



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN
HASTALARDA KONFOR DÜZEYİ VE KONFORU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

AFİDE GÜNER

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR

İSTANBUL, 2020

Tarih: 08 / 01 / 2020

Anabilim Dalı : HEMŞİRELİK
Program : HEMŞİRELİK
Öğrencinin;
Adı ve Soyadı : AFİDE GÜNER
Öğrenci No : 170808017
Danışman : DR. ÖĞR. ÜYESİ AZİME KARAKOÇ KUMSAR

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Afide GÜNER tarafından hazırlanan "Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 08 / 01 / 2020

Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmza
DR. ÖĞR. ÜYESİ AZİME KARAKOÇ KUMSAR	Biruni Üniversitesi	
Prof. Dr. Leman ŞENTURAN	Biruni Üniversitesi	
Prof. Dr. Ükke KARABACAK	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Afide Güner



TEŞEKKÜR

Araştırmamın başından sonuna kadar bilgi, deneyim ve desteğinden dolayı çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Azime Karakoç Kumsar’a, araştırmama katılmayı kabul eden İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde tedavi gören hastalara, araştırma sürecimde yardımını esirgemeyen hocalarıma ve meslektaşlarıma, süreç boyunca hiçbir şekilde desteğini üzerimden eksik etmeyen aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygı ve sevgilerimle...

Afide Güner

İçindekiler	Sayfa No
İÇ KAPAK	-
ONAY YAZISI	-
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER	V
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	VIII
TABLO LİSTESİ.....	V
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ	3
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Akciğer Kanseri	6
2.2. Akciğer Kanseri Etiyolojisi.....	6
2.3. Akciğer Kanserin Belirti ve Bulguları.....	8
2.3.1. Primer tümörün gelişmesine bağlı belirti ve bulgular	8
2.3.2. İntratorasik yayılıma bağlı belirti ve bulgular	10
2.3.3. Tümörün sistemik yayılımına bağlı gelişen belirti ve bulgular	10
2.3.4. Paraneoplastik sendromların oluşumuna bağlı belirti ve bulgular.....	11
2.4. Akciğer Kanseri Tanı	11
2.4.1. Girişimsiz (Noninvazif) tanı yöntemleri.....	11
2.4.2. Girişimsel (İnvaziv) tanı yöntemleri	12
2.5. Akciğer Kanserin Histolojik Sınıflandırılması	14
2.6.Akciğer Kanseri Evreleme	14
2.7.Akciğer Kanseri Tedavi ve Prognoz	16
2.7.1. Akciğer kanserinde cerrahi tedavi	18
2.7.1.1.Preoperatif değerlendirme.....	18
2.7.1.2. Cerrahi tedavi yöntemleri.....	18
2.7.1.3.Postoperatif komplikasyonlar	19
2.7.1.4.Preoperative hemşirelik bakımı	20
2.7.1.4.A.Fizyolojik hazırlık.....	20
2.7.1.4.B.Psikolojik hazırlık.....	21
2.7.1.4.C.Ameliyat öncesi dönemde hasta eğitimi	22

2.7.1.5. <i>İntraoperative hemşirelik bakımı</i>	22
2.7.1.6. <i>Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı</i>	23
2.7.1.7. <i>Taburculuk planlaması</i>	25
2.8. Konfor Kavramı	26
2.9. Konfor Kuramı	27
2.9.1. <i>Konfor kuramı taksonomik yapısı</i>	29
2.9.2. <i>Konfor kuramının düzeyleri</i>	29
2.9.3. <i>Konfor kuramının boyutları</i>	30
2.10. Akciğer Kanserinin Cerrahi Tedavisi Ve Konfor Arasındaki İlişki	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	34
3.2. Araştırma Soruları	34
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	34
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4.1. <i>Örneklem sayısının belirlenmesi</i>	35
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	36
3.5.1. <i>Araştırmaya alınma kriterleri</i>	36
3.5.2. <i>Araştırmadan dışlanma kriterleri</i>	36
3.6. Veri Toplama Araçları	36
3.6.1 <i>Hasta tanılama formu (Ek 1):</i>	36
3.6.2. <i>Perianestezi konfor ölçeği (Ek 2):</i>	36
3.7. Veri Toplama Yöntemi	37
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	38
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
4. BULGULAR	40
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	40
4.2. Hastaların Perianestezi Konfor Ölçeğine İlişkin Bulgular	46
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Perianestezi Konfor Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	48
5. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER	54
5.1. Tartışma	54
5.2. Sonuç ve Öneriler	61
6. KAYNAKÇA	63
7. EKLER	79
EK 1: Hasta Tanılama Formu	79

EK 2: Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)	81
EK 3: Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı.....	82
EK 4: İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	84
EK 5: Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi İzin Yazısı.....	85
EK 6: Perianestezi Konfor Ölçeği Kullanım İzni	86
EK 7: Gönüllü Olur Formu	87
8.ÖZGEÇMİŞ	88
9. İNTİHAL RAPORU	89



SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

ARDS	Akut Respiratuar Distres Sendromu
AJCC	Amerikan Kanser Komitesi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DLCO	Akciğer Ölçümlerinde Karbon Monoksit Difüzyonu
DVT	Derin Ven Trombozu
ICC	Uluslararası Kanser Birliği
KHAK	Küçük Hücreli Karsinom
KHDAK	Küçük Hücreli Dışı Karsinom
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PTE	Pulmoner Tromboemboli
TTİA	Transtorasik İnce İğne Aspirasyonu
TNM	Tümör-Nod-Metastaz Sınıflandırması
VATS	Video Eşliğinde Torakoskopik Cerrahi
VKSS	Vena Kava Superior Sendromu
WHO	World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 2.1	Akciğer Kanseri Başlangıç Semptom ve Bulguların Sıklığı	9
Tablo 2.2	Akciğer Kanseri için Evreleme Sınıflamaları	16
Tablo 2.3	Akciğer Kanserinin Evreye Göre Tedavisi ve Prognozu	17
Tablo 2.4	Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı	30
Tablo 3.1	Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi	38
Tablo 4.1	Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	41
Tablo 4.2	Hastaların Hastalık Öykülerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	42
Tablo 4.3	Hastaların Ameliyat Sürecine İlişkin Bulguların Dağılımı	44
Tablo 4.4	Hastaların Ameliyat Sonrası Vital Bulguları Ortalamaları	45
Tablo 4.5	Ameliyat Olan Hastaların Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Açlık Ve Susuzluk Süreleri Ortalamaları	46
Tablo 4.6	Hastaların Perianestezi Konfor Ölçeğine İlişkin Bulgular	47
Tablo 4.7	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Perianestezi Konfor Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	49
Tablo 4.8	Hastaların Ameliyat Sürecine İlişkin Özellikleri İle Perianestezi Konfor Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	51
Tablo 4.9	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Perianestezi Konfor Ölçeği Puanlarının İncelenmesi	52

ÖZET

Güner A. (2020). Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Amaç: Araştırma akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların konfor düzeyleri ile konforu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırma Haziran– Eylül 2019 tarihleri arasında, İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi’nde akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan; bilinci açık, iletişim kurabilen, araştırmaya katılmayı kabul eden 185 hasta ile yapıldı. Veriler Hasta Tanılama Formu, Numerik Ağrı-Bulantı Skalası, Perianestezi Konfor Ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Verilerin analizlerinde ortalama, standart sapma, t-testi, Pearson korelasyon analizi, Tek yönlü (One way) Anova testi, Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 58.87 ± 12.01 olduğu, %70.3’inin erkek, %91.4’ünün evli, %70.8’inin ortaokul ve altı, %85.4’ünün çalışmadığı, %33.0’ünün sigara içtiği, %48.6’sının 1-10 yıl sigara içme öyküsü olduğu belirlendi. Hastaların, %81.1’inin ameliyat öncesi eğitim aldığı, %76’sının hemşireden, %86’sının ise doktordan eğitim aldıkları belirlendi. Hastaların ameliyat sonrası “ Perianestezi Konfor Ölçeği” puan ortalaması 4.55 ± 0.71 olarak bulundu. Genel sağlığı algısı iyi olan, şimdiki ameliyata yönelik tutum olumlu olan, ameliyat öncesi eğitim alan hastaların konfor puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$). Konforu azaltan faktörler; hastaların kendilerini yabancı bir ortamda hissetmesi, çok endişeli olmaları, içinde bulundukları durumdan rahatsız olmaları, ortam ısının yeterli olmaması olarak belirlendi.

Sonuç: Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası konfor düzeyinin yüksek olduğunu belirlendi. Hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde, bireysel gereksinimlere yönelik, planlı olarak hazırlanmış eğitimler vermesi ve cerrahi girişim sonrası hastaların konfor düzeyini belirleyerek elde edilen sonuçlara göre bakımı bireysel olarak planlaması ve uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, göğüs cerrahisi, hemşirelik, konfor

ABSTRACT

Güner A. (2020). Comfort Level And Factor Affecting Comfort Level Of Patients Who Had Surgery For Lung Cancer. Master's Thesis. Biruni University Graduate Education Institute, İstanbul.

Objective: The study was performed to determine the comfort level and factor affecting comfort in patient undergoing surgery for lung cancer.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 185 patient who had surgery for lung cancer, who were conscious, who were able to communicate, and who accepted to participate in the study. The study was performed in İstanbul Yedikule Thoracic Diseases and Thoracic Surgery Training Research Hospital, between June And September 2019. The data of the study were collected by face to face interview using The Patient Identification Form and Perianesthesia Comfort Questionnaire. Statistical analyses were performed using mean, standard deviation, t-test, Pearson correlation analysis and One way ANOVA test. Scheffe test was used as a complementary post-hoc analysis to determine the difference after the ANOVA test. $p < 0.05$ value was accepted as statistical significance level.

Result: The average age of the patient participating in the study was 58.87 ± 12.01 , 70.3% thereof were male, 91.4% thereof were married, 70.8% thereof middle school and lower graduated, 85.4% thereof not working. It was found that 33% of the patient were smokers, 48.6% thereof had a smoking history of 1-10 years. It was found that 81.1% of the patients received pre-operative training, 76% received training from the nurse and 86% received training from the doctor. When postoperative period of patient were examined, Perianesthesia Comfort Questionnaire point average was found as 4.55 ± 0.71 . The patient with good general health perception, positive attitude towards the current surgery and having preoperative training were found to have higher comfort score ($p < 0.05$). Factors reducing comfort were found that patients feel themselves in foreign environment and they have to be very worried. Also they are uncomfortable with the current situation and ambient temperature isn't enough.

Conclusion: The comfort level of the patient who had surgery for lung cancer was found to be high. It is suggested that nurses should be provided with planned trainings for individual needs in the perioperative period and that the comfort level is determined after the surgical intervention and the planning, implementation of the care according to the results obtained.

Key Words: Comfort, lung cancer, nursing, thoracic surgery

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Akciğer kanseri tüm dünyada en sık görülen kanser türlerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akciğer kanserinin 2018 yılında toplam 2.093.876 yeni olgu ile tüm kanserlerin %11.6'sını meydana getirdiğini bildirmiştir (World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. 2018; Erişim tarihi: 21/09/2019, <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>).

Akciğer kanseri, sebep olduğu mortalite yükü açısından da oldukça önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yine DSÖ verilerine göre, akciğer kanseri tüm dünyada kansere bağlı ölümler içinde 1.76 milyon ölüm ile toplam kansere bağlı ölümlerin %18.4'ünü oluşturmasıyla en yüksek orana sahiptir (World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. 2018; Erişim tarihi: 21/09/2019, <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>).

Türkiye'de erkeklerde akciğer kanseri en sık görülen 1. kanser (29.405 yeni olgu sayısı, toplam kanser yeni olgu vakalarının %24.7'si), kadınlarda ise en sık görülen 5. kanser türüdür (5.298 yeni olgu sayısı, toplam kanser yeni olgu vakalarının %5.8' i), (World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. 2018; Erişim tarihi: 21/09/2019, <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>).

Erken tanı ve tedavide bilgisayarlı tomografi (BT) tabanlı tarama, moleküler testler, multimodal tedavilerin etkinliğinin artması gibi son gelişmelere rağmen; akciğer kanseri, yönetimi hala zor bir hastalıktır. Akciğer kanserini tedavi eden klinisyenler sıklıkla geç evre teşhisleri, kötü sonuçlar, tedavi toksisiteleri, çoklu komorbiditeler, davranışsal risk faktörleri ve karmaşık semptom yükleriyle karşılaşır (Bellizi et al., 2005; Youlden et al., 2008). Yapılan bir çalışmada klinisyenlerin, akciğer kanseri hastalarının refahı hakkında diğer katı tümörleri olan hastalara kıyasla daha karamsar oldukları, bakım ve tedavisinin daha zor olduğu, hastaların yaşam kalitesi beklentilerinin düşük olduğuna yönelik algıları olduğu gösterilmiştir (Hamann et al., 2013).

Akciğer kanserlerinde uygulanacak tedavi yöntemi, tümör histolojisi, hastalığın evresi, pulmoner fonksiyonlar, ko-morbiditeler ve yaş gibi hasta ile ilişkili özellikler doğrultusunda belirlenir (Yılmaz, 2018). Akciğer kanserinde cerrahi tedavi en önemli tedavi şekli olup, medikal olarak cerrahiye uygun Evre I ve II akciğer kanserli hastalarda ana tedavi seçeneğidir (Bayram, 2014).

Bütün cerrahi girişimler, bireyin hayatının doğrudan güvence altına almayı amaçlayan uygulamalar olmakla birlikte, bireyi tüm boyutları ile etkileyen bir travma olup, hastanın konforunun bozulmasına sebep olabilmektedir (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Ameliyat öncesi anestezi korkusu ve anksiyete, fiziksel bazı problemlere sebep olurken, ameliyat sonrası dönemde fiziksel ve psikososyal sorunlar, cerrahi girişimin süresi, girişim uygulanan organ, ağrı hissetme durumu, uykusuzluk, cerrahi girişime bağlı stres gibi birçok faktör cerrahi hastasında anksiyete meydana getirebilmektedir (Ören B, 2018). Yapılan bir araştırmada, cerrahi girişime bağlı yaşanan stresin hafif düzey ile panik düzeyi arasında değiştiği bildirilmektedir (Okanlı ve ark., 2006).

Akciğer rezeksiyon cerrahisi, hastaların aylarca fiziksel işleyişini azaltabilir, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir ve farklı bir yaşam tarzı sürdürmek zorunda bırakabilir. Akciğer cerrahisinde, hastanın iyileşmesini engelleyebilecek postoperatif komplikasyonların gelişme riski de yüksektir (Handy et al., 2002).

Akciğer kanserli hastalar, tıbbi tedavinin seçimi, alınan tedavinin yan etkileri, potansiyel hastalığın tekrarı, yaşam kalitesi, duygusal sıkıntı, aile sorunları vb. dahil olmak üzere, hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerinde büyük rahatsızlıklara neden olan çok yönlü sorunlara sahiptir (Arora, 2009).

Torasik cerrahi hastalarında cerrahi teknik ve tedavi stratejileri gelişmeye devam etmektedir. Sağlık ekibinin temel üyelerinden biri olan hemşirelerin de diğer sağlık profesyonelleriyle birlikte, hastaların kaliteli bakım almasını sağlama yönünde gelişmelere ayak uydurması gerekmektedir (Yeung, 2016).

Hemşirelik bakımını planlama yaklaşımları, uygulayıcı merkezli olmaktan hasta merkezli olmak üzere değişmiştir (Dale, 2006). Hasta merkezli bakım üç temel unsurdan oluşur. Bunlar; hastalara özgü bireysel ihtiyaçlarını saptamak ve bakım planlamak, hastaları bakım planlamasına dahil ederek güçlendirmek ve hasta-klinisyen ilişkisi kurmaktır (Belkora et al., 2009).

Günümüzde hasta odaklı ve kanıta dayalı uygulamaları benimsemek yaygın bir uygulamadır. Ancak, sağlık çalışanları ve benimsenen hasta odaklı kanıta dayalı uygulamaların çoğu cerrahi girişim gibi travmatik olaylardan, hastanın fiziksel durumunun nasıl etkilendiğini önemserken çoğu zaman psikolojisi ve konforunun nasıl etkilendiğini göz ardı edebilmektedir (Breitbart, 2008; Yeung, 2016).

Konfor, temel bir insan gereksinimidir ve bir sağlık sorunu ile karşılaşıldığında, bu temel bireysel gereksiniminin sağlık profesyonelleri tarafından karşılanacağı ümit edilmektedir (Ören, 2018). Hastayı koruma, kollama ve rahatlatma felsefesi üzerine temellenen hemşireliğin, önemli sorumluluk alanlarından birisi de hasta konforunun sağlanması ve sürdürülmesidir (Nuraini et al., 2017).

“Fiziksel, psikospirituel, çevresel ve sosyo-kültürel boyutlarda ferahlama, rahatlatma ve sorunların üstesinden gelme” olarak tanımlanan konfor, bütün cerrahi girişimlerde olduğu gibi göğüs cerrahisi sonrasında da olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Üstündağ, 2009).

Göğüs cerrahisi uygulanan hastalarda yapılan bir çalışmada çoğunluğu akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların erken postoperatif konfor düzeyi ve genel konfor düzeyi ortalamanın üstünde, durumluluk anksiyete düzeyi ve sürekli anksiyete düzeyi orta derecede tespit edilmiştir (Ören, 2018).

Üstündağ’ın (2009) göğüs kalp damar hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların genel konfor düzeyi ve erken postoperatif konfor düzeyi yüksek; durumluluk ve süreklilik anksiyeteleri orta düzeyde bulunmuştur. Cerrahi hastalarında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde hastaların postoperatif dönemde orta düzeyde anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (Gallo et al., 2005).

Hastanın konfor düzeyini, hemşirelere olan güven duygusunu ve memnuniyetini arttırmak için sağlık bakımı sunan merkezlerde fiziksel ve sosyal yönden rahatlık sağlanmalıdır (Şahin ve Rızalar, 2016). Bu bağlamda, araştırma akciğer kanseri tanısıyla ameliyat olan hastaların konfor düzeyleri ile konforu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen sonuçlarla, hemşirelik bakımını planlamak ve bakım kalitesini geliştirmek için geliştirilecek stratejiler açısından hemşirelere ve literatüre kaynak sağlanacağı düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

Kanser, tüm dünyada mortalite ve morbidite oranı yüksek, bireyi, aileyi, toplumu her yönüyle etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Her yıl çok sayıda insan kanser tanısı alarak hastalığın vermiş olduğu sıkıntıları çekmekte ve bazıları hayatlarını kaybedebilmektedir. Kanser, farklı organlarda hücrelerin kontrolsüz çoğalması sonucu gelişen, klinik görülme şekli, tedavi ve bakım yaklaşımı birbirinden farklı olan hastalıklar grubu olarak tanımlanmaktadır (Tekpınar ve ark., 2018).

Akciğer kanseri, akciğer dokularını zarara uğratan, komşu dokuları istila etme, yayılma ve vücudun diğer bölgelerine metastaz yapma özelliğine sahip hücrelerin çoğalması sonucu gelişen kontrol edilemeyen bir hastalıktır (Yılmaz, 2012).

2.2. Akciğer Kanseri Etiyolojisi

Akciğer kanserinde etiyolojik faktörlerin önemi büyüktür. Akciğer kanseri gelişiminde yaş, cinsiyet, ırk, eşlik eden akciğer hastalığı varlığı, sigara, mesleki maruziyet, çevresel etmenler ile diyetin etkili olduğu bildirilmektedir (Müşellim, 2007).

Yaş, Cinsiyet ve Irk: Hastaların çoğu 50-70 yaş arasındadır. Erkeklerde daha sık görülmektedir fakat son yıllarda insidans, kadınlarda erkeklere göre daha hızlı artış göstermektedir. Kadınlardaki akciğer kanseri insidansı ve mortalite hızındaki artış; sigara içme prevalansındaki artışa paralel seyretmekle beraber genetik, biyolojik, hormonal ve çevresel faktörler ile yaşam tarzının tek başlarına veya sigara ile birlikte varyasyonlarının bu duruma neden olabileceği belirtilmektedir (Özkan, 2008). Beyaz ırkta zenci ırka göre akciğer kanseri görülme sıklığı daha azdır (Müşellim, 2007).

Aile öyküsü: Otuz iki çalışmayı içeren bir meta-analiz, sigaradan bağımsız olarak ailede akciğer kanseri öyküsü olan kişilerde akciğer kanseri için 2 kat artmış risk olduğunu göstermiştir (Matakidou et al.,2005).

Eşlik eden akciğer hastalığı varlığı: Astım, tüberküloz, obstrüktif akciğer hastalıkları, kronik bronşit, amfizem gibi akciğer hastalıklarının da akciğer kanseri etiyojisi için birer risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Adlkofer, 2001).

Sigara: Akciğer kanseri etiyojisinden sorumlu tutulan başlıca risk faktörü sigara ve tütün kullanımıdır. Akciğer kanserlerinin %80'inden fazlası tütün maruziyeti olan kişilerde görülür. Sigara içen dokuz kişiden birinde akciğer kanseri gelişir. Uzun süreli sigara içenlerde akciğer kanseri göreceli risk, sigara içmeyenlere göre 10 kat ila 30 kat olarak tahmin edilmektedir (Pisani et al., 2002; Jemal et al., 2005). Akciğer kanseri riski sigara içme miktarıyla orantılı olup, günlük içilen paket sayısı, sigaraya başlama yaşı, soluma derecesi, sigaraların katran ve nikotin içeriği ve filtrenin kullanılmaması gibi faktörlerden etkilenmektedir. Tütün kullanımının ortadan kaldırılmasıyla dünyadaki tüm kanser ölümlerinin %20'sinin önlenileceği tahmin edilmektedir (Harris et al., 2004).

Çevresel etmenler ve mesleki maruziyet: Endüstriyel ve tarımsal meslek ortamlarında kullanılan asbest, kadmiyum, nikel, radon, krom, berilyum, arsenik, eter gibi maddelere maruz kalma akciğer kanseri riskini arttırdığı belirtilmektedir (Alberg ve Samet, 2003). 2000 yılında, dünya genelinde erkeklerde akciğer kanseri ölümlerinin %10'unun (88.000 ölüm) ve kadınlar arasında %5'inin (14.300 ölüm) sekiz mesleki akciğer kanserojenine maruz kalması ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (Driscoll et al., 2005).

Radon; radyoaktif bir maddedir. DNA hasarına sebep olabilmektedir ve uranyum madenlerindeki toprak ve kayalarda bulunmaktadır. Uranyum madeni işçilerinde, radon içerikli malzeme kullanılan evlerde yaşayanlarda akciğer kanserinin arttığı belirtilmiştir (Alberg ve Samet, 2003). Bazı yapılan çalışmalarda adenokarsinoma nedeni arsenik, küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) nedeni uranyum, klorometil eter ve büyük hücreli akciğer kanserinin nedeni olarak da vinil klorid olarak belirtilmiştir (Gürel, 2018).

Sigara kullanımının fazlalığı, hava kirliliği ve mesleki karsinojenlere maruz kalma nedeninin kentlerde kırsal kesime göre fazla olmasından dolayı, kentlerde yaşayanların akciğer kanseri sıklığı kırsal kesimlere göre daha fazladır (Yılmaz ve ark., 2001).

Diyet: Diyetin tüm kanserlerin yaklaşık %30'undan sorumlu olduğu öne sürülmektedir. Birçok rapor, diyet faktörlerinin akciğer kanseri riskine katkıda bulunduğunu göstermektedir (Ruano Ravina et al., 2000; Cruz et al., 2011). Örneğin; A, C ve E vitaminleri gibi düşük serum antioksidan konsantrasyonlarının, oksidatif DNA hasarını azaltacağı ve kansere karşı koruyucu olabileceği düşünülmektedir (Cruz et al., 2011).

Vitamin A hem hayvansal (retinol) hem de bitkisel (karotenoid) kaynağa sahip olup sadece bitkisel bileşenin akciğer kanserine karşı koruyucu etkileri olduğu bildirilmektedir. A vitamininden fakir beslenenlerde akciğer kanser riski oranı A vitamininden zengin beslenenlere oranla 4-6 kat fazla olduğu belirtilmektedir. Özellikle, belirgin bir karotenoid olan β -karoten'in akciğer kanserine karşı en büyük koruyucu etkiye sahip olduğu bildirilmektedir (Cruz et al., 2011).

2.3. Akciğer Kanserin Belirti ve Bulguları

Asemptomatik hastalarda akciğer kanserinin yaklaşık %10'u göğüs radyografilerinde tespit edilmesine rağmen, çoğu hasta teşhis edildiğinde semptomatiktir. Hastalar, spesifik olmayan sistemik yorgunluk, anoreksi ve kilo kaybı semptomları ile primer tümörün gelişmesine, paraneoplastik sendromların oluşumuna, intratorasik ve ekstratorasik yayılımına bağlı belirti ve semptomlar gösterebilir (Tablo 2.1), (Beckles et al., 2003; Akdağ, 2009).

Yeni akciğer kanseri tanısı konmuş 678 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların %6'sının asemptomatik olduğu, %32'sinin metastatik hastalığı gösteren spesifik yakınmalarının, %27'sinin primer tümöre bağlı yakınmalarının, %27'sinin iştahsızlık, kilo kaybı ve yorgunluğu kapsayan nonspesifik sistemik yakınmalarının olduğu bildirilmiştir (Beckles et al., 2003).

2.3.1. Primer tümörün gelişmesine bağlı belirti ve bulgular

Göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı ve hemoptizi primer tümörün sık görülen bulgularıdır (Beckles et al., 2003)

Tablo 2.1: Akciğer Kanseri Başlangıç Semptom ve Bulguların Sıklığı

Semptom ve bulgular	Yaklaşık görülme sıklığı %
Öksürük	75
Kilo kaybı	68
Nefes darlığı	58-60
Göğüs ağrısı	45-49
Hemoptizi	29-35
Kemik ağrısı	25
Çomak parmak	20
Ateş	15-20
Kuvvetsizlik	10
Süperior vena kava sendromu	4
Disfaji	2
Wheezing, stridor	2

Kaynak: Beckles, M. A., Spiro, S. G., Colice, G. L., Rudd, R. M. (2003), Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest*, 123(1), 97-104.

Öksürük: Endobronşiyal kitleye sahip ve postobstrüktif pnömoni hastalarının %75'inde görülür (Beckles et al., 2003; Yılmaz, 2012).

Dispne: Balgam ve öksürükle ilişkili olan dispne hastaların %60'ında görülür ve solunum yolunu tıkayan bir tümörden kaynaklanabilir. İnspiratuar zorluk ve stridor, segmental amfizem, lokalize ronküs ve tekrarlayan pnömoniler hava yollarına bası ve tıkanıklık sonucunda meydana gelebilmektedir (Beckles et al., 2003; Yılmaz, 2012).

Hemoptizi: Hemoptizi, primer tümör semptomları olan hastaların %35'inde görülür. Akut bronşit, hemoptizinin en sık sebebi olmasına rağmen, hemoptizi ile başvuran 40 yaşın üzerindeki hastalarda akciğer kanserinden şüphelenilmelidir. Genellikle santral yerleşimli skuamöz hücreli akciğer kanserlerinde hemoptizi görülmektedir (Beckles et al., 2003; Yaman, 2008).

Göğüs ağrısı: Akciğer kanseri tanısı alan hastaların yaklaşık %50'sinde görülür. Ağrının kaynağı mediasten, göğüs duvarı ya da plevra olabilir. Tümörün plevral yüzeye yayılması sonucunda plöritik göğüs ağrısı meydana gelebilmektedir (Beckles et al., 2003).

Erbaycu ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada, hastaların %49.5'i göğüs ağrısı, %45.5'i öksürük ve %38'i nefes darlığı şikayetleriyle hekime başvuruda bulunmuştur.

2.3.2. İntratorasik yayılıma bağlı belirti ve bulgular

Akciğer kanseri teşhisi konan hastaların %40'ı başlangıçta intratorasik yayılım belirtileri ve semptomları ile kendini gösterir. İntratorasik yayılma, tümörün doğrudan uzaması veya lenfantikler yoluyla yayılmasından kaynaklanır (Collins et al., 2007).

Akciğer grafisinde nefes darlığı veya yüksek sol hemidiyafram ile birlikte frenik sinir felci ortaya çıkabilir. Laringeal sinir felci nedeniyle ses kısıklığı hastaların %2-18'inde görülür (Beckles et al., 2003)

Göğüs duvarı tutulumu sıklıkla kalıcı plöretik ağrı meydana getirebilir. Plevral efüzyonlar dispne, azalan nefes sesleri ve perküsyona donukluk ile ortaya çıkabilir. Özofagus tıkanması disfajiye neden olabilir (Beckles et al., 2003).

Vena Kava Superior Sendromu (VKSS) üst gövde, omuzlar ve kollardaki genişlemiş damarlar ile karakterizedir. Perikardiyal tutulum sıklıkla görülmekle birlikte, hastalarda nadiren semptomatik perikardiyal efüzyon ve kalp tamponadı görülebilmektedir (Wudel and Nesbitt, 2001).

2.3.3. Tümörün sistemik yayılımına bağlı gelişen belirti ve bulgular

Akciğer kanserli hastaların yaklaşık 1/3'ünde ekstratorasik yayılım belirtileri ve semptomları görülür. Yaygın metastatik bölgeler arasında kemikler (%25), santral sinir sistemi (%20), kalp ve perikart (%20), karaciğer (%1-35), adrenal bezler (%2-22), böbrek (%10-15), gastrointestinal sistem (%12) bulunur (Collins et al., 2007; Akdağ, 2009).

Spesifik olmayan ekstratorasik yayılım belirtileri zayıflık ve kilo kaybıdır. Kemik metastazı sıklıkla ağrı, kırılma veya yüksek alkalik fosfataz seviyesi ile ortaya çıkar ve genellikle uzun kemik veya omurları içerir. Palpe edilebilir lenfadenopati, özellikle supraklaviküler fossada metastaz olduğunu gösterir (Collins et al., 2007; Akdağ, 2009).

Hastaların %10'u beyin metastazına bağlı baş ağrısı, bulantı, kusma, focal nörolojik bozukluklar, nöbetler, konfüzyon veya kişilik değişiklikleri ile başvurur. Her ne kadar karaciğer tutulumu yaygın olsa da, transaminaz yüksekliği nispeten nadirdir (Collins et al., 2007; Akdağ, 2009).

2.3.4. Paraneoplastik sendromların oluşumuna bağlı belirti ve bulgular

Akciğer kanserli hastaların yaklaşık %10'unda paraneoplastik sendromlarla ilgili sistemik semptomlar gelişir. Bu tümör tarafından üretilen biyoaktif maddelerin salınmasından veya tümörün cevabından kaynaklanır. Semptomlar tanıdan önce hastalığın seyrinde geç gözükabilir veya nüks gösterebilir (Collins et al., 2007).

Akciğer kanseri ile ilişkili paraneoplastik sendromlar;

- Endokrin sistem %2 (hiperkalsemi, uygunsuz antidiüretik hormon salınımı, vb.),
- Nöromusküler %1 (ensefalomyelit, nöropati vb),
- Metabolik (hipoürisemi, hiperamilazemi),
- Renal %1 (glomerülonefrit, nefrotik sendrom),
- Hematolojik %1-8 (trombositoz, lökositoz, eozinofili), koagülopati (dissemine intravasküler koagülasyon, tromboflebit), kollajen-vasküler (vaskülit, sistemik lupus eritematozis vb.),
- İskelet sistemi (çomak parmak %29, artrit %10),
- Dermatolojik %1,
- Diğer (ateş %21, kaşeksi %31) olarak gruplandırılabilir (Berber, 2014).

2.4. Akciğer Kanseri Tanı

Akciğer kanserinin tanılanmasında kullanılan yöntemler girişimsiz ve girişimsel olmayanlar olarak ikiye ayrılır.

2.4.1. Girişimsiz (Noninvazif) tanı yöntemleri

Akciğer kanserinin invazif olmayan teşhisi zorlu bir mücadeledir. Her ne kadar doku teşhisi gelecek için altın standart olarak kalsa da, invazif tanı prosedürleriyle ilişkili riskler ve maliyetlerle ilgili sorular çok önemlidir (Atwater et al., 2016).

Laboratuvar incelemeleri: Hastalara tam kan sayımı ile birlikte, karaciğer enzimleri, renal fonksiyon parametreleri içeren biyokimyasal testler yapılmalıdır (Akciğer Kanseri Tanı Ve Tedavi Rehberi, 2006).

Radyolojik görüntüleme yöntemleri: Tanılamada önce akciğer grafisi çekilir. Şüpheli duyulan durumlarda primer tümörler için toraks BT, metastatik hastalığı

değerlendirmek için ve küratif amaçlı tedavi olan hastalarda manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile pozitron emisyon tomografi görüntüleme (PET-BT) kullanılmalıdır (Ergelen ve Çagatay, 2013).

Balgam Sitolojisi: Merkezi yerleşimli tümörlerin tanımlanmasında yararlı olabilecek invazif olmayan bir testtir. En az 3 örnek gereklidir. Test, merkezi tümörlerin %71'ini, periferik tümörlerin %50'sinden daha azını tespit eder. Bu nedenle, negatif balgam sitolojisine sahip şüpheli olgularda, daha ileri testler gereklidir (Rivera et al., 2003).

2.4.2. Girişimsel (İnvaziv) tanı yöntemleri

Hekimlerin doğru bir doku teşhisi elde etmelerine yardımcı olacak çeşitli invaziv tanı yöntemleri vardır. İnvaziv tanı seçenekleri arasında bronkoskopi, bilgisayarlı tomografi kılavuzluğunda perkütan biyopsi, transbronşiyal ince iğne aspirasyonu, mediastinoskopi, video eşliğinde torakoskopik cerrahi ve torakotomi sayılabilir (Vilman and Puri, 2007).

Bronkoskopi: Hastalığın tanı, evreleme ile tedavisinde önemli bir yere sahiptir ve tanıda ilk tercih edilen minimal invazif bir yöntemdir. Ancak tanı verimliliği, tümörün boyut ve yeri ile ilişkilidir. Fiberoptik bronkoskopi (FOB), trakeobronşiyal sistemdeki değişikliklerin doğrudan görülmesini ve tanı için örnek alınmasını sağlar (Doruk ve arkadaşları, 2010). Sitolojik veya histolojik materyal elde etmek için, bronş lavajı (BL), bronş fırçalama (BF), bronş mukoza biyopsisi (BMB), transbronşiyal iğne aspirasyonu gibi yöntemler ayrı ayrı veya birlikte kullanılır (Berber, 2014).

Yapılan bir çalışmada, akciğer kanserli olguların %58.3'ünün BL, %61.8'inin BF ve %87.5'inin BMB yöntemleri ile tanı aldığı saptanmıştır. BL ve BF yöntemleri birlikte uygulandığında değerlendirmede tanı oranının %81.8'e yükseldiği aynı çalışmada bildirilmektedir. Ayrıca, BMB yöntemiyle tanı koyma oranı ise, direkt tümör bulgusu olanlarda %94.8, indirekt tümör bulgusu olanlarda %65.8 olarak belirlenmiştir. Diğer taraftan, BMB yönteminin tanı oranının BL ve BF yönteminden daha yüksek olduğu ve direkt tümör bulgusu olanlarda tanı oranını 1.39 kat artırdığı saptanmıştır (Doruk ve ark., 2010).

Perkütan transtorasik ince iğne aspirasyonu (TTİA): Geleneksel transtorasik iğne aspirasyonu BT veya floroskopi ile yönlendirmeyi kullanan akciğer nodülü biyopsisine perkütan bir yaklaşımdır. Genellikle hava yollarına erişimle sınırlı olan çoğu bronkoskopik yaklaşımın aksine, TTİA operatörün merkezi hava yolu anatomisine dayanmadan hedefe ulaşmak için periferik nodülleri biyopsi yapmasına izin verir. Bu yaklaşım, kullanıcılarının %90'lık teşhis verimlerine ulaşmalarını sağlar (Wahidi et al., 2007). Bu tanısal verim diğer cerrahi olmayan herhangi bir yaklaşımdan daha yüksek olsa da, TTİA'nın dezavantajı %15-25 oranında bir pnömotoraks oranına yol açması, geleneksel bronkoskopik yaklaşımların ise %1,5'den daha düşük oranlara sahip olmasıdır. (Gilbert et al., 2014).

Torasentez/ Erişilebilir bir düğümün eksizyonel biyopsisi: Plevral effüzyon varlığında torasentez uygulanarak alınan sıvının sitotoksik incelemesi yapılabilmektedir. Testin duyarlılığı %80, özgüllüğü %90'ın üzerindedir. Palpe edilebilir lenfadenopati varlığında eksizyonel biyopsi işlemi uygulanabilir (Rivera et al., 2003).

Mediastinoskopi: Standart bir servikal mediastinoskopi, suprasternal çentigin üstündeki küçük bir cilt insizyonu ile içeri itilen endoskop aracılığıyla mediastene geçilerek genellikle ameliyathanede genel anestezi altında yapılır. Çoğu merkezde, hastalar stabil bir durumdalarsa genellikle aynı gün taburcu edilirler. Yapılan çalışmalarda mediastinal invazyon açısından yaklaşık %90 duyarlılığı ve %100 spesifitesi mevcuttur (Kılıç, 2011).

Video eşliğinde torakoskopik cerrahi (VATS): Malignite şüphesi olan periferik akciğer nodülü olan hastalarda küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanısı için etkili bir araçtır. VATS, nodülün yerini belirlemeye yardımcı olabilir. Biyopsi amacıyla, genellikle interkostal alanda üç bölgeye yerleştirilen 5-20 mm cilt insizyonları ile genel anestezi altında gerçekleştirilir (Yasufuku and Fujisawa, 2007).

Torakotomi: Cerrahiye aday olan, belirgin erken KHDAK olan hastalarda, doku teşhisi ve evrelemesi için torakotomi önerilir (Rivera et al., 2003).

2.5. Akciğer Kanserinin Histolojik Sınıflandırılması

Akciğer kanseri, solunum epitel hücrelerinden kaynaklanır ve iki geniş kategoriye ayrılabilir (Cruz et al., 2011).

1. Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK): Nöroendokrin özellikleri gösteren hücrelerden elde edilen ve akciğer kanseri vakalarının % 15'ini oluşturan oldukça kötü huylu bir tümördür (Cruz et al., 2011). Klinik olarak agresif; genellikle merkezi olarak yoğun mediastinal tutulumla birlikte bulunur ve paraneoplastik sendrom da dahil olmak üzere erken ekstratorasik metastazlarla ilişkilidir. Kemoterapiye yanıt vermelerine rağmen, tanı sırasında küçük hücreli karsinomlar sıklıkla ilerler ve hastaların prognozu kötüdür (Collins et al., 2007).

2. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK): Akciğer kanseri vakalarının %85'ini oluşturur ve adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinom ve büyük hücreli karsinom olmak üzere 3 ana patolojik alt tipe ayrılır (Cruz et al., 2011).

Adenokarsinomlar, tek başına tüm akciğer kanseri vakalarının %38.5'ini oluşturur. Erken metastaz yapan ve genellikle altta yatan akciğer hastalığı olan hastalarda ortaya çıkan histolojik olarak heterojen periferik kitlelerdir (Collins et al., 2007; Cruz et al., 2011).

Skuamöz hücreli karsinomlar tipik olarak hemoptizi, postobstrüktif pnömoni veya lobar çökmesi ile ortaya çıkabilen merkezi yerleşimli endobronşiyal kitlelerdir. Adenokarsinomların aksine, skuamöz hücreli karsinomlar genellikle hastalık seyrinde geç metastaz yapar. Akciğer kanseri vakalarının %20'sini oluşturur. (Collins et al., 2007; Cruz et al., 2011).

Büyük hücreli karsinomlar kötü ayırt edilir. Akciğer kanseri vakalarının %2.9'unu oluşturur. Bu tümörler erken metastazlarla ilişkili büyük periferik kitlelerdir (Collins et al., 2007; Cruz et al., 2011).

2.6. Akciğer Kanseri Evreleme

Akciğer kanserli hastalarda primer tümör ve mediastinal düğümlerin doğru evrelendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Primer tümörün tanısı bronkoskopi veya BT eşliğinde transtorasik iğne aspirasyonu ile yapılmalıdır. (Stamatis, 2015).

Genişlemiş mediastinal düğümleri olan ve uzak metastazı olmayan hastalarda mediasteninin invazif evrelemesi gerekir. Şüpheli düğümlerde ve iğne aspirasyon tekniklerini kullanan negatif sonuçlarda, mediastinoskopi veya video yardımcı torasik cerrahi kullanılarak invaziv cerrahi evreleme yapılmalıdır. Santral tümörlerde veya N1 düğümlerinde, preoperatif invaziv evreleme endikedir (Stamatis, 2015).

Akciğer kanserlerinin evrelemesinde TNM sistemi kullanılmaktadır. T lokal tümör genişlemesini, N lenf nodu metastazını ve M uzak metastazları belirtir (Detterbeck et al., 2009). 1953 yılında Uluslararası Kanser Birliği (ICC) TNM sistemine dayalı tümörlerin anatomik sınıflandırılması için bir komite kurmuş ve 1968 yılında bu komite malign tümörlerin TNM sınıflandırılmasını ilk kez yayımlamıştır. Tanımlanan uluslararası evreleme sisteminde birçok problem bulunduğundan, Uluslararası Kanser Birliği (ICC) ve Amerikan Kanser Komitesi (AJCC) tarafından 2009 yılında 7. baskısı yayımlanmıştır (Tablo 2.2),(Vallieres et al., 2009).

Akciğer kanseri tanısı alan 199 olgunun yer aldığı bir çalışmada, en sık belirlenen tümör tiplerinin %80.4'ü KHDAK, %16.6'sı KHAK ve %3'ü tipi tanımsız tümör olarak saptanmıştır. Teşhis döneminde olguların %25.6'sı Evre I, Evre II veya Evre IIIA, %74.4'ü Evre IIIB ve Evre IV'te %28.6'sında teşhis anında metastaz belirlenmiştir (Erbaycu ve ark., 20005).

Tablo 2.2: Akciğer Kanseri İçin Evreleme Sınıflamaları

EVRE	AÇIKLAMA
Küçük hücreli dışı karsinom (TNM evreleme sistemi)	
Lokal	
IA (T1N0M0)	T1: çapı 3 cm veya daha az; akciğer veya plevra ile çevrili; ana bronşlara invazyon göstermez
IB (T2N0M0)	T2: çapı 3 cm'den fazla; plevraya invazyon; ana bronşa uzanabilir ancak karinaya 2 cm veya daha uzak kalır; segmental atelektazi veya pnömoniye neden olabilir
IIA (T1N1M0)	N1: ipsilateral peribronşiyal veya hiler ve intrapulmoner nodların tutulumu
Sistemik	
IIB (T2N1M0 ve T3N0M0)	T3: göğüs duvarı, diyafram, plevra veya perikardın invazyonu; ana bronş, karinaya 2 cm'den daha az distal; tüm akciğer atelektazisi
IIIA (T1N2M0, T2N2M0, T3N1M0 ve T3N2M0)	N2: ipsilateral mediastinal veya subkarinal düğümlerin tutulumu
IIIB (T1-4N3M0)	N3: kontralateral düğümlerin veya herhangi bir supraklaviküler düğümün tutulumu
İleri	
IIIB (T4N1-3M0)	T4: mediasten, kalp, büyük damarlar, trakea, yemek borusu, omur gövdesi veya karina invazyonu; ayrı tümör nodülleri; malign plevral efüzyon
IV (T1-4N1-3M1)	Uzak metastaz
Küçük hücreli karsinom	
Sınırlı	İpsilateral hemitoraksta sınırlı hastalık
Genişlemiş	İpsilateral hemitoraksın ötesinde metastaz hastalığı

Kaynak: Spira, A., Ettinger, D. S. (2004), Multidisciplinary management of lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 379-392.

2.7.Akciğer Kanseri Tedavi ve Prognoz

Akciğer kanserlerinde tedavi ve prognoz, tanımlanan tümörün histolojik tipine, evresine ve hastaların durumlarına (yaş, performans durumu vb.) bağlıdır. (Öztuna ve ark., 2003).

Tedavinin sınıflandırılması şu şekildedir:

-*Radyoterapi*: Genel olarak, cerrahinin uygun olmadığı erken evre KHDAK tedavisinde, medikal inoperable ve cerrahi olamayacak hastalarda ve en önemlisi palyatif tedavide kullanılmaktadır (Kılıç, 2011).

Tablo 2.3:Akciğer Kanserinin Evreye Göre Tedavisi ve Prognozu

EVRE	BİRİNCİL TEDAVİ	YARDIMCI TERAPİ	BEŞ YILLIK SAĞKALIM ORANI (%)
Küçük hücreli dışı karsinom			
I	Rezeksiyon	Kemoterapi	60 – 70
II	Rezeksiyon	Radyoterapi ± Kemoterapi	40 – 50
IIIA (rezektable)	Preoperatif kemoterapi ile veya rezeksiyon olmadan kemoterapi	Radyoterapi ± Kemoterapi	15 – 30
IIIA (unrezektable) veya IIIB (kontralateral veya supraklaviküler lenf nodlarının tutulumu)	Eşzamanlı veya sonraki radyoterapi ile kemoterapi	Yok	10 – 20
IIIB (plevral efüzyon) veya IV	Kemoterapi veya primer beyin metastazı ve primer T1 tümör rezeksiyonu	Yok	10 -15 (2 yıllık hayatta kalma)
Küçük hücreli karsinom			
Sınırlı hastalık	Eşzamanlı radyoterapi ile kemoterapi	Yok	15 – 25
Gelişmiş hastalık	Kemoterapi	Yok	<5

Kaynak: Spira, A., Ettinger, D. S. (2004), Multidisciplinary management of lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 379-392.

-Kemoterapi: Kemoterapi sitotoksik ilaçların kanser tedavisinde kullanılmasıdır. Kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi gibi bölgesel olmayan, sistematik bir tedavidir. Sitotoksik ilaçlar vücudun tüm bölgelerine kan dolaşımı aracılığı ile yayılarak bütün doku ve organları etkiler. Kemoterapi (sınırlı hastalık için radyoterapi ile birlikte), küçük hücreli karsinom tedavisinin temelini oluşturur. Gelişmiş küçük hücreli dışı karsinom, radyoterapi, kemoterapi ve palyatif bakımı içerebilen çok modlu bir yaklaşımla tedavi edilir. (Collins et al., 2007; Akciğer Kanseri Yol Haritası, 2016).

-Cerrahi tedavi

- Diğer tedavi yöntemleri (Fotodinamik tedavi, immünoterapi ...), (Albayrak, 2006).

2.7.1. Akciğer kanserinde cerrahi tedavi

Akciğer kanserinde en iyi sonuçlar cerrahi ile alınmaktadır. Medikal olarak cerrahiye uygun, mediasten invazyonu olmayan non metastatik Evre I ila IIIA arasındaki KHDAK hastalarda cerrahi rezeksiyon tercih edilir (Yılmaz, 2018). Cerrahi girişim sonrası beş yıllık sağkalım oranları incelendiğinde; Evre I'de %55-80, Evre II'de %30-50, Evre IIIA'da %10-20 ve Evre IV'te seçilmiş olgularda %5'ten az olduğu bildirilmektedir (Öztuna ve ark., 2003).

2.7.1.1.Preoperatif değerlendirme

Preoperatif değerlendirmede her hasta için ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene ile temel rutin laboratuvar testleri, ekokardiyografi, akciğer grafisi, karaciğer ve adrenallerin değerlendirilmesine üst abdominal kesimlerle göğüs BT taraması, primer tümörün metastatik değerlendirmesinde PET-BT taraması yapılmalıdır.

Solunum fonksiyon testi, özellikle bir saniyede zorla ekspirasyon hacmi (FEV_1) ve akciğer ölçümlerinde karbon monoksit difüzyonu (DLCO), akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda morbidite ve mortalitenin yararlı bir göstergesidir. FEV_1 veya DLCO değeri öngörülenlerin yüzde 80'inden az olan hastalar ek test gerektirir. Bu testler, havalandırma ve perfüzyon taramaları ile çıkarılan segmentlerin sayısını dikkate alınarak; kardiyopulmoner egzersiz testi ve arter kan gazı incelemesi ile postrezeksiyon pulmoner rezervinin hesaplanmasını içerir.

Akciğer kanserinin patolojik olarak doğrulanması gerektiğinde, bronkoskopi, TTİA, torakoskopi, servikal mediastinoskopi gibi minimal invaziv teknikler ile hastalık evrelendirilir. (Türk Toraks Derneği Preoperatif Değerlendirme Uzlaşısı Raporu, 2014) .

2.7.1.2. Cerrahi tedavi yöntemleri

Akciğer kanserinde cerrahi yöntemler; segmentektomi, wedge rezeksiyonu, lobektomi, bilobektomi, pnömonektomi olarak sıralanmaktadır.

Segmentektomi: Akciğerin anatomik olarak en küçük (2 cm den daha küçük) kabul edilen tümörünün çıkarılmasıdır. Akciğerin bir veya daha fazla segmentinin bronkovasküler yapılarının kesilerek anatomik olarak çıkarılması olarak da adlandırılır. Özellikle azalmış pulmoner rezervi olan primer akciğer kanserli, metastatik ya da benign hastalıkların tedavisinde tercih edilir (Mısırlıoğlu, 2009).

Wedge Rezeksiyon: Akciğer patolojisinin non anatomik olarak çıkarılması işlemidir. Lezyonun güvenli parankim sınırı ile rezeksiyon materyalinin içinde kalacak şekilde “V” veya “U” şeklinde rezeke edilir (Kapdağlı, 2014)

Lobektomi: Anatomik olarak sağ akciğerde üç, solda ise iki tane lob bulunmaktadır. Akciğerlerdeki bu beş lobdan birinde bulunan tümörün santral ve plevral drenaj yolu ile birlikte cerrahi teknikle çıkarılmasına denir. Ameliyat sonrası kalan akciğer plevral boşluğu doldurmaktadır (Gürel, 2018).

Bilobektomi: Sağ akciğerde sağ üst orta lob veya sağ alt orta lobun birlikte alınmasıdır. Bilobektomi üst veya alt orta lobda tümörün minör fissür olması durumunda yapılmaktadır (Gürel, 2018).

Pnöminektomi: Sağ veya sol akciğerin tamamının cerrahi yöntemle çıkarılmasına denir. Pnöminektomi, akciğer kanserinde tümörün tamamının lobektomi ile çıkarılamadığı durumlarda yapılmaktadır. Morbidite oranları %15 ile %60 arasında değişmektedir (Mısırlıoğlu, 2009).

2.7.1.3.Postoperatif komplikasyonlar

Cerrahi teknikler ve anestezi yönetimindeki son gelişmelere rağmen, 30 günlük mortalite pnöminektomi için %3-25 ve lobektomi için %1-5 arasında değişmektedir (Deslauriers, 2002).

Postoperatif mortalitenin ana nedeni atelektazi, hava kaçağı, özofagoplevral ve bronkoplevral fistül, bronkopnömoni, ampiyem, şilotoraks, pnömoni, pulmoner ödem, ekspansiyon kusuru, uzamış hava kaçağı, Akut respiratuar distres sendromu (ARDS) ve akut akciğer hasarı gibi akciğer komplikasyonlarıdır (Licker et al., 2002)

Cerrahi operasyon sonrası toraks insizyonlarına bağlı olarak ağrı, yara yeri enfeksiyonları, kanama, aritmi, lobar torsiyonu (sağ üst lobektomi sonrası), intratorasik sinir yaralanmaları karşılaşılabilecek diğer komplikasyonlardır. Ayrıca cerrahi operasyon sonrasında derin ven trombozu (DVT), pulmoner

tromboemboli (PTE), gastrointestinal sistem ve psikiyatrik komplikasyonlar da görülebilmektedir (Yazkan, 2010).

Rueth ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ameliyat sonrası komplikasyon oranı %55.8' idi. Akciğer komplikasyonları hastaların %38.3'ünde görüldü. En sık görülen akciğer komplikasyonları sırasıyla; pnömotoraks %16.9, atelaktazi %12.6, solunum yetmezliği %4.2, pnömoni %3.1' idi. Kardiyak komplikasyonlar hastaların %24.5'inde gelişti. Atrial fibrilasyonun, kardiyak komplikasyonların %87'sini oluşturduğu ve tüm hastaların %22.7'sinde meydana geldiği belirlendi. Kardiyopulmoner olmayan (yara yerine ve cerrahiye bağlı gelişen, hematolojik, renal ve karaciğer) komplikasyonlar hastaların %20.1'inde gelişti.

2.7.1.4.Preoperative hemşirelik bakımı

Ameliyat öncesi hazırlıkta hastanın psikolojik ve fizyolojik açıdan olabileceği en iyi durumda ameliyatın yapılması ve cerrahi tedaviyi negatif yönde etkileyebilecek risk faktörlerini saptanması ve komplikasyon gelişmesinin engellenmesi amaçlanır (Özel, 2010).

Hemşire ameliyat öncesi dönemde hastanın kliniğe yatışını yapar. Hasta ve ailesinden anamnez alarak, tanı testlerinin yapılmasını sağlar. Bu dönemde, yaşam bulgularının ölçümü ve takibi yapılmalı ve kayıt edilmelidir. Anamnez formları hastanın mesleği, sigara ve alkol kullanımı, daha önce geçirilmiş ameliyatlar, kronik hastalıklar, sürekli kullanılan ilaçlar, alerjiler, soy geçmiş gibi bireysel bilgileri içerir (Cerrahi Hasta Hazırlığı Ve Bakım Standartları, 2017).

Bireyin bütüncül olarak değerlendirilmesi, cerrahi girişimin başarısını etkilemektedir. Ameliyat sonrası iyileşmeyi etkileyen faktörler arasında yaş, fizyolojik ve psikolojik durum, kültür ve inançlar, yaşam biçimi vb. yer almaktadır. (Cerrahi Hasta Hazırlığı Ve Bakım Standartları, 2017) .

2.7.1.4.A.Fizyolojik hazırlık

Hastanın fizyolojik hazırlığı aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Antimikrobiyal sabunla cildin temizliği yapılmalı, vücuttaki kıllar klinik protokollerine göre traş edilmelidir.

- Mekanik bağırsak temizliğinden kaçınılmalıdır (3 günden daha fazla defekasyon çıkışı olmayan hastalar hariç).
- Cerrahi öncesi yüksek anksiyete düzeyi saptanan hastalar hariç premedikasyondan kaçınılmalıdır.
- Kurum politikasında yer alan insizyon öncesi antibiyotik profilaksisi yapılmalıdır (Özel, 2010; Ardò et al., 2018).
- Anesteziden 6 saat öncesinde oral katı alımı, 2 saat öncesinde ise berrak sıvı alımı sonlandırılmalıdır. Berrak sıvıların örnekleri arasında, bunlarla sınırlı olmamak üzere, su, posasız meyve suyu, karbonatlı içecekler, karbonhidrat bakımından zengin besleyici içecekler, açık çay, kahve bulunur (Ardò et al., 2018). Ameliyat öncesi gecesi 800 ml ve anesteziden 2 saat önce 400 ml karbonhidratlı içeceklerin içirilebilir (kontrol altına alınamamış diyabetli hastalar hariç). Ameliyat sonrası dönemde bulantı, kusma ve cerrahiye bağlı insülin direncindeki artışı azalttığı bildirilmiştir (Smith et al., 2014).

Hasta ameliyata gitmeden önce hemşirenin yapması gereken işlemler şunlardır:

- Hastanın yaşam bulgularını alır ve kayıt eder.
- Hastanın kimlik tanımlayıcı bilekliği ile kimlik tanımlaması kontrol eder.
- Cilt hazırlığını kontrol eder.
- Hastaya saat, yüzük, takma diş, gözlük gibi tüm bireysel eşyalarını çıkarmasını söyler ve kontrolünü yapar.
- Bayan hastaların tırnaklarında oje varsa silinmesini sağlar. Hastanın ameliyat gömleğini giymesine yardımcı olur.
- Doktor isteminde var ise intravenöz (IV) sıvı uygulaması, antibiyotik ve DVT profilaksisi ve premedikasyonu uygular.
- Dosya ve diğer kayıtlar gözden geçirilir, özel durumlar dosyasına kaydedilir (alerji, HIV, HCV) .
- Hastanın hemşire eşliğinde cerrahi kliniğinden ameliyathaneye transferi gerçekleştirilir ve hastanın ihtiyaçları doğrultusunda destek sağlanır (Cerrahi Hasta Hazırlığı Ve Bakım Standartları, 2017) .

2.7.1.4.B.Psikolojik hazırlık

Endişe ve stresi azaltmak için ameliyat, yapılacak işlemler ve hastanın yaşayabileceği sıkıntılar hakkında, hasta ve ailesini korkutmadan kısaca ve basit bir

dille bilgi verilmelidir. Ancak ameliyatın nasıl yapılacağı ve ne yapılacağı hakkında bilgi verme sorumluluğu, işlemi yapan hekime aittir (Sönmez, 2013).

2.7.1.4.C.Ameliyat öncesi dönemde hasta eğitimi

Ameliyat öncesi dönemde hasta eğitiminin amacı, hastanın ameliyata ve sonrası döneme mental olarak hazırlanmasına, yapılacak uygulamaları anlamasına, hastanın anksiyetesinin azalmasına, kontrol hissinin artmasına, ameliyat sonrası dönemde kısa sürede bilincin kazanılmasına, hastanın tedavi sürecine katılmasına, yaşam kalitesinin yükseltilmesine, hastalığa ve tedaviye uyumunun artmasına yardımcı olmaktır (Demir, 2010).

Eğitim için en uygun zaman seçilmelidir. Genellikle ameliyattan bir gün önce, öğleden sonra yapılmaktadır. Yazılı ve görsel eğitim materyali eşliğinde verilen eğitimin, hastaların tedaviye daha iyi uyum sağlamasına olumlu katkıda bulunduğu tespit edilmiştir (Aslan ve ark., 2006).

Ameliyat öncesi hemşire tarafından verilecek eğitimin içeriğini; cerrahi prosedür, uygulanacak anestezi, ameliyat sonrası göğüs tüpü ve sonda varlığı, ameliyat sonrası ağrı ve yönetimi, olası komplikasyonlar, kendisinden ne beklendiği, taburcu olma kriterleri gibi konular oluşturmaktadır. Ayrıca, hemşire ameliyat sonrası yapılacak egzersizlerin (derin solunum, öksürük, dönme ve ekstremitte egzersizleri) içeriği hakkında bilgi vermeli ve hasta ve yakınına uygulamalı olarak her bir egzersizi yaptırmalıdır (Ardò et al., 2018).

Ameliyat öncesi dönemdeki hasta eğitimi, hastalara psiko-sosyal destek sağlayarak hastaların deneyimlerini ve başa çıkma becerilerini geliştirmektedir. Ayrıca, hem cerrahinin başarısını hem de hasta iyileşmesini olumlu olarak etkilemektedir (Demir, 2010).

2.7.1.5. İntraoperative hemşirelik bakımı

Ameliyat sırasından yatan hasta servisine veya yoğun bakım ortamına geçişe yönelik hastaları hazırlamak; tedavi ve bakımın devamını sağlamak hemşirenin sorumluluğundadır (Mamaril, 2001). Bu evrede amaç; tüm fizyolojik sistemlerin stabilitesi olmalıdır. Bu nedenle hemşirelik girişimleri solunum, dolaşım, sindirim ve

genitoüriner sistemler ile ameliyat yapılan bölgenin görünümünün, sıvı/elektrolit dengesinin, uyanıklık, bilişsel ve nöromusküler durumun eksiksiz değerlendirmesini içermelidir (Şahin, 2016). Bu amaca yönelik;

- Hastanın ameliyathaneye kabulü sağlanır.
- Hastanın monitöre bağlanması, oksijen satürasyonu (SpO₂) probu, idrar sondasının takılması gibi işlemler hastaya açıklanarak birer birer yapılır (Sönmez A, 2013).
- Uygulanacak ilaçlar, sıvılar, kan ürünleri için IV kataterler takılır.
- Ameliyat bölgesinin temizliği antiseptik solüsyon (klorheksidin-alkol solüsyonu) ile yapılır.
- Uygun pozisyon verilir ve anestetik ilaç uygulanır.
- Ameliyathanenin uygun şartlarda olması sağlanır.
- Ameliyat sonrası bulantı ve kusma riski yüksek olan hastaların postoperatif bulantı ve kusmanın önlemesi için profilaksi yapılır (Ardò et al., 2018).
- İntraoperatif IV sıvı desteğini sağlanır (Ardò et al., 2018).
- Hipotermiinin ilaç metabolizmasını bozduğu, pıhtılaşmayı olumsuz etkilediği, kanamayı, kalp morbiditesini ve yara enfeksiyonunu arttırdığı bilinmektedir. Bu nedenle, hastanın üşümemesi için üzeri örtülür (Rajagopalan et al., 2008; Campbell et al., 2012).

Bu dönemde hastalar genel anestezi altında entübe ve mekanik ventilasyondadırlar. Cerrahi işlemi asiste etmek hemşirenin sorumluluğu olmakla birlikte, bu evrede hemşire hastanın konforundan ve güvenliğinden de sorumludur (Yavuz, 2010). Ayrıca, ameliyat döneminde olabilecek komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde fark edilip gerekli müdahalelerin yapılabilmesi için hemşirelik tanılamalarını etkin bir biçimde yapabilmelidir (Sönmez, 2013).

2.7.1.6. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı

Ameliyat sonrası, hasta ve yakınlarını eve veya yoğun bakımdan çıkarılması konusunda hazırlanmaya odaklanılır. Bu evrede amaç, hastanın mümkün olduğunca en kısa zamanda ameliyat öncesi durumuna kavuşması ve taburcu olmak için hazırlanması olmalıdır (Şahin, 2016). Bu amaca yönelik olarak;

- Postoperatif sıvı yönetimi; ilk 24 saat boyunca hekim istemi ile order edilen IV sıvı tedavisi uygulanır. IV sıvılar ameliyattan sonraki 24 saat içinde sonlandırılmalıdır. Ameliyattan sonra en kısa sürede oral diyet ve oral analjezi başlanmalıdır. Kısa süreli sıvı tedavisine ek olarak, daha az kardiyopulmoner komplikasyonla karşılaşmak ve sıvı dengesini sağlamak için %0.9'luk izotonik NaCl tercih edilebilir (Brandstrup et al., 2003).
- Ameliyattan 48 saat sonra epidural kateter çıkarılır; daha sonra oral analjezikler (örneğin parasetamol) uygulanır (Ardò et al., 2018).
- Üriner kateteri 24 saat içinde çıkarılır.
- Hasta izleme cihazları mümkün olan en kısa zamanda hastadan çıkartılır; arteriyel kateter, elektrokardiyografik elektrotlar, tansiyon aleti manşonu, oksijen maskesi (gerçekten gerekliyse burun kanülü ile değiştirilir). Bu, hastaların erken mobilizasyonunu artırır (Ardò et al., 2018).
- Beslenmeye erken (ameliyattan sonraki ilk 24 saat içinde ağızdan sıvı alımı veya yiyecek alımına) başlamalıdır. Ameliyattan 4 saat sonra sıvıların alınmasıyla başlar ve ameliyat gününden itibaren normal diyetle devam eder. Aromalı yüksek enerjili proteinli içecekler günde iki ila üç defa verilebilir. İyileşme sürecinin başlarında normal bir diyetle beraber enerjili proteinli içecekler alınması bir miktar protein ve kalori alımını destekler ve yara yeri iyileşmesini hızlandırır (Ardò et al., 2018).
- Bağırsak hareketlerinin erken başlaması önemlidir. İleusun önlenmesine yönelik laksatifler genel olarak kullanılabilir ancak bu uygulamanın etkinliğine dair yüksek kaliteli veri yoktur. Sakız kullanımının ileusu önlediği ve var olan ileusun süresinin azalttığı gösterilmiştir (Ertaş ve ark., 2013).
- Ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde hasta tolere edebiliyorsa yaklaşık 4-6 saat sonra sandalyede ve yaklaşık 8–12 saat sonrasında yürüterek mobilizasyon sağlanır (Ardò et al., 2018). Mobilizasyon ilk sağlık çalışanları ile beraber kısa mesafeli yürüyüş şeklinde, daha sonrakiler ise akrabalarıyla desteklenerek veya yürüteç yardımıyla (eğer gerekirse oksijen ile birlikte) daha uzun mesafeli yürüyüşler şeklinde olmalıdır (Yeung, 2016).
- Solunum fizyoterapisinin temel amacı, gaz değişimini iyileştirmek ve nefes almayı kolaylaştırmak için ventilasyonu optimize etmek ve hava yolu salgılarını temizlemektir. Solunum fizyoterapisi birçok farklı tedavi tekniğini kapsar ve bu

tekniklerin kullanımı büyük ölçüde değişir. Triflo yardımıyla derinlemesine nefes ve öksürük egzersizleri, gerekirse perküsyon, vibrasyon, postural drenaj gibi yöntemlerle yapılabilir. Ayrıca, üst ekstremiteler için egzersizler ve yatak içi hareket egzersizleri de kullanılır (Andersen et al., 2017).

- Ameliyat sonrası, hastanın genel hasta konforunu artırmak, ağrıyı azaltmak ve sağlık algısını geliştirmek için anksiyete tedavisi uygulanmalıdır. Ameliyat sonrası ortaya çıkan kesi yeri ağrısı ve stres gibi rahatsızlıkların giderilmesi için huzurlu bir ortam sağlanması hastanın konforunu da artırır. Anksiyete, terapötik uygulamalar veya hekim istemi ile ilaçlar yardımıyla tedavi edilebilmektedir (Şahin, 2016).

2.7.1.7. Taburculuk planlaması

Hastanın taburcu edilmesine, o merkezdeki cerrah tarafından oluşturulan taburculuk kriterleri doğrultusunda karar verilir. Bu kriterler merkez alışkanlıklarına göre biraz değişebilir. Taburculuk için karar verme, göğüs kanallarındaki hava ve sıvı sızıntılarını ve ayrıca klinik-radyolojik sonuçları dikkate alan bir protokolle düzenlenir. Yukarıda belirtilen protokol, esas olarak kullanılan plevral drenaj tipine bağlıdır ve genellikle hasta plevral drenaj sistemi çıkarıldıktan sonra taburcu edilir. Uzamış hava kaçağı olması durumunda, cerrah hastayı Heimlich valfi ile taburcu etme olasılığını da değerlendirebilir. Hastalar taburcu olduğu andan itibaren evde bakımlarını yapabilmeleri için ne gerekiyorsa, hemşireler tarafından verilen eğitim doğrultusunda gerçekleştirebilmelidir (Yeung, 2016).

Hemşire, hastalara herhangi bir problem yaşanması durumunda taburcu olduktan sonra kiminle temas kuracaklarına dair açıklamalarda bulunmalıdır. Bir hafta sonra da klinikte kontrol önerilir. Kontrolde hastayla ağrı, nefes darlığı, eğer varsa plevral drenaj konuları hakkında konuşulmalı ve iyileşme hakkında genel sorular sorulmalıdır (Ardò et al., 2018).

2.8.Konfor Kavramı

Konfor, kökeni Fransızca (confort) olan ve buradan Türkçe'ye geçmiş olan bir kelimedir. Türkçe sözlükte “günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2017) .

Konfor kavramının, sözlük anlamına benzer ancak hemşirelik bakımında meslek disiplinine özgü birtakım anlamları da bulunmaktadır. Hemşirelik bakımında konfor, hastanın sağlıklı haline geri döndürülmesine yardımcı olma amacıyla yapılan bakım hizmetleri ile bütünleşik bir kavramdır (Kolcaba, 2003). Hemşire tarafından sağlanan kaliteli bakımın birey, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanınması, bu gereksinimlere yönelik önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreci basamaklarını oluşturmaktadır (Karabacak, 2004).

Hemşireler sistematik olarak bakım vermeye başladıktan sonra insan, çevre, iletişim, sağlık, hastalık, bakım ve konfor gibi kavramları kullanarak kuramlar geliştirmeye başlamışlardır. (Üstündağ, 2009).

Orlando'nun kuramında, hastanın gereksinimleri ve bu gereksinimleri hemşirenin giderme yeterliliğine odaklanılır. Bu kurama göre hemşire, hastanın acil gereksinimlerini karşılayarak, hastayı sıkıntı ve rahatsızlıktan kurtarmalı ve rahatlığını sağlamalıdır. Hemşire, girişimlerini uygulamadan önce ve sonra hastanın sözel ve sözel olmayan davranışlarını gözlemleyerek hastanın fiziksel ve zihinsel rahatlık durumu değerlendirmelidir (Fawcett, 2005).

Roy'un uyum modelinde hemşirenin amacı, hastanın fizyolojik, rol fonksiyonları, bağımsızlık-ilişkiler ve benlik kavramı alandaki gereksinimlerine uyum sağlamasına yardım etmektir. Eğer hastanın ihtiyaçlarından bazıları karşılanamaz ise, hemşire problemi değerlendir ve rahatsızlığı gidererek hastanın konforunu sağlar (Kolcaba, 1991).

Watson'ın kuramında sağlık, içsel ve dışsal çevrede yaşananlar ile ruh, beden ve akıl arasındaki uyum olarak tanımlanır. İç ve dış çevreyi etkileyen değişkenlerden biri de konfordur. Kuramda yer alan on bakım faktörü, bireyin iç ve dış çevresi arasındaki uyumu arttırarak rahatlığı sağlayacak olan koruyucu, destekleyici ve düzenleyici aktivitelerdir. Bu kurama göre hemşire, bakımı sırasında konfor önlemlerini alarak, fiziksel, zihinsel, spiritüel ve sosyokültürel konfor ortamını sağlamalıdır (Şahin, 2016).

Konfor, Paterson ve Zderad'ın "Hümanistik Hemşirelik" kuramında, 'hemşirelik deneyiminin ve doğasının aktarılan yapısı' olarak isimlendirilmiştir. Paterson rahatlığı; özgürlük, sağlık, gelişme gibi birçok terimin de içinde yer aldığı bir şemsiye olarak ifade etmiştir. Zihinsel rahatsızlık hissinin çoğunlukla fiziksel rahatsızlık hissine neden olabileceğine inanmış ve rahatlık kavramını daha çok psikiyatrik bakış açısına göre tanımlamıştır (Kolcaba, 1991).

Konfor kuramında konfor, kuramın geliştiricisi Kolcaba tarafından 'bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç' olarak tanımlanmıştır (Kolcaba, 2001; Kubat, 2017).

2.9.Konfor Kuramı

Hemşirelik felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş bir sağlık disiplini. Model/kuramların disiplin içindeki rolü; temel kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve hemşirelik süreci sistemine rehberlik etmek, bakımın nasıl yapılacağını ve amacını bize göstermektedir (Sönmez, 2013).

Konfor kuramı, Katherine Kolcaba tarafından konfor kavramı üzerine yapılan uzun süreli çalışmalar sonucunda geliştirilmiş olup; tarihsel temelleri Watson'ın Bakım Kuramı ve Nightingale'in çalışmalarına dayanmakta olan kuramın temelleri 1980'li yıllara dayanmaktadır (Üstündağ, 2009). 1988 yılında konfor kavramının üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (Kolcaba, 1991).

Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıdan yararlanarak hastada beklenen konfor sonucunu ölçmek için 48 maddeden oluşan dörtlü likert tipte General Comfort Questionary (GCQ) geliştirme çalışmalarına başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayımlamıştır (Kolcaba, 2001). 2003 yılında Kolcaba teorisinin geliştirilmesi, test edilmesi ve uygulanması hakkında 'Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research' adlı kapsamlı bir kitap yayımlamıştır (Karabacak, 2004).

Kuram'ın temellerini dört temel felsefi bakış açısı oluşturmaktadır. Bunlar; holizm (bütünün, kendisini oluşturan parçaların toplamından daha fazla olduğunu öne süren felsefi düşünce), insan gereksinimleri (bireylerin karşılamaya çalıştığı ya da karşılayamadığı temel insan gereksinimleri), Murray'ın İnsanda Baskı Kuramı ve

Orlando, Henderson ve Paterson'un geliştirdiği üç orta düzey (Middle Range) kuramıdır (Akgün, 2016; Aksoy, 2012).

Kolcaba'nın kuramında holizm; bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal yaşantılarının bir bütün olduğunu ve bireyin yaşamını sürdürebilmesi için bunları eş zamanlı olarak algıladığını içermektedir. Bireyler etraflarında yer alan karmaşık uyaranlara bir bütün olarak yanıt vermektedirler. Bu sebeple, birey tüm bu özellikleri ile birlikte ele alınmalı ve konfor sağlama süreci buna göre yürütülmelidir (Karabacak ve Acaroğlu, 2011).

Kuramın bakış açılarından birisi olan insan gereksinimleri; bireyin yaşamını sürdürebilmek için ihtiyaç duyduğu ve hastalığından sonra geri kazanmak istediği her türlü ihtiyacı ifade etmektedir. Bunlardan bazıları fonksiyonel sağlığın yanında anlaşılmaq, barınmaq, ekonomik güvence, sosyal destek almak gibi ihtiyaçlar olup tamamı bütüncül bir bakış açısı ile karşılanmalıdır (Sönmez, 2003)

Kuram'ın üçüncü felsefik altyapısı bir psikolog olan Murray ve arkadaşları tarafından geliştirilen İnsanda Baskı Kuramı'dır. Bu kurama göre bireyler üzerinde baskı kuran çeşitli zorlayıcı ve kolaylaştırıcı güçler bulunmakta (alfa baskısı) ve bunların toplam etkisi bireyler tarafından bir bütün halinde algılanmaktadır (beta baskısı). Konfor Kuramı'nda sağlık bakımı gereksinimleri ve hemşirelik bakımı alfa baskısı olarak tanımlanmış, bunların hasta tarafından algılanması ise beta baskısı olarak belirtilmiştir. Konfor algısı bunlar sonucunda ortaya çıkmakta ve sağlığa yönelim olarak tanımlanan bir süreçte hastayı olumlu yönde etkilemektedir (Kolcaba, 2003) .

Konfor Kuramı'nın felsefi bakış açısının dördüncüsü olan üç orta düzey (Middle Range) kuramını Orlando, Henderson ve Paterson geliştirmiştir. Kolcaba bu kuramdan faydalanarak kuramında konfor kavramının üç düzeyini (ferahlama, rahatlama ve üstünlük) oluşturmuştur. (Karabacak ve Acaroğlu, 2011).

Kolcaba'nın Konfor Teorisi özetle dört aşamadan oluşan dinamik bir süreç içermektedir. Bunlar:

- 1- Hastanın konfor gereksinimlerinin belirlenmesi,
- 2- Gereksinimlerin karşılanması için gerekli olan girişimlerin planlanması,
- 3- Girişimlerin başarıya ulaşması için gerekli olan etkenlerin dikkate alınması,
- 4- Girişimlerin değerlendirilmesidir.

İzlenen bu süreç sonucunda konfor artışının ortaya çıkacağı ve sağlığı güçlendirmeye yönelik davranışların güçleneceği beklenmektedir (Kubat, 2017).

2.9.1. Konfor kuramı taksonomik yapısı

Kolcaba Konfor Kuramı'nın 3 düzey ve 4 boyutunu oluşturmuştur (Tablo 2.4), (Kolcaba, 2003). Oluşturulan 3 düzey bireylerin konfor gereksinimlerinin karşılanma yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak belirlenmiş. Dört boyut ise holistik görüşe göre fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olarak açıklanmıştır (Sönmez, 2003).

Tablo 2.4: Konfor Kuramı'nın Taksonomik Yapısı

Konfor	Düzeyleri		
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospiritüel			
Çevresel			
Sosyokültürel			

Kaynak: Kolcaba, K. (2003), *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing.

2.9.2. Konfor kuramının düzeyleri

Ferahlama: Bireyin konforu için gerekli gereksinimlerin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur (Kolcaba, 2003; Karabacak, 2004). Bireyin ihtiyaçlarının karşılanması sonucu yaşanır, eski fonksiyonlara dönme veya huzurlu ölüm için gereklidir. Orlando'nun teorisinde hastanın gereksinimlerinin karşılanması sonucu yaşadığı duyguya karşılık gelmektedir. Henderson kuramında ise hastanın 14 temel gereksinimden herhangi birinin karşılanmasıyla hissedilen durum olarak tanımlanmaktadır (Üstündağ, 2009; Çınar Yücel, 2011).

Rahatlama: Sakin, huzur içinde veya rahat olma durumu olarak adlandırılmıştır (Kolcaba, 2003; Ünülu, 2014). Hastanın rahatlamış, memnuniyetten söz eder ya da memnun olduğunu belirtir hale gelmesidir. Etkin performans çıkarabilmek için gerekli konfor durumudur. Hastanın gösterdiği performans ile

pozitif ilişkili kalıcı bir durumdur. Fiziksel ve duygusal deneyimler ve çevresel özelliklerden etkilenmektedir (Kolcaba, 2003; Üstündağ, 2009).

Üstünlük: Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi yani kendi problemleri ve şikayetleri ile baş edebildiği ve sıradan güçlerin artırılması durumu olarak ifade edilmektedir (Kubat, 2017). Üçüncü aşama olan bu düzeyde gereksinimleri karşılandığı için ferahlamış ve rahatlamış olan hasta artık konforun üstünlük derecesi düzeyine ulaşmıştır. Konforun amacı hastanın kendi potansiyeline göre belli durum ve belli zamanda kendi kaderini planlama ve kontrol etmede özgür olmasıdır. Üstünlük düzeyini diğer iki düzeyden ayıran özellik ise, hastanın sıra dışı performans potansiyelini ortaya çıkarmasıdır. Her üç konfor düzeyinin de hastanın performansını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Kolcaba, 2003; Karabacak, 2004; Üstündağ, 2009).

2.9.3. Konfor kuramının boyutları

Fiziksel konfor: Hastanın bedensel duyuları ile ilgilidir ve bireyin fiziksel durumunu etkileyen başta ağrı olmak üzere sıvı elektrolit dengesi, oksijenlenme durumu, dinlenme, gevşeme, bireyin hastalığa karşı yanıtları, homeostatik mekanizmalar, atıkların elimine edilmesi, hidrasyon ve beslenme düzeyi gibi fizyolojik faktörleri kapsamaktadır (Kolcaba, 2003; Karabacak, 2004).

Kolcaba (2003), fiziksel konforunun kaynağının uyaran oluştursun veya oluşturmamasın bireyin hastalığa karşı verdiği yanıtlar olduğunu belirtir. Fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler; düzenli ve dengeli kan biyokimyası, yeterli oksijen saturasyonu ve sıvı elektrolit dengesi gibi metabolik fonksiyonları içeren sağlık göstergeleridir ve bunların herhangi birinde var olan anormalliğin konforu etkileyeceği belirtilmektedir (Kolcaba, 2003; Üstündağ, 2009; Karabacak ve Acaroğlu, 2011).

Psikospritiüel Konfor: Manevi ve akılsal bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin hayatına anlam veren öğeler, öz-saygı, benlik kavramı, değer görme, cinsellik kendine güven ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları içermektedir. Kaygı cerrahi girişim planlanan hastada psikospritiüel konforu azaltan en önemli etkidir. Kolcaba'ya göre; dokunma, masaj yapma ve ağız bakımı verme gibi hastayı rahatlatıcı girişimler ile bilgilendirme, sorularını cevaplandırma, yakınları ile bir

arada olma ve özel ziyaretçilere izin verme, ziyareti kolaylaştırma ve iletişim kurmayı sağlama gibi uygulamalar, hastanın psikospiritüel konforunu artıracaktır (Kolcaba, 2003; Üstündağ, 2009; Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Bilgiç, 2015).

Çevresel Konfor: Çevresel konforun tanımı dış etkenler, durumlar ve bunların insan üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Hastaneye yatırılan bireylerde çevresel konforun boyutu; aydınlık, sıcaklık, renk, gürültü, güvenlik, pencereden görünen manzara, koku ve etrafındaki eşyalar vb. gibi faktörlerin tamamını kapsamaktadır (Kolcaba, 2003; Ünölü, 2014). Ayrıca hastane enfeksiyonları, tıbbi hatalar, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi gibi etkenler çevresel konforu azaltan durumlar olarak tanımlanmaktadır (Kubat, 2017).

Sosyokültürel Konfor: Sosyokültürel bakımı oluşturan etkenler; ailenin gelenekleri ve alışkanlıklarına duyarlı bakım verme, bilgi ve danışmanlık verme, kişilerarası iletişimin sağlanması, dini inançlar, taburculuğun planlanması ve evde bakımın sağlanmasıdır (Ünölü, 2014). Hemşireler, diğer sağlık ekibi üyeleri ve aile bireyleri bilinçli ve duyarlı davranarak sosyal konforu destekleyebilirler. Kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, aileden ayrılma, özensiz bakım, bakımın kalitesinin kötü olması, bakımın sürekli olmaması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörler sosyokültürel konforu azaltan etkenler olarak kabul edilmektedir (Kolcaba, 2003; Üstündağ, 2009).

2.10.Akciğer Kanserinin Cerrahi Tedavisi Ve Konfor Arasındaki İlişki

Kanser, dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de kalp damar hastalıklarından sonra ölüme yol açan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almaktadır (Tekpınar ve ark., 2018).

Son yıllarda kanserin tanı ve tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen hastalık yayılabilir, organ kaybına yol açabilir ve kimi zaman ölümlle sonuçlanabilir. Bu nedenle hasta ve yakınlarında ağır psikososyal problemler meydana gelebilmektedir (Yılmaz, 2014). Birey ve ailenin yaşamdan doyum almalarını engellenebilmekte, fiziksel, emosyonel, soysal ve ekonomik dengelerini bozabilmektedir (Göktalay ve ark., 2002).

Akciğer kanseri tanı ve tedavileri, hastanın anksiyete düzeyi ve psikolojik durumu ile etkileşerek hastanın mevcut hastalığını kabullenmesini, hastalık ile

mücadele etmesini, tedaviye uyumunu ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, var olan konfor düzeylerini daha alt seviyelere çektiği bildirilmektedir (Özkan ve Armay, 2007).

Akciğer kanseri cerrahisinin uzun vadeli hedefleri arasında kanser kontrolü, hayatta kalma süresini uzatma ve yaşam kalitesini koruma/yükseltme bulunmaktadır. Literatürde, ameliyattan sonraki altı aylık süre içinde önemli sayıda hastanın hayatını kaybettiği yer almaktadır (Li et al., 2004). Mortalite oranı yüksek bir hasta popülasyonunda, tedaviden sonra yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve korunması zorunludur (Li et al., 2004; Dübüş ve ark., 2011; Pompili, 2015).

Akciğer kanseri, hastaların fiziksel ve duygusal işlevselliklerinde önemli düzeyde bozulmaya neden olup; sağlıklı bir popülasyona kıyasla bu hastalar daha düşük bir yaşam kalitesine sahiptir. Akciğer rezeksiyondan sonra, ağrı ve fonksiyonel sağlık durumunun bozulması altı ay devam eder (Handy et al., 2002). Özellikle ameliyattan sonraki ilk üç ila altı ayda yaşam kalitesinin daha da kötüleştiği belirtilmektedir (Mangione et al., 1997; Schulte et al., 2009). Bazı çalışmalar yaşam kalitesinin postoperatif altı ila dokuz ayda bazal seviyelere döndüğünü gösterirken, bazı çalışmalar ise ameliyattan altı ve on iki ay sonra hala önemli ölçüde bozulduğunu bildirmektedir. Yaş, ameliyatın kapsamı, preoperatif akciğer fonksiyonu, erişim tekniği ve adjuvan tedavi operasyon sonrası yaşam kalitesini etkileyen faktörler olarak sıralanmaktadır (Balduyck et al., 2007; Leo et al., 2010; Dübüş ve ark., 2011).

Konfor temel insan ihtiyaçların bir bileşenidir ve insanlarda doğdukları andan itibaren bir konfor beklentisi vardır. Özellikle postoperatif dönemde hastalar için önemli olan kavramlardan birisidir. Konforun hastanede yatan hastalarda hem fiziksel hem de duygusal yönden hastane deneyimleri üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Konfor dikkate alınarak sürdürülen tedavi ve bakım anlayışı, daha iyi sağlık bakım sonuçlarına ulaşılabilmede önemli bir belirleyici olabilmektedir (Handy et al., 2002).

Hemşirelikte konfor; hastanın ihtiyaçlarının karşılanması temeline dayanmakta ve kaliteli bakımın bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Hastaların yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla hemşirelik süreci çerçevesinde bireye yönelik hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması gerekir. Bakımın içeriği; ağrının kontrolü, solunum ve öksürük egzersizlerinin yapılması, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, ilaçların doğru

kullanımı gibi konulardan oluşmaktadır. Ayrıca; hasta ve ailesinin tutum, değer ve davranış becerileri kazanması sağlanmalıdır. Aynı zamanda, davranış değişikliklerinin ne derecede gerçekleştiği hemşireler tarafından değerlendirilmelidir (Kolcaba and Wilson, 2002; Williams and Irurita, 2006).

Hastaların istendik davranışlar oluşturmaları yaşam kalitelerinin artmasının yanı sıra kaygı düzeyini azaltacak; fizyolojik ve psikolojik açıdan konfor düzeyini arttıracaktır. Hastaların kaygı düzeylerini azaltmak ve konfor düzeylerini arttırmak için her hastanın gereksinimi doğrultusunda hemşirelik bakım girişimlerinin yapılması gerekmektedir (Sönmez, 2013).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma, akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda yapıldı.

3.2.Araştırma Soruları

Araştırma amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap arandı:

1. Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor ne düzeydedir?
2. Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor hangi faktörlerden etkilenir?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Haziran -Eylül 2019 tarihleri arasında yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Haziran-Eylül 2019 tarihleri arasında, İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve yatarak tedavi gören hastalar oluşturdu. Örneklem seçme yöntemine gidilmeden, araştırmanın yürütüldüğü tarih aralığında araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan hastalar ile çalışılması planlandı.

3.4.1. Örneklem sayısının belirlenmesi

Evrenin tamamına ulaşılması hedeflense de çalışmanın güvenilirliği için örneklem hesabı yapıldı. Araştırmanın örnekleme hesaplanırken, 2017 yılında akciğer kanseri nedeniyle gerçekleştirilen ameliyat sayısının 1399 olduğu saptandı ve 3 aylık ameliyat sayısının yaklaşık 350 olduğu varsayıldı. Buna göre;

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

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülme sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (Trost, 1986).

$$n_1 = \frac{(350)(1,96)^2(0,50)(0,50)}{(0,05)^2(350) + (1,96)^2(0,50)(0,50)} = 183,39 \text{ olmak üzere;}$$

Yukarıdaki örneklem belirleme formülü kullanıldığında, minimum n = 183 hastanın çalışmaya dahil edilmesi uygun bulundu.

Veri toplama dönemi süresince hastalar akciğer kanseri gibi ölümcül olabilecek, kötü prognozlu ve uzun tedavi sürecini barındıran bir hastalığı olduklarını yeni öğrenmekte ve akciğerlerinin bir bölümü veya tamamı alınmış bulunmaktadır. Ayrıca, hastalığı kabul aşamasında problemler yaşamakta olan hastaların bazıları araştırmaya dahil olmak istemedi. Çalışma bu sebeple 185 hastanın verileri alınarak gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya alınma kriterleri

1. İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde akciğer kanseri tanısı ile ameliyat olarak yatarak tedavi görüyor olması,
2. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi,
3. 18 yaş ve üzeri olması,
4. Bilinci açık, iletişim kurabilen bireyler olması,
5. Veri toplama formlarını eksiksiz doldurmuş olması.

3.5.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi,
2. Veri toplama formlarını eksik cevaplamış olması.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler “Hasta Tanılama Formu” (Ek 1), Numerik Ağrı Skalası, Numerik Bulantı Skalası ve “Perianestezi Konfor Ölçeği” (Ek 2) kullanılarak toplandı.

3.6.1 Hasta tanılama formu (Ek 1):

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan form; 10 adet bireysel bilgiyi içeren ve 26 adet hastalığa yönelik bilgiyi sorgulayan toplam 36 sorudan oluşmaktadır (Sönmez, 2013; Şahin, 2016).

3.6.2. Perianestezi konfor ölçeği (Ek 2):

Kolcaba tarafından konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber olarak kabul edilerek oluşturulan

ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirliği Üstündağ ve Aslan tarafından yapılmıştır (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Konfor gereksinimlerinin belirlenmesi ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılır. Ölçek bireyin cerrahi girişime girmeden öncesi ve sonrası hakkında genel düşünce sürecini yansıtan kendini kavrama ve hislerini sorgulayan 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki her bir ifade “kesinlikle katılmıyorum” ifadesinden, “kesinlikle katılıyorum” ifadesine doğru 1 – 6 arasında değişen likert tipi puanlama sistemine sahiptir. Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Maddelerin 12’si pozitif (1, 5, 6, 11, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 23, 24) ve 12’si negatif (2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 22) olup; puanlamada negatif maddeler tersine çevrilir. Buna göre; pozitif maddelerde yüksek puan (6 p) yüksek konfora, düşük puan (1 p) düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan (1 p) yüksek konfora, yüksek puan (6 p) ise düşük konfora işaret etmektedir (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Ölçeğin değerlendirmesinde; elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Ölçekten alınabilecek, en düşük toplam puan 24, en yüksek toplam puan ise 144’dür. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1 – 6 dağılımında belirtilir. Düşük puan konforun kötü, yüksek puan konforun iyi olduğunu göstermektedir (Üstündağ ve Aslan, 2010).

Ölçeğin, Türk toplumunda kullanımını ölçmek amacıyla yürütülen geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach’s alfa katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur (Üstündağ ve Aslan, 2010). Araştırmada da Cronbach’s alfa katsayısı 0.815 olarak yüksek bulundu.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, hastaların postoperatif birinci günlerinde tedavi planını aksatmayacak şekilde planlanarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle ve araştırmacı tarafından ortalama 15-20 dakikalık sürede toplandı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun davranılarak; verileri toplamadan önce Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Karar No: 2019/26-36) alındı (Ek 3). Etik kurul onayını takiben çalışmanın yürütülmesi için İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Kurul'undan (Karar No: 223-4) yazılı izin alındı (Ek 5). Araştırmada kullanılan Perianestezi Konfor Ölçeği'nin araştırmamızda kullanılması için, ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliğini yapan araştırmacıdan mail yolu ile izin alındı (Ek 6).

Araştırmamızda veri toplama aşamasında gönüllülük, özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve eşitlik ilkeleri göz önüne alınarak hastalara araştırmanın amacı sözlü ve yazılı olarak 'Gönüllü Olur Formu' (Ek 7) ile aktarıldı. Araştırmaya katılan hastalara alınan bilgilerinin gizliliği hakkında bilgi verildi.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Konfor puanına ilişkin normal dağılım test sonuçları aşağıda verildi.

Tablo 3.1: Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi

	Konfor
Kolmogorov-Smirnov Z	1.133
P	0.153

Konfor puanının normal dağılım gösterdiği saptandı ($p>0,05$). Verilerin analizlerinde parametrik yöntemler uygulanmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Pearson korelasyon analizi uygulandı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları, İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve yatarak tedavi gören hastalardan elde edilen veriler ile sınırlıdır. Araştırmada hastaların konfor düzeyi, kullanılan ölçeğin ölçtüğü değerlerle sınırlıdır.



4.BULGULAR

Bu bölümde, akciğer kanseri tanısıyla ameliyat olan hastaların konfor düzeyleri ile konforu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları üç başlık altında verildi:

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Hastaların Perianestezi Konfor Ölçeğine İlişkin Bulgular

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Perianestezi Konfor Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalık durumlarına ilişkin özellikleri, yaşam biçimi davranış özellikleri ve ameliyat sürecine bağlı özelliklerini kapsayan bulguların dağılımları yer almaktadır. Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3’de verildi.

Hastaların yaş ortalamaları 58.87 ± 12.01 yıl olup; %41.1’i (n=76) 61-70 yaş aralığındadır. Hastaların %70.3’ünün (n=130) erkek, %91.4’ünün (n=169) evli, %70.8’inin (n=131) eğitim durumunun ortaokul ve altı olduğu ve %85.4’ünün (n=158) çalışmadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Hastaların, %33.0’ünün (n=61) sigara içtiği, %43.8’inin (n=81) sigarayı bırakmış olduğu ve %48.6’sının (n=69) 1-10 yıl sigara içme öyküsünün olduğu tespit edildi. Ortalama sigara içme adedi günlük 1 ile 60 adet arasında değişmekle birlikte ortalaması 21.11 ± 10.38 (n=61) olarak hesaplandı. Hastaların, %7’sinin (n=13) alkol içmekte olup, %62.7’sinin (n=23) alkol içme süresi 1-10 yıl olarak belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=185)

Tanıtıcı Özellikler	Min-Maks	Ort±SS	
Yaş (yıl)	16-84	58.87±12.01	
Boy(cm)	149-189	168.75±8.35	
Kilo (kg)	40-117	73.90±14.37	
BKİ (kg/m²)	14.69-40.48	26.11±4.73	
Sigara İçme Adedi (gün)	1-60	21.11±10.38	
Hastanın Tanıtıcı Özellikleri		n	%
Yaş	50 Ve Altı	38	20.5
	51-60	49	26.5
	61-70	76	41.1
	71 Ve Üzeri	22	11.9
Cinsiyet	Kadın	55	29.7
	Erkek	130	70.3
Medeni Durum	Evli	169	91.4
	Bekar	16	8.6
Eğitim Durumu	Ortaokul Ve Altı	131	70.8
	Lise	34	18.4
	Yükseköğretim	20	10.8
Meslek	Ev Hanımı	39	21.1
	İşçi	86	46.5
	Memur	22	11.9
	Esnaf	17	9.2
	Diğer	21	11.4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	27	14.6
	Çalışmıyor	158	85.4
Sigara İçme Alışkanlığı	İçiyor	61	33.0
	Hiç İçmemiş	43	23.2
	Bırakmış	81	43.8
Sigara İçme Süresi	1-10 Yıl	69	48.6
	11-20 Yıl	26	18.3
	21 Yıl Ve Üzeri	47	33.1
Alkol İçme Alışkanlığı	İçiyor	13	7.0
	Hiç İçmemiş	148	80.0
	Bırakmış	24	13.0
Alkol İçme Süresi	1-10 Yıl	23	62.2
	11 Yıl Ve Üzeri	14	37.8
Kronik Hastalık Durumu	Var	87	47.0
	Yok	98	53.0

Tablo 4.2: Hastaların Hastalık Öykülerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=185)

Hastalık Öykülerine İlişkin Özellikler		n	%
Kronik Hastalıklar*	Diyabetes Mellitus	32	36.8
	Hipertansiyon	56	64.4
	Koah	13	14.9
	Kronik Kalp Yetmezliği	11	12.6
	Hiperlipidemi	4	4.6
	Astım	3	3.4
	Hipotiroidi	3	3.4
	Kardiyak Aritmi	1	1.1
	Kronik Böbrek Yezmezliği	1	1.1
İlaç Kullanım Durumu	Evet	89	48.1
	Hayır	96	51.9
Kullanılan İlaçlar*	Antidiyabetik	36	40.4
	Antihipertansif	55	61.8
	Antideprasan	4	4.5
	Bronkodilatör	14	15.7
	Tiroid Preperatı	3	3.4
	Antiaritmik	6	6.7
	Antitrombolitik	6	6.7
	Antidiüretik	1	1.1
	Antihiperlipidemik	2	2.2
Ailede Akciğer Kanseri Öyküsü	Var	66	35.7
	Yok	119	64.3
Algılanan Genel Sağlık	İyi	122	65.9
	Orta Ve Kötü	63	34.1
Geçirilmiş Ameliyat Deneyimi	Var	127	68.6
	Yok	58	31.4
Önceki Cerrahi Deneyim	İyi	64	50.4
	Orta	43	33.9
	Kötü	20	15.7
*Birden fazla seçilen maddeler			

Hastaların, %47'sinde (n=87) hekim tarafından tanı konmuş bir kronik hastalığı olduğu (Tablo 4.1) ve en sık görülen kronik hastalıkların %64.4 (n=56) ile hipertansiyon ve %36.8 ile (n=32) diyabetes mellitus olduğu saptandı. Hastaların, %48.1'inin (n=89) sürekli ilaç kullanmakta olup; %61.8'inin (n=55) antihipertansif, %40.4'ünün (n=36) antidiyabetik ilaç kullandığı belirlendi (Tablo 4.2).

Hastaların %35.7'sinin (n=66) ailesinde akciğer kanseri öyküsü saptandı. Hastaların genel sağlık düzeyi algılarının, %65.9'unun (n=122) iyi, %34.1'inin (n=63) orta ve kötü olduğu belirlendi. Hastaların, %68.6'sının (n=127) geçirilmiş ameliyat öyküsü olduğu, önceki cerrahi deneyim algısının %50.4'ünün (n=64) iyi olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Hastaların ameliyat sürecine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4.3'de verildi. Çalışmaya katılan bireylerin, %58.9'unun (n=109) şimdiki ameliyata yönelik tutumunun olumlu, %24.3'ünün (n=45) olumsuz olduğu saptandı. Hastaların, %81.1'i (n=150) ameliyat öncesi eğitim almış olduğu belirlendi (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan bireylerin, %53.5'ine (n= 99) lobektomi yapıldı ve ameliyatların %74.6'sı (n=138) ise torokotomi yöntemiyle gerçekleştirildi. Hastaların, %20.5'inde ameliyat sonrası komplikasyon gelişmiş olup, %78,9'unda (n=30) hava kaçağı tespit edildi (Tablo 4.3).

Çalışmaya katılan bireylerin %66.5'i (n=123) dren yeri ağrısı, %61.1'i (n=113) kesi yeri ağrısı olduğu ve ağrı kesici olarak %99.5 'i (n=184) NSAİİ (PO), %82.7'si (n=153) opioid aldığı saptandı. Hastaların, %17.3'ü (n=32) mide bulantısı olduğunu ifade edip, kaç kez kustukları sorgulandığında ise, %62.5'inin (n=20) 2 ve üzeri yanıt verdiği görüldü (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Hastaların Ameliyat Sürecine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=185)

Hastaların Ameliyat Süreci Özellikleri		n	%
Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumu	Eğitim Almış	150	81.1
	Eğitim Almamış	35	18.9
Eğitim Alınan Kişiler*	Hemşire	114	76.0
	Doktor	129	86.0
Şimdiki Ameliyata Yönelik Tutum	Olumlu	109	58.9
	Olumsuz	45	24.3
	Kararsızım	31	16.8
Yapılan Ameliyat	Pnöminektomi	29	15.7
	Lobektomi	99	53.5
	Wedge Rezeksiyonu	44	23.8
	Bilobektomi	13	7.0
Yapılan Ameliyat Şekli	Vats	47	25.4
	Torokotomi	138	74.6
Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişme Durumu	Evet	38	20.5
	Hayır	147	79.5
Gelişen Komplikasyon	Hava Kaçağı	30	78.9
	Kanama	2	5.3
	Cilt Altı Amfizem	2	5.3
	Aritmi	3	7.9
	Senkop	1	2.6
Ağrı Yeri*	Kesi Yeri	113	61.1
	Dren Yeri	123	66.5
	Sırt	10	5.4
	Göğüs	5	2.7
	Tüm Vücut	2	1.1
	Baş	2	1.1
	Kalça	6	3.2
	Bel	2	1.1
Kullanılan Ağrı Kesiciler*	Nsaii Po	184	99.5
	Nsaii Im	43	23.2
	Opioid	153	82.7
Ameliyat Sonrası Kusma Durumu	Yok	153	82.7
	Var	32	17.3
Kaç Kez Kusulduğu (n=32)	1	12	37.5
	2 Ve Üzeri	20	62.5
Antiemetik Kullanım Durumu	Var	47	25.4
	Yok	138	74.6
*Birden fazla seçilen maddeler			

Tablo 4.4: Hastaların Ameliyat Sonrası Vital Bulgularına İlişkin Değerlerinin Dağılımı (N=185)

Vital Bulgular	Min-Maks	Ort±SS
Vücut Isısı	36-37	36.64±0.18
Nabız	60-132	93.78±14.45
Solunum	20-24	20.51±1.85
Sistolik kan basıncı	80-160	118.21±15.02
Diastolik kan basıncı	60-100	72.37±8.70
Satürasyon	82-99	94.70±2.86
Son 24 Saat Ağrı Şiddeti	2-9	6.81±1.51
Mide Bulantı Şiddeti	0-8	1.78±2.33
Kusma Miktarı (ml)	50-600	239.06±147.41

Hastaların ameliyat sonrası vital bulgularının ortalamaları Tablo 4.4'te verildi. Hastaların ortalama değerleri; vücut ısı 36.64±0.18, nabız 93.78±14.45, solunum sayısı 20.51±1.85, sistolik kan basıncı 118.21±15.02, diastolik kan basıncı 72.37±8.70, satürasyon 94.70±2.86, son 24 saattaki ağrı şiddeti 6.08±1.51, mide bulantı şiddeti 1.78±2.33, kusma miktarı 239.06±147.41 olarak saptandı.

Tablo 4.5: Hastaların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Açlık ve Susuzluk Süreleri Ortalamalarının Dağılımı (N=185)

Değişken	Min-Maks	Ort±SS
Ameliyat Öncesi Açlık Süresi	8-15	9.22±1.57
Ameliyat Öncesi Susuzluk Süresi	8-15	9.22±1.57
Ameliyat Sonrası Açlık Süresi	5-23	7.23±1.74
Ameliyat Sonrası Susuzluk Süresi	5-23	7.23±1.74
Ameliyat Sonrası Mobilize Olma Saati	6-48	19.96±5.92

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası açlık ve susuzluk süreleri ortalamaları Tablo 4.5’de gösterildi. Hastaların ortalama değerleri; ameliyat öncesi açlık süresi 9.22±1.57, ameliyat öncesi susuzluk süresi 9.22±1.57, ameliyat sonrası açlık süresi 7.23±1.74, ameliyat sonrası susuzluk süresi 7.23±1.74, ameliyat sonrası mobilize olma saati 19.96±5.92 olarak saptandı.

4.2. Hastaların Perianestezi Konfor Ölçeğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, akciğer kanseri tanısıyla ameliyat olan hastaların konfor düzeyi ölçeğine ilişkin bulgular yer verildi.

Hastaların ameliyat sonrası ‘Perianestezi Konfor Ölçeği’ puan ortalaması Tablo 4.6’da görüldüğü gibi 4.55±0.71 olup; en düşük değer 1.92, en yüksek değer 6 olarak saptandı.

Tablo 4.6: Hastaların Perianestezi Konfor Ölçeğine İlişkin Bulguları (N=185)

Maddeler	Ort	Ss		
Sakindim	4.86	1.36		
Üşüyordum	3.89	2.05		
Yabancı Bir Ortamdı	2.76	1.84		
İçinde Bulunduğum Durumdan Rahatsızdım	3.63	2.06		
Ailem/arkadaşlarım Bu Durumun Üstesinden Gelmemde Yardımcı Oldu	5.56	0.91		
Ameliyattan Önce Anestezi Uzmanı İle Konuşma Fırsatım Oldu	4.86	1.67		
Mahremiyetime Saygı Gösterilmedi	4.68	1.88		
Çok Endişeliydim	3.52	1.95		
Hemşirem Duygularımı Önemsemedi	4.50	1.89		
Gürültü Rahatsız Ediciydi	4.36	1.98		
Hemşirem Nazikti	5.02	1.30		
Anesteziye İlişkin Daha Çok Bilgiye Gereksinimim Vardı	3.96	2.09		
Kontrolümü Kaybettim	5.05	1.62		
Çevremdeki Genel Hava Güven Vericiydi	4.85	1.28		
Bakım Kalitem Yetersizdi	4.18	1.94		
İsteklerim Yerine Getirildi	5.11	1.36		
Öz-Saygım Korunmadı	5.00	1.61		
Hızlı Bir İyileşme Süreci Öngörebiliyordum	4.61	1.28		
Buradaki Ortamın Güvenli Olduğunu Hissettim	5.13	1.04		
Bana Uygulanan Bakım Kendimi Güvende Hissetmemi Sağladı	5.20	1.00		
Uyumaktan Korkmuyordum	4.27	2.08		
İlaç Uygulanan/serum Verilen Bölge Ağrılıydı	3.85	1.98		
Burada Aldığım Bakımdan Memnunum	5.15	0.99		
Hemşire Benimle Çok İlgilendi	5.22	0.94		
	Ort	Ss	Min-Max.	Ölçek Ranjı
Perianestezi Konfor Ölçeği	4.55	0.71	1.92-6.00	1-6

Tablo detaylı incelendiğinde hastaların konforunu arttıran maddelerin; en yüksek ortalamadan başlayarak sırasıyla “ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu” 5.56 ± 0.91 , “hemşire benimle çok ilgilendi” 5.22 ± 0.94 , “bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı” 5.20 ± 1.00 , “burada aldığım bakımdan memnunum” 5.15 ± 0.99 , “buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim” 5.13 ± 1.04 olduğu saptandı (Tablo 4.6).

Tablo detaylı olarak incelendiğinde hastaların konforunu azaltan maddelerin; en az ortalamadan başlamak üzere sırasıyla “yabancı bir ortamdı” 2.76 ± 1.84 , “çok endişeliydim” 3.52 ± 1.95 , “içinde bulunduğum durumdan rahatsızdım” 3.63 ± 2.06 , “ilaç uygulanan/serum verilen bölge ağrılıydı” (3.85 ± 1.98), “üşüyordum” 3.89 ± 2.05 olduğu saptandı (Tablo 4.6).

Buna göre; hastaların kendilerini yabancı bir ortamda hissettiği, çok endişeli oldukları, içinde bulundukları durumdan rahatsız oldukları, serum uygulanan /ilaçları verilen bölgenin ağrılı olduğunu düşündükleri, ortam ısısının yeterli olmadığı ve üşüdükleri belirlendi. Bu durumların hasta konforunu azalttığı saptandı (Tablo 4.6).

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Perianestezi Konfor Ölçeği Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde, hastaların tanıtıcı ve ameliyat sürecine ilişkin özellikleri ile konfor düzeyi ölçeği arasındaki ilişkiye ait bulgular ve yer almaktadır. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile konfor düzeyi ölçeği arasındaki ilişkiye ait bulgular Tablo 4.7’de verildi.

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Perianestezi Konfor Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (N=185)

Demografik Özellikler	N	Konfor	
Yaş		<u>Ort±SS</u>	
50 Ve Altı	38	4.624±0.690	F=2.197 p=0.090
51-60	49	4.652±0.739	
61-70	76	4.560±0.631	
71 Ve Üzeri	22	4.206±0.910	
Cinsiyet		<u>Ort±SS</u>	
Kadın	55	4.474±0.770	t= -1.005 p=0.316
Erkek	130	4.590±0.693	
Medeni Durum		<u>Ort±SS</u>	
Evli	169	4.551±0.693	t=-0.313 p=0.754
Bekar	16	4.609±0.953	
Eğitim Durumu		<u>Ort±SS</u>	
Ortaokul Ve Altı	131	4.503±0.718	F=1.938 p=0.147
Lise	34	4.597±0.616	
Yükseköğretim	20	4.833±0.826	
Meslek		<u>Ort±SS</u>	
Ev Hanımı	39	4.467±0.767	F=0,959 p=0.431
İşçi	86	4.516±0.690	
Memur	22	4.816±0.514	
Esnaf	17	4.588±0.667	
Diğer	21	4.583±0.921	
Çalışma Durumu		<u>Ort±SS</u>	
Çalışıyor	27	4.485±0.841	t= -0.557 p=0.578
Çalışmıyor	158	4.568±0.695	
Sigara İçme Alışkanlığı		<u>Ort±SS</u>	
İçiyor	61	4.557±0.681	F=0.214 p=0.807
Hiç İçmemiş	43	4.497±0.724	
Bırakmış	81	4.586±0.745	
Sigara İçme Süresi		<u>Ort±SS</u>	
1-10 Yıl	69	4.613±0.753	F=0.359 p=0.699
11-20 Yıl	26	4.473±0.868	
21 Yıl Ve Üzeri	47	4.571±0.560	
Alkol İçme Alışkanlığı		<u>Ort±SS</u>	
İçiyor	13	4.760±0.801	F=0.842 p=0.432
Hiç İçmemiş	148	4.557±0.697	
Bırakmış	24	4.439±0.790	
Alkol İçme Süresi		<u>Ort±SS</u>	
1-10 Yıl	23	4.524±0.827	t=-0,272 p=0.787
11 Yıl Ve Üzeri	14	4.598±0.776	
Kronik Hastalık Durumu		<u>Ort±SS</u>	
Var	87	4.560±0.661	t=0.076 p=0.940
Yok	98	4.552±0.766	
İlaç Kullanım Durumu		<u>Ort±SS</u>	
Evet	89	4.567±0.655	t=0.206 p=0.837
Hayır	96	4.545±0.772	

Tablo 4.7: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Perianestezi Konfor Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (N=185) (Devamı)

Ailede Akciğer Kanseri Öyküsü		Ort±SS	
Var	66	4.577±0.764	t=0.302
Yok	119	4.544±0.691	p=0.763
Genel Sağlık Algısı		Ort±SS	
İyi	122	4.630±0.744	t=1.974
Orta ve Kötü	63	4.412±0.640	p=0.050
Geçirilmiş Ameliyat Öyküsü		Ort±SS	
Var	127	4.547±0.708	t=-0.244
Yok	58	4.575±0.740	p=0.807
Önceki Cerrahi Deneyim		Ort±SS	
İyi	64	4.589±0.716	F=0.711
Orta	43	4.565±0.719	p=0.493
Kötü	20	4.375±0.667	

t: Student-t Testi F: Tek Yönlü ANOVA Testi Post-Hoc: Scheffe Testi p<0.05

Hastaların konfor puan ortalamaları yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sigara içme alışkanlığı, sigara içme süresi, alkol içme alışkanlığı, alkol içme süresi değişkenlerine göre anlamlı fark göstermediği belirlendi ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Hastaların konfor puan ortalamaları kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanım durumu, ailede akciğer kanseri öyküsü, geçirilmiş ameliyat öyküsü, önceki cerrahi deneyim değişkenlerine göre anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$), (Tablo 4.7).

Genel sağlığı algısı iyi olanların konfor puan ortalamaları ($x=4.630$), algısı orta ve kötü yönde olanların konfor puan ortalamalarından ($x=4.412$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($t=1.974$; $p=0.05<0.05$), (Tablo 4.7).

Hastaların konfor puan ortalamaları şimdiki ameliyata yönelik tutum değişkenine göre anlamlı fark gösterdi ($F=5.599$; $p=0.004<0.05$). Farkın nedeni, şimdiki ameliyata yönelik tutum olumlu olanların konfor puan ortalamalarının şimdiki ameliyata yönelik tutum olumsuz olanların konfor puan ortalamalarından yüksek olması olarak belirlendi ($p<0.05$), (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Hastaların Ameliyat Sürecine İlişkin Özellikleri İle Konfor Düzeyi Ölçeği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi (N=185)

Şimdiki Ameliyata Yönelik Tutum		Ort±SS	F= 5.599
Olumlu	109	4.699±0.671	p=0.004
Olumsuz	45	4.342±0.822	PostHoc=1>2, 1>3 (p<0.05)
Kararsızım	31	4.362±0.593	
Ameliyat Öncesi Eğitim Alma Durumu		Ort±SS	
Eğitim Almış	150	4.621±0.683	t=2.591
Eğitim Almamış	35	4.277±0.796	p=0.010
Yapılan Ameliyat		Ort±SS	
Pnömonektomi	29	4.578±0.633	F=0.092 p=0.964
Lobektomi	99	4.564±0.737	
Wedge Rezeksiyonu	44	4.509±0.739	
Bilobektomi	13	4.599±0.727	
Yapılan Ameliyat Şekli		Ort±SS	
Vats	47	4.528±0.695	t=-0.311 p=0.756
Torokotomi	138	4.565±0.726	
Ameliyat Sonrası Komplikasyon Gelişme Durumu		Ort±SS	
Evet	38	4.717±0.596	t=1.565 p=0.119
Hayır	147	4.514±0.740	
Ameliyat Sonrası Kusma Durumu		Ort±SS	
Yok	153	4.579±0.714	t=0.969f p=0.334
Var	32	4.444±0.728	
Kaç Kez Kusulduğu		Ort±SS	
1	12	4.444±0.792	t=0.003 p=0.988
2 Ve Üzeri	20	4.444±0.708	
Antiemetik Kullanım Durumu		Ort±SS	
Var	47	4.473±0.733	t=-0.911 p=0.364
Yok	138	4.584±0.711	

t: Student-t Testi F: Tek Yönlü ANOVA Testi Post-Hoc: Scheffe Testi p<0.05

Ameliyat öncesi eğitim alanların konfor puanları ortalamaları (x=4.621), ameliyat öncesi eğitim almayanların konfor puan ortalamalarında (x=4.277) anlamlı düzeyde yüksek bulundu (t=2.591; p=0.01<0.05), (Tablo 4.8).

Hastaların konfor puan ortalamaları ile yapılan ameliyat, ameliyatın şekli, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu, ameliyat sonrası kusma durumu, kaç kez kustuğu, antiemetik kullanım durumu arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0.05), (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Perianestezi Konfor Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

		Konfor
Yaş	r	-0.115
	p	0.119
Boy	r	0.080
	p	0.277
Kilo	r	0.082
	p	0.268
Bki	r	0.029
	p	0.696
Sigara İçme Adedi	r	-0.022
	p	0.868
Ameliyat Öncesi Açlık Süresi	r	-0.058
	p	0.435
Ameliyat Öncesi Susuzluk Süresi	r	-0.058
	p	0.435
Ameliyat Sonrası Açlık Süresi	r	-0.027
	p	0.711
Ameliyat Sonrası Susuzluk Süresi	r	-0.027
	p	0.711
Ameliyat Sonrası Mobilize Olma Saati	r	-0.075
	p	0.313
Vücut Isısı	r	0.029
	p	0.694
Nabız	r	-0.019
	p	0.798
Solunum	r	0.031
	p	0.671
Sistolik Kan Basıncı	r	-0.104
	p	0.158
Diastolik Kan Basıncı	r	-0.037
	p	0.621
Saturasyon	r	0.090
	p	0.225
Son 24 Saat Ağrı Şiddeti	r	-0.050
	p	0.496
Mide Bulantı Şiddeti	r	-0.105
	p	0.156
Kusma Miktarı	r	-0.110
	p	0.550

r: Pearson Korelasyon Analizi *<0,05; **<0,01

Hastaların, aldıkları konfor ölçeği toplam puan ortalaması ile yaş, boy, kilo, BKİ, sigara içme adedi, ameliyat öncesi açlık süresi, ameliyat öncesi susuzluk süresi, ameliyat sonrası açlık süresi, ameliyat sonrası susuzluk süresi, ameliyat sonrası mobilize olma saati, vücut ısısı, nabız, solunum, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, satürasyon, son 24 saat ağrı şiddeti, mide bulantı şiddeti, kusma miktarı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$), (Tablo 4.9).



5.TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1.Tartışma

Temel amacı, akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların konfor düzeyleri ile konforu etkileyen faktörleri belirlemek olan bu çalışmaya, İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde akciğer kanseri tanısıyla ameliyat olan 185 hasta dahil edildi.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 58.87 ± 12.01 yıl olup; %41.1'i 61-70 yaş aralığındadır (Tablo 4.1). Benzer çalışmalar incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması Ören'in (2018) çalışmasında 51.71 yıl ve Kubat'ın (2017) çalışmasında 54.43 yıl olarak görülmektedir. Göğüs cerrahisi nedeniyle ameliyat olan hastalarla yürütülen bu benzer çalışmalar ile bulgularımız benzerlik göstermekle birlikte, yaş ortalaması biraz daha yüksektir. Akciğer kanseri tanısına sahip hastalar genellikle 50-70 yaş arasındadır (Özkan, 2008). Çalışmada da sadece akciğer kanser tanılı hastalarla çalışıldığı için yaş ortalamasının benzer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %70.3'ünün erkek olduğu saptandı (Tablo 4.1) Albayrak'ın (2006) araştırmasında katılımcıların %90.8'inin; Gelişken Akyüz'ün (2010) çalışmasında %82'sinin; Doğan'ının çalışmasında %85.5'inin erkek olduğu bildirilmektedir. Benzer çalışma bulguları araştırmamızın bulgularını desteklemektedir. Sigara içiciliğinin erkeklerde kadınlara oranla daha uzun süreli ve daha fazla tüketildiği, bu nedenle akciğer kanserinin yine kadınlara kıyasla erkeklerde daha yüksek oranda görüldüğü düşünüldüğünde, katılımcılarının büyük çoğunluğunun erkek olması normal kabul edilmektedir.

Hastaların, ortalama BKİ değeri 26.11 ± 4.73 kg/m² olarak saptandı (Tablo 4.1). Ünülü'nün (2014) araştırmasında ortalama BKİ deney grubunda 29.34, kontrol grubunda 28.3; Sarier'in (2019) çalışmasında 27.26; Tosun'un (2014) çalışmada 25.32 kg/m² olarak bulundu. Çalışma sonucumuz literatür ile uyumludur. Hastaların DSÖ'nün BKİ'ne dayalı sınıflaması göz önüne alındığında; hastaların fazla kilolu olduğu, bu durumun çalışma yaş ortalaması düşünüldüğünde normal olarak kabul edilebileceği söylenebilir.

Akciğer kanseri etiyolojisinden sorumlu tutulan başlıca risk faktörü sigara ve tütün kullanımıdır. Akciğer kanserlerinin %80'inden fazlası tütün maruziyeti olan kişilerde görülür (Pisani et al., 2002; Jemal et al., 2005). Çalışmada hastaların, %33.0'ı sigara içmekte, %7'si alkol kullanmaktadır (Tablo 4.1). Kubat'ın (2017) yılında yapmış olduğu çalışmada, bu oranlar sırasıyla %25.9; %7.9 olarak bulunmuştur. Yapılan benzer çalışmalarda da sigara kullanım oranı Şahin'in (2016) %21.1; Sarier'in (2019) %28.9 olarak belirtilmektedir. Dolayısıyla çalışmamız bulguları literatür ile paraleldir. Ancak, alkol kullanım oranı Şahin (2016) %1.4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda örneklem grubundaki erkek oranının fazla olması Şahin'in (2016) çalışmasında ise, hastaların büyük bölümünün kadın olması (%82.1) bu farklılığa sebep olmuş olabilir.

Çalışmada katılımcıların %35.7'sinin ailesinde akciğer kanseri öyküsü olduğu saptandı (Taablo 4.2). Topu ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, bu oran %51.5; Ergün ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise, %41.9 olarak bildirilmiştir. Çalışma bulgumuz benzer çalışma bulgularından farklılık göstermekle birlikte yakındır.

Hastaların ameliyat sonrası 'Perianestezi Konfor Ölçeği' toplam puan ortalaması 4.55 ± 0.71 olarak saptandı (Tablo 4.6). Bu bulgu, hastaların konfor puanlarının ortalamasının üzerinde olduğunu ve konfor düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Perianestezi konfor ölçeği puan ortalaması Üstündağ'ın (2009) çalışmasında, 5.06; Şahin'in (2016) çalışmasında, 4.82; Sönmez'in (2013) çalışmasında, 5.17; Ören'in (2018) çalışmasında, 4.96 olarak saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bulgu, benzer diğer araştırmalardan nispeten düşük bulunmasına rağmen yakındır. Çalışmaların yürütüldüğü hasta grubunun farklılık göstermesi bu sonucun üstünde etkili olabilir düşüncesindeyiz. Üstündağ (2009) ve Sönmez (2013) çalışmalarını kalp ameliyatı olan hasta grubuyla yürütürken, Şahin'in (2016) çalışması yedi farklı hastalık tanısı sonucu ameliyat geçiren hasta grubu ile yürütülmüştür. Ören (2018) çalışması ise, göğüs cerrahisi geçiren hastalarla yürütülmüş, ancak katılımcıların yalnızca %48'i akciğer kanseri tanısı ile ameliyat olduğunu belirtmiştir. Çalışmada, sadece akciğer kanseri tanısına sahip hastalar yer aldığı, hasta grubunun özelliği ve yapılan ameliyat türünün farklılığı konfor puan ortalamalarına yansımış olabilir.

Çalışmamızda medeni durumun konfor puanına etkisi açısından evli ve bekar hastaların konfor puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı. Benzer çalışmalar incelendiğinde, evli ya da bekar olmanın konfor üzerinde etkisi olmadığı

belirlenen çalışmaya da (Sönmez, 2013), tek başına olan hastalarda konfor düzeyinin evli hastalardan daha düşük olduğu belirlenen çalışmaya da (Sayedfatemi ve ark., 2014) rastlanmaktadır. Literatürde bu durum, ailenin sosyal desteğini kaybetmesi sonucu cerrahi girişimin konforu olumsuz etkileyen sorunları şiddetlendirdiği ifade edilmektedir (Sayedfatemi ve ark., 2014). Araştırmamızda hastaların büyük bir çoğunluğu evliydi ve ailelerinden destek alanların konfor puan ortalamalarının 5.56 olduğu saptandı (Tablo 4.6). Bu durum hastaların konforunun sağlanmasında sosyal desteğin ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

Hasta memnuniyeti sağlık kurumlarında hizmet kalitesini belirlemede temel bir kriterdir. Hasta konforunu arttırmada en kilit personel hemşirelerdir. Hemşireler 24 saat hastayla birlikte olduklarından konfor durumunu arttırmada ve hasta memnuniyetin belirlenmesinde en temel ögedir (Şahin, 2016). Araştırmada hastalar doktor ve hemşirelerin kendilerine karşı ilgili olduklarını, uygulanan bakımın kendilerini güvende hissetmelerini sağladığını ve aldıkları bakımdan memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.6). Hastaların konfor düzeylerinin aldıkları bakım ve destek ile arttığı düşünülmektedir.

Çalışmada, hastaların kendilerini yabancı bir ortamda hissettiği, çok endişeli oldukları, içinde bulundukları durumdan rahatsız oldukları, ilaç uygulanan/serum verilen bölgenin ağrılı olduğunu düşündükleri, ortam ısısının yeterli olmadığı ve üşüdükleri belirlendi. Bu durumların hasta konforunun azalmasına yol açtığı görülmektedir (Tablo 4.6).

Özbayır ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada, hastaların %62.13'ünün ameliyat öncesinde yapılacak cerrahi girişime ilişkin endişe yaşadıkları ve %21.58'inin ameliyathaneyi korkunç bir yer olarak hatırladıkları belirlenmiştir. Erdil ve arkadaşları (2000), hastaların alıştığı çevreden ayrılarak, yabancı görünen ameliyathane ortamına girerken endişe yaşamaya başladıklarını belirtmişlerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da cerrahi girişim öncesi hastaların anksiyete deneyiminin yüksek olduğu belirtilmektedir (Ofıaz ve Vural, 2010; Arslan ve ark., 2017).

Yılmaz ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, hastaların %63.8'inde üşüme ve titreme görüldüğü belirlenmiştir. Aksu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, hipotermi insidansı %45.7'dir. Bayraktar ve Bulut 'un (2000) yaptığı çalışmada, ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların %19'unun üşüdüklerini ifade ettiği belirtilmiştir. Özbayır ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada da

ameliyathanede üşüyen hasta oranı %33.98 olarak bildirilmiştir. Cerrahi girişim sonrası erken dönemde hastalarda üşüme, titreme ve hipotermi sık görülen bir durum olup; bu dönemde hastaların ısınması ve vücut sıcaklığının normoterapiye dönmesinin hastayı rahatlattığı bilinmektedir (Girard, 2009; Rasmussen et al., 2006). Hastalar anestezinin etkisinin geçmesiyle beraber ayılma odası ve yoğun bakımda yaşadıkları olayları hatırlamakta ve bu alanlarda üşüdükleri belirtmektedirler. Bu alanlarda ortam sıcaklığı yükseltilemese bile hastanın ısınması için gerekli girişimlerin planlanması gerekmektedir.

Üstündağ (2009)'ın çalışmasında, vücut sıcaklığı ile konfor düzeyi arasında pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bildirilmektedir (Tablo 4.9). Çalışmada ise, vücut ısı ve diğer yaşam bulguları ile konfor düzeyi arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Çalışmada, hastaların konfor ölçeği puan ortalamalarının cinsiyetten etkilenmediği bulundu (Tablo 4.7). Ören'in (2018) çalışmasında da erkek ve kadın hastaların konfor düzeyi puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız Ören'in (2018) bulguları ile uyumludur. Diğer taraftan, Şahin'in (2016) çalışmasında ve Üstündağ'ın (2009) çalışmasında, erkek hastaların konfor düzeyinin kadınlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularının kadın ve erkeklerin konfor algılarının farklı olabilmesi nedeniyle birbiriyle çeliştiği düşünülmektedir.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde; hastaların %70.8'inin ortaokul ya da ilkokul mezunu olduğu ve katılımcıların eğitim durumunun konfor düzeyini etkilemediği bulundu (Tablo 4.7). Gürçayır'ın (2011) ve Sarier'in (2019) çalışmalarında da eğitim düzeyine göre konfor puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, Üstündağ (2009) ve Sayedfatemi ve arkadaşlarının (2014) çalışmalarında, eğitim düzeyi arttıkça konfor düzeyinin de arttığı belirlenmiştir. Hastaların eğitim seviyesi direk olarak konforu etkilemese bile verilen hemşirelik eğitimlerinin anlaşılması açısından dolaylı olarak etkisinin olduğunu düşünülebilir. Belirli bir eğitim düzeyine sahip hastalar kendi bakımını planlamada ve uygulamada aktif rol alabilmektedir.

Hastaların genel sağlık düzeyi algılarının %65.9 oranında iyi olduğu ve genel sağlık algısı iyi olanların konfor düzeyi ölçek puan ortalamalarının, genel sağlık algılarını orta ve kötü olarak belirten hastalardan daha yüksek bulundu (Tablo 4.7). Benzer çalışmalarda bu yönde bir karşılaştırmaya rastlanmadı. Çalışmadan elde

edilen bu bulgu, hastaların sağlık algılarının yüksek tutulmasının konfor düzeylerini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

Çalışmada hastaların, %68.6'sının geçirilmiş ameliyat öyküsü olduğu ve konfor puan ortalamalarının geçirilmiş ameliyat öyküsüne göre anlamlı fark göstermediği saptandı (Tablo 4.7), (Tablo 4.8). Aynı zamanda Amaç ve Çam'ın (2019) çalışmasında hastaların %86.3'ünün; Üstündağ'ın (2009) çalışmasında %40.4'ünün geçirilmiş ameliyat öyküsü olduğu ve geçirilmiş ameliyat öyküsü olan ile olmayan gruplar arasında konfor puan ortalamaları açısından fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışma bulguları bu çalışmalar ile benzer sonuçlardır. Ancak, Şahin'in (2016) çalışmasında geçirilmiş ameliyat öyküsü olan hastaların konfor puan ortalamalarının ameliyat öyküsü olmayan hastalardan yüksek olduğu belirtilmektedir. Çalışmaların yürütüldüğü hasta yaş grubu, hastane ya da oda ortamı, hastaların önceki ameliyat türleri ve hastanede yatma süresi gibi pek çok faktörün sonuçların farklılığında etkisi olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmaya katılan hastaların, %58.9'unun şimdiki ameliyata yönelik tutumunun olumlu, %24.3'ünün olumsuz olduğu ve şimdiki ameliyatına yönelik tutumu olumlu olanların konfor düzeyinin, şimdiki ameliyatına yönelik tutumu olumsuz olanlardan yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.3), (Tablo 4.8). Benzer çalışma bulgusu da, hastaların %86.2'sinin şimdiki ameliyata yönelik tutumunun iyi olduğunu ve bu durumun konfor düzeylerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (Şahin, 2016). Bu bulguya dayanarak, hastaların ameliyata yönelik tutumlarının değerlendirilmesi ve olumsuz düşüncelerin giderilmesi yönünde uygulanacak girişimlerin, hastaların ameliyat sonrası konfor düzeyini yükseltebileceği söylenebilir.

Yapılan çalışmalarda, ameliyat öncesi eğitim verilen hastalarda tedaviye uyum ve memnuniyet düzeyinde artış sağladığı belirlenmiştir. Ayrıca hastaların ameliyat sonrası dönemde fizyolojik ve psikolojik iyileşmelerinde, bağımsız rol ve fonksiyonlarında da artış sağlanmış ve anksiyete, ameliyat sonrası komplikasyon oranı, hastanede kalış süresinde azalma olduğu belirlenmiştir (Yılmaz, 2002; Johansson et al., 2005; Yavuz, 2010). Çalışmada, hastaların %81.1'inin ameliyat öncesi eğitim aldıkları belirlendi (Tablo 4.3). Ameliyat öncesi eğitim alanların konfor düzeyi ölçek puan ortalamaları, ameliyat öncesi eğitim almayanlarınkinden yüksek saptandı (Tablo 4.8). Sönmez'in (2013) çalışmasında, hastaların %89.5'inin ameliyat öncesi dönemde eğitim almış olup, ameliyat öncesi eğitim alan hastaların

eğitim almayan hastalara göre konfor düzeyi ölçek puan ortalamaların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde benzer çalışmalarda da, ameliyattan önce verilen eğitimin hasta konforu üzerinde olumlu etkisi bulunmuştur (Gürçayır, 2011; Amaç ve Çam, 2019). Ameliyat öncesi bilgilendirmenin akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların konfor düzeyinin ve alınan hemşirelik bakım memnuniyetin artmasına etki ettiği görülmektedir. Doğru zaman ve doğru bir içerikle bireysel ihtiyaçlar doğrultusunda verilen etkin sağlık eğitimleri ile konfor düzeyi artırılabilir. Diğer taraftan, beş kişiden bir hastanın eğitim almadığını belirtmesinin nedenlerinin belirlenmesi ve her hastanın mutlaka eğitim alması sağlanmalıdır.

Katılımcıların %53.5'ine lobektomi, %15.7'sine pnömonektomi yapılmış olup, %20.5'inde ameliyat sonrası komplikasyon gelişmiştir (Tablo 4.3). Hastaların konfor puan ortalamaları yapılan ameliyat, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (Tablo 4.8) Benzer çalışmalarda bu yönde bir bulguya rastlanmamıştır.

Çalışmada, hasta ameliyatlarının %74.6'sı açık cerrahi girişim (torokotomi), %25.4'ü laparoskopik cerrahi (vats) yöntemiyle gerçekleştirildi ve konfor puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.3), (Tablo 4.8). Literatür bilgisine göre, laparoskopik cerrahi normal yaşantıya dönüşü hızlandırır. Bu nedenle laparoskopik ameliyat geçiren hastaların konfor düzeyinin açık ameliyat geçirenlere göre yüksek olması beklenmektedir (Şahin ve Rızalar, 2018). Şahin'in (2016) çalışmasında da hastaların %90.4'ünün açık cerrahi girişim uygulandığı, konfor düzey ölçek puan ortalamalarına bakıldığında, laparoskopik ameliyat olanlar ile açık cerrahi girişim uygulanan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir. Bu durumun her iki çalışmada da laparoskopik ameliyat geçiren vaka sayısının azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde, ameliyat öncesi kısa zamanlı açlık ve susuzluk sürelerinin hastanın iyileşme sürecine ve konforuna olumlu katkısı olduğu bildirilmektedir (Gündoğdu, 2005; Gebremedhn and Nagaratnam, 2014). Gül ve arkadaşlarının (2013) yaptığı sistematik literatür incelemesinde, planlı genel cerrahi ameliyatı olacak hastaların ortalama 14 saat katı, 12 saat ise sıvı gıda almadığı saptanmıştır. Çalışmada, hastaların ameliyat öncesi açlık ve susuzluk süreleri 9.22 ± 1.57 olarak saptandı (Tablo 4.5) . Konfor ile ameliyat öncesi açlık ve susuzluk süresileri arasında ilişki olmadığı bulundu (Tablo 4.9). Sarier'in (2019) çalışmasında, bireylerin ortalama aç kalma süresinin 14.25 saat, susuz kalma süresinin ise 12.59 saat olduğu,

aç ve susuz kalma süresinin genel konfor düzeyi ölçek puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz ile benzer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Ameliyat sonrası beslenmeye, ameliyattan 4 saat sonra sıvıların alınmasıyla başlanabileceği ve ameliyat gününden itibaren normal diyetle devam edilebileceği belirtilmektedir (Ardò et al., 2018). Çalışmada, hastaların ameliyat sonrası açlık ve susuzluk süresinin 7.23 ± 1.74 olduğu, ameliyat sonrası aç ve susuz kalma süreleri ile konfor arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.5), (Tablo 4.9). Şahin'in (2016) çalışmasında da hastaların ameliyat sonrası açlık ve sürelerinin %78.9'unun 6 saat olduğu, ameliyat sonrası açlık ve susuzluk süreleri farklı olan gruplar arasında konfor düzeyi ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Ağrıyı değerlendirmenin en kolay yolu hastaya ağrısının olup olmadığının sorulmasıdır. Ayrıca ağrının şiddeti, yeri ve özelliğinin de bilinmesi gerekir. Ağrıyı değerlendirmede ölçek kullanımı hasta ile hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında objektif değerlendirmeyi sağlamaktadır (Büyükyılmaz ve Aştı, 2009). Çalışmada, hastaların ameliyat sonrası son 24 saattaki ağrı şiddeti 6.08 ± 1.51 olarak bulunurken; konfor düzeyinin ağrı şiddetinden etkilenmediği bulundu (Tablo 4.4), (Tablo 4.9). Sönmez'in (2013) çalışmasında, orta şiddette ve şiddetli ağrı çeken hastaların konfor düzeyinin hafif ağrı çeken hastalara göre konfor düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Şahin'in (2016) çalışmasında da ameliyattan 24 saat sonrasında şiddetli ağrı çeken hastalarda konfor düzeyi, hem hafif hem de orta şiddette ağrısı olanlara göre daha düşük saptanmıştır. Çalışmalarda birbirinden farklı hasta grupları ile çalışıldığı ve yapılan ameliyatlara farklı olması düşünülerek, sonuçların farklılık göstermiş olduğu düşünülmektedir.

Bulantı ve kusma, ameliyat sonrası oldukça önemli bir sorundur. Hastaya verdiği rahatsızlık ile hasta konforunu bozması dışında, bazen ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (Yardım Kaya, 2009). Hastaların, %17.3'ü mide bulantısı olduğunu, kaç kez kustukları sorgulandığında %62.5'inin 2 ve üzerinde olarak yanıt verdiği görüldü (Tablo 4.3). Hastaların konfor düzeyinin, ameliyat sonrası kusma durumu, kaç kez kustuğu, antiemetik kullanım durumundan etkilenmediği bulundu (Tablo 4.9). Benzer çalışma bulgusu da çalışma bulgumuz ile benzerdir (Şahin, 2016).

5.2. Sonuç ve Öneriler

Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastaların konfor düzeyleri ve etkileyen aktörleri belirlemeye yönelik, 185 hasta ile yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar;

- Hastaların ameliyat sonrası “Perianestezi Konfor Ölçeği” puan ortalaması 4.55 ± 0.71 olarak hesaplanarak, ortalamanın üzerinde bir puan olarak değerlendirildi. Hastaların konfor düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

- Hasta konforunu azalttan durumların; hastaların kendilerini yabancı bir ortamda hissetmeleri, çok endişeli olmaları, içinde bulundukları durumdan rahatsız olmaları, ilaç uygulanan/serum verilen bölgenin ağrılı olduğunu düşünmeleri, ortam ısısının yeterli olmaması olarak tespit edildi.

- Genel sağlığı algısı iyi olan hastaların konfor puan ortalamaları ($x=4.630$), algılanan genel sağlığı orta ve kötü olanların konfor puan ortalamalarından ($x=4.412$) yüksek olduğu saptandı. Aralarında istatistiksel yönden anlamlı fark bulundu ($t=1.974$; $p=0.05 < 0.05$).

- Hastaların konfor düzeyi ölçek puan ortalamaları ile şimdiki ameliyata yönelik tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($F=5.599$; $p=0.004 < 0.05$). Şimdiki ameliyata yönelik tutumu olumlu olan hastaların konfor düzeyi ölçek puan ortalamalarının, şimdiki ameliyata yönelik tutumu olumsuz olanlardan yüksek olduğu saptandı.

- Ameliyat öncesi eğitim alan hastaların konfor düzeyi ölçek puan ortalamalarının ($x=4.621$), ameliyat öncesi eğitim almayanlarınkinden ($x=4.277$) yüksek olarak saptandı. Aralarında istatistiksel yönden anlamlı fark belirlendi ($t=2.591$; $p=0.01 < 0.05$).

Elde edilen bu sonuçlara dayanarak öneriler;

- Ameliyat öncesi dönemde, bireysel gereksinimlere yönelik, planlı olarak hazırlanmış sağlık eğitimlerinin verilmesi,

- Cerrahi girişim sonrası konfor düzeyinin belirlenmesi ve hemşirelik bakımının elde edilen sonuçlara göre planlanması ve uygulanması,

- Cerrahi girişim sonrası hemşirelik hizmetlerinin bir çıktısı olan hasta konforunun değerlendirilmesinin sağlanması için hemşirelere eğitim verilmesi,

- Ameliyat sonrası planlanan konfor girişim planlarının farmakolojik yöntemlerin yanı sıra nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanılması,
- Ameliyat sonrası anksiyetenin tedavisi, mümkün olması durumunda huzurlu bir ortam sağlanması,
- Konfor düzeyinin artırılması için hastane koşullarının iyileştirilmesi,
- Konforu etkileyebilecek fiziksel faktörlerin yanı sıra hastayı holistik bakış açısı çerçevesinde değerlendirilecek şekilde daha ayrıntılı araştırmaların yapılması önerilmektedir.



6.KAYNAKÇA

Adlkofer, F. (2001), Lung cancer due to passive smoking–a review. *International archives of occupational and environmental health*, 74(4), 231-241.

Akdağ, Z. (2009), İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciger Kanseri Olgularda Prognostik Faktörlerin Araştırılması Ve Klinik Semptomlar İle Metastaz Arasındaki İlişki, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı İstanbul Süreyyapasa Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, (Danışman: Şef . Dr. Armağan Hazar).

Akgün, Ö. (2016), Annelerin Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Özlem Duran Aksoy).

Akkoçlu, A., Savaş, İ., Göksel, T., Yılmaz, U. (2008), Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi. İçinde: Akciğer ve Plevra Maliğniteleri Tedavisi. Türk Toraks Derneği Okulu Kitabı. Göksel T, Özlü T, (eds), Ankara: Sentez Matbaacılık, s: 9-11.

Aksoy, Y.D. (2012), Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. Türkan Pasinlioğlu).

Aksu, C., Kuş, A., Gürkan, Y., Solak, M., Toker, K. (2014), Kocaeli Üniversitesi Ameliyathanesi Postoperatif Hipotermi İnsidansı Araştırması. *Turkish Journal of Anesthesia & Reanimation*, 42(2).

Albayrak, S. (2006), Akciğer Kanseri Olgularında Uyku Bozuklukları, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Prof.Dr. Oya İtil).

Alberg, A. J., Samet, J. M. (2003). Epidemiology of lung cancer. *Chest*, 123(1), 21-49.

Amaç, H. Y., Çam, R.(2019), Gününbirlik cerrahide hasta konforu ve hasta konforunu etkileyen etmenler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1222-1237.

Andersen, K. S., Skoffer, B., Oestergaard, L. G., Van Tulder, M., Petersen, A. K. (2017), The effects of respiratory physiotherapy after lung resection: Protocol for a systematic review. *International Journal of Surgery Protocols*, 4, 1-5.

Ardò, N. P., Loizzi, D., Panariti, S., Piccinin, I., Sollitto, F. (2018), Enhanced recovery pathways in thoracic surgery from Italian VATS group: nursing care program. *Journal Of Thoracic Disease*, 10(Suppl 4), 529–534.

Arora, N. K. (2009), Importance of patient-centered care in enhancing patient well-being: a cancer survivor's perspective. *Quality of Life Research*, 18(1), 1-4.

Arslan, S., Taylan, S., Deniz, S. (2017). Nöroşirürji hastalarının ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1).

Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2006), Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10, 15-28.

Atwater, T., Cook, C. M., Massion, P. P. (2016), The Pursuit of Noninvasive Diagnosis of Lung Cancer. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 37(5), 670–680.

Azzawri, A. A. (2018). Effects Of Kras Gene LCS6 Mutation On Metastasis Pathways İn Human Lung Cancer, Doctoral Dissertation, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Department Of Medical Genetic, Konya, (Danışman: Prof. Dr.Tülin Çora).

Balduyck, B., Hendriks, J., Lauwers, P., Van Schil, P. (2007), Quality of life evolution after lung cancer surgery: a prospective study in 100 patients. *Lung Cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 56(3), 423–431.

Balduyck, B., Hendriks, J., Lauwers, P., Van Schil, P. (2008), Quality of life after lung cancer surgery: a prospective pilot study comparing bronchial sleeve lobectomy with pneumonectomy. *Journal Of Thoracic Oncology: Official Publication Of The International Association For The Study Of Lung Cancer*, 3(6), 604–608

Bayraktar, N., Bulut, H. D. (2000), Ameliyathanede ameliyat öncesi bekleyen hastaların gereksinimleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(6), 34-38.

Bayram, A. S. (2014), Akciğer Kanserinde Ameliyat Edilecek Hastanın Seçimi ve Güncel Cerrahi Yaklaşımlar. *Türk Radyoloji Derneği Semineri 2*: 378-384

Beckles, M. A., Spiro, S. G., Colice, G. L., Rudd, R. M. (2003), Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest*, 123(1), 97-104.

Belkora, J. K., Loth, M. K., Volz, S., Rugo, H. S. (2009), Implementing decision and communication aids to facilitate patient-centered care in breast cancer: a case study. *Patient education and counseling*, 77(3), 360-368.

Bellizzi, K. M., Rowland, J. H., Jeffery, D. D., McNeel, T. (2005), Health behaviors of cancer survivors: examining opportunities for cancer control intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 23(34), 8884-8893.

Berber, K. (2014), Akciğer Kanserli Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükleri Ve Psikolojik Sorunları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Okanlı).

Bilgiç, Ş. (2015), Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Müzik Terapinin Kemoterapi Semptomları ve Konfor Düzeyine Etkisi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Rengin Acaroğlu).

Brandstrup, B., Tonnesen, H., Beier-Holgersen, R., Hjortso, E., Ording, H. (2003), Effects of intravenous fluid restriction on postoperative complications: comparison of two perioperative fluid regimens: a randomized assessor-blinded multicenter trial. *Annals of surgery*, 238(5), 641.

Breitbart, W. (2008), Thoughts on the goals of psychosocial palliative care, *Palliative Supportive Care*. 6(3), 211–212.

Büyükyılmaz, F., Aştı, T. (2009), Ameliyat sonrası ağrıda hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 84-93.

Campbell, G., Alderson, P., Smith, A. F., Warttig, S. (2012), Interventions for treating inadvertent postoperative hypothermia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

Collins, L. G., Haines, C., Perkel, R., Enck, R. E. (2007), Lung cancer: diagnosis and management. *Am Fam Physician*, 75(1), 56-63.

Çınar, H.U., Çelik, B., Kocatürk, C., Çelik, H. K. (2016), Akciğer kanseri ile ilişkili paraneoplastik pemfigus: olgu sunumu. *Solunum Durum Raporları* , 5 (3), 192–194

Çınar Yücel, Ş. (2011), Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27 (2), 79-88.

Çok, G. (2004), Akciğer kanserlerinde evreleme ve prognoz. *Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine*, 2(3), 222-229.

Cruz, C. S. D., Tanoue, L. T., Matthay, R. A. (2011), Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. *Clinics in chest medicine*, 32(4), 605-644.

Dale, A. E. (2006), Determining guiding principles for evidence-based practice. *Nursing Standard (through 2013)*, 20(25), 41.

Demir, N. (2010), Preoperatif Hazırlık-Postoperatif Bakım ve Takip. İçinde: Klinik Beceriler, Sağlığın Değerlendirilmesi Hasta Bakımı ve Takibi. Sabuncu, N., Akça Ay, F. (eds.), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, s:626-627.

Deslauriers, J. (2002), Current surgical treatment of nonsmall cell lung cancer 2001. *European Respiratory Journal*, 19(35 suppl), 61-70.

Detterbeck, F. C., Boffa, D. J., Tanoue, L. T. (2009), The new lung cancer staging system. *Chest*, 136(1), 260-271.

Driscoll, T., Nelson, D. I., Steenland, K., Leigh, J., Concha- Barrientos, M. (2005), The global burden of disease due to occupational carcinogens. *American journal of industrial medicine*, 48(6), 419-431.

Doğan, N. (2011), Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Mehtap Tan).

Doruk, S., Köseoğlu, D. R., Pazarlı, A. C., Yılmaz, A., İnönü, H. (2010), Akciğer kanserli olgularda bronkoskopi örneklerinin tanısal değeri. *Solunum*, 12, 66-70.

Dübüş, T., Toker, A., Dilege, Ş., Kalaycı, G. (2011), Akciğer kanseri cerrahisi sonrası uzun dönemli solunumsal ve fonksiyonel kapasite ölçümleri ve yaşam kalitesi değerlendirmesi. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg*, 19(2), 227-233.

Erbaycu, A. E., Özsöz, A., Çakan, A. (2005), Akciğer kanserinde tanı gecikmesine hastanın ve hekimin etkisi. *Solunum Hastalıkları*, 16, 161-5.

Erdil, F., Elbaş, N. Ö., Bayraktar, N., Çelik, S. Ş. (2000), Hasta yakınlarının ameliyat öncesi döneme ilişkin bilgi gereksinimleri, ameliyatı beklerken yaşadıkları duyguları ve ameliyathane bekleme salonuna ilişkin görüşleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(6), 1-5.

Ergelen, R., Cagatay Çimşit, N. (2013), Akciğer tümörleri. *Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni*, 4(3).

Ergün, D., Savaş, İ., Ergün, R., Kaya, A., Gülhan, M. (2009), Akciğer kanseri ve ailesel kanser hikâyesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 57, 251-258.

Ersoy, E., Gündoğdu, H. (2005), Preoperatif açlıkta değişen kavramlar. *Turkish Journal of Surgery*, 21(2), 096-101.

Ertaş, I.E, Güngörük, K., Özdemir, A., Solmaz, Ü., Doğan, A. (2013), Jinekolojik maligniteler için tam evreleme ameliyatından sonra dış eti çığnemesinin postoperatif bağırsak aktivitesine etkisi: randomize kontrollü bir çalışma. *Jinekolojik onkoloji* , 131 (1), 118-122.

Fawcett, J. (2005), Contemporary nursing knowledge. *Analysis And Evoulation Of Nursing Models And Theories*. (2th Ed., Pp. 364–437). Philadelphia: Fa Davis Company.

Gallo, L. C., Malek, M. J., Gilbertson, A. D., Moore, J. L. (2005), Perceived cognitive function and emotional distress following coronary artery bypass surgery. *Journal of behavioral medicine*, 28(5), 433-442.

Gebremedhn, E. G., Nagaratnam, V. B. (2014), Audit on preoperative fasting of elective surgical patients in an African academic medical center. *World journal of surgery*, 38(9), 2200-2204.

Gelişken Akyüz, R. (2010), İleri Evre Akciğer Kanseri Hastalarında Uyku Kalitesi Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayfer Elçigil).

Gilbert, C., Akulian, J., Ortiz, R., Lee, H., Yarmus, L. (2014), Novel bronchoscopic strategies for the diagnosis of peripheral lung lesions: present techniques and future directions. *Respirology*, 19(5), 636-644.

Girard, N. J. (2009), Clients having surgery: Promoting positive outcomes. *Medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes. Philadelphia: Saunders Elsevier*, 193-4.

Göksel, T., Yıldız, P., Altın, S., Başer, S., Bayız, H. (2010). Akciğer kanseri. İçinde: Türkiye’de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri-Beyaz Kitap. Ankara: Türk Toraks Derneği Yayınları, 55-70.

Göktalay, T., Akın, M., Aydemir, Ö. (2002), Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*, 13, 265-270.

Gürçayır, D. (2011), Kalça Protezi Ameliyatı Olacak Hastalara Verilen Eğitimin Ameliyat Sonrası Konfor Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Neziha Karabulut).

Gürel, S. (2018), Lobektomi Ve Pnöminektomi Olacak Hastalarda Ölüm Kaygısı, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şenay Öztürk).

Hamann, H. A., Lee, J. W., Schiller, J. H., Horn, L., Wagner, L. I. (2013), Clinician perceptions of care difficulty, quality of life, and symptom reports for lung cancer patients: an analysis from the symptom outcomes and practice patterns (SOAPP) study. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 8(12), 1474–1483.

Handy Jr, J. R., Asaph, J. W., Skokan, L., Reed, C. E., Koh, S. (2002), What happens to patients undergoing lung cancer surgery?: Outcomes and quality of life before and after surgery. *Chest*, 122(1), 21-30.

Harris, J. E., Thun, M. J., Mondul, A. M., Calle, E. E. (2004), Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *Bmj*, 328(7431), 72.

Jemal, A., Ward, E., Hao, Y., Thun, M. (2005), Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. *Jama*, 294(10), 1255-1259.

Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J., Salanterä, S. (2005), Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of advanced nursing*, 50(2), 212-223.

Kapdağlı, M.H. (2014), Küçük Hücreli Dışı Primer Akciğer Kanseriinde Komplet Rezeksiyon Uygulanan Pnömonektomi ve Bronşiyal Sleeve Lobektomi Olgularının Karşılaştırmalı Analizi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, (Danışman: Op. Dr. Ali Atasalihi).

Karabacak, Ü. (2004), Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının Ve Eğitiminin Radyoterapi İle Etkileşimi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Rengin Acaroğlu).

Karabacak, Ü., Acaroğlu, R. (2011), Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1): 197-202.

Kılıç, V. (2011), Lokal İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, (Danışmanı: Doç. Dr. Özden Altundağ).

Kolcaba K. (1991), Taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch*; 23(4): 237.

Kolcaba, K. (2001), Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research . *Nursing Outlook*, 49(1): 86-92

Kolcaba, K., Wilson, L. (2002), Comfort care: A framework for perianesthesia nursing. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 17(2), 102-114

Kolcaba, K. (2003), Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing.

Kubat, G. (2017), Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher Yurt).

Licker, M., Spiliopoulos, A., Frey, J. G., Robert, J., Hoïhn, L. (2002), Risk factors for early mortality and major complications following pneumonectomy for non-small cell carcinoma of the lung. *Chest*, 121(6), 1890-1897.

Leo, F., Scanagatta, P., Vannucci, F., Brambilla, D., Radice, D. (2010), Impaired quality of life after pneumonectomy: who is at risk?. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 139(1), 49-52.

Li, W. W., Lee, T. W., Yim, A. P. (2004), Quality of life after lung cancer resection. *Thoracic Surgery Clinics*, 14(3), 353-365.

Mamaril, M. (2001), The official ASPAN position: ICU overflow patients in the PACU. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 16(4), 274-277.

Mangione, C. M., Goldman, L., Orav, E. J., Marcantonio, E. R., Pedan, A. (1997). Health-related quality of life after elective surgery. *Journal of general internal medicine*, 12(11), 686-697.

Matakidou, A., Eisen, T., Houlston, R. S. (2005), Systematic review of the relationship between family history and lung cancer risk. *British journal of cancer*, 93(7), 825.

Mısırlıoğlu, A. (2009), Akciğer Kanserinin Cerrahi Tedavisinde Sleeve Rezeksiyonların Yeri, Uzmanlık Tezi, İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, (Danışman: Op. Dr. Ali Atasalihi).

Müsellim, B. (2007), Akciğer kanserinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 58, 113-118.

Oflaz, F., Vural, H. (2010), Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 1-7.

Okanlı, A., Özer, N., Akyl, R. Ç., Koçkar, Ç. (2006), Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(4).

Ören, B. (2018), Göğüs cerrahisi uygulanan hastaların konfor ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3).

Özbayır, T., Demir, F., Candan, Y., Coşkun, İ., Dramalı, A. (2003), Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1).

Özel, S. (2010), Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ükke Karabacak)

Özkan, K. (2008), Akciğer Kanserli Hastalarda Nqo1 Gen Polimorfizminin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyofizik Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Tammam Sipahi).

Özkan, M., Kırkıl, G., Görek Dilektaşlı, A., Söğüt, A., Sertoğullarından, B. (2015), Preoperatif değerlendirme konsensus raporu özeti. *Türk Toraks Dergisi*, 16(1), 43–52.

Öztuna, F., Özlü, T., Bülbül, Y. (2003), Akciğer kanserini hangi evrede yakalıyor ve nasıl tedavi ediyoruz. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(2), 152-6.

Pisani, P., Bray, F., Parkin, D. M. (2002), Estimates of the world- wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population. *International journal of cancer*, 97(1), 72-81.

Pompili, C. (2015), Quality of life after lung resection for lung cancer. *Journal Of Thoracic Disease*, 7(Suppl 2), 138–144.

Rajagopalan, S., Mascha, E., Na, J., Sessler, D. I. (2008), The effects of mild perioperative hypothermia on blood loss and transfusion requirement. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 108(1), 71-77.

Rasmussen, B. S., Sollid, J., Rees, S. E., Kjaergaard, S., Murley, D. (2006), Oxygenation within the first 120 h following coronary artery bypass grafting. Influence of systemic hypothermia (32° C) or normothermia (36° C) during the cardiopulmonary bypass: a randomized clinical trial. *Acta anaesthesiologica scandinavica*, 50(1), 64-71.

Robbins, S. L., Cotran, R. S., Kumar, V. (2000), Basic pathology. *Philaselfhia WBSC Saunders*, 393-438.

Ruano-Ravina, A., Figueiras, A., Barros-Dios, J. M. (2000), Diet and lung cancer: a new approach. *European journal of cancer prevention*, 9(6), 395-400.

Rueth, N. M., Parsons, H. M., Habermann, E. B., Groth, S. S., Virnig, B. A. (2012), Surgical treatment of lung cancer: predicting postoperative morbidity in the elderly population. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*, 143(6), 1314-1323.

Sarier, T. (2019), Ameliyat Öncesi Aç Kalma Süresinin, Durumluk Kaygı ve Genel Konfor Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şerife Kurşun).

Schulte, T., Schniewind, B., Dohrmann, P., Küchler, T., Kurdow, R. (2009), The extent of lung parenchyma resection significantly impacts long-term quality of life in patients with non-small cell lung cancer. *Chest*, 135(2), 322-329.

Smith, M. D., McCall, J., Plank, L., Herbison, G. P., Soop, M. (2014), Preoperative carbohydrate treatment for enhancing recovery after elective surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).

Sönmez, A. (2013), Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor Ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne, (Danışman: Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).

Stamatis, G. (2015). Staging of lung cancer: the role of noninvasive, minimally invasive and invasive techniques. *European Respiratory Journal*, 46(2), 521-531.

Şahin P.B. (2016), Ameliyat Geçiren Hastalarda Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Selda Rızalar).

Şahin, P. B. , Rızalar, S. (2018), Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 404-413.

Spira, A., Ettinger, D. S. (2004), Multidisciplinary management of lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 350(4), 379-392.

Tekpınar, H., Özen, M., Aşık, Z. (2018), Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 28-36.

Topu, Z., Ülger, F., Numanoğlu, N. (2004), Ailesel kanser hikayesi ve akciğer kanseri. *Tüberküloz ve toraks dergisi*, 52(2), 130-136.

Toraks Derneği Akciğer Maligniteleri Çalışma Grubu. (2006), Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi. *Toraks Dergisi*, 7, 1-37.

Tosun, B. (2014), Kalça Kırığı Olgularında Ameliyat Öncesi Cilt Traksiyonu Ve Pozisyon Ateli Uygulamasının, Hastaların Ağrı, Konfor Ve Memnuniyet Düzeyine Etkisi, Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Ankara, (Danışman: Doç.Dr.Dz.Sağ.Alb. Özlem Aslan).

Trost, J. E. (1986), Statistically nonrepresentative stratified sampling: A sampling technique for qualitative studies. *Qualitative sociology*, 9(1), 54-57.

Tuti Nuraini SKp, M., Dewi Gayatri SKp, M. (2017), Comfort assessment of cancer patient in palliative care: a nursing perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 209.

Türkçede Batı Kökenli Kelimeler Sözlüğü. Türk Dil Kurumu. (2017), Ankara: Türk Dil Kurumu.

Türkiye’de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. İçinde: Türk Toraks Derneği Beyaz Kitap. Türk Toraks Derneği (2010), Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, s: 55-71.

Ünülü, M. (2014), Perikardiyum 6 Noktasına Bilek Bandı İle Akupresürün Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Ve Konfor Düzeyine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nurten Kaya).

Üstündağ, H. (2009), Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Eti Aslan).

Üstündağ, H., Aslan, F. E. (2010), Perianestezi konfor ölçeğinin Türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 94-99.

Vallieres, E., Shepherd, F. A., Crowley, J., Van Houtte, P., Postmus, P. E. (2009), The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals regarding the relevance of TNM in the pathologic staging of small cell lung cancer in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification for lung cancer. *Journal of thoracic oncology*, 4(9), 1049-1059.

Vilman, P., Puri, R. (2007), The complete "medical" mediastinoscopy (EUS-FNA+EBUS-TBNA). *Minerva medica*, 98(4), 331-338.

Wahidi, M. M., Govert, J. A., Goudar, R. K., Gould, M. K., McCrory, D. C. (2007). Evidence for the treatment of patients with pulmonary nodules: when is it lung cancer?: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 132(3), 94-107.

Williams, A. M., Irurita, V. F. (2006), Emotional comfort: the patient's perspective of a therapeutic context. *International journal of nursing studies*, 43(4), 405-415.

Wudel, L. J., Nesbitt, J. C. (2001), Superior vena cava syndrome. *Current treatment options in oncology*, 2(1), 77-91.

Yaman, M. (2008), Akciğer Kanseri. İçinde: Göğüs Hastalıkları Ders Kitabı. Umut S, (eds.), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basın ve Yayın Evi Müdürlüğü, s: 319-372.

Yaranoğlu, C. (2012), Kemoterapi Alan Akciğer Kanseri Hastalarda Yorgunluk Ve Uyku Kalitesinin Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık

Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Sağ. Yb. Belgüzar Kara).

Yasufuku, K., Fujisawa, T. (2007), Staging and diagnosis of non- small cell lung cancer: invasive modalities. *Respirology*, 12(2), 173-183.

Yavuz, M. (2010), Ameliyat Öncesi Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (eds.), Adana:Nobel Tıp Kitapevi, s:299-293.

Yazkan, R. (2010), Göğüs Cerrahisinde Postoperatif Komplikasyonlar. Journal of Clinical and Analytical Medicine Kitap Serisi, Toraks Travmaları ve Tedavisi. 1:4; 114-1.

Yeung, W. W. (2016). Post-operative care to promote recovery for thoracic surgical patients: a nursing perspective. *Journal of thoracic disease*, 8(Suppl 1), 71–77.

Yılmaz, A., Bayaramgürler, B., Akkaya, E., Ocaklı, Ö., Güney, İ. (2001), Kırsal bölgelerde yaşayan akciğer kanserli hastaların özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 49(1), 81-84

Yılmaz, E. (2012), Küçük Hücreli Olmayan Akciğer Kanseri Hastalarında Evrelere Göre Egzersiz Kapasitesi Ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Sevgi Özalevli).

Yılmaz, E., Çeçen, D., Toğaç, H. K., Mutlu, S., Aslan, A. (2018), Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 3-9.

Yılmaz, M. (2002), Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 40-51.

Yılmaz, S. G. (2014), Mastektomi Ameliyatı Geçiren Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Anksiyete Ve Konfor Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana, (Danışman: Doç. Dr. Sevban Arslan).

Yılmaz, Ü. (2018), Akciğer kanserlerinde tedavi yaklaşımları. (Turkish). Nuclear Medicine Seminars, 4(1), 32.

Youliden, D. R., Cramb, S. M., Baade, P. D. (2008), The International Epidemiology of Lung Cancer: geographical distribution and secular trends. *Journal of Thoracic Oncology*, 3(8), 819-831.

D.P.Ü. Kütahya Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü. Hemşirelikte Farkındalık Projesi. Cerrahi Hasta Hazırlığı Ve Bakım Standartları.2017; (Erişim Tarihi: 04.10.2019), <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/25125,cerahi-hasta-hazirligi-ve-bakim-standartlaripdf.pdf?0>.

Türk Toraks Derneği, Preoperatif Değerlendirme Uzlaş Raporu. 2014; (Erişim Tarihi: 30.09.2019), <https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/112201617125-Tamami.pdf>.

Türk Akciğer Kanseri Derneği, Akciğer Kanseri Yol Haritası. 2016; (Erişim Tarihi: 28.09.2019), https://www.toraks.org.tr/userfiles/file/akciger_kanseri_yol_haritasi.pdf

World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. 2018 (Erişim tarihi: 21.09.2019), <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>

World Health Organization. International Agency For Research On Cancer. 2018; (Erişim tarihi: 21.09.2019), <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/15-Lung-fact-sheet.pdf>

7.EKLER

EK 1: HASTA TANILAMA FORMU

A. Kişisel Bilgiler

1. Yaş:.....
2. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
3. Boy: Kilo: BKİ:
4. Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar
5. Eğitim durumu: 1) Okur yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul
4) Ortaokul 5) Lise 6) Yükseköğretim
6. Meslek:
7. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor
8. Sağlık güvencesi: 1) SGK 2) Ücretli
9. Sigara içme alışkanlığı: 1) İçiyor 2) Hiç içmemiş
3) Bırakmış
10. Alkol içme alışkanlığı: 1) İçiyor 2) Hiç içmemiş
3) Bırakmış

B. Hastalığa İlişkin Bilgiler

11. Kronik hastalık varlığı: 1)Var 2)Yok
12. Var ise hastalığınızı belirtiniz.....
13. Sürekli kullandığınız ilaç : 1) Var 2).Yok
- 14) Var ise 1) Antidiyabetik 2) Antihipertansif
3)Antidepresan 4)Diğer.....
- 15) Ailede akciğer kanseri öyküsü : 1) Var 2.) Yok
- 16)Genel olarak sağlığını nasıl algılıyorsunuz: 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
- 17)Geçirilmiş Ameliyat Deneyimi : 1) Var 2) Yok
- 18)Geçirilmiş ameliyat var ise önceki cerrahi deneyiminiz nasıldı:
1)İyi 2)Orta 3)Kötü
- 19)Şimdiki ameliyata karşı tutumunuz nasıl : 1)Olumlu 2)Olumsuz 3)Kararsızım
- 20)Ameliyat öncesi eğitim alma durumu : 1)Eğitim almış 2)Eğitim almamış
- 21) Eğitimi veren kişi : 1) Hemşire 2) Doktor 3)Diğer ...

- 22) Yapılan ameliyat : 1)Pnöminektomi 2) Lobektomi
3)Wedge rezeksiyonu 4) Bilobektomi 5) Diğer.....

23)Ameliyat şekli:

- 1)Video yardımcı toraks cerrahisi (VATS) 2)Açık ameliyat (Torokotomi)

24) Ameliyat öncesi açlık süresisaat susuzluksaattir.

25) Ameliyat sonrası açlık süresi.....saat susuzluk.....saattir.

26) Ameliyat sonrası mobilize olma saati:.....

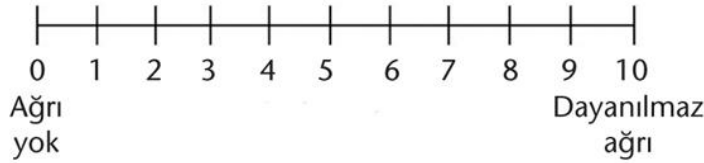
27) Vücut sıcaklığı:.....°C Nabız: Saturasyon:

Solunum:..... dk Kan Basıncı:mmHg

28) Ameliyat sonrası gelişen komplikasyon: 1) Var 2) Yok

29 Var ise yazınız:

30) Son 24 saat içerisindeki ortalama ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz



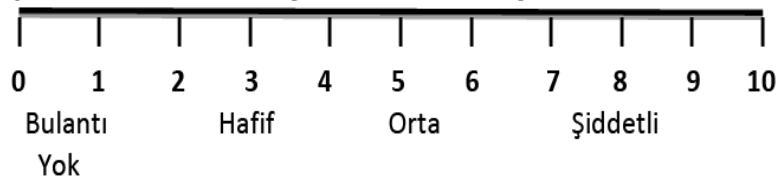
31) Ağrı yeri: 1) Kesi yeri Ağrısı 2) Dren yeri ağrısı 2 Diğer ağrı

32) Ağrı kesici kullanımı :

1)Yok 2) NSAİİ: Parasetamol tb (PO)

3) NSAİİ: Diklofenak Sodyum amp (IM) 4) Opioid: Tramadol Hcl amp (IM)

33)Mide bulantısı



34) Ameliyat sonrası 12- 24 saat içerisinde kusma durumunuz : 1) Yok 2) Var

35) Var ise : Kaç kez : Miktarı:

36) Antiemetik kullanımı : 1)Var 2)Yok

EK 2: Perianestezi Konfor Ölçeği (PKÖ)

	Kesinlikle Katılıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Sakindim	6	5 4 3 2 1
2. Üşüyordum	6	5 4 3 2 1
3. Yabancı bir ortamdı	6	5 4 3 2 1
4. İçinde bulunduğum durumdan rahatsızdım	6	5 4 3 2 1
5. Ailem/arkadaşlarım bu durumun üstesinden gelmemde yardımcı oldu	6	5 4 3 2 1
6. Ameliyattan önce anestezi uzmanı ile konuşma fırsatım oldu	6	5 4 3 2 1
7. Mahremiyetime saygı gösterilmedi	6	5 4 3 2 1
8. Çok endişeliydim	6	5 4 3 2 1
9. Hemşirem duygularımı önemsemedi	6	5 4 3 2 1
10. Gürültü rahatsız ediciydi	6	5 4 3 2 1
11. Hemşirem nazikti	6	5 4 3 2 1
12. Anesteziye ilişkin daha çok bilgiye gereksinimim vardı	6	5 4 3 2 1
13. Kontrolümü kaybettim	6	5 4 3 2 1
14. Çevremdeki genel hava güven vericiydi	6	5 4 3 2 1
15. Bakım kalitem yetersizdi	6	5 4 3 2 1
16. İsteklerim yerine getirildi.	6	5 4 3 2 1
17. Öz-saygım korunmadı	6	5 4 3 2 1
18. Hızlı bir iyileşme süreci öngörebiliyordum	6	5 4 3 2 1
19. Buradaki ortamın güvenli olduğunu hissettim	6	5 4 3 2 1
20. Bana uygulanan bakım kendimi güvende hissetmemi sağladı	6	5 4 3 2 1
21. Uyumaktan korkmuyordum	6	5 4 3 2 1
22. İlaç uygulanan/serum verilen bölge ağrılıydı	6	5 4 3 2 1
23. Burada aldığım bakımdan memnunum	6	5 4 3 2 1
24. Hemşire benimle çok ilgilendi	6	5 4 3 2 1

EK 3: Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İzin Yazısı

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

25.02.2019

Sayın Dr.Öğr.Üyesi.Azime KARAKOÇ

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu yapılan inceleme sonucunda planladığı “**Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler**” isimli araştırmanızın kurulumuzun 25.02.2019 tarihli toplantısında etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.

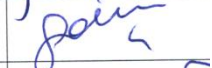
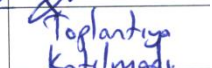


Etik Kurul Başkanı
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Tarih: 25.02.2019 Toplantı Sayısı:26	Karar No: 2019/26-36 Dr.Öğr.Üyesi.Azime KARAKOÇ'un planladığı “Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler” konulu araştırma incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.
---	--

ÜYELER

Adı soyadı	Alanı	Bölümü	Katılım	İmza
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Prof.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Dr.Öğr.Üyesi.Ayşe Tuba CEYHUN (Korun)	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Dr.Öğr.Üyesi Zeynep HOŞBAY	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	

EK 4: İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
25/06/2019 11:04 - 16867222 - 604.01.01 - E.2240



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Afide GÜNER'in
Tez Çalışması İzni Hk.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(10. Yıl Cad. Protokol Yolu No:45 34010 Topkapı / İstanbul)

İlgi : a) 25/03/2019 tarihli ve 71211201-2238 sayılı yazı.
b) 21/06/2019 tarihli ve 66628377-799-5040 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Afide GÜNER**, Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR'ın danışmanlığında yürütülen "**Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Etkileyen Faktörler**" konulu tez çalışmasını, Kurumumuza bağlı Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, **Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH'nin** ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Çalışmanın, sonrasında bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde Müdürlüğümüze verilmesi ve öğrenciniz **Afide GÜNER'e** tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.

Op. Dr. Kemal TEKEŞİN

Müdür a.

Başkan

EKLER:

1- Hastane Görüş Yazısı.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI
25.12.2019

permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

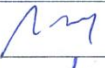
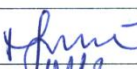
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bcb99d3d-9eb9-46e5-bcc7-117942349ec3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 5: Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

	BİLİMSEL KURUL KARAR FORMU	
---	-----------------------------------	---

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Akciğer Kanseri Nedeniyle Ameliyat Olan Hastalarda Konfor Düzeyi ve Konforu Artıran Faktörler
	ARAŞTIRMA TÜRÜ	☐ Klinik Araştırma ☐ Bireysel Çalışma ☒ Tez Çalışması
	ARAŞTIRMACI UNVAN-ADI-SOYADI	Afide GÜNER
	UZMANLIK ALANI	Hemşire
	ÇALIŞTIĞI KURUM	Biruni Üniversitesi
	ÇALIŞTIĞI BİRİM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi

KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 19.06.2019	Karar No: 223-4
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın hastanemizde gerçekleştirilmesinde bilgi güvenliği ile bilimsel çalışmanın etkinliği açısından sakınca bulunmadığına toplantıya katılan bilimsel kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

No	Unvan/Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma Onayı*	İmza
1	Doç.Dr.Sibel YURT	Başhekim Yardımcısı	E ☒ H ☐	
2	Prof.Dr. Erdoğan ÇETİNKAYA	Eğitim Sorumlusu/Göğüs Hastalıkları	E ☐ H ☐	
3	Doç.Dr. Mehmet Ali BEDİRHAN	İdari Sorumlusu/Göğüs Cerrahisi	E ☒ H ☐	
4	Doç.Dr. Levent CANSEVER	Eğitim Sorumlusu/Göğüs Cerrahisi	E ☒ H ☐	
5	Doç.Dr. Mediha G.ORTAKÖYLÜ	Göğüs Hastalıkları Eğitim Görevlisi	E ☒ H ☐	
6	Hakan TOPTAŞ	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	E ☒ H ☐	
7	Kamil KÜLSOY	İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı	E ☐ H ☐	
8	Nazik YALNIZ	Eğitim ARGE Birimi/Eğitim Hemşiresi	E ☒ H ☐	
9	Ebru KÖSEOĞLU	Eğitim ARGE Birimi/Eğitim Hemşiresi	E ☒ H ☐	

*E: Evet, H: Hayır

EK 6: Perianestezi Konfor Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Hocam ,
Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız
"Perianestezi Konfor Ölçeği" ni kullanarak
danışmanım Yrd..Doç.Dr. Azime Karakoç Kumsar ile
beraber bir çalışma yapmayı
planlamaktayız.Çalışmanızı referans göstermek
üzere, ölçeğinizi kullanmak istiyoruz. Eğer uygun
görür ölçeği ve değerlendirme şeklini paylaşırsanız
sevinirim.

Saygılarımla

Afide Güner
Biruni Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği
Yüksek Lisans öğrencisi



Hülya Üstündağ 04.12.2018

Alıcılar: ben ▾



Sevgili Afide
Perianestezi Konfor Ölçeğini çalışmanızda
kullanabilirsiniz. Başarılar diliyorum. Ölçeği -
değerlendirilmesini ve geçerlilik güvenilirlik yapıldığı
çalışmayı gönderiyorum. Sevgiler.
Hülya Üstündağ

EK 7: Gönüllü Olur Formu

Sizi “Akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda konfor düzeyi ve konforu etkileyen faktörlerin belirlenmesi” başlıklı bir çalışmaya davet ediyoruz. Bu çalışma, akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat sonrası hastaların konfor düzeyini belirlemek ve konforu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Bu araştırmada sizlerden “Hasta Tanılama Formu” ve “Perianestezi Konfor Ölçeği”ni eksiksiz doldurmanız için izin istenmektedir. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Araştırmaya katılmayı red etme hakkına sahipsiniz. Araştırmamayı kabul etmeme durumunda ya da herhangi bir nedenle çalışmadan çekilmeniz durumunda, aldığınız sağlık hizmeti ile ilgili bir aksama olmayacaktır. İstedığınız anda bana haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da gerek görüldüğünde araştırma dışında tutulabilirsiniz. Araştırmaya katıldığınızda herhangi bir ödeme ya da harcama yapmayacaksınız. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Sizden alınan bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmza/Tarih:

Sorumlu Araştırmacı: Hemşire Afide GÜNER – afideguner@gmail.com

İmza:

8.ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı: Afide GÜNER

2. Doğum Tarihi: 23.07.1994

3. Unvanı: Hemşire

4. Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Gazi Üniversitesi	2012-2016
Y. Lisans	Hemşirelik	Biruni Üniversitesi	2018 - ...

5. İş Tecrübesi

Başkent Üniversitesi Hastanesi 2016 Temmuz - 2017 Nisan Transplantasyon Servisi Hemşiresi

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi 2017 Mayıs- devam ediyor Göğüs Cerrahisi Servisi Hemşiresi

9. İNTİHAL RAPORU

AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE AMELİYAT OLAN HASTALARDA KONFOR DÜZEYİ VE KONFORU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ORIJINALLIK RAPORU

% 18	% 11	% 5	% 15
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul Medipol Āniversitesi Öğrenci Ödevi	% 4
2	Submitted to Okan Āniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	% 1
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
6	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1

Afide GÜNER	BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜ	YÜKSEKLİSANS TEZİ	2020
--------------------	--	--------------------------	-------------