alt boyutu olan gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Umutsuzluk alt boyutu olan motivasyon kaybı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bulgu ile kadınların motivasyon kaybı oranı erkeklerinkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu ile kadınların umutsuzluk düzeyleri erkeklerin umutsuzluk düzeylerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadın hastaların geleceğe daha umutsuz baktıkları söylenebilir. EDS semptom toplam puan ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastanın karnofsky performansı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu araştırma ile benzer şekilde, Gündüz' ün %26.6' sının akciğer kanseri olan kanser hastalarında yaptığı çalışmada hastaların cinsiyet değişkenine göre

umutsuzluk toplam, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu erkek hastaların umutsuzluk toplam puan ortalaması, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalamaları; kadın hastalara göre daha yüksek olduğu olan araştırmalar da mevcuttur [287]. Farklı bir şekilde, Bozdoğan Yeşilot ve ark.' ın (2017) ve Aydın' ın (2017) akciğer kanseri ile yaptıkları çalışmalarda cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [288,292]. Madani et al. (2018) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada ise kanser hastalarının cinsiyeti ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur [293]. Farklı bir şekilde, Taşan' ın (2020) kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında hastaların cinsiyetlerine göre BUÖ alt boyutları ve toplam puan kıyaslandığında araştırmaya katılan erkek hastaların, kadın hastalara göre daha fazla umutsuzluk yaşadığı saptanmıştır [294]. Bu çalışmanın sonucunda kadın hastalar semptomlarla erkek hastalara göre daha iyi başa çıktıkları için geleceğe daha umutlu baktıkları düşünölmektedir.

Çalışmada eğitim durumu ile umutsuzluk alt boyutu olan gelecekle ilgili duygu ve beklentiler , motivasyon kaybı , umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bu araştırma ile benzer şekilde, Sürücü ve ark.' ın (2017) yaptığı kanser hastaları ile yaptığı çalışmada eğitim durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtilmiştir [295]. Benzer bir şekilde, Bener et al. (2017) meme kanseri ile yaptığı çalışmada eğitim durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtilmiştir [296]. Farklı bir şekilde, Taşan' ın (2020) kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında hastaların eğitim durumları ile BUÖ alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırılmasında, okuryazar olmayan hasta grubunun diğer gruplara göre daha fazla puan aldığı belirlenmiştir [294].

Çalışmada alışma durumu ile umutsuzluk alt boyutu olan gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umutsuzluk toplam puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışma durumu ile umutsuzluk alt boyutu olan umut ile EDS

semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Benzer bir şekilde Fadiloğlu ve ark.' ın (2006) ve Öztunç ve ark.' ın (2013) kanserli hastalar ile yapılan çeşitli araştırmalarda da hastaların çalışma durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı görölmektedir [286,290].

Çalışmada kimle yaşama durumu ile umutsuzluk alt boyutu olan gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ve EDS semptom toplam puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kimle yaşama durumu umutsuzluk alt boyutu olan motivasyo kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu bulgu ile çocuklarıyla yaşayan hastaların yalnız ve eşleriyle yaşamasına oranla daha umutsuz olduğu saptanmıştır .

Bu araştırma ile farklı şekilde, Gündüz 'ün %26.6' sının akciğer kanseri olan kanser hastalarında yaptığı çalışmada yalnız yaşayan hastaların umutsuzluk puan ortalaması ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalaması, eşi ve çocuğu ile yaşayan hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. [287]. Bu araştırma ile benzer şekilde Bozdoğan Yeşilot ve ark.' ın (2017) akciğer kanseri olan hastalarla ve Öztunç ve ark.' ın (2013) meme kanseri olan hastalarla yaptıkları araştırmalarda hastaların birlikte yaşadığı kişiler ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir [288,290].

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

İleri evre akciğer kanseri hastalarının palyatif bakım gereksinimleri ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

İleri evre akciğer kanseri hastaların yaş ortalaması 62.68 ± 8.867 , %72.3' ünün erkek, %88.5' inin evli, %41.5' inin ilkokul mezunu, %37.0' inin emekli sandığı, %35.4' ünün serbest çalıştığı, %89.2' sinin şu anda çalışmadığı, %81.5' inin ise eşiyle yaşadığı bulunmuştur [Tablo 4.1].

İleri evre akciğer kanseri hastaların, hastalık tanı süresinin ay olarak ortalaması 20.48 ± 21.54 , %53.8' inin grade 3, %43.1' inin cerrahi tedavi aldığı, %80.8' sinin kemoterapi aldığı, %50.0' inin radyoterapi aldığı, %12.3' ünün biyoterapi aldığı, biyoterapi alanların ise %56.3' ünün tirozin kinaz inhibitörleri aldığı, %43.7' sinin monoklonal antikolar aldığı, %66.9' unun metastazı olduğu belirlenmiştir.

İleri evre akciğer kanseri hastaların %62.3' ünün ailesinde kanser öyküsü olduğu, %73.8' inin sigarayı bıraktığı, %13,9' unun sigarayı günde 1 paketten az , %51.0' inin günde 1 paket, %34.3' ünün günde 2 paket, %0.8' inin günde 3 paket sigara kullandığı bulunmuştur. Sigara kullanımı yıl olarak ortalaması $29,88 \pm 17,71$ bulunmuştur. %2.3' ünün alkol kullandığı, %63.1' inin alkol kullanmadığı, %34.6' sının bıraktığı, %33.8' inin 30 yıldır alkol kullandığı, %66.7' sinin 10 yıldır alkol kullandığı ve alkol kullanmayı bıraktığı yıl olarak ortalaması 27.09 ± 13.246 tespit edilmiştir. Hastaların %70.8' inin basit analjezikler, %21.5' inin hafif opioidler, %6.9' unun fentanly, durogesic, transdermal flaster, patch ısı bandı, %0.8' inin kuvvetli opioidler kullandığı saptanmıştır.

İleri Evre Akciğer kanseri hastaların %0.8' i 30, %6.2' si 40, %6.9' u 50, %14.6' sı 60, %71.5' i 70-80-90 karnofsky performansına sahiptir, karnofsky performans ortalaması ise 70.69 ± 13.53 olarak belirlenmiştir.

İleri Evre Akciğer Kanseri hastaların ağrı alt boyutu puan ortalamasının 4.46 ± 2.68 olduğu, yorgunluk alt boyutu puan ortalamasının 5.46 ± 2.12 olduğu, bulantı alt boyutu puan ortalamasının 3.15 ± 2.84 olduğu, depresyon alt boyut ortalamasının 3.65 ± 2.88 olduğu, anksiyete alt boyutunun 3.38 ± 2.84 olduğu, uyuşukluk alt boyut ortalamasının 5.01 ± 2.45 olduğu, iştahsızlık alt boyut ortalamasının 5.40 ± 2.59 olduğu, esenlik alt boyut ortalamasının 5.69 ± 1.87 olduğu, nefes darlığı alt boyut ortalamasının 4.49 ± 2.46 olduğu, kabızlık alt boyut ortalamasının 2.45 ± 2.53 olduğu, öksürük alt boyut ortalamasının 4.02 ± 2.41 olduğu, edmonton semptom toplam puan ortalamasının 47.17 ± 19.03 olduğu bulunmuştur.

İleri Evre Akciğer Kanseri hastaların umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler puan ortalamasının 1.40 ± 1.66 olduğu, umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı puan ortalamasının 3.43 ± 2.41 olduğu, umutsuzluk alt boyutlarından umut puan ortalamasının 2.05 ± 1.75 olduğu, umutsuzluk toplam puan ortalamasının 7.41 ± 6.01 olduğu bulunmuştur.

İleri Evre Akciğer Kanseri hastaların umutsuzluk düzeyi ile semptom yükü arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Hastaların umutsuzluk toplam puanı ile karnofsky performans puanları arasında negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. İleri evre akciğer kanseri hastalarının karnofsky performans puanları ile EDS semptom toplam puan arasında negatif yönde bir ilişki belirlenmiştir.

İleri Evre Akciğer Kanseri hastaların umutsuzluğun alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile EDS semptom toplam puan, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Umutsuzluğun alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ile hastanın karnofsky performans puanı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Umutsuzluğun alt boyutlarından motivasyon kaybı ile EDS semptom toplam puan, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Umutsuzluğun alt boyutlarından motivasyon kaybı ile hastanın karnofsky performans puanı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Umutsuzluğun alt boyutlarından umut ile EDS semptom toplam puan, yaş, tanı ayı

alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.

Umutsuzluğun alt boyutlarından umut ile hastanın karnofsky performans puanı arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Umutsuzluğun alt boyutlarından umutsuzluk toplam puan ile EDS semptom toplam puan, yaş, tanı ayı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Umutsuzluk toplam puanı ile hastanın karnofsky performans puanı arasında negatif yönde ilişki belirlenmiştir. Hastanın karnofsky performans puanı ile EDS semptom toplam puan, umutsuzluk toplam puan, yaş, tanı ayı arasında negatif yönde ilişki tespit edilmiştir.

İleri evre akciğer kanseri hastaların Umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Umutsuzluk alt boyutlarından umut ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Umutsuzluk toplam puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Eğitim durumu ile Umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve Umutsuzluk total, Semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından umut ve EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

İleri evre akciğer kanseri hastaların cerrahi tedavi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

İleri evre akciğer kanseri hastaların radyoterapi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından motivasyon kaybı, umut ve EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. İleri evre akciğer kanseri hastaların biyoterapi alma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler ve umutsuzluk toplam puan arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

İleri evre akciğer kanseri hastaların metastaz durumu ile, umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. İleri evre akciğer kanseri hastaların hastalığın evresi ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

İleri evre akciğer kanseri hastaların alkol kullanma durumu ile EDS semptom toplam puan anlamlı bir fark bulunmuştur.

İleri evre akciğer kanseri hastaların analjezik kullanma durumu ile umutsuzluk alt boyutlarından gelecekle ilgili duygu ve beklentiler, motivasyon kaybı, umut ve umutsuzluk toplam puan, EDS semptom toplam puan, hastanın karnofsky performansı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Hastaların palyatif bakım gereksinimlerini ve umutsuzluk düzeyini azaltmak için multidisipliner ekip ile birlikte çalışılmalı.
- Hastaların umutsuzluk düzeyini azaltmak amacıyla fiziksel ve psikososyal gereksinimler tanımlanmalıdır.
- Hastaların umutsuzluğuna neden olacak karşılanmamış gereksinimler karşılanarak hastanın umutsuzluk düzeyi azaltılmalıdır.
- Hastaların semptom yükleri mümkün olduğunca azaltılmalı, performans puanları yükseltilerek palyatif bakım gereksinimleri en aza indirilmeli bu doğrultuda da umutsuzluk düzeylerinin azaltılması hedeflenmelidir.

KAYNAKLAR

1. İnternet: Institut National Du Cancer. “Les chiffres du cancer en France”
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>.
2. Simith, T.J., Temin, S., Alesi, E.R., et al. “American Society of Clinical Oncology Provisional clinical opinion: The intekration of palliative care into standard onkology care”, *J Clin Onkol.*, 30(8), 880-887, 2012.
3. Parkin, D.M., Bray, F., Ferlay J. et al. “Estimating the world cancer burden: Globocan 2000”, *Int J Cancer.*, 94 (2), 153-160, 2001.
4. Harrison, J.D., Young, J.M., Price, M.A. et. al. “A systematic review of supportive needs of people living with lung cancer”, *Europen journal of oncology nursing.*, 17 (4), 449-464, 2013.
5. Tsai, J.S., Chiu, T.Y., Chen, C.Y., “Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients”, *J Pain Symptom Manage.*, 39 (4), 655-652, 2010.
6. Osse, B.H., Vernooij-Dassen, M.J., De, Vree, B.P, Schadé, E., Grol, R.P., “Assessment of the need for palliative care as perceived by individual cancer patients and their families: a review of instruments for improving patient participation in palliative care”, *Cancer.*, 88 (4), 900-911, 2000.
7. Beernaert, K., Deliens, L., Devroey, D., Block, .L.V., Cohen, J., “Is There a Need for Early Palliative Care in Patients With Life-Limiting Illnesses? Interview Study With Patients About Experienced Care Needs From Diagnosis Onward”, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine.*, 33 (5), 489-497, 2016.
8. Kasenda, B., Raatz, H., Bucher, H.C., “Early detection of lung cancer—review of opportunities and risks Therapeutische Umschau”, *Journal Pone*, 70 (4), 237-244, 2013.
9. Goodridge, D., Lawson , J., Duggleby, W., Marciniuk, D., Rennie, D., Stang, M., “Health care utilization of patients with chronic obstructive

- pulmonary disease and lung cancer in the last 12 months of life”, *Respir Med.*, 102 (6), 885-891 2008.
10. Temel, J.S., Greer, J.A, El-Jawahri, A., Pirl, W.F, Park, E.R., Jackson, V.A., “Effects of Early Integrated Palliative Care in Patients With Lung and GI Cancer: A Randomized Clinical Trial.”, *J Clin Oncol.*, 35 (8), 834-841, 2017.
 11. Maguire, R., Papadopoulou, C., Kotronoulas, G., Simpson, M.F., McPhelim, J., Irvine, L., “A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer”, *European Journal of Oncology Nursing* ., 17 (4), 449-464, 2013.
 12. Ball, H., Moore, S., Leary, A., “A systematic literature review comparing the psychological care needs of patients with mesothelioma and advanced lung cancer”, *European Journal of Oncology Nursing* ., 25 (2), 62-67, 2016.
 13. Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, Tevfik, P., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., Bulut, I., Özyılkan, Ö., “Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri”, *Uluslararası Hemotoloji-Onkoloji Dergisi.*, 18 (2), 2008.
 14. Sung, M.R., Patel, M.V., Djalalov, S., Le, L.W., Shepherd, F.A., Burkes, R.L., Feld, R., Lin, S., Tudor, R., Leighl, N.B., “Evolution of Symptom Burden of Advanced Lung Cancer Over a Decade”, *Clinical Lung Cancer.*, 18 (3), 274-280, 2017.
 15. Lofaso, C.R., Weigand, D.A., “Individual characteristics and selfperceived burden in cancer patients”, *Curr Psychol.*, 33 (2), 174–184, 2014.
 16. Beck, A.T., “ Thinking and depression I. “, *Arch Gen Psychiatry.*, 9 (4) , 324-333, 1963.
 17. Snyder, C.R., Sympson, S.C., Ybasco F.C., Sınırlar, T.F., Babyak, M.A., Higgins R.L., “Development and validation of the State Hope Scale”, *J Pers Soc Psychol.*, 70 (2), 321–335, 1996.
 18. Cheavens, J.S., Heiy, J.E., Feldman, D.B., Benitez, C., Rand, K.L., “Hope, goals, and pathways: Further validating the Hope Scale with observer ratings”, *J Posit Psychol.*, 14 (4), 452–462, 2019.

19. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H.; et al. "Depression, hopelessness, and desire for death in terminally ill cancer patients", *J Am Med Assoc.*, 284 (22), 2907–2911, 2000.
20. Hsiao, S.M., Gau, M.L., Ingleton, C., Ryan, T., et al. "An exploration of spiritual needs of Taiwanese patients with advanced cancer during the therapeutic processes", *J Clin Nurs.*, 20 (7-8), 950-959, 2011.
21. Maguire, R., Papadopoulou, C., Kotronoulas, G., Simpson, M.F., McPhelim, J., Irvine, L., "A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer", *Eur J Oncol Nurs.*, 17 (4), 449-464, 2013.
22. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H. et al. "Depression, hopelessness, and desire for death in terminally ill cancer patients", *J Am Med Assoc.*, 284 (22), 2907-2911, 2000.
23. Rosenfeld, B., Breitbart, W., Gibson, C. et al. "Desire for hastened death among patients with advanced AIDS", *Psychosomatic.*, 51 (2), 98-105, 2010.
24. Kissane, D., Clarke, D., Street, A., "Demoralization syndrome, a relevant psychiatric diagnosis for palliative care", *J Palliat Care.*, 17 (1), 12-21, 2001.
25. McLeod, J.E., Clarke, D.M., Smith, G.C., Trauer, T., Kissane, D.W., "A review of psychosocial aspects of motor neurone disease", *J Palliat Care.*, 21 (3), 173-179, 2005.
26. Everson, S.A., Goldberg D.E., Kaplan G.A., Cohen, R.D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., Salonen, J.T., "Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer", *Psychosom Med.*, 58 (2), 113-121, 1996.
27. Lehto, U.S., Ojanen, M., Dyba, T., Aromaa, A., Kellokumpu-Lehtinen, P., "Psychosocial predictors of survival in localized melanoma psychosocial predictors of survival in localized melanoma", *J Psychosom Res.*, 63 (1), 9-15, 2007.
28. Guthrie, A.E., Green, C.J., Matzoo, M.L., "Palliative and end-of- Life Care, Medical- Surgical Nursing Health and Illness Perspectives", *Palliative Care Nursing.*, 8 (3), 156-179, 2007.

29. World Health Organization “Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5, Geneva”, *WHO*, 2007.
30. World Health Organization “WHO definition of palliative care”, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
31. Smith, T.J., Temin, S., Alesi E.R., et al.; “American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care”, *J Clin Oncol.*, 30 (8), 880-887, 2012.
32. Temel, J.S., Pirly, W.F., Greer, J.A., et al. “Age and Gender Moderate the Impact of Early Palliative Care in Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer”, *The Onkologist.*, 21 (1), 119-120, 2016.
33. Lafitte, C., Fournel, C., Natoli, L., et al. “Implementation of optimized supportive care and hospital needs along the management of patients with advanced lung cancer”, *Lung Cancer.*, 124 (1), 143-147, 2018.
34. Wilcock, A., Crosby, V., Hussain, A., et al. “Lung cancer diagnosed following an emergency admission: Mixed methods study of the management, outcomes and needs and experiences of patients and carers”, *Respiratory Medicine.*, 114 (2), 38-45, 2016.
35. Goldwasser, F., Vinant, P., Aubry, R., et al. “Timing of Palliative Care Needs Reporting and Aggressiveness of Care Near the End of Life in Metastatic Lung Cancer: A National Registry-Based Study”, *Cancer.*, 124 (14), 3044-3051, 2018.
36. Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D. “Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği”, *Kriz Dergisi.*, 1 (3), 139-142, 1993.
37. Durak, A., Palabıyıkoglu, R., “Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması”, *Kriz Dergisi.*, 2 (2), 311-319, 1994.
38. Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P., Macmillan, K. “The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients”, *J Palliat Care.*, 7 (2), 6-9, 1991.
39. Yeşilbalkan, Ö., Özkütük, N., Karadakovan, A., Turgut, T., Kazgan, B., “Validity And Reliability Of The Edmonton Symptom Assessment Scale In Turkish Cancer Patients”, *Turkish Journal of Cancer.*, 38 (2), 62-67, 2008.

40. Peus, D., Newcomb, N., Hofer, S., “Appraisal of the Karnofsky Performance Status and Proposal of a Simple Algorithmic System for its Evaluation”, *BMC MedInform.*, 72 (13), 2-7, 2013.
41. Loeb, L.A., Ernster, V.L., Warner, K.E., “Abbotts, J., Laszlo, J., Smoking and Lung Cancer : An Overview”, *Cancer Research*, 44 (12), 5940–5958, 1984.
42. de Groot, P.M., Wu, CC., Carter, B.W., Munden, RF., “The epidemiology of lung cancer”, *Transl Lung Cancer Res*, 7 (3), 220–233, 2018.
43. Siegel, RL., Miller, K.D., Jemal, A., “Cancer Statistics”, *CA Cancer J Clin*, 66(1),7–30, 2016.
44. Gouvinhas, C., De Mello, RA., Oliveira, D., Castro-Lopes, JM., Castelo-Branco, P., Dos Santos, RS., “Lung cancer: A brief review of epidemiology and screening”, *Futur Oncol*, 14 (6), 567–75, 2018.
45. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I, Siegel RL., Torre LA., Jemal A., Global cancer statistics, “GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries”. *CA Cancer J Clin*. 2018, 68 (6), 394–424, 2018
46. Ferlay J., Soerjomataram I, Dikshit R., Eser S., Mathers C., Rebelo M., Parkin DM., Forman D., Bray, F., “Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012”. *Int J Cancer.*, 136 (5), E359-E386, 2015.
47. Türkyılmaz, M., Baran Deniz, E., Sevinç, A., DüNDAR, S., Boztaş, G., Seymen, E., Tütüncü, S., Ergün Kavak, E., Hacıkamiloğlu, E., T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Kanser İstatistikleri Yıllığı 2019”, T.C Halk Sağlığı Kurumu, *Ankara*, s. 41-44, 2019.
48. Alberg, A.J., Brock, M.V., Ford, J.G., Samet, J.M., Spivack, S.D., “Epidemiology of lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines”, *Chest.*, 143 (5), e1S-e29S, 2013.
49. Eriksen, M., Mackay, J., Ross, H., “The Tobacco Atlas. 4th ed. Atlanta”, *American Cancer Society.*, 63 (13), 277-280, 2013.

50. Alberg, A.J., Samet, J.M., “Epidemiology of lung cancer”, *Chest.*, 123(1), 21-49, 2003.
51. Horn, L., Lovly, C.M., “Recent advances in diagnostic technologies in lung cancer”, *Korean J Stajyer Med.*, 35 (2), 257–268, 2020.
52. Doll R. “Mortality from lung cancer in asbestos workers”, *Br J Ind Med.*, 12 (2), 81-86, 1985.
53. DeVita, V.T., Jr, Lawrence, T.S., Rosenberg, S.A., “DeVita, Helman, and Rosenberg’s Cancer Principles & Practice of Oncology 11th Edition”, s. 161-164, 2019.
54. Markowitz S.B., Levin S.M., Miller A., Morabia A., “Asbestos, asbestosis, smoking, and lung cancer. New findings from the North American insulator cohort”, *Am J Respir Crit Care Med.*, 188 (1), 90-96, 2013.
55. Lubin J.H., Boice J.D., Jr, Edling C., Hornung R.W., Howe G.R., Kunz E., Kusiak R.A., Morrison H.I., Radford E.P., Samet J.M., Tirmarche M., Woodward A., Yao S.X., Pierce D.A., “Lung cancer in radon-exposed miners and estimation of risk from indoor exposure”, *J Natl Cancer Inst.*, 87 (11), 817-827, 1995.
56. David Mendez., Kenneth E., “The Impact of Declining Smoking on Radon-Related Lung Cancer in the United States”, *Am J Public Health.*, 101 (3), 310-314, 2011
57. Darby S., Hill D., Auvinen A., Barros-Dios JM., Baysson H., Bochicchio F., Deo H., Falk R., Forastiere F., Hakama M., Heid I., Kreienbrock L., Kreuzer M., Lagarde F., Mäkeläinen I., Muirhead C., Oberaigner W., Pershagen G., Ruano Ravina A., Ruosteenoja E., Rosario A.S., Tirmarche M., Tomásek L., Whitley E., Wichmann HE., Doll R., “Radon in homes and risk of lung cancer: collaborative analysis of individual data from 13 European case-control studies”, *BMJ.*, 330, 223, 2005.
58. Manuscript A., “Lung cancer”, *Epidemiology, etiology, and prevention.*, 32 (4), 11, 2013.
59. Matakidou A., Eisen T., Houlston R.S., “Systematic review of the relationship between family history and lung cancer risk”, *British Journal of Cancer.*, 93, 825-833, 2005.

60. Gorlova O.Y., Weng S.F., Zhang Y. ve et al., "Aggregation of cancer among relatives of never-smoking lung cancer patients", *Int J Cancer.*, 121 (1), 111-118, 2007.
61. Gaspirano J., Rom WN., "Gender and lung cancer", *Clin Lung Cancer.*, 5 (6), 353-359, 2004.
62. Toyooka S., Tsuda T., Gazdar A.F., "The TP53 gene, tobacco exposure, and lung cancer", *Human Mutation.*, 21(3), 229-239, 2003.
63. Rivera, MP., "Lung cancer in women differences in epidemiology, biology, histology, and treatment outcomes, *Semin Respir Crit Care Med.*, 34 (6), 792-801, 2013.
64. Wingo P.A., Cardinez C.J., Landis S.H., Greenlee R.T., Ries LAG., Anderson R.N., et al. "Long-term trends in cancer mortality in the United States", *Cancer .*, 97, 3133- 3275, 2003.
65. Vogeltanz-Holm, N., Schwartz, G.G., "Radon and lung cancer: What does the public really know?", *J Environ Radioact.*, 192, 26-3, 2018.
66. Krewski, D., Lubin, J.H., Zielinski, J.M., et al. "Residential radon and risk of lung cancer", *Epidemiology.*, 16 (2), 137-45, 2005.
67. Alberg AJ., Ford JG., Samet JM., "Epidemiology of lung cancer ; ACCP evidence-based clinical practice guidelines ". *Chest.*, 13 (3), 29S-55S, 2007.
68. Freudenheim J.L., Ritz J., Smith-Warner S.A., Albanes D., Bandera E.V., Van Den Brandt P.A., et al. "Alcohol consumption and risk of lung cancer : A pooled analysis of cohort studie", *Am J Clin Nutr.*, 82 (3), 657-667, 2005.
69. Chao C., "Associations between beer, wine, and liquor consumption and lung cancer risk", *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.*, 16 (11), 2436-2447, 2007.
70. Molina J.R., Yang P., Cassivi S.D., Schild S.E., Adjei A.A., "Non-small cell lung cancer Epidemiology, risk factors, treatment, and survivorship", *Mayo Clin Proc.*, 83 (5), 584-594, 2008.
71. Gaspirano J., Rom W.N., "Gender and lung cancer", *Clin Lung Cancer.*, 5 (6), 353-359, 2004.
72. Kumar V., Abbas A., "Akciğer Tümörleri. Robbins Temel Patoloji 9th ed." Çeviri Editörü/Editörleri Sıtkı Tuzlalı., Mine Güllüoğlu., s.452, İstanbul, 2014.

73. Kashima J., Kitadai R., Okuma Y., et al. "Molecular and morphological profiling of lung cancer : a foundation for "Next-Generation" pathologists and oncologists", *Cancers.*, 11 (5), 599, 2019.
74. Horn, L., Lovly, CM., "Neoplasms of the Lung. Harrison's Principles of Internal Medicine 20th ed", Çeviri Editörü/Editörleri *Mc Graw Hill*, New York, s. 135, 2018.
75. Travis W.D., Brambilla E., Nicholson AG., Yatabe Y., Austin JHM., Beasley MB., Chirieac LR., Dacic S., Duhig E., Flieder DB., Geisinger K., Hirsch FR., Ishikawa Y., Kerr KM., Noguchi M., Pelosi G., Powell CA., Tsao MS., "Wistuba I., on behalf of the WHO Panel, The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification", *J Thorac Oncol.*, 10 (9), 1243-1260, 2015,
76. Yalman, D., "Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Radyoterapi Uygulamaları", *VI. Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi*, s.36-37, Antalya, 2014.
77. Silvestri G.A., Gonzalez A.V., Jantz M.A., Margolis M.L., Gould M.K., Tanoue LT., Harris LJ., Detterbeck FC., "Methods for staging non small cell lung cancer: diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines" *Ches.*, 143 (5), e211S-250S, 2013.
78. Detterbeck F., Khandani A.H., "The role of PET imaging in solitary pulmonary nodules", *Clin Pulm Med.*, 16 (2), 81-88, 2009.
79. Gould M.K., Donington J., Lynch W.R., Mazzone P.J., Midthun D.E., Naidich DP., Wiener R.S., "Evaluation of individuals with pulmonary nodules: when is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed, American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines"., *Chest*, 143 (5), e93s-e120s, 2013.
80. Goldstraw P., Chansky K., Crowley J., Rami-Porta R., Asamura H., Eberhardt W.E., Nicholson A.G., Groome P., Mitchell A., Bolejack V., "The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Lung Cancer", *J Thorac Oncol.*, 11 (1), 39-51, 2016.

81. Gift A.G., Jablonski A., Stommel M., Given W., “Symptom clusters in elderly patients with lung cancer”, *Oncology Nursing Forum.*, 31 (2), 203-210, 2004.
82. Yaman PM., “Akciğer Kanserinde Tedavi Yaklaşımı”., *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, s.157-168, istanbul 2007.
83. Büyükbayram Z., “Kemoterapi Alan Hasta Ve Bakım Veren Anksiyete Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler”. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-23, Malatya, 2014.
84. Yazgan EÖ., “Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini İnanç Ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi”, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-21, Ankara, 2014.
85. Aydın F., “Akciğer Kanseri Tanısı Konmuş Hastaların Ve Bakım Veren Yakınlarının Sigara Bırakmaya İlişkin Tutumlarının Değerlendirilmesi”, *Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Uzmanlık Tezi*, s.5-11, Ankara, 2016.
86. Zencir İ., “Akciğer Kanseri Nedeniyle Kemoterapi Gören Hastalarda Nötropeni Gelişiminin Öngörülmesinde Serum G-CSF Reseptör (CD114) Düzeylerinin Rolü”, *Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi*, s. 4-34, Çanakkale, 2013.
87. Can G., “Onkoloji hemşireliği, 1”, Çeviri Editörü/Editörleri Gülbeyaz Can, *Nobel Tıp Kitabevi*, s. 305- 421, İstanbul, 2014.
88. Gürsel E., “Kemoterapi Hastalarının Hatalı Tıbbi Uygulama Algısının Ve Deneyimlerinin Belirlenmesi”, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.11-17, Ankara, 2015.
89. Karabulut B., “Kemoterapi Prensipleri ve Kemoterapinin Yan Etkileri”, *IX. Ege Onkoloji Günleri Kitabı (Jinekolojik Onkoloji Semptom ve Cerrahi Workshop)*, s.1-23, İzmir, 2004.
90. Vizcarra C., Belcher D., “Management of the patient receiving parenteral biologic therapy”, *J Infus Nurs*, 29 (2), 63-71, 2006.

91. Battiato LA., Wheeler VS., “Biotherapy 5th ed.”, Çeviri Editörü/Editörleri Yarbro CH., Frogge MH., Goodman M., *Cancer nursing principles and practice*, s. 543-69, Boston, 2000.
92. Sunguroğlu A., Gümüfl G., “Monoklonal Antikorlar Ve Kanser Tedavisi”, *Türk Biyokimya Dergisi*, 26 (3), 11-8, 2001.
93. Schmidt K.V., Wood B.A., “Trends in cancer therapy, role of monoclonal antibodies”, *Semin Oncol Nurs*, 19 (3), 169-79, 2003.
94. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi “Akciğer kanseri tedavisinde farmakogenomik”, <https://en.wikipedia.org/wiki/Imatinib> (07.10.2016)
95. Karadağ E., “Yaşlı Kanser Hastalarında Yorgunluk”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.*, 11 (4), 328-333, 2018.
96. Postmus P.E., Kerr K.M., Oudkerk M., Senan S., Waller D.A., Vansteenkiste J., Escriu C., Peters S., “Early and locally advanced non-small cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up”, *Ann Oncol*, 28 (4), iv1-iv21, 2017.
97. Boynuz L., Lovly C.M., “Neoplasms of the Lung”, *Harrison’s Principles of Internal Medicine 20th ed.*, *Mc Graw-Hill*, New York, s.400-42, 2018.
98. Planchard D., Popat S., Kerr K., Novello S., Smit EF., Faivre-Finn C., Mok T.S., Reck M., Van Schill P.E., Hellmann M.D., Peters S, “Metastatic non-small cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up”, *Ann Oncol*, 29 (4), iv192-iv237, 2018.
99. İnternet: Türk Toraks Dergisi. “Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi” <http://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=213&menu=141>.
100. Eti Aslan F., Olgun N., Uzun Ö., “Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım 4. Baskı”, Çeviri Editörü/Editörleri, Ayfer Karadakovan, Fatma Eti Aslan, *Akademişyen Kitapevi*, s.185-212, Ankara, 2017.
101. Popper H.H. “Progression and metastasis of lung cancer”, *Cancer Metastasis Re.v*, 35 (1), 75–91, 2016.
102. Tamura T., Kurishima K., Nakazawa K., Kagohashi K., Ishikawa H., Satoh H., Hizawa N., “Specific organ metastases and survival in metastatic non-small-cell lung cancer”, *Mol Clin Oncol.*, 3 (1), 217–21, 2015.

103. Arslan D., Tatlı A.M., Üyetürk Ü., “Kansere Bağlı Ağrı ve Tedavisi”, *Abant Medical Journal.*, 2 (3), 256-260, 2013.
104. Çelikoğlu E., “Akciğer Kanserli Hastaların Torakotomi Sonrası Dönemde Ağrı Algıları ile Anksiyeteleri Arasındaki İlişki”, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.13-19, İstanbul, 2010.
105. Zaza C., Baine N., “Cancer Pain and Psychosocial Factors A Critical Review of the Literature”, *J Pain Symptom Manage.*, 24 (5), 526–542, 2002.
106. Gauthier LR., Rodin G., Zimmermann C., et al. “Acceptance of pain A study in patients with advanced cancer, *Pain* 143 (2), 147–154, 2009.
107. Tanaka K., Akechi T., Okuyama T., et al.” Impact of Dyspnea Pain and Fatigue on Daily Life Activities in Ambulatory Patients with Advanced Lung Cancer”, *J Pain Symptom Manage.*, 23 (5), 417–423, 2002.
108. Mercadante S., Vitrano V., “Pain in Patients With Lung Cancer Pathophysiology and treatment” *Lung Cancer.*, 68 (1), 10- 15, 2010.
109. Potter J., Higginson IJ., “Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology”, *Lung Cancer.*, 43 (3), 247-257, 2004.
110. Can G., Fadiloğlu Ç., Kılıç L., Özdemir E., Vatansever S., Akbay M.Ö., Emam D., Özcan S., Kocaman Yıldırım N., “Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım”, Çeviri Editörü/Editörleri, Nazmiye Kocaman Yıldırım, Adnan Aydınar, *Nobel Tıp Kitapevi*, s.25-27, İstanbul, 2015.
111. Swarm R., Benedetti C., et al. “Adult Cancer Pain:Clinical Practice Guidelines in Oncology”, *J Natl Compr Canc Netw.*, 8 (9), 1046-1086, 2019.
112. M Di Maio, Gridelli C., Gallo C., et al. “Prevalence and management of pain in Italian patients with advanced non-small-cell lung cancer”. *British Journal of Cancer.*, 90, 2288-2296, 2004.
113. Caraceni A., Portenoy RK., “An international survey of cancer pain characteristics and syndromes”, *Pain.*, 82 (3), 263-274, 1999.
114. Kumar N., “WHO Normative Guidelines On Pain Management. Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number

and topics of guidelines that should be developed by WHO”, s. 3-5, Geneva, 2007.

115. Woolf CJ., Max MB., “Mechanism-based pain diagnosis, issues for analgesic drug development”, *Anesthesiology.*, 95 (1), 241–9, 2001.
116. Hall S., “Adjuvant analgesics in pain management”, *Nurse Prescribing.*, 8 (3), 122, 2010.
117. Bingöl Z., Çavdar İ., Durna Z., Ece F., Elçigil A., Fadıloğlu Ç., İşçi D., Karadakovan A., Keskin S., Şen F., Özbaş A., Usta Yeşilbalkan Ö., Kocaman Yıldırım N., Aydın A., Can G., “Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım”. Çeviri Editörü/Editörleri Adnan Aydın, Gülbeyaz Can, *İpomet Matbaacılık*. s. 149-163, İstanbul, 2010.
118. Uzunoğlu S., Çiçin İ., “Kanser Hastalarında Ağrıya Yaklaşım”. *Klinik Gelişimi*, 24 (3), 14-20, 2011.
119. Sarihan E., Kadioğlu E., Artıran İF., “Kanser Ağrısı, Tedavi Prensipleri Ve Dünya Sağlık Örgütü Ağrı Basamak Tedavisi”. *Nobel Med.*, 8 (1), 5- 15, 2012.
120. Kabalak A., Öztürk H., Çağıl H., “Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım”. *Yoğun Bakım Dergisi.*, 11, (2), 56-70, 2013.
121. Korkan EA., Uyar M., “Ağrı Kontrolünde Kanıt Temelli Yaklaşım Refleksoloji”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 9-14, 2014.
122. Sharp DM., Walker MB., Chaturvedi A., et al. “A Randomised controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer”. *Eur J Cancer.*, 46 (2), 312-322, 2010.
123. Wood E.D., "National Comprehensive Cancer Network NCCN Clinical practice guidelines For Lung Cancer Screening”, *Review Article.*, 25 (2), 185-197, 2015.
124. Sis Çelik A., “Radyoterapi Sonucu Gelişen Yan Etkiler Ve Hemşirelik Yaklaşımı”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.*, 3 (3), 993-947, 2014.
125. Uğur Ö., “Kanser Hastasının Semptom Yönetimi”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 29 (3), 125-135, 2014.

126. Çayır Y., Işık M., “Terminal Dönem Kanser Hastalarında Evde Sağlık Hizmetleri”, *Smyrna Tıp Dergisi.*, 1, 87-89, 2012.
127. Bulut G., Uslu FR., Eyigör C., Uyar M., “Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi, (Dispne,Yorgunluk,Bulantı-Kusma, Ağrı)”, *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics.*, 10 (1), 25-35, 2017.
128. Harris DG., “Nausea and vomiting in advanced cancer”, *Br Med Bull.*, 96 (1), 175-185, 2010.
129. Arslan M., Özdemir L., “Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri”, *Türk Onkoloji Dergisi.*, 30 (2), 82-89, 2015.
130. Genç F., “Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastalarda Görülen Semptomlar ve Başa Çıkma Tarzları”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 5-32, Erzurum, 2005.
131. Yıldırım S., “Kemoterapi Alan Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Yan Etkilerin Beslenme Eğitimi Öncesi Ve Sonrası Değerlendirilmesi”, *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-17, Zonguldak, 2009.
132. İnternet: American Thoracic Society. “Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management a consensus statement” <https://doi.org/10.1164/ajrccm.159.1.ats898>
133. Hui D., Morgado M., Vidal M., et al. “Dyspnea in hospitalized advanced cancer patients subjective and physiologic correlates”, *J Palliat Med.*, 16 (3), 274–280, 2013.
134. Escalante CP., Martin CG., Elting LS., et al. “Dyspnea in cancer patients. Etiology, resourceutilatizion and survival implications in a managed care World”, *Cancer.*, 78 (6), 1314-1319, 1998.
135. McIlpatrick S., Muldrew DHL., Beck E., Carduff E., Clarke M., Finucane A., Graham-Wisener L., Larkin P., McCorry NK., Slater P., Hasson, F., “Examining Constipation Assessment and Management of Patients with Advanced Cancer Receiving Specialist Palliative Care, A Multi-Site Retrospective Case Note Review of Clinical Practice”, *BMC Palliative Care.*, 18 (1), 57, 2019.

136. Wang P., Hsu, C.-W., Liu, C.-T., Lai, T.-Y., Tzeng, F.-L., Huang, C.-F. “Effect of Acupressure on Constipation in Patients with Advanced Cancer”, *Supportive Care in Cancer.*, 27 (9), 3473-3478, 2019
137. Clark K., Smith J. M., & Currow D. C. “The Prevalence of Bowel Problems Reported in a Palliative Care Population”, *Journal of Pain and Symptom Management.*, 43 (6), 993–1000, 2012.
138. Muldrew DH., Hasson F., Carduff E., Clarke M., Coast J., Finucane A., Graham L., Larkin P., McCorry NK., Slater P., Watson M., Wright E., McIlpatrick S., “Assessment and Management of Constipation for Patients Receiving Palliative Care in Specialist Palliative Care Settings, A Systematic Review of the Literature”, *Palliative Medicine.*, 32 (5), 930- 938, 2018.
139. Woolery M., Bisanz A., Lyons H.F., et.al. “Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions For The Prevention And Management Of Constipation in Patients With Cancer”, *Clin J of Oncology Nursing.*, 12 (2) 317-337 , 2008.
140. Çelikel S., “Endobronşiyal Nedenler”, *Türk Toraks Dergisi .*, 14 (3), 22-23, 2013.
141. Truesdale K., Jurdi A., “Nebulized lidocaine in the treatment of intractable cough”, *American Journal of Hospice and Palliative Care.*, 30 (6), 587-589, 2013.
142. Kvale P.A., “Chronic cough due to lung tumors ACCP evidence-based clinical practice guideline”, *Chest.*, 129 (1), 147S-153, 2006.
143. Özbaş A., “Radyoterapi Sonucu Gelişen Semptomlarda Bakım”, *Oncology Nursing Forum.*, 31 (2), 203-210, 2003.
144. Elbi H., Noyan A., “Akciğer Kanseri Ve Psikiyatri”, Çeviri Editörü/Editörleri İHastürk S, Yüksel M , *Bilmedya Grup*, s. 375-84, İstanbul, 2000.
145. Kocaman Yıldırım N., Editör, Sabuncu N., Ay F., “Sağlık Bakım Profesyonelleri ile Hasta İletişimi , Klinik Beceriler: Sağlıkın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi”, *Nobel Tıp Kitapevi*, s.161–195, İstanbul, 2010.

146. Hou W.H., Chiang P.T., Hsu T.Y., et al. "Treatment effects of massage therapy in depressed people A meta-analysis", *J Clin Psychiatry.*, 71 (7), 894-901, 2010.
147. Quattrin R., Zanini A., Buchini S., et al. "Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment, methodology and outcomes". *J Nurs Manag.*; 14 (2), 96-105, 2006.
148. Ernst E., Posadzki P., Lee MS., "Reflexology: An update of systematic review of randomised clinical trials, *Maturitas.*, 68 (2), 116-120, 2011.
149. Murray SA., Kendall M., Worth A., ve Benton TF., "Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure, a prospective qualitative interview study of patients and their carers". *Palliative Medicine.*, 18 (1), 39-45, 2004.
150. Voogt E., van der Heide A., van Leeuwen AF., Visser AP., et al. "Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer", *Psychooncology.*, 14 (4), 262-267, 2005.
151. Rainbird K., Perkins J., Sanson - Fisher R, Rolfe I, et al. "The needs of patients with advanced, incurable cancer", *Br J Cancer.*, 101, 759-64, 2009.
152. Waller A., Girgis A., Johnson C., Lecathelinais C., et al. "Improving outcomes for people with progressive cancer, interrupted time series trial of a needs assessment intervention", *J Pain Symptom Manage.*, 43 (3), 569-81, 2012.
153. Harrison JD., Young JM., Price MA., Butow PN., et al. "What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review", *Supportive Care in Cancer.*, 17, 1117-1128, 2009.
154. Rainbird K., Perkins J., Sanson-Fisher R., Rolfe I., et al. "The needs of patients with advanced, incurable cancer", *Br J Cancer.*, 101, 759-64, 2009.
155. Beernaert K., Deliens L., Devroey D., Block .L.V., Cohen J., "Is There a Need for Early Palliative Care in Patients With Life-Limiting Illnesses? Interview Study With Patients About Experienced Care Needs From Diagnosis Onward", *American Journal of Hospice & Palliative Medicine.*, 33 (5), 489-497, 2016.

156. Ball H., Moore S., Leary A., “A systematic literature review comparing the psychological care needs of patients with mesothelioma and advanced lung cancer”, *European Journal of Oncology Nursing* ., 25 (2), 62-67, 2016.
157. Aydın O., Deveci A., Esen-Danacı A., “Kanser tanısı intihara yol açar mı? Risk algılama ve azaltımı nasıl yapılabilir?”, *Üroonkoloji Bülteni.*, 11 (3), 311-315, 2012.
158. Waller A., Girgis A., Johnson C., Lecathelinais C., et al. “Improving outcomes for people with progressive cancer, interrupted time series trial of a needs assessment intervention”, *J Pain Symptom Manage.*, 43 (3), 569-81, 2012.
159. Ferrell BR., Temel JS., Temin S, Smith TJ., “Integration of palliative care into standard oncology care, ASCO clinical practice guideline update summary”, *J Oncol Pract.*, 13 (2), 119-121, 2017.
160. İnternet: Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <https://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>;
161. İnternet: World Health Organization. "Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. London, 2014." <https://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>
162. Organization WH., “Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course”, *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy.*, 28 (2), 130-4, 2014.
163. İnternet: World Health Organization. “Palliative Care Definition International Association For Hospice And Palliative Care”, London, 2019. <https://hospicecare.com/what-wedo/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition>.
164. İnternet: World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. Retrieved <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
165. İnternet: WHO-WPCA “T.C Sağlık Bakanlığı Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge”, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
166. İnternet: T.C Sağlık Bakanlığı “Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge”, 2015. [https,](https://)

- //khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-veesaslari-hakkinda-yonerge.html.
167. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü '13 Ekim Dünya Palyatif Bakım Günü" <https://khgm.saglik.gov.tr/TR,49596/13-ekim-quotdunya-palyatif-bakim-gunuquot.html>.
168. Öngel K., "Palyatif Bakım Tarihçesi Gelişimi", *Türkiye Klinikleri.*, 8 (4), 236-240, 2017.
169. Danış MZ., ve Özhan E., "Sağlık Hizmetlerinde Palyatif Bakım, Kanser ve Sosyal Destek, Bir Vaka Örneğinde Güçlendirme Yaklaşımının Uygulanması", *Kesit Akademi Dergisi.*, 5 (18), 305-320, 2019.
170. Akpınar A., & Alvur M., "Palyatif Bakımda Etik ve Medikolegal Yaklaşım", *Türkiye Klinikleri.*, 8 (4), 292-298, 2017.
171. İnan N., "Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı?", *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics.*, 10 (1), 20-24, 2017.
172. Milicevic N. "The hospice movement, History And Current Worldwide Situation", *Archive of Oncology.*, 10 (1), 29-32, 2002.
173. Öngel, K., "Palyatif bakım tarihçesi ve gelişimi", *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 8 (4), 236-240, 2017.
174. Altuntaş M., "Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi", *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi.*, 8 (3), 26-30, 2016.
175. Carlson R., Devich L., Frank R., "Development of a Comprehensive Supportive Care Team for the Hopelessly Ill on a University Hospital Medical Service" *JAMA*, 259 (3), 378-383, 1988.
176. Beyhan, B., "Palliative care practices in Germany's health system", *Turkish Journal of Oncology.*, 27 (3), 142-149, 2012.
177. Horowitz, R., Gramling R., Quill T., "Palliative care education in US medical schools", *Medical Education*, 48 (1), 59-66, 2014.
178. İnternet: Bingley A., Clark D., "Palliative Care İn The Region Represented By The Middle East Cancer Consortiu", <http://mecc.cancer.gov/PCMONOGRAPH.pdf>.

179. Lynch, T., Concor, S., Clark, D., “Mapping levels of palliative care development: a global update”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 45 (6), 1094- 1106, 2013.
180. Alliance, Worldwide Palliative Care, and World Health Organization, "Global atlas of palliative care at the end of life", *London: Worldwide Palliative Care Alliance*, 2014.
181. Bingley A., Clark D., “A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC)”, *Journal of pain and symptom management.*, 37 (3), 287-96, 2009.
182. Schenck AP., Rokoske FS., Durham DD., Cagle JG., Hanson LC., “The Peace Project, identification of quality measures for hospice and palliative care”, *Journal of Palliative Medicine.*, 13 (12), 1451-9, 2010.
183. Turan, G.B., Polat H.T. & Mankan, T., “İntörn Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergis.*, 6 (2), 54- 60, 2017.
184. İnternet: Beresford L., Kerr K., “Next Generation of Palliative Care, Community Models Offer Services Outside the Hospital”, [http, //www.chcf.org/publications/2012/11/next-generationpalliative-care](http://www.chcf.org/publications/2012/11/next-generationpalliative-care)
185. Radbruch L., Payne S., Bercovitch M., et al. “White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe Part I. Recommendations from the European Association for Palliative Care”, *European Journal of Palliative Care.*, 16 (6), 278-289, 2009.
186. Fadilloğlu Ç., Ateş M., “Palyatif bakımda çok boyutlu hasta değerlendirmesi”, Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım 1. Baskı., Çiçek Fadilloğlu, Yasemin Yıldırım, Ankara, *Nobel Tıp Kitabevleri*, s.31-53, 2017.
187. İnternet: Akçiçek F., Fadilloğlu Ç., Akbulut G., “Palyatif bakım evde ve hastanede çalıştay raporu”, [https, //www.researchgate.net/publication/320035280_palyatif_bakim_calist_ayi_evde_ve_hastanede](https://www.researchgate.net/publication/320035280_palyatif_bakim_calist_ayi_evde_ve_hastanede)
188. Bowen L., “The multidisciplinary team in palliative care, a case reflection”, *Indian J Palliat Care.*, 20 (2), 142–145, 2014.

189. Özçelik H., Fadiloğlu Ç., Karabulut B., Uyar M., Elbi H., Eyigör S., Kuzeyli Yıldırım, Y., “Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü”, *Ağrı*, 26 (2), 47-56, 2014.
190. İnan N., “Palyatif Bakım Organizasyonu Nasıl Olmalı”, *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim Special Topics.*, 10 (1), 20-4, 2017.
191. İnternet: T.C Sağlık Bakanlığı “Palyatif Bakım Sağlık Bakanlığı Tanımları ve Planlamaları “ [http, //slideplayer.biz.tr/slide/2613382/](http://slideplayer.biz.tr/slide/2613382/).
192. Kav S., Brant, JM., & Mushani, T., “Perspectives in International Palliative Care”, *Seminars in Oncology Nursing.*, 34 (3), 284-293, 2018.
193. Dobrina, R., Tenze, M., & Palese, A., “An Overview of Hospice and Palliative Care Nursing Models and Theories”, *International Journal of Palliative Nursing.*, 20 (2), 75-81. 2014.
194. Head B.A., Song M.K., Wiencek C., Nevidjon B., Fraser D., & Mazanec P., “Palliative Nursing Summit, Nurses Leading Change and Transforming Care, The Nurse’s Role in Communication and Advance Care Planning”, *Journal of Hospice and Palliative Nursing.*, 20 (1), 23-29. 2018
195. Şahan U., & Terzioğlu, F. “Dünya’da ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi.*, 4 (2), 81-90, 2015.
196. İnternet: International Council of Nurses (ICN), “Nurses’ role in providing care to dying patients and their Families”, [https, //www.icn.ch/sites/default/files/inline files/A12_Nurses_Role_Care_Dying_Patients.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/A12_Nurses_Role_Care_Dying_Patients.pdf).
197. İnternet: Canadian Nurses Association (CNA), “The palliative approach to care and the role of the nurse”, [https, //www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/the-palliativeapproach-to-care-and-the-role-of-the-nurse_e.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/the-palliativeapproach-to-care-and-the-role-of-the-nurse_e.pdf).
198. Bahar A., “Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar Genişletilmiş 2. Baskı”, Çeviri Editörü/Editörleri, Özlem Ovayolu, Nimet Ovayolu, *Nobel Tıp Kitabevi*, s. 476-78, Adana, 2017.
199. Sujatha, R., Jayagowri, K., “Assessment of Palliative Care Awareness among Undergraduate Healthcare Students”, *Journal of Clinical and Diagnostic Research.*, 11 (9), JC06- JC10, 2017.

200. Yıldırım Y., “Palyatif Bakımda Hemşirelik Çalışmaları”, *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics.*, 10 (1), 49-56, 2017.
201. Madenoğlu Kıvanç M., “Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri” *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.*, 4 (2), 132–135, 2017.
202. Liliana D.L., “Palliative care and pain treatment in the global health agenda”, *Pain.*, 156(1), S115-118, 2015.
203. Yıldırım Y., Fadiloğlu Ç., “Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım 1. Baskı”, *Nobel Tıp Kitabevleri*, s.4-6, Ankara, 2017.
204. Hawley P., “Barriers to Access to Palliative Care. Palliative Care”, *Research and Treatment.*, 1 (6), 1-6, 2017.
205. İnternet: Sur H., “Tıbben Bitmiş Sayılan Ömürlere Hospis Çözüm Mü?” <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/420/Tibben-bitmissayilanomurlere-hospis-cozum-mu.aspx>.
206. İnternet : Sağlık Bakanlığı, “Palyatif Bakım Hizmetleri “, https://khgm.saglik.gov.tr/DB/11/14129_palyatif-bakim-hizmet.
207. İnternet: Sağlık Bakanlığı, “Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi”, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21354.palyatif-bakim-standartlaripdf.pdf?0>
208. Bahar A., “Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar Genişletilmiş 2. Baskı”, Çeviri Editörü/Editörleri, Özlem Ovayolu, Nimet Ovayolu, *Nobel Tıp Kitabevi*, s.475-481, Adana, 2017.
209. Kabalak A., “Türkiye’de Palyatif Bakım, Güncel gelişmeler, gereksinimler”, *Anestezi Dergisi* , 22, 16-24, 2014.
210. Kabalak, A. A., “Türkiye’ de palyatif bakım çalışmaları”, *Journal of Anesthesiology and Reanimation*, 10 (1), 7-12, 2017.
211. Fadiloğlu Ç., Akbulut G., Akçiçek F., “Palyatif Bakım Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu”, T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi No 1, İzmir*, s.11-12, 2013.
212. Işıkhani V., “Palyatif Bakım Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Mesleğinin Yeri Ve Geleceği”, *Dergipark.*, 27 (2), 97-112, 2016.

213. İntenet: Sağlık Bakanlığı “Palyatif Bakım Hizmetleri”, <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php?plaka=14>.
214. Koca F., T.C. Sağlık Bakanlığı, “Faaliyet Raporu”, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, *Ankara*, s.27-28, 2019.
215. Uslu, F., “Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2013.
216. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T. ve Ullrich A., “Palliative care, the World Health Organization's global perspective”. *J Pain Symptom Manage.*, 24(2), 91-96, 2002.
217. Osse BH., Vernooij-Dassen MJ., Schadé E., Grol RP., “The problems experienced by patients with cancer and their needs for palliative care”, *Support Care Cancer.*, 13, 722-32, 2005.
218. Peppercorn JM., Smith TJ., Helft PR., Debono DJ., et al. “American society of clinical oncology statement, toward individualized care for patients with advanced cancer”. *J Clin Oncol.*, 29(6), 755-60, 2011.
219. Kabalak AA., Öztürk H., Erdem T., Akın SB., “Ulus Devlet Hastanesi’nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması”. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2 (2), 122-126, 2012.
220. Bahti T., “Coping issues among people living with advanced cancer”. *Semin Oncol Nurs*, 26 (3), 175-82, 2010.
221. Altın N., “Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. Türkiye Klinikleri Family” *Medicine-Special Topics.*, 8 (4), 246-151, 2017.
222. Yates P., “Symptom Management and Palliative Care for Patients with Cancer”. *Nursing Clinics of North America.*, 52 (1), 179-191, 2017.
223. Solano JP., Gomes B., Higginson IJ., “A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease”. *J Pain Symptom Manage.*, 31 (1), 58-69, 2006.
224. Tsai JS., Wu CH., Chiu TY., Chen CY., “Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients”. *J Pain Symptom Manage.*, 39 (4), 655-662, 2010.

225. Alexander K., Goldberg J., Korc-Grodzicki, B., “Palliative Care and Symptom Management in Older Patients with Cancer”, *Clinics in Geriatric Medicine.*, 32 (1), 45-62, 2016.
226. Selman L., Harding R., Gysels M., Speck P., ve Higginson IJ., “The Measurement of Spirituality in Palliative Care and the Content of Tools Validated Cross-Culturally, A Systematic Review”. *J Pain Symptom Manage.*, 41 (4), 728-753, 2011.
227. Mok E., Wong F., ve Wong D., “The meaning of spirituality and spiritual care among the hong kong chinese terminally ill”. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (2), 360-370, 2009.
228. Özer B., Tezer E., “Umut ve Olumlu-Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkiler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 81-86, 2008.
229. Ata G., “Onkoloji Hastalarında Manevi İyiliğin Umut ve Depresyonla İlişkisi”, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.38-41 Erzurum, 2018.
230. Cutcliffe JR., Herth K., “The concept of hope in nursing 1, its origins, background and nature”. *Br J Nurs.*, 11(12), 832-840, 2002.
231. Altun Ö., Olçun Z., “Şizofreni Hastalığında Umut Kavramı”. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.*, 5 (1), 107- 112, 2018.
232. İnternet: TDK “Umut”
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid
233. Tarhan S., Bacanlı H., “İlkokuldan Üniversiteye Umut Kavramının Tanımlanması Üzerine Nitel Bir Çalışma”, *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi.*, 4 (2), 27-33, 2016.
234. Kavradım ST., Özer ZC., “Kanser tanısı alan hastalarda umut”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.*, 6 (2), 154-164, 2014.
235. Sürücü A., Mutlu D., “Bireyin yaşamında umut “, *Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar*, 2. Cilt., Ercan Yılmaz, Muhittin Çalışkan, Süleyman Alpaslan Sulak, *Çizgi Kitabevi*, s.115- 124, 2016.
236. Kelleci M., “Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi.*, 6 (1), 41-47, 2005.

237. Snyder CR., Lopez SJ., Sharey HS., Rand KL., Feldman DM., “Hope theory, measurements, and applications to school psychology”, *School Psychology Quarterly.*, 18 (2), 122-139, 2003.
238. Proserpio T., Ferrari A., Lo VS., Massimino M., Clerici CA., Veneroni L., Bresciani C., Casali PG., Ferrari M., Bossi P., “Hope in cancer patients, the relational domain as a crucial factor”, *Tumori.*, 101, 447-454, 2014.
239. Aslan Ö., Sekmen K., Kömürcü Ş., Özet A., “Kanserli hastalarda umut”, *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*, 11 (2), 18-24, 2007.
240. İnternet: WHO “ Mental disorders”,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.
241. Erdemir F., “Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 13. Baskı”, *Nobel Tıp Kitapevleri*, s.1-790, İstanbul, 2012.
242. Aktağ I., Alpay DD., “Abant İzzet Baysal Üniversitesi Beden Eğitimi Ve Spor Yüksekokulunda Öğrenim Gören Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyleri”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.*, 15 (1), 15-24, 2015.
243. Beck AT., Weissman A., Lester D., ve Trexler, L., “The Measurement of Pessimism, The Hopelessness Scale”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42 (6), 861, 1974.
244. Öz F., “Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Yenilenmiş 2. Baskı”, *Mattek Matbaacılık*, s. 189-224, Ankara, 2010.
245. Wakiuchi J., Marchi JA., Norvila LS., Marcon SS., Sales CA., “Hope of cancer patients undergoing chemotherapy”, *Acta Paul Enferm.*, 28 (3), 202-208, 2015.
246. Bayramova N., Karadakovan A., “Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*, 7 (2), 39-42, 2004.
247. Tuncay T., “Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının güçlendirme Yaklaşımı temelinde analizi”, *Dergipark.*, 20 (2), 69-88, 2009.
248. Şentürk V., Yaylı M., Civelek A., “Bir hastanın güncesi, kemik iliği nakli yapılan hastalara psikososyal yaklaşım”. *Kriz Dergisi*, 12 (1), 55-65, 2012.

249. Tokem Y., ve ark. "Meme Kanserli Kadınlarda Umutsuzluk Düzeyi Ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.*, 22 (2) , 147-157, 2006.
250. Kelleci M., "Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri". *Anadolu Psikiyatri Dergisi.*, 6 (1), 41-7, 2005.
251. Baljani E., Kazemi M., Amanpour E., Tizfahm T., "The relationship between religion, spiritual well-being, hope and quality of life in patients with cancer", *Basic & Clinical Cancer Research.*, 6 (4), 28-36, 2014.
252. Rustoen T., Lerdal A., Gay C., Kottorp A., "Rosch analysis of the Herth Hope Index in cancer patients"., *Health and Quality of Life Outcomes.*, 16, 196, 2018.
253. Snyder CR, "Crowson JJ. Hope and coping with cancer by collage women". *Journal of Personality.*, 66 (2), 195-214, 1998.
254. Akman Y., Korkut F., "Umut ölçeği üzerine bir çalışma", *Hacettepe Üniversitesi. Eğitim Fakültesi Dergisi.*, 9, 193 -202, 1993.
255. Liu L., Fiorentino L., Natarajan L., Parker BA., Mills PJ., Sadler GR., et al. "Pre-treatment symptom cluster in breast cancer patients is associated with worse sleep, fatigue and depression during chemotherapy", *Psychooncology.*, 18(2), 187-194, 2009.
256. Kissane D., Clarke D., Street A., "Demoralization syndrome, a relevant psychiatric diagnosis for palliative care", *J Palliat Care.*, 17 (1), 12-21, 2001.
257. McLeod, JE., Clarke, DM., Smith G.C., Trauer T., Kissane D.W., "A review of psychosocial aspects of motor neurone disease", *J Palliat Care.*, 21 (3), 173-179, 2005.
258. Everson, SA., Goldberg DE., Kaplan GA., Cohen, RD., Pukkala E., Tuomilehto J., Salonen JT., "Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer", *Psychosom Med.*, 58 (2), 113-121, 1996.
259. Lehto US., Ojanen M., Dyba T., Aromaa A., Kellokumpu-Lehtinen, P., "Psychosocial predictors of survival in localized melanoma psychosocial predictors of survival in localized melanoma", *J Psychosom Res.*, 63 (1), 9-15, 2007.

260. Rodin G., Mikulincer M., et al. "Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients", *Social Science & Medicine.*, 68 (3), 562-569, 2009
261. Rawdin B., Evans C., Rabow MW., "The relationships among hope, pain, psychological distress, and spiritual well-being in oncology outpatients", *J Palliat Med*, 16 (2), 167-72, 2013.
262. Topkaya Ö., "Kanser Hastalarının Palyatif Bakım Gereksinimleri İle Hasta Ve Ailelerinin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Ve Beklentilerinin İncelenmesi", *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 44-45, İstanbul, 2018.
263. Kocatepe V., "Akciğer Kanseri ile İlişkili Dispnenin Yönetiminde Yüze Fan Uygulamasının Etkisi", *İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi*, s. 33-35, İstanbul, 2019.
264. Xia W., Yu X., Mao Q., Wang A., Dong G., Chen B., Ma W., Xu, L., Jiang, F., "Improvement of survival for non-small cell lung cancer over time", *Onco Targets Ther.*, 10, 4295-4303, 2017.
265. Ramazanoğlu MN., "Lokal İleri veya Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Tanılı Hastalarda Sarkopeni Sıklığı ve Prognostik Önemi", *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Enstitüsü, Uzmanlık Tezi*, s. 42-43, Ankara, 2019
266. Doğan M., Yalçın S., Üneşi Ş., "Kırıkkale ilinde küçük hücre dışı akciğer kanseri tanılı hastaların retrospektif değerlendirilmesi", *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10 (2), 103-109, 2018.
267. Yıldız O., "Yaygın Evre Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Hastalarında İkinci Seride Kullanılan Kemoterapi Rejimlerinin Karşılaştırılması", *Meram Tıp Fakültesi Enstitüsü, Uzmanlık Tezi*, s. 18-19, Konya, 2020.
268. Ocak B., Şahin AB., Deligönül A., "Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseriinde Tek Merkez İmmünoterapi Deneyimi", *Ulusal İmmünoterapi ve Onkoloji Kongresi*, s. 29-30, Ankara, 2020.

269. Gelişken AR., “İleri Evre Akciğer Kanserli Hastalarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 37-38, İzmir, 2010.
270. Bülbül Y., Özlü T., Arinc S., Ozyurek B., Gunbatar H., Senturk A., ve ark., “Assessment of palliative care in lung cancer in Turkey”, *Med Princ Prac.*, 26 (1), 50-56, 2017.
271. Atay Yayla B., “İleri Evre Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyon Testlerinin Değerlendirilmesi”, *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enstitüsü, Uzmanlık Tezi*, s.24-25, Denizli, 2013.
272. Erdoğan, Eroğlu, C., “Evre IV Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Hemogram Parametrelerinin Prognostik Değeri”, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi*, s. 29-30, Kocaeli, 2020.
273. Yayla A., “İleri Evre Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Solunum Fonksiyon Testlerinin Değerlendirilmesi”, *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Enstitüsü, Uzmanlık Tezi*, s.28-29, Denizli, 2013.
274. Bayır D., Yetişiğiğit T., “Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserli Hastaların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, *Namik Kemal Medical Journal.*, 5 (1), 1-6, 2017.
275. Takayama, K., Atag S., Imamura F., et al., “Quality of Life and Survival Survey of Cancer Cachexia in Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Patients-Japan Nutrition and QOL Survey in Patients with Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Study”, *Support Care Cancer*, 24, 3473–3480, 2016.
276. Yogananda MN., Muthu V., Kohli A., et al., “Utility of the revised Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) and the Patient-Reported Functional Status (PRFS) in lung cancer patients”, *Support Care Cancer.*, 26 (13), 767–775, 2018.
277. Khamboon T., Pongthavornkamol K., Olson K., et al., “Symptom Experiences and Symptom Cluster across Dimensions in Thais with Advanced Lung Cancer” , *Pacific Rim International Journal of Nursing Research.*, 19 (4), 330-344, 2015.

278. Vogt, J., Beyer, F., Kuon, J., et al., “Symptom Burden and Palliative Care Needs of Patients with Incurable Cancer at Diagnosis and During the Disease Course”, *The Onkologist.*, 26, e1058–e106, 2021.
279. Kapo Jennifer M. MD, Akgün, Kathleen M., MD., MS., “İleri Akciğer Kanseri Olan Hastaların Bakımına Palyatif Bakımın Bütünleştirilmesi” *The Cancer Journal.*, 21 (5), 434-439, 2015.
280. Nehir, S., Tavşanlı, N.G., Özdemir, Ç., Akyol, TA., “Determination of hopelessness and the perception of illness in cancer”, *OMEGA-Journal of Death and Dying.*, 79 (2), 115-131, 2019.
281. Mystakidou, K., Pathiaki, M., et al., “The Relationship Between Quality Of Life And Levels Of Hopelessness And Depression In Palliative Care “, *Depression And Anxiety.*, 25 (9), 730–736, 2008.
282. Rodin, G., Donner, A., et al., “Pathways to distress, The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients “, *Social Science & Medicine.*, 68 (3), 562–569, 2009.
283. Steffen, L.E., Gabbard J., Vowles K.E., et al., “Hope-related goal cognitions and daily experiences of fatigue, pain, and functional concern among lung cancer patients”, *Smith Supportive Care in Cancer.*, 28, 827–835, 2019.
284. Berendes D., Keefe F.J., Somers T.J., Kothadia S.M., Porter L.S., Cheavens J.S., “Hope in the Context of Lung Cancer, Relationships of Hope to Symptoms and Psychological Distress “, *Journal of Pain and Symptom Managament.*, 40 (2), 174–182, 2010.
285. İşçan B., “Akciğer Kanseri Hastalarında Görülen Umutsuzluk Düzeyleri ve Değer Algularının Hastalık İle Başa Çıkabilmeleri İle İlişkisi”, *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.30-35, İstanbul 2019.
286. Fadiloğlu Ç., Cantilav Ş., Yıldırım YK., Tokem Y., “Meme kanserli kadınlarda umutsuzluk düzeyi ve baş etme davranışları arasındaki ilişki”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.*, 22 (2), 147-160, 2006.
287. Gündüz F., “Kanserli Hasta Ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”, *Aydın*

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi, Aydın, s.42, 2019.

288. Bozdoğan Y.S., Öztunç G., Yeşil Demirci P., Inel Manav A., Paydaş S., “The Evaluation of Hopelessness and Perceived Social Support Level in Patients with Lung Cancer”, *International Journal of Health and Life Sciences.*, 3 (2), 88-105, 2017.
289. Atan G., Özer Z., Bahçecioglu Turan G., “Kanser Hastalarında Umutsuzluk ve Manevi Bakım Algısının Değerlendirilmesi”, *J Contemp Med.*, 10 (2), 266-274, 2020.
290. Öztunç G., Yeşil P., Paydaş S., Erdoğan S., “Social Support and Hopelessness in Patients with Breast Cancer”, *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention.*, 14 (1), 571-578, 2013.
291. Çam O., Saka Ş., Gümüş AB., “Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi”, *Meme Sağlığı Dergisi.*, 5 (2), 73-81, 2009.
292. Aydın İH., “Kanser Hastalarında Umut-Umutsuzluk Sosyal Destek İlişkisi: Şanlıurfa İlinde Tedavi Görem Hastalar Örneği”, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi , s.62-63, 2017.*
293. Madani H., Pourmemari M., Moghimi M., Rashvand F., “Hopelessness, Perceived Social Support and Their Relationship in Iranian Patients with Cancer”, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing.*, 5 (3), 314-319, 2018.
294. Taşan N., “Kanser Hastalarında Maneviyat İle Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi s.22, Malatya, 2020.*
295. Sürücü SG., Öztürk M., Alan S., Usluoğlu F., Akbaş M., Vurgeç BA., “Identification of the Level of Perceived Social Support and Hope of Cancer Patients and Their Families”, *World Cancer Research Journal.*, 4 (2), 1-11, 2017
296. Bener A., Alsulaiman R., Doodson L., Agathangelou T., Depression, “Hopelessness and Social Support Among Breast Cancer Patients, in Highly Endogamous Population”, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.*, 18 (7), 1889-1896, 2017.

EKLER

EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK FORM

Tarih: //2020

A- Sosyo-demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz?
1- Kadın 2- Erkek
2. Kaç yaşındasınız? (.....)
3. Medeni durumunuz?
1- Evli 3- Ayrı yaşıyor
2- Bekar
4. Eğitim durumunuz?
1- Okur-yazar 4- Lise mezunu
2- İlkokul mezunu 5- Fakülte/Yüksekokul mezunu
3- Ortaokul mezunu
5. Sosyal güvenceniz?
1- S.S.K. 3- Bağ-Kur
2- Emekli Sandığı 4- Özel (Sigorta)
5- Diğer.....
6. İş- mesleki durumunuz nedir?
1- İşçi 4- Emekli
2- Memur 5- Ev hanımı
3- Serbest 6- Diğer.....
7. Şu anda çalışıyor musunuz?
1- Hayır 2- Yarım gün yada belirli saatlerde çalışma
3- Tam gün çalışma
8. Evde kiminle yaşıyorsunuz? (.....)
1- Yalnız 2- Eşimle
3- Çocuklarla 4- Diğer (.....)

B- Hastalığa İlişkin Değişkenler

9. Hastalık tanısı nedir? Belirtiniz.....
10. Hastalığınızın süresi nedir? Belirtiniz.....
11. Hastalığın evresi
1- Grade 3 2- Grade 4
12. Cerrahi tedavi aldınız mı?
1- Evet 2- Hayır
13. Kemoterapi aldınız mı?
1- Evet 2- Hayır
14. Radyoterapi aldınız mı?
1- Evet 2- Hayır

15. Biyoterapi aldınız mı?

1- Evet 2- Hayır

15. a) Cevabınız evet ise hangi biyoterapi ilaçlarını kullandığınızı yazınız.

1- Tirozin kinaz inhibitörleri

(Gefitinib, Erlotinib, Krizotinib, Afatinib, Ceritinib, Alectinib, Brigatinib, Osimertinib)

2-Monoklonal Antikorlar

(Cetuximad, Bevacizumad, Tecentrig, Keytruda)

16. Metastaz var mı?

1- Evet 2- Hayır

17. Ailenizde kanser öyküsü var mı?

1- Evet 2- Hayır

18. Sigara kullanıyor musunuz?

1-Evet 2- Hayır

3-Bıaktım

18. a) Cevabınız evet ise kaç günde bir ve kaç yıl kullandığınızı yazınız.

1-paket/adet,gün,

2-yıl

18. b) Cevabınız bıraktım ise kaç yıl kullandığınızı yazınız.

1-paket/adet,gün,

2-yıl

19. Alkol kullanıyor musunuz?

1-Evet 2- Hayır

3-Bıaktım

19. a) Cevabınız evet ise ne kadar süre kullandığınızı yazınız.

1-yıl

19. b) Cevabınız bıraktım ise ne kadar süre kullandığınızı yazınız.

1-yıl

20. Ağrı kesici (analjezik) kullanıyor musunuz?

1-Basit Analjezikler (Parasetamol, NSAİİ)

2- Hafif Opioidler (Contramal kapsül, Contramal ampul IV)

3-Fentanyl, Durogesic transdermal flaster, Patch ısı bandı

4- Kuvvetli Opioidler (Morfin ampul, Morfin tablet)

EK II. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen herbir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Örneğin okuduğunuz ilk ifade size uygun ise “Evet”, uygun değil ise “Hayır” ifadesinin altındaki kutunun içine (X) işareti koyunuz. **Sizin için uygun mu?**

	EVET	HAYIR
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.	()	()
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bırakmam iyi olur.	()	()
3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.	()	()
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.	()	()
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.	()	()
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.	()	()
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.	()	()
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.	()	()
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.	()	()
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.	()	()
11. Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu gözüküyor.	()	()
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi <u>ummuyorum</u> .	()	()
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.	()	()
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.	()	()
15. Geleceğe büyük inancım var.	()	()
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.	()	()
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.	()	()
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.	()	()
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.	()	()
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.	()	()

Puanlama

Evet= 0,

Hayır= 11, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19. maddeler ters kodlanıyor (Reverse maddeler)

EK III. EDMONTON SEMPTOM DEĞERLENDİRME SİSTEMİ

Edmonton Semptom Değerlendirme Sistemi (ESAS)

Lütfen aşağıdakileri en iyi açıklayan sayıyı daire içine alın:

Ağrı yok	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü ağrı
Yorgun değil	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü yorgunluk
Bulantı yok	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü
Depresyonlu değil	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü depresyon
Anksiyöz değil	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü anksiyete
Uyuşuk değil	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü uyuşukluk
En iyi iştah	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü iştah
En iyi esneklik	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü esneklik
Nefes darlığı yok	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü nefes darlığı
Diğer Sorun Kabızlık/Öksürük		
Kabızlık yok	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü kabızlık
Öksürük yok	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Olası en kötü öksürük

EK IV. KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI

KARNOFSKY PERFORMANS SKALASI

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.
0	Ölüm

EK V. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli Katılımcı, İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarında Palyatif Bakım ihtiyaçları ve umutsuzluk düzeyinin belirlenmesiyle ilgili bir araştırma yapmaktayız. Bu çalışma için Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. Çalışmamızda size konuyla ilgili Kansere Hastasına Özgü Sosyo-demografik Form, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Edmonton Semptom Değerlendirme Sistem Skalası Ölçeği, Karnofsky Performans Skalası formları yüz yüze uygulanacaktır.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Esra DOĞAN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi

Cep Telefonu: 0544-285-64-30

Ben,.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma yöntemi araştırmacı tarafından tarafıma anlatıldı. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmacının herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

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

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

Adres:

Tel: