

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AKCİĞER KANSERİ TANISI ALAN HASTALARDA
DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ
DOĞRULTUSUNDA UYGULANAN HEMŞİRE
NAVİGASYON PROGRAMININ ANKSİYETE-
DEPRESYON, HASTALIĞA UYUM VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

Müge ALTINIŞIK

DOKTORA TEZİ

2024-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AKCİĞER KANSERİ TANISI ALAN HASTALARDA
DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ
DOĞRULTUSUNDA UYGULANAN HEMŞİRE
NAVİGASYON PROGRAMININ ANKSİYETE-
DEPRESYON, HASTALIĞA UYUM VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

Müge ALTINIŞIK

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma ARIKAN

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 06/11/2024

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Fatma ARIKAN
Akdeniz niversitesi

ye : Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz niversitesi

ye : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz niversitesi

ye : Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM
Ege niversitesi

ye : Prof. Dr. Özlem OVAYOLU
Gaziantep Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun gr¼lm¼ř ve Enstit¼ Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci
Müge ALTINIŞIK

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Fatma ARIKAN

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim sürecimde bana rehberlik eden, bilgi ve birikimlerini paylaşarak kişisel mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli danışman hocam Doç. Dr. Fatma ARIKAN' a,

Lisansüstü eğitimim ve tez sürecinde, değerli bilgi ve deneyimleri ile katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Zeynep ÖZER' e

Tez izlem komitemde bulunarak tezime katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM' e, tez savunma sınavımda tezime değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM ve Prof. Dr. Özlem OVAYOLU' na,

Lisansüstü eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ başta olmak üzere Anabilim Dalımın değerli öğretim elemanlarına,

Eğitimimin her aşamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına,

Araştırma sürecimde bana destek veren Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Öğretim Elemanlarına,

Ayşegül KÜÇÜKÇAKAL, Burcu KOCABIYIK ve Aysel TEKELİ başta olmak üzere sürecim boyunca ilgi ve yardımlarını esirgemeyen onkoloji kliniğinde çalışan hemşire arkadaşlarıma, araştırmaya katılmayı kabul eden ve yaşadıkları süreçlere beni dahil eden tüm hastalarım,

Hayatım boyunca her zaman destek olan ve varlıklarını hep yanımda hissettiğim canım anneme, canım babama ve canım abime, en içten sevgi ve saygılarımla teşekkür ederim.

Müge ALTINIŞIK

ÖZET

Amaç: Bu araştırma yeni tanı alan akciğer kanseri hastalarda destekleyici bakım gereksinimleri doğrultusunda uygulanan hemşire navigasyon programının (LungCaNN) depresyon-anksiyete düzeyi, hastalığa uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Araştırma Haziran 2023-Temmuz 2024 tarihleri arasında örnekleme dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve basit rastgele randomizasyon yöntemi ile belirlenen 39'u girişim (LungCaNN), 38'i kontrol grubu olmak üzere toplam 77 hasta yeni tanı akciğer kanser hastaları ile tamamlanmıştır. Girişim grubundaki hastaların gereksinimleri belirlenerek, navigatör hemşire tarafından 12 hafta boyunca telefonla ve 3 kez yüz yüze navigasyon programı uygulanmıştır. Kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamış standart bakım almıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/LC-13 Akciğer Modülü kullanılmıştır. Son test verileri 12. haftanın sonunda toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı analizler t testi ve varyans ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Girişim grubu ve kontrol grubunun sosyodemografik ve hastalık özellikleri benzerdi ($p>0.05$). LungCaNN girişim grubunun kontrol grubuna göre; depresyon, stres, anksiyete puan ortalamalarının daha düşük, kronik hastalıklara uyum ve genel yaşam kalitesi ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Girişim grubunda acil servis başvuru oranları daha azdır.

Sonuç: Hemşire navigasyon programı; yeni tanı almış küçük hücre dışı akciğer kanser hastalarında; depresyon, stres, anksiyete düzeylerinde azalma sağladığı, kronik hastalıklara uyum ve genel yaşam kalitesinde iyileşme sağladığı saptanmıştır. Bu programın onkoloji kliniklerine entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire navigasyon programı, depresyon-anksiyete, kronik hastalığa uyum, yaşam kalitesi, acil servis

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the effect of the nurse navigation program (LungCaNN) implemented in line with the supportive care needs of newly diagnosed lung cancer patients on depression-anxiety-stress levels, adaptation to the disease and quality of life.

Method: This research is a randomized controlled experimental study. The study was included between June 2023 and July 2024, and a total of 77 patients, 39 of whom were in the intervention group (LungCaNN) and 38 in the control group, who met the comprehensively examined criteria and were enrolled by simple randomization method, were completed with newly diagnosed lung cancer treatment. The needs of the patients in the intervention group were determined and a face-to-face navigation program was implemented by the navigator nurse over the phone three times over a period of 12 weeks. The control group received standard care without any intervention. Personal Information Form, Depression, Stress, Anxiety Scale, Chronic Disease Adjustment Scale and EORTC QLQ – C30 Quality of Life Scale/LC-13 Lung Module were used to collect data. Post-test data were collected at the end of week 12.

Results: Sociodemographic and disease characteristics of the intervention group and control group were similar ($p>0.05$). It was determined that the LungCaNN intervention group had lower mean depression, stress, and anxiety scores, higher mean adaptation to chronic diseases and general quality of life compared to the control group, and the difference between the groups was statistically significant ($p<0.01$). Emergency room visit rates are lower in the intervention group.

Conclusion: The nurse navigation program implemented provided a decrease in depression, stress, anxiety levels, and an increase in adaptation to chronic diseases and overall quality of life in newly diagnosed non-small cell lung cancer patients. It is recommended that this program be integrated into oncology clinics.

Key words: Nurse navigation program, depression-anxiety, adaptation to chronic disease, quality of life, emergency department

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi	3
2.2. Etiyoloji	3
2.3. Akciğer Kanserinin Belirti ve Bulguları.....	5
2.4. Akciğer Kanseri Tanılama	6
2.5. Akciğer Kanseri Sınıflandırma	7
2.6. Akciğer Kanseri Evreleme.....	8
2.7. Akciğer Kanseri Tedavi Yöntemleri.....	8
2.7.1. Kemoterapi	9
2.7.2. Radyoterapi.....	10
2.7.3. Cerrahi Tedavi	10
2.7.4. İmmünoterapi	10
2.7.5. Hedefe Yönelik Tedavi.....	11

2.8. Akciğer Kanseri Tedavinin Yan Etkileri	11
2.9. Akciğer Kanseri Hastalarında Kapsamlı Semptom Değerlendirmesi	13
2.10. Akciğer Kanseri Hastalarda Desteklenmemiş Bakım Gereksinimleri	13
2.11. Hasta Navigasyon Programının Tarihçesi	19
2.12. Hemşire Navigasyon Programları	20
2.13. Onkolojide Hemşire Navigasyon Programı ve Navigatör Hemşiresinin Rolü....	21
2.14. Kanseri Hastalarına Yönelik Hemşire Navigasyon Programlarının Anksiyete- Depresyon, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Şekli.....	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	30
3.3.2. Araştırma Örneklemine Özellikleri.....	31
3.4. Randomizasyon ve Körlük.....	32
3.4.1 Randomizasyon	32
3.4.2 Körlük	34
3.5. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı	39
3.5.1 Eğitim Kitapçığının Hazırlanması ve Değerlendirilmesi.....	42
3.5.1.1. Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu	42
3.5.1.2 DISCERN Ölçeği	43
3.5.1.3. Ateşman Okunabilirlik Formülü.....	44
3.5.2. Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formu.....	44
3.5.2.1. İçerik Geçerliliği (Content Validity-Kapsam Geçerliliği).....	45
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	45

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	45
3.6.2. Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği	46
3.6.3. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	46
3.6.4. EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC-13 Akciğer Modülü	47
3.6.5. Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu	48
3.7. Ön Uygulama	49
3.7.1. Ön Uygulama Sonrası Yapılan Değişiklikler	52
3.7.2. Ön Uygulama Sonuç Analizleri	53
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması	54
3.8.1. Girişim Grubuna Yapılacak Uygulama	56
3.8.2. Kontrol Grubuna Yapılacak Uygulama	61
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	61
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	61
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	61
4. BULGULAR	64
4.1. Depresyon- Anksiyete- Stres Düzeylerine Yönelik Bulgular	64
4.2. Kronik Hastalıklara Uyum Düzeylerine Yönelik Bulgular	69
4.3. EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC-13 Akciğer Modülüne Yönelik Bulgular	75
4.4. Acil Servis Başvuru Oranlarına Yönelik Bulgular	84
5. TARTIŞMA	85
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	95
KAYNAKLAR	96
EKLER	119
ÖZGEÇMİŞ	154

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Akciğer kanseri risk faktörleri ve etkisi	5
Tablo 2.2.	Hemşirelerin genel yeterlilik düzeyleri ve onkolojiye yönelik yeterlilik düzeyleri	23
Tablo 3.1.	Araştırma örnekleminin özellikleri	31
Tablo 3.2.	Girişim ve kontrol gruplarına ait sosyo-demografik özellikleri	35
Tablo 3.3.	Girişim ve kontrol gruplarına ait hastalık özellikleri	36
Tablo 3.4.	Girişim ve kontrol gruplarının destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik ön test ölçüm değerleri ve ön test ortalamalarının grup değişkenine göre sonuçları	38
Tablo 3.5.	5A Metodolojisi işlem basamakları	40
Tablo 3.6.	Yazılı Materyal Uygunluk ve Discern Ölçüm Aracı değerlendirme sonuçları	43
Tablo 3.7.	Metinlerin okunabilirlik sayılarına göre sınıflandırılması	44
Tablo 3.8.	Depresyon, Anksiyete, Ölçeği alt boyutları madde ve puan dağılımları	46
Tablo 3.9.	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutları madde ve puan dağılımları	47
Tablo 3.10.	EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC-13 Akciğer Modülü alt boyutlarının madde ve puan dağılımları	48
Tablo 3.11.	Ölçeklerin Türkçe geçerlilik çalışmalarında Cronbach alfa katsayıları	48

Tablo 3.12.	Ön uygulamaya katılan hastaların ölçek ön ve son test ölçüm sonuçları	54
Tablo 3.13.	Veri toplama aşamaları	55
Tablo 3.14.	James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği alt boyutlarının madde ve puan dağılımları	55
Tablo 3.15.	Navigasyon ve Görüşme Basamakları	57
Tablo 3.16.	Bakım gereksinimleri doğrultusunda multidisipliner ekip ile işbirliği	59
Tablo 3.17.	Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler	63
Tablo 4.1.	Girişim ve kontrol grubu hastaların depresyon, anksiyete, stres ön test ve son test puan ortalamaları	64
Tablo 4.2.	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	65
Tablo 4.3.	Girişim ve kontrol grubu hastaların depresyon, anksiyete, stres puanlarının ön test son test karşılaştırılması	67
Tablo 4.4.	Girişim ve kontrol grubu hastaların depresyon, anksiyete, stres ön test -son test fark ortalamalarının karşılaştırılması	68
Tablo 4.5.	Girişim ve kontrol grubu hastaların kronik hastalıklara uyum ön test ve son test puan ortalamaları	69
Tablo 4.6.	Girişim ve kontrol grubu hastaların hastalığa uyum puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	70
Tablo 4.7.	Girişim ve kontrol grubu hastaların. kronik hastalıklara uyum puanlarının ön test son test karşılaştırılması	73

Tablo 4.8.	Girişim ve kontrol grubu hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinin ön test -son test fark ortalamalarının karşılaştırılması	74
Tablo 4.9.	Girişim ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ – C30 ve LC-13 ön test ve son test puan ortalamaları	75
Tablo 4.10.	Girişim ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ – C30 LC-13 modül yaşam kalitesi puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	77
Tablo 4.11.	Girişim ve kontrol grubu hastaların yaşam kalitesi puanlarının ön test son test karşılaştırılması	80
Tablo 4.12.	Girişim ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ – C30 ve LC-13 modülü ön test -son test fark ortalamalarının karşılaştırılması	81
Tablo 4.13.	Girişim ve kontrol grubu hastalar tarafından iletilen gereksinimler	83
Tablo 4.14.	Girişim ve kontrol grubu hastaların acil servise başvuru durumları	84

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Rezeksiyon örneklerine göre akciğer tümörlerinin sınıflandırılması	7
Şekil 3.1.	G*Power Programı ile örneklem büyüklüğü hesabı	30
Şekil 3.2.	CONSORT akış diyagramı	33
Şekil 3.3.	Araştırmanın Kavramsal -Teorik- DeneySEL Şeması	41
Şekil 3.4.	Ön uygulama ile ilgili süreçler	51
Şekil 3.5.	LungCaNN Girişim Protokolü	60
Şekil 4.1.	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının tekrarlı ölçümler değişimi	66
Şekil 4.2.	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının tekrarlı ölçümler değişimi	72
Şekil 4.3.	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi alt boyutları ve LC-13 Akciğer Kanseri modül puan ortalamalarının tekrarlı ölçümler değişimi	79

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASCO	: American Society of Clinical Oncology
DASS	: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği
ECOG	: Eastern Cooperative Oncology Group
ESMO	: European Society for Medical Oncology
ESTRO	: European Society for Radiotherapy and Oncology
HNP	: Hemşire Navigasyon Programı
KHDAK	: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
KHAK	: Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
NH	: Navigatör Hemşire
NP	: Navigasyon Programı
ONH	: Onkoloji Navigatör Hemşire

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Akciğer kanseri, dünyada ve Türkiye’de mortalite ve morbiditetisi en yüksek olan kanserdir (Deshpand ve ark., 2022; TÜİK, 23 Şubat 2023). Vakaların yaklaşık %85’ini küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) oluşturmaktadır (Sung ve ark., 2021). KHDAK’nin tedavisindeki gelişmelerle birlikte hastalığın prognozu değişmiş ve hastaların yaşam süresi uzamaya başlamıştır (Wang ve ark., 2020). Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte KHDAK hastaları, hastalığın kendisi ve tedavisine bağlı olarak kısa veya uzun dönemde fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır (Andersen ve ark., 2020). Ansiyete, depresyon gibi psikolojik semptomlar, fiziksel semptomlar, hastalığa uyum ve yaşam kalitesinde azalma hastaların sık yaşadığı sorunlardır (Arrieta ve ark., 2013). Hastaların yaşadıkları bu sorunlar desteklenmemiş bakım gereksinimlerine neden olmakta ve onların yaşamını olumsuz etkilemektedir (Berezowska ve ark., 2021). Araştırmalar, kanser hastalarının bakım gereksinimleri karşılandığında, yaşanan fiziksel ve psikososyal güçlüklerin azaldığı, hastalığa uyum ve genel yaşam kalitesinin artırdığını göstermektedir (Kim ve ark., 2017; Shrestha ve ark., 2019). Bu nedenle hastaların desteklenmemiş bakım gereksinimlerini belirlemek ve yönetebilmek için bireyselleştirilmiş bakım programları önerilmektedir (Loiselle ve ark., 2020). Hastalara bireyselleştirilmiş bakım ve desteğin verildiği programlardan biri de hemşire navigasyon programıdır (Pai ve ark., 2015).

Hemşire navigasyon programının amacı, hastaların yaşadıkları desteklenmemiş bakım gereksinimleri doğrultusunda multidisipliner ekip işbirliği yaparak, eğitim, ilaç yönetimi, bakım sürekliliği, sağlığın değerlendirilmesi ve yönetimi konusunda engellerin kaldırılmasıdır (Abrashkin ve ark., 2012; McMurray ve ark., 2017). Hemşire navigasyon programlarının geliştirilmesiyle birlikte onkoloji alanında navigatör hemşire rolü ortaya çıkmıştır (Rodrigues ve ark., 2021). Navigatör hemşire “sağlık sistemindeki engelleri aşmak için hastalara ve bakım verenlere bireyselleştirilmiş destek sunan, onkolojiye özgü klinik bilgiye sahip profesyonel bir hemşire” olarak tanımlamaktadır (Baileys ve ark., 2018). Navigatör hemşireler ilk tanı aşamasından itibaren navigasyon programını başlatarak, bireyin kültürel özelliklerine göre eğitim ve navigasyon süreçlerini

şekillendirmektedir (Temucin ve Nahcivan, 2020). Hastaya özgü planlamaların yapıldığı bu süreçte navigatör hemşireler; hastayı değerlendirmekte, destekleyici bakım sağlamak ve multidisipliner ekiple iletişimi kolaylaştırarak bakımın sürekliliğini desteklemektedir (Baileys ve ark., 2018). Literatüre göre kanser hastalarına navigatör hemşire tarafından uygulanan navigasyon programlarının; semptom yönetiminde, kaliteli bakımın sürekliliğinde, anksiyete ve depresyonun azaltılmasında, hastalığa uyum ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olduğu gösterilmektedir (Miller S. D. ve ark., 2021; Rodrigues ve ark., 2021). Onkoloji hastalarında hemşire navigasyon programlarına yönelik yapılan çalışmalar genellikle önleme ve tarama grubunda uygulanmış olup (Shusted ve ark., 2019; Temucin ve ark., 2020; Dwyer ve ark., 2022; Mosquera ve ark., 2023; Rawl ve ark., 2024), tedavi sürecindeki hastaları kapsayan çalışmalar kısıtlıdır (Gilbert J. ve ark., 2011; Ludman ve ark., 2015; Jeyathevan ve ark., 2017; Mertz ve ark., 2017). Bu nedenle tedavi sürecini kapsayan çalışmaların yapılması önerilmektedir (Tho ve ark., 2016; Ali-Faisal ve ark., 2017; Mertz ve ark., 2017; Chung ve ark., 2024).

Akciğer kanseri en sık görülen ve en yüksek mortalite oranına sahip kanser olmasına rağmen yeni tanı akciğer kanseri hastalarında desteklenmemiş bakım gereksinimleri doğrultusunda uygulanan hemşire navigasyon programına rastlanmamıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı yeni tanı alan küçük hücre dışı akciğer kanser hastalarında destekleyici bakım gereksinimleri doğrultusunda yapılan hemşire navigasyon programının (LungCaNN) anksiyete-depresyon düzeyi, hastalığa uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

LungCaNN programı uygulanan yeni tanı KHDAK hastalarında kontrol grubuna göre;

1. H_{1a}: Depresyon düzeyi azdır.

H_{1b}: Anksiyete düzeyi azdır.

H_{1c}: Stres düzeyleri azdır.

2. H₁: Hastalığa uyumu daha yüksektir.

3. H₁: Yaşam kalitesi daha yüksektir.

4. İkincil Hipotez: Acil servise başvuru oranları azdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri Epidemiyolojisi

Akciğer kanseri, dünya çapında mortalite ve morbitetisi en yüksek olan kanserdir (Deshpand ve ark., 2022). Akciğer kanseri, 2020 yılında 2,2 milyon yeni tanı ile en sık teşhis edilen ve 1,8 milyon mortalite ile önde gelen ölüm nedeni olmuştur (Sung ve ark., 2021). Küresel Kanser Gözlem Verisi'ne (GLOBOCAN) göre, 2040 yılına kadar yeni tanı akciğer kanserinin yaklaşık %64, akciğer kanserine bağlı ölüm oranlarının ise yaklaşık %67 oranında artacağını tahmin etmektedir (Bray ve ark., 2018).

GLOBOCAN 2020 verilerine göre Türkiye'de akciğer kanseri insidansı yaklaşık %40 olarak bildirilmektedir (Bray ve ark., 2018). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı verilerinde ise akciğer kanseri insidansı %29,7 olarak belirtilmekte ve kansere bağlı ölümlerin ilk sırasında gösterilmektedir (TÜİK, 23 Şubat 2023).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2020 yılında yeni tanı kanser hastalarından, erkeklerin %25,8'i akciğer kanseri iken kadınların %7'sidir (Organization, 2020). Dünya ile paralel olarak ülkemizde de akciğer kanserinin erkeklerde görülme oranı daha yüksektir (HSGM, 2018). Kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser türü olmasına rağmen, dünya genelinde ve ülkemizde kadınlarda görülme sıklığı giderek artmaktadır (Başara ve ark., 2018). Coğrafya, cinsiyet, yaş, ırk ve sosyoekonomik durum akciğer kanseri epidemiyolojisini etkilemektedir (Bade ve ark., 2020). İmmün kontrol noktası inhibitörleri ve tirozin kinaz inhibitörleri ile hedefe yönelik tedaviler alan kanser hastalarının yaşam süreleri geleneksel kemoterapi alanlara göre çok daha uzun olmasına rağmen, ileri evre akciğer kanseri olan hastaların beş yıllık hayatta kalma oranları hala daha düşüktür (%4-17) (Jiang ve ark., 2021).

2.2. Etiyoloji

Akciğer kanserinde en yaygın risk faktörleri; demografik özellikler, yaşam tarzı, çevresel ve mesleki maruziyetlerdir. Bu faktörlerin oynadığı roller; coğrafi konuma, cinsiyete, ırk özelliklerine, genetik yatkınlığa ve sinerjik etkileşimlerine bağlı olarak değişmektedir (Barta ve ark., 2019). Düşük sosyoekonomik statü ve eğitim, özellikle erkeklerde akciğer

kanseri riskine katkıda bulunmaktadır. Lise eğitiminin altında, yıllık geliri düşük olan veya düşük sosyoekonomik statüye sahip erkek ve kadınlarda akciğer kanseri görülme oranı yüksektir. Bunun nedeni olarak düşük gelirli kişilerde tütün içme oranlarının daha yüksek olması gösterilmektedir (Hastert ve ark., 2015). Tütün tüketimi, akciğer kanseri gelişimi için en önemli risk faktörüdür. Küresel olarak akciğer kanseri vakalarının yaklaşık %80-90'ı, tütünün yanması sırasında birinci veya ikincil duman olarak salınan kanserojenlerle ilişkilidir (Corrales ve ark., 2020). Küresel istatistikler, erkeklerde akciğer kanserlerinin %15'inin ve kadınlarda %53'ünün sigarayla ilişkilendirilemeyeceğini belirtmektedir (Bade ve ark., 2020). Irk özelliklerine göre incelendiğinde sigara içme yaygınlığı, sağlık sigortasına erişim sorunları gibi maruziyetlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Bade ve ark., 2020). Gelişmekte olan ülkelerde arasında yer alan Türkiye, sigara kullanımının en yaygın ve akciğer kanseri insidansının en yüksek olduğu ülkelerden biridir (Sung ve ark., 2021).

Ciddi bir küresel sorun olan hava kirliliği, kükürt dioksit ve dumanın yüksek konsantrasyonlarda görülmesine neden olmaktadır (Ebrahimi ve ark., 2021). Artan hava kirliliği sonucunda ortaya çıkan radon ve radyoaktif materyaller akciğer kanserine neden olmaktadır (Ajrouche ve ark., 2017). Akciğer kanserojenleri olduğu öne sürülen veya kanıtlanmış mesleki maruziyetler arasında arsenik, asbest, berilyum, kadmiyum, klorometil eterler, krom, nikel, radon, silika ve vinil klorür yer almaktadır (Ebrahimi ve ark., 2021). Dünya çapında erkeklerde akciğer kanseri ölümlerinin %10'unun ve kadınlarda %5'inin asbest, arsenik, berilyum, kadmiyum, krom, nikel, silika ve dizel dumanı gibi mesleki kanserojenlere maruziyet olduğu tahmin edilmektedir (Bade ve ark., 2020).

Ailesinde akciğer kanseri öyküsü olan ve sigara içen bireylerde akciğer kanseri riski 2 kat artmaktadır. (Wang Junjun ve ark., 2017). Pnömoni, Deoksiribonükleik asit (DNA) hasarına, somatik mutasyonlara, antiapoptotik sinyalleme ve artmış anjiyogeneze neden olabilmekte ve akciğer kanseri için risk faktörü olmaktadır (Schabath ve ark., 2019).

Tablo 2.1' de yer aldığı şekilde asbest gibi mesleki durumlar, hava kirliliği, arsenik, Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve tüberküloz enfeksiyonu gibi çevresel maruziyetlerin tümü akciğer karsinogenezinde rol oynarken, elektronik sigaralar, ısıtılmış

tütün ürünleri ve COVID-19'un (Coronavirus Disease 2019) akciğer kanser riskini artırdığı varsayılmaktadır (Thandra ve ark., 2021).

Tablo 2.1. Akciğer kanseri risk faktörleri ve etkisi

<i>Risk faktörü</i>	<i>İlişkinin büyüklüğü</i>
<i>Tütün içmek</i>	Hiç sigara içmeyenlere kıyasla 20 kat daha fazla risk
<i>Sigara dumanına maruziyet</i>	Hiç sigara içmeyenlere kıyasla %25 ila %28 daha fazla risk
<i>Elektronik sigaralar</i>	Şu anda bilinmiyor
<i>Diğer tütün kullanımı (puro, pipo, nargile)</i>	1,9 ila 4,6 kat artmış risk
<i>Radon</i>	%14 ila %29 oranında risk artışı
<i>Asbest</i>	%12 ila %24 oranında risk artışı
<i>KOAH, amfizem veya kronik bronşit öyküsü</i>	2 ila 3 kat artmış risk
<i>Astım öyküsü</i>	%28 ila %44 oranında risk artışı
<i>Pnömoni öyküsü</i>	%30 ila %57 oranında risk artışı
<i>Tüberküloz öyküsü</i>	%48 ila %76 oranında risk artışı
<i>HIV</i>	2 kat artmış risk

2.3. Akciğer Kanserinin Belirti ve Bulguları

Akciğer kanserinde hastaların yarısından fazlasına tanı ileri evrede konulmaktadır (Kim ve ark., 2022). Belirti ve bulgular, kanserin türüne, evresine, hastanın yaşına, cinsiyetine, tedavi şekline ve komorbid durumların varlığına göre değişkenlik gösterebilmektedir. Akciğer kanseri genellikle belirti ve bulgu vermeden sessiz ve sinsi yayılım göstermektedir (Lee, 2021). Erken evrede genellikle asemptomatik olmasına rağmen, nadiren de olsa erken dönemde bazı belirti ve bulgular ortaya çıkabilmektedir (Dziedzic ve ark., 2021).

Akciğer kanseri tanısı konulduğunda karşılaşılan yaygın belirti ve bulgular (Wang ve ark., 2020; Dziedzic ve ark., 2021).;

- Öksürük
- Kilo kaybı
- Dispne
- Disfaji
- Hemoptizi,
- Göğüs ağrısı
- Ses kısıklığı
- Stridor
- Çomak parmak
- Anksiyete, depresyon
- Vena cava superior sendromu
- Yaşam kalitesinde azalma

Hemoptizi veya nefes darlığı gibi doğrudan akciğer ile ilişkili belirti ve bulgular ya da anoreksiya veya kilo kaybı gibi sistemik belirti ve bulgular şeklinde görülebilmektedir (Kim ve ark., 2022). Sistemik belirti ve bulgular akciğer kanserinde görülmesine rağmen spesifik değildir (Kim . ve ark., 2022).

Doğrudan akciğer ile ilişkili belirti ve bulguları inceleyecek olursak, öksürük akciğer kanserinin en sık görülen ancak spesifik olmayan belirti ve bulgudur (Kim J. ve ark., 2022). Sigara içenlerin çoğu genellikle sık sık öksürür, ancak akciğer kanserinin neden olduğu öksürüğün türü ve karakteri normal öksürüğünkinden farklıdır. Akciğer kanserinde öksürük lokal tedavilerle düzelmez (Huang ve ark., 2020). Dispne, ilk başvuru sırasında akciğer kanseri hastalarının yarısı tarafından bildirilen bir diğer önemli şikayettir (Alexander ve ark., 2020). Akciğer kanserinde dispnenin nedenleri arasında pulmoner emboli, obstrüktif pnömoni, superior vena kava sendromu, tümörler nedeniyle hava yollarının sıkışması ve malign plevral efüzyon sayılmaktadır. Aynı yerde geçmeyen göğüs ağrısı da sık görülen bir işarettir (Huang ve ark., 2020). Göğüs ağrısı genellikle plevra ile ilişkilidir ancak hastalığın yayılmasına bağlı olarak mediasten veya göğüs duvarında da ortaya çıkabilmektedir (Kim ve ark., 2022). Hemoptizi ise akciğer kanseri açısından bir başka şüphe parametresidir fakat en sık bronşektazide görülmektedir (Bradley ve ark., 2019).

2.4. Akciğer Kanserinde Tanılama

Akciğer kanserinin ilk değerlendirmesi anamnez ve fizik muayene ile yapılmaktadır. Sonrasında akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi ve/veya pozitron emisyon tomografi tarama yöntemleri kullanılmaktadır (Kim ve ark., 2022). Histolojik doğrulama için biyopsi gerektirmektedir (Duma ve ark., 2019).

Akciğer kanserinin histolojik alt tiplerin tanımlanması için; bronkoskopi, transbronşiyal iğne aspirasyonu, transtorasik ince iğne aspirasyonu, çekirdek biyopsisi gibi çeşitli yollarla toplanan doku örnekleri değerlendirilmektedir. Akciğer kanserinin alt tipleri arasındaki genel ayırım, hematoksilin ve eozin ile boyanmış tümör örneklerinin morfolojik özelliklerine dayanmaktadır (Dingemans ve ark., 2021). Tümörün boyutu TNM (T-

Tümör, N- Lenf Nodülü, M- Metastaz) evresini tanımlamak için önemlidir. Tüm bu süreçler tedavi seçeneklerine rehberlik etmektedir (Duma ve ark., 2019).

2.5. Akciğer Kanserinde Sınıflandırma

Akciğer tümörlerinin tedavisinde doğru histolojik sınıflandırma çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü Akciğer Tümörleri Sınıflandırması (2015) farklı tümör alt tiplerinin ilgili genetik ve immünohistokimyasal yönlerini dâhil etmiştir (Travis ve ark., 2015). Akciğer adenokarsinomu sınıflamasına (Travis ve ark., 2011) dayalı olarak Şekil 1’de yer alan adenokarsinoma 2015 sınıflandırması, 2021 DSÖ tarafından kabul edilmiştir (Travis ve ark., 2015; WHO, 2021)

Bu sınıflandırmaya göre akciğer kanserinin küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) ve küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) iki ana histolojik alt tipi vardır. Akciğer kanser vakaların yaklaşık % 85’ini KHDAK oluşturmaktadır (Sung ve ark., 2021). KHDAK kendi arasında adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinom, adenoskuamöz karsinom, büyük hücreli karsinom ve sarkomatoid karsinom gibi morfolojilerine göre alt gruplara ayrılmaktadır (Şekil 2.1) (Ustuner & Entok, 2019).



Şekil 2.1. Rezeksiyon örneklerine göre akciğer tümörlerinin sınıflandırılması

2.6. Akciğer Kanserinde Evreleme

Akciğer kanseri evlendirilmesinde Uluslararası Akciğer Kanseri Çalışma Derneği tarafından düzenlenen TNM sınıflaması kullanılmaktadır (Goldstraw ve ark., 2016).

T faktörü (Tümör) (Tis-T4); primer tümörün uzun aksta boyutunu, satellit nodül varlığını ve primer tümörün invazyon genişliğini,

N faktörü (Lenf nodu) (N0-N3); nodal tutulumu belirlemekte olup toraks boyunca tutulan metastatik lenf nodlarını,

M faktörü (Metastaz) (M0-M1c); uzak yayılım olup olmadığını belirtmektedir (Šutić ve ark., 2021).

Evreler, T, N ve M bileşenlerinin farklı kombinasyonlarına göre tanımlanmaktadır (Goldstraw ve ark., 2016). TNM evrelendirmesi sağlık personelinin gereksiz ameliyatlardan kaçınmasına, en iyi tedaviyi belirlemesine veya tedavi bir seçenek değilse zamanında palyatif bakıma sevk etmesine yardımcı olmaktadır (Šutić ve ark., 2021). En son versiyon 2023'de kullanılmaya başlanan 9. TNM sınıflamasıdır (Detterbeck ve ark., 2023)

TNM evrelemesi akciğer kanserinde sağ kalım ile ilişkilidir (Malalasekera ve ark., 2016). Örneğin, tümör çevredeki lenf düğümlerine yayılmadığında erken evrede teşhis edilen akciğer kanseri hastalarının % 90'ının 5 yıllık sağ kalım tahmin edilirken, ileri aşamada teşhis edilen hastaların sadece % 12'sinin 5 yıllık sağ kalım tahmin edilmektedir (Šutić ve ark., 2021).

TNM evrelemesi, prognostik değerlendirme ve tedaviyi yönlendirmek için hastaların performans durumu ile değerlendirilmektedir (Malalasekera ve ark., 2016). Performans durumu, hastaların işlevsellik düzeylerinin ve öz bakım becerilerinin değerlendirilmesidir. Onkologlar, Doğu Kooperatif Onkoloji Grubu (ECOG) performans durumu veya Karnofsky Performans Durumu (KPS) gibi araçlarla hastaların performans durumunu değerlendirir (Šutić ve ark., 2021).

2.7. Akciğer Kanserinde Tedavi Yöntemleri

Akciğer kanserinin başarılı tedavisi; tanı evresi (tümör boyutu, bölgesel lenf nodu tutulumu ve metastaz varlığı ile tanımlanır), histolojik alt tip ve moleküler karakterizasyon gibi önemli faktörlere bağlıdır (Duma ve ark., 2019). Bu faktörler doğrultusunda hastalara

cerrahi, kemoterapi, radyoterapi (RT) ve biyolojik ajan tedavi yöntemlerinden herhangi biri veya bir kaçını uygulanmaktadır (Sung ve ark., 2021).

Metastatik olmayan KHDAK tedavisi genellikle cerrahi rezeksiyon, adjuvan ve neoadjuvan kemoterapinin yanı sıra KHDAK rezeke edilemeyen evre III'te immünoterapidenden oluşmaktadır (Duma ve ark., 2019). Rezeke edilebilir tümörleri olan hastalar için seçenekler cerrahi veya kemoterapiyle kombine cerrahidir (Board, 2023). Rezeke edilemeyen hastalığı olan hastaların büyük bir yüzdesinde radyasyon tedavisinin lokal kontrolü mümkündür (Osmani ve ark., 2018), ancak iyileşme hastaların yalnızca küçük bir yüzdesinde görülmektedir (Board, 2023). İleri metastatik kanserli (evre III-IV) hastalarda, kemoterapi, hedefe yönelik ilaçlar ve diğer destekleyici tedaviler ile semptomlar desteklenmektedir (Board, 2023).

2.7.1. Kemoterapi

Kemoterapi, akciğer kanseri için birincil tedavidir. Akciğer kanserleri hastalarının %90'ından fazlasına erken ve ileri evrelerde kemoterapi uygulanmaktadır (Lin ve ark., 2022). Kemoterapi ilaçları, hücre bölünmesi, DNA replikasyonu, RNA veya proteinlerin üretimine müdahale ederek kötü huylu hücrelerin makromoleküler sentezini ve işlevini büyük ölçüde bozar ve hücre ölümüne neden olmaktadır (Amjad ve ark., 2022). Kanser hücreleri vücut hücrelerinin çoğundan önemli ölçüde daha hızlı büyüyüp çoğaldığından, kanseri tedavi etmek için en sık kemoterapiden yararlanılmaktadır (Anand ve ark., 2022).

Kemoterapi; neoadjuvan, küratif, adjuvan ve palyatif tedaviler şeklinde uygulanmaktadır

Adjuvan Kemoterapi: Bölgesel olarak etkilenen kanser türlerinde, malign hücrelerin bölgeden cerrahi yöntem ile temizlenmesi sonrasında kullanılmaktadır.

Neoadjuvan Kemoterapi: Radyoterapi veya cerrahi tedavi öncesinde uygulanmaktadır.

Küratif Kemoterapi: Malign hücreleri yok etmek amacıyla uygulanmaktadır.

Palyatif Kemoterapi: Malign hücrelerin temizlenemediği durumlarda, sıklıkla fazla ilerlemiş olan metastatik kanserlerde kullanılmaktadır (DeVita Jr, 2018).

Klinik olarak, akciğer kanserinin histolojik tiplerine göre farklı kemoterapi ilaçları ve kemoterapi rejimleri uygulanmaktadır (Szejniuk ve ark., 2021; Lin ve ark., 2022).

Taksanlar, nükleozid analogları, topoizomeraaz inhibitörleri, platin bileşikleri ve vinka alkaloidleri, günümüzde hala kullanılan erken dönem kemoterapi ilaçlarından bazılarıdır (Anand ve ark., 2022). Akciğer kanserinde Gempitabin ve Cisplatin yaygın olarak kullanılan kemoterapi ilaçlarıdır (Szejniuk ve ark., 2021; Lin ve ark., 2022). Kemoterapiye eş zamanlı radyoterapi uygulanabilmektedir (O'Brien ve ark., 2022).

2.7.2. Radyoterapi

Kanser hücresini küçültmek için yüksek enerjili X ışınlarının uygulanması olarak ifade edilen radyasyon tedavisi (RT) yalnızca tümör olan bölgeyi etkilediği için lokal bir tedavi olarak kabul edilmektedir. Ameliyatla, alternatif kemoterapiyle veya tümörün boyutunu küçülterek ameliyata yardımcı olmak için neo-adjuvan tedaviyle birlikte kullanılabilmektedir (Huang ve ark., 2017; O'Brien ve ark., 2022).

2.7.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi; tanısal, önleyici, palyatif ve radikal gibi değişik amaçlarla uygulanmaktadır. Küçük hücre dışı akciğer kanserinde temel tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (Gilbert ve ark., 2022). Aynı zamanda non-invaziv veya invaziv cerrahi, tanı yöntemi olarakta uygulanmaktadır (Ettinger ve ark., 2022). Akciğer kanseri tanısında ve evrelemede yaygın cerrahi yöntemler arasında standart servikal mediastinoskopi, video yardımcı torakoskopik cerrahi ve anterior mediastinotomi bulunmaktadır (Hartert ve ark., 2020)

2.7.4. İmmünoterapi

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) kılavuzuna göre, adjuvan ve neoadjuvan ortamlarda rezektabl hastalık ile birlikte metastatik ve lokal olarak ilerlemiş KHDAK için immünoterapi endikasyonlarını vurgulamaktadır (Das, 2023)

İmmünoterapinin temel amacı, hastanın bağışıklık sistemini tümör hücrelerine saldırabilmesi için spesifik olarak uyarmak ve aktive etmektir (Das, 2023). Kanser oluşumu bağışıklık sisteminden de etkilenmektedir (Chen ve ark., 2020). Çünkü bağışıklık sisteminin önemli görevlerinden biri de neoplastik hücreleri önce yok etmektir. Bu süreç

sağlıklı hücrelere zarar vermemek için aktive edici ve inhibe edici yollar ile düzenlemektir (Dermani ve ark., 2019). Eğer malign hücreler bağışıklık sistemden kontrol noktalarını kullanarak kaçmayı başarır ise hastalığa yol açabilmektedir. Bu kontrol noktaları arasında programlanmış hücre ölümü-1(PD-1) reseptörü, programlanmış hücre ölümü ligandı-1 ve sitotoksik T lenfosit antijen-4 (CTLA-4) yer almaktadır (Chen ve ark., 2020). İmmün kontrol noktaları, T hücreleri için inhibe edici bir sinyal üretmektedir (Bi ve ark., 2022). Bu inhibe edici sinyal sayesinde proliferasyon, sitokin salınımı ve sitotoksik granüllerin salgılanması gibi T hücre fonksiyonlarını azaltmaktadır (Brahmer J. R. ve ark., 2021). Böylece tümör büyüyüp yayılmak için fırsat bulabilmektedir. Bu nedenle immün kontrol noktalarına yönelik kontrol noktası inhibitörleri tedavide kullanılmaktadır (Dermani ve ark., 2019).

2.7.5. Hedefe Yönelik Tedavi

Hedefe yönelik tedaviler, kanser hücrelerinin büyümesini ve hayatta kalmasını destekleyen genleri ve proteinleri spesifik olarak hedeflemek için kullanılmaktadır (O'Brien ve ark., 2022). Kanser hücrelerindeki genetik değişiklikler incelenmiş (Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü , Proto-Onkogen Tirozin-Protein Kinaz 1 ROS , Anaplastik Lenfoma Kinaz) ve doğrudan bu genetik değişikliklere yönelik hedef ilaçlar geliştirilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Chaff ve ark., 2021). Genetik değişiklikleri hedef alan tirozin kinaz inhibitörleri ve immünolojik kontrol noktalarını bloke eden monoklonal antikorlar, metastatik kanser tedavisi için kullanılmaktadır (Chaff ve ark., 2021). Bu tedavi ile hücre çoğalmasının azaltılması, apoptozun indüklenmesi, metastazın baskılanması ve immünolojik fonksiyonun kontrolü sağlanmaktadır (Ke ve ark., 2017).

2.8. Akciğer Kanserinde Tedavinin Yan Etkileri

Kanser tedavisi, özellikle kemoterapi tüm sistemleri etkileyen toksik bir tedavidir (Postmus ve ark., 2017). Deri, sindirim sistemi ve kemik iliği gibi hızla çoğalan sağlıklı hücrelerinde etkilenmesi kemoterapinin toksik etkilerini artırmaktadır (Burhansstipanov ve ark., 2018). Bu etkiler kullanılan ilaçlara ve hastanın ilaçlara verdiği bireysel tepkilere göre farklılık göstermektedir (Burhansstipanov ve ark., 2018; Board, 2023).

Kemoterapinin yan etkileri en genel şekli ile hematolojik veya hematolojik olmayan olarak sınıflandırılmakta ve ciddiyetlerine göre derecelendirilmektedir. Hematolojik yan etkiler, kan sayımlarındaki değişiklikleri ifade etmekte ve genellikle doza bağımlı olmaktadır (Gilbert ve ark., 2022). Kemoterapiye bağlı diğer olumsuz etkiler hematolojik olmayan yan etkiler olarak kabul edilmektedir (van Abbema ve ark., 2019). Hematolojik olmayan yaygın yan etkileri etkiler arasında, yorgunluk, halsizlik, bulantı, kusma, iştah kaybı, ağız yaraları, ishal, kabızlık, saç dökülmesi, deri döküntüsü, ateş, ciltte koyulaşma, güneşe duyarlılık, ateş basması, nöropati ve nötropeni sayılabilmektedir (Burhansstipanov ve ark., 2018; Board, 2023). Periferik nöropati ve el-ayak sendromu gibi belirli sınıfa girmeyen yan etkiler ise ilaca özgüdür (Mohile ve ark., 2021). Febril nötropeni, şiddetli anemi ve dehidrasyon gibi yan etkiler hastaneye yatışa veya ölüme neden olabilmektedir (Gilbert A. ve ark., 2022).

Radyoterapi tedavisinin neden olduğu yan etkiler ise erken, subakut ve geç olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır (Wang ve ark., 2021). *Erken yan etkiler* tipik olarak kanser tedavisi sırasında veya tedavi tamamlandıktan (birkaç saat) sonra ortaya çıkmaktadır (Royce ve ark., 2018). Erken yan etki örnekleri arasında akut bulantı ve kusma, ani cilt reaksiyonları veya kemoterapi ilaçlarına karşı alerjik reaksiyonlar yer almakta geçici ve tedaviden sonra düzelmektedir (Gabriele ve ark., 2019). Cilt reaksiyonları genellikle radyasyonun başlamasından sonraki 2-3 hafta içinde ortaya çıkmakta, radyoterapi bittikten sonra 1-2 hafta artabilmekte ve tedaviler tamamlandıktan sonra 3-4 haftalık bir süre içinde kademeli olarak düzelmektedir (De Ruyscher ve ark., 2020). *Subakut yan etkiler* tedavinin başlamasından birkaç gün veya birkaç hafta sonra ortaya çıkmakta ve tedavinin tamamlanmasından sonra da bir süre devam edebilmektedir (Wang K. ve ark., 2021). Subakut yan etki örnekleri arasında yorgunluk, mukozit ve hematolojik durumlar yer almaktadır (Gabriele ve ark., 2019). *Geç yan etkiler*, kanser tedavisi tamamlandıktan aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir (Royce ve ark., 2018). Erken ve subakut yan etkilerin aksine, geç yan etkiler hastanın sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde daha kronik veya uzun süreli bir etkiye sahip olabilmektedir (Wang K. ve ark., 2021). Bazı yaygın geç yan etkiler arasında ikincil kanserler, kardiyovasküler sorunlar, akciğer sorunları, böbrek hasarı, nörolojik sorunlar, hormonal dengesizlikler, kemik sorunları ve büyüme ve gelişme sorunları yer almaktadır (Gabriele ve ark., 2019).

İmmünoterapinin neden olduğu yan etkiler herhangi bir organ sistemini içerebilmektedir (Alexander ve ark., 2020). Yan etkiler genellikle cilt, gastrointestinal sistem, akciğer, tiroid ve hipofiz bezini içermektedir. İmmünoterapinin kesilmesinden sonra bile ortaya çıkabilmekte; bu nedenle semptomların dikkatli bir şekilde izlenmesi hayati önem taşımaktadır (Brahmer J. ve ark., 2018).

2.9. Akciğer Kanseri Hastalarında Kapsamlı Semptom Değerlendirmesi

Semptom, bulguların yanı sıra hastalarında ifade ettikleri öznel deneyimlerdir (Wardrope ve ark., 2022). Akciğer kanseri, hastalar üzerinde önemli bir semptom yüküne neden olmaktadır (Chiou ve ark., 2023). Bu hasta grubunda önemli olan semptom yönetimi, semptomların etiyojisinin belirlenmesini ve doğru değerlendirmeyi kapsamaktadır (van der Strate ve ark., 2023). Kapsamlı semptom değerlendirme; (1) tıbbi geçmiş, (2) fizik muayene, (3) semptom öyküsü ve (4) sosyal ve aile desteğini içermelidir (Van der Strate ve ark., 2023).

Tıbbi geçmiş değerlendirme, hastalık durumu, kanser tedavileri, hastalığın nüksü veya ilerlemesi, komorbiditeler ve beslenme durumu hakkında bilgileri kapsamalıdır (Han ve ark., 2023). *Semptom öyküsü*, semptom başlangıcını, süresini, şiddetini ve zaman içindeki değişiklikleri içermelidir. Aynı zamanda semptomların fiziksel ve psikolojik sağlık üzerindeki etkisi belirlenmelidir (Han ve ark., 2023). *Sosyal ve aile desteğinin değerlendirilmesi*, hastaların semptom yönetimi tercihlerini, yaşam kalitelerini, psikolojik, sosyal, ekonomik ve aile destek durumlarını içermelidir (He ve ark., 2021).

2.10. Akciğer Kanseri Hastalarda Desteklenmemiş Bakım Gereksinimleri

Hastaların değerlendirilmesi sonucu yaşadıkları belirlenen psikolojik, fiziksel ve sosyal semptomlar desteklenmemiş bakım ihtiyaçlarına neden olmaktadır (Berezowska ve ark., 2021). Springer ve arkadaşlarının yapmış oldukları sistematik derlemede kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin %40 ile %90 arasında değiştiği saptanmıştır (Springer ve ark., 2024). Akciğer kanseri hastalarında ise yaklaşık %60'ı tedavi sırasında veya sonrasında bakım ihtiyaçlarının desteklenmesine ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Balboni ve ark., 2018).

Hastaların belirttikleri desteklenmemiş bakım gereksinimleri sırasıyla; duygusal sorunlar, sağlık bakımıyla ilgili sorunlar, sosyal sorunlar, fiziksel belirtiler, manevi konularla ilgili sorunlar ve bilişsel sorunlardır (Springer ve ark., 2024).

Mevcut sistematik incelemeler akciğer kanseri ile paralel olarak kanser hastalarında en sık karşılaşılan duygusal desteklenmemiş bakım gereksinimlerinin; anksiyete, depresyon, üzüntü, suçluluk, çaresizlik, izolasyon, tedaviye uyum sıkıntısı, kanserin yayılması ve diğer kanser türlerini geliştirme korkusu olduğunu belirtmektedir (Maguire ve ark., 2013; Mirošević ve ark., 2019; Cochrane ve ark., 2022; Huda ve ark., 2022; Paterson ve ark., 2023). Akciğer kanseri olan hastalar, diğer kanser hastaları ile karşılaştırıldığında daha fazla duygusal sorunlar yaşamaktadır (Punnett ve ark., 2023). Bunun nedeni akciğer kanseri tanısı alan hastaların, tanının ilk şoku, tedavi süreci, yan etkiler ve yaşamı sınırlayan bir hastalıkla mücadele etmek zorunda kalmalarıdır (Liao ve ark., 2018). İkinci sırada, tanı, tedavi, semptom, sağlık sistemi navigasyonu, bakım koordinasyonu, öz yönetim tavsiye ve desteğini kapasayan sağlık bakımıyla ilgili desteklenmemiş bakım gereksinimleri yer almaktadır (Paterson ve ark., 2023; Springer ve ark., 2024). Günlük aktivitelerinde kısıtlanma yaşayan akciğer kanseri hastalarında, sağlık bakım hizmetinde multidisipliner ekibe ve erişime ihtiyaç duyulması sağlık bakımıyla ilgili desteklenmemiş bakım gereksinimlerini artırmaktadır (Maguire ve ark., 2013). Kemoterapinin neden olduğu alopesi, damgalanma, motivasyon eksikliği, hareketsizlik, yalnızlık ve sosyal izolasyon duyguları ile ilgili sorunlar yer almaktadır (Maguire ve ark., 2013; Hsieh ve ark., 2017). Nefes darlığı, ağrı, yorgunluk, kilo kaybı, disfaji, bulantı- kusma, cilt reaksiyonları ve psikolojik sıkıntı akciğer kanseri olan hastalar tarafından bildirilen yaygın fiziksel sorunlardır (Cochrane ve ark., 2022; Chung ve ark., 2024). Ayrıca, yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı gibi fiziksel semptomlar, artan anksiyete, depresyon, hastalığa uyumsuzluk ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Bi ve ark., 2022; Lv ve ark., 2022). Bunun nedeni fiziksel semptomlar ile duygusal semptomları arasında güçlü bir ilişki olmasıdır (Lv ve ark., 2022). Desteklenmemiş bakım gereksinimleri arasında yer alan manevi sorunlar; bilinmezlik duygusu, ölüm kaygısı, varoluşsal kaygılar, inançlarını kaybetme, zaman ve güven eksikliğidir (Springer ve ark., 2024). Bilişsel sorunlar ise, unutkanlık, zayıf biliş ve kafa karışıklığıdır (Paterson ve ark.,

2023). Akciğer kanseri hastalarda manevi sorunlar bilişsel sorunlardan daha yoğun görülmektedir (Springer ve ark., 2024).

Margaret Fitch desteklenmemiş bakım gereksinimlerinin karşılanmasını 'Kanserle yaşayan veya kanserden etkilenen kişilere tanı, tedavi veya takipleri sırasında duygusal, ruhsal, sosyal veya fiziksel gereksinimlerin karşılamaları için gerekli hizmetlerin sağlanması'' şeklinde tanımlamaktadır (Fitch, 2008). En genel şekliyle bu sorunların desteklenmemiş bakım gereksinimlerinin karşılanması onkoloji ekipleri tarafından yönetilmesi olarak tanımlanmaktadır (Hui ve ark., 2021). Onkoloji ekibinin önemli bir parçası olan hemşireler, hastaların yaşadıkları desteklenmemiş bakım gereksinimleri ve gereksinimlere bağlı yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve yönetilmesinde kilit bir rol oynamaktadır (Borneman ve ark., 2023). Hemşirelerin hastaları bilgilendirmesi, desteklemesi, hastalık ve tedavi ilgili semptom ve gereksinimleri kanıta dayalı bir şekilde sürekli olarak değerlendirmeleri, yönetmeleri ve takip etmeleri gerekmektedir. (Karam ve ark., 2021). Takip süresince hemşireler, hastaların karar alma sürecine aktif olarak katılmasını, tedaviyi anlamasını ve beklentilerini ifade etmesi sağlamalıdır (Lee ve ark., 2023). Bu nedenle teorik bir perspektiften bakıldığında, birbiriyle ilişkili ve yinelemeli beş adımdan oluşan 5A modeli, desteklenmemiş bakım gereksinimlerinin yönetimine yarar sağlamaktadır (Berezowska ve ark., 2019). İngilizce baş harflerin kısaltması ile oluşturulan modelin beş A'sı değerlendirme, tavsiye, anlaşma, yardım ve takibi temsil etmektedir. 5A modeli aynı zamanda sigarayı bırakma ve fiziksel aktivite yapmak gibi sağlık davranışlarına da olanak tanımaktadır (Wang Jihui ve ark., 2015).

Avrupa Terapötik Radyoloji ve Onkoloji Derneği (ESTRO) ve Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği (ESMO), 5A modelinde kapsayabilecek destekleyici bakımın sağlanabilmesi için aşağıdaki yer alan önemli maddeleri belirlemiştir. (De Ruyscher ve ark., 2020):

- **Tedavi Öncesi ve Sırasında Beslenme (anoreksiya tedavisi ve önlenmesi dahil);**
Kanser hastalarında, kilo kaybı, metabolik düzensizlikler, yetersiz beslenme ve kaşeksi, bozulmuş bir prognoz ile ilişkilidir. Beslenme düzensizliklerini önlemek, tedavi için önemli bir hedeftir (Ivanova ve ark., 2022).

Akciğer kanseri hastalarda malnütrisyon sık görülen bir komorbiditedir (Kiss, 2016). Tanının kendisi veya tedavinin neden olduğu katabolizmadan kaynaklanabilmektedir (Ivanova ve ark., 2022). İştahsızlık, mide bulantısı, yorgunluk, ağrı, anksiyete, depresyon ve diğer psikososyal sorunlar malnütrisyonun daha da kötüleşmesine neden olabilmektedir (De Ruyscher ve ark., 2020). Bu sorunların görüldüğü hastalarda malnütrisyon riskinin artması nedeniyle, beslenme durumu değerlendirilmeli ve tüm hastalara tedavi öncesinde ve sırasında danışmanlık yapılmalıdır (Ivanova ve ark., 2022). Danışmanlık kapsamında, optimal antiemetik profilaksi, etkili ağrı tedavisi, erken psikososyal bakım, egzersiz eğitimi, potansiyel kabızlığın kontrolü ve gastrointestinal mukozanın korunmasını içeren önlemler alınmalıdır (De Ruyscher ve ark., 2020). Hastaların kilogramları başına başına 30 kcal ve 1.0-1.5 g proteinin yanı sıra tüm mikro besinleri kapsayacak şekilde besin alımları takip edilmelidir (De Ruyscher ve ark., 2020).

- **Akut Özofajit/Disfajinin Önlenmesi;** Akciğer kanseri hastalarda RT'ye bağlı görülen özofagus motilitesi bozuklukları disfajiye yol açabilmektedir. Şiddetli, uzun süreli akut özofajit, darlıklar ve perforasyon gibi hasarlara dönüşebilmektedir (Porro ve ark., 2022). Ciddi akut özofajit sadece gıda alımının azalmasına değil, aynı zamanda dehidrasyona yol açabilecek sıvıların da azalmasına neden olabilmektedir (De Ruyscher ve ark., 2020). Bu nedenle hastalara yeterli beslenme desteği ve kilo kontrolü gerekmektedir (Muscaritoli ve ark., 2021). Özofajit ve disfaji semptomlarını önlemek veya en aza indirmek için hastalara alkol, baharatlı, sıcak veya çok soğuk yiyecekler, turunçgiller ve portakal suyu gibi asitli yiyeceklerden kaçınmaları gerektiği belirtilmelidir (Muscaritoli ve ark., 2021).
- **Bulantı ve Kusma Profilaksisi;** Akciğer kanseri olan hastalarda, kemoterapiye ve/veya radyoterapiye bağlı bulantı ve kusma, tedavinin ilk 24 saat içinde (akut) ve tedaviden 24 saat ila 5 gün sonra (gecikmiş) veya antineoplastik tedavinin sonraki döngülerinde (beklenti kusması) koşullu bir yanıt olarak ortaya çıkabilmektedir (Jordan ve ark., 2017). Antiemetikler profilaktik ve tedavi olarak ilk seçenek olarak kullanılmasına rağmen, radyoterapinin uygulandığı günlerde önerilmemektedir (De Ruyscher ve ark., 2020)

- **Öksürük ve Nefes Darlığı;** Tedavi sırasında ve sonrasında öksürük ve nefes darlığı, radyoterapi sırasında veya radyoterapiden 2-6 ay sonra ortaya çıkabilen akut radyasyon bronşiti ve pnömoniden veya genellikle radyoterapiden ≥ 6 ay sonra ortaya çıkabilen pulmoner fibrozdan kaynaklanabilmektedir (De Ruysscher ve ark., 2019). Öksürük ve nefes darlığının nedenin belirlenmesi önemlidir. Çünkü tedavi etiyojolojiye göre başlanmaktadır (De Ruysscher ve ark., 2020). Radyasyon pnömonisinin neden olduğu öksürük ve nefes darlığının tedavisi semptomatik tedavi (inhale $\beta 2$ -mimetikler; oksijen takviyesi), anti-enflamatuvar ilaçlar (kortikosteroid kullanımı, orta ila yüksek doz ve birkaç hafta içinde konik) ve komorbid hastalıkların tedavisinden oluşmaktadır (De Ruysscher ve ark., 2019). Sigara, öksürük ve nefes darlığını artırmaktadır. Bu nedenle hasta sigarayı bırakmaya teşvik edilmelidir (Dresler ve ark., 2018).
- **Yorgunluk;** Yorgunluk, kanser tedavisi sırasında hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve en fazla görülen semptomdur (Jung ve ark., 2018). Bu nedenle yorgunluk düzenli olarak değerlendirilmez (Jordan ve ark., 2018). Orta veya şiddetli yorgunluk bildiren hastalarda, ağrı, anemi veya aktif enfeksiyon vb gibi yorgunluğa neden olan ve tedavi gerektiren durumlar belirlenerek düzenli takip edilmelidir (De Ruysscher ve ark., 2020). Haftada iki ila üç kez 30-60 dakika boyunca yürüme, koşma, yüzme veya bisiklete binme gibi orta yoğunlukta egzersizler yorgunluk ile başa çıkmada etkili yöntemler olarak kullanılmaktadır (De Ruysscher ve ark., 2020). Ayrıca psikoterapi veya psikoeğitim gibi psikososyal müdahaleler, hastalarla stratejiler geliştirmeye ve psikolojik olarak rahatlamalarına yardımcı olabilmektedir (Bourmaud ve ark., 2017)
- **Cilt Reaksiyonları;** Cilt reaksiyonları genellikle RT kaynaklı olmakta ve RT başladıktan sonraki 2-3 hafta içerisinde görülmekte, RT bittikten sonraki 1-2 hafta boyunca artabilmekte ve sonraki 3-4 haftalık bir süre içinde kademeli olarak düzelmektedir (De Ruysscher ve ark., 2019). Cilt reaksiyonları asemptomatik olduğunda, tedavi gerektirmemektedir (Gabriele ve ark., 2019). Hastalarının %5'inden azında nemli deskuamasyon gözlenmekte, büyük çoğunluğunda kuru deskuamasyon görülmektedir (De Ruysscher ve ark., 2020). Kuru deskuamasyon olan hastalarda nemlendirici bir krem tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır (Gabriele ve ark., 2019). Güneşe maruz kalmaktan kaçınmak ve bol giysiler giymekte cilt

reaksiyonlarının hafiflemesine veya düzelmesine yardımcı olmaktadır (De Ruyscher ve ark., 2019).

- **Stres, Anksiyete ve Depresyon;** Akciğer kanser hastaları, diğer kanser hastalarına göre daha yüksek psikolojik semptomlara sahiptir (Andersen ve ark., 2020). Psikolojik semptomların sıklığı %25-44, arasında değişmektedir (Van Montfort ve ark., 2020).

Hastalarda tanının neden olduğu bilinmezlik duygusu ve tedavinin neden olduğu fiziksel semptomlar, stress, anksiyete ve depresyon duygularına neden olmaktadır (Evans Webb ve ark., 2021). Dispne, yorgunluk, uykusuzluk, öksürük ve alopesi gibi fiziksel semptomlar akciğer kanseri hastalarında psikolojik semptomları önemli ölçüde etkilemektedir (Hsieh ve ark., 2017). Özellikle dispne ve solunum fonksiyon bozuklukları hastalarda anksiyeteyi tetiklemektedir (Andersen ve ark., 2020). Bu nedenle fiziksel semptom yönetiminde etkili olan egzersiz programları önerilmektedir (Krishnasamy ve ark., 2023).

Hastaların bakım gereksinimlerinin desteklenmesi psikolojik semptom düzeyini azaltmaktadır (Springer ve ark. 2024). Gereksinimleri, tercihleri ve anksiyeteleri zaman içinde değişiklikler göstermektedir (Hyatt ve ark., 2022). Bu nedenle ASCO, kanserli tüm hastaların tanı/tedavi boyunca gereksinim, depresyon ve anksiyete belirtileri açısından değerlendirilmesini önermektedir (Andersen ve ark., 2020).

Hastaların gereksinimlerini aktif olarak sormak, endişeleri için empati kurmak, İhtiyaçların veya endişelerin zamanında tanımlanmak hastayı değerlendirmenin ve kanserin psikolojik etkisini hafifletmenin güçlü ve pratik yolları olarak tanımlanmaktadır (Krishnasamy ve ark., 2023). Semptom yönetimi, egzersiz programları ve psikoterapinin yetersiz kaldığı durumlarda psikolojik ve/veya farmakolojik tedaviyi başlatması önerilmektedir (Hsieh ve ark., 2017; Hyatt ve ark., 2022).

- **Tedavi Öncesi ve Sırasında Fiziksel Egzersiz;** Kanser hastalarında egzersizin sağlık üzerindeki olumlu etkileri vardır. (Segal ve ark., 2017). Bununla birlikte, akciğer kanseri olan hastalar düşük aktivite seviyelerine ve egzersize karşı düşük tolerasyon gösterme eğilimindedirler (De Ruyscher ve ark., 2020). Bu durum, komorbiditeler veya kanserin kendisi nedeniyle yorgunluk ve nefes darlığı gibi hastaların egzersiz yapma yeteneğini etkileyen engelleyici semptomların varlığı ile açıklanabilmektedir

(Peddle-McIntyre ve ark., 2019). İlerlemiş akciğer kanseri olan hastalarda egzersiz eğitimi, yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadır (De Ruyscher ve ark., 2020).

- **Sigarayı Bırakma;** Sigara özellikle akciğer kanserinin tanı ve tedavisini etkilemektedir. Sigaranın, kanser tedavisi toksisitesi üzerinde, tedavinin etkinliğinde, yaşam kalitesinde ve ikinci primer kanser oluşumunda negatif etkisi olmaktadır (Stiefel ve ark., 2018). Bu nedenle hastalar sigara bırakma konusunda desteklenmelidir.

Amerikan Klinik Onkoloji Derneği ve Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği akciğer kanser hastalarda yukarıda yer alan maddeleri kapsayacak, destekleyici bakım gereksinimlerini karşılayabilecek programların kliniklere entegre edilmesinin acil ihtiyaç olduğunu belirtmektedir (Ferrell ve ark., 2017; Balboni ve ark., 2018; Jordan ve ark., 2018). Hastaların desteklenmemiş bakım ihtiyaçlarına yönetebilmek için bireyselleştirilmiş bakımı kapsayan programlar önerilmektedir (Loiselle ve ark., 2020). Çünkü bireyselleştirilmiş bakım, bakımın birey merkezli olmasını sağlayarak, hastaların desteklenmemiş bakım ihtiyaçlarını destekler, bakım süreci boyunca hastaları eğitim ve duygusal destek yoluyla güçlendirmektedir (Yoder ve ark., 2020).

Akciğer kanseri hastaların desteklenmemiş bakım gereksinimleri için kapsamlı ve bireyselleştirilmiş bakımın sunmanın multidisipliner yaklaşımın bir parçası olduğu belirtmektedir (Avancini ve ark., 2022). Hastalara multidisipliner yaklaşımın ile birlikte bireyselleştirilmiş bakım ve desteğin verildiği programlardan biri de hasta navigasyon programlarıdır (Pai ve ark., 2015; Berezowska ve ark., 2021).

2.11. Hasta Navigasyon Programının Tarihçesi

'Navigasyon' kelime anlamı olarak güvenli bir şekilde seyahat etmek veya güvenli bir şekilde yönlendirmek anlamına gelmesine rağmen navigasyon programının standart bir tanımı bulunmamaktadır (Freeman, 2012; Chillakunnel Hussain Rawther ve ark., 2017; Tang ve ark., 2021). Hasta navigasyon terimi ilk olarak Amerikalı doktor Harold Freeman tarafından Amerikan Kanser Derneği ile ortaklaşa 1990 yılında New York'taki Harlem Hastanesinde geliştirilmiştir. İlk hasta navigasyon programı orijinal olarak kanser hastaları için tasarlanmış ve bu program gönüllü navigatörler (vatandaşlar ve/veya sağlık çalışanları) ile gerçekleştirilmiştir (Pautasso ve ark., 2020). Uygulamanın amacı, kültürel açıdan duyarlı bir şekilde zamanında kanser teşhisi ve tedavisinin önündeki engelleri

ortadan kaldırarak yetersiz hizmet alan popülasyonda sonuçları iyileştirmektedir (Avancini ve ark., 2022). Freeman ve arkadaşları meme kanseri hastalar ile yaptıkları çalışmada, navigatörler tarafından verilen eğitimin tedaviye erişimi desteklediğini belirlemişlerdir (Freeman ve ark., 2011). Bu durum programın kanser hastalarında umut verici bir yaklaşım olarak görülmesine neden olmuştur (Brenner ve ark., 2014; Ritvo ve ark., 2015; Chillakunnel Hussain Rawther ve ark., 2017; Temucin ve ark., 2020). İlerleyen zamanlarda hasta navigasyon programları hastaların yaşadıkları bakım gereksinimlerini bireysel olarak ele almak, hasta sonuçlarını iyileştirmek, yaşam kalitesini artırmak ve bakımın sürekliliğini sağlamak için etkili bir yaklaşım olarak kabul edilmiştir (Ali-Faisal ve ark., 2017; Kass ve ark., 2021).

Hasta navigasyon programları farklı düzeylerde uzmanlık ve becerilere sahip gönüllü kişiler tarafından navigasyon sağlasa da (Chillakunnel Hussain Rawther ve ark., 2017; Wells ve ark., 2018), hemşirelerin navigasyon programında yer almasının daha fazla yarar sağladığı görülmüş (Bush ve ark., 2018) ve hasta navigasyon programının gelişim sürecinde hemşire navigasyon program (HNP) ortaya çıkmıştır (Pai ve ark., 2015).

2.12. Hemşire Navigasyon Programları

Hemşire navigasyon programı, bakımın sürekliliğini ve koordinasyonunu kolaylaştırmak için hastaların bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi, hastanın ihtiyacı olan bilginin verilmesi, iletişim araçlarının kullanımı ve toplum rollerinin desteklenmesi olarak tanımlanmaktadır (Toprak ve Ünal 2016). Tedavi ve sağlık sistemi ile ilgili deneyime sahip hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir (Doerfler-Evans, 2016; Langballe ve ark., 2022).

Hemşire navigasyon programlarının geliştirilmesiyle birlikte onkoloji ortamında navigatör hemşire (NH) rolü ortaya çıkmıştır (Rodrigues et al., 2021). Amerikan Onkoloji Hemşireliği Derneği, onkoloji navigatör hemşiresini “sağlık sistemindeki engelleri aşmak için hastalara, ailelerine ve bakım verenlere bireyselleştirilmiş destek sunan, onkolojiye özgü klinik bilgiye sahip profesyonel bir hemşire” olarak tanımlamaktadır (Baileys et al., 2018). Tüm alanlarda HNP yer alan hemşireler için navigator hemşire ifadesi kullanılmaya başlamıştır (Rodrigues et al., 2021). Günümüzde NH, iletişim engellerini azaltan, eğitim veren, hastaya ve ailesine duygusal destek ve ekonomi destek olanakları

sağlayan, , sağlıklarıyla ilgili en iyi kararları alabilmek için hastalara rehberlik eden eğitimli profesyonel hemşireler olarak tanımlanmaktadır (González ve ark., 2021).

Navigatör hemşirelerin hastayı destekleyebilmeleri için kapsamlı bilgi, beceri ve klinik yargıya sahip olmaları gerekmektedir (Gilbert ve ark., 2011; Baileys ve ark., 2018; Bush ve ark., 2018). Bu nedenle navigatörler hemşirelerin sahip olması beklenen standartlar vardır. Bu standartlar; *etik, nitelik, bilgi, gözetim, iletişim, savunuculuk, profesyonel gelişim, disiplinler arası işbiliği, önleme, tedavi, uyulama, değerlendirme ve kanıta dayalı bakımdır* (Franklin ve ark., 2022; Miller , 2024);

Navigatör hemşireler ilk tanı aşamasından itibaren navigasyon programını başlatarak, bireyin kültürel özelliklerine göre eğitim ve navigasyon süreçlerini şekillendirmektedir (Temucin ve ark., 2020). Bireysel olarak şekillendirdikleri süreçte; multidisipliner ekiple iletişimi kolaylaştırır, hastayı değerlendirir, bakımın karmaşıklığını yöneterek destekleyici bakımın sürekliliğini sağlamaktadır (Gilbert J. ve ark., 2011; Baileys ve ark., 2018; Bush ve ark., 2018). Ayrıca hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesinde, tedavi sırasında bakımın daha iyi algılanmasında, psikososyal sorunların yönetilmesinde, bakımın koordinasyonu ve bilgiye erişime rehberlik etmekte önemli rolleri bulunmaktadır (Pautasso ve ark., 2020).

2.13. Onkolojide Hemşire Navigasyon Programı ve Navigatör Hemşiresinin Rolü

Kanser hastalarında navigasyon, "sağlık sisteminde yaşanabilecek engellerinin üstesinden gelmeye yardımcı olmak, kanser deneyiminin tüm aşamalarında kaliteli bakıma zamanında erişimi kolaylaştırmak için hastalara ve ailelere sunulan bireyselleştirilmiş yardım" olarak tanımlanmaktadır (Franklin ve ark., 2022; Rodriguez ve ark., 2024). Onkoloji alanında uygulanan hemşire navigasyon programının amacı, önerilen tedavi ve takibin tamamlanmasını sağlamak için bireyselleştirilmiş bakım ile kanser bakımının koordinasyonlu bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Langballe ve ark., 2022).

Amerikan Onkoloji Hemşireliği Derneği, onkoloji navigatör hemşiresinin (ONH) profilini; gerçek ve potansiyel tanıları olan onkoloji hastalarının bakımı için koordinasyon sağlayan, hastalara ve bakıcılara destek veren, bilinçli kararlar alınmasına yardımcı olacak eğitim veren ve onkoloji hastalığının tüm aşamalarında kaliteli bakıma zamanında erişim

sağlayan olarak belirtmektedir (Baileys ve ark., 2018). Bakım ve eğitim sürecinin odak noktası hastalarla iletişimdir (Rodriguez ve ark., 2024). ONH ve hastalar arasında sağlanan iletişim, işbirliğini kolaylaştırmakta, hastalığa uyumunu artırmakta, hastalara becerileri, tutumları ve öz farkındalığı öğreterek onları güçlendirmektedir (Budde ve ark., 2022). ONH iletişimi sadece hasta ile değil aynı zamanda multidisipliner ekip ile de sağlanmalıdır (Rodriguez ve ark., 2024). ONH'nin bu iletişimi gerçekleştirirken ki amacı, hasta ve multidisipliner ekip arasındaki bağlantıyı sağlayarak, öngörülen tedavi ve bakım planının sürekliliğini kolaylaştırmaktır (Williams ve ark., 2022). Bu amaç doğrultusunda;

- Hastaları ve ailelerini bilgilendirmeli, ortak karar almayı kolaylaştırmalı, ihtiyaç duyulan eğitimleri sağlamalı
- Bakım planının uygulanmasına yardımcı olmak için doktorlar ve diğer sağlık personelleri ile işbirliği sağlamalı
- Randevuların alımlarını kolaylaştırmalı
- Bakıma zamanında erişim için diğer bölümler ile koordinasyon sağlamalı
- Hasta ve ailelerine gerekli kaynakları sağlamak için yerel ve ulusal kuruluşlarla ekip çalışması yapmalıdır (Cantril ve ark., 2020).

ONH, bakımı süreci boyunca hastaların bakımını etkili bir şekilde koordine etmek, sağlık sistemi engellerini aşmak, sağlık hizmetlerine zamanında erişimi kolaylaştırmak ve eğitim sağlamak için uygulama alanlarında belirli yeterliliklere sahip olması gerekmektedir (Baileys ve ark., 2018). Bu genel hemşirelik yeterlilik (Baileys ve ark., 2018; Lubejko ve ark., 2019) ve onkoloji hemşireliğine yönelik yeterlilik düzeyleri (Lubejko ve ark., 2019) tablo 2.2' de açıklanmaktadır.

Tablo 2.2. Hemşirelerin genel yeterlilik düzeyleri ve onkolojiye yönelik yeterlilik düzeyleri

Hemşirelik Genel Yeterlilik Düzeyleri	Onkoloji Hemşireliğine Yönelik Yeterlilik Düzeyleri
Bakım Koordinasyonu ➤ <i>Kanser bakımında hasta ihtiyaçlarını ve engelleri değerlendirebilmek</i> ➤ <i>Mevcut kaynakları tanımlayabilmek</i> ➤ <i>Kaynaklara erişimi sağlayabilmek</i> ➤ <i>Kanser ve hemşirelik bakımı için klinik yönergeleri kullanabilmek</i> ➤ <i>Bakımdaki geçişleri kolaylaştırmak ve süreci takip edebilmek</i> ➤ <i>Psikososyal destek sağlayabilmek</i>	Bakım Süreci ➤ <i>Risk faktörlerini, önlemeyi, tarama ve erken tespiti, teşhis ve evrelemeyi açıklayabilmek</i> ➤ <i>Kanser tedavisinin planlanması ve uygulanması bilmek</i> ➤ <i>Bakımı planlayabilmek</i>
İletişim ➤ <i>Hastalar, bakım verenler ve multidisipliner ekip arasındaki iletişimi kolaylaştırmak</i> ➤ <i>Hasta ve bakım verenleri savunabilmek</i>	Onkoloji Hemşireliği Uygulaması ➤ <i>Kanser türünün özelliklerini açıklayabilmek</i> ➤ <i>Uygulamanın kapsamı ve standartlarını açıklayabilmek</i>
Eğitim ➤ <i>Hastaları ve bakım verenleri süreç konusunda hazırlayabilmek.</i> ➤ <i>Hastaların ve bakım verenlerin eğitimini sağlamak.</i> ➤ <i>NH roller konusunda eğitebilmek</i> ➤ <i>Kanıta dayalı hasta eğitim materyallerini edinebilmek</i> ➤ <i>Bilgilendirilmiş ve özerk karar almayı kolaylaştırabilmek</i>	Bakımın Psikososyal Boyutları ➤ <i>Hastanın kültürel ve finansal durumuna hakim olabilmek</i> ➤ <i>Hastanın başa çıkma becerilerini geliştirmek</i> ➤ <i>Kanserde yaygın psikososyal sorunlarını açıklayabilmek</i> ➤ <i>Cinsellik ve doğurganlık konusunda destekleyebilmek</i> ➤ <i>Maneviyat destek sağlayabilmek</i>

Mesleki Rolü ➤ ONH uygulama kapsamında ana hatlarını belirleyebilmek ➤ Uygulama için uygun standartları ve yönergeleri belirleyebilmek ➤ Kanıta dayalı uygulamalara teşvik edebilmek ➤ Mesleki sınırları belirleyebilmek ➤ Kaynakları artırmak ve en iyi uygulamaları paylaşmak için diğer NH ile işbirliği yapabilmek	Semptom Yönetimi, Destekleyici ve Palyatif Bakım ➤ Tedavinin neden olabileceği semptomları ve komplikasyonları açıklayabilmek ➤ Farmakolojik ve Farmakolojik olmayan yönetimi sağlayabilmek ➤ Beslenme desteği sağlayabilmek ➤ Destekleyici ve palyatif bakım verebilmek Onkolojik Aciller ➤ Değerlendirme, triyaj ve yönetimi yapabilmek Tedavi Şekli ➤ Cerrahi, radyasyon tedavisi, kemoterapi, İmmünoterapi ve hedefe yönelik tedavileri bilmek
--	---

Yeterliliklere sahip ONH'leri ve hastalar arasında güven ilişkisi kurulduğunda karşılıklı etkileşim başlamakta, hastalar kendilerini duygusal olarak desteklenmiş, tedaviye daha fazla dâhil edilmiş, geleceklerini planlama ve yaşamlarını yönlendirmek için gerekli kararları verebilme konusunda daha güçlü hissetmektedirler (Zibrik ve ark., 2016b; Pautasso ve ark., 2020). Gallups ve arkadaşları meme kanseri hastalarla yapmış oldukları çalışmada navigatörler ve hastalara arasındaki etkileşimin “Sürekli Bireyselleştirilmiş Bakım Koordinasyonunun” sağlanmasında önemli bileşen olarak vurgulamışlardır (Gallups ve ark., 2021).

2.14. Kanser Hastalarına Yönelik Hemşire Navigasyon Programlarının Anksiyete-Depresyon, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Kanser tedavi sürecinin yönetimi hem hasta hem de ailesi için oldukça karmaşıktır. Bu nedenle sağlık profesyonelleri semptom yönetimi, tedaviye uyum ve psikolojik destek konusunda hasta ve ailesini desteklemeleri gerekmektedir (Calle ve ark., 2022).

ONH, akciğer kanseri hastanın toleransını değerlendirmede, fonksiyonel kapasiteyi artırmada, destekleyici bakım ve bakım hedeflerine yönelik multidisipliner ekip ile koordinasyon sağlamada en fazla yarar sağlayan kişidir (Yoder ve ark., 2020). Ayrıca ONH hasta ve ailelerinin, hastalık seyri ve süreci hakkında yaşadıkları belirsizliklerden

kaynaklanan anksiyetenin azaltılmasında, süreci anlamaları ve uyum sağlamalarında ONH rehberlik ve eğitim vererek önemli bir rol oynamaktadır (Calle ve ark., 2022). Litaretürde navigasyon programlarının stress anksiyete depresyon yaşam kalitesi gibi çeşitli ölçümler üzerinde olumlu etki gösterdiği vurgulamaktadır (Ali-Faisal ve ark., 2017; Lopez ve ark., 2019).

Anksiyete-Depresyon-Stres

Navigatör hemşireler, hastaları psikososyal destekleme konusunda uzmandır (Oh ve ark., 2021). Yapılan çalışmalarda ONH'lerin tedavi sırasında hastaların streslerini, anksiyetelerini ve depresyonlarını azalttığı yönünde bir fikir birliği bulunmaktadır (Fillion ve ark., 2006; Ludman ve ark., 2015; Mertz ve ark., 2017). Hastaların ONH tarafından daha sık takip edildiğinde, takip edilmeyen hastalara kıyasla anksiyete ve depresyonda bir azalma olduğu görülmektedir (Fillion ve ark., 2006; Ludman ve ark., 2015; Mertz ve ark., 2017). Ludman ve arkadaşları tanı anında psikolojik veya duygusal semptomları olan veya olmayan tüm hasta grupları ile yaptıkları bir çalışmada, ONH'sinin hastalara fayda sağladığını ve onları olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir (Ludman ve ark., 2015). Meme kanseri hastalarda yapılan randomize kontrollü çalışmada, bireyselleştirilmiş bakıma temellendirilen HNP 'nın psikolojik sıkıntı yaşayan hastalarda stres, anksiyete ve depresyon üzerinde olumlu bir etki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Mertz ve ark., 2017).

Hastalığa Uyum

Yeni tanı alan kanser hastalardaki psikolojik sıkıntılar, tedavi süreçlerini takip etme, hastalığa ve tedaviye uyum sağlama durumlarını etkileyebilmektedir (Ludman ve ark., 2015). Hastalığa uyum; hastanın sağlık profesyonellerinin önerilerini kabul etmesi ve uyması olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklarda uyum ise; hastanın hastalığı ile ilgili etkili baş etme becerisi gösterme, sağlık kontrollerini aksatmamasını, uygulanan tedaviye uyum göstermesini, ilaçlarını düzenli almasını ve yaşam değişikliklerine uyum sağlamasını içermektedir. Uyum hastalığın yönetiminin bir parçasıdır. Hastanın iç ve dışsal etkenlerden kaynaklı durumları kabullenmesi ve buna uygun davranış değişikliği geliştirmesini gerektirir. Bununla birlikte kronik hastalıklar uzun süreli bakım ve tedavi gerektirmesi nedeniyle baş edilmesi ve yönetilmesi güç olan hastalıklardır ve bu süreçte

bireylerin hastalığı kabullenip uyum göstermesi de zor olabilmektedir (Bilgiç ve Pehlivan, 2023).

ONH'leri kanser hastaların hastalık ve tedaviye uyumunu destekleme ve tedaviyi zamanında alması için güçlendirilmesinden sorumludur (González ve ark., 2021).

Hastalar onkoloji uzmanları tarafından kendilerine verilen bilgilerin tamamını anlayamabilmekte ve bu durum hastalıkta uyumsuzluklara neden olabilmektedir. ONH'leri, hastaların tedavi ve bakım sürecinde bilgileri anlamasını kolaylaştırmaktadır (Burhansstipanov ve ark., 2018). ONH bakımındaki performansını değerlendiren bir çalışmada, hastaların tanıları hakkında daha fazla bilgiye sahip olduklarında, kendilerini bakıma daha fazla dâhil olmuş ve gelecekteki yaşanabilecek durumlara daha hazır hissettiklerini belirtmiştir. Bu durumun hastaların tedaviye ve hastalığa uyumunu artırdığı göstermektedir (Wagner ve ark., 2014). Bu nedenle ONH, ekip işbirliği ile kanser hastalarının zamanında bakımını teşvik ederek, hastada ortaya çıkan günlük sorunları çözmek için destek, eğitim ve tıbbi tedavilere erişimi kolaylaştırmalıdır (Williams ve ark., 2022). Zibrik ve arkadaşları tarafından yapılan retrospektif bir çalışmada, akciğer kanseri hastalara uygulanan HNP'ından sonra, sistemik tedavi alan hastaların yüzdesinin %57'den %69'a yükseldiğini bildirmişlerdir. Bu sonuçlar hastalığa uyumu artırdığını göstermektedir (Zibrik Kelly ve ark., 2016a). Avustralya'da yapılan bir araştırmada ise hemşire navigasyon modelinin hastaların sağlık sisteminde yaşayacakları sorunları azaltılmasında ve hastalığa uyum sağlamada yenilikçi bir yol olabileceği vurgulanmaktadır (McMurray ve ark., 2017). Ayrıca, ONH randevu planlamaları ve yönlendirmeleri ile zamanında müdahaleye olanak sağlayarak, sağlık hizmetlerine olan mesafeyi azaltarak hastalığa uyumu artırmaktadır (Miller S. D. ve ark., 2021). Farklı çalışmalar navigasyon programının hasta memnuniyetini, hastalık ve tedaviye uyumu artırabileceği gibi yaşam kalitelerini iyileştirmeye katkıda bulunabileceğini göstermektedir (Fillion ve ark., 2006; Skrutkowski., 2008; Carroll ve ark., 2010).

Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, "bireyin, içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında, hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak hayata katılımına ilişkin algısı" şeklinde tanımlanmaktadır (Vargas ve ark., 2023). Yaşam kalitesi subjektiftir. Bu nedenle hastaların yaşam kalitelerine ilişkin algılar OHN'ler için önemlidir (Vargas ve ark., 2023).

Kanser tanısı alan hastalar genellikle psikolojik sıkıntıda hissettikleri için yaşam kaliteleri olumsuz etkileyenabilmektedir. Bu süreçte ONH'lerin hastaları desteklenmelerinin onların yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Jeyathevan ve ark., 2017; Yoder ve ark., 2020). Noronha ve arkadaşların ileri evre akciğer kanseri hastalara uygulamış oldukları navigasyon programı ve haftalık semptom yönetiminin yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirdiği belirtmişlerdir (Noronha ve ark., 2023). Bununla birlikte, kanser hastalarında yapılan diğer çalışmalar navigasyonun hasta memnuniyetini artırabileceğini, tedaviye uyumu iyileştirebileceğini ve yaşam kalitelerini iyileştirmeye katkıda bulunabileceğini göstermektedir (Fillion ve ark., 2006; Skrutkowski, 2008; Carroll ve ark., 2010).

Yakın zamanda yapılan sistematik incelemede ise navigasyon programının kanser hastalarının klinik sonuçlarında, fiziksel kondisyonunda, yaşam kalitesinde, semptomların kontrolünde, yönetiminde, bakım kalitesinde ve sürekliliğinde iyileşme, tedaviye başlama süresinde, stres, anksiyete ve depresyonda düzeylerinin azalmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Rodrigues ve ark., 2021). Ayrıca, Joo ve meslektaşları tarafından yapılan sistematik bir derlemede, hemşire navigatörü veya hemşire liderliğinin hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiğini ve aynı zamanda hastaneye yatış sayısını azalttığını belirtilmektedir (Joo ve ark., 2019). Acil servis kullanımıyla ilişkili navigasyon kullanımını inceleyen çalışmalar, genel olarak hasta navigasyonunun acil servis kullanım sıklığını azaltmada etkisi olduğunu göstermektedir (Garbers ve ark., 2016; Seaberg ve ark., 2017). Bu çalışmalar göz önüne alındığında, hemşire navigatörlerinin hastalarla teması ne kadar erken olursa, tüm sağlık sisteminde bakımın sürekliliğinin o kadar iyi olduğu vurgulanmaktadır (Doerfler-Evans, 2016).

Sonuç olarak, navigasyon programları hastaların yaşadıkları bakım gereksinimlerini bireysel olarak ele almak, hasta sonuçlarını iyileştirmek, yaşam kalitesini artırmak ve bakımın sürekliliğini sağlamak için etkili bir yaklaşım olarak görülmektedir (Ali-Faisal et al., 2017; Kass et al., 2021). Akciğer kanserinde hemşiresi navigatörleri, bakımın önündeki engelleri kaldırarak akciğer kanseri hastasının bakımında yaşam kalitesi, fizyolojik ve psikolojik semptomlar gibi birçok önemli kriteri iyileştirmektedir (Yoder ve ark., 2020). ASCO ve ESMO dernekleri akciğer kanser hastalarda destekleyici bakım gereksinimlerini karşılayabilecek programların kliniklere entegre edilmesine acilen

ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır (Ferrell ve ark., 2017; Balboni ve ark., 2018; Jordan ve ark., 2018). Fakat uygulanan navigasyon programlarının çoğu genel kansere, özellikle meme kanserine odaklanmış, akciğer kanserine özgü navigasyon programları kısıtlıdır (Lopez ve ark., 2019; Springer ve ark., 2024). Ayrıca destekleyici kanser bakımının sağlanmasına odaklanan etkili hasta navigasyon müdahaleleri kısıtlıdır (Berezowska ve ark., 2019). Yeni tanı KHDAK hastalarda destekleyici bakım gereksinimleri doğrultusunda yapılmış navigasyon programına rastlanmamıştır. Bu nedenle yeni tanı alan KHDAK hastalarında destekleyici bakım gereksinimleri doğrultusunda hemşire navigasyon programının anksiyete- depresyon düzeyi, hastalığa uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır (ClinicalTrials.gov ID: NCT05937425)

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde 30.06.2023-15.07.2024 tarihlerinde yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde üç öğretim üyesi, sekiz uzman ve bir eğitim hemşiresi bulunmaktadır. Eğitim hemşiresi tarafından hastalara tedavinin olası yan etkilerinin yönetimine ilişkin genel bir eğitim verilmektedir. Planlı ve tekrarlı danışmanlık yapılmamaktadır. Hastaların tanı ve tedavi sürecinde oluşabilecek bakım gereksinimlerine yönelik bireysel destekleme veya ihtiyaç duyabilecekleri birimlere yönlendirme yapılmamakta, herhangi bir yazılı materyal verilmemekte ve eğitim sonrası hastalar takip edilmemektedir. Hastaların bakım gereksinimlerini veya hastalığa uyum süreçlerini yönetebilecek navigatör hemşire ve hemşire navigasyon programı bulunmamaktadır. Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde yapılan görüşmeler toplantı salonunda gerçekleştirilmiştir.

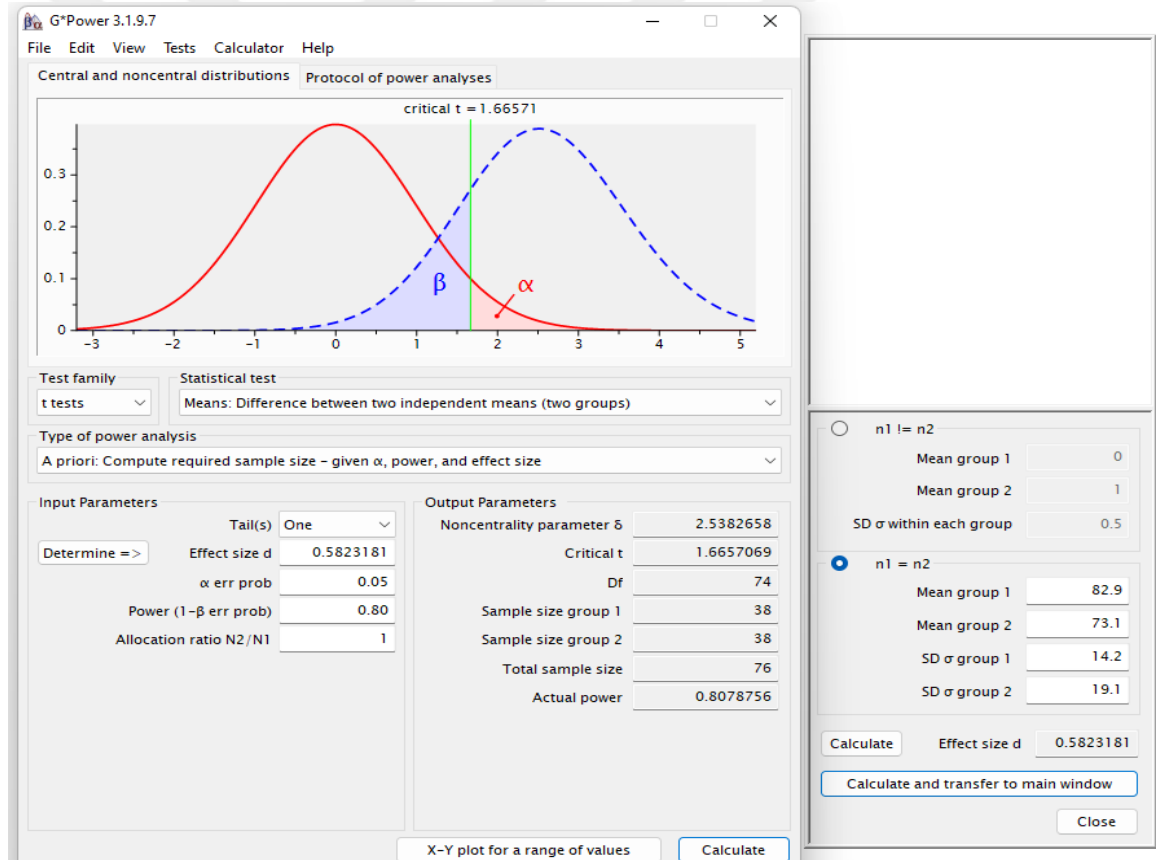
Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde tedavisi planlanan hastalar Gündüz Kemoterapi Ünitesi'ne yönlendirilmektedir. Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde ayaktan kemoterapi uygulanmaktadır. Bu üniteye toplam sekiz hemşire çalışmakta ve 52 hasta koltuğu bulunmaktadır. Araştırmanın zaman çizelgesi EK -1'de sunulmuştur.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Gündüz Kemoterapi Ünitesinde ilk tedavisi planlanan ve Tıbbi Onkoloji Polikliniği'nde yeni tanı alan KHDAK hastaları oluşturmuştur. Örneklemi ise Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran dâhil etme kriterlerine uyan KHDAK hastaları oluşturmaktadır.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Çalışmada G*Power 3.1.9 programı kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Berezowska ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan benzer bir çalışmada müdahale grubunda 3.ay EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi alt boyut puan ortalaması 82.9 ± 14.2 ve kontrol grubunda 3.ay EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi alt boyut puan ortalaması 73.1 ± 19.1 olarak rapor edilmiştir (Berezowska ve ark., 2021). Bu bulgular esas alınarak etki büyüklüğü $d=0.582$ hesaplanmıştır. %80 istatistiksel güç ve 0.05 hata payı için çalışmaya alınması planlanan minimum örneklem sayısı müdahale grubu için 38 hasta ve kontrol grubu için 38 hasta olmak üzere toplam 76 hasta olarak belirlenmiştir.



Şekil 3.1. G*Power Programı ile örneklem büyüklüğü hesabı

Araştırma esnasında doğabilecek kayıplardan dolayı benzer bir çalışmadaki kayıp oranları dikkate alınarak %10 'luk bir artışla 42 girişim ve 42 kontrol grubu olacak şekilde çalışma toplam 84 hasta ile yapılmıştır (Reinke ve ark., 2018).

3.3.2. Araştırma Örneklemine Özellikleri

Araştırma örnekleminin özellikleri Tablo 3.1’de yer almaktadır (Ludman ve ark., 2015; Reinke ve ark., 2018; (Andersen ve ark., 2020; Langballe ve ark., 2022).

Tablo 3.1. Araştırma örnekleminin özellikleri

Örnekleme Dâhil Etme Kriterleri
Primer tıbbi tanısı KHDAK olmak
Karnofsky Performans Skalası* %70 ve üstü puan alma
Stres termometresi** 4 ve üzeri olan hastalar
Tanı tarihinden en fazla 6 hafta geçmiş olmak
18 -70 yaş arası olmak
Okuma yazma bilmek
İşitme sorunu ve konuşma sorunu olmamak
Telefon kullanabilmek
Örneklem Dışlama Kriterleri
Kognitif sorunları olan hastalar (dikkati sürdürmede zorlanma, düşünce hızında azalma, tepki süresinde uzama, unutkanlık ve planlama gibi yürütücü işlevlerde bozulma)
Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterler
Hastanın çalışmadan ayrılmak istemesi
Programa dâhil olduktan sonra en az iki telefon görüşmesinin gerçekleştirilememesi
Programa dâhil olduktan sonra en az bir yüz yüze görüşmenin gerçekleştirilememesi
Hastanın poliklinik takibine başka bir kurumun tıbbi onkoloji polikliniğinde devam etmesi

Ek-2

*Karnofsky Performans Ölçeği

Karnofsky tarafından 1948 yılında geliştirilen ölçek 1949 yılında Burchenal ve Karnofsky tarafından yeniden düzenlenmiştir (Péus ve ark., 2013). Ölçekte hastanın semptomları, günlük aktivitelerini yerine getirebilme durumu, bağımlılık durumu ve tıbbi bakım gereksinimi sorgulanmaktadır. Puanlamaların (0-100)azalması hastaların fonksiyonlarının fonksiyonlarının kötüleştiğini göstermektedir (Çeltek ve ark., 2016). Ek-3

**Stres Termometresi

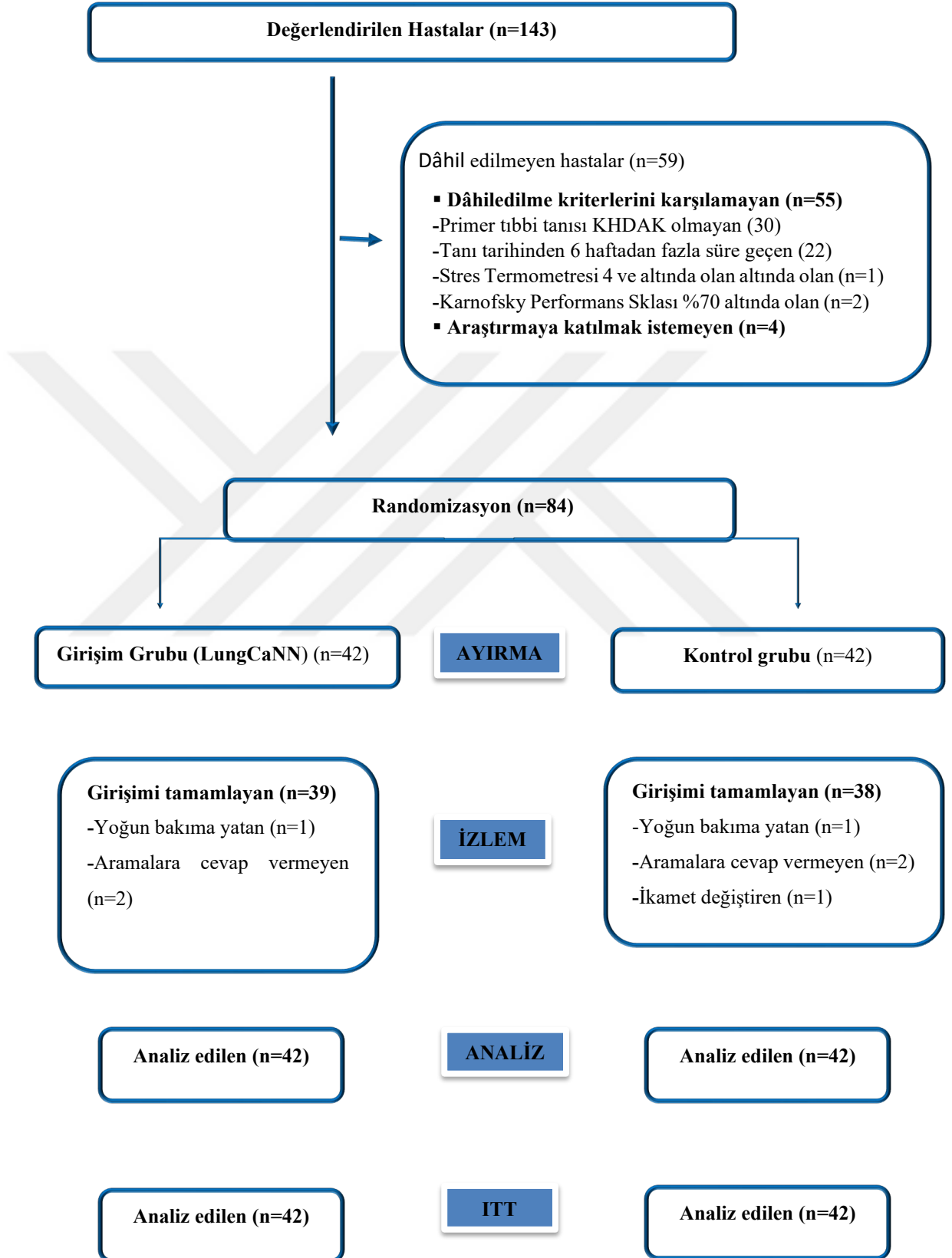
Roth ve ark. (1998) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin Özalp ve ark. tarafından (2006) yılında Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin duyarlılığı 0.73, özgüllüğü 0,49 bulunmuştur (Roth ve ark., 1998; Özalp ve ark., 2007).

Ölçeğin kesme puanı 4’tür. Dört ve üzerindeki puanlar kanser hastasının sıkıntı düzeyinin arttığına işaret etmektedir. Distress seviyesi termometre ile 0–10 arasında derecelendirilmiştir (Özalp ve ark., 2007) 0 puan bireyin hiç stress yaşamadığını, 10 puan ise en üst sınırdaki stres yaşadığını göstermektedir. Ek-3

3.4. Randomizasyon ve K rleme

3.4.1 Randomizasyon

Hastalar basit rastgele randomizasyonla girişim ve kontrol gruplarına atanmıştır. Basit rastgele randomizasyon uygulama aşamasında www.randomizer.org (EK-4) kullanılarak randomizasyon yapılmış ve opak zarflara konulmuştur. Randomizasyon araştırma ekibinden bağımsız bir  ğretim elemanı tarafından yapılmıştır. Uygulama sürecinde araştırmacı  n testini tamamladığı hastanın hangi grupta olduğunu sıradaki zarfı a tıktan sonra öğrenmiştir. Randomizasyon sürecinde seçim yanlılığı  nlenmiştir. Uygulama akış şemasının oluşturulmasında CONSORT 2018 diyagramından yararlanmıştır (şekil. 3.2) (Grant, 2018)



Şekil 3.2. CONSORT akış diyagramı

3.4.2 K rleme

Araştırmada sadece veri analizlerinin yapılması aşamasında istatistik i kürlenmiştir. Araştırmacı tarafından raporlanan veriler kodlama şeklinde istatistikçiye verilmiştir.

Çalışmada yanlılığı önlemek için;

Seçim Yanlılığı (rastgele dizin oluşturma ve paylaşımı gizleme); kapalı zarf yöntemi kullanılmıştır. X girişim grubunu ifade ederken, Y kontrol grubunu ifade etmektedir.

Uygulamada Yanlılık;  n test tamamlandıktan sonra zarf açılarak hastanın X ya da Y grubunda olduğu öğrenilmiştir.

Belirlemede Yanlılık; çalışmadan bağımsız alanında uzman kişi tarafından girişim ve kontrol grubu X ve Y grubu şeklinde kodlanarak bilgisayar programına aktarılmıştır. Gruplar araştırmacıdan gizlenmiştir.

Aşınma Yanlılığı; veri kayıplarının nedeni, türü ve grup dağılımları incelenerek intention-totreat/ITT analizi yapılmıştır.

Raporlama Yanlılığı; analizler çalışmadan bağımsız istatistik uzmanı tarafından kodlamaların girişim ve kontrol grubunu bilmeden yapılmıştır. Gruplar istatistik iden gizlenmiştir. Böylece yanlılık riski en aza indirilmiştir.

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu hastaların sosyo-demografik  zellikleri Tablo 3.2’de, hastalık  zellikleri Tablo 3.3’te sunulmuştur. Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikleri açısından fark olup olmadığına yönelik yapılan ki-kare analizi sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Giriş ve kontrol grubundaki hastaların sosyo-demografik ve hastalık özellikler açısından farklı olmadığı, beklenen ve gözlenen değerlerin birbirine eşit/ homojen olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.2. Girişim ve kontrol gruplarına ait sosyo-demografik özellikler

Sosyo-Demografik Özellikler	Alt Grup	Girişim		Kontrol	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	33	78.6	35	83.3
	Kadın	9	21.4	7	16.7
		$\chi^2=0.31$		p=0.578	
Yaş	60 yaş ve altı	7	16.7	11	26.2
	61-70 yaş	26	61.9	25	59.5
	71 ve üstü	9	21.4	6	14.3
		$\chi^2=1.51$		p=0.470	
Medeni Durum	Evli	33	78.6	30	71.4
	Bekar	9	21.4	12	28.6
		$\chi^2=0.57$		p=0.450	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	13	31.0	14	33.3
	İlköğretim	15	35.7	14	33.3
	Lise	11	26.2	12	28.6
	Lisans	3	7.1	2	4.8
		$\chi^2=0.32$		p=0.957	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	14.3	10	23.8
	Çalışmıyor	36	85.7	32	76.2
		$\chi^2=1.24$		p=0.266	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	34	81.0	31	73.8
	Gelir gidere eşit	8	19.0	11	26.2
		$\chi^2=0.62$		p=0.434	
Sosyal Güvence	SGK	36	85.7	39	92.9
	Özel sigorta	4	9.5	3	7.1
	Sigorta yok	2	4.8	0	0,0
		$\chi^2=2.26$		p=0.323	
Birlikte Yaşanan Kişi	Yalnız	3	7.1	2	4,8
	Aile	32	76.2	35	83,3
	Çocuk	7	16.7	5	11,9
		$\chi^2=0.67$		p=0.716	
Bakıma Destek Kişi	Var	39	92.9	40	95,2
	Yok	3	7.1	2	4,8
		$\chi^2=0.21$		p=0.645	
Sigara Kullanma	Hiç kullanmadım	10	23.8	8	19,0
	Bıraktım	26	61.9	27	64,3
	Kullanıyorum	6	14.3	7	16,7
		$\chi^2=0.32$		p=0.853	
Alkol Kullanma	Hiç kullanmadım	35	83.3	31	73,8
	Bıraktım	4	9.5	9	21,4
	Kullanıyorum	3	7.1	2	4,8
		$\chi^2=2.37$		p=0.306	

Tablo 3.2’de Girişim grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; grubun %78.6’sı erkek, %61.9’u 61- 70 yaş arasında, %78.6’sı evli, %35.7’si ilkokul mezunu, %64.3’ü emekli %85.7’si çalışmıyor, %81’i geliri giderinden az ve %85.7’sinin SGK güvencesinde olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun %76.2’si ailesi ile birlikte yaşadığını, %92.9’u bakıma destek olan birilerinin varlığını, %64.1’i sigarayı bıraktığını ve %82.1’i hiç alkol kullanmadığını ifade etmiştir.

Kontrol grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; grubun %81.6’sı erkek, %60.5’i 61- 70 yaş arasında, %71.1’i evli, %31.6’sı ilkokul mezunu, %55.3’ü emekli %76.3’ü çalışmıyor, %71.1’i geliri giderinden az ve %94.7’sinin SGK güvencesinde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %84.2’si ailesi ile birlikte yaşadığını, %94.7’sinde bakıma destek olan birilerinin varlığını, %61.9’u sigarayı bıraktığını ve %73.8’i hiç alkol kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo 3.3. Girişim ve kontrol gruplarına ait hastalık özellikleri

Hastalık Özellikleri	Alt Grup	Girişim		Kontrol	
		n	%	n	%
Tanı Evresi	2	2	4.8	0	0.0
	3	13	31.0	13	31.0
	4	27	64.3	29	69.0
		$\chi^2=2.07$		p=0.355	
Planlanan Tedavi	Kemoterapi	15	35.7	16	38.1
	İmmünoterapi	3	7.1	0	0.0
	Kemoterapi+Radyoterapi	24	57.1	26	61.9
		$\chi^2=3.11$		p=0.211	
Cerrahi İşlem	Evet	15	35.7	10	23.8
	Hayır	27	64.3	32	76.2
		$\chi^2=1.42$		p=0.233	
Kronik Hastalık	Evet	30	71.4	27	64.3
	Hayır	12	28.6	15	35.7
		$\chi^2=0.49$		p=0.483	
Ailede Tanı Durumu	Evet	8	19.0	12	28.6
	Hayır	34	81.0	30	71.4
		$\chi^2=1.05$		p=0.306	
Tanıdan Kaynaklı Harcama Yapma	Evet	19	45.2	18	42.9
	Hayır	23	54.8	24	57.1
		$\chi^2=0.12$		p=0.726	

SGK; Sosyal Güvenlik Kurumu

Tablo 3.3’de girişim grubunda yer alan hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde; grubun %64.3’ünde evre 4, %57.1’inde kemoterapi+radoterapi birlikte aldığı, %64.3’ünde cerrahi işlem olmadığı ve %71.4’ünde ek bir kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların %79.5’i ailesinde akciğer kanser tanısı alan başka bir kişinin olmadığını ifade etmiştir.

Kontrol grubunda yer alan hastaların hastalık özellikleri incelendiğinde; grubun %31.6’sında evre 2, %57.9’unda kemoterapi+radoterapi birlikte aldığı, %73.7’sinde cerrahi işlem olmadığı ve %65.8’inde ek bir kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %81’i ailesinde akciğer kanseri tanısı alan başka bir kişinin olmadığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu hastalarının bakım gereksinimleri Tablo 3.4’de verilmiştir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların bakım gereksinimleri açısından fark olup olmadığına yönelik yapılan t testi analizi sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların destekleyici bakım gereksinimleri açısından farklı olmadığı, beklenen ve gözlenen değerlerin birbirine eşit/ homojen olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.4. Girişim ve kontrol gruplarının destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemeye yönelik ön test ölçüm değerleri ve ön test ortalamalarının grup değişkenine göre sonuçları

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme	Alt Faktör	Grup	N	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$	Sd	t	p	Cohen d	%95 GA
	Duygusal Sorunlar	Girişim	42	21.00-35.00	28.76±3.52	82	0.63	0.531	-	-
		Kontrol	42	21.00-38.00	29.26±3.77					
	Manevi Konularla İlgili Sorunlar	Girişim	42	0.00-12.00	2.67±3.02	82	0.43	0.668	-	-
		Kontrol	42	0.00-12.00	2.95±3.07					
	Sağlık Sorunlarıyla İlgili Sorunlar	Girişim	42	2.00-10.00	5.29±1.81	82	1.77	0.081	-	-
		Kontrol	42	2.00-12.00	6.05±2.13					
	Sosyal Sorunlar	Girişim	42	0.00-13.00	7.29±3.20	82	0.80	0.428	-	-
		Kontrol	42	0.00-15.00	7.86±3.38					
	Bilişsel Sorunlar	Girişim	42	0.00-5.00	1.33±1.59	82	0.63	0.533	-	-
		Kontrol	42	0.00-5.00	1.12±1.55					
	Fiziksel Belirtiler	Girişim	42	4.00-20.00	10.36±5.13	82	1.56	0.123	-	-
Kontrol		42	6.00-22.00	12.05±4.80						

SS: Sandart sapma; Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

Tablo 3.4’de yer alan James Destekleyici Bakım Gereksinimleri alt boyutlarına ilişkin sonuçlar incelendiğinde; girişim ve kontrol gruplarına dâhil edilen hastalarınön test duygusal (p=0.531), manevi konularla ilgili (p=0.668), sağlık sorunlarıyla ilgili (p=0.081), sosyal (p=0.428) bilişsel sorunlar (p=0.533) ve fiziksel belirtiler (p=0.123) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. En fazla gereksinimin, duygusal sorunlar girişim (28.76±3.52) ve kontrol grubu (29.26±3.77) ve fiziksel belirtiler girişim (10.36±5.13) ve kontrol grubu (12.05±4.80) olduğu saptanmıştır. Girişim ve kontrol grubunun homojen olduğu bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Kavramsal-Teorik-Deneysel Yapısı

Araştırmanın kavramsal-teorik-deneysel yapısı şekil 3.3’de açıklanmıştır. Araştırma kapsamında dâhil edilen KHDAK hastalarının bakım gereksinimlerinin desteklenmesine yönelik hemşire navigasyon programı (LungCaNN) tasarlanmıştır. Bu programda hastaların anksiyete depresyon düzeylerinin azaltılması, hastalığa uyumun ve yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmiştir.

Hemşire Navigasyon Programının (LungCaNN) Tasarlanması

Navigatör hemşire, **LungCaNN** programı kapsamında ön testte KHDAK hastalarının bakım gereksinimlerini belirleyecek ve bakım gereksinimlerini desteklemek için eğitim verilmiştir. Verilen eğitim bakım gereksinimleri ölçeği alt grupları (duygusal sorunlar, manevi/dini konular ile ilgili sorunlar, sağlık bakım ile ilgili sorunlar, sosyal sorunlar, bilişsel sorunlar, fiziksel belirtiler) doğrultusunda yaşadıkları veya yaşayabilecekleri gereksinimlere yönelik uzman görüşler alınarak hazırlanan eğitim kitapçığı ile hastaya yazılı ve sözlü olarak verilmiştir. Eğitim sonrasında çalışma süreci boyunca hastalarda yeni oluşabilecek gereksinimleri navigatör hemşireye arama veya SMS yoluyla iletebilecekleri konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Navigatör hemşire gerekli durumlarda multidisipliner ekibe danışarak hastaları yönlendirmiş ve sağlık davranışlarını geliştirme konusunda desteklemiştir.

LungCaNN programı hastaların bakım gereksinimlerinin ve sağlık davranışlarının desteklenmesini sağlayan birbiriyle ilişkili ve yinelemeli beş adımdan oluşan 5A’nın modeline dayanmaktadır. Modelin 5A’sı değerlendirme, tavsiye, anlaşma, yardım ve takibi temsil etmektedir (Tablo 3.5) (Glasgow ve ark., 2004; Berezowska ve ark., 2021).

Tablo 3.5. 5A Metodolojisi işlem basamakları

5A Metodolojisi	Tanım	Uyguma Şekli
Assesment (Değerlendirme)	Hastaların karşılanmayan destekleyici bakım ihtiyaçları yaşayıp yaşamadığını değerlendirmek	Bu basamakta, yeni tanı küçük hücreli dışı akciğer kanser hastalarının gereksinimleri belirlenmiştir. Hastalık veya tedaviden kaynaklı yaşadıkları gereksinimler navigatör hemşire tarafından sorgulanmıştır. Eğitim kitapçığında da yer alan Vizüel Analog Skala (VAS)'a göre değerlendirme yapılmıştır.
Advice (Tavsiye)	Hastalara bakım gereksinimleri doğrultusunda tavsiyede bulunmak	Belirlenen gereksinimlere yönelik hastaya kanıta dayalı kılavuzlar doğrultusunda navigatör hemşire hafta bir kez toplamda 12 hafta telefonla navigasyon, ayda bir kez toplamda 3 kez yüz yüze navigasyon uygulanmıştır. Navigasyon sürecinde hastalık ve tedaviye yönelik bilgilerin anlatılması, hastanın yaşadığı semptomların yönetilmesi ve tıbbi takibin önemi hakkında eğitim verilmesi sağlanmıştır.
Agreement (Anlaşma)	Bakım gereksinimlerine yönelik verilen tavsiyelere konusunda hastalarla anlaşmaya varmak	Beslenme, sıvı alımı, fiziksel aktivite, sigarayı bırakma gibi sağlıklı yaşam davranışlarının uygulaması ve gereksinimlerin karşılanmasına yönelik eğitim kitapçığında yer alan veya navigatör hemşirenin ilettiği önerilerin uygulanması konusunda hastalar ile anlaşma sağlanmıştır.
Assistance (Destekle)	Hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanması konusunda desteklemek	Hastalar navigatör hemşire tarafından 12 hafta boyunca telefonla ve yüz yüze navigasyon uygulanarak destelenmiştir. Hastaların yaşadıkları gereksinimlerin navigator hemşireye 7/24 sürecinde iletmeleri sağlanarak gerekli durumlarda multidisipliner ekip (doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog/ psikiyatrist) ile işbirliği sağlanarak desteğin devamlılığı sağlanmıştır.
Arrangments (Takip)	Gereksinimlerin karşılandığından emin olmak için düzenli takip şeklinde tanımlanmaktadır.	Hastaların gereksinimlerini 12 hafta boyunca navigatör hemşire tarafından takip edilecek gerekli durumlarda hastaneye yönlendirilerek hastaların randevuları alınmıştır.

5A modeli kapsamında, hastaların desteklenmemiş bakım gereksinimlerini karşılamak için literatür taranarak eğitim kitapçığı ile hastaların bakım gereksinimlerini takip edebilmek ve multidisipliner ekip ile işbirliğini sağlamak için navigatör hemşire hasta değerlendirme formu hazırlanmıştır. Eğitim Kitapçığı ve Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formu için uzman görüşü alınmıştır.

Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimleri Doğrultusunda Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Anksiyete-Depresyon, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi

C

1) Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi

- ❖ Yeni tanı küçük hücreli dışı akciğer kanser hastaları ile navigatör hemşirenin tanışması ve hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi
- ❖ Birey Tanıtım Formu
- ❖ James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği

2) Tavsiye

- ❖ Belirlenen gereksinimlere yönelik hastaya kanıta dayalı kılavuzlar doğrultusunda yüz yüze, hastalık ve tedaviye yönelik bilgilerin anlatılması, hastanın yaşadığı semptomların yönetilmesi ve tıbbi takibin önemi hakkında eğitim verilmesi

3) Anlaşmak

- ❖ Beslenme, sıvı alımı, fiziksel aktivite, sigarayı bırakma gibi sağlıklı yaşam davranışlarının uygulaması konusunda anlaşma

5) Takip

- ❖ 12 hafta boyunca her hafta telefonla (Navigasyon ve Görüşme Formu),
- ❖ 12 hafta boyunca en üç kez yüz yüze görüşme (Navigasyon ve Görüşme Formu),
- ❖ Navigatör hemşirenin hasta tarafından 7/24 SMS yolu semptom veya gereksinimleri için ile ulaşılabilir olması
- ❖ Navigatör hemşire hastanın yaşadığı semptom veya gereksinimler doğrultusunda hastanın sorununu multidisipliner ekiple görüşerek hastayı yönlendirmesi

4) Desteklemek

- ❖ Hastaların gereksinimleri doğrultusunda multidisipliner ekip (doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog/ psikiyatrist) ile işbirliği sağlanarak desteğin devamlılığını sağlama

T

Hastanın tanı veya tedavi protokolü belirlendikten sonra navigasyonun başlatılması

Hastanın bireysel gereksinimleri doğrultusunda hastanın desteklenmesi

Hastanın eğitiminden sonraki 12. haftanın navigasyonu sonlandırılması

E

Araştırma Tasarımı
Randomize Kontrollü Çalışma

Örneklem
Yeni tanı küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastaları

Girişim
Destekleyici Bakım İhtiyaçları
Doğrultusunda Eğitim, yüz yüze ve
Telefon ile navigasyon

Depresyon- Anksiyete
Hastalığa Uyum
Yaşam Kalitesi
Acil Servis Başvuru Oranı

Şekil 3.3. Araştırmanın Kavramsal -Teorik- Deneysel Şeması

3.5.1 Eğitim Kitapçığının Hazırlanması ve Değerlendirilmesi

Eğitim kitapçığının içeriği akciğer kanser hastalarının James Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği alt boyutları (**Duygusal, Manevi Konular, Sağlık Bakımı, Sosyal, Bilişsel ve Fiziksel Belirtiler**) kapsamında yaşayabilecekleri sorunların desteklenmesine yönelik olarak kanıta dayalı güncel rehberler doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu rehberler; National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Link: [NCCN Guidelines for Patients: Non-Small Cell Lung Cancer](https://www.nccn.org/patientguidelines/pdf/Non-Small_Cell_Lung_Cancer) Erişim Tarihi: 03.11.2022. Multidisciplinary Association for Supportive Care in Cancer (MASCC), Link: <https://www.msccc.org/cancer-care/patienteducation/managing-peripheral-neuropathy>. Erişim Tarihi. 12.10.2022, American Society of Clinical Oncology (ASCO) Link: [Lung Cancer Guide | What You Need to Know | American Cancer Society](https://www.asco.org/education/patient-education/lung-cancer-guide) Erişim Tarihi:03.11.2022 ve European Society for Medical Oncology (ESMO) Link: <https://www.esmo.org/content/download/7252/143219/1/EN-Non-Small-Cell-Lung-Cancer-Guide-for-Patients.pdf> Erişim Tarihi:18.10.2022.

Eğitim kitapçığı uygulama aşamasından önce araştırmacılar, uzmanlar ve hastalar tarafından değerlendirilmiştir. Görüşleri alınan uzmanların bilgileri EK-5'te yer almaktadır. Eğitim kitapçığının uzman görüşleri, kitapçığın kalitesi *DISCERN* ve *yazlı materyallerin uygunluk ölçeği (EK-6)*, kitapçığın okunabilirliği ise *Ateşman Okunabilirlik Formülüne* göre değerlendirilmiştir.

3.5.1.1. Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu

Sağlık kuruluşlarında hastalara yönelik kullanılan eğitim materyallerinin okuryazarlık açısından uygunluğunu yorumlamak amacı ile Doak ve ark. (1995) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ilk defa Gökdoğan ve ark. (2003) ile Demir ve ark. (2008) tarafından araştırmalarında kullanılmıştır. Form, 27 sorudan, içerik (4 madde), okuryazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo ve liste (5 soru), plan ve tipi (8 soru), öğrenme ve motivasyon (3 soru), kültürel uygunluk (2 soru) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır (EK-6). Form, maddelerin uygunluğuna Evet için 1 puan, Hayır için 0 puan verilerek toplam 1-27 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Formdan fazla puan alınması, eğitim materyalinin okunabilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Doak ve Meade, 1996). Yazılı materyal değerlendirilmesinde Kendall's W Uyum

Katsayısı testi uygulanmıştır. Kendall's W 0-1 arasında değer almakta ve değer 1'e doğru yaklaştıkça değerlendirenler arasında uyumun arttığını göstermektedir. Uzman görüşlerinin değerlendirmek için Kendall Uyum Katsayısı korelasyon testi yapılmıştır. Analiz sonucunda uzman görüşleri arasında farklılık olmadığı bulunmuştur (Tablo 3.6).

3.5.1.2 DISCERN Ölçeği

Charnock ve ark. (1997) tarafından eğitim materyalinin güvenilirliğinin ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (Charnock ve ark., 1999). Gökdoğan ve ark. (2003) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 15 maddeden oluşan ölçekten en düşük puan 15, en yüksek puan 75 puan alınabilmektedir (EK-6). Ölçekten alınan 15 puan eğitim kitapçığının bilgi kalitesinin düşük olduğunu, 75 puan ise bilgi kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (Gökdoğan, 2003).

LungCaNN programı kapsamında hazırlanan eğitim kitapçığı DISCERN Ölçüm Aracı kullanılarak uzmanlar tarafından değerlendirilmiştir. DISCERN Ölçüm Aracı'nın değerlendirilmesinde Kendall's W Uyum Katsayısı testi uygulanmıştır. Kendall's W 0-1 arasında değer almakta ve değer 1'e doğru yaklaştıkça değerlendirenler arasında uyumun arttığını göstermektedir. Uzman görüşlerinin değerlendirmek için DISCERN ölçeğine Kendall Uyum Katsayısı korelasyon testi yapılmıştır. Analiz sonucunda uzman görüşleri arasında farklılık olmadığı bulunmuştur (Tablo 3.6).

Tablo 3.6. Yazılı Materyal Uygunluk ve Discern Ölçüm Aracı değerlendirme sonuçları

	Puan Aralıkları	X±SS
Yazılı Materyallerin Uygunluk Derecesi	1-27	22.62 ±2.02
İçerik durumu	1-4	3.84±0.37
Okur-yazarlık durumu	1-5	4.84±0.55
Resim ve grafik durumu	1-5	4.76±0.59
Yazı ve plan durumu	1-8	4.3±0.94
Öğrenme ve motivasyon durumu	1-3	2.8±0.37
Kültürel uygunluk durumu	1-2	2±0
Wa/p		0.738/0.00
DISCERN Ölçüm Aracı		
Güvenirlilik ve Bilgi Kalitesi	15-75	72.69 ±4.250
Genel Değerlendirme	1-5	5 ±0.00
Wa/p		0.914/0.00

3.5.1.3. Ateşman Okunabilirlik Formülü

Okunabilirlik düzeyini belirlemek amacıyla Flesch tarafından geliştirilen ateşman geliştirilmiştir (Flesch, 1948). 1997 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Türkçe metinlerin okunabilirlik düzeylerini tanımlama ve sınıflandırmaya yönelik bir formül geliştirmiştir (Ateşman, 1997).

Ateşman'ın Formülü: $= 198.825 - 40,175x$ (hece sayısı / kelime sayısı) $- 2.610x$ (kelime sayısı / cümle sayısı)

Metnin okunabilirlik düzeyi 100'e yaklaştıkça metnin kolay okunabilir bir metin olduğu, sıfıra yaklaştıkça güç bir metin olduğu anlaşılmaktadır. Elde edilen veriler tablo 3.7'deki gibi sınıflandırılmaktadır (Ateşman, 1997). Ön uygulama öncesi eğitim içeriğinin okunabilirlik indeksi araştırmacı tarafından hesaplanmış ve okunabilirliği **71.80** ve kolay bir metin olarak bulunmuştur.

Tablo 3.7. Metinlerin okunabilirlik sayılarına göre sınıflandırılması

Okunabilirlik Sayısı	Sınıflandırma
90-100	Çok kolay
70-89	Kolay
50-69	Orta güçlükte
30-49	Zor
1-29	Çok zor

3.5.2. Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formu

Hastanın gereksinimlerini anlamak ve multidisipliner ekip ile işbirliği sağlamak için literatürde en sık görülen semptomlara yönelik sorular hazırlanmıştır. Özellikle fiziksel semptomların şiddetini belirlemek için hasta tarafından Vizüel Analog Skala (VAS)'ya göre değerlendirilmesi, semptomların puanlandırılarak hafif, orta veya şiddetli olarak gruplandırılması sağlamıştır. Her bir semptom için hastaya ve hastalığa özgü ek sorular eklenmiştir. Hazırlanan form, uzman görüşleri doğrultusunda kapsam geçerliliği değerlendirilmiş ve son şekli verilmiştir. Görüşleri alınan uzmanların bilgileri EK-7'da yer almaktadır.

3.5.2.1. İçerik Geçerliliği (Content Validity-Kapsam Geçerliliği)

Hazırlanan Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formu alanında uzman doktor ve hemşireler tarafından içerik geçerliliği kullanılarak değerlendirilmiştir. İçerik geçerliliği ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında farklı kavramları badırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. (Aksayan ve Gözüm, 2002; Esin, 2014). Uzmanlar tarafından değerlendirmeler; 1 (uygun değil), 2 (biraz uygun), 3 (oldukça uygun), 4 (çok uygun) şeklinde puanlandırılmaktadır (Polit ve Beck, 2006). Çıkan sonuçlar doğrultusunda her madde için uzmanların katılım yüzdeleri ile karşılaştırılmaktadır. Ölçeğin içerik analizinde Scale -Level Index (S-CVI) 0.80 ve üzeri olması ölçeğin içerik geçerliliğinin olduğunu göstermektedir (Gözüm ve Aksayan, 2003; Burn ve Grove, 2009; Esin 2014). Bu çalışmada navigasyon hemşire hasta değerlendirme formunun içeriği 0.96 bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK-9), James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (EK-10), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21) (EK-11), EORTC QLQ 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC 13 Akciğer Modülü (EK-12), Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğini (EK- 13), Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu (EK-14) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişi tanıtım formu iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım hastanın sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, kilo, boy, BKİ, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı, bakıma destek olan birinin varlığı, sosyal güvence durumu) ile ilgili 13 sorudan oluşmaktadır, ikinci kısımda hastalığa ilişkin özellikleri (hastalığın evresi, metastaz durumu, planlanan tedavi, cerrahi işlem geçirip geçirmediği, başka bir kronik hastalık varlığı, ailede akciğer kanseri olup olmadığı, yaşadığı semptom, maliyet) içeren 8 soru yer almaktadır. Sorular araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup toplam 21 sorudan oluşmaktadır (Balboni ve ark., 2018).

3.6.2. Depresyon, Stres, Anksiyete Ölçeği

Araştırmada Lovibond tarafından 1995 yılında depresyon, stres ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek kullanılmıştır (Lovibond ve ark., 1995). Sarıçam tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Sarıçam, 2018). Cronbach alfa iç tutarlık güvenirlik katsayısı; depresyon alt boyutunda $\alpha=0.87$, anksiyete alt boyutunda $\alpha=0.85$ ve stres alt boyutunda $\alpha=0.81$ olarak bulunmuştur. Ölçek depresyon, stres ve anksiyete üzerine olan etkilerini içeren 21 maddelerden oluşmaktadır. DASS-21 hastalarla (depresyon ortalama puan=10.83; anksiyete ortalama puan =10.39; stres ortalama puan =11.85), normalleri (depresyon ortalama puan=5.88; anksiyete ortalama puan =5.37; stres ortalama puan =7.90) iyi düzeyde ayırt etmiştir.

Tablo 3.8. Depresyon, Anksiyete, Ölçeği alt boyutları madde ve puan dağılımları

	Alt Boyutları		
	Depresyon	Anksiyete	Stres
Madde Dağılımları	3,5,10,13,16,17,21	2,4,7,9,15,19,20	1,6,8,11,12,14,18
Puan Dağılımları			
Normal	0-4	0-3	0-7
Hafif	5-6	4-5	8-9
Orta	7-10	6-7	10-12
İleri	11-13	8-9	13-16
Çok İleri	14+	10+	17+

Maddeler 0-3 arasında puanlanmakta; depresyon, stres ve anksiyete için ayrı puanlar elde edilmektedir. Ölçeklerden minimum 0 maksimum 21 puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar depresyon, stres ve anksiyetenin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada depresyon alt boyutu için $\alpha=0.70$, anksiyete alt boyutu için $\alpha=0.72$ ve stres alt boyutu için $\alpha=0.73$ olarak bulunmuştur.

3.6.3. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

Kronik hastalıklara uyum ölçeği, 2016 yılında Atik ve Karatepe tarafından geliştirilmiştir (Atik ve ark., 2016). Ölçek 25 madde içermekte, fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Tablo 3.9. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutları madde ve puan dağılımları

	Alt Boyutları		
	Fiziksel Uyum	Sosyal Uyum	Psikolojik Uyum
Madde Dağılımları	1. 9. 10. 13. 14. 15. 16. 18. 22. 23. 24	2. 3. 5. 7. 17. 19. 25	4. 6. 8. 11. 12. 20, 21
Puan Dağılımları	11-55	7-35	7-35

Puanlama:1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23. maddeler normal (1,2,3,4,5 şeklinde), 5, 6, 12, 17, 19, 20, 24, 25. maddeler ters (5,4,3,2,1 şeklinde) puanlanmaktadır.

Ölçekten maksimum 125 puan alınabilmektedir. Ölçeğin tamamından veya alt boyutlardan alınan puanların yüksek olması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin arttığı anlamına gelmektedir. Cronbach alfa katsayıları tüm boyutlar için 0.70 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur

3.6.4. EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC-13 Akciğer Modülü

EORT QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği, Aaronson ve arkadaşları tarafından kanser tanısı almış bireylerin yaşam kalitesini tanılamak için geliştirilmiştir (Aaronson ve ark., 1993). Türkçe’ ye Cankurtaran ve arkadaşları (2007) tarafından uyarlanmıştır (Cankurtaran ve ark., 2008). Ölçek Fonksiyonel, Semptom ve Genel Yaşam Kalitesi olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır.

Fonksiyonel ölçek; fiziksel fonksiyonu, rol fonksiyonu ve duygusal fonksiyonu, bilişsel fonksiyonu ve sosyal fonksiyonu kapsamaktadır. Semptom ölçeği; yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, solunum güçlüğü, uykusuzluk, iştah kaybı, konstipasyon ve diyareyi kapsamaktadır. 30 maddelik ölçeğin ilk 28’i 4’lü likert tipi olup, maddeler “Hiç: 1, Biraz: 2, Çok: 3, Çok: 4 puan” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin 29. ve 30. sorular, Genel Yaşam Kalitesi alanını kapsamaktadır. 1’den 7’ye (1: çok kötü, 7: mükemmel) kadar numaralandırılması istenmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında bütün fonksiyonel alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı $r=0.81$ ve genel sağlık alt boyutu cronbach alfa katsayısı, $\alpha=0.81$ olarak belirlenmiştir Bu çalışmada EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı Genel Sağlık alt boyutu Cronbach alfa katsayısı, $\alpha=0.90$, Fonksiyonel Ölçek $\alpha=0.60$ Semptom Ölçek $\alpha=0.72$ total ölçek için $\alpha=0.77$ olarak bulunmuştur

Tablo 3.10. EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC-13 Akciğer Modülü alt boyutlarının madde ve puan dağılımları

	Alt Boyutları		
	Fonksiyonel Ölçeği	Semptom Ölçeği	Genel Yaşam Kalitesi
Madde Dağılımları	1-7, 20-27	8-19, 28	29,30
Puan Dağılımları	0-100	0-100	0-100

Fonksiyonel ölçekten alınan puanın artması fonksiyonel düzeyin yüksek olduğunu, genel yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanın artması o yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermekte iken semptom ölçeğinden alınan puanın yüksek olması semptomların yoğun yaşandığını göstermektedir (Cankurtaran ve ark., 2008)

Yaşam Kalitesi Ölçeği LC-13 Akciğer Modülünün puanlaması da semptom ölçeği puanlaması ile yapılmaktadır. LC-13 Akciğer Modülünden alınan puanın yüksek olması semptomların yoğun yaşandığını göstermektedir.

Tablo 3.11. Ölçeklerin Türkçe geçerlilik çalışmalarında cronbach alfa katsayıları

Ölçekler	Cronbach Alfa Katsayısı
James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği	$\alpha=0.91$
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği	Depresyon alt boyutu $\alpha=0.87$, anksiyete alt boyutu $\alpha=0.85$ ve stres alt boyutu $\alpha=0.81$
Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğin	$\alpha=0.81$
EORTC QLQ 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC 13 Akciğer Modülü	Fonksiyonel alt boyutu ve Semptom alt boyut $\alpha=0.70$ Genel sağlık alt boyutu $\alpha=0.94$

3.6.5. Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu

Navigatör hemşire tarafından, James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğinin alt boyutları doğrultusunda, 5A metodolojisi temel alınarak hastalarla yüz yüze ve telefonla görüşmelerde hastaları takip edebilmek için geliştirilmiştir. Çalışma süresi olan 12 hafta boyunca hastalarda görülen semptomlar, acil servis ziyareti ve hastanede yatış süresini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Navigatör hemşire tarafından acil servise yönlendirme veya hastanın kendisinin acil servise başvuru yapması oranları belirlenmektedir (EK -14).

3.7. Ön Uygulama

5A modeli kapsamında hazırlanan LungCaNN programının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmek için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğinde ve Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde dâhil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden dört hasta (örneklem büyüklüğünün %10'u) ile Aralık-Mayıs 2023 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Girişimler 3.9'da yer alan ön uygulama planı doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Ön uygulamada;

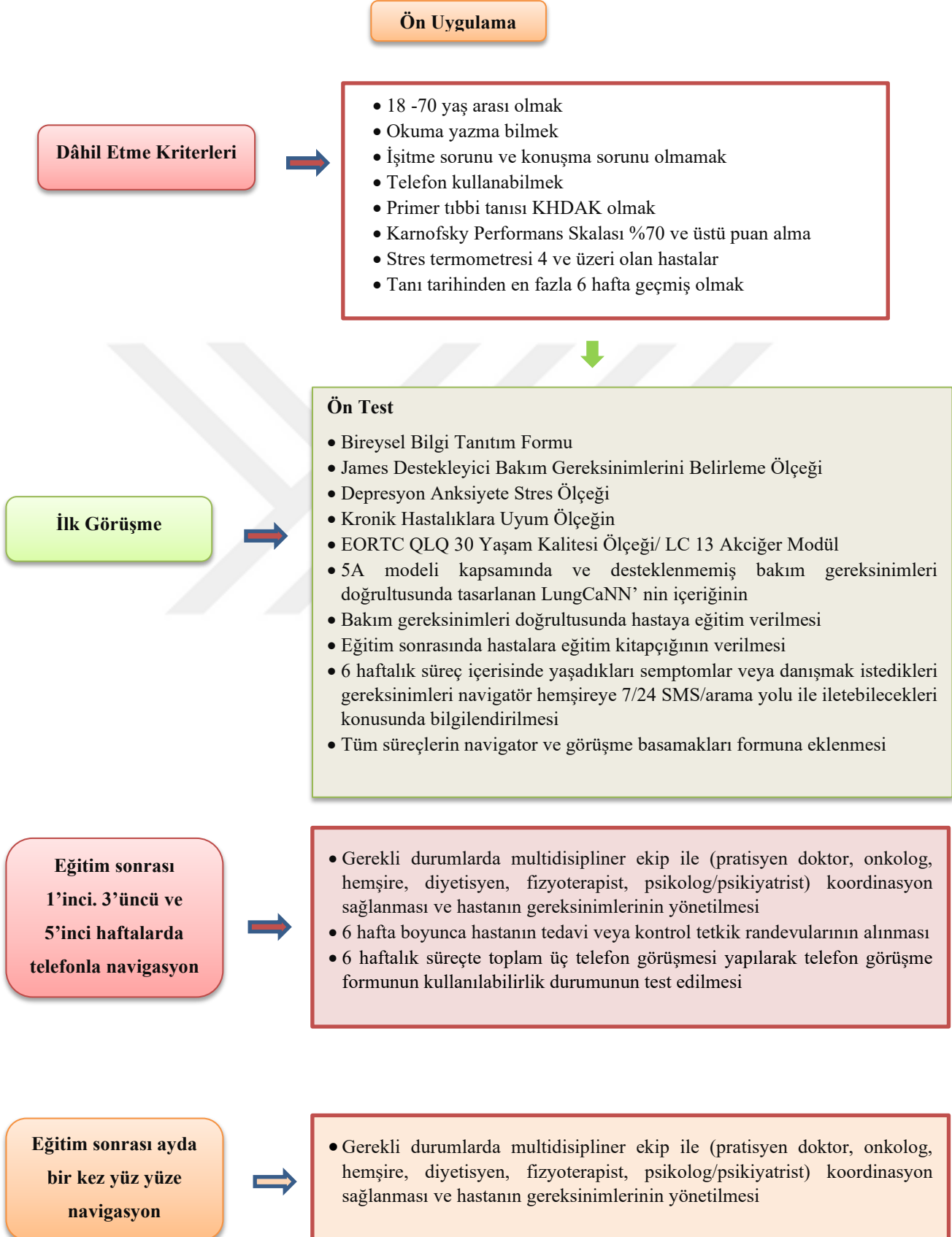
- Araştırmacı tarafından hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmış ve LungCaNN programının içeriği hasta ve hasta yakınlarına açıklanmıştır.
- Ön test kapsamında, hastalara Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve EORTC QLQ 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC 13 Akciğer Modülü uygulanmıştır.
- James Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği uygulanarak hastaların öncelikli gereksinimleri belirlenmiştir. Gereksinimler doğrultusunda hastalar bilgilendirilerek danışmanlık yapılmıştır.
- KHDAK'inde literatürde en sık karşılaşılan semptomlar ve James Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği alt boyutları doğrultusunda hazırlanan, eğitim kitapçığı verilmiştir.
- Hastalara, yaşadıkları veya danışmak istedikleri gereksinimler için 7/24 navigatör hemşireyi arayabilecekleri belirtilerek, eğitim kitapçığında özellikle semptomlarda yer alan VAS skorlaması hakkında bilgilendirme yapılmıştır.
- Navigatör hemşireyi arayan ya da çağrı bırakan hastalara, navigatör hemşire tarafından hemen geri dönmüş ve telefon ile görüşme yapılmıştır. Görüşmeler ortama 20-30 dakika sürmüştür. Hastaların yaşadıkları gereksinimleri eğitim kitapçığında yer alan VAS skorlamasına göre değerlendirilmesi istenmiştir. Hastaların değerlendirdikleri puan doğrultusunda gereksinimleri navigatör hemşire tarafından yönetilmiş, gerekli durumlarda navigatör hemşire hasta değerlendirme formu doğrultusunda gereksinimleri değerlendirilerek hastanın tedavisini planlayan onkoloji ekibi ile iletişime geçilmiş önerileri hastaya iletilmiştir.

- Ön test uygulamasından sonraki 1'inci, 3'üncü ve 5'inci haftalarda navigator hemşire tarafından hastalar aranmış ve hastalara son bir hafta içerisinde herhangi bir gereksinim yaşayıp yaşamadığı sorulmuştur. Ayrıca VAS skorlamasına göre navigatör hemşireyi aramayı gerektirmeyen gereksinimlerde eğitim kitapçığının yeterli olup olmadığı sorgulanmıştır.
- Hastalar tedavi için geldiklerinde, navigatör hemşire tarafından yüz yüze navigasyon uygulanmıştır. Görüşmeler ortama 30-60 dakika sürmüştür.

*Navigatör hemşire, hasta izlemine telefon ve yüz yüze yapılan görüşmelerde 5A metodolojisi uygulanmıştır. İzlem sırasında yaşanan gereksinimin şiddetine göre hasta ve hasta yakınlarına;

- Eğitim kitapçığında yer alan bireysel uygulamaları düzenli uygulamaları ve doktor tarafından önerilen ilaç veya ilaçların kullanımını önermiştir.
- Gereksinim yaşadıkları durumlar azalmazsa, artarsa, yeni bir gereksinim ortaya çıkarsa veya eğitim kitapçığında yer almayan bir gereksinim olursa kendisini aramaları gerektiğini vurgulamıştır.
- Ayrıca navigatör hemşire şiddetli düzeyde gereksinim yaşayan hastaların tedavisini planlayan doktorlara ulaşarak hastaları acil tıbbi yardıma yönlendirilmiştir.
- Her aşamada multidisipliner ekip ile işbirliği kurmak, gereksinimleri ve acil servise başvuru oranlarını belirlemek amacıyla Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu (EK-14) kullanılmıştır.
- Hastalara 6'ıncı haftanın sonunda son test uygulaması kapsamında ön testte uygulanan aynı ölçekler tekrar uygulanmıştır.

* Ön uygulamaya alınan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.



3.7.1. Ön Uygulama Sonrası Yapılan Değişiklikler

Ön uygulama sonrasında yapılan değişiklikler; kişisel bilgi formu, eğitim kitapçığı, navigatör hemşire hasta değerlendirme formu ve LungCaNN başlıkları altında açıklanmıştır.

Kişisel Bilgi Formunda Yapılan Değişiklikler

- Kişisel bilgi formu tanıtıcı bilgiler kısmına sigara ve alkol kullanımı, hastalık özellikleri kısmına ise kullanılan ilaçlar eklenmiştir.

Eğitim Kitapçığında Yapılan Değişiklikler

Hazırlanan eğitim kitapçığı, uzman görüşleri ve ön uygulama sonuçları doğrultusunda değerlendirilmiş ve gerekli revizyonlar yapılarak son şekli verilmiştir. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda yapılan düzeltmeler aşağıda yer almaktadır:

- Eğitim kitapçığının açıklama bölümüne *Navigatör hemşirenize ulaşmadığınız durumlarda lütfen acil servise başvurunuz ve navigatör hemşireye ulaşmak için Randevular hafta içi = 8.30.-17.00 Acil durumlar= 7/24* ifadeleri eklendi
- Hafif şampuana örnek olarak bebek şampuanı ifadesi eklendi
- **FİZİKSEL SORUNLAR ile BAŞ ETME** ana başlığı altındaki;
 - Hastalıktan Kaynaklı Semptomlar ve Tedaviden Kaynaklı Semptomlar ifadeleri Hastalık veya Tedavi ile İlişkili Semptomlar ile Baş Etme şeklinde revize edildi.
- Duygusal Sorunlarla Baş Etme başlığı **DUYGUSAL SORUNLAR ve BAŞ ETME** şeklinde revize edildi.
- Manevi/Dini Duygular başlığı, **DUYGUSAL SORUNLAR ve BAŞ ETME** başlığı altına alındı
- Bilişsel Sorunlarla Baş Etme başlığı **BİLİŞSEL SORUNLAR ve BAŞ ETME** şeklinde revize edildi.
- Sosyal Sorunlarla Baş Etme başlığı **SOSYAL SORUNLAR ve BAŞ ETME** şeklinde revize edildi.
- Mali destek, ulaşım desteği ve işe dönüş alt başlıkları **MALİ DESTEK ile İLGİLİ BİLGİLER, ULAŞIM DESTEĞİ ile İLGİLİ BİLGİLER ve İŞE DÖNÜŞ ile İLGİLİ BİLGİLER** olarak revize edildi.

- Her semptom metin kutusu içerisinde renkli ve büyük harfler ile yazıldı.
- Beslenme bölümü genişletilerek, kabızlık ve kanama semptomları eklendi.
- Alopesi ifadesi **ALOPESİ (SAÇ DÖKÜLMESİ)** şeklinde güncellendi.

Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formunda Yapılan Değişiklikler

Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda yapılan düzeltmeler aşağıda yer almaktadır;

- Enfeksiyon başlığı altında yer alan, En son bakılan laboratuvar bulgularınızda ki Nötrofil sayınızı biliyor musunuz? ifadesi sorulardan kaldırılmıştır.
- Navigatör Hemşire Yönlendirme Protokolü, Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu şeklinde revize edilmiştir.

Hemşire Navigasyon Programında (LungCaNN)Yapılan Değişiklikler

- Ön test uygulamasından sonraki 1'inci, 3'üncü ve 5'inci haftalarda yapılan uygulama her hafta olarak, 4. ve 8. haftalarda yapılan yüz yüze navigasyon hastanın tedavi protokolüne göre ayda en az bir kez olacak şekilde revize edilmiştir.
- Hastaların gereksinimlerini not etmeleri konusundaki planlama, navigatör hemşireyi 7/24 arayabildikleri için iptal edilmiştir.

3.7.2. Ön Uygulama Sonuç Analizleri

Ön uygulamaya katılan bireylerin ölçek ön ve son test ölçümleri yapılarak tablo 3.12' de analiz sonuçları açıklanmıştır.

Tablo 3.12. Ön uygulamaya katılan hastaların ölçek ön ve son test ölçüm sonuçları

Ölçek Alt Boyutları	Ön Test	Son Test
James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği	X±SS	X±SS
Duygusal Sorunlar	28.00±1.82	17.75±1.25
Manevi Konular ile ilgili Sorunlar	5.25±1.89	4.00±0.00
Sağlık Bakımı ile ilgili Sorunlar	9.25±1.89	5.25±3.095
Sosyal Sorunlar	7.00±3.75	5.50±4.79
Bilişsel Sorunlar	4.50±1.29	3.50±0.57
Fiziksel Sorunlar	22.50±11.95	15.50±10.08
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği		
Stres	14.00±2.16	11.25±2.62
Anksiyete	9.75±3.86	8.00±3.26
Depresyon	12.00±3.36	9.75±2.061
EORTC QLQ 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği		
Fonksiyonel	48.75±6.94	41.5±5.97
Semptom	31.25±6.94	24.50±6.75
Genel Sağlık	8.50±2.51	8.25±3.50
LC-13 Akciğer Modülü	21.25±4.27	20.50±3.69
Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği		
Fiziksel Uyum	30.50±2.64	27.50±3.41
Sosyal Uyum	21.50±0.57	22.00±1.25
Psikolojik Uyum	19.50±2.08	20.00±2.16

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri, 30.06.2023-15.07.2024 tarihleri arasında araştırmaya dâhil etme kriterlerine uyan KHDAK kanser hastaları ile tamamlanmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile dâhil etme kriterlerine uyan hastalar örnekleme (n=84) ulaşıncaya kadar alınmıştır. Randomizasyonla girişim/kontrol grubunda olduğuna karar verildikten sonra bir sonraki aşamaya geçilecektir. Veri toplama aşamaları tablo 3. 13’de verilmiştir.

Tablo 3.13. Veri toplama aşamaları

	Girişim Grubu			Kontrol Grubu		
	Dâhil Etme Kriterleri (T0)	Ön Test (T1)	Son Test 12'nci hafta (T2)	Dâhil Etme Kriterleri (T0)	Ön Test (T1)	Son Test 12'nci hafta (T2)
Stres Termometresi	✓			✓		
Karnofsky Performans Skalası	✓			✓		
Kişisel Bilgi Formu		✓			✓	
James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği*		✓			✓	
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği		✓	✓		✓	✓
Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğin		✓	✓		✓	✓
EORTC QLQ 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC 13 Akciğer Modülü		✓	✓		✓	✓

* James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (James Supportive Care Screening) kanser hastalığının her evre ve tedavisinde kullanılabilen, kanser tanısı almış bireylerin son hafta içerisinde yaşadıkları distresi ve hangi alanda desteğe ihtiyaç duyulduğunu saptamak amacıyla Wells-Di Gregorio ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen 48 maddeden oluşturulan bir ölçektir (Wells-Di Gregorio ve ark., 2013). Demirkol (2016) tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur (Demirkol, 2016). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 144 'tür. Ölçek toplam puanın yükselmesi hastaların daha fazla destekleyici bakım gereksinimlerine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Ölçek 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı $\alpha=0.80$ olarak bulunmuştur

Tablo 3.14. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği alt boyutlarının madde ve puan dağılımları

	Alt Boyutları					
	Duygusal Sorunlar	Manevi Konularla İlgili Sorunlar	Sağlık Bakımla İlgili Sorunlar	Sosyal Sorunlar	Bilişsel Sorunlar	Fiziksel Belirtiler
Madde Dağılımları	1-14	15-18	19-22	23-28	29-31	32-48
Puan Dağılımları	0-42	0-12	0-12	0-18	0-9	0-51

Ölçek 4'lü likert tipindedir ve distres seviyesi yok (0), hafif (1), orta (2) ve şiddetli (3) şeklinde değerlendirilmektedir. Ek olarak, ölçekte puanlamaya dahil edilmeyen klinik ortamda ek bilgi sağlamak amacıyla hazırlanmış, Evet/ Hayır şeklinde cevaplanan 7 soru ve en çok distres oluşturan durumun sorgulandığı 1 tane açık uçlu soru bulunmaktadır. (Demirkol, 2016)

3.8.1. Girişim Grubuna Yapılan Uygulama

Araştırmada, KHDAK hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri doğrultusunda yapılan hemşire navigasyon programının (LungCaNN) anksiyete-depresyon düzeyi, hastalığa uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlemek için girişim protokolü hazırlanmıştır. Araştırmanın girişim protokolüne araştırmacılar tarafından geliştirilen LungCaNN ismi verilmiştir.

- ❖ Dâhil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya kabul eden KHDAK hastaları ile görüşmeler Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde hastanın ilk kemoterapisini almadan önce sessiz bir ortamda ya da toplantı odasında gerçekleştirilmiştir.
- ❖ Hastalara araştırmanın amacı ve araştırma süreci hakkında bilgilendirilme yapılmıştır. Helsinki Bildirgesi doğrultusunda hazırlanan bilgilendirilmiş onam formu (EK-8) ile yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.
- ❖ Bilgilendirilmiş onamları alınan hastalara James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği* uygulanarak öncelikli bakım gereksinimleri belirlenmiş sonrasında ön test uygulanmıştır.
- ❖ Ön test uygulamasında yer alan ölçekler uygulanmıştır (T1). Ön test süreci her hasta için 30-45 dakika olarak planlanmıştır.
- ❖ Ön test sonrasında randomizasyon listesine (EK-4) göre hastalar araştırma kapsamına dâhil edilmiştir.
- ❖ Girişim toplamda 12 haftayı kapsamaktadır, 12'nci haftanın sonunda, hastalardan Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve EORTC QLQ 30 Yaşam Kalitesi lçeği-/ LC-13 Akciğer Modülünü yüz yüze doldurmaları isteyerek son test uygulaması yapılmıştır (T2). Acil servise başvuru oranlarını belirlemek amacıyla navigator hemşire tarafından navigasyon ve görüşme basamakları formuna acil servis başvuru oranları not edilmiştir. Toplamda 12 haftayı kapsayan girişim protokolü şekil 3.5'de verilmiştir.

LungCaNN Girişim Protokolü

LungCaNN girişim protokolü iki aşamadan oluşmaktadır.

Birinci Aşama;

- ❖ Hastaların bireysel ve hastalığa ilişkin özellikleri “Kişisel Bilgi Formu” kullanılarak sorgulanmıştır. James Destekleyici Bakım Gereksinimleri ölçeği kullanılarak hastaların bakım gereksinimleri belirlenmiştir.
- ❖ Hastalara (bilgi isteyen hasta yakınlarına) navigasyon programı hakkında bilgilendirme yapılmıştır.
- ❖ Hastalara ilk kemoterapi kürünü almadan öncesinde bakım gereksinimleri ölçeği alt grupları (duygusal sorunlar, manevi/dini konular ile ilgili sorunlar, sağlık bakım ile ilgili sorunlar, sosyal sorunlar, bilişsel sorunlar, fiziksel belirtiler) doğrultusunda yaşadıkları veya yaşayabilecekleri gereksinimlere yönelik uzman görüşler alınarak hazırlanan eğitim kitapçığı ile hastaya yazılı ve sözlü eğitim verilmiştir. Eğitim sonunda hastaya eğitim kitapçığı verilmiştir.
- ❖ Süreç içerisinde fiziksel, sosyal ve psikolojik sorun yaşadığında veya değişen ihtiyaçları doğrultusunda navigatör hemşireyi 7/24 arayabileceği veya mesaj gönderebileceği konusunda bilgilendirme yapılmıştır.
- ❖ Bundan sonraki 12 hafta boyunca yapılacak uygulamalar (telefon görüşmeleri, randevu planlamaları ve danışmalık) hakkında bilgi verilmiştir.

İkinci Aşama;

- ❖ Hastalara her hafta bakım ihtiyaçlarına yönelik kanıta dayalı rehberler doğrultusunda uygulanabilecek girişimler için araştırmacı navigatör hemşire tarafından toplamda 12 kez telefonla navigasyon uygulanmıştır (Tablo 3.15). Navigatör hemşire tarafından telefonla aranan hastalar, her aşamada multidisipliner ekip ile işbirliği kurmak, gereksinimleri ve acil servise başvuru oranlarını belirlemek amacıyla Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu Formuna (EK-14) kayıt olarak eklenmiştir.
- ❖ Eğitimden sonraki dönemlerde hastaların yaşadıkları bakım gereksinimleri kanıta dayalı rehberler doğrultusunda uygulanabilecek girişimlere yönelik ayda bir kez olmak üzere toplamda üç kez yüz yüze navigasyon uygulanmıştır (Tablo 3.15).

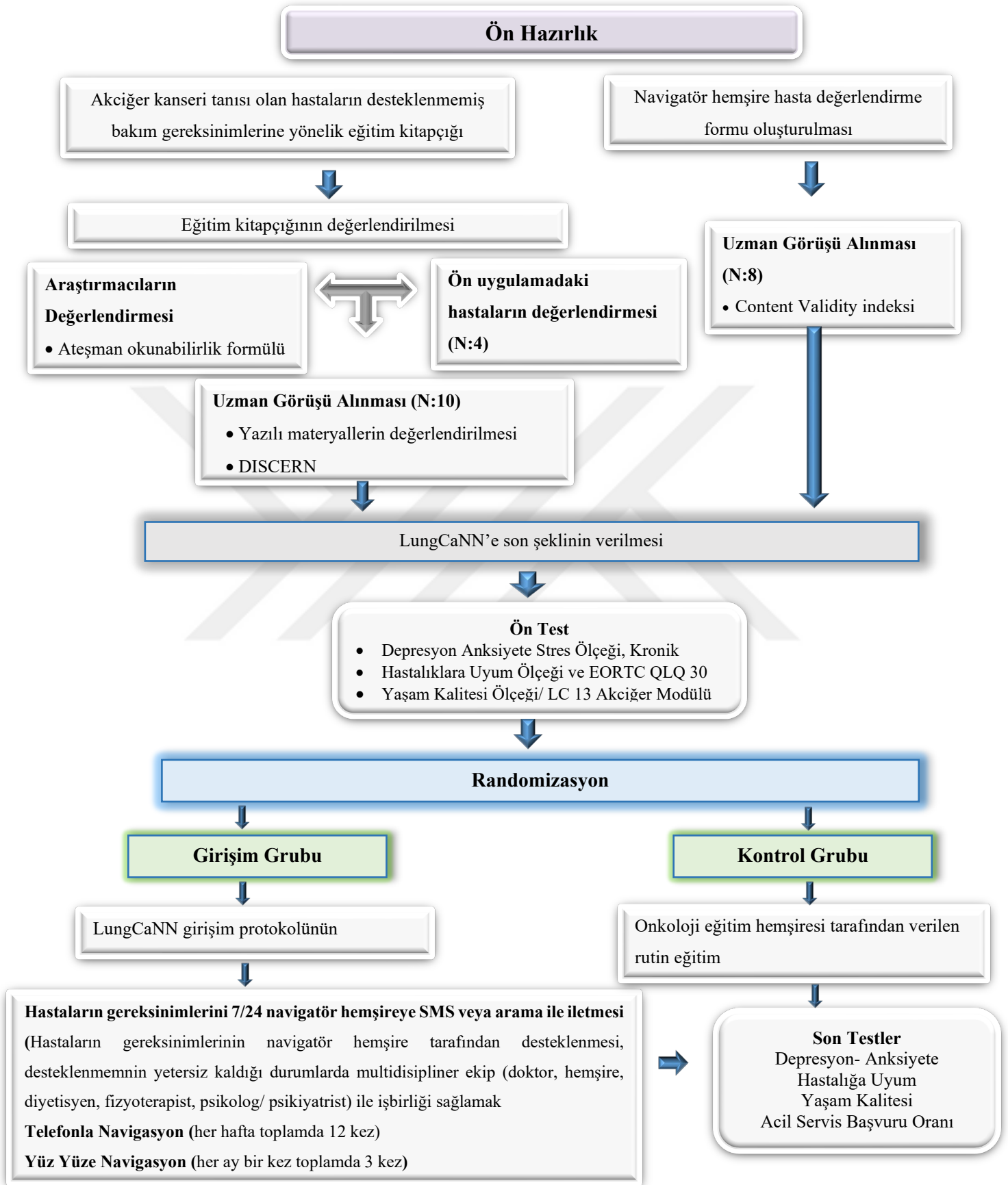
Tablo 3.15. Navigasyon ve Görüşme Basamakları

Haftalar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Telefonla Navigasyon	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖	❖
Yüz yüze Navigasyon	❖ Ayda bir kez				❖ Ayda bir kez				❖ Ayda bir kez			

- ❖ 12 haftalık süreç içerisinde hastaların yaşadıkları semptomlar veya danışmak istedikleri gereksinimleri navigatör hemşireye 7/24 SMS/arama yolu ile alanında yetkin navigatör hemşire olan araştırmacıya iletebilecekleri konusunda bilgi verilmiştir. *Navigatör hemşire; yüksek lisans eğitimini iç hastalıkları hemşireliği alanında tamamlayarak onkoloji hastaları bireyselleştirilmiş bakım üzerine tez yapmıştır.*
- ❖ Hastaların izlemi araştırmacı navigatör hemşire tarafından biribiri ile ilişkili ve yinelemeli 5A (değerlendirme, tavsiye, anlaşma, yardım ve takip) metodolojisi kullanılarak uygulanmıştır.
- ❖ Navigatör hemşire, hasta tarafından SMS veya arama ile danışılan konularda eğitim kitapçığında yer aldığı şekilde tavsiyede bulunularak gereksinimlerin yönetilmesini desteklemiştir. Tüm görüşmeler Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formuna (EK-14) kayıt edilmiştir.
- ❖ Gerekli durumlarda uzman görüşleri ile oluşturulan ‘‘Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formu’ doğruğultusunda tablo 3.16’da yer aldığı şekilde multidisipliner ekip ile koordinasyon sağlanmıştır. Multidisipliner ekip tarafından gereksinim duyulduğu takdirde ve Hastane Kontrolleri için Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu (EK-14) kontrol randevuları alınmıştır.

Tablo 3.16. Bakım gereksinimleri doğrultusunda multidisipliner ekip ile işbirliği

Alan	Tavsiye/bilgi	Multidisipliner Ekip
Duygusal Sorunlar	• Başa çıkma • Duyguları/duyguları normalleştirme, • Kişisel imaj • İletişim	• Navigatör Hemşire • Psikolog • Psikiyatrist • Doktor
Maneviyat ile İlgili Sorunlar	• Başa çıkma • Duyguları/duyguları normalleştirme • İletişim	• Navigatör Hemşire • Psikolog • Psikiyatrist • Doktor
Sağlık Bakım ile İlgili Sorunlar	• Tanı ve tedavi hakkındaki bilgi eksikliği • İletişim eksikliği	• Navigatör Hemşire • Hemşire • Doktor
Sosyal Sorunlar	• Devlet desteği • İşveren/yardım kurumu/sağlık görevlisi ile iletişim • Sağlık sigortası ödemeleri	• Navigatör Hemşire • Sosyal Hizmet Uzmanı
Bilişsel Sorunlar	• Başa çıkma • Duyguları/duyguları normalleştirme, • Kişisel imaj • İletişim	• Navigatör Hemşire • Psikolog • Psikiyatrist • Doktor
Fiziksel Belirtiler	• Proteinden zengin beslenme • Tetkikler sonucu danışmanlık • Düzenli egzersiz • Solunum egzersizleri • Sigarayı bırakma • Uyku düzeni	• Navigatör Hemşire • Hemşire • Doktor • Fizyoterapist • Diyetisyen



Şekil 3.5 LungCaNN Girişim Protokolü

3.8.2. Kontrol Grubuna Yapılacak Uygulama

- ❖ Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Onkoloji eğitim hemşireleri tarafından verilen rutin eğitimler (tanı ve tedaviye bağlı yan etkilerin sözel olarak anlatılması ve tedavi kür tarihlerinin planlanması) almıştır.
- ❖ 12. Haftanın sonunda hastane başvuru sayıları alınarak, hastalar ile eğitim kitapçığı paylaşılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik kurul izni Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar Sayı: 70904504/377, Tarih: 10.06.2022, Karar No: KAEK-375, Karar Tarihi: 25.05.2022) ve Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'ndan (06.07.2022 tarihli "E-26708535-302.14.03-402043" sayılı) gerekli izinler alınmıştır. Buna ek olarak hastalardan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam, araştırma sırasında kullanılacak olan ölçekler için ölçek sahiplerinden mail yoluyla gerekli izinler alınmıştır. Kontrol grubundaki hastalara eğitim kitapçığından yararlanabilmesi için, son test bitiminde eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve EORTC QLQ – C30/LC 13 Akciğer Modülü puan ortalamaları

Bağımsız Değişkenler: LungCaNN protokolü

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri Akdeniz Üniversitesi'nin lisanslı Statistical Package for Social Science (SPSS) 23.0 (v. 23.0; IBM Corporation, Armonk, NY, USA) paket programı kullanılarak hesaplanmıştır. Hastaların depresyon, stres, anksiyete ölçeği, kronik hastalıklara uyum ve EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi ölçeği/ LC-13 akciğer modül düzeylerini deneysel yöntemle değiştirmeye yönelik olarak, ön test ve son test betimsel değerler incelenmiştir. Ortalama karşılaştırma testlerinden önce, puanların ilgili değişkenlerin alt gruplarındaki dağılımları incelenmiştir. Bu araştırmada farklı yöntemler kullanılarak çok yönlü bir bakış açısı elde edilmiştir. İlk olarak, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri gibi hipotez testleri kullanılmıştır. Bu testlerin sonucunda elde edilen olasılık değeri 0,05'ten büyükse, dağılımın normal olduğu kabul edilmiştir (Bryman ve Cramer, 2001). İkinci olarak, puan dağılımının basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Bu katsayıların -2

ve 2 arasında olması durumunda, dağılımın normal olduğu varsayılmıştır (George ve Mallery, 2010). Son olarak, basıklık ve çarpıklık katsayılarına ait Z değerleri incelenmiştir. Bu değerlerin -1,96 ve 1,96 arasında olması durumunda, dağılımın normal olduğu kabul edilmiştir (Howitt ve Cramer, 1997). Belirtilen yöntemlerden en az ikisini sağlayan dağılımlar normal dağılım olarak kabul edilmiştir. Sonraki aşamada, girişim ve kontrol grubunun zamana bağlı değişimleri karışık ölçümler varyans analizi ile test edilmiştir. İki grup ve iki ölçüm içeren 2X2 desen varyans analizi kullanılmıştır. Araştırmanın devamında, girişim ve kontrol gruplarının ön test ve son test puanları bağımsız gruplar t testi, grupların kendi içindeki zamana bağlı değişimleri ise bağımlı gruplar t testi ile analiz edilmiştir. ITT analizi kapsamında, kayıp verilerin tamamlanmasında çoklu atama yöntemi kullanılmıştır. Kayıp değer atama yöntemi sürekli değişkenler için uygulanmıştır. Araştırmada, kayıp verilere sahip hastaların dışarıda bırakıldığı analizlerle (per protokol) ve kayıp değer atama sonrası tüm hastaların dahil edildiği analizler (ITT) karşılaştırılmıştır. ITT sonuçları incelendiğinde, per protokol sonuçlarına paralel istatistiksel anlamlılık değerleri elde edilmiş, per protokol sonuçlarındaki istatistiksel olarak anlamlı analiz sonuçlarının ITT sonuçlarında da aynı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hem per protokol hem de ITT sonuçlarında etki büyüklüğü katsayılarının benzer olduğu tespit edilmiştir (Cohen, 1988). Sadece acil servis başvuru oranları per protokol sonuçları doğrultusunda verilmiştir.

Tablo 3.17. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler

Değişkenler	Uygulanan istatistiksel analizler
Örneklem hesabı ve güç analizi	G-power 3.1.9 programı
Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği	❖ Kolmogorov Smirnov (K-S) ve Shapiro Wilks (S-W) ❖ Basıklık ve çarpıklık katsayıları ❖ Basıklık ve çarpıklık Z değerleri
Girişim ve kontrol gruplarının tanımlayıcı değişkenler açısından farklılık olup olmadığının değerlendirilmesi	❖ Kategorik verilerde sayı, yüzde ve ki-kare homojenlik testi ❖ Sürekli verilerde ortalama ve standart sapma
Girişim ve kontrol grubunun ön ve son testlerinin karşılaştırılması	❖ Ölçek puan ortalamaları, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ❖ Grup içi değerlendirmelerde bağımlı gruplar t testi ❖ Gruplararası değerlendirmelerde bağımsız gruplar t testi
Grup-zaman ana etkileri ve ortak etkilerin test edilmesi	❖ Karışık ölçümler varyans analizi
Ölçeklerin güvenirliği	❖ Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ve bileşik güvenirlik katsayısı
Kayıp verilerin incelenmesi	❖ ITT analizi ve Kısmi η^2
Girişimin etkisi ve gücü	❖ Cohen d ve Kısmi η^2

4. BULGULAR

LungCaNN programı kapsamında yeni tanı KHDAK hastalarına bakım gereksinimleri doğrultusunda yapılan; 12 hafta boyunca uygulanan (hasta eğitimi, hastaların gereksinim duydukları her an (7/24), NH tarafında her hafta en az bir defa telefon ve ayda en az bir defa yüz yüze görüşme ve multidisipliner ekip ile işbirliğinin), anksiyete-depresyon düzeyi, hastalığa uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirildiği çalışma bulgular hastalara ilişkin tanımlayıcı bilgiler ve aşağıda yer alan hipotezler doğrultusunda sunulmuştur.

- Depresyon- anksiyete- stres düzeylerine yönelik bulgular
- Kronik hastalığa uyum düzeylerine yönelik bulgular
- Yaşam kalitesi düzeylerine yönelik bulgular

4.1. Depresyon- Anksiyete- Stres Düzeylerine Yönelik Bulgular

Araştırmada hastaların depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ve puan analizi sonuçları doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Tablo 4.1. Girişim ve kontrol grubu hastaların depresyon, anksiyete, stres ön test ve son test puan ortalamaları

Ölçek Alt Boyut	Ölçüm	Girişim				Kontrol				
		N	Min	Max	$\bar{X} \pm SS$	N	Min	Max	$\bar{X} \pm SS$	
Depresyon- Anksiyete- Stres Ölçeği	Depresyon	Ön test	42	7.00	16.00	11.29±2.12	42	10.00	18.00	13.36±1.77
		Son test	42	3.00	10.00	5.50±1.66	42	3.35	14.00	10.31±2.18
	Anksiyete	Ön test	42	9.00	18.00	14.02±2.51	42	10.00	18.00	13.84±1.97
		Son test	42	2.00	10.00	6.37±1.89	42	3.03	18.00	11.21±3.11
	Stres	Ön test	42	11.00	19.00	15.62±1.91	42	12.00	17.22	14.82±1.42
		Son test	42	4.00	11.73	7.05±2.07	42	5.94	18.00	13.06±2.76

SS: Standart sapma

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğine ait minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğinin alt boyutlarına ait sonuçlar incelendiğinde girişim grubundaki hastaların; *depresyon* ön test puanlarının 11.29 $\pm$ 2.12, son test puanlarının

5.50±1.66; kontrol grubundaki hastaların depresyon ön test puanlarının 13.36±1.77, son test puanlarının 10.31±2.18 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir. *Anksiyete* ön test puanlarının 14.02±2.51, son test puanlarının 6.37±1.98; kontrol grubundaki hastaların anksiyete ön test puanlarının 13.84±2.03, son test puanlarının 11.12±3.11 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir. *Stres* ön test puanlarının 15.62±1.91, son test puanlarının 7.05±2.07; kontrol grubundaki hastaların stres ön test puanlarının 14.82±1.42, son test puanlarının 13.06±2.76 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Faktör	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi η^2	%95 GA
Depresyon	Gruplar arası	937.72	83					
	Grup (G-K)	499.26	1	499.26	93.37	<0.001	0.53	0.46-0.59
	Hata	438.46	82	5.35				
	Grup içi	1082.21	84					
	Ölçüm (Zaman)	820.11	1	820.11	367.0	<0.001	0.82	0.71-0.85
	Grup*Zaman	78.86	1	78.86	35.29	<0.001	0.30	0.20-0.36
	Hata	183.24	82	2.24				
Anksiyete	Gruplar arası	916.25	83					
	Grup (G-K)	227.15	1	227.15	27.03	<0.001	0.25	0.20-0.30
	Hata	689.10	82	8.40				
	Grup içi	1646.90	84					
	Ölçüm (Zaman)	1110.14	1	110.14	334.27	<0.001	0.80	0.71-0.83
	Grup*Zaman	264.43	1	264.43	79.62	<0.001	0.49	
	Hata	272.33	82	3.32				
Stres	Gruplar arası	706.12	83					
	Grup G-K)	285.62	1	285.62	55.70	<0.001	0.40	0.27-0.52
	Hata	420.50	82	5.13				
	Grup içi	1906.68	84					
	Ölçüm (Zaman)	1120.55	1	1120.55	306.22	<0.001	0.79	0.71-0.85
	Grup*Zaman	486.06	1	486.06	132.83	<0.001	0.62	0.55-0.66
	Hata	300.07	82	3.66				

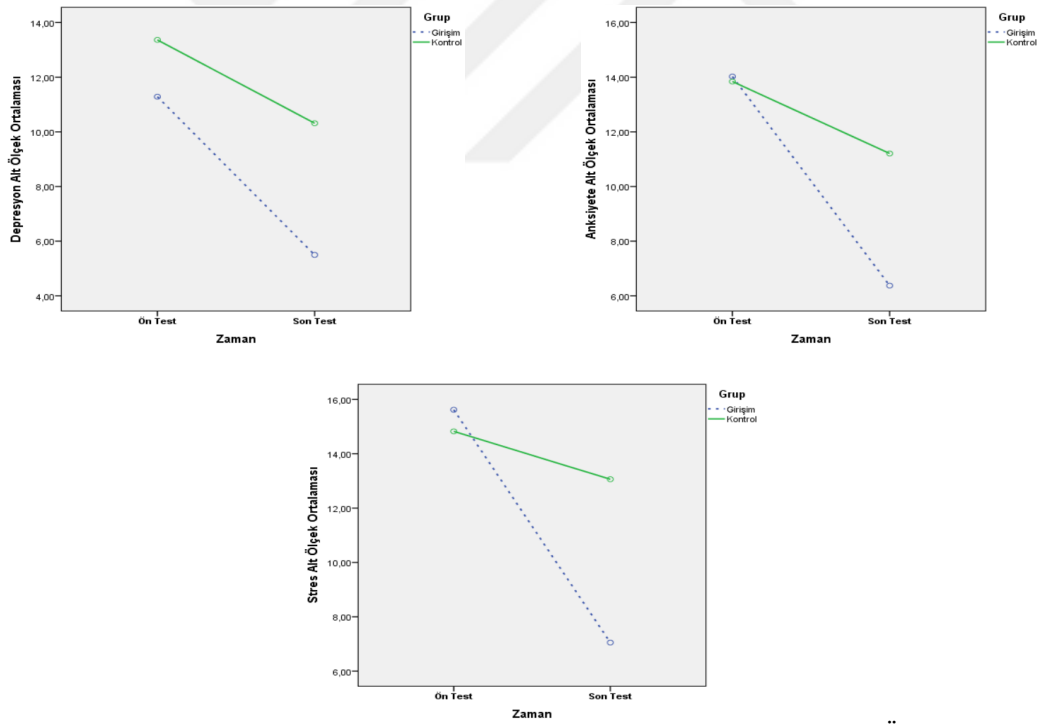
Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların depresyon, anksiyete, stres ölçek puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.2’de verilmiştir

Girişim ve kontrol grupları arasında depresyon, anksiyete, stres boyutları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırsıyla; $F=93.37$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.53$; $F=227.15$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.25$; $F=285.62$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.40$).

Girişim ve kontrol gruplarının, farklı zamanlardaki ölçümleri değerlendirildiğinde (ön test-son test) depresyon, anksiyete, stres boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırsıyla; $F=367.0$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.82$; $F=334.27$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.80$; $F=306.22$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.79$).

Girişim ve kontrol gruplarının, grup zaman etkileşimleri değerlendirildiğinde depresyon, anksiyete, stres boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur sırsıyla; $F=35.29$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.30$; $F=79.62$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.49$; $F=132.83$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.62$).



Şekil 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının tekrarlı ölçümler değişimi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının zamana bağlı değişimlerine ait çizgi grafikleri Şekil 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.3. Girişim ve kontrol grubu hastaların depresyon, anksiyete, stres puanlarının ön test son test karşılaştırılması

Alt Faktör	Girişim	N	$\bar{X} \pm SS$	sd	t	p	Cohen d	%95 GA
Depresyon	Ön test	42	11.29 $\pm$ 2.12	41	17.75	<0.001	2.74	2.43-3.04
	Son test	42	5.50 $\pm$ 1.66					
Anksiyete	Ön test	42	14.02 $\pm$ 2.51	41	17.93	<0.001	2.77	2.47-3.07
	Son test	42	6.37 $\pm$ 1.89					
Stres	Ön test	42	15.62 $\pm$ 1.91	41	21.03	<0.001	3.25	2.95-3.55
	Son test	42	7.05 $\pm$ 2.07					
Alt Faktör	Kontrol	N	$\bar{X} \pm SS$	sd	t	p	Cohen d	%95 GA
Depresyon	Ön test	42	13.36 $\pm$ 1.77	41	9.43	<0.001	1.46	1.16-1.76
	Son test	42	10.31 $\pm$ 2.18					
Anksiyete	Ön test	42	13.84 $\pm$ 1.97	41	7.19	<0.001	1.11	0.80-1.41
	Son test	42	11.21 $\pm$ 3.11					
Stres	Ön test	42	14.82 $\pm$ 1.42	41	4.13	0.001	0.64	0.34-0.94
	Son test	42	13.06 $\pm$ 2.76					

* SS: Standart sapma; Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğinin ön ve son test puan ortalamalarının karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.3’de verilmiştir.

Girişim grubundaki hastaların ön test ve son test depresyon, anksiyete ve stres alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). *Depresyon* alt boyut son test puan ortalamasının (5.50 $\pm$ 1.66), ön test alt boyut ortalamasından (11.29 $\pm$ 2.12) az olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (2.74) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Anksiyete* alt boyut son test puan ortalamasının (6.37 $\pm$ 1.89), ön test alt boyut ortalamasından (14.02 $\pm$ 2.51) az olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (2.77) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Stres* alt boyut son test puan ortalamasının (7.05 $\pm$ 2.07), ön test alt boyut ortalamasından (15.62 $\pm$ 1.91) az olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (3.25) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test depresyon, anksiyete ve stres alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir

($p<0.001$). *Depresyon* alt boyut son test puan ortalamasının (10.31 ± 2.18), ön test alt boyut ortalamasından (13.36 ± 1.77) az olduğu belirlenmiştir. Anlamli farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.46) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Anksiyete* alt boyut son test puan ortalamasının (11.21 ± 3.11), ön test alt boyut ortalamasından (13.84 ± 1.97) az olduğu belirlenmiştir. Anlamli farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (2.11) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Stres* alt boyut son test puan ortalamasının (13.06 ± 2.76), ön test alt boyut ortalamasından (14.82 ± 1.42) az olduğu belirlenmiştir. Anlamli farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (0.64) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Girişim ve kontrol grubu hastaların depresyon, anksiyete, stres ön test -son test fark ortalamalarının karşılaştırılması

Faktör	Grup	N	$\bar{X}\pm SS$	sd	t	p	Cohen d	%95 GA
Depresyon	Girişim	42	-5.79 ± 2.11	82	5.94	<0.001	1.30	0.87-1.73
	Kontrol	42	-3.05 ± 2.11					
Anksiyete	Girişim	42	-7.65 ± 2.77	82	8.92	<0.001	1.94	1.51-2.37
	Kontrol	42	-2.63 ± 2.37					
Stres	Girişim	42	-8.57 ± 2.64	82	11.53	<0.001	2.52	2.09-2.95
	Kontrol	42	-1.76 ± 2.77					

Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğinin ön test son test fark ortalamalarının karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.4’de verilmiştir.

Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeğinin alt boyutlarında son test-ön test farklarına ait sonuçlar incelendiğinde girişim ve kontrol gruplarına dâhil edilen hastaların son test-ön test fark *depresyon* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubuna ait depresyon değişim ortalamasının (-5.79 ± 2.11), kontrol grubunun ortalamasından (-3.05 ± 2.11) daha fazladır. Anlamli farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.30) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Anksiyete* alt boyutuna ilişkin sonuçlar incelendiğinde girişim ve kontrol gruplarına dâhil edilen hastaların son test-ön test fark anksiyete alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubuna ait anksiyete değişim ortalamasının (-7.65 ± 2.77), kontrol grubunun ortalamasından (-2.63 ± 2.37) daha fazladır. Anlamli farka ilişkin hesaplanan etki

büyüklüğü katsayısının (1.94) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. Stres alt boyutuna ilişkin sonuçlar incelendiğinde girişim ve kontrol gruplarına dâhil edilen hastaların son test-ön test fark stres alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubuna ait stres değişim ortalamasının (-8.57 ± 2.64), kontrol grubunun ortalamasından (-1.76 ± 2.77) daha fazladır. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (2.52) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir.

4.2. Kronik Hastalıklara Uyum Düzeylerine Yönelik Bulgular

Araştırmada hastaların kronik hastalıklara uyum düzeyleri ve puan ortalaması doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Tablo 4.5. Girişim ve kontrol grubu hastaların kronik hastalıklara uyum ön test ve son test puan ortalamaları

Ölçek Alt Boyut	Ölçüm	Girişim				Kontrol				
		N	Min	Max	$\bar{X}\pm SS$	N	Min	Max	$\bar{X}\pm SS$	
Kronik Hastalıklara Uyum	Fiziksel Uyum	Ön test	42	11.00	35.00	28.45±4.39	42	23.00	34.00	29.60±2.94
		Son test	42	33.00	45.00	39.96±2.63	42	27.00	42.74	33.94±3.61
	Sosyal Uyum	Ön test	42	7.00	26.00	18.64±3.61	42	13.00	26.00	19.69±2.70
		Son test	42	18.00	32.00	23.39±3.68	42	14.00	28.00	21.73±2.84
	Psikolojik Uyum	Ön test	42	7.00	22.00	16.36±2.95	42	9.00	21.00	16.45±2.34
		Son test	42	21.00	33.00	26.91±2.55	42	14.00	25.87	20.21±2.61

SS: Standart sapma

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubu hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğine ait minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.5’de verilmiştir.

Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin alt boyutlarına ait sonuçlar incelendiğinde girişim grubundaki hastaların *fiziksel uyum* ön test puanlarının 28.45 $\pm$ 4.39, son test puanlarının 39.96 $\pm$ 2.63; kontrol grubundaki hastaların fiziksel uyum ön test puanlarının 29.60 $\pm$ 2.94, son test puanlarının 33.94 $\pm$ 3.61 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir. *Sosyal uyum* alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde girişim grubundaki hastaların sosyal uyum ön test puanlarının 18.64 $\pm$ 3.61, son test puanlarının 23.39 $\pm$ 3.68; kontrol grubundaki hastaların sosyal uyum ön test puanlarının 19.69 $\pm$ 2.70, son test puanlarının 21.73 $\pm$ 2.84 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir. *Psikolojik uyum* alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde girişim

grubundaki hastaların psikolojik uyum ön test puanlarının 16.36 ± 2.95 , son test puanlarının 26.91 ± 2.55 ; kontrol grubundaki hastaların psikolojik uyum ön test puanlarının 16.47 ± 2.42 , son test puanlarının 20.21 ± 2.61 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.6. Girişim ve kontrol grubu hastaların hastalığa uyum puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Faktör	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi η^2	%95 GA
Fiziksel Uyum	Gruplar arası	1657.06	83					
	Grup (G-K)	249.72	1	249.72	14.55	<0.001	0.15	0.11-0.20
	Hata	1407.34	82	17.16				
	Grup içi	3727.61	84					
	Ölçüm (Zaman)	2636.00	1	2636.00	390.91	<0.001	0.83	0.79-0.85
	Grup*Zaman	538.66	1	538.66	79.88	<0.001	0.49	0.42-0.55
	Hata	552.95	82	6.74				
Sosyal Uyum	Gruplar arası	1427.48	83					
	Grup (G-K)	3.94	1	3.94	0.23	0.635	-	-
	Hata	1423.54	82	17.36				
	Grup içi	854.66	84					
	Ölçüm (Zaman)	483.01	1	483.01	134.42	<0.001	0.62	0.55-0.69
	Grup*Zaman	76.99	1	76.99	21.43	<0.001	0.21	0.15-0.27
	Hata	294.66	82	3.59				
Psikolojik Uyum	Gruplar arası	1053.49	83					
	Grup (G-K)	457.85	1	457.85	63.03	<0.001	0.44	0.38-0.48
	Hata	595.64	82	7.26				
	Grup içi	3167.77	84					
	Ölçüm (Zaman)	2150.34	1	2150.34	330.95	<0.001	0.80	0.75-0.83
	Grup*Zaman	484.64	1	484.64	74.59	<0.001	0.47	0.42-0.52
	Hata	532.79	82	6.50				

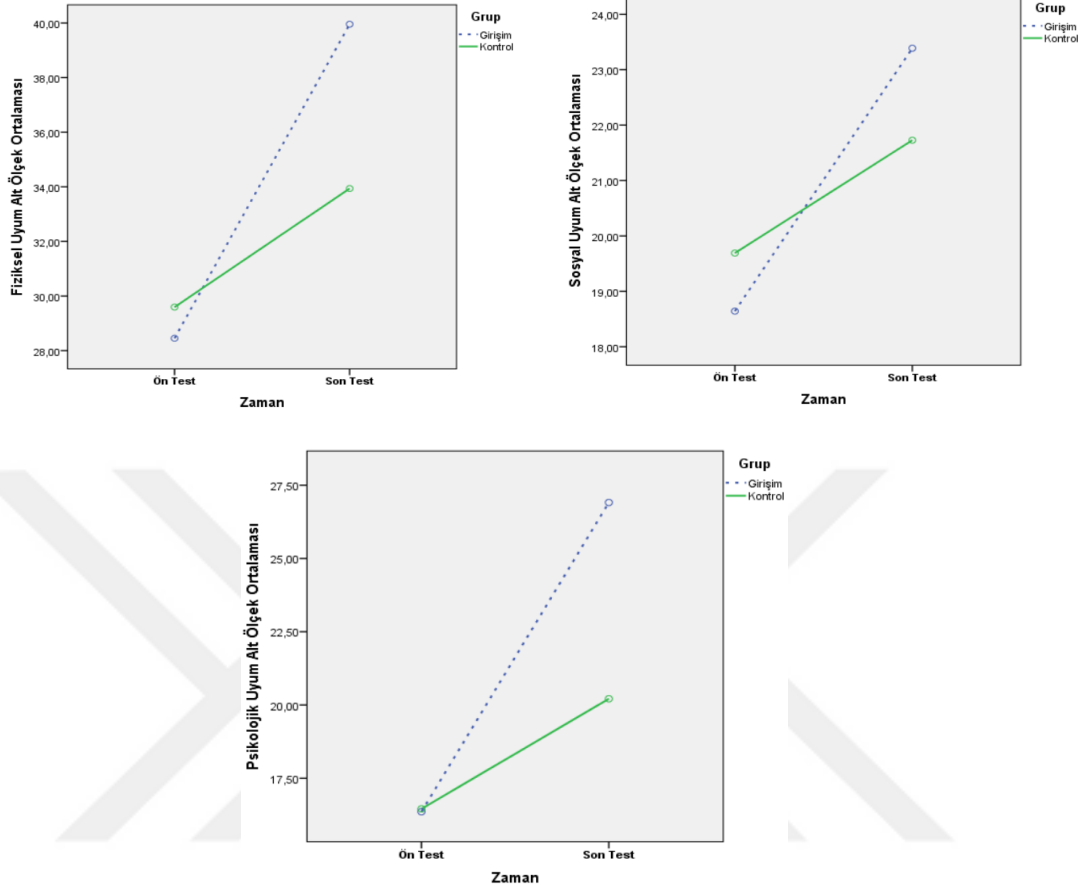
Sd: Serbestlik derecesi: GA; Güven aralığı

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalıklara uyum ölçek puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.6’da verilmiştir

Girişim ve kontrol grupları arasında Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği’nin; *fiziksel ve psikolojik uyum* alt boyutları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla; $F=14.55$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.15$; $F=0.63$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.15$; $F=74.59$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.47$). Sosyal uyum alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F=0.23$, $p=0.635$).

Girişim ve kontrol gruplarının, farklı zamanlardaki ölçümleri değerlendirildiğinde (ön test-son test) Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği'nin; *fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum* alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırsıyla; $F=390.91$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.83$; $F=483.01$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.62$; $F=330.95$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.80$).

Girişim ve kontrol gruplarının, grup zaman etkileşimleri değerlendirildiğinde, Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği'nin; *fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum* alt boyutları girişim ve kontrol gruplarında farklılık gösterdiği bulunmuştur (sırsıyla; $F=78.88$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.49$; $F=21.43$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.21$; $F=74.59$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.47$).



Şekil 4.2. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının tekrarlı ölçümler değişimi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalığa uyum ölçeğinin alt boyut puan ortalamalarının zamana bağlı değişimlerine ait çizgi grafikleri Şekil 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Girişim ve kontrol grubu hastaların. kronik hastalıklara uyum puanlarının ön test son test karşılaştırılması

Alt Faktör	Girişim	N	$\bar{X} \pm SS$	sd	t	p	Cohen d	%95 GA
Fiziksel Uyum	Ön test	42	28.45±4.39	41	16.60	<0.001	2.56	2.25-2.86
	Son test	42	39.96±2.63					
Sosyal Uyum	Ön test	42	18.64±3.61	41	8.80	<0.001	1.36	1.06-1.66
	Son test	42	23.39±3.68					
Psikolojik Uyum	Ön test	42	16.36±2.95	41	17.32	<0.001	2.67	1.21-1.81
	Son test	42	26.91±2.55					

Alt Faktör	Kontrol	N	$\bar{X} \pm SS$	sd	t	p	Cohen d	%95 GA
Fiziksel Uyum	Ön test	42	29.6±2.94	41	10.80	<0.001	1.67	1.37-1.97
	Son test	42	33.94±3.61					
Sosyal Uyum	Ön test	42	19.69±2.70	41	8.98	<0.001	1.39	1.09-1.69
	Son test	42	21.73±2.84					
Psikolojik Uyum	Ön test	42	16.45±2.34	41	7.56	<0.001	1.17	0.87-1.47
	Son test	42	20.21±2.61					

SS: Standart sapma; Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinin ön ve son test puan ortalamalarının karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.7’de verilmiştir

Girişim grubundaki hastaların grubundaki hastaların ön test ve son test fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). *Fiziksel uyum* alt boyut son test puan ortalamasının (39.96 ± 2.63), ön test alt boyut ortalamasından (28.45 ± 4.39) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (2.56) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Sosyal uyum* alt boyut son test puan ortalamasının (23.39 ± 3.68), ön test alt boyut ortalamasından (18.64 ± 3.61) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.36) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Psikolojik uyum* alt boyut son test puan ortalamasının (26.91 ± 2.55), ön test alt boyut ortalamasından (16.36 ± 2.95) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (2.67) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir

($p<0.001$). *Fiziksel uyum* alt boyut son test puan ortalamasının (33.94 ± 3.61), ön test alt boyut ortalamasından (29.6 ± 2.94) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.67) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Sosyal uyum* alt boyut son test puan ortalamasının (21.73 ± 2.84), ön test alt boyut ortalamasından (19.69 ± 2.70) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.39) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Psikolojik uyum* alt boyut son test puan ortalamasının (20.21 ± 2.61), ön test alt boyut ortalamasından (16.45 ± 2.34) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.17) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8. Girişim ve kontrol grubu hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinin ön test -son test fark ortalamalarının karşılaştırılması

Faktör	Grup	N	$\bar{X}\pm SS$	Sd	t	p	Cohen d	%95 GA
Fiziksel Uyum	Girişim	42	11.50 $\pm$ 4.49	82	8.94	<0.001	1.95	1.52-2.38
	Kontrol	42	4.34 $\pm$ 2.61					
Sosyal Uyum	Girişim	42	4.75 $\pm$ 3.49	82	4.63	<0.001	1.01	1.52-2.38
	Kontrol	42	2.04 $\pm$ 1.47					
Psikolojik Uyum	Girişim	42	10.55 $\pm$ 3.95	82	8.64	<0.001	1.89	1.51-2.37
	Kontrol	42	3.76 $\pm$ 3.22					

SS: Sandart sapma; Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinin ön test son test fark ortalamalarının karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.8’de verilmiştir.

Kronik hastalıklara uyum alt boyutlarına ait sonuçlar incelendiğinde girişim ve kontrol gruplarına dâhil edilen hastaların son test-ön test fark *fiziksel uyum* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubuna ait fiziksel uyum değişim ortalamasının (11.50 ± 4.49), kontrol grubunun ortalamasından (4.34 ± 2.61) daha fazladır. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.95) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. Girişim ve kontrol gruplarındaki hastaların son test-ön test fark *sosyal uyum* alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubuna ait sosyal uyum değişim ortalamasının (4.75 ± 3.49), kontrol grubunun ortalamasından (2.04 ± 1.47) daha fazladır. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki

büyüklüğü katsayısının (1.01) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Psikolojik uyum* alt boyutunda da son test-ön test fark psikolojik uyum alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubuna ait psikolojik uyum değişim ortalamasının (10.55 ± 3.95), kontrol grubunun ortalamasından (3.76 ± 3.22) daha fazladır. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.89) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir.

4.3. EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC-13 Akciğer Modülüne Yönelik Bulgular

Araştırmada hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalite düzeyleri ve puan sonuçları doğrultusunda değerlendirilmiştir.

Tablo 4.9. Girişim ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi ve LC-13 ön test ve son test puan ortalamaları

Ölçek	Alt Boyut	Ölçüm	Girişim				Kontrol			
			N	Min	Max	$\bar{X}\pm SS$	N	Min	Max	$\bar{X}\pm SS$
EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi	Genel Yaşam Kalitesi	Ön test	42	4.00	10.00	6.05 ± 1.85	42	4.00	10.00	5.90 ± 1.83
		Son test	42	7.50	12.00	9.09 ± 1.27	42	4.00	10.00	6.35 ± 1.83
	Fonksiyonel	Ön test	42	21.00	36.00	28.52 ± 3.68	42	21.00	48.00	30.29 ± 5.10
		Son test	42	18.00	33.00	25.46 ± 3.93	42	19.00	40.00	27.51 ± 4.45
	Semptomlar	Ön test	42	13.00	32.00	18.98 ± 5.59	42	13.00	33.00	19.45 ± 5.80
		Son test	42	14.00	35.00	26.68 ± 5.86	42	14.00	35.00	26.20 ± 5.33
	LC-13	Ön test	42	13.00	12.00	15.10 ± 3.49	42	13.00	12.00	15.57 ± 2.56
		Son test	42	14.00	14.00	20.3 ± 3.65	42	14.00	14.00	20.65 ± 4.14

SS: Standart sapma

Hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi alt boyutları ve LC-13 akciğer kanser modülüne ait minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.9’da verilmiştir.

EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi alt boyutları ve LC-13 akciğer kanser modülüne ait sonuçlar incelendiğinde girişim grubundaki hastaların *genel yaşam kalitesi* ön test puanlarının 6.05 ± 1.85 , son test puanlarının 9.09 ± 1.27 ; kontrol grubundaki hastaların genel yaşam kalitesi ön test puanlarının 5.90 ± 1.83 , son test puanlarının 6.35 ± 1.83 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir. *Fonksiyonel alt*

boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde girişim grubundaki hastaların ön test puanlarının 28.52 ± 3.68 , son test puanlarının 25.46 ± 3.93 ; kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel ölçek ön test puanlarının 30.29 ± 5.10 , son test puanlarının 27.51 ± 4.45 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir. *Semptomlar alt boyutuna* ait sonuçlar incelendiğinde girişim grubundaki hastaların semptomlar ön test puanlarının 18.98 ± 5.59 , son test puanlarının 26.68 ± 5.86 ; kontrol grubundaki hastaların semptomlar ön test puanlarının 19.45 ± 5.80 , son test puanlarının 26.20 ± 5.33 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir. Girişim ve kontrol grubundaki semptom alt boyut puanlarının benzer olduğu belirlenmiştir.

Son olarak *LC-13* ölçeğine ait sonuçlar incelendiğinde girişim grubundaki hastaların LC-13 ön test puanlarının 15.10 ± 3.49 , son test puanlarının 20.3 ± 3.65 ; kontrol grubundaki hastaların LC-13 ön test puanlarının 15.57 ± 2.56 , son test puanlarının 20.65 ± 4.14 ortalama ve standart sapma değerlerine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.10. Girişim ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi LC-13 modül yaşam kalitesi puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Faktör	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi η^2	%95 GA
Genel Yaşam Kalitesi	Gruplar arası	450.55	83					
	Grup (G-K)	87.08	1	87.08	19.65	<0.001	0.19	0.11-0.27
	Hata	363.47	82	4.43				
	Grup içi	315.62	84					
	Ölçüm (Zaman)	127.53	1	127.53	89.06	<0.001	0.52	0.46-0.55
	Grup*Zaman	70.66	1	70.66	49.34	<0.001	0.38	0.30-0.42
	Hata	117.43	82	1.43				
Fonksiyonel	Gruplar arası	2759.35	83					
	Grup (G-K)	152.46	1	152.46	4.80	0.031	0.06	0.02-0.11
	Hata	2606.89	82	31.79				
	Grup içi	819.17	84					
	Ölçüm (Zaman)	357.15	1	357.15	63.51	<0.001	0.44	0.38-0.49
	Grup*Zaman	0.86	1	0.86	0.15	0.696	-	-
	Hata	461.16	82	5.62				
Semptomlar	Gruplar arası	3887.41	83					
	Grup (G-K)	3.17	1	3.17	0.01	0.999	-	-
	Hata	3884.24	82	47.37				
	Grup içi	3551.79	84					
	Ölçüm (Zaman)	2194.20	1	2194.20	133.47	<0.001	0.62	0.55-0.69
	Grup*Zaman	9.56	1	9.56	0.58	0.448	-	-
	Hata	1348.03	82	16.44				
LC-13	Gruplar arası	1274.58	83					
	Grup (G-K)	7.17	1	7.17	0.464	0.498	-	-
	Hata	1267.41	82	15.46				
	Grup içi	1858.22	84					
	Ölçüm (Zaman)	1111.63	1	1111.63	122.12	<0.001	0.60	0.55-0.65
	Grup*Zaman	0.17	1	0.17	0.02	0.892	-	-
	Hata	746.42	82	9.10				

Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

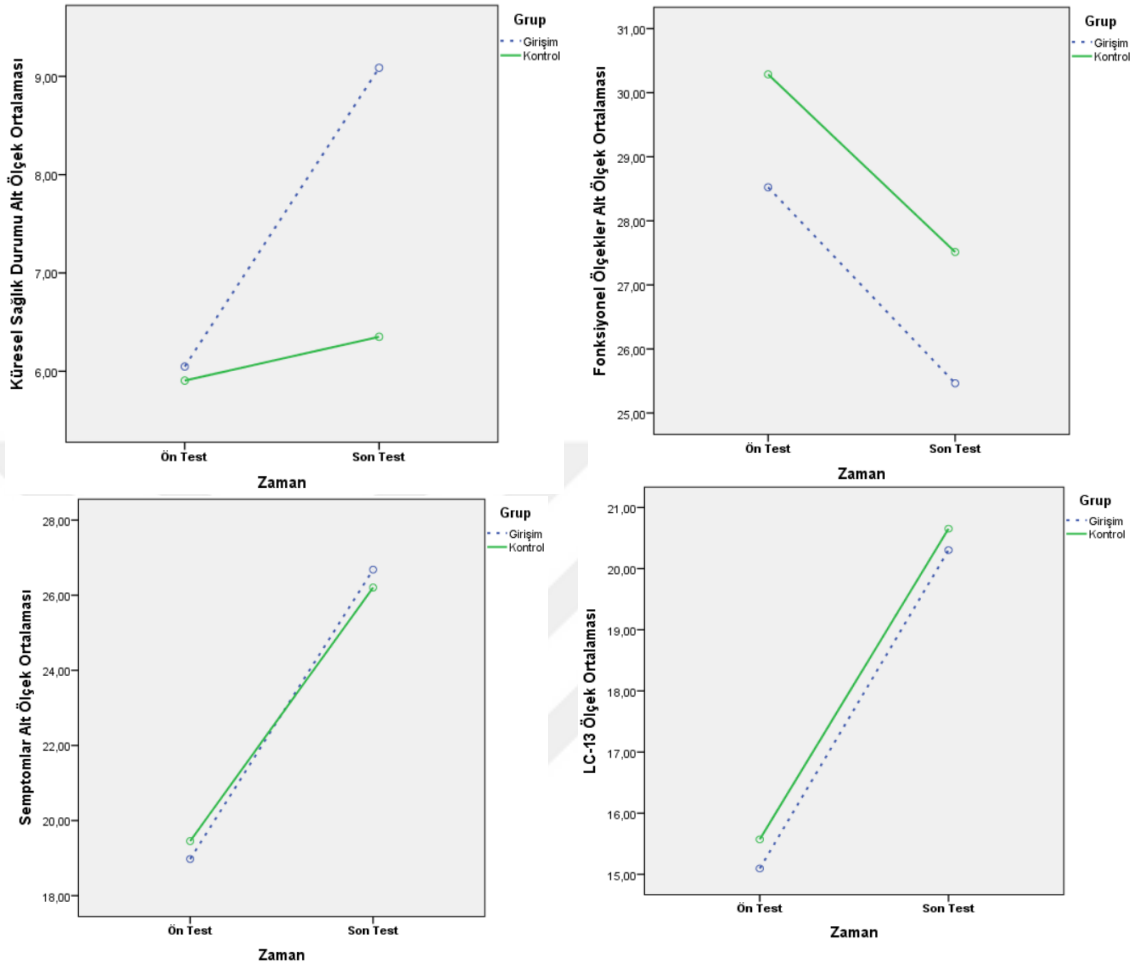
Girişim ve kontrol grubundaki hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi alt boyutları ve LC-13 akciğer kanser modül puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.10’da verilmiştir.

Girişim ve kontrol gruplarının EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin; *genel yaşam kalitesi ve fonksiyonel alt boyutu* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırsıyla; F=19.65, p<0.001, kısmi η^2 =0.19; F=4.80, p=0.031,

kısmi $\eta^2=0.06$) Girişim ve kontrol grubundaki hastaların EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin; *semptom alt boyutu ve LC-13* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırsıyla; $F=0.01$, $p=0.999$; $F=0.464$, $p=0.498$)

Girişim ve kontrol gruplarının, farklı zamanlardaki ölçümler değerlendirildiğinde (ön test-son test) EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin; *genel yaşam kalitesi, fonksiyonel, semptom alt boyutları ve LC-13* puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırsıyla; $F=89.06$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.52$; $F=63.51$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.44$; $F=122.12$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.60$).

Girişim ve kontrol gruplarının, grup zaman etkileşimleri değerlendirildiğinde EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin; *genel yaşam kalitesi alt boyutunun* istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($F=49.34$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.38$), EORTC QLQ – C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin; *fonksiyonel, semptom alt boyutları ve LC-13 alt boyutunun* girişim ve kontrol gruplarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur (sırsıyla; $F=63.51$, $p<0.001$, kısmi $\eta^2=0.44$; $F=0.464$, $p=0.498$; $F=0.02$, $p=0.892$).



Şekil 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi alt boyutları ve LC-13 akciğer kanser modül puan ortalamalarının tekrarlı ölçümler değişimi

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi alt boyutları ve LC-13 akciğer kanser modülü puan ortalamalarının zamana bağlı değişimlerine ait çizgi grafikleri Şekil 4.3’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Girişim ve kontrol grubu hastaların yaşam kalitesi puanlarının ön test son test karşılaştırılması

Alt Faktör	Girişim	N	$\bar{X} \pm SS$	sd	t	P	Cohen d	%95 GA
Genel Yaşam Kalitesi	Ön test	42	6.05±1.85	41	9.79	<0.001	1.51	1.20-1.81
	Son test	42	9.09±1.27					
Fonksiyonel	Ön test	42	28.52±3.68	41	6.98	<0.001	1.08	0.78-1.38
	Son test	42	25.46±3.93					
Semptomlar	Ön test	42	18.98±5.59	41	9.14	<0.001	1.41	1.11-1.71
	Son test	42	26.68±5.86					
LC-13	Ön test	42	15.1±3.49	41	7.44	<0.001	1.15	0.85-1.45
	Son test	42	20.3±3.65					

Alt Faktör	Kontrol	N	$\bar{X} \pm SS$	sd	t	P	Cohen d	%95 GA
Genel Yaşam Kalitesi	Ön test	42	5.90±1.83	41	2.22	0.031	0.34	0.04-0.64
	Son test	42	6.35±1.83					
Fonksiyonel	Ön test	42	30.29±5.1	41	4.73	<0.001	0.73	0.43-1.03
	Son test	42	27.51±4.45					
Semptomlar	Ön test	42	19.45±5.8	41	7.30	<0.001	1.13	0.82-1.43
	Son test	42	26.20±5.33					
LC-13	Ön test	42	15.57±2.56	41	8.27	<0.001	1.28	0.98-1.58
	Son test	42	20.65±4.14					

SS: Standart sapma; Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi alt boyutları ve LC-13 akciğer kanser modülü ön ve son test puan ortalamalarının karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.11’de verilmiştir.

Girişim grubundaki hastaların ön test ve son test genel yaşam kalitesi, fonksiyonel ve semptomlar alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). *Genel yaşam kalitesi* alt boyut son test puan ortalamasının (6.05 ± 1.85), ön test alt boyut ortalamasından (6.05 ± 1.85) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.51) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Fonksiyonel* alt boyut son test puan ortalamasının (25.46 ± 3.93), ön test alt boyut ortalamasından (28.52 ± 3.68) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.08) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Semptomlar* alt boyut son test puan ortalamasının (26.68 ± 5.86), ön test alt boyut ortalamasından (18.98 ± 5.59) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.41) büyük etkiye sahip olduğu

görülmektedir. Son olarak ön test ve son test *LC-13 modülü* puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubunun son test LC-13 modülü puan ortalamasının (20.3 ± 3.65), ön test alt boyut ortalamasından (15.1 ± 3.49) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.15) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Kontrol grubundaki hastaların ön test ve son test genel yaşam kalitesi, fonksiyonel ve semptomlar alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.031$). *Genel yaşam kalitesi* alt boyut son test puan ortalamasının (6.35 ± 1.83), ön test alt boyut ortalamasından (5.90 ± 1.83) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (0.34) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Fonksiyonel* alt boyut son test puan ortalamasının (27.51 ± 4.45), ön test alt boyut ortalamasından (30.29 ± 5.1) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (0.73) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Semptomlar* alt boyut son test puan ortalamasının (26.20 ± 5.33), ön test alt boyut ortalamasından (19.45 ± 5.8) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.13) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. Son olarak ön test ve son test LC-13 modülü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubunun son test LC-13 modülü puan ortalamasının (20.65 ± 4.14), ön test alt boyut ortalamasından (15.57 ± 2.56) fazla olduğu belirlenmiştir. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.28) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.12. Girişim ve kontrol grubu hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi ölçeği ve LC-13 modülü ön test -son test fark ortalamalarının karşılaştırılması

Faktör	Grup	N	$\bar{X}\pm SS$	sd	T	P	Cohen d	%95 GA
Genel Yaşam Kalitesi	Girişim	42	3.04 ± 2.01	82	7.02	<0.001	1.53	1.17-1.89
	Kontrol	42	0.45 ± 1.30					
Fonksiyonel	Girişim	42	-3.06 ± 2.84	82	0.39	0.696	-	-
	Kontrol	42	-2.77 ± 3.80					
Semptomlar	Girişim	42	7.70 ± 5.46	82	0.76	0.448	-	-
	Kontrol	42	6.75 ± 5.99					
LC-13	Girişim	42	5.21 ± 4.54	82	0.14	0.892	-	-
	Kontrol	42	5.08 ± 3.98					

SS: Standart sapma; Sd: Serbestlik derecesi; GA; Güven aralığı

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi Ölçeğinin alt boyutları ve LC-13 akciğer modülü ön test son test fark ortalamalarının karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.12’de verilmiştir.

EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesi alt boyutlarına ait sonuçlar incelendiğinde girişim ve kontrol gruplarına dahil edilen hastaların son test-ön test fark genel yaşam kalitesi alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Buna göre girişim grubuna ait *genel yaşam kalitesi* değişim ortalamasının (3.04 ± 2.01), kontrol grubunun ortalamasından (0.45 ± 1.30) daha fazladır. Anlamlı farka ilişkin hesaplanan etki büyüklüğü katsayısının (1.53) büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir. *Fonksiyonel* alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde girişim ve kontrol gruplarına dahil edilen hastaların son test-ön test fark fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.696$). Buna göre girişim (-3.06 ± 2.84) ve kontrol grubundaki (2.77 ± 3.80) hastaların son test-ön test fark fonksiyonel alt boyut puan ortalamaları benzerdir. *Semptomlar* alt boyutuna ait sonuçlar incelendiğinde girişim ve kontrol gruplarına dahil edilen hastaların son test-ön test fark semptomlar alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.448$). Buna göre girişim (7.70 ± 5.46) ve kontrol grubundaki (6.75 ± 5.99) hastaların son test-ön test fark semptomlar alt boyut puan ortalamaları benzerdir.

Son olarak *LC-13 modülüne* ait sonuçlar incelendiğinde girişim ve kontrol gruplarına dahil edilen hastaların son test-ön test fark LC-13 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.892$). Buna göre girişim (5.21 ± 4.54) ve kontrol grubundaki (5.08 ± 3.98) hastaların son test-ön test fark LC-13 puan ortalamaları benzerdir.

Tablo 4.13. Girişim ve kontrol grubu hastalar tarafından iletilen gereksinimler

Gereksinimler	Alt Grup	Girişim		Kontrol	
		n	%	n	%
Anemi	Evet	19	48.7	21	55.3
	Hayır	20	51.3	17	44.7
		$\chi^2=0.33$		$p=0.565$	
Nötropeni	Evet	13	33.3	14	36.8
	Hayır	26	66.7	24	63.2
		$\chi^2=0.10$		$p=0.747$	
Trombositpeni	Evet	13	33.3	11	28.9
	Hayır	26	66.7	27	71.1
		$\chi^2=0.17$		$p=0.678$	
Yorgunluk	Evet	39	100.0	38	100.0
	Hayır	0	0.0	0	0.0
		$\chi^2= -$		$p= -$	
Dipne	Evet	30	76.9	27	71.1
	Hayır	9	23.1	11	28.9
		$\chi^2=0.35$		$p=0.557$	
Öksürük	Evet	19	48.7	21	55.3
	Hayır	20	51.3	17	44.7
		$\chi^2=0.33$		$p=0.565$	
Hemoptizi	Evet	10	25.6	15	39.5
	Hayır	29	74.4	23	60.5
		$\chi^2=1.68$		$p=0.195$	
Ağrı	Evet	24	61.5	26	68.4
	Hayır	15	38.5	12	31.6
		$\chi^2=0.40$		$p=0.527$	
Alopesi	Evet	27	69.2	28	73.7
	Hayır	12	30.8	10	26.3
		$\chi^2=0.19$		$p=0.665$	
Nöropati	Evet	12	30.8	17	44.7
	Hayır	27	69.2	21	55.3
		$\chi^2=1.60$		$p=0.206$	
İshal	Evet	7	17.9	8	21.1
	Hayır	32	82.1	30	78.9
		$\chi^2=0.12$		$p=0.731$	
Kabız	Evet	15	38.5	10	26.3
	Hayır	24	61.5	28	73.7
		$\chi^2=1.30$		$p=0.255$	
Uykusuzluk	Evet	22	56.4	23	60.5
	Hayır	17	43.6	15	39.5
		$\chi^2=0.13$		$p=0.714$	

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubunun çeşitli özelliklere ait frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.13’de gösterilmiştir.

Hastaların çeşitli özellikler açısından frekans sayılarının girişim ve kontrol grubunda benzer olup olmadığı incelenmiştir. Diğer özelliklere ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise tüm değerlerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Buna göre giriş ve kontrol grubundaki hastaların ilgili özellikler açısından farklı olmadığı, beklenen ve gözlenen değerlerin birbirine eşit/ homojen olduğu belirlenmiştir.

4.4. Acil Servis Başvuru Oranlarına Yönelik Bulgular

Tablo 4.14. Girişim ve kontrol grubu hastaların acil servise başvuru durumları

Acile Başvuru Sayısı	Girişim		Kontrol	
	n	%	n	%
0	13	33.3	4	10.5
1	18	46.2	11	28.9
2	8	20.5	17	44.7
3	0	0.0	6	15.8
	$\chi^2=15.68$		p=0.001	

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubunun acil başvuru durumlarına ait frekans ve yüzde değerleri Tablo 4.14’de gösterilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların söz konusu özellikler açısından fark olup olmadığına yönelik yapılan ki-kare analizi sonuçlarında acile başvuru sayısının girişim ve kontrol grubuna göre bağımlı olduğu dolayısıyla farklı gruplarda olmanın farklı başvuru sayısına sahip olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

5. TARTIŞMA

LungCaNN programı kapsamında yeni tanı KHDAK hastalarına bakım gereksinimleri doğrultusunda yapılan araştırmanın bulguları aşağıda yer alan başlıklar halinde tartışılmıştır.

- Depresyon- anksiyete- stres düzeylerine yönelik bulgular
- Kronik hastalığa uyum düzeylerine yönelik bulgular
- Yaşam kalitesi düzeylerine yönelik bulgular
- Acil servise başvuru oranlarına yönelik bulgular

Yeni Tanı KHDAK Hastalarında Depresyon, Anksiyete ve Stres

Bu araştırmada yeni tanı KHDAK hastalar için geliştirilen ve girişim grubuna uygulanan LungCaNN programının 12 hafta süresince kullanılması sonucunda girişim ve kontrol grubundaki hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzey puan ortalamalarındaki değişim değerlendirilmiştir.

Depresyon, anksiyete ve stres ölçeğinden alınan puanların azalması, hastalarda depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde azalma olduğunu göstermektedir. Araştırmamızın bulgularına göre, LungCaNN programı uygulanan yeni tanı KHDAK hastalardan oluşan girişim grubunda, kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamalarında azalma olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). (Tablo 4.2, Tablo 4.4). Zaman içerisinde girişim grubunda puan ortalamasındaki azalmanın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.2). ***Bu doğrultuda “LungCaNN programı uygulanan yeni tanı KHDAK hastalarında kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri azdır” H1 hipotezi doğrulanmaktadır.***

Akciğer kanserli hastalarda destekleyici bakım müdahalelerinin psikolojik semptomlar üzerindeki etkilerini inceleyen bir meta-analizde, destekleyici bakım müdahalelerinin akciğer kanserli hastalarda depresif semptomları iyileştirildiği belirtilmiştir (Hsieh ve ark., 2017). Destekleyici bakım kapsamında yapılan çalışmalarda ONH'lerin tedavi sırasında hastaların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini azalttığı yönünde bir fikir birliği bulunmaktadır (Fillion ve ark., 2006; Ludman ve ark., 2015; Mertz ve ark., 2017). ONH

tarafından daha sık takip edilen hastaların, takip edilmeyen hastalara kıyasla anksiyete ve depresyonda bir azalma olduğu görülmektedir (Ludman ve ark., 2015; Mertz ve ark., 2017). Kanser hastalarıyla yapılan randomize kontrollü başka bir çalışmada, bireyselleştirilmiş bakıma temellendirilen HNP'nın psikolojik sıkıntı yaşayan hastalarda stres, anksiyete ve depresyon üzerinde olumlu bir etki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Mertz ve ark., 2017). LungCaNN programının desteklenmemiş bakım gereksinimlerinin bireyselleştirilmiş olarak destelenmesi çalışma sonuçlarımızda etkili olduğu görüşündeyiz.

Leighl ve arkadaşları 2008 yılında tedavi süreci ve sonrasında tedaviye yönelik bilgileri içeren kitapçığın hastalar ile paylaşılmasının hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalmasında yardımcı bir araç olabileceğini vurgulamaktadır. Aynı çalışmada KHDAK' inde kanser tedavilerinin hedeflerinin ve yan etkilerinin daha iyi anlaşılması, hasta umudunu korumanın veya teşvik edilmesinin de hastaların anksiyete düzeylerinin azalmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Leighl ve ark., 2008). KHDAK hastalar ile yapılan farklı bir çalışmada tedavi ve sağlıkla ilgili bilgilerin görsel ve işitsel yöntemlerin kullanılarak anlatılmasının, bilgilerinin anlaşılmasını ve uygulanmasını geliştirdiğini göstermiştir (Yılmaz ve ark., 2020). Bu çalışmada girişim grubunda depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin kontrol grubuna göre daha fazla azalmasının nedenini, NH tarafından hazırlanan, görsel ile desteklenen eğitim kitapçığının önce hastalara anlatılması ve sonra paylaşılıp hastaların desteklenmesi olduğu düşüncesindeyiz

Tanı anı genellikle hastalarda anksiyeteye neden olmaktadır. Tanı ile tedavinin başlangıcı arasındaki süre ise en stresli aşamalardan biri olarak kabul edilmektedir (Cantril ve ark., 2019). Hastalar genellikle tanı alma süreçlerinde ilk şoku, tedaviye başlama sürecinde ise ikinci şoku yaşamaktadır. Yaşadıkları şok duygusu hastaların anksiyete ve stres yaşamalarına neden olmaktadır (Liao ve ark., 2018). Çalışmamızda ön testte hastaların anksiyete ve stres düzeylerinin yüksek olmasının nedenini yeni tanı ve tedavi başlangıç süreçlerinde olduğu düşüncesindeyiz. Bu süreçte, hastalar süreci anlamlandırmak ve başa çıkma stratejileri oluşturabilmek için destekleyici bakım müdahalelerine ihtiyaç duymaktadır (Liao ve ark., 2018). Çalışmada NH'nin hastaları her hafta düzenli arayarak

strese neden olabilecek gereksinimlerini belirlemesi ve hastaların 7/24 NH'ye ulaşarak strese neden olan gereksinimlerini iletmeleri, hastaların desteklenmelerini sağlamıştır. Bu desteğin girişim grubunda kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete ve stres üzerinde etkili olduğu düşüncesindeyiz. Ayrıca girişim grubunda gereksinimler doğrultusunda 5A metodolojisini kullanması, hastaları depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin azalmasını desteklemiştir.

Araştırmada, her iki grupta da depresyon, anksiyete ve stres ölçek puanında azalma görülmesine rağmen girişim grubunda ölçek puan ortalamalarının önemli ölçüde daha fazla düştüğü görülmektedir (Tablo 4.1). Kontrol grubunda depresyon, anksiyete ve stres düzeylerindeki azalma nedenin tanı sırasından eğitim hemşiresinden tanı ve tedavi süreci hakkında eğitim alması olabileceği düşüncesindeyiz. Bununla birlikte kontrol grubundaki hastalar eğitim hemşiresi ile kısıtlı şekilde temas kurarken, girişim grubunda yer alan hastalar NH ile 7/24 temas kurabilmekteydi. Gallups ve arkadaşlarında belirttiği gibi navigatörler “Sürekli Bireyselleştirilmiş Bakım Koordinasyonunun” sağlanmasında önemli bileşendir (Gallups ve ark., 2021). Hastaların 7/24 NH ulaşabilme rahatlığı ve NH tarafından daha sık takip edilmesinin girişim grubunda depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde daha fazla azalma olmasını desteklediği düşüncesindeyiz. Mitchell ve arkadaşları sistematik derlemelerinde, kanser hastalarında telefon ve e-posta iletişimi şeklinde sunulan navigasyonun psikolojik sorunları azalttığını belirlemişlerdir (Mitchell ve ark., 2020). Farklı bir kanser grubu ile yapılan bir çalışmada, çevrimiçi navigasyon ile danışmanlık sağlanmasının hastalarda anksiyete düzeyinde azalmayı sağladığını belirtmektedir (de Looper ve ark., 2022). Araştırmada telefon desteğini de kapsayan LungCaNN programının girişim grubunda depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinde daha fazla azalma olmasında etkili olduğu görüşündeyiz.

Yeni Tanı KHD AK Hastalarında Kronik Hastalığa Uyum

Bu araştırmada yeni tanı KHD AK hastalar için geliştirilen ve girişim grubuna uygulanan LungCaNN programının 12 hafta süresince kullanılan girişim grubu ile kontrol grubundaki hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinin puan ortalamalarındaki değişim değerlendirilmiştir. Araştırmamıza göre; girişim grubunun Kronik Hastalıklara Uyum

Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Kronik hastalığa uyum ölçeğinden alınan puanların artması, hastalarda fiziksel, sosyal ve psikolojik alt boyutları ile birlikte hastalığa uyumu artırdığını göstermektedir. Araştırmamızın bulgularına göre, LungCaNN programı uygulanan yeni tanı KHDAK hastalardan oluşan girişim grubunda, kontrol grubuna göre hastalığa uyumda puan ortalamalarında artış olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6, Tablo 4.8). Zaman içerisinde girişim grubunda puan ortalamasındaki artışın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.6). ***Bu doğrultuda “LungCaNN programı uygulanan yeni tanı KHDAK hastalarında kontrol grubuna göre hastalığa uyumu daha yüksektir” H1 hipotezi doğrulanmaktadır.***

Kronik hastalıklarda uyum; düzenli sağlık kontrollerini, etkili baş etme yöntemlerini, tedaviye, ilaç kullanımına ve yaşam değişikliklerine uyum göstermeyi içermektedir (Bilgiç ve ark., 2023). Literatüre göre hastaların bilgi/egitim ile hastalığa uyum düzeylerinin doğru orantılı olduğu belirtilmektedir (Brown ve ark., 2015; Cansız ve ark., 2022). Hasta eğitiminin hastalığa uyuma etkisini inceleyen bir başka çalışmada, fiziksel uyum alt boyut ve hastalığa uyum ölçeğinin toplam puanlarının zaman içinde anlamlı olarak arttığı gösterilmiştir (Cansız ve ark., 2022). Farklı bir çalışmada da bilgi sahibi olan hastaların psikolojik uyum düzeylerinin, bilgi sahibi olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Yani bilgi sahibi olmak hastaların psikolojik uyumunu da olumlu bir şekilde etkilemektedir (Kara ve ark., 2017).

Kronik bir hastalığa uyum sağlanmasındaki temel amaç, hastanın sağlık ekibi tarafından bilginin, güven ilişkisi ile motive edilmesidir. Hemşirelerin hastalık süreci ile ilgili bilgi sahibi olması ve hastalara bilgi vermesi hemşirelere olan güveni artırarak hastalığa uyum sağlanmasına katkı sağlayabilecektir (Karatepe ve ark., 2020). Çalışmada yer alan NH'nin onkoloji alanında doktora eğitim seviyesinde olması ve bu alanda akademik çalışma tecrübelerinin olması hastalarla iletişimi kolaylaştırdığı ve hastalara güven verdiği düşüncesindeyiz. Tanı ve tedavi sürecinde NH, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini tanıyarak hastalığa uyumu desteklemektedir (Baileys ve ark., 2018). Araştırma sürecinde NH' nin, 7/24 ulaşılabilir olması, hastaları 12 hafta boyunca araması ve en az

üç defa yüz yüze görüşmesi hastaları daha iyi tanımasını, gereksinimlerini belirlemesini ve güven ilişkisinin kurulmasını sağlamıştır. Ayrıca gereksinimler doğrultusunda 5A metodolojisini kullanması, hastaları bilgi, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden desteklemiştir. Bu nedenle girişim grubundaki kronik hastalığa uyumdaki artış kontrol grubundan daha fazladır

Hastalığın kendisi de stres kaynağıdır. Stres hastaların günlük aktivitelerini kısıtlayarak, psikolojik ve sosyal uyumunu zorlaştırabilmektedir (Mousavizadeh ve ark., 2024). Depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri en sık kullanılan hastalığa uyumu göstergeleridir (Pankowski ve ark., 2022). Ersan ve arkadaşları hastaların, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile psikolojik ve sosyal uyum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir (Erşan ve ark., 2013). Bizim çalışmamızda da depresyon anksiyete ve stres düzeylerindeki azalmanın uyuma etkisi olabileceği görüşündeyiz. Araştırmada bu bulguyu destekler niteliktedir. Regresyon analiz sonuçlarımıza göre; stres düzeyindeki azalma hastalığa psikolojik uyumu, anksiyete düzeyindeki azalma hastalığa sosyal uyumu, depresyon düzeyindeki azalma ise fiziksel ve sosyal uyumu artırmaktadır (Ek 25).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada tekrarlı hastane yatışlarının hastalığa genel uyum, fiziksel uyum ve sosyal uyum düzeylerinin olumsuz etkilediği belirlemiştir (Karatepe ve ark., 2020). Bizim çalışmamızda hastaların tedavilerini ayaktan alıyor olmaları, NH tarafından semptomların yönetilmesi ve gerekli durumlarda multisipliner ekip ile işbirliği kurulması, hastaların hastane başvuru sayısının azalmasında etkili olduğu düşüncesindeyiz. NH tarafından sürecin yönetilebilmesinin girişim grubunda kontrol grubuna göre hastalığa uyum konusunda olumlu bir etken olduğu görüşündeyiz.

Yeni Tanı KHDAK Hastalarında Yaşam Kalitesi

Bu araştırmada yeni tanı KHAK hastalar için geliştirilen ve girişim grubuna uygulanan LungCaNN programının 12 hafta süresince kullanılması sonucunda girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamalarındaki değişim değerlendirilmiştir. Araştırmamıza göre; girişim ve kontrol grubu hastaların yaşam kalitesinin semptom ve fonksiyonel sağlık alt boyutları puan ortalamasında farklılık saptanmamıştır. Girişim grubunun genel yaşam kalitesi alt boyutunun puan

ortalamlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

EORTC QLQ – C30 yaşam kalitesinde genel yaşam kalitesi alt boyutunda alınan puanların artması, fonksiyonel, semptom alt boyutlarında ve LC 13 akciğer modülünde alınan puanların azalması, hastalarda yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir. Araştırmamızın bulgularına göre, LungCaNN programı uygulanan yeni tanı KHDAK hastalardan oluşan girişim grubunda, kontrol grubuna göre genel yaşam kalitesi alt boyundaki puan ortalamalarında artış olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10, Tablo 4.12). Fonksiyonel, semptom alt boyutları ve LC13 akciğer modülünde ise girişim grubunda, kontrol grubuna göre puan ortalamalarında azalma olmadığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.10, Tablo 4.12). Zaman içerisinde girişim grubunda genel yaşam kalitesi alt boyutunda puan ortalamasındaki artışın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 4.10). Zaman içerisinde Fonksiyonel, semptom alt boyutları ve LC13 akciğer modülünde ise puan ortalamasındaki azalmanın kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (Tablo 4.10, Tablo 4.12). ***“LungCaNN programı uygulanan yeni tanı KHDAK hastalarında kontrol grubuna göre yaşam kalitesi daha yüksektir” H1 hipotezi kısmen doğrulanmaktadır.***

Navigasyon programlarının yaşam kalitesine etkisini belirlemek için yapılan bazı randomize kontrollü çalışmalarda NP ve standart onkoloji bakımı uygulanan hastaların yaşam kalitelerinde önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir (Skrutkowski, 2008; Wagner ve ark., 2014; Tho ve ark., 2016; Mertz ve ark., 2017; Berezowska ve ark., 2021). Bu sonuç bizim çalışmamızla paraleldir. Kolorektal, baş boyun ve mide kanseri hastalar ile yapılan çalışmalarda ise hemşire navigasyon ve online destek programlarının yaşam kalitesinin de anlamlı farklılık saptanmıştır (Duzova ve ark., 2021; Lim ve ark., 2021; de Looper ve ark., 2022). Bu farklılıkların nedenin, tanının neden olduğu farklı semptomlar olduğu görüşündeyiz. Akciğer kanser hastalarında dispne ve yorgunluk gibi günlük yaşamı etkileyecek semptomların daha fazla görülmesi yaşam kalitesinin etkilediği düşüncesindeyiz.

Bu çalışmada EORTC-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin semptom alt boyutu ve LC13 akciğer kanserine özgü semptomları ölçen yaşam kalitesi ölçeğini incelediğimizde her iki grup içinde hemen hemen aynı oranlarda semptom artışı görülmüştür. Bunun nedeninin literatürde de belirtildiği gibi kemoterapi ve radyoterapi tedavilerinden kaynaklı ciddi yan etkilerin yaşam kalitesini etkilemesidir (Nguyen ve ark., 2019; Karakurt ve ark., 2021). Kemoterapi ve radyoterapi uygulanan hastalar için tedavi sırasında ve sonrasında potansiyel toksisite ve yan etkiler önemlidir. Ek olarak, kemoterapi süresi arttığında yaşam kalitesindeki düşüş daha belirgindir (Lee J. L. ve ark., 2019; Wang K. ve ark., 2021). Bizim araştırma sonuçlarımızla benzer olarak akciğer kanseri hastalar ile yapılan çalışmada, yaşam kalitesinin EORTC-C30 ölçeğinin fonksiyonel alt boyutunda azalmanın yanı sıra semptomlarda artış saptamıştır (Gupta ve ark., 2012). Evre III-IV KHDAK hastalar ile yapılan bir başka çalışmada, kür sayısı arttıkça, EORTC-C30 ölçeğinin fonksiyonel alt boyutunda genel bir bozulma görülürken, semptom skalasında yorgunluk, bulantı-kusma ve uykusuzluk yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca LC13 ölçeğinde kabızlık alopesi ve nöropati semptomlarında artış belirlenmiştir (Karakurt ve ark., 2021). Akciğer kanseri hastalarıyla yapılan önceki araştırmalar, yaşam kalitesindeki düşüşlerin artan semptom şiddeti ile ilişkili olduğunu da göstermektedir (Lowery ve ark., 2014; Hung ve ark., 2018; Cochrane ve ark., 2022). Özellikle dispne, yorgunluk, ağrı, uykusuzluk, anksiyete, anaemi ve öksürük günlük aktiviteleri etkileği ve yaşam kalitesi ile ilişkilendirildiği için sağlık personelinin kemoterapi alan akciğer kanseri hastalarında izlenmesi gereken semptomlar arasında yer almaktadır (Cochrane ve ark., 2022; Harada ve ark., 2023). Bu nedenle semptom yükü yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkiye sahip önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir (Hung ve ark., 2018; Lee J. L. ve ark., 2019). Çalışmada 12 hafta boyunca NH danışılan semptomlar ile literatür paralellik göstermektedir. Yorgunluk, uykusuzluk, dispne, öksürük, anemi, alopesi ve ağrı her iki grupta sık bildirilen semptomlar arasındaydı (Tablo 4.13). Ayrıca EORTC-C30 yaşam kalitesi ölçeğinin semptom alt boyutu ve LC13 akciğer kanserine özgü semptomların ön teste göre daha yüksek puan alması fiziksel ölçeğin puan ortalamalarının azalmasında azalması ve semptom ölçeğinin artmasında etkili olduğu görüşündeyiz.

Kanser hastaları ile yapılan araştırmalar, hastalarda desteklenmemiş bakım ihtiyaçları karşılandığında, semptomların neden olduğu fonksiyonel, psikolojik ve sosyal

olumsuzlukların azaltılarak genel yaşam kalitesinin artırılacağını göstermektedir (Kim S. H. ve ark., 2017; Shrestha ve ark., 2019). Çoğunluğunun KHDAK hastalardan oluşan akciğer kanseri hastaları ile yapılan bir çalışmada, hastaların gereksinimleri değerlendirilerek multidisipliner ekip ile işbirliği yapılmasına rağmen 12 haftanın sonunda yaşam kalitesinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Schofield ve ark., 2013). Soto-Perez-de-Celis ve arkadaşları 12 haftalık hafta boyunca ileri evre kanser hastalar için destekleyici bakıma yönelik NP uygulanan hastalar ile standart onkolojik bakım alan hastalar arasında yaşam kalitesinde farklılık saptamamıştır (Soto-Perez-de-Celis ve ark., 2021). Akciğer kanseri hastalarda hemşireler tarafından erken palyatif bakım müdahalelerinin 12. haftada yaşam kalitesinde artma gözlemlenmezken, 24. haftada yaşam kalitesinde artış gözlemlenmiştir (Temel ve ark., 2017). Bulgular çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Yaşam kalitesinde anlamlı farklılık olmamasının nedenin çalışmalarda da görüldüğü gibi 12 haftalık sürecin semptom ölçeğini ve fiziksel ölçeği etkilemek için nispeten kısa bir takip süresi olması ve hastaların yeni tanı/tedavi sürecinin başında olması düşüncesindeyiz. Ayrıca araştırmada NP alan ve standart onkoloji bakımı alan hastalar arasında yaşam kalitelerinin benzerlik göstermesinin nedeni çalışmamızın tek bir kurumda yapılması ve aynı sağlık personelleri ile iletişim halinde olunması düşüncesindeyiz.

Küçük hücreli akciğer kanseri, kemoterapiye daha hızlı ve daha yüksek oranlarda yanıt veren ilerleyici bir tümördür. Bu nedenle KHAK'li hastalarda genel yaşam kalitesi, emosyonel ve rol fonksiyonlarında iyileşmeler gözlenirken, KHDAK'de sadece genel yaşam kalitesinde düzelme gözlenmiştir (Bircan ve ark., 2003; Karakurt ve ark., 2021). Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Semptomlar ve fonksiyonel alt boyutlarının olumsuz etkilemesine rağmen genel yaşam kalitesi boyutunun istatistiksel olarak anlamlı gelmesi NH hastaları bireysel bakım gereksinimleri kapsamında hastaları bireysel olarak psikolojik sosyal açıdan desteklemesi olabileceği görüşündeyiz. Çünkü çalışmamızda regresyon analize göre anksiyete stres ve depresyon genel yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Ek 25). Uygulamış olduğumuz NP'nın hastalarda depresyon, anksiyete ve stres üzerinde olumlu etkileri olmuştur. Bu durumun genel yaşam kalitesi etkisini ifade etmektedir.

Yeni Tanı KHDAK Hastalarında Acil Servis Başvuru Oranları

Bu araştırmada yeni tanı KHDAK hastalar için geliştirilen ve girişim grubuna uygulanan LungCaNN programının 12 hafta süresince kullanılması sonucunda girişim ve kontrol grubundaki hastaların acil servis başvuru oranları değerlendirilmiştir. Araştırmamıza göre; Girişim grubundaki hastalar, kontrol grubundaki hastalara göre daha az acil servise başvuru yapmıştır. NP acile başvuru oranlarını azalttığını görülmüştür.

Araştırmamızın bulgularına göre, LungCaNN programının uygulamasının yeni tanı KHDAK hastalarında acil servise başvuru oranlarını azalttığı görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın sekonder hipotezi “LungCaNN programı uygulanan yeni tanı KHDAK hastalarında kontrol grubuna göre acil başvuru oranı azdır” doğrulanmaktadır.

Yeni teşhis kanser hastasının ilk 3 haftası, tedaviyi hızlandırmak için ek görüntüleme, laboratuvar, testler, prosedürler ve diğer uzmanlarla işbirliği nedeniyle yoğun bir dönemdir. Ayrıca yeni teşhisin hastada anksiyete yaratması hastaların daha fazla acil servise başvuru oranını artırdığı belirtilmektedir (Ludman ve ark., 2015). Hasta merkezli onkoloji bakımının maliyete etkisini inceleyen meta analizde 10 çalışmanı altısında acil servis başvuru oranlarında azalma saptanmıştır (Basch ve ark., 2016; Liang ve ark., 2020). Diğer taraftan bazı çalışmalarda NP'nin acil başvuru oranlarını azaltmadığı (Paskett ve ark., 2011; Freund ve ark., 2014), hatta başvuru oranını artırdığını bildiren çalışmalar vardır (Williams ve ark., 2022). Ayrıca tele nursing uygulamasının kanser hastalarında acil servis başvuru oranlarının azalmasında etkili olduğunu belirlenmiştir. Colligan arkadaşlarının uyguladığı NP'nde hastaların stres veya anksiyeteleri hissettiklerinde acil servise başvurmadan önce NH'yi aramalarını sağlayarak acil servis başvuru oranlarında azalma gözlemlemişlerdir (Colligan ve ark., 2017). Benzer şekilde bu araştırmada hastaların 12 hafta boyunca 7/24 NH' ye ulaşabilmesi ve yönlendirmelere uyum sağlamaları acil başvuru oranlarında azalma sağladığı görüşündeyiz. Bu süreç içerisinde NH, hastasının acil bir durum yaşayıp yaşamadığını, hastanın poliklinik randevu ihtiyacı veya hastaya telefon tavsiyesinin yeterli olup olmadığını değerlendirildi ve navigatör hemşire basamaklarında yer alan semptom yönetimi multidisipliner ekip ile işbirliği halinde uygulanmıştır.

Literatüre göre acil servis kullanım durumunu; hastanın sigortasının olmaması, onkoloji doktorunu bekleme süreleri, acil servis doktorunun daha kaliteli bakım sağlayacağına dair inanç ve acil servisin doğru kullanımı konusunda bilgi eksikliği etkilemektedir (Coster ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda hastaların neredeyse tamamının SGK kapsamında olması, girişim grubundaki hastaların NH vasıtasıyla doktor ile iletişim kurabilme rahatlığı ve acil durumları konusunda hastaların desteklenmesinin acil başvuru sayısını azaltmada etkili olduğu düşüncesindeyiz. NP'larının acil servis kullanımı üzerindeki etkisini belirlemek için daha detaylı ve uzun vadeli çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Yeni tanı KHDAK hastalarda desteklenmemiş bakım gereksinimleri doğrultusunda 12 haftalık süreçte uygulanan NP'nın

- ✓ Yeni tanı KHDAK hastalarda depresyon, anksiyete, stres düzeylerini azalttığı,
- ✓ Yeni tanı KHDAK hastalarda hastalığa uyumu artırdığı,
- ✓ Yeni tanı KHDAK hastalarda genel yaşam kalitesini artırdığı,
- ✓ Yeni tanı KHDAK hastalarda acil başvuru sayısını azalttığı sonucuna varılmıştır.

Klinik uygulamaya yönelik öneriler

- Araştırma kapasamında geliştirilen LungCaNN protoklünün yeni tanı alan akciğer kanseri hastaların depresyoon anksiyete, stresin azaltılması hastalığa uyum ve yaşam kalitesinin artırılmasında uygulanması ve genişletilmesi
- Tanıya özgü Hemşire Navigasyon Programlarının kullanılması ve uygulamasının yaygınlaştırılması
- Hemşire Navigasyon Programlarının yaygınlaştırılması için temel hemşirelik eğitiminde ve mezuniyet sonrası eğitimlerde (kurs, hizmet içi eğitim vb.) bu konunun yer alması
- Destekleyici bakım gereksinimlerini değerlendirmek ve müdahalenin tamamlanmasını kolaylaştırmak için algoritmalar oluşturulması,
- Tıbbi onkoloji birimlerinde Hemşire Navigasyonunu yürütecek hemşirelerin yer alması önerilir.

Araştırmacılara yönelik öneriler

- Farklı kanser türleri için, çok merkezli ve daha büyük örnekleme içeren Hemşire Navigasyon Programlarının etkinliliğini değerlendiren çalışmalar yapılması,
- LungCaNN girişim protokolü ile 12 haftadan uzun süren araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abrashkin KA, Cho HJ, Torgalkar S, Markoff B. Improving transitions of care from hospital to home: What works? Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine. 2012; 79: 535-544.
- Ajrrouche R, Ielsch G, Cléro E, Roudier C, Gay D, Guillevic J , ve ark. Quantitative health risk assessment of indoor radon: A systematic review. Radiation Protection Dosimetry. 2017; 177: 69-77.
- Alexander M, Kim SY, Cheng H. Update 2020: Management of non-small cell lung cancer. Lung. 2020; 198: 897-907.
- Ali-Faisal SF, Colella TJ, Medina-Jaudes N, Scott LB. The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Education and Counseling. 2017; 100: 436-448.
- Amjad MT, Chidharla A, Kasi A. Cancer chemotherapy. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022.
- Anand U, Dey A, Chandel AKS, Sanyal R, Mishra A, Pandey DK , ve ark. Cancer chemotherapy and beyond: Current status, drug candidates, associated risks and progress in targeted therapeutics. Genes & Diseases. 2022.
- Andersen B, Valentine T, Lo S, Carbone D, Presley C, Shields P. Newly diagnosed patients with advanced non-small cell lung cancer: A clinical description of those with moderate to severe depressive symptoms. Lung Cancer. 2020; 145: 195-204.
- Arrieta Ó, Angulo LP, Núñez-Valencia C, Dorantes-Gallareta Y, Macedo EO, Martínez-López D , ve ark. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. Annals of Surgical Oncology. 2013; 20: 1941-1948.

- Ateşman E. Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. *Dil Dergisi*. 1997; 58.
- Atik D, Karatepe H. Scale development study: Adaptation to chronic illness. *Acta Medica Mediterranea*. 2016; 32: 135-142.
- Avancini A, Belluomini L, Borsati A, Riva ST, Trestini I, Tregnago D , ve ark. Integrating supportive care into the multidisciplinary management of lung cancer: We can't wait any longer. *Expert Review of Anticancer Therapy*. 2022; 22: 725-735.
- Bade BC, Cruz CSD. Lung cancer 2020: Epidemiology, etiology, and prevention. *Clinics in Chest Medicine*. 2020; 41: 1-24.
- Baileys K, McMullen L, Lubejko B, Christensen D, Haylock PJ, Rose T , ve ark. Nurse navigator core competencies: An update to reflect the evolution of the role. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2018; 22.
- Balboni TA, Hui K-KP, Kamal AH. Supportive care in lung cancer: Improving value in the era of modern therapies. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*. 2018; 38: 716-725.
- Barta JA, Powell CA, Wisnivesky JP. Global epidemiology of lung cancer. *Annals of Global Health*. 2019; 85.
- Basch E, Deal AM, Kris MG, Scher HI, Hudis CA, Sabbatini P , ve ark. Symptom monitoring with patient-reported outcomes during routine cancer treatment: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2016; 34: 557-565.
- Başara B, Güler C, Yentür G, Birge B, Pulgat E, Ekinci M. Sağlık istatistikleri yılı 2017. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. 2018.
- Berezowska A, Passchier E, Bleiker E. Evaluating a professional patient navigation intervention in a supportive care setting. *Supportive Care in Cancer*. 2019; 27: 3281-3290.
- Berezowska A, Passchier E, Bleiker E. Professional patient navigation in a hospital setting: A randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*. 2021; 29: 2111-2123.

- Bi Z, Li W, Zhao J, Pang L, Jing Y, Zhang X , ve ark. Negative correlations of psychological distress with quality of life and immunotherapy efficacy in patients with advanced nslc. American Journal of Cancer Research. 2022; 12: 805.
- Bilgiç Ş, Pehlivan E. Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; 8: 63-76.
- Bircan A, Berktaş MB, Bayız H, Başay N, Bircan S, Berkoğlu M. Effects of chemotherapy on quality of life for patients with lung cancer. Turkish Respiratory Journal. 2003; 4: 61-66.
- Board PATE. Non-small cell lung cancer treatment (pdq®). In Pdq cancer information summaries [internet]. National Cancer Institute (US); 2023.
- Borneman T, Koczywas M. Palliative care in the new era of lung cancer treatment. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2023; 25: E58-E63.
- Bourmaud A, Anota A, Moncharmont C, Tinquaut F, Oriol M, Trillet-Lenoir V , ve ark. Cancer-related fatigue management: Evaluation of a patient education program with a large-scale randomised controlled trial, the peps fatigue study. British Journal of Cancer. 2017; 116: 849-858.
- Bradley SH, Kennedy MPT, Neal RD. Recognising lung cancer in primary care. Advances in Therapy. 2019; 36: 19-30.
- Brahmer J, Lacchetti C, Thompson J. Management of immune-related adverse events in patients treated with immune checkpoint inhibitor therapy: American society of clinical oncology clinical practice guideline summary. Journal Oncology Practice. 2018; 14: 247–249.
- Brahmer JR, Abu-Sbeih H, Ascierto PA, Brufsky J, Cappelli LC, Cortazar FB , ve ark. Society for immunotherapy of cancer (sitc) clinical practice guideline on immune checkpoint inhibitor-related adverse events. Journal for Immunotherapy of Cancer. 2021; 9.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA., Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394–424

- Brenner AT, Getrich CM, Pignone M, Rhyne RL, Hoffman RM, McWilliams A , ve ark. Comparing the effect of a decision aid plus patient navigation with usual care on colorectal cancer screening completion in vulnerable populations: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2014; 15: 1-8.
- Brown JC, Kumar A, Cheville AL, Tchou JC, Troxel AB, Harris SR , ve ark. Association between lymphedema self-care adherence and lymphedema outcomes among women with breast cancer-related lymphedema. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2015; 94: 288-296.
- Budde H, Williams GA, Scarpetti G, Kroezen M, Maier CB. What are patient navigators and how can they improve integration of care? *European Observatory on Health Systems and Policies*; 2022.
- Burhansstipanov L, Shockney LD. The role of the navigator during a patient's cancer treatment. *Team-Based Oncology Care: The Pivotal Role of Oncology Navigation*. Springer. 2018: 149-176.
- Bush ML, Kaufman MR, Shackelford T. Adherence in the cancer care setting: A systematic review of patient navigation to traverse barriers. *Journal of Cancer Education*. 2018; 33: 1222-1229.
- Calle YPO, Aquino KJS, Melendez MLP. Systematic review: Nursing navigator for the oncology patients care and its management [revisión sistemática: Navegador de enfermería para el cuidado y manejo en pacientes oncológicos]. *Journal of Global Health and Medicine*. 2022; 6: 44-53.
- Cankurtaran E, Ozalp E, Soygur H, Ozer S, Akbiyik D, Bottomley A. Understanding the reliability and validity of the eortc qlq-c30 in turkish cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2008; 17: 98-104.
- Cansız G, Dönmez AA, Kapucu S, Borman P. The effect of a self-management lymphedema education program on lymphedema, lymphedema-related symptoms, patient compliance, daily living activities and patient activation in patients with breast cancer-related lymphedema: A quasi-experimental study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2022; 56: 102081.

- Cantril C, Christensen DM. Strengthening our capacity for the future of oncology care. Vol. 2: Oncology Nursing Society; 2020.
- Cantril C, Moore E, Yan X. Diagnosis disclosure: Patient preferences and the role of the breast nurse navigator. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2019; 23.
- Carroll JK, Humiston SG, Meldrum SC, Salamone CM, Jean-Pierre P, Epstein RM, et al. Patients' experiences with navigation for cancer care. *Patient Education and Counseling*. 2010; 80: 241-247.
- Chaft JE, Rimner A, Weder W, Azzoli CG, Kris MG, Cascone T. Evolution of systemic therapy for stages I–III non-metastatic non-small-cell lung cancer. *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2021; 18: 547-557.
- Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. Discern: An instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1999; 53: 105-111.
- Chen X, Pan X, Zhang W, Guo H, Cheng S, He Q, Yang B. Epigenetic strategies synergize with PD-1/PD-L1 targeted cancer immunotherapies to enhance antitumor responses. *Acta Pharmaceutica Sinica B*. 2020; 10: 723-733.
- Chillakunnel Hussain Rawther S, Pai MS, Fernandes DJ, Mathew S, Binu V, Chakrabarty J, et al. A randomized controlled trial to evaluate the impact of a nurse navigator programme on outcomes of people with breast cancer: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73: 977-988.
- Chiou, LJ, Lin, YY, Lang, H C. Effects of Symptom Burden on Quality of Life in Patients with Lung Cancer. *Current Oncology*, 31(10), 6144-6154. Chung H, Hyatt A, Webber K, Kosmider S, Krishnasamy M. Value in care: The contribution of supportive care to value-based lung cancer services a qualitative semistructured interview study. *Health Expectations*. 2024; 27: e14089.
- Cochrane A, Woods S, Dunne S, Gallagher P. Unmet supportive care needs associated with quality of life for people with lung cancer: A systematic review of the evidence 2007–2020. *European Journal of Cancer Care*. 2022; 31: e13525.

- Cohen J. Statistical power for the behavioural sciences. Hillsdale. NY: Lawrence Erlbaum. 1988; 58: 7-19.
- Colligan EM, Ewald E, Keating NL, Parashuram S, Spafford M, Ruiz S , ve ark. Two innovative cancer care programs have potential to reduce utilization and spending. Medical Care. 2017; 55: 873-878.
- Corrales L, Rosell R, Cardona AF, Martin C, Zatarain-Barron ZL, Arrieta O. Lung cancer in never smokers: The role of different risk factors other than tobacco smoking. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2020; 148: 102895.
- Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. Academic Emergency Medicine. 2017; 24: 1137-1149.
- Çeltek NY, İsmail O. Palyatif bakımda hasta değerlendirmesi ve skalalar. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2016; 8: 6-10.
- Das JM. Immunotherapy. In Neuro-oncology explained through multiple choice questions. Springer; 2023, p. 109-115.
- de Looper M, Smets EM, Schouten BC, Bolle S, Belgers EH, Eddes EH , ve ark. The patient navigator: Can a systematically developed online health information tool improve patient participation and outcomes related to the consultation in older patients newly diagnosed with colorectal cancer? BMC Cancer. 2022; 22: 109.
- De Ruyscher D, Faivre-Finn C, Nackaerts K, Jordan K, Arends J, Douillard J-Y , ve ark. Recommendation for supportive care in patients receiving concurrent chemotherapy and radiotherapy for lung cancer. Annals of Oncology. 2020; 31: 41-49.
- De Ruyscher D, Niedermann G, Burnet NG, Siva S, Lee AW, Hegi-Johnson F. Radiotherapy toxicity. Nature Reviews Disease Primers. 2019; 5: 13.
- Demirkol H.. Kanser hastalarında james destekleyici bakım gereksinimlerini belirleme ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Erişim Tarihi: 10.01.2022 Erişim Adresi: <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/kanser-hastalarinda-jamesdestekleyici-bakimgereksinimlerini-belirleme-olcegi-toad.pdf>

- Dermani FK, Samadi P, Rahmani G, Kohlan AK, Najafi R. Pd-1/pd-11 immune checkpoint: Potential target for cancer therapy. *Journal of Cellular Physiology*. 2019; 234: 1313-1325.
- Deshpand R, Chandra M, Rauthan A. Evolving trends in lung cancer: Epidemiology, diagnosis, and management. *Indian Journal of Cancer*. 2022; 59: S90-S105.
- Detterbeck FC, Asamura H, Rami-Porta R, Rusch VW. The only constant is change: Introducing the international association for the study of lung cancer proposals for the ninth edition of tnm stage classification of thoracic tumors. *Journal of Thoracic Oncology*. 2023; 18: 1258-1260.
- DeVita Jr VT. Physicians' cancer chemotherapy drug manual 2018. Jones & Bartlett Learning; 2018.
- Dingemans A-M, Früh M, Ardizzoni A, Besse B, Faivre-Finn C, Hendriks L.. Small-cell lung cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up☆. *Annals of Oncology*. 2021; 32: 839-853.
- Doerfler-Evans RE. Shifting paradigms continued—the emergence and the role of nurse navigator. *Journal of Thoracic Disease*. 2016; 8: S498.
- Dresler C, Warren GW, Arenberg D, Yang P, Steliga MA, Cummings KM , ve ark. “Teachable moment” interventions in lung cancer: Why action matters. *Journal of Thoracic Oncology*. 2018; 13: 603-605.
- Duma N, Santana-Davila R, Molina JR.. Non–small cell lung cancer: Epidemiology, screening, diagnosis, and treatment. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, 2019. p. 1623-1640.
- Duzova US, Can G. The effect of navigation programme on the management of symptoms related to head and neck radiotherapy. *Transplant Immunology*. 2021; 69: 101488.
- Dwyer AJ, Staples ES, Harty NM, LeGrice KE, Pray SL, Risendal BC. What makes for successful patient navigation implementation in cancer prevention and screening programs using an evaluation and sustainability framework. *Cancer*. 2022; 128: 2636-2648.

- Dziedzic R, Marjański T, Rzyman W. A narrative review of invasive diagnostics and treatment of early lung cancer. *Translational Lung Cancer Research*. 2021; 10: 1110.
- Erşan EE, Kelleci M, Baysal B. An overview on psychosocial adaptation, depression, anxiety and stress levels in patients with heart disease. *Turkish Journal Clinical Psychiatry*. 2013; 16: 214-224.
- Ettinger DS, Wood DE, Aisner DL, Akerley W, Bauman JR, Bharat A , ve ark. Non–small cell lung cancer, version 3.2022, nccn clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2022; 20: 497-530.
- Evans Webb M, Murray E, Younger ZW, Goodfellow H, Ross J. The supportive care needs of cancer patients: A systematic review. *Journal of Cancer Education*. 2021: 1-10.
- Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM , ve ark. Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*. 2017; 35: 96-112.
- Fillion L, De Serres M, Lapointe-Goupil R, Bairati I, Gagnon P, Deschamps M , ve ark. Implementing the role of patient-navigator nurse at a university hospital centre. *Canadian Oncology Nursing Journal*.. 2006; 16: 11-17.
- Fitch M. Supportive care framework. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2008; 18: 6-14.
- Flesch R. A new readability yardstick./. *Appl. Psychol*, 1948, 32, 221. 1948; 223.
- Franklin E, Burke S, Johnston D, Nevidjon B, Booth LS. Oncology navigation standards of professional practice. *Navigation*. 2022; 13.
- Freeman HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention* 2012. Vol. 21, pp. 1614-1617.
- Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011; 117: 3537-3540.

- Freund KM, Battaglia TA, Calhoun E, Darnell JS, Dudley DJ, Fiscella K , ve ark. Impact of patient navigation on timely cancer care: The patient navigation research program. *Journal of the National Cancer Institute*. 2014; 106: dju115.
- Gabriele N, Burnet NG, Shankar S, WM LA, Hegi-Johnson F. Radiotherapy toxicity (primer). *Nature Reviews: Disease Primers*. 2019; 5.
- Gallups SF, Demirci J, Nilsen M, Burke J, Bender C, Rosenzweig MQ. Using concept mapping to explore interpersonal communication components of patient navigation in breast cancer care. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 2021; 12.
- Garbers S, Peretz P, Greca E. Urban patient navigator program associated with decreased emergency department use, and increased primary care use, among vulnerable patients. *Journal Community Medicine Health Education*. 2016; 6: 2161-0711.1000440.
- Gilbert A, Piccinin C, Velikova G, Groenvold M, Kuliś D, Blazeby JM , ve ark. Linking the european organisation for research and treatment of cancer item library to the common terminology criteria for adverse events. *Journal of Clinical Oncology*. 2022; 40: 3770.
- Gilbert J, Green E, Lankshear S, Hughes E, Burkoski V, Sawka C. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: Review, consultation and model design. *European Journal of Cancer Care*. 2011; 20: 228-236.
- Glasgow RE, Goldstein MG, Ockene JK, Pronk NP. Translating what we have learned into practice: Principles and hypotheses for interventions addressing multiple behaviors in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004; 27: 88-101.
- Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, Rami-Porta R, Asamura H, Eberhardt WE , ve ark. The iaslc lung cancer staging project: Proposals for revision of the tnm stage groupings in the forthcoming (eighth) edition of the tnm classification for lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. 2016; 11: 39-51.

- González GMC, Castro AM. El enfermero navegador: Un rol innovador en oncología. Revisión de alcance: The navigator nurse an innovative role in oncology. Scoping review. Archivos de Medicina (Manizales). 2021; 21: 125-137.
- Gökdoğan F. Etkili bir hasta iletişimi için araç geliştirme: Yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi (discern). Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. 2003: 8-16.
- Grant S. The consortspi 2018 extension: A new guideline for reporting social and psychological intervention trials. Addiction (Abingdon, England). 2018; 114: 4-8.
- Gupta D, Braun D, Staren E. Association between changes in quality of life scores and survival in non-small cell lung cancer patients. European Journal of Cancer Care. 2012; 21: 614-622.
- Han B-J, Liu Y-J, Jin J-Y, Xu H-K, Zhang W-Z, Ren S-M , ve ark. Symptom assessment and management in patients with lung cancer undergoing conventional or traditional chinese medicine care. World Journal of Traditional Chinese Medicine. 2023; 9: 235-242.
- Harada T, Shibuya Y, Kamei T. Effectiveness of telenursing for people with lung cancer at home: A systematic review and meta-analysis. Japan Journal of Nursing Science. 2023; 20: e12516.
- Hartert M, Tripsky J, Huertgen M. Video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy (vamla) for staging & treatment of non-small cell lung cancer (NSCLC). Mediastinum. 2020; 4.
- Hastert TA, Beresford SA, Sheppard L, White E. Disparities in cancer incidence and mortality by area-level socioeconomic status: A multilevel analysis. J Epidemiol Community Health. 2015; 69: 168-176.
- He X, Zhang M, Wu J, Xu S, Jiang X, Wang Z , ve ark. Differences in lung cancer treatment preferences among oncologists, patients and family members: A semi-structured qualitative study in china. Patient Preference and Adherence. 2021: 775-783.

HSGM.T.C. Sağlık bakanlığı halk sağlığı genel müdürlüğü türkiye kanser İstatistikleri raporu 2018. Erişim Tarihi: 12.02.2022 Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/Dokumanlar/Istatistikler/Kanser_Rapor_2018.pdf

Hsieh C-C, Hsiao F-H. The effects of supportive care interventions on depressive symptoms among patients with lung cancer: A metaanalysis of randomized controlled studies. Palliative & Supportive Care. 2017; 15: 710-723.

Huang C-Y, Ju D-T, Chang C-F, Reddy PM, Velmurugan BK. A review on the effects of current chemotherapy drugs and natural agents in treating non-small cell lung cancer. Biomedicine. 2017; 7.

Huang S, Yang J, Fong S, Zhao Q. Artificial intelligence in cancer diagnosis and prognosis: Opportunities and challenges. Cancer Letters. 2020; 471: 61-71.

Huda N, Shaw MK, Chang H-J. Psychological distress among patients with advanced cancer: A conceptual analysis. Cancer Nursing. 2022; 45: E487-E503.

Hui D, Hoge G, Bruera E. Models of supportive care in oncology. Current Opinion in Oncology. 2021; 33: 259-266.

Hung HY, Wu LM, Chen KP. Determinants of quality of life in lung cancer patients. Journal of Nursing Scholarship. 2018; 50: 257-264.

Hyatt A, Shelly A, Cox R, Humphries E, Lock G, Varlow M. How can we improve information for people affected by cancer? A national survey exploring gaps in current information provision, and challenges with accessing cancer information online. Patient Education and Counseling. 2022; 105: 2763-2770.

Ivanova AS, Obukhova OA, Kurmukov IA, Volf LY. Review of espen-2021 practice guidelines for cancer patients: Part 1. Clinical Nutrition and Metabolism. 2022; 3: 140-152.

Jeyathevan G, Lemonde M, Brathwaite AC. The role of oncology nurse navigators in enhancing patient empowerment within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. Canadian Oncology Nursing Journal. 2017; 27: 164.

- Jiang J, Lu Y, Zhang F, Huang J, Ren X-l, Zhang R. The emerging roles of long noncoding rnas as hallmarks of lung cancer. *Frontiers in Oncology*. 2021; 11: 761582.
- Joo JY, Liu MF. Effectiveness of nurse-led case management in cancer care: Systematic review. *Clinical Nursing Research*. 2019; 28: 968-991.
- Jordan K, Aapro M, Kaasa S, Ripamonti C, Scotté F, Strasser F , ve ark. European society for medical oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care. *Annals of Oncology*. 2018; 29: 36-43.
- Jordan K, Feyer P, Höller U, Link H, Wörmann B, Jahn F. Supportive treatments for patients with cancer. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2017; 114: 481.
- Jung JY, Lee JM, Kim MS, Shim YM, Zo JI, Yun YH. Comparison of fatigue, depression, and anxiety as factors affecting posttreatment health-related quality of life in lung cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2018; 27: 465-470.
- Kara DD, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Evaluation of medication adherence in adults who use multiple medications in the context of illness perception, acknowledgement and attitude characteristics. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017; 11: 227-234.
- Karakurt G, Güvençli M, Kömürcüoğlu B, Yalnız E, Erbaycu AE. The impact of chemotherapy on the eortc qlq-c30 and lc-13 quality of life scales in patients with lung cancer. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*. 2021.
- Karam M, Chouinard M-C, Poitras M-E, Couturier Y, Vedel I, Grgurevic N , ve ark. Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*. 2021; 21.
- Karatepe H, Atik D, Yüce UÖ. Adaptation with the chronic disease and expectations from nurses. *Erciyes Medical Journal/Erciyes Tip Dergisi*. 2020; 42.
- Kass B, Dornquast C, Rieckmann N, Goerling U, Holmberg C, Reinhold T. Cost-effectiveness of patient navigation for lung cancer—a systematic review. *F1000Research*. 2021; 10: 314.
- Ke X, Shen L. Molecular targeted therapy of cancer: The progress and future prospect. *Frontiers in Laboratory Medicine*. 2017; 1: 69-75.

- Kim J, Lee H, Huang BW. Lung cancer: Diagnosis, treatment principles, and screening. *American Family Physician*. 2022; 105: 487-494.
- Kim SH, Kim K, Mayer DK. Self-management intervention for adult cancer survivors after treatment: A systematic review and meta-analysis. *Oncology Nursing Forum*. 2017; 44.;6; 201.
- Kiss N. Nutrition support and dietary interventions for patients with lung cancer: Current insights. *Lung Cancer: Targets and Therapy*. 2016: 1-9.
- Krishnasamy, M., Hassan, H., Jewell, C., Moravski, I., & Lewin, T. Perspectives on emotional care: a qualitative study with cancer patients, carers, and health professionals. In: *Healthcare*. MDPI, 2023. p. 452.
- Langballe R, Dalton SO, Jakobsen E, Karlsen RV, Iachina M, Freund KM , ve ark. Navigate: Improving survival in vulnerable patients with lung cancer through nurse navigation, symptom monitoring and exercise—study protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2022; 12: e060242.
- Lee EM, Jiménez-Fonseca P, Carmona-Bayonas A, Hernández R, Cruz-Castellanos P, Obispo B , ve ark. (2023). Clinicians' and advanced cancer patients' estimates of treatment efficacy and toxicity in oncologic treatment. *Healthcare*. 2023; 11: 2222.
- Lee JL, Jeong Y. Quality of life in patients with non-small cell lung cancer: Structural equation modeling. *Cancer Nursing*. 2019; 42: 475-483.
- Lee MK.. Interactions of spiritual well-being, symptoms, and quality of life in patients undergoing treatment for non-small cell lung cancer: A cross-sectional study. *Seminars in Oncology Nursing*. 2021; 37; 2; 151139.
- Leighl N, Shepherd F, Zawisza D, Burkes R, Feld R, Waldron J , ve ark. Enhancing treatment decision-making: Pilot study of a treatment decision aid in stage iv non-small cell lung cancer. *British Journal of Cancer*. 2008; 98: 1769-1773.
- Liang H, Tao L, Ford EW, Beydoun MA, Eid SM. The patient-centered oncology care on health care utilization and cost: A systematic review and meta-analysis. *Health Care Management Review*. 2020; 45: 364-376.

- Liao Y-C, Liao W-Y, Sun J-L, Ko J-C, Yu C-J. Psychological distress and coping strategies among women with incurable lung cancer: A qualitative study. *Supportive Care in Cancer*. 2018; 26: 989-996.
- Lim H, Lee J, Lee T, Choi MN, Kim S, Lee J-H , ve ark. Development of nurse-led navigation program for gastric cancer patients with gastrectomy: Exploring the Effectiveness. 2021.
- Lin S, Zang M-c. Effect and molecular mechanism of complementary and alternative medicine on novel type post-translational modification and epigenetic regulation in cancers. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2022.
- Loiselle CG, Attieh S, Cook E, Tardif L, Allard M, Rousseau C , ve ark. The nurse pivot-navigator associated with more positive cancer care experiences and higher patient satisfaction. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2020; 30: 48.
- Lopez D, Pratt-Chapman ML, Rohan EA, Sheldon LK, Basen-Engquist K, Kline R , ve ark. Establishing effective patient navigation programs in oncology. *Supportive Care in Cancer*. 2019; 27: 1985-1996.
- Lovibond P, Lovibond S. Depression anxiety and stress scales. *Behaviour Research and Therapy*. 1995; 33: 335-343.
- Lowery AE, Krebs P, Coups EJ, Feinstein MB, Burkhalter JE, Park BJ , ve ark. Impact of symptom burden in post-surgical non-small cell lung cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*. 2014; 22: 173-180.
- Lubejko BG, Burbage D, Cantril C, Högg LH, Sheldon LK. Novice oncology nurse navigator: Core elements in establishing training needs and building on competencies. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2019; 23.
- Ludman EJ, McCorkle R, Bowles EA, Rutter CM, Chubak J, Tuzzio L , ve ark. Do depressed newly diagnosed cancer patients differentially benefit from nurse navigation? *General Hospital Psychiatry*. 2015; 37: 236-239.
- Lv X-q, Wang B-q, Tong H-h, Liu S-s, Tang H-YJ, Hong J-f. Predictive model of psychological distress in patients with lung cancer: A cross-sectional study. *Cancer Nursing*. 2022; 45: E59-E67.

- Maguire R, Papadopoulou C, Kotronoulas G, Simpson MF, McPhelim J, Irvine L. A systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013; 17: 449-464.
- Malalasekera A, Tan CSY, Phan V, Yip PY, Vardy J, Clarke S , ve ark. Eastern cooperative oncology group score: Agreement between non-small-cell lung cancer patients and their oncologists and clinical implications. *Cancer Treatment Communications*. 2016; 5: 17-21.
- McMurray A, Cooper H. The nurse navigator: An evolving model of care. *Collegian*. 2017; 24: 205-212.
- Mertz BG, Dunn-Henriksen AK, Kroman N, Johansen C, Andersen KG, Andersson M , ve ark. The effects of individually tailored nurse navigation for patients with newly diagnosed breast cancer: A randomized pilot study. *Acta Oncologica*. 2017; 56: 1682-1689.
- Miller J.. Utilizing the 2022 oncology navigation standards of practice to revise a mixed oncology navigation practice model. *Seminars in Oncology Nursing*. 2024; 40;2 ; 151590.
- Miller SD, Urquhart R, Kephart G, Asada Y, Younis T. Nurse navigators' views on patient and system factors associated with navigation needs among women with breast cancer. *Current Oncology*. 2021; 28: 2107-2114.
- Mirošević Š, Prins JB, Selič P, Zaletel Kragelj L, Klemenc Ketiš Z. Prevalence and factors associated with unmet needs in post-treatment cancer survivors: A systematic review. *European Journal of Cancer Care*. 2019; 28: e13060.
- Mitchell KAR, Brassil KJ, Rodriguez SA, Tsai E, Fujimoto K, Krause KJ , ve ark. Operationalizing patient-centered cancer care: A systematic review and synthesis of the qualitative literature on cancer patients' needs, values, and preferences. *Psycho-Oncology*. 2020; 29: 1723-1733.
- Mohile SG, Mohamed MR, Xu H, Culakova E, Loh KP, Magnuson A , ve ark. Evaluation of geriatric assessment and management on the toxic effects of cancer treatment (gap70+): A cluster-randomised study. *The Lancet*. 2021; 398: 1894-1904.

- Mosquera I, Todd A, Balaj M, Zhang L, Benitez Majano S, Mensah K , ve ark. Components and effectiveness of patient navigation programmes to increase participation to breast, cervical and colorectal cancer screening: A systematic review. *Cancer Medicine*. 2023; 12: 14584-14611.
- Mousavizadeh SN, Jandaghian-Bidgoli M. The effects of nurse-led spiritual care on psychological well-being in the healthcare services of patients with cardiovascular diseases in iran: A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2024; 24: 403.
- Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H , ve ark. Espen practical guideline: Clinical nutrition in cancer. *Clinical Nutrition*. 2021; 40: 2898-2913.
- Nguyen PAH, Vercauter P, Verbeke L, Beelen R, Dooms C, Tournoy KG. Health outcomes for definite concurrent chemoradiation in locally advanced non-small cell lung cancer: A prospective study. *Respiration*. 2019; 97: 310-318.
- Noronha V, Goud S, Sharma R, More SB, Yadav A, Nakti D , ve ark.. A randomized trial of patient navigation with symptom-monitoring in advanced lung cancer. In: *American Society of Clinical Oncology*. 2023; 40; 17.
- O'Brien M, Besse B, Awad MM. Fast facts: Non-small-cell lung cancer. Karger Medical and Scientific Publishers; 2022.
- Oh J, Ahn S. Effects of nurse navigators during the transition from cancer screening to the first treatment phase: A systematic review and meta-analysis. *Asian nursing Research*. 2021; 15: 291-302.
- Organization WH. (2020). Global cancer observatory. Erişim Tarihi: 12.02.2022 Erişim Adresi: <https://gco.iarc.fr/>
- Osmani L, Askin F, Gabrielson E, Li QK.. Current who guidelines and the critical role of immunohistochemical markers in the subclassification of non-small cell lung carcinoma (nsc lc): Moving from targeted therapy to immunotherapy. *Seminars in Cancer Biology*. 2018;52; 103-109

- Özalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Özdemir Geyik P, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in turkish cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2007; 16: 304-311.
- Pai MS, Fernandes DJ. Oncology nurse navigator programme-a narrative review. *Journal of Health and Allied Sciences NU*. 2015; 5: 103-107.
- Pankowski D, Wytrychiewicz-Pankowska K, Janowski K, Pisula E, Fal A. General and illness-specific predictors of adaptation to chronic illnesses: Cognitive appraisals and illness-related beliefs. *Advances in Cognitive Psychology*. 2022; 18.
- Paskett ED, Harrop JP, Wells KJ. Patient navigation: An update on the state of the science. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. 2011; 61: 237-249.
- Paterson C, Toohey K, Bacon R, Kavanagh PS, Roberts C. (2023). What are the unmet supportive care needs of people affected by cancer: An umbrella systematic review. *Seminars in Oncology Nursing*. 2023; 39; 3; 151353
- Pautasso FF, Lobo TC, Flores CD, Caregnato RCA. Nurse navigator: Development of a program for brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2020; 28.
- Peddle-McIntyre CJ, Singh F, Thomas R, Newton RU, Galvão DA, Cavalheri V. Exercise training for advanced lung cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019.
- Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the karnofsky performance status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2013; 13: 1-7.
- Porro C, La Torre ME, Tartaglia N, Benameur T, Santini M, Ambrosi A , ve ark. The potential role of nutrition in lung cancer establishment and progression. *Life*. 2022; 12: 270.
- Postmus P, Kerr K, Oudkerk M, Senan S, Waller D, Vansteenkiste J , ve ark. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (nsccl): Esmo clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2017; 28: iv1-iv21.

- Punnett G, Fenemore J, Blackhall F, Yorke J. Support and information needs for patients with non-small cell lung cancer receiving concurrent chemo-radiotherapy treatment with curative intent: Findings from a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2023; 64: 102325.
- Rawl SM, Perkins SM, Tong Y, Katz ML, Carter-Bawa L, Imperiale TF , ve ark. Patient navigation plus tailored digital video disc increases colorectal cancer screening among low-income and minority patients who did not attend a scheduled screening colonoscopy: A randomized trial. *Annals of Behavioral Medicine*. 2024; 58: 314-327.
- Reinke LF, Vig EK, Tartaglione EV, Backhus LM, Gunnink E, Au DH. . Protocol and pilot testing: The feasibility and acceptability of a nurse-led telephone-based palliative care intervention for patients newly diagnosed with lung cancer. *Contemporary Clinical Trials*. 2018; 64: 30-34.
- Ritvo PG, Myers RE, Paszat LF, Tinmouth JM, McColeman J, Mitchell B , ve ark. Personal navigation increases colorectal cancer screening uptake. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*. 2015; 24: 506-511.
- Rodrigues RL, Schneider F, Kalinke LP, Kempfer SS, Backes VMS. Clinical outcomes of patient navigation performed by nurses in the oncology setting: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2021; 74: e20190804.
- Rodriguez AL, Cappelletti L, Kurian SM, Passio C, Rux S. Transitional care navigation. *Seminars in Oncology Nursing*. 2024; 151580
- Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 1998; 82: 1904-1908.
- Royce TJ, Qureshi MM, Truong MT. Radiotherapy utilization and fractionation patterns during the first course of cancer treatment in the united states from 2004 to 2014. *Journal of the American College of Radiology*. 2018; 15: 1558-1564.

- Sarıçam H. The psychometric properties of turkish version of depression anxiety stress scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies and Research*. 2018; 7: 19-30.
- Schabath MB, Cote ML. Cancer progress and priorities: Lung cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2019; 28: 1563-1579.
- Schofield P, Ugalde A, Gough K, Reece J, Krishnasamy M, Carey M , ve ark. A tailored, supportive care intervention using systematic assessment designed for people with inoperable lung cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2013; 22: 2445-2453.
- Seaberg D, Elseroad S, Dumas M, Mendiratta S, Whittle J, Hyatte C , ve ark. Patient navigation for patients frequently visiting the emergency department: A randomized, controlled trial. *Academic Emergency Medicine*. 2017; 24: 1327-1333.
- Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone J, Loblaw A, Petrella T. Exercise for people with cancer: A systematic review. *Current Oncology*. 2017; 24: 290-315.
- Shrestha A, Martin C, Burton M, Walters S, Collins K, Wyld L. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psycho-Oncology*. 2019; 28: 1367-1380.
- Shusted CS, Barta JA, Lake M, Brawer R, Ruane B, Giamboy TE , ve ark. The case for patient navigation in lung cancer screening in vulnerable populations: A systematic review. *Population Health Management*. 2019; 22: 347-361.
- Skrutkowski M. Impact of a pivot nurse in oncology on patients with lung or breast cancer: Symptom distress, fatigue, quality of life, and use of healthcare resources. *Oncology Nursing Forum*. 2008; 35: 948-954.
- Soto-Perez-de-Celis E, Chavarri-Guerra Y, Ramos-Lopez WA, Alcalde-Castro J, Covarrubias-Gomez A, Navarro-Lara Á , ve ark. Patient navigation to improve early access to supportive care for patients with advanced cancer in resource-limited settings: A randomized controlled trial. *The Oncologist*. 2021; 26: 157-164.

- Springer F, Mehnert-Theuerkauf A, Gebhardt C, Stolzenburg J-U, Briest S. Unmet supportive care needs among cancer patients: Exploring cancer entity-specific needs and associated factors. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. 2024; 150: 190.
- Stiefel F, Bourquin C. Adverse effects of “teachable moment” interventions in lung cancer: Why prudence matters. *Journal of Thoracic Oncology*. 2018; 13: 151-153.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A , ve ark. Global cancer statistics 2020: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal For Clinicians*. 2021; 71: 209-249.
- Šutić M, Vukić A, Baranašić J, Försti A, Džubur F, Samaržija M , ve ark. Diagnostic, predictive, and prognostic biomarkers in non-small cell lung cancer (nscle) management. *Journal of Personalized Medicine*. 2021; 11: 1102.
- Szejniuk WM, Cekala M, Bøgsted M, Meristoudis C, McCulloch T, Falkmer U , ve ark. Adjuvant platinum-based chemotherapy in non-small cell lung cancer: The role of relative dose-intensity and treatment delay. *Cancer Treatment and Research Communications*. 2021; 27: 100318.
- Tang KL, Ghali WA. (2021). Patient navigation exploring the undefined. *JAMA Health Forum*. 2021; 2; 11; e213706-e213706
- Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA , ve ark. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and gi cancer: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2017; 35: 834-841.
- Temucin E, Nahcivan NO. The effects of the nurse navigation program in promoting colorectal cancer screening behaviors: A randomized controlled trial. *Journal of Cancer Education*. 2020; 35: 112-124.
- Thandra KC, Barsouk A, Saginala K, Aluru JS, Barsouk A. Epidemiology of lung cancer. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*. 2021; 25: 45-52.

- Tho PC, Ang E. The effectiveness of patient navigation programs for adult cancer patients undergoing treatment: A systematic review. JBI Evidence Synthesis. 2016; 14: 295-321.
- Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, Yatabe Y, Austin JH, Beasley MB , ve ark. The 2015 world health organization classification of lung tumors: Impact of genetic, clinical and radiologic advances since the 2004 classification. Journal of Thoracic Oncology. 2015; 10: 1243-1260.
- Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, Nicholson AG, Geisinger KR, Yatabe Y , ve ark. International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. Journal of thoracic Oncology. 2011; 6: 244-285.
- TÜİK. (23 Şubat 2023). TÜİK. “Ölüm nedeni İstatistikleri, 2021” veri bülteni . Erişim Tarihi: 10.07.2023 Erişim Adresi; <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=%C3%B6l%C3%BCm%20nedenleri&dil=1>).
- Ünal Toprak F, Vural G. Jinekolojik onkolojide navigasyon ve navigatör hemşirenin rolleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19; 1.
- van Abbema DL, van den Akker M, Janssen-Heijnen ML, van den Berkmortel F, Hoebe A, de Vos-Geelen J , ve ark. Patient-and tumor-related predictors of chemotherapy intolerance in older patients with cancer: A systematic review. Journal of Geriatric Oncology. 2019; 10: 31-41.
- van der Strate I, Kazemzadeh F, Nagtegaal ID, Robbrecht D, van de Wouw A, Padilla CS , ve ark. International consensus on the initial diagnostic workup of cancer of unknown primary. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2023; 181: 103868.
- Van Montfort E, De Vries J, Arts R, Aerts JG, Kloover JS, Traa MJ. The relation between psychological profiles and quality of life in patients with lung cancer. Supportive Care in Cancer. 2020; 28: 1359-1367.

- Vargas ST, Marmitt N, da Siqueira SWdA, Laske AF, da Silva Terres M. Análise da qualidade de vida dos pacientes oncológicos em programas de navegação. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023; 6: 10687-10700.
- Wagner EH, Ludman EJ, Bowles EJA, Penfold R, Reid RJ, Rutter CM , ve ark. Nurse navigators in early cancer care: A randomized, controlled trial. *Journal of clinical Oncology*. 2014; 32: 12.
- Wang J, Liu Q, Yuan S, Xie W, Liu Y, Xiang Y , ve ark. Genetic predisposition to lung cancer: Comprehensive literature integration, meta-analysis, and multiple evidence assessment of candidate-gene association studies. *Scientific Reports*. 2017; 7: 8371.
- Wang J, Yin G, Li G, Liang W, Wei Q. Efficacy of physical activity counseling plus sleep restriction therapy on the patients with chronic insomnia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2015: 2771-2778.
- Wang K, Tepper JE. Radiation therapy-associated toxicity: Etiology, management, and prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71: 437-454.
- Wang Y-Q, Cao H-P, Liu X, Yang Z, Yin Y-Y, Ma R-C , ve ark. Effect of breathing exercises in patients with non-small cell lung cancer receiving surgical treatment: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*. 2020; 38: 101175.
- Wardrope A, Reuber M. The hermeneutics of symptoms. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2022; 25: 395-412.
- Wells-Di Gregorio S, Porensky EK, Minotti M, Brown S, Snapp J, Taylor RM , ve ark. The james supportive care screening: Integrating science and practice to meet the nccn guidelines for distress management at a comprehensive cancer center. *Psycho-Oncology*. 2013; 22: 2001-2008.
- Wells KJ, Valverde P, Ustjanauskas AE, Calhoun EA, Risendal BC. What are patient navigators doing, for whom, and where? A national survey evaluating the types of services provided by patient navigators. *Patient Education and Counseling*. 2018; 101: 285-294.

- Williams M, Kelly L, Knapp H. Emergency department utilization by navigated oncology patients compared with non-navigated oncology patients. *Journal of Oncology Navigation & Survivorship*. 2022; 13.
- Yılmaz NG, Van Weert JC, Peters E, Lissenberg-Witte BI, Becker A, Senan S , ve ark. Testing the effects of modality and narration style on patients' information use in a lung cancer treatment decision aid. *Medical Decision Making*. 2020; 40: 990-1002.
- Yoder C, Holtzclaw A, Sarkar S. The unique role of lung cancer nurse navigators in elderly lung cancer patients. *Current Geriatrics Reports*. 2020; 9: 40-46.
- Zibrik K, Laskin J, Ho C. Implementation of a lung cancer nurse navigator enhances patient care and delivery of systemic therapy at the british columbia cancer agency, vancouver. *Journal of Oncology Practice*. 2016a; 12: e344-e349.
- Zibrik K, Laskin J, Ho C. Integration of a nurse navigator into the triage process for patients with non-small-cell lung cancer: Creating systematic improvements in patient care. *Current Oncology*. 2016b; 23: 280-283.

EKLER

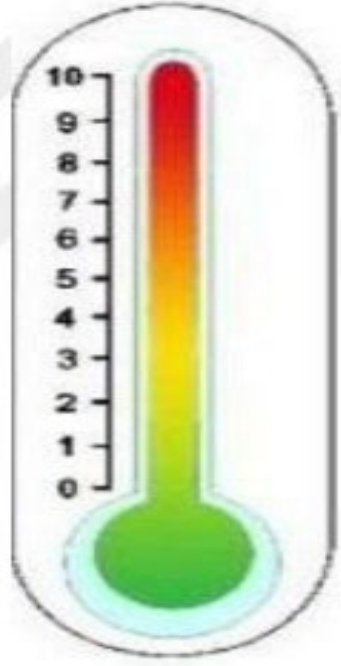
EK – 1. Araştırma Zaman Akış Çizelgesi

	2022											2023												2024									
İşlem Basamakları	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
Literatür Tarama																																	
Tez Önerisi																																	
Etik Kurul ve Hastane İzinlerin Alınması																																	
Eğitim Kitapçığı ve Eğitim Planının Hazırlanması																																	
Hazırlanan Eğitim Kitapçığı Uzman Görüşlerinin Alınması																																	
Ön Uygulama																																	
Örneklem Seçimi																																	
Araştırma Verilerinin Toplanması																																	
Verilerin Analizi																																	
Tez Raporunun Yazımı																																	
Tez Savunma Sınavı																																	

EK-2. Karnofsky Performans Skalası

Skor	Karnofsky Performans Ölçeği
%100	Normal yakınması yok, semptom yok
%90	Normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu olabilir
%80	Bazı zorluklarla beraber normal aktivitesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi var
%70	Kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz
%60	Gereksinimlerini karşılayabilir, nadir yardım gerekir, biraz yardıma ihtiyaç duyar
%50	Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir
%40	Özel bakım ve yardım gerekir
%30	Hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yoktur
%20	Çok hasta, hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi vardır
%10	Ölmek üzere
%0	Ölüm

EK- 3. Stres Termometresi
Aşırı distres



Stres yok

EK-4. Randomizasyon Listesi

[Home](#) [Games](#) [Numbers](#) [Lists & More](#) [Drawings](#) [Web Tools](#) [Statistics](#) [Testimonials](#) [Learn More](#) [Login](#)

RANDOM.ORG

True Random Number Service

Advisory: We only operate services from the RANDOM.ORG domain. Other sites that claim to be operated by us are impostors. If in doubt, contact us.

Random Sequence Generator

Here is your sequence:

X Grubu

Y Grubu

25	76
64	15
5	69
21	2
9	49
67	54
8	61
63	43
77	51
32	45
27	57
34	83
74	39
22	35
68	58
18	41
82	38
12	16
55	71
10	4
37	19
62	1
47	30
48	36
20	6
40	84
53	11
50	26
29	14
46	59
73	52
28	24
81	70
13	17
66	3
79	72
33	80
65	31
42	60
23	56
78	75
44	7

EK-5. Eğitim Kitapçığı Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyeleri

- *Prof. Dr. Zeynep ÖZER- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*
- *Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*
- *Gülbeyaz CAN- İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi*
- *Dr. Öğr. Üyesi Dilek YILDIRIM- İstanbul Aydın Üniversitesi Hemşirelik Bölümü*
- *Dr. Öğr. Üyesi Kamile KIRCA- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Üyeleri

- *Prof. Dr. Hasan Şenol Çoskun- Özel Akdeniz Sağlık Vakfı Yaşam Hastanesi*
- *Prof. Dr. Sema SEZGİN GÖKSU- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
- *Prof. Dr. Ali Murat TATLI- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*

Tıbbi Onkoloji Kliniği Hemşireleri

- *Hemşire Aysel TEKELİ- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi*
 - *Hemşire Yasemin KONDAK HÜGÜL- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
 - *Hemşire Ayşegül KÜÇÜKÇAKAL- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
 - *Uzm. Hemşire Burcu KOCABIYIK- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
-

EK-6. Discern Ölçüm Aracı- Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgidен önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EK-6 EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GÜVENİRLİK VE KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ- DISCERN

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşılıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılamasının olması

Dikkatli olunmalı eğer;

- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu ?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıkta bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu kitapçıkta bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli Eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

EK-7. Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formu Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyeleri

- *Prof.Dr. Zeynep ÖZER- Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*

Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Üyeleri

- *Prof. Dr. Sema SEZGİN GÖKSU- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
- *Prof. Dr. Ali Murat TATLI- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
- *Uzm. Dr. Ayşegül MERÇ ÇETİNKAYA- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
- *Uzm. Dr. Eren ŞAHİN- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
- *Uzm. Dr. Fatih ÖZBAY- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*

Tıbbi Onkoloji Kliniği Hemşireleri

- *Hemşire Ayşegül KÜÇÜKÇAKAL- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
 - *Uzm. Hemşire Burcu KOCABIYIK- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi*
-

EK -8. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; yeni tanı akciğer kanser hastalarında destekleyici bakım gereksinimleri doğrultusunda yapılan hemşire navigasyon programının (LungCaNN) anksiyete-depresyon düzeyi, hastalığa uyum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda, sizlerden bireysel ve hastalığınızla ilgili bilgileri içeren bir soru formunu (Birey Tanıtım Formu), stres düzeyinizi belirlemek için Stres Termometresi ve bakım gereksinimlerinizi belirlemek için ise Jamaes Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğini doldurmanız istenecektir. Çalışmamızın ön testi kapsamında; Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, EORTC QLQ 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği- LC akciğer Modülü ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği uygulanacaktır. Bu soruların uygulanması yaklaşık 20- 30 dakika sürecektir. Sizler ile çalışma sürecimiz 12 hafta olarak planlanmıştır. 12. haftanın sonunda son test kapsamında, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, EORTC QLQ 30 Yaşam Kalitesi Ölçeği- LC 13 Akciğer Modülü ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğini uygulanarak araştırma tamamlanacaktır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruma herhangi bir mali yük getirmemiştir. Çalışmaya katılma yönünde veya men kararınız olma durumunda hizmette aksamaya neden olmayacaktır.

Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve katıldığınız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz

Arş. Gör. Müge ALTINIŞIK

Bilgilendirilmiş Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK- 9. Kişisel Bilgi Formu

Örneklem no:		Tarih:	
TANITICI BİLGİLER			
1. Cinsiyet	☐ Kadın	☐ Erkek	
2. Yaş			
3. Kilonuz: kg		4. Boyunuz:....	5. BKİ.....
6. Sigara Kullanımı ☐ Hayır ☐ Evet gün/paket		7. Alkol Kullanımı ☐ Hayır ☐ Evet gün/süre	
8. Medeni durum	☐ Bekâr	☐ Evli	
9. Eğitim seviyesi	☐ Okuryazar değil	☐ İlkokulöğretim	☐ Lise
	☐ Önlisans	☐ Lisans	☐ Lisansüstü
10. Mesleğiniz:			
11. Çalışma Durumu	☐ Çalışıyor	☐ Çalışmıyor	☐ Emekli
12. Gelir Durumu	☐ Gelir giderden az	☐ Gelir gidere eşit	☐ Gelir giderden fazla
13. Sosyal güvence durumu	☐ SGK	☐ Özel sigorta	☐ SGK ve Özel sigorta
	☐ Sağlık sigortası yok		
14. Birlikte yaşadığınız Kişiler	☐ Yalnız	☐ Aileniz	☐ Çocuklar
15. Bakımınızda destek olan birisi/birileri var mı?	☐ Var	☐ Yok	Var ise kim.....
HASTALIK ÖZELLİKLERİ			
16. Tanı hangi evrede konuldu			
17. Metastaz durumu	☐ Var	☐ Yok	
18. Plananan Tedavi	☐ Kemoterapi	☐ Radyoterapi	☐ İmmünoterapi
	☐ Hormon tedavisi		
19. Herhangi bir cerrahi işlem geçirdiniz mi?	☐ Hayır	☐ Evet	Açıklayınız.....
20. Ek kronik hastalığınız var mı?	☐ Hayır	☐ Evet	Açıklayınız.....
21. Ailenizde akciğer tanısı alan yakınınız var mı?	☐ Hayır	☐ Evet	Açıklayınız.....
22. Hastalığınız nedeniyle aile üyelerinden herhangi biri işi bırakmak zorunda kaldı mı?	☐ Hayır	☐ Evet	Açıklayınız.....

EK- 10. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği

Aşağıda yaşayabileceğiniz belirti, sorun ve endişelerin listesi bulunmaktadır. Bugünü de kapsayacak şekilde, geçtiğimiz hafta boyunca sizin için duygusal açıdan sıkıntı oluşturan ya da rahatsız eden sorunların seviyesini işaretleyiniz. Eğer herhangi bir sorun yaşamıyorsanız “Yok” (0) şıkkını işaretleyiniz

Duygusal Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
1. Belirsizlik	0	1	2	3
2. Korkular	0	1	2	3
3. Morali bozuk ya da bunalımda hissetme	0	1	2	3
4. Endişe/Kaygı	0	1	2	3
5. Günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı	0	1	2	3
6. Fiziksel yetersizlikle başa çıkma	0	1	2	3
7. Öfke	0	1	2	3
8. Ağlama	0	1	2	3
9. Umudunu kaybetme/Umutsuzluk	0	1	2	3
10. Başkalarına yük oluyormuş gibi hissetme	0	1	2	3
11. Ölümünden korkma/Ölüyor olmaktan korkma	0	1	2	3
12. Dış görünüşe/Beden algısına dair endişeler	0	1	2	3
13. Yakında zamanda kayıp/Yas	0	1	2	3
14. Bunalmış hissetme	0	1	2	3
Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
15. Kişisel manevi uygulamalar ile ilgili endişeler	0	1	2	3
16. Allah ya da inanılan Yüce Varlıkla olan ilişki/bağ ile ilgili endişeler	0	1	2	3
17. Yaşamın anlamı/amacı ile ilgili endişeler	0	1	2	3
18. Allah tarafından önemsenip/önemsenmediği ile ilgili sorgulamalar	0	1	2	3
Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
19. Uygun tedaviye karar verme ile ilgili endişeler	0	1	2	3
20. Sağlık ekibiyle olan iletişim sorunları	0	1	2	3
21. Uzun dönem sağlık bakımını planlama ile ilgili endişeler	0	1	2	3
22. Şuan ki sağlık durumu ya da tedavi hakkındaki bilgi eksikliği	0	1	2	3
Sosyal Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
23. Yaşam koşulları ile ilgili endişeler	0	1	2	3
24. Barınma/Konaklama sorunları	0	1	2	3
25. Destek yetersizliği	0	1	2	3
26. Mali ya da sigorta ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
27. Ulaşım sorunları	0	1	2	3
28. İlaçları elde etme ile ilgili sorunlar	0	1	2	3

Bilişsel Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
29. Unutkanlık/Hafıza ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
30. Dikkati toplamada zorlanma	0	1	2	3
31. Zihin bulanıklığı	0	1	2	3
Fiziksel Belirtiler	Yok	Az	Orta	Şiddetli
32. Kusma	0	1	2	3
33. Mide bulantısı	0	1	2	3
34. Yorgunluk/Enerji kaybı	0	1	2	3
35. İştahsızlık	0	1	2	3
36. Güçsüzlük	0	1	2	3
37. Kilo kaybı	0	1	2	3
38. Uykulu hissetme/Sersemlik	0	1	2	3
39. Sıcak basması/Gece Terlemesi	0	1	2	3
40. Kramp	0	1	2	3
41. Ağrı	0	1	2	3
42. Uyku sorunları	0	1	2	3
43. Nefes darlığı	0	1	2	3
44. Karıncalanma/Uyuşma	0	1	2	3
45. İshal	0	1	2	3
46. Kabızlık	0	1	2	3
47. Ağız kuruluğu	0	1	2	3
48. İnatçı öksürük	0	1	2	3
Aşağıdaki endişe ya da problemlerden herhangi birini yaşıyor musunuz?				Bu Konu Hakkında Bilgi Almak İster Misiniz?
49. Cinsellik ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
50. Konuşmada Zorluk/ Yutkunmada Zorluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
51. Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeler	Evet	Hayır	Evet	Hayır
52. Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler	Evet	Hayır	Evet	Hayır
53. Sigara ya da Tütün Ürünlerinin Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
54. Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
55. Malulen Emekli Olmayı Belgelemek ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şuanda sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?.....

EK-11. Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0, 1, 2 veya 3'ten size **GEÇEN HAFTA BOYUNCA** en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
HİÇBİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	Hiçbir zaman	Bazen ve arasıra	Oldukça sık	Her zaman
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim.	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim.	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim.	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu.	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	0	1	2	3
18 S	Alınan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19 A	Fiziksel egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>).	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım.	0	1	2	3

EK -12. EORTC QLQ –C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği/ LC 13 Akciğer Modülü

Siz ve sağlığınız hakkında bazı şeylerle ilgileniyoruz. Lütfen soruların tamamını size uygun gelen rakamı daire içine alarak yanıtlayınız. Soruların “doğru” veya “yanlış” yanıtları yoktur. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1	Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2	Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çekermisiniz?	1	2	3	4
3	Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4	Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5	Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız olur mu?	1	2	3	4

	Geçtiğimiz hafta zarfında:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6	İşinizi ya da günlük faaliyetlerinizi yaparken sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7	Boş zaman faaliyetlerinize veya hobilerinize devam etmekten sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10	Dinlenmeye ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15	Kusmanız oldu mu?	1	2	3	4
16	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17	İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18	Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19	Ağrılarınız günlük faaliyetlerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20	Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi eylemleri yaparken dikkatinizi toplamada zorluk çekiyor musunuz?	1	2	3	4
21	Gerginlik hissediyor musunuz?	1	2	3	4

22	Endişelendiniz mi?	1	2	3	4	
23	Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4	
24	Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4	
25	Bazı eylemleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4	
26	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4	
27	Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal hayatınıza engel oldu mu?	1	2	3	4	
28	Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluklara neden oldu mu?	1	2	3	4	
Aşağıdaki sorular için 1 ila7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.						
29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?						
1	2	3	4	5	6	7
30. Geçen haftaki hayat kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?						
1	2	3	4	5	6	7

LC-13 Akciğer Modülü

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

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

EK-13. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımın dolayısıyla aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımın dolayısıyla arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastalığımın dolayısıyla çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

EK- 14. Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu

Navigasyon ve Görüşme Basamakları Formu					
1. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
MS					
SBS					
SS					
BS					
FS					
2. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
MS					
SBS					
SS					
BS					
FS					
3. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
MS					
SBS					
SS					
BS					
FS					
4. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme	

MS				Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
SBS					
SS					
BS					
FS					
5. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
MS					
SBS					
SS					
BS					
FS					
6. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
MS					
SBS					
SS					
BS					
FS					
7. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
MS					
SBS					
SS					
BS					
FS					
8. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme	

MS				Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
SBS					
SS					
BS					
FS					
9. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
MS					
SBS					
SS					
BS					
FS					
10. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme	
MS				Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
SBS					
SS					
BS					
FS					
11. Hafta					
Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip	
MS					
SBS					
SS					
BS					
FS					
12. Hafta					

Gereksinimler	Semptomlar	Acil servis ziyareti	Hastanede yatış ve süresi	5A Metadolojisi	Açıklama (Multidisipliner ekiple görüşme zamanı ve sayısı/Alınan hastane randevuları)	
DS				Değerlendirme Tavsiye Anlaşma Tavsiye Destekle Takip		
MS						
SBS						
SS						
BS						
FS						
Tanı ve tedavi sürecinde cepten harcama yaptınız mı?						
☐ Evet ☐ Hayır						
	1-250 TL	251-500TL	501-750TL	751-1000TL	1000TL-5000TL	5000TL ve üzeri
İlaçlar						
Muayene						
Laboratuvar hizmetleri						
Görüntüleme hizmetleri						
Tıbbi cihazlar ve malzemeler						
Ulaşım						
Konaklama						
Yemek						

DS; Duygusal Sorunlar, MS; Manevi/Dini Konular ile ilgili Sorunlar, SBS; Sağlık Bakım ile ilgili Sorunlar, SS; Sosyal Sorunlar, BS; Bilişsel Sorunlar, FB; Fiziksel Belirtiler

EK-15. Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği Kullanım İzni

Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği



mahire olcay cam

Kime: Siz

Bayrak eklenmiş

Sayın Müge Altınışik,
Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'ni çalışmanızda kaynak göstererek kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar dilerim.
M. Olcay Çam

Kimden: "Müge Altınışik"

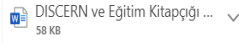
Kime: "mahire olcay cam"

Gönderilenler: 27 Nisan Çarşamba 2022 13:04:11

Konu: Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği

EK-16. DISCERN Kullanım İzni

DISCERN ölçeği kullanım izni



2 ek (70 KB) Tümüünü OneDrive'a kaydet Tümüünü indir

Arş.Gör. Müge ALTINIŞIK
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

'Akciğer Kanseri Hastalarında Destekleyici Bakım Gereksinimleri Doğrultusunda Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının, Anksiyete-Depresyon Düzeyi, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi' konulu doktora teziniz için yazılı eğitim materyallerinin uygunluğunun değerlendirilmesinde geçerlilik güvenirliği tarafımdan yapılan DISCERN kullanırken kaynak gösterdiğiniz (aşağıda belirtilmiştir) ve aşamaları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, DISCERN çalışmanızda kullanmanız bilgiyi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyada ölçek ve değerlendirme kriterleri yer almaktadır. Sonrasında verilen eğitimi ve citation ilişkin bilgiyi paylaşırsanız memnun olurum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. İyi çalışmalar ve iyi günler

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Lefkoşa/KKTC

EK-17. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21 Kullanım İzni

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 21 Kullanım İzni



Hakan Sarıçam

Kime: Siz

Bayrak eklenmiş



46. DASÖ 21.docx
19 KB



Müge Merhabalar,
Ölçeğin maddeleri ve puanlama bilgileri ektedir.
Tez çalışması kapsamında memnuniyetle kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar ve sağlıklı günler dilerim.

EK-18. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanım İzni



Derya Atik

Kime: Siz

Bayrak eklenmiş



KHUÖ.docx
17 KB



Kolaylıklar diliyorum.

Derya Atik

EK-19. EORTC-QLQ-30 Ölçeği Kullanım İzni

Yan: EORTC QLQ-C30 (version 3.0) ölçek izni

EC Eylem Sahin CANKURTARAN
Kime: Siz

Bayrak eklenmiş

SCmanual-son.pdf
355 KB

QLQ-C30_Turkish.pdf
22 KB

EJCC- EORTC.pdf
78 KB

3 ek (454 KB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Müğe hanım,
Çalışmanızda EORTC QLQ C30 ölçeğini kullanabilirsiniz. Ekte ölçek ve kullanımına dair dosyalara ulaşabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim

Your request for an EORTC-questionnaire

Dear Müge Altınışık,
Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.
This is an acknowledgment of the receipt of your request that is being dealt with at the moment by a member of staff.
The use of the questionnaires is subject to the terms and conditions you agreed to follow. You can review the terms and conditions [here](#).
Further correspondence shall follow advising you of the outcome. If you have requested a module under development, you will receive an e-mail with an additional agreement for your signature.

EORTC
<http://www.eortc.org>
<http://qol.eortc.org>

EK-20. EORTC-QLQ-LC 13 Akciğer Modülü Kullanım İzni

← Your request for an EORTC-questionnaire Request ID : 82703

N no-reply@eortc.be
27.04.2022 Çar 23:20
Kime: Siz

↩ ↶ ↷ ...

Dear Müge Altınışık,
Thank you for registering on the EORTC Quality of Life Group website.
Your registration to obtain permission to use our tools has been approved. During the registration process you agreed to our terms and conditions regarding the academic use of our questionnaires. You can review the terms and conditions [here](#).

Please find below the links to the requested tools:

[Lung Module \(LC13\) - Turkish](#)

Scoring Manuals:

[LC13 Scoring Manual](#)

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek

EK-21.Türk Toraks Derneği Solunum Rehabilitasyon Kitap Kullanım İzni

Solunum Rehabilitasyonu Kitap Kullanım İzni



Türk Toraks Derneği

Sayı: Y-2022-216

31.08.2022

Konu: "Solunum Rehabilitasyonu Kitap Kullanım İzni"

Sayın Müge ALTINIŞIK,

Öncelikle derneğimize ulaştığınız için teşekkür ederiz.

Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulumuzun yapmış olduğu değerlendirmede, Türk Toraks Derneği Eğitim Kitapları Serimizde yer alan "Solunumsal Rehabilitasyon" başlıklı bilgilendirme kitapçığımızı doktora tezinizde kullanmak üzere içeriğinde herhangi bir değişiklik yapmamak ve Dernek olarak ismimizi kaynak göstermek şartıyla yararlanmanızı uygun bulmuştur.

Bilgilerinize sunar, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Sevgi ve saygılarımızla,

Doç. Dr. Aşlı GÖREK DİLEKTAŞLI
Genel Sekreter

Prof. Dr. Bahriye Oya İTİL
Genel Başkan

EK-22. Eğitim Kitapçığı Kullanım İzni

Akciğer Kanseri Hastalar için eğitim kitapçığı kullanım izni

MA Müge Altınışık
Kime: Burcu Çelik Kocabıyık

Burcu Hanım merhaba,

Akciğer kanseri hastaların eğitimi için oluşturduğumuz eğitim kitapçığımızı (LungCaNN) kullanmanızdan mutluluk duyuyoruz. İyi çalışmalar dileriz.

Araş. Gör. Müge ALTINIŞIK
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Burcu Çelik Kocabıyık

İmzaları yazdı (7 Eki 2024 09:02):

akciğer kanseri hastalar için eğitim kitapçığımızı(LungCaNN)

Yanıtla İlet

BK Burcu Çelik Kocabıyık
Kime: Siz

Merhaba Müge Hanım, tez çalışma kapsamında oluşturduğunuz akciğer kanseri hastalar için eğitim kitapçığınız (LungCaNN) Akdeniz Hastanesi Gündüz Kemoterapi Ünitesi'nde izniniz olursa hasta bilgilendirme amaçlı kullanmak istiyoruz. İyi çalışmalar, iyi haftalar dilerim.

EK-23. Hastane İzin Yazısı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Sayı : 60590709/

Konu: Müge ALTINIŞIK - Tez Çalışması Hk.

30/06/2022

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi : Üniv. Hast. Başmüdürlüğü'nün 16/06/2022 tarih ve E-26708535-900-383684 sayılı yazısı.

İlgide kayıtlı yazı ile bildirilen, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Doktoru Programı öğrencisi Müge ALTINIŞIK'ın "Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimleri Doğrultusunda Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Anksiyete-Depresyon, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını Bilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Adres	: Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07070 ANTALYA
Faks	: (0242) 2496040
Tel	: (0242) 2496480
e-mail	: icerhastaliklari@akdeniz.edu.tr

EK-24. Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 70904504/
Konu : Kural Kararı

10.06.2022

Sayın
Dr.Öğr.Üyesi Fatma ARIKAN
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimleri Doğrultusunda Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Anksiyete-Depresyon, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi" adlı çalışmaya ait Kural Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2022

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Fatma ARIKAN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimleri Doğrusunda Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Anksiyete-Depresyon, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 375	Tarih: 25.05.2022
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılacağı merkez/merkezlerden izin alındıktan sonra yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-25. Depresyon, Anksiyete ve Stres, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesi alt boyut puan ortalamalarının yordanmasına ilişkin regresyon analizi sonuçları

Yordanan	Yordayıcı	B	β	Hata	t	p	sd	F	p	R	R ²
Depresyon	Sabit	23.996	1.994		12.036	<0.001					
	Sosyal Uyum	-0.336	0.069	-0.459	4.902	<0.001					
	Fiziksel Uyum	-0.236	0.072	-0.256	3.251	0.002	380	28.152	<0.001	0.717	0.514
	Genel Yaşam Kalitesi	-0.370	0.139	-0.249	2.657	0.010					
	Sabit	10.881	2.188		4.973	<0.001					
Stres	Psikolojik Uyum	-0.190	0.069	-0.208	2.746	0.007	380	81.071	<0.001	0.867	0.752
	Genel Yaşam Kalitesi	-0.308	0.130	-0.166	2.380	0.020					
	Sabit	18.130	1.611		11.257	<0.001	1				
Anksiyete	Sosyal Uyum	-0.186	0.071	-0.279	2.635	0.010	81	6.944	<0.001	0.279	0.078
	Sabit	34.975	2.477		14.119	<0.001	2				
Fiziksel Uyum	Genel Yaşam Kalitesi	0.768	0.213	0.367	3.604	<0.001	81	27.176	<0.001	0.634	0.402
	Depresyon	-0.501	0.143	0.356	3.491	<0.001					
	Sabit	30.302	2.216		13.672	<0.001	2				
Sosyal Uyum	Depresyon	-0.348	0.110	-0.320	3.154	0.002	81	8.823	<0.001	0.423	0.179
	Anksiyete	-0.358	0.152	-0.239	2.350	0.021					
Psikolojik Uyum	Sabit	25.950	2.153		12.054	<0.001					
	Stres	-0.777	0.085	-0.711	9.090	<0.001	2				
	Genel Yaşam Kalitesi	0.434	0.202	0.213	2.152	0.034	81	42.490	<0.001	0.716	0.512
	Sabit	35.045	3.065		11.434	<0.001	1				
Fonksiyonel	Sosyal Uyum	-0.379	0.134	-0.298	2.822	0.006	82	7.966	0.006	0.298	0.089
	Sabit	4.363	2.083		2.095	0.039					
Genel Yaşam Kalitesi	Stres	-0.234	0.053	-0.434	-4.412	<0.001	1				
	Fiziksel Uyum	0.154	0.047	0.323	3.282	0.002	82	48.389	<0.001	0.667	0.445
	Sabit										

Akciğer Hastaları için Eğitim Kitapçığı
LungCaNN



Bu kitapçık '*Akciğer Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimleri Doğrultusunda Uygulanan Hemşire Navigasyon Programının Anksiyete-Depresyon, Hastalığa Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi*' başlıklı doktora tez çalışmasının kapsamında hazırlanmıştır.

Hazırlayan: Araş. Gör. Müge ALTINIŞIK
Danışman: Doç Dr. Fatma ARIKAN

LungCaNN
(Akciğer Hastaları için Eğitim Kitapçığı)

Değerli Hastalarımız,

Bu kitapçık sizlerin hissettikleri desteklenmemiş bakım gereksinimlerini destekleyebilmek için navigatör hemşire önderliğinde bir rehber olarak hazırlanmıştır. Kitapçıkta yaşayabileceğiniz gereksinimleri azaltabilmek ya da tamamen karşılayabilmek için size yarar sağlayacağı düşünülen öneriler yer almaktadır.

Sağlıklı Günler Dileriz



Değerli Hastalarımız, kanser tanı ve tedavi olarak zorlu bir süreçtir. En zor günlerinizde dahi bu sürecin geçici olabileceğini unutmayınız. Yaşayabileceğiniz zorluklarla başa çıkabilmek için güçlü kalmaya çalışınız.

Tanı ve tedavi sürecinizde navigatör hemşireniz tarafından size danışmanlık sağlanacaktır. Tedavi alan her birey bütün yan etkileri yaşamaz, bazen birkaç yan etki görülürken bazen hiçbir yan etki görülmeyebilir.

Yan etkilerin şiddeti hastadan hastaya değişmektedir. Her türlü gereksinim için **Navigatör Hemşireniz** ile iletişime geçebileceğinizi unutmayınız.

Navigatör hemşirenize ulaşmadığınız durumlarda lütfen acil servise başvurunuz.

Randevular hafta içi = 8.30.00-17.00

Acil durumlar= 7/24

Navigatör Hemşirenizin İletişim Numarası;



İçindekiler

LungCaNN Navigasyon Programı Nedir	5
Navigatör Hemşire Kimdir	5
Akciğer Kanseri	6
Kullanılan Tedavi Yöntemleri	6
Tedaviye Hazırlık Aşaması	6
Tedavilerin Yan Etkileri	9
FİZİKSEL SORUNLAR ile BAŞ ETME	9
Hastalık veya Tedavi ile İlişkili Semptomlar ve Baş Etme.....	10
DİSPNE (NEFES DARLIĞI).....	10
ÖKSÜRÜK.....	21
AĞRI.....	22
NÖTROPENİ (ENFEKSİYON RİSKİ).....	24
NÖROPATİ.....	29
İŞTAHSIZLIK.....	32
BULANTI-KUSMA.....	34
AĞIZ KURULUĞU	37
MUKOZİT (AĞIZ İÇİ YARA).....	39
İSHAL.....	41
ALOPESİ (SAÇ DÖKÜLMESİ).....	45
CİNSEL SORUNLAR.....	46
CİLT REAKSİYONLARI.....	53
YORGUNLUK.....	55

UYKUSUZLUK	57
BESLENME	60
DUYGUSAL SORUNLAR ve BAŞ ETME	62
İNKAR ile BAŞ ETMEK	62
KIZGINLIK ile BAŞ ETMEK	63
ANKSİYETE ile (KAYGI) BAŞ ETME	64
ÜZÜNTÜ ve DEPRESYON ile BAŞ ETMEK	65
SUÇLULUK ile BAŞ ETMEK	66
UMUT ETMEK	67
BEDEN İMAJI ile DEĞİŞİKLİKLERLE BAŞ ETMEK	69
BİLİŞSEL SORUNLAR ve BAŞ ETME	71
BİLİŞSEL SORUNLAR	71
SOSYAL SORUNLAR ve BAŞ ETME	74
MALİ DESTEK ile İLGİLİ BİLGİLER	74
ULAŞIM DESTEĞİ ile İLGİLİ BİLGİLER	74
SİGORTA ve İLAÇLARI ELDE ETME ile İLGİLİ DURUMLAR	75
İŞE DÖNÜŞ ile İLGİLİ BİLGİLER	75

Ek- 27. Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formu

Navigatör Hemşire Hasta Değerlendirme Formu



Solumun Sıkıntısı Değerlendirme

Sorular	
1. Yaşadığınız solumun sıkıntısının şiddetini belirleyelim. 0= "Solumun sıkıntım yok" ve 10= "Yaşadığınız en fazla solumun sıkıntısı" ise; <i>Lütfen yaşadığınız solumun sıkıntısı düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Komaşırken solumun sıkıntınız nedeniyle duraksıyor musunuz?	
3. Öksürüğünüz veya hızlı bir solumununuz mu var?	
4. Göğüs ağrısı, ateş veya yorgunluğunuz var mı?	
5. Aniden solumun sıkıntısı ile mi uyanıyorsunuz?	
6. Cildinizde solukluk veya tırnaklarınızın çevresinde mavimsi renk var mı?	
7. Geçen hafta içerisinde kilo aldınız ve ya verdiniz mi?	
8. El ve ayaklarınızda şişlik var mı?	
9. Dinlenirken kalp atış hızınız (nabızınız) nasıl?	
10. Solumun sıkıntınız ne zaman başladı?	
11. Solumun sıkıntınız ne sıklıkta oluyor?	
12. Solumun sıkıntınız ne kadar sürüyor?	
13. Kullandığınız ilaçlarınız var mı? Varsa yazınız	
14. Solumun sıkıntınız ne zaman başladı?	

Uykusuzluk Düzeyi Değerlendirme

Sorular	
1. Yaşadığınız uykusuzluk düzeyi belirleyelim. 0= "Uyku sıkıntınız yok" ve 10= "Yaşadığınız en yüksek uykusuzluk hissiniz" ise; <i>Lütfen yaşadığınız uykusuzluk düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Uykuya dalmakta güçlük mü çekiyorsunuz?	
3. Cevabınız evet ise ne kadar süredir uykuya dalmakta güçlük çekiyorsunuz?	
4. Sık sık uyanıyor musunuz?	
5. İstenmediği halde sabah erken mi uyanıyorsunuz?	
6. Düzenli kullandığınız ilaçlarınız var mı?	
7. Yaşadığınız başka bir geçim var mı?	

Öksürük Şiddeti Değerlendirme

Sorular	
1. Yaşadığınız öksürük şiddetini belirleyelim. 0= "Öksürük yok" ve 10= "Yaşadığınız en fazla öksürük şiddeti" ise; <i>Lütfen yaşadığınız öksürük şiddetine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Öksürüğünüz ne kadar süredir devam ediyor?	
3. Öksürüğünüzün günün hangi saatinde artış gösteriyor?	
4. Öksürüğünüze balgam eşlik ediyor mu?	
5. Balgamınızın renginde değişme (yeşil vb.) var mı?	
6. Balgamınızda veya tükürüğünüzde kan geliyor mu?	

Ağrı Değerlendirme

Sorular	
1. Yaşadığınız ağrının şiddetini belirleyelim. 0= "Ağrı yok" ve 10= "Yaşadığınız en yüksek ağrı hissiniz" ise; <i>Lütfen yaşadığınız ağrı düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Ağrınız ne zaman başladı?	
3. Ağrıyı vücudunuzun tam olarak neresinde hissediyorsunuz?	
4. Hissettiğiniz ağrı yeni bir yerde mi?	
5. Ağrı atığı aniden mi yoksa kademeli mi artıyor?	
6. Ağrınız kesin bir acı (boşaltı, sırt ağrısı, zıkkın veya karıncalanma şeklinde mi?	
7. Ağrınızı azaltan (istirahat etmek, pozisyon, vb.) ya da artıran durumlar (hareket etmek, nefes almak, vb.) var mı?	
8. Ağrı kesici aldınız mı? Cevabınız evet ise ağrı kesiciden 2 saat sonra ağrınızı 1-10 arasında tekrar değerlendirir misiniz?	
9. En son aldığınız tedavi ve tarihi nedir?	
10. Ağrı günlük hayatınızı nasıl etkiliyor?	
11. Yaşadığınız başka bir geçim var mı?	

Nöropati Değerlendirme	
Sorular	
1. Ellerinizde, ayaklarınızda veya sırtınızda ağrınız var mı?	
2. Yaşadığınız nöropatik ağrı şiddetini belirleyelim. 0= "Nöropati ağrı yok" ve 10= "Yaşadığınız en yüksek nöropati ağrı hissiniz" ise; <i>Lütfen yaşadığınız yorgunluk düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. Ellerinizde ayaklarınızda uyuşma ve karıncalamaya yaşıyor musunuz?	
4. Nenseleri toplamada veya giysileri iliklemede veya yazı yazmada zorluk yaşıyor musunuz?	
5. Bacaklarınızda ağırlık hissi, ağrı veya yürüme sorunları yaşıyor musunuz?	
6. Denge kaybı yaşıyor musunuz?	
7. Kabızlık yaşıyor musunuz?	
8. İdrarınız yapmada güçlük mü çekiyorsunuz?	
9. Yaşadığınız başka bir <u>semptom</u> var mı?	

Enfeksiyon Riski Değerlendirme	
Sorular	
1. En son aldığınız tedavi ve tarihi nedir?	
2. Antibiyotik kullandınız mı?	
3. Cevabınız evet ise en son ne zaman kullandınız?	
4. Son 24 saat içerisinde ateşinizi ölçtüğünüz mü?	
5. Son 1 saat içerisinde ölçtüğünüz ateşiniz kaç?	
6. Ateş düşürücü ilaç aldınız mı?	
7. Cevabınız evet ise ne zaman ve kaç tane aldınız?	
8. Yaşadığınız başka bir <u>semptom</u> var mı?	

Yorgunluk Düzeyi Değerlendirme	
Sorular	
1. Yaşadığınız yorgunluğun şiddetini belirleyelim. 0= "Yorgunluk yok" ve 10= "Yaşadığınız en yüksek yorgunluk hissiniz" ise; <i>Lütfen yaşadığınız yorgunluk düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Yaptığınız işlere odaklanmakta güçlük çekiyor musunuz?	
3. Dinlendikten veya uyuduktan sonra kendinizi yorgun hissediyor musunuz?	
4. Dinlenirken solunum sıkıntınızda veya kalp atım hızınızda artış oluyor mu?	
5. Son 1 ay içerisinde kilo aldınız mı veya verdiniz mi?	
6. Yaşadığınız başka bir <u>semptom</u> var mı?	

İştah Durumu Değerlendirme	
Sorular	
1. Yaşadığınız iştah durumunu belirleyelim. 0= "İştahsızlığın yok" ve 10= "Yaşadığınız en yüksek iştahsızlık durumu" ise; <i>Lütfen yaşadığınız iştah düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. En son aldığınız tedavi ve tarihi nedir?	
3. Son 24 saatte ne kadar yemek yediniz?	
4. Son 1 ayda içinde hiç çabalamadan kilo verdiniz mi? Cevabınız evet ise kaç kilo verdiniz?	
5. Günde ne kadar sıvı tüketiyorsunuz?	
6. Baş dönmesi hissi, ağız kuruluğu, artan susama hissi, baygınlık hissi ve kalp atış hızınızda artış hissediyor musunuz?	
7. En son aldığınız tedavi ve tarihi nedir?	
8. Yaşadığınız başka bir <u>semptom</u> var mı?	

Mukozit Değerlendirme	
Sorular	
1. Yaşadığınız mukozit şiddetini belirleyelim. 0= "mukozit yok" ve 10= "Yaşadığınız en yüksek mukozit düzeyi" ise; <i>Lütfen yaşadığınız mukozit düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Ağız kuruluğu var mı?	
3. Yaralar ağrılı mı?	
4. Ağızınızda herhangi bir kızarıklık veya beyaz lekeli alanlar görüyor musunuz?	
5. Ağızınızda yaralar kanıyor mu?	
6. > 38°C ateşiniz var mı?	
7. Yemek yiyebiliyor musun.	
8. Günde ne kadar sıvı içiyorsunuz?	
9. Son 1-2 haftada hiç çabalamadan kilo verdiniz mi?	

Bulantı- Kusma Değerlendirme	
Sorular	
1. Yaşadığınız bulantı düzeyi belirleyelim. 0= "Bulantı" ve 10= "Yaşadığınız en yüksek bulantı hissiniz" ise; <i>Lütfen yaşadığınız bulantı düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2. Yaşadığınız kusma düzeyi belirleyelim. 0= "Kusma" ve 10= "Yaşadığınız en yüksek kusma hissiniz" ise; <i>Lütfen yaşadığınız kusma düzeyine 1 ile 10 arasında bir değer veriniz.</i>	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3. Kusuysanız günde kaç kez kusuyorsunuz?	
4. Miktarı ne kadar?	
5. Kahve telvisi görüntüsü var mı?	
6. Son 24 saat içinde yemek yiyebildiniz mi?	
7. Son 1-2 haftada hiç çabalamadan kilo verdiniz mi?	
8. Günde ne kadar sıvı tüketiyorsunuz?	
9. Baş dönmesi hissi, ağız kuruluğu, artan susama hissi, baygınlık hissi ve hızlı kalp atış hızınızda artış hissediyor musunuz?	
10. Karın ağrınız var mı?	
11. Kullandığınız ilaçlar var mı?	
12. Günde ne kadar sıvı tüketiyorsunuz?	
13. Yaşadığınız başka bir <u>semptom</u> var mı?	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Müge	Uyruğu	T.C
Soyadı	Altınışik	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Isparta Anadolu Lisesi	2008
Lisans	Ufuk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu	2013
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019
Doktora	Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2024

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2018-Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yökdil	68

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Onkoloji Kliniğinde Hasta ve Hemşire Bakış Açısıyla Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı	Yükseköğretim Kurumları Destekli Proje	2018-2019

Burslar-Ödüller:

COVID-19 Pandemi Sürecinde Onkoloji Kliniğinde Hasta ve Hemşire Bakış Açısıyla Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı: Karşılaştırmalı Kesitsel Çalışma
24. Ulusal Kanser Kongresi 2022. Sözel bildiri birincilik ödülü

Yayınlar ve Bildiriler:

1. **Altınışik, M.**, Arıkan, F. “Individualized Care” From the Viewpoint of Turkish Patients and Oncology Nurses. *Cancer Nursing* 45(6):p E903-E913, 11/12 2022. | DOI: 10.1097/NCC.0000000000001057. (SCI – Expanded)
2. **Altınışik, M.**, Kocabıyık, B., Arıkan, F., Sevik, H. Y., & Coskun, H. S.,. (2022). The relationship between hope levels and unmet needs of caregivers of advanced cancer patients†. *Japan Journal of Nursing Science*, 19(3), e12482. <https://doi.org/10.1111/jjns.1248> (SSCI)
3. **Arıkan, F.**, Kartöz, F., Karakuş, Z., **Altınışik, M.**, Özer, Z., & Korcum Şahin, A. F. (2024). Body image and social appearance anxiety in patients with cancer undergoing radiotherapy: a cross-sectional study. *BMC Psychology*, 12(1), 363. (SSCI)

Diğer Dergilerde Yayınlanan Makaleler

1. **Altınışik, M.**, Arıkan, F., & Özer, Z. (2022). Kanserle İlişkili Anksiyetenin Yönetiminde İnhalasyon ve Masaj Yoluyla Uygulanan Aromaterapinin Etkisi: Sistematik Bir Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(2). (TR DIZIN)
2. **Altınışik, M.**, & Arıkan, F. (2021). Koronavirüs (COVID-19) Hastalarına Yoğun Bakımda Pulmoner Rehabilitasyon. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 190-198.

Kitap Bölümleri

1. Blood Disorders

Doğan N., **Altınışik M.**, Özdelikara A., Alıkan B., Arıkan F. *Medical Nursing*, Gülbeyaz CAN,Zehra TÜLEK, Editör, NOVA Science Publishers Inc. , New York, ss.55-66, 2023

2. Klinik Bakımda İnovatif Hemşirenin Rolü

Altınışik M., Arıkan F. *Bakım Kalitesini İyileştirmede İnovasyon* , Aydanur Aydın, Editör, Akademisyen Yayınevi Kitabevi, Ankara, ss.59-73, 2021

3. Multiple Skleroz

Arıkan F., **Altınışik M.** Hemşirelik Bakım Planları Tanılar, Girişimler ve Sonuçları, Sevilay Şenol Coşkun, AyişeKaradağ, Editör, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, ss.417-430, 2019

Kongre Katılımları

1. COVID-19 Pandemi Sürecinde Onkoloji Kliniğinde Hasta ve Hemşire Bakış Açısıyla Bireyselleştirilmiş Bakım algısı: Karşılaştırmalı Kesitsel Çalışma
Altınışik M., Arıkan F., Küçükçakal A., Coşkun H.Ş.
24.Ulusalkanser Kongresi, Türkiye, 09 Kasım 2022, ss.17-18
2. Onkoloji Kliniğinde Hasta ve Hemşire Bakış Açısıyla Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı **Altınışik M.**, Arıkan F.
21.Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Türkiye,9 -13 Ekim 2019
3. Akciğer Kanseri Hastalarında Refleksolojisi Uygulaması ve Destekleyici Bakım
Altınışik M., Arıkan F.
2. Uluslararası 4. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, 25 -28 Eylül 2019
4. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında İnhaler Cihaz Kullanım Hatası ve Tedaviye Uyumsuzluk. **Altınışik M.**, Arıkan F.
5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 24 -27 Nisan 2019, sa.2, ss.15-22
6. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Umut Düzeyleri **Altınışik M.**, Çelik Kocabıyık B., Arıkan F., Şevik Y., Coşkun H.Ş.
23. Ulusal Kanser Kongresi, Antalya, Türkiye, 17 -21Nisan2019, ss.33
7. VI. Kanser Hastalarında Beden İmajı ve Sosyal Görünüş Kaygısı
Arıkan F., Kartöz F., Karakuş Er Z., **Altınışik M.**, Özer Z., Korcum Şahin A.F.
23. Ulusal Kanser Kongresi, Antalya, Türkiye, 17 -21Nisan 2019, ss.1