

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

TIBBİ ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YENİ
TANI KANSER HASTALARININ HASTALIKLARI
HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİ
DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.SERCAN ÖN
UZMANLIK TEZİ

İZMİR
2018

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI



TIBBİ ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YENİ
TANI KANSER HASTALARININ HASTALIKLARI
HAKKINDA BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİ
DEĞERLENDİRİLMESİ

DR.SERCAN ÖN
UZMANLIK TEZİ

DANIřMAN
Prof. Dr. İlhan ÖZTOP
TEşEKKÜR

İç hastalıkları uzmanlık eğitimi sürecinde gerek kendi bilgi ve hekimlik tecrübeleri ile gerekse sosyal konularda her zaman yanımda olan başta İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı başkanı değerli hocam, Prof. Dr. Fatoř ÖNEN'e ve tüm değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesi aşamasındaki katkıları ve yardımları için başta tez danışmanım Prof. Dr. İlhan ÖZTOP'a, çalışmanın yazım aşamasındaki yardımları için Uzm. Dr. Zeynep Gülsüm GÜÇ'e ve tüm Medikal Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyeleri ve uzmanlarına teşekkür ederim.

Tüm eğitim sürecinde yanımda olan ve hayatıma anlam katan aileme, sevgili eşim Şebnem ve biricik kızımız Eylül'e; sizi çok seviyorum iyi ki varsınız.

İÇİNDEKİLER TABLOSU

TABLolar.....	ii
GRAFİKLER.....	iii
KISALTMALAR	iv
ÖZET.....	v
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 EPİDEMİYOLOJİ.....	4
2.2 ETİYOLOJİ	5
2.3 KANSER BELİRTİLERİ.....	8
2.4 TANI YÖNTEMLERİ	10
2.5 TEDAVİ	12
3.BİREY VE YÖNTEMLER.....	14
4. İSTATİKSEL ANALİZ	15
5. BULGULAR.....	16
5.1 Hastaların demografik özellikleri.....	16
5.2 Hastaların geldiği branş ve hastalıklarına ilişkin bilgiler	16
5.3 Hastaların geldiği branş ile demografik verilerinin ilişkisi.....	17
5.4 Hasta verilerinin sorumlu doktor tarafından değerlendirilmesi.....	17
5.5 Hastaların bilgilendirilme düzeyi	22
5.6 Hastaların tedavi hakkındaki bilgi düzeyleri.....	23
5.7 Hastaların geldiği branşa göre bilgi düzeyinin değerlendirilmesi.....	24
5.8 Hastaların bilgi düzeyine hastalık evresinin etkisi	25
5.9 Hastaların bilgi düzeylerine demografik verilerin etkisi	26
5.10 Yakınlarında hastalık öyküsünün hastaların bilgi düzeyine etkisi.....	28
5.11 Farklı bilgi kaynağına başvuran hastaların bilgi düzeyi değerlendirmesi	29
5.12 Tanı konulan branşlarda doktor hasta iletişimi	30
5.13 Yakınları bilgilendirilen hastaların özellikleri.....	31
5.14 Hastaların bilgi kaynaklarından beklentileri.....	32
6.TARTIŞMA.....	33
7. SONUÇ VE ÖNERİ	39
KAYNAKÇA.....	40
EK 1.....	45

TABLÖLAR

Tablo 1: Hastaların demografik verileri.....	19
Tablo 2:Hastaların yönlendirildiği branş ve hastalıklarına ilişkin bilgileri	20
Tablo 3:Doktor tarafından belirlen hastalığın kaynaklandığı organ ve hastalık evresi	21
Tablo 4:Hastaların bilgilendirilme düzeyi	22
Tablo 5:Hastaların tedavi hakkında bilgi düzeyleri.....	23
Tablo 6:Hastaların geldiği branşın bilgi düzeylerine etkisi	25
Tablo 7:Bilgi düzeyine hastalık evresinin etkisi.....	26
Tablo 8:Bilgi düzeyine demografik verilerin etkisi.....	28
Tablo 9:Farklı bilgi kaynağına başvuru ve bilgi düzeyine etkisi	29
Tablo 10:Başvurulan diğer bilgi kaynakları.....	30
Tablo 11:Doktor hasta iletişimi ve bilgi düzeyine etkisi	31

GRAFİKLER

Grafik 1: Hastaların bilgi kaynaklarından beklentileri	32
--	----



KISALTMALAR

AFP: Alfa fetoprotein

CEA: Karsinoembriyonik antijen

DEÜTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

DNA: Deoksiribonükleik asit

EBV: Epstein Barr virüs

ERCP: Endoskopik Retrograde Kolanjiopankreatografi

HCC: Hepatosellüler Karsinoma

HBV: Hepatit B Virüs

FDG: Fluorodeoxyglucose

LAP: Lenfadenopati

PAAC: Postero-Anterior Akciğer

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

RCC: Renal Cell Carcinoma

PSA: Prostat Spesifik Antijen

UV: Ultraviyole

ÖZET

TIBBİ ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN YENİ TANI KANSER HASTALARININ, HASTALIKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİ

Kanser dünya genelinde yaşamı tehdit eden ciddi bir sağlık sorunudur. Son yıllarda gerek erken tanı gerekse tedavi alanında kaydedilen gelişmeler sayesinde yaşam sürelerinde ciddi uzamalar kaydedilmiştir. Ancak kanser halen ciddi bir hastalıktır ve tanı ve tedavi süreci kompleks bir süreçtir. Kanser tanısı konulduktan sonra hastaların çoğunluğu hastalıklarının nedenlerini, seyrini ve tedavi alternatiflerini merak etmektedir. Bu aşamada hastaların hekimlerden ve farklı bilgi kaynaklarından doğru ve tatminkar bilgi edinebilmesi büyük önem taşımaktadır. Farkındalık ve bilgi düzeyinin artmış olması tedaviye karar verme ve tedavi sürecine uyum konusunda anlamlı katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda bu çalışmada DEÜTF Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran, yeni tanı kanser hastalarının tıbbi onkolojideki muayeneleri öncesinde hastalıkları hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

01 Ocak 2018– 31 Mart 2018 tarihleri arasında DEÜTF Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran, yeni kanser tanısı almış 159 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar dahili branşlardan ve cerrahi branşlardan sevk edilen hastalar olarak iki grupta değerlendirilmiştir. Hastaların bilgi ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla kendilerine toplam 21 sorudan oluşan anket yöneltilmiştir.

Hastaların 148'inde anket kendisi ile, 11'inde ise yakınları ile görüşülerek anket dolduruldu. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $59 \pm 14,54$ olup, 72'si (%45,3) kadın, 87'si (%54,7) ise erkekti. Hastalara tıbbi onkoloji bölümüne gelmeden önce hastalıkları hakkında bilgi verilme durumu sorulduğunda 151 hasta (%95) hastalığı hakkında bilgi verildiğini, 8 hasta (%5) ise herhangi bir bilgi verilmediğini belirtti. Bilgi verilen hastalardan 140'ı (%88,1) doktordan, 11'i (%6,9) ise kendi yakınlarından bilgi aldığını ifade etti. Hastalara hastalıkları hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterliliği sorulduğunda 45 hasta (%28,3) yeterli olduğunu, 74 hasta (%46,5) kısmen yeterli olduğunu, 40 hasta (%25,2) ise yetersiz olduğunu belirtti.

Yeterli bilgi düzeyine sahip hastaların önemli bir kısmı (% 70,3) ayrıca başta internet olmak üzere farklı bilgi kaynaklarına da başvurduğunu belirtti. Hastalara onkolojik tedavi hakkında bilgi verilme durumu sorulduğunda 87 hasta (%54,7) tedavi hakkında bilgi verildiğini, 72 hasta (%45,3) ise bilgi verilmediğini belirtti.

Hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyine etki eden faktörler değerlendirildiğinde yaşı 65 ve üzerinde olan hastalar (p 0,001), aylık geliri 1500 TL ve altında olan hastalar (p 0,037) ile dahili branşlardan yönlendirilen hastaların bilgi düzeyi (p 0,016) anlamlı olarak daha yetersizdi. Ayrıca poliklinikte yeterli zaman ayrılan ve anlaşılır bir dil ile hastalığı anlatılan hastaların bilgi düzeyi anlamlı olarak daha iyiydi (p<0,001).

Anahtar kelimeler: Kanser, tanı, bilgi düzeyi, farkındalık düzeyi

ABSTRACT

The level of knowledge and awareness about the new diagnostic cancer patients and diseases that apply to the Medical Oncology Polyclinic

Cancer is a life threatening health problem worldwide. Life expectancy has increased in recent years due to the increase in early diagnosis and treatment options. However, cancer is still a serious disease, diagnosis and treatment process is complex. After the diagnosis of cancer, the majority of patients are curious about the causes, course and treatment alternatives of their diseases. At this stage, it is important that patients obtain accurate and satisfactory information from physicians and other sources of information. Increased awareness and level of knowledge contribute to decision making and adaptation to treatment. In this respect, it was aimed to evaluate the knowledge and awareness level of new diagnosis cancer patients who applied to the Medical Oncology Outpatient Clinic of DEUTF before their medical oncology examinations.

A total of 159 patients who were admitted to DEUTF Medical Oncology Outpatient Clinic between 01 January 2018 and 31 March 2018 were included in the study. The patients were divided into two groups as patients referred from internal branches and surgical branches. A questionnaire consisting of 21 questions was used to evaluate the knowledge and awareness level of the patients. The questionnaire was completed in 148 of the patients and the questionnaire was completed by interviewing with their relatives in 11 of the patients. The mean age of the patients was $59 \pm 14,54$, 72 (45.3%) were female and 87 (54,7%) were male. When the patients were asked to give information about their diseases before coming to the medical oncology department, 151 patients (95%) were informed about the disease and 8 patients (5%) stated that they were not given any information. Of the patients who were informed, 140 (88,1%) stated that they had information from their doctor and 11 (6,9%) from their relatives. When the patients were asked about the adequacy of their knowledge about their disease, 45 patients (28,3%) were adequate, 74 patients (46,5%) were partially adequate and 40 patients (25,2%) were inadequate. A significant number of patients with sufficient knowledge (70,3%) also stated that they had applied to different sources of information, primarily internet. 87 (54,7%) of

the patients were informed about oncologic therapies and 72 patients (45,3%) were not informed.

When the factors affecting the knowledge level of patients were evaluated, the knowledge level (p 0.016) of patients who were older than 65 years of age (p 0,001), patients with monthly income below 1500 TL (p 0,037) and those who were directed from internal branches were significantly more inadequate. In addition, the knowledge level of the patients who had a sufficient time in the outpatient clinic and who explained the disease was significantly better (p <0,001).

Key words: Cancer diagnosis, knowledge level, awareness level



1.GİRİŞ VE AMAC

Kanser dünya genelinde yaşamı tehdit eden global bir sağlık sorunudur. Dünyada kanser sıklığı giderek artmaktadır. Kanser tanısı alan insan sayısı 1970’lerde yaklaşık üç milyon iken, 2016’da 15 milyona kadar çıkarak büyük bir artış göstermiştir. Dünyada kanser sıklığı giderek artmaktadır. Uluslararası kanser araştırmaları ajansı (IARC) 2030 yılına kadar nüfusun artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle kanser insidansının ikiye katlanacağını düşünmektedir. Şu anda Amerika Birleşik Devletleri’nde 85 yaş altı ölümlerin en sık sebebi kanserdir ¹. Dünya’da en çok tanı konulan kanser türleri sırasıyla akciğer (%13,0), meme (%11,9) ve kolon (%9,7) iken; kansere bağlı ölümlerin ise en çok akciğer (%19,4), karaciğer (%9,1) ve mide kanserinden (%8,8) gerçekleştiği belirtilmiştir¹. Türkiye’de 2013 yılında toplamda 174 bin kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur. 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan verilere göre yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 267,9 kadınlarda ise yüz binde 186,5’olarak bulunmuştur. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 227,2’olmuştur².

Kanserin gerek dünyada gerekse ülkemizde insan sağlığını etkileyen önemli bir sorun olması nedeniyle kanserin önlenmesine yönelik önlemler giderek daha da önem kazanmaktadır. Tüm kanser türlerinin 3 te 2’si değiştirilebilir risk faktörlerine bağlıdır (sigara, obezite, fiziksel inaktivite, yanlış beslenme gibi) ³. Bu nedenle risk faktörlerinin azaltılması ve erken tanıya yönelik tarama programlarının arttırılması kanser sıklığının azaltılması bakımından en önemli adımların başında gelmektedir. ABD’de bu risk faktörleri azaltılmaya başlansa da gelişmekte olan ülkelerde özellikle batılı yaşam tarzını benimseyen kişilerde bu risk faktörleri hala artmaktadır.

4

Kanser sıklığının artması, tarama programlarına yapılan teşvik, yazılı ve görsel medyada farkındalığı arttırma çalışmaları hasta veya sağlıklı bireylerin kanser hakkında bilgi düzeyini ülkemizde ve dünyada arttırmaktadır.⁵⁻⁶ Dünya genelinde kanser hastalarının çoğunluğu hastalıklarının nedenlerini, gidişatını ve tedavi alternatiflerini merak etmektedir. Bu anlamda hastalar başta hekimler olmak üzere yakınları, başka hastalar, kitap ve dergiler ile özellikle internetteki sitelerden ve

forumlardan bilgi almaya çalışmaktadır. Bu bilgi kaynaklarına başvuru ve bilgi kaynağı türünün seçimi zaman dilimi içinde değişkenlik göstermektedir. Önceki dekadlarda toplumların sosyokültürel yapısı ve beklentisine göre değişmekle birlikte çoğunlukla hekim ve hasta yakınlarının tutumları hastaları korumak amacıyla verilen bilgiyi sınırlı tutmak; tanı, evre ve beklenen yaşam süresi konusunda daha olumlu bir tablo çizmek yönündeydi. Ancak son 20 yılda bu yaklaşım tam tersi yönde değişim göstermektedir.⁷ 2008 de Bracci ve ark. İtalya’da yapmış olduğu bir araştırmada 587 kanser hastasında tanı ve tedavisi hakkında bilgi düzeyi sırasıyla %86 ve %84 bulunmuştur⁸. Bilgi ve farkındalık düzeyi hastaların yaşam kalitesini ve psikolojisini etkileyen en önemli unsurlardan birisidir. Farkındalık ve bilgi düzeyinin artmış olmasının tedaviye katılım ve karar verme konusunda hastalara katkı sağladığı, yetersiz bilgilendirme ve iletişimsizliğin ise artmış aksiyete, tedaviye uyumsuzluk ve artmış maliyet ile ilişkili olduğu bulunmuştur⁹. Yine çeşitli kanser alt gruplarında hastaların tanı, tedavi ve prognoz konusunda yeterli ve sağlıklı bilgilendirilmiş olmalarının hekime duyulan güven ve tedaviye olan inancı arttırdığı dökümanite edilmiştir¹⁰.

Hastaların sahip oldukları bilgi düzeyi ve farkındalık düzeyi birçok etmene bağlı olarak değişmektedir. Hastaya bağlı nedenler arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik düzey, hastalığın evresi ve tedavi edilebilirliği en önemli yeri tutmaktadır¹¹⁻¹². Hastaya bağlı olmayan nedenler; hasta yakınlarının tutumu, doktor tarafından yeterince zaman ayrılmaması, yeterince anlaşılır dilde ifade edilmemesi şeklinde sıralanabilir. Yeterli bilgi ve farkındalık düzeyine sahip olmayan hastalar, bu eksikliklerini profesyonel olmayan kişi veya kaynaklardan karşılama çabasına girebilmektedir. Hastanemizde 2015 yılında yapılan bir çalışmada kanser hastalarının internet üzerinden sosyal ağlara ve alternatif tedavi seçenekleri sunan sitelere başvurma oranı %30 ‘larda bulunmuştur¹³. Ayrıca onkolojik tedavilerin daha sağlıklı yürütülmesi açısından, tanı esnasında ilk bilgilendirmenin sağlıklı ve doğru yapılması önem arz etmektedir. Bu anlamda onkoloji kliniklerinin yanı sıra hastalığın tanı sürecinde yer alan branşlara da büyük iş düşmektedir. Hastanın tanı aldığı klinik branştaki hekimlerin yoğunluğu, onkolojik tedaviler hakkındaki bilgi düzeyleri ve hastaya bilgi verme konusundaki istekleri değişkenlik göstermektedir¹⁴. Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı’na tedavi planı amaçlı başvuran hastalar hastalığın

kaynaklandığı organa göre farklı klinik branşlardan yönlendirilmektedirler. Tanısal süreçler basit bir girişimsel işlemle sonuçlanabileceği gibi, hospitalizasyon gerektiren girişimsel işlemler de yapılabilmektedir. Günöbirlik poliklinik koşullarında tanı konulan hastaların bilgi düzeyleri ile yatırılarak tanısal işlemleri yapılan hastaların bilgi alma fırsatları eşit olmamaktadır. Tıbbi Onkolojiye başvuran hastaların bilgi düzeyleri yönlendirildikleri ve tanı aldıkları klinik branşa göre de farklılık gösterebilir.

Bu düşönceler ışığında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğı'ne başvuran, yeni tanı kanser hastalarının tıbbi onkolojideki muayeneleri öncesinde hastalıkları hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyinin tarafımızca hazırlanmış anket ile değeriendirilmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 EPİDEMİYOLOJİ

Kanser kelimesi ilk olarak Yunanlı hekim Hippocrates (MÖ:460-370) tarafından kullanılmıştır. Mide ülseri oluşturan tümörlere “carcinos” adı vermiştir. Yine Eski Yunan da kullanılan “carcinoma” kelimesi de aynı anlamı ifade eden ve kanseri tanımlayan bir başka kelimedir. Hippocrates kansere neden olan tümörlerin iyi huylu veya kötü huylu olması ayrımını yapan ilk kişidir. O dönemden itibaren kanser halk sağlığını tehdit eden hastalıklar arasında başı çekmektedir.

Kanser tanısı alan insan sayısı 1970’lerde yaklaşık üç milyon iken, 2016’da 15 milyona kadar çıkarak büyük bir artış göstermiştir. Dünya’da en çok tanı konulan kanser türleri sırasıyla akciğer (%13,0), meme (%11,9) ve kolon (%9,7) iken; kansere bağlı ölümlerin ise en çok akciğer (%19,4), karaciğer (%9,1) ve mide kanserinden (%8,8) gerçekleştiği belirtilmiştir.¹ Bu küresel veriler lokal bölgelerde birbirinden farklılık göstermektedir, bazı kanser türleri belirli bölgelerde daha fazla veya az oranda görülebilmektedir. 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan verilere göre yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 267,9 kadınlarda ise yüz binde 186,5’olarak bulunmuştur. Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 227,2’olmuştur. Türkiye’de 2013 yılında toplamda 174 bin kişiye yeni kanser teşhisi konulmuştur.² Türkiye kanser insidansı, erkeklerde dünya insidansının üzerinde seyrederken kadınlarda bir miktar daha düşüktür. Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere göre kanser açısından hem kadınlarda hem de erkeklerde daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir. Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türünün dünyadaki ve diğer gelişmiş ülkelerdeki ile benzerlikler gösterdiği görülmektedir. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (52,5/100000 kişide YSH), kadınlarda ise meme kanseri (43,0/100000 kişide YSH) en sık görülen kanser türleridir.²

Uluslararası kanser araştırmaları ajansı (IARC) 2030 yılına kadar nüfusun artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle kanser insidansının ikiye katlanacağını düşünmektedir. Şu anda Amerika Birleşik Devletleri’nde 85 yaş altı ölümlerin en sık sebebi kanserdir ¹ . Yine IARC verilerine göre 2030 yılında kanser

tanısı alan hasta sayısı 21,7 milyona, kanser bağlı ölüm sayısı ise 13 milyona yükselecektir¹⁵.

Demografik faktörler kanser görülme sıklığını ve görülen kanser alt tipini etkilemektedir. Çoğu kanser tipi yaşla birlikte artmaktadır. Retinoblastom, nöroblastom ve testis tümörü gibi bazı kanser türleri ise çocukluk ve genç erişkin döneminde daha fazla görülebilmektedir. Cinsiyet ise diğer demografik etkidir. Kadınlarda meme kanseri %9-10 sıklıkta görülebilmekte iken erkeklerde kadınların %1 i oranında görülmektedir¹⁶.

2.2 ETİYOLOJİ

İnsanlardaki kanserlerin 1/3'ünde nedenler bilinmekte ve çoğu kanserin çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda genetik faktörlerin de kanser oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir. Genel kabul genetik bazı faktörlerin zemininde çevresel karsinojenlerin rolü olduğu ileri sürülmektedir. Başlıca faktörler şunlardır:

İyonize radyasyon: İyonize radyasyon atomların elektronlarının yerini değiştirmek için yeterli enerjiye sahip radyasyon olarak tanımlanır. Maruz kalınan iyonize radyasyonun %80 i doğal kaynaklardan, %20 si iatrojenik nedenlerden kaynaklanmaktadır¹⁷. Başta lösemiler ve epitelyal kanserler olmak üzere iyonize radyasyonun çeşitli kanserlere yol açtığı gösterilmiştir. Tanısal veya tedavi amaçlı kullanılan iyonize radyasyon DNA hasarı yaparak uzun dönemde kanser riskini arttırmaktadır¹⁸. İyonize radyasyonun dozu ve maruz kalınan süre kanser yapıcı etki açısından önemlidir¹⁵⁻¹⁹. Elektromanyetik dalgaların, radyofrekans ve mikrodalga frekansların, mobil telefon dalgalarının çocukluk çağı lösemilerine ve santral sinir sistemi kanserlerine neden olabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur²⁰⁻²¹.

Ultraviyole ışınları: UV ışın kaynakları güneş, solaryum cihazları ve kaynak cihazlarıdır. UV ışınları yüksek enerjili ışınlardır ve DNA hasarına yol açarlar. 3 tip UV ışını vardır. UVA ışınları en zayıf etkili UV ışınlarıdır. UVB ışınları biraz daha güçlüdür, direk DNA hasarından sorumludur ve bazı cilt kanserlerinin etiyolojisinde önemli rol oynar²²⁻²³. UVC ışınları en güçlü UV ışınları olup ozon tabakasından geçemedikleri için çok fazla hasara neden olmazlar.

Hava kirliliği: Hava kirliliğinin tek başına veya sigara içilmesi ile birlikte akciğer kanserlerinin etiyolojisinde rol oynar²⁴.

Tütün: Ne yazık ki tütün kullanımı önde gelen ölüm nedenlerinden olmaya devam etmektedir. 21. yüzyılda yaklaşık olarak bir milyar insanın ölümüne neden olması beklenmektedir²⁵. IARC verilerine göre sigara içerisinde 72 farklı karsinogen madde tespit edilmiştir²⁶. Bu analizlerde N-nitrozaminler, benzen, 1,3-butadien, aromatik aminler, kadmiyum ve polisiklik aromatik hidrokarbonlar DNA da hasar oluşturarak kanser gelişimde önemli rol oynar²⁷. Akciğer kanserinin etiyolojisindeki en önemli nedendir ve kanser riskini 10 ile 20 kat artırır²⁸. Akciğer kanseri ile sigara arasındaki ilişki ilk kez 1912 yılında ortaya çıkmıştır²⁹. Akciğer kanserinden başka larinks, ağız boşluğu, yutak , özofagus, mesane, mide, böbrek, pankreas kanseri ve lösemilerin etiyolojisinde rol oynar³⁰⁻³¹.

Alkol: Alınan miktarı ve alınma süresi ile ilişkili olarak ağız, larinks, farinks, özofagus, kolorektal, meme, hepatosellüler kanser ve pankreas kanseri riskini artırır³².

Beslenme ve diyet: Beslenme alışkanlıkları başta gastrointestinal sistem kanserlere olmak üzere birçok kanser ile ilişkilidir. Fazla hayvansal yağ tüketimi, kırmızı et ve işlenmiş besinlerin fazla tüketilmesi, sebze-meyve ve fiber tüketiminin az olması artmış kanser riski ile birliktedir. D vitaminin yeterli alınması kansere karşı koruyucu etkiye sahiptir³³. Fazla miktarda süt tüketimi kolon kanserine karşı koruyucu iken, prostat kanserinde artışa sebep olur³⁴. Aşırı kilolu ve obezlerde kolorektal, meme, endometrium, özofagus, pankreas gibi kanser türlerine yakalanma riski artmıştır³⁵⁻³⁶.

Fiziksel aktivite : Fiziksel aktivite pre-postmenapozal meme kanserine, kolon kanserine ve endometrium kanserine karşı koruyucu bulunmuştur³⁷.

Kimyasal maddeler: İlk olarak 1800 lü yıllarda kimyasal madde maruziyeti ile kanser gelişimi arasında ilişki olduğu düşünülse de ilk kanıtlar 1900 lü yıllarda hayvan çalışmaları ile elde edilmiştir. Kimyasal karsinogenler genellikle epitelyal hücreleri hedef alır. Epitelyal hücrelerde DNA hasarına ve epigenetik mekanizmalarda (DNA translasyonu ve transkripsiyonu) değişikliklere neden

olmaktadır. Bunun sonucunda insanda kanser gelişimine neden olan somatik mutasyonlar doğrudan veya dolaylı olarak oluşabilir³⁸⁻³⁹. Çeşitli mesleklerde çalışan insanların katran ve kömürün yanma ürünleri, benzen, naftilaminler, asbest, vinil klorür, krom vb. maddelerle temaslarının kanser oluşumuna yol açtığı bilinmektedir. Örnek verilecek olursa boya sanayinde çalışanlarda mesane kanserleri, plastik sanayinde çalışanlarda karaciğer kanserleri, katranla uğraşanlarda deri kanserleri, asbestle karşılaşanlarda mezotelyoma daha sık görülmektedir⁴⁰⁻⁴¹.

Mikroorganizmalar: Viral enfeksiyonların, dünyadaki tüm yeni kanser teşhislerinin en az % 11'inde nedensel bir rol oynadığı tahmin edilmektedir⁴². Vakaların büyük çoğunluğu (>%85) kötü hijyen şartları, HIV/AIDS yaygınlığı, yetersiz aşılama gibi nedenlerden dolayı gelişmekte olan ülkelerde görülmekte. Virüsler onkogen ekspresyonu veya direk genotoksik etkileri ile hücrede kanserleşmeye neden olabilmekte. Bunların başlıca örnekleri HPV,HBV,HCV,EBV,HHV-8,Merkel cell polyomovirus ve HTLV-1 virüsleri olarak sayılabilir. Onkojenik virüsler bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde kanserin önemli nedenleridir. Neden olduğu kanser türleri; anogenital kanserler, lenfomalar, oral ve hepatoselüler karsinomlar olarak sayılabilir. Virüsler dışında Helicobacter pylori bakterisi mide kanseri, mide lenfomasına neden olabilmektedir⁴³⁻⁴⁴.

İnflamasyon : Son 50 yılda yapılan araştırmalar hafif düzeyde kronik inflamasyonun kanser etiyolojisinde yer aldığını göstermiştir.İnflamasyon organizmanın hücre hasarına, enfeksiyonlara ve irritasyona verdiği kompleks bir yanıttır. İnflamasyonda görevli hücrelerin salgıladığı çeşitli sitokinler ve faktörler hücre transformasyonunda, proliferasyonunda, invazyonunda ve kanser hücrelerinin metastazında rol almaktadır. Bu yolların kemoterapi ve radyoterapiye direnç ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir⁴⁵.

Genetik: Kanserın özünde genetik bir hastalık olduğu ve somatik hücrelerin genomunda moleküler değişikliklerin birikmesinin kanser progresyonunun temelini oluşturduğu konusunda geniş bir fikir birliği vardır⁴⁶. Kanser etyolojisinde rol oynayan genler kabaca tümör supresör genler ve protoonkogenler olarak ikiye ayrılır.

Protoonkogen genlerde tek allel kaybı yeterli olurken, tümör supresör genlerde her iki allelde kayıp olması gerekmektedir. Gen mutasyonları ailesel olabileceği gibi , kazanılmış olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ailesel kanser sendromları arasında Li-fraumeni sendromu, Familyal adenomatozis poliposis sendromu, Ataksi telenjektazi, Bloom sendromu, Peutz Jegger sendromu, Von Hippel Lindeu en bilinenlerinden bazılarıdır.

2.3 KANSER BELİRTİLERİ

Amerika’da ve diğer ülkelerde bugüne kadar yapılan çalışmalar, büyük çaplı sağlık eğitimi kampanyalarına rağmen, kanserin belirtileri konusundaki toplum farkındalığının yetersiz veya yanlış olduğunu göstermiştir. Bu konudaki bilgi seviyesi özellikle düşük sosyo-ekonomik seviyedeki toplumlarda zayıftır ⁴⁷.

Pek çok kanser türü için hastalık erken safhalarda iken tedavinin araştırılması hayatta kalım açısından önemlidir. Başarılı erken tanı, kısmen kişilerin belirtileri erken fark etmelerine bağlıdır. Kansere Karşı Avrupa Kılavuzu’nda ‘kanserin yedi belirtisi’ ile ilgili bir liste yayınlanmış ve eğer bu belirtilerden her hangi birinin fark edilmesi durumunda acilen tıbbi muayeneye gidilmesi tavsiye edilmiştir ⁴⁸. Bu belirtiler; sertlik veya şişlikler, açıklanamayan kilo kaybı, bendeği veya sigildeki değişiklikler, tuvalet alışkanlığında değişme, beklenmedik kanama, hırıltılı öksürük, iyileşmeyen boğaz ağrısıdır ⁴⁸.

Kanser belirtileri çok çeşitli olup, öncelikle hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklikler göstermektedir. Örneğin kalın barsak kanserlerinde; dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler, kabızlık, ağrı, kanama gibi belirtiler, idrar yolları kanserlerinde; idrar yapmada güçlük, ağrı, idrardan kan gelmesi, akciğer kanserinde; göğüs ağrısı, kanlı balgam, öksürük gibi belirtiler olmaktadır. Ayrıca, aynı hastalık kişiden kişiye değişik belirtiler gösterebilmektedir. Kimi zaman da hastanın hiç yakınması yok iken kontrol muayenelerinde tesadüfen bulunmaktadır.

Açıklanmayan kilo kaybı : Klinik olarak önemli kilo kaybı genellikle 6 ila 12 ay boyunca normal vücut ağırlığının yüzde 5'inden daha fazla olan kayıp olarak tanımlanır . Başta gastrointestinal sistem kanserleri olmak üzere çoğu kanser türünde

gözlenmektedir⁴⁹. Tümör hücrelerinden salgılanan sitokinler protein katabolizmasına neden olarak kaşeksiye sebep olmaktadır.

Ateş: Tümör hücrelerinin salgıladığı sitokinler neticesinde ateş gelişebilmekte ve nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinde malignite akla gelmelidir⁵⁰. Başta hematolojik maligniteler olmak üzere solid tümörlerde de ateş paraneoplastik olarak görülebilmektedir.

Halsizlik: Halsizlik ve yorgunluk kanser hastalarının en önemli semptomlarındanıdır. Tanı aşamasında hastalar halsizlik ile başvurabilir veya kanser tedavisi esnasında hastalar halsizlik şikayeti yaşayabilir. Kanser tedavisi alan hastaların yaklaşık üçte biri, bir yılın sonunda kalıcı halsizlik şikayeti yaşamaktadır⁵¹.

Vücudun herhangi bir yerinde şişlik: Vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkan şişlikler kanser belirtisi olabilir. Bunlar memede şişlik, boyunda, koltuk altında, kasıklardaki lenf bezlerinde şişlik, karında ele gelen şişliklerdir. İltihabi hastalıklar ve diğer bazı hastalıklarda da benzer şişlikler olabilmektedir.

Ağrı: Ağrı içi boş organlarda ve kapsüllü organlarda gerilmeye bağlı oluşabileceği gibi kemik periostuna ve sinir dokusuna invazyon yapan tümörlere bağlı oluşabilmektedir. Ağrı kanser seyrinde değişik sıklıklarda görülebilmektedir⁵².

İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara: Özellikle deride, dudakta, ağız ve makat bölgesinde olmak üzere vücudun herhangi bir bölgesinde iyileşmeyen yaralar skuamöz hücreli kanser gelişimini gösterebilmektedir.

Olağan dışı kanama: Değişik bölgelerde olan kanamalar kanser açısından uyarıcıdır. Uzun yıllar boyunca sigara içen bir bireyin balgamında kan görülmesi, başka bir nedene bağlı olabileceği gibi akciğer kanserine de bağlı olabilmektedir. Kalın barsak kanserlerinde en erken ve başta gelen belirtilerden birisi dışkıda kan olmasıdır. Uzun süre önce adetten kesilmiş olan bir kadında kanamaların başlaması da endometrium kanser açısından uyarıcı bir belirti olabilmektedir.

Yutma güçlüğü: Yutma güçlüğü nedeni hızlıca araştırılması önemli bir semptomdur. Özafagus kanserlerinde ve özafagusa dıştan bası durumunda sık rastlanan bir belirtidir.

Sürekli öksürük ve ses kısıklığı: Ses kısıklığı larinks kanserinin erken belirtisi olabilmektedir. Özellikle uzun süreden beri sigara içen bireylerde daha da uyarıcıdır.

İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik: Kolon kanserinde önemli belirtiler bazen kabız, bazen ishal, bazen de hem kabız hem ishaldir. Birlikte ağrı ve kanama varlığı da kalın barsak kanserini düşündürür. Üriner sistem kanserlerinde dizüri, pollaküri, oligüri-anüri- hematüri görülebilmektedir.

2.4 TANI YÖNTEMLERİ

Anamnez: Tüm hastalıklarda olduğu gibi kanser tanısında da ilk yapılması gereken detaylı ve uygun bir öykü alınmalıdır. Yakınmaların ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü, eşlik eden şikayetler sorgulanmalı. Kanser belirtileri ve alarm semptomları ciddiye alınmalı atlanmamalıdır. Özgeçmiş, soygeçmiş, madde kullanımı ve alışkanlıklar detaylandırılmalıdır.

Fizik muayene: Tam sistemik muayene yapılmalıdır. İnspeksiyonda görünür şişlikler, ciltte renk değişiklikleri uyarıcı olmalıdır. Sklera ve ciltte sarılık periampuller bölge tümörlerinde, ciltte solukluk anemi neticesinde görülebilir. Oral kavite, genital bölge gibi daha az görünür yerler atlanmamalı şikayetleri olan hastalarda muayene edilmelidir. Palpasyonda lenfadenopati muayenesi, batin muayenesi yapılmalıdır. Hepato-splenomegali o organların kötü huylu hastalıklarında veya farklı bölge kanserlerinin metastaz yapması sonucunda saptanabilir. Yine karın palpasyonunda büyümüş lenf nodları, böbrekteki kitleler veya over / uterus kaynaklı kitleler ele gelebilir. Akciğer oskültasyonu esnasında plevral efüzyon ve atelektaziye bağlı solunum seslerinde azalma olabilir. Perikardial efüzyona bağlı kalp sesleri derinden gelir. Nörolojik muayene mutlaka yapılmalı, başta akciğer olmak üzere bir çok sistem tümörü santral sinir sistemine metastaz yapabilir. Özellikle rektum tümörü ve prostat tanısında rektal tuşe önemlidir.

Kan Sayımı : Tüm hastalıklarda yapılan temel bir tetkiktir. Hastanın kan değerlerinin hastalıktan etkilenip etkilenmediğini gösterir. Demir eksikliği anemisi gastrointestinal sistem kanserlerinin bulgularından olabilir. Kemik iliğine metastaz yapmış malignitelerde sitopeniler gözlenebilir. Eozinofili, trombositoz, granülositoz eritrositoz malignitelere salgılanan sitokinlere bağlı olarak izlenebilir.

Biyokimyasal Analizler : Kanda ve çeşitli vücut sıvılarında çeşitli biyomoleküllerin (enzim, elektrolit, hormon, antikor v. s.) düzeyleri ölçülür. Miktarlarındaki artış ya da azalış anlamlı olabilir, ancak tek başına tanı koymada yeterli değildir. Kanser tetkik edilen hastalarda tümör belirteçleri kanser tanı ve takibinde yardımcı olabilir. Tarama amaçlı olarak digital rektal muayene ile birlikte PSA ölçümü prostat kanseri taramasında kullanılır⁵³. AFP değeri HCC, testis ve over kaynaklı tümörlerde, HCG yine over ve testis kaynaklı tümörlerde, CA 125 over kaynaklı tümörlerde yükselebilir⁵⁴. Mide kanserinde CA19-9 ve CA72-4 yüksekliği saptanabilir. CEA tüm epitelyal kanserlerde ortak olarak yükselebilen bir tümör belirteci olsa da klinikte en sık kolon kanser tanı ve takibinde kullanılır. Ayrıca LDH, AFP ve HCG testis tümörlerinde prognostik belirteç olarak kullanılır. Meme kanserinde CA 15-3 yüksekliği saptanabilir⁵⁵.

Röntgen İncelemeleri : Düz akciğer, kemik filmleri, ağızdan radyopak madde verilerek çekilen sindirim sistemi filmleri, damardan radyopak madde verilerek çekilen böbrek-idrar yolları filmleri sık kullanılmaktadır. Memedeki şüpheli kitlelerin gösterilmesinde özel tanı yöntemi olarak mamografi kullanılmaktadır. Mamografi 40 yaş üstü kadınlarda meme kanserinde tarama amaçlı kullanılır.⁵⁶

Radyoizotop Taramaları : Karaciğer, dalak, tiroid, beyin, kemik sintigrafileri sık kullanılan yardımcı tanı yöntemleridir.

Pozitron emisyon tomografisi: Tümörler sağlıklı dokuya kıyasla genellikle daha yüksek derecede madde değişimi özelliğine sahiptir. Bundan dolayı radyoaktif işaretli şeker bileşimi (örneğin "2-Deoksi-2-18Fluoro-D-glukoz", kısaca 18F-FDG) daha yoğun bir şekilde tümör hücreleri tarafından emilir ve depo edilir. FDG PET birçok tümörün malign/benign ayırımında, evrelemesinde, rekürrensin saptanmasında ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde son zamanlarda giderek artan bir sıklıkta kullanılmaya başlanan bir yöntemdir⁵⁷.

Skopi : Bu yöntemle özafagus, mide, ince barsak, kalın barsak, solunum yolları, mesane ve kadın üreme organları incelenebilir.

Ultrasonografi : Zararsız ve güvenilir olması nedeniyle en sık kullanılan tanı yöntemlerindendir. Özellikle batın içi organların değerlendirmesinde kullanılır.

Bilgisayarlı Tomografi (CT) : Odak bölgenin enine kesitlerini alarak görülmesini sağlayan radyolojik bir incelemedir. Periton bölgesi gibi ulaşılamaz bölgelerden bile

görüntü alınmasını sağlar ve diğer röntgen filmlerinden daha kesin olarak, tümörün yeri, büyüklüğü ve şekli konusunda bilgi verir. Tümör evrelendirmesinde ve takipte en sık kullanılan tetkiktir.

Manyetik Rezonans (MR): Hastaya zarar vermeyen radyasyonun kullanılmadığı en iyi görüntüleme yöntemidir. En sık incelenen organlar, karaciğer, dalak, kemikler, üriner sistem, akciğer, kalp, tiroid ve beyindir.

Sitoloji : Sitolojik çalışmalar, kazıma, fırçalama, ince iğne aspirasyonu ile değişik organlardan dökülen hücrelerin mikroskop altında incelenmesidir. Balgam, serviks ve meme ucu akıntılarında rutin olarak yapılması kanser tanısı konmasında yararlıdır⁵⁸.

Biyopsi ve Histopatoloji : Kanser tanısı histopatolojik inceleme ile yapılır. Şüphelenilen dokudan mutlaka biyopsi alınır. Biyopsi kesin tanı konulmasında, tümörün evrelendirilmesinde, yayılımın büyüklüğünün belirlenmesinde, malignite öncesi değişikliklerin ve tümörle ilgili diğer özelliklerin değerlendirilmesinde önemlidir.

2.5 TEDAVİ

Kanser tedavisinin birincil amacı kanseri yok etmektir. Eğer bu başarılı olmaz ise, kanser tedavisinin hedefi radyasyon semptomları düzeltme ve yaşamı uzatmaya çalışırken yaşam kalitesinin korunması olmalıdır. Kanser tedavisi dört ana gruba ayrılır: cerrahi tedavi, radyasyon tedavisi, kemoterapi (hormonoterapi ve moleküler hedef tedaviler dahil) ve biyolojik tedavi (immunoterapi ve gen tedavisi dahil). Bu yöntemler genelde birlikte kullanılır ve tedavi yöntemleri ile hücrelerdeki farklı mekanizmalar harekete geçirilebilir.

Cerrahi kanser tedavisinde en etkili yoludur. Bugün kanser hastalarının yaklaşık %40 ına cerrahi tedavi ile kür sağlanır. Ne yazık ki, solid tümörleri olan hastaların büyük kısmının metastatik hastalığı vardır ve cerrahi tedaviye uygun değildir. Ancak hastalık cerrahi ile tedavi edilebilir değilse, tümörün kaldırılması, tümör lokal kontrolünün sağlanması, organ koruyucu cerrahi ile fonksiyonların korunması, ek tedaviler ve evreleme ile hastalığın yaygınlığı açısından bilgi edinmek için debulking cerrahisi önemlidir. Cerrahi esnasında çoğu zaman evreleme ve prognostik bilgi amacıyla lenf nodu diseksiyonu da yapılır. Cerrahi metastatik hastalığı olan

hastalarda bazı durumlarda küratif olabilir. Akciğer metastazlı ostosarkom hastaların ve karaciğer metastazlı kolon kanseri olan hastalarda bazı durumlarda metastatektomi yapılabilir.

Radyasyon tedavisi herhangi bir dokuya zarar verebilen fiziksel bir formdadır, kanser hücresine seçiciliği DNA tamir yeteneğindeki bozukluklar veya diğer genetik mutasyonlara bağlı oluşur. Radyasyon DNA kırıklarına ve hücre içindeki sıvıdan serbest radikallerinin oluşmasına neden olur, bu da hücre membranları, proteinleri ve hücre içi yapılara zara verir. Gama ve X ışınları radyasyonun kanser tedavisinde en sık kullanılan formlarıdır. Hastalara uygulama şekli teleterapi, brakiterapi, radyonüklidler ve radyoimmunoterapi şeklinde olabilir. Teleterapi en sık kullanılan şeklidir. Hedeflenen tümöre hedeflenen radyasyon belli bir mesafeden verilir. Meme kanseri, Hodgkin hastalığı, baş boyun kanserleri, prostat kanseri ve jinekolojik kanserlerde küratif tedavi olarak kullanılabilir⁵⁹. Brakiterapide tümör dokusunun yakınına veya direkt olarak içine radyasyon uygulanır. Özellikle serviks kanserinde kullanılır⁶⁰. Radyonüklidlere ise örnek olarak iyot 131 ile tiroid kanserinin tedavisi örnek verilebilir.

Kemoterapi kanserin ilaçla tedavisi demektir. Kemoterapi sistemik bir tedavidir; sadece hastalığın başladığı yere değil, uzak bölgelere yayılmış olan, saptanmış veya saptanamayan tüm kanserli hücelere etki eder. Konvansiyonel kemoterapi ajanları direkt DNA ya etkili olabilir, antimetabolit olarak etki edebilir, hücre büyüme ve bölünmesini faz spesifik veya non spesifik olarak engeller. Hormonoterapi hormon reseptörü pozitif tümörlerde etkindir. Özellikle meme ve prostat kanserinde kullanılır. Hedefe yönelik ajanlar son dönemde daha fazla kullanılmakta olup tümör hücreleri tarafından seçici olarak eksprese edilen veya tümörlü dokuda tanımlanan moleküler hedeflerle ilişkiye girer. Biyolojik tedaviler büyüme faktörlerine veya sitokinlere etki ederek tümör hücrelerini öldürmek amacıyla konakçı immun yanıtını hedefler.

3.BİREY VE YÖNTEMLER

01 Ocak 2018 – 31 Mart 2018 tarihleri arasında DEÜTF Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran 159 yeni tanı almış kanser hastası çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri ve hastalığına ait bilgileri hastane dosya kayıtlarından elde edilerek kaydedilmiştir. Hastalar dahili branşlardan ve cerrahi branşlardan sevk edilen hastalar olarak iki grupta değerlendirilmiştir. Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla kendilerine toplam 21 sorudan oluşan anket yöneltilmiştir. Anketler hasta ve yakınlarının onamı alınarak, yüz yüze, okuryazar olan hastalarla yapılmıştır, tanı anında asıl bilginin hasta yakınına verildiği, hastanın doğrudan bilgilendirilmediği durumlarda anket hasta yakınları ile yapılmıştır. Anket soruları hastaya ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, yaşanılan yer gibi demografik sorular ile hastanın geldiği branş, hastalığın kaynaklandığı organ, evresi, hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi ve bilgi düzeyini ölçmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Ayrıca sorumlu doktor tarafından hastanın geldiği branş, hastalığın kaynaklandığı organ ve hastalığın evresine ait bilgiler doldurulmuştur. Anket formunun hazırlanmasında ilgili literatür bilgilerinden yararlanılmıştır. Hazırlanan anket formları daha önceden belirlenen 10 kişiye uygulanmıştır. Bu kişilerden elde edilen veriler araştırma sonunda elde edilecek verilere dahil edilmemiş, yalnızca uygulama sırasında karşılaşılabilecek problemlerin önceden tespiti ve gerekli durumda anket formunda bazı değişikliklerin yapılabilmesi için kullanılmıştır. Çalışmaya alınacak bireylere çalışma hakkında ayrıntılı olarak bilgi verilmiştir. Çalışmaya girmeyi kabul eden bireylerden bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra, amaçlanan bilgilerin değerlendirileceği soruları içeren anket formu (Ek-1), katılımcılara verilmiş, anketler poliklinik koşullarında doldurulduktan sonra geri alınmıştır.

4. İSTATİKSEL ANALİZ

Sonuçların değerlendirilmesinde “Statistical Package for Social Science (SPSS) 22.0” programı kullanılmıştır. Analizler yapılırken sürekli sayısal değişkenlerden normal dağılım gösterenler ortalama $\pm$ standart sapma (SD); normal dağılmayanlar ise ortanca, minimum maksimum değerler olarak gösterilmiştir. Nominal veriler oran (%) olarak ifade edilmiş, sayısal verilerin karşılaştırmaları bağımlı ve bağımsız örneklerde Kruskal-Wallis H testi, Mann-Whitney U-testi ve Ki-kare testi ile yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma sonuçlarında $p < 0,05$ değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir. Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Etik Kurul onayı (Tarih:21,12,2017 ve Sayı 2017/29-03) alınmıştır.



5. BULGULAR

5.1 Hastaların demografik özellikleri

Çalışmaya 159 hasta dahil edilmiştir. 148 hastanın kendisi ile, 11 hastanın yakınları ile anket doldurulmuştur. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $59 \pm 14,54$ olup, 72'si (%45,3) kadın, 87'si (%54,7) ise erkekti. Hastaların 67 (%42,1)'si 65 yaş ve üzerinde, 92 (%57,9)'si ise 65 yaşın altında idi. Eğitim durumları değerlendirildiğinde 25'i okuryazar (%15,7), 67'si ilköğretim mezunu (%42,1), 33'ü lise mezunu (%20,8), 34'ü ise üniversite mezunu (%21,4) idi. Aylık gelirleri incelendiğinde 69'u (%43,4) 1000-1500 TL aralığında, 58'i (%36,5) 1501-3000 TL aralığında, 29'u (%18,2) 3001-5000 TL aralığında, 3'ü (%1,9) 5000 TL den fazla kazandığını beyan etti. Hastaların 74'ü (%46,5) büyükşehirde, dokuzu (%5,7) il merkezinde, 52'si (%32,7) ilçe merkezinde, 24'ü (%15,1) köy veya kasaba-da yaşıyordu. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri Tablo-1'de verilmiştir.

5.2 Hastaların geldiği branş ve hastalıklarına ilişkin bilgiler

Hastaların yönlendirildiği branş ve hastalıklarına ilişkin bilgiler Tablo 2' de verilmiştir. Toplam 159 hastanın 126'sı (% 79,3) cerrahi branşlardan, 33'ü (% 20,7) dahili branşlardan sevk edilmişti. Bu branşların alt gruplarına bakıldığında cerrahi branşlar içinde en fazla Genel Cerrahi 77 (%48,4), dahili branşlar içinde de en fazla Göğüs Hastalıkları 19 (%11,9)'dan sevk edildiği saptandı.

Ankete dahil olan hastaların hastalıklarının kaynaklandığı organ veya bölgeler değerlendirildiğinde kalın bağırsak/rektum 43 (%27,0), akciğer 33 (%20,8), meme 22 (%13,8), pankreas/mide/karaciğer 18 (%11,3), prostat 2 (%1,3), baş-boyun dört (%2,5), böbrek dört (%2,5), diğer 28 (%17,6) şeklindedir. Hastalığının kaynaklandığı organı bilmeyen hastaların sayısı ise 5 (%3,1) idi. Diğer seçeneğini işaretleyen hastaların kanserlerinin kaynaklandığı organların dağılımı ise; uterus/over/vajen dokuz (%6,2), kas ve kemik altı (%3,8), cilt altı (%3,8), santral sinir sistemi iki (%1,25), testis-timus bezi-safra kesesi-periton birer tane olacak şekildedir. Ayrıca bir hastanın primeri belirlenememiştir.

Ankete katılanlara hastalıklarının evreleri sorulduğunda 103 tanesi (%64,8) bilmiyorum cevabını vermiş, 42 hasta (%26,4) lokal hastalık, 14 hasta (%8,8) ise metastatik hastalık şeklinde cevap vermiştir.

5.3 Hastaların geldiği branş ile demografik verilerinin ilişkisi

Hastaların demografik verilerini geldiği branşa göre grupladığımızda; Dahili branşlardan gelen hastaların 18 i (%58,1) 65 yaş ve üzeri, 13 ü (%41,9) u 65 yaş altındaydı. Cerrahi branşlardan gelen hastaların 39 u (%38,3) 65 yaş ve üzerindeydi, 79 u (%61,7) 65 yaş altındaydı. Dahili branşlardan gelen hastalar arasında 65 yaş ve üzeri hastaların oranı daha fazlaydı (p :0,045). Yönlendirildiği branşa göre hastaların cinsiyeti arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Hastaların eğitim durumu, aylık geliri ve yaşadığı yer ile geldiği branşa arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak cerrahi branşlardan gelen hastaların farklı bilgi kaynağına başvurma oranı anlamlı derecede daha yüksekti (p :0,007). Cerrahi branşlardan yönlendirilen hastaların 72 si (%56,3) farklı kaynaklardan bilgi aldığını belirtirken, dahili branşlardan gelen hastalarda bu sayı 9 idi (%29,0).

5.4 Hasta verilerinin sorumlu doktor tarafından değerlendirilmesi

Poliklinik sorumlu doktoru tarafından anketin sonunda hastaların geldiği branş, hastalığın kaynaklandığı organ ve hastalığın evresi tekrar değerlendirildi. Bu veriler hastaların vermiş olduğu beyan ile karşılaştırıldı. Hastaların geldiği branş hakkında verdiği bilgi birebir doktor tarafından girilen veriler ile uyumluydu. Doktor tarafından belirlenen hastalığın kaynaklandığı organ ve evresi Tablo 3'te gösterilmiştir. Kolon/rektum 43 hasta (%27), meme 22 hasta (%13,8), akciğer 31 hasta (%19,5), pankreas/mide/karaciğer 21 hasta (%13,2), prostat iki hasta (%1,3), baş-boyun kaynaklı tümörü olan hasta dört (%2,5), böbrek üç hasta (%1,9), diğer organlardan kaynaklı tümörü olan hasta sayısı ise 33 (%20,8) olarak saptanmıştır. Diğer organların dağılımı ise; bir hasta primeri belli olmayan, sekiz hasta kas-kemik kaynaklı, 12 hasta over/uterus/vajen kaynaklı, altı hasta cilt, iki hasta santral sinir sistemi kaynaklı, bir hastanın plevra kaynaklı, bir hastanın testis kaynaklı, bir hastanın safra kesesi kaynaklı, bir hastanın timüs kaynaklı kanser şeklindeydi.

Başvuran hastaların 94 ü (%59,1) lokal hastalığa, 65 i (%40,9) ise metastatik hastalığa sahipti. Hastalığın evresi hakkında bilgisi olan hastaların verdiği evre bilgisi ile doktor tarafından belirtilen evre arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (kappa :0.7).

Hastalığının evresini bilmeyen 103 hastanın 57 sinin (%55,3) hastalığı lokal hastalık, 46 sının (%44,7) hastalığı metastatiktir. 103 hastanın 80' i cerrahi branşlardan, 23 tanesi dahili branşlardan polikliniğimize yönlendirilmişti. Dahili branşlardan toplam 33 (%20,7) hasta polikliniğimize başvurmuş ve bunların 23 ünün (%69,6) hastalığın evresi hakkında bilgisi yoktu. Cerrahi branşlardan toplam 126 (%79,3) hasta polikliniğimize başvurmuş ve bunların 80 tanesi (%63,5) hastalığının evresini bilmiyordu. Hastalığın evresini bilmeyen hastaların geldiği branşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p :0,2).

Tablo 1: Hastaların Demografik Verileri

	n (%)
Yaş (ortalama±SD)	59±14,54
Cinsiyet	
Kadın	72 (%45,3)
Erkek	87 (%54,7)
Eğitim Durumu	
Okuryazar	25 (%15,7)
İlköğretim	67 (%42,1)
Lise	33 (%20,8)
Üniversite	34 (%21,4)
Aylık Gelir	
1000-1500 TL	69 (%43,4)
1501-3000 TL	58 (%36,5)
3001-5000 TL	29 (%18,2)
5000 TL den fazla	3 (%1,9)
Yaşadığı Yer	
Büyükşehir	74 (%46,5)
İl merkezi	9 (%5,7)
İlçe merkezi	52 (%32,7)
Köy/kasaba	24 (%15,1)

Tablo 2:Hastaların Yönlendirildiği Branş ve Hastalıklarına İlişkin Bilgileri

	n (%)
Geldiği Branş	
Cerrahi Branş	126 (%79,3)
Genel cerrahi	77 (%48,4)
KBB	4 (%2,5)
Kadın doğum hastalıkları	11 (%6,9)
Göğüs cerrahisi	13 (%8,2)
Ortopedi	7 (%4,4)
Beyin cerrahisi	4 (%2,5)
Plastik cerrahi	6 (%3,8)
Üroloji	4 (%2,5)
Dahili Branş	33 (%20,7)
Göğüs hastalıkları	19 (%11,9)
İç Hastalıkları	12 (%7,5)
Dermatoloji	2 (%1,3)
Kaynaklandığı Organ	
Kalın bağırsak/Rektum	43 (%27,0)
Meme	22 (%13,8)
Akciğer	33 (%20,8)
Pankreas/mide/karaciğer	18 (%11,3)
Prostat	2 (%1,3)
Baş-boyun	4 (%2,5)
Böbrek	4 (%2,5)
Diğer	28 (%17,6)

Bilmiyorum	5 (%3,1)
Hastalığın evresi	
Lokal (sınırlı) hastalık	42 (%26,4)
Metastatik (yaygın) hastalık	14 (%8,8)
Bilmiyorum	103 (%64,8)

TABLO 3 :Doktor Tarafından Belirlen Hastalığın Kaynaklandığı Organ Ve Hastalık Evresi

	n (%)
Kaynaklandığı organ	
Kolon/rektum	43 (%27,0)
Meme	22 (%13,8)
Akciğer	31 (%19,5)
Pankreas/mide/karaciğer	21 (%13,2)
Prostat	2 (%1,3)
Baş-boyun	4 (%2,5)
Böbrek	3 (%1,9)
Diğer	33 (%20,8)
Evre	
Lokal hastalık	94 (%59,1)
Metastatik hastalık	65 (%40,9)

5.5 Hastaların bilgilendirilme düzeyi

Ankete katılan hastaların Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvurmadan önce kanser tanısı aldıkları branşlarda, hastalıkları hakkında bilgi alıp almadıkları ve hastalıklarına ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde 151 hasta (%95) bilgi verildiğini, 8 hasta (%5) ise hastalığı hakkında herhangi bir bilgi verilmediğini belirtti. Bilgi verilen 151 hastaya bilgiyi kimden aldığı sorulduğunda 140 hasta (%88.1) doktordan, 11 hasta (%6.9) yakınlarından bilgi aldığını söyledi. Yakınlarından bilgi aldığını söyleyen hastaların yakınlarının tutumu, hastaya hastalığı hakkında bilgi verilmemesi yönündeydi. Bu nedenle verilen bilgi düzeyinin yeterli olup olmadığına yönelik sorular hasta yakınlarına soruldu. Ardından hastalara verilen bilgi düzeyinin yeterli olup olmadığına yönelik soru yöneltildi. 45 hasta (%28.3) yeterli olduğunu, 74 hasta (%46.5) kısmen yeterli olduğunu, 40 hasta (%25.2) ise yetersiz olduğunu belirtti (Tablo 4).

Polikliniğimize başvuran hastaların 8 i (%5) yönlendirildiği branşlardan bilgi almadıklarını belirtti. Bilgi alan ve almayan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi ve yönlendirildiği branşa göre aralarında anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak bilgi almayan grup kendi içinde değerlendirildiğinde hastaların altısı (%75) 65 yaş ve üzerindeydi ve yine altısı erkekti. Hastaların yarısı metastatik hastalığa sahip iken, beşi 1500 TL ve altı gelire sahipti. Geldiği branşların dağılımı ve eğitim düzeyi hemen hemen benzerdi.

TABLO 4: Hastaların Bilgilendirilme Düzeyi

	n (%)
Yeterli bilgi verildi	45 (%28,3)
Kısmen yeterli bilgi verildi	74 (%46,5)
Yetersiz bilgi verildi	40 (%25,2)

5.6 Hastaların tedavi hakkındaki bilgi düzeyleri

Polikliniğimize başvuran yeni tanı kanserli hastalara geldiği branşta hastalığın tedavisi hakkında bilgi verilip verilmediği değerlendirildiğinde 87 hasta (%54,7) tedavi hakkında bilgi verildiğini, 72 hasta (%45,3) ise tedavi hakkında bilgi verilmediğini belirtti. Ardından hastalara hastalığın tedavi süreci hakkında ne düşündükleri soruldu. Hastalığın kolay tedavi edilebilir, tedavi edilebilir veya zor tedavi edilebilir şeklinde kategorize edilmesi istendi. Herhangi bir fikri olmayan hastalar bilmiyorum seçeneğini işaretledi. Kolay tedavi edilebilir cevabını veren 12 hasta (%7,5), tedavi edilebilir olduğunu düşünen 66 hasta (%41,5), zor tedavi edilebilir olduğunu düşünen 22 hasta (%13,8) mevcuttu. Tedavi sürecinin nasıl geçeceği konusunda fikri olmayan hasta sayısı 59 (%37,1) idi. Metastatik hastalığı olan hastaların %43' ü tedavi hakkında bilgi almadığını söylerken bu oran lokal hastalığı olanlarda %33 tü. Yine metastatik hastalığı olanların %18 i zor tedavi edilebilir bir hastalığı olduğunu, %39 u tedavi edilebilir veya kolay tedavi edilebilir bir hastalığı olduğunu düşünüyordu. Hastalığın evresi ile tedavi hakkındaki bilgi düzeyi arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p: 0,121).

TABLO 5:Hastaların Tedavi Hakkında Bilgi Düzeyleri

Hastalığın evresi	Metastatik n (%)	Lokal n (%)	p değeri
Tedavi hakkında düşünceleri			
Kolay tedavi edilebilir	5 (%7,7)	7 (%7,4)	
Tedavi edilebilir	20 (%30,8)	46 (%48,9)	
Zor tedavi edilebilir	12 (%18,5)	10 (%10,6)	
Bilmiyorum	28 (%43,1)	31 (%33,0)	p=0.121

5.7 Hastaların geldiği branşa göre bilgi düzeyinin değerlendirilmesi

Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvuran yeni tanı kanserli hastaların yönlendirildiği branşlar cerrahi ve dahili branşlar olarak kategorize edildi. Cerrahi branştan gelen hasta sayısı 126 (%79,3), dahili branşlardan gelen hasta sayısı 33 (%20,7) idi. Cerrahi branşlardan gelen 126 hastanın 122'si (%95,3) bilgi aldığını, 6'sı (%4,7) bilgi almadığını; dahili branşlardan gelen 33 hastanın 29'u (%93,5) bilgi aldığını, 2'si (%6,5) ise bilgi almadığını belirtti. Cerrahi ve Dahili branşlardan gelen hastaların bilgi alması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p :0,654).

Hastaların bilgiyi kimden aldığı sorulduğunda Cerrahi branşlardan bilgi verilerek polikliniğimize yönlendirilen hastalardan 115'i (%94,3) bilgiyi doktordan aldığını, 7'si (%5,7) yakınlarından aldığını belirtti. Dahili branşlardan bilgi verilerek polikliniğimize yönlendirilen hastalardan 25'i (%86,2) bilgiyi doktordan aldığını, 4'ü (%13,8) yakınlarından aldığını belirtti. Cerrahi branşlarla Dahili branşlar arasında bilgi kaynakları (doktor veya yakını) bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p değeri:0,22).

Hastaların geldikleri branşlarda aldıkları bilgilerin yeterlilik düzeyini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda dahili branşlardan gelen 31 hastanın 7'si (%22,6) yeterli düzeyde bilgi aldığını, 11'i (%35,5) kısmen yeterli bilgi aldığını, 13 hasta (%41,9) yetersiz bilgi aldığını belirtti. Cerrahi branşlardan gelen 128 hastanın 38'i (%29,7) yeterli düzeyde bilgi aldığını, 63'ü (%49,2) kısmen yeterli bilgi aldığını, 27'si (%21,1) yetersiz bilgi aldığını belirtti. Yetersiz bilgi alan hastaları bir grup, yeterli ve kısmen yeterli bilgi alan hastaları bir grup olarak topladığımızda cerrahi branşlardan gelen hastaların yetersiz bilgilendirilme düzeylerinin dahili branşlardan gelen hastalara göre anlamlı olarak daha az olduğu saptandı (p :0,016).

Hastaların hastalıklarının evresi ile ilgili bilgi durumu değerlendirildiğinde cerrahi branşlardan gelen 128 hastanın 48'i (%37,5) hastalığının evresi hakkında bilgi almıştı, 80'i (%62,5) ise hastalığının evresini bilmiyordu. Dahili branşlardan gelen hastaların 8'i (%25,8) hastalığının evresi hakkında bilgi aldığını, 23'ü (%74,2) evre hakkında bilgi almadığını söyledi. İstatistiksel anlamda aralarında anlamlı fark saptanmadı (p :0,221).

Hastaların uygulanacak tedavi hakkındaki bilgi durumu değerlendirildiğinde Cerrahi branşlardan gelen hastaların 73' ü (%57,0) tedavi hakkında bilgi aldığını, 55' i (%43,0) tedavi hakkında bilgi almadığını söyledi. Dahili branşlardan gelen hastaların 14' ü (%45,2) tedavi hakkında bilgi verildiğini, 17' si (%54,8) tedavi hakkında bilgi almadığını söyledi. Branşlar arasında tedavi hakkında bilgi verilmesi arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p değeri:0,234).

TABLO 6:Hastaların Geldiği Branşın Bilgi Düzeylerine Etkisi

Geldiği branş	Dahili n (%)	Cerrahi n (%)	p değeri
Bilgi düzeyi			
Yeterli/kısmen yeterli	18 (%58,1)	101 (%78,9)	p=0,016
Yetersiz	13 (%41,9)	27 (%21,1)	
Tedavi bilgisi verildi mi			
Evet	14 (%45,2)	73 (%57,0)	p=0,234
Hayır	17 (%54,8)	55 (%43,0)	
Evre bilgisi verildi mi			
Evet	8 (%25,8)	48 (%37,5)	p=0,221
Hayır	23 (%74,2)	80 (%62,5)	

5.8 Hastaların bilgi düzeyine hastalık evresinin etkisi

Hastalığın metastatik veya lokal olması ile hastaların bilgilendirilme düzeyi arasında fark olup olmadığı araştırıldı. Hastalık evreleri doktor tarafından görüntüleme sonuçları ile değerlendirildi. Bunun sonucunda başvuru anında metastatik hastalığı olan 65 hastadan 15 i (%23,1) yeterli düzeyde bilgi aldığını, 30 hasta (%46,2) kısmen yeterli bilgi aldığını, 20 hasta (%30,8) yetersiz bilgi aldığını belirtti. Başvuru anında lokal hastalığı olan 94 hastadan 30 u (%31,9) yeterli bilgi aldığını, 44 ü (%46,8) kısmen yeterli bilgi aldığını, 20 si (%21,3) yetersiz bilgi aldığını belirtti. Bu veriler karşılaştırıldığında hastalık evresinin, hastalara bilgi verilme yeterliliği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı saptandı (p :0,175).

TABLO 7:Bilgi Düzeyine Hastalık Evresinin Etkisi

Hastalık evresi	Metastatik	Lokal	p değeri
Bilgi düzeyi			
Yeterli/kısmen yeterli	45 (%69,2)	74 (%78,7)	p=0,175
Yetersiz	20 (%30,8)	20 (%21,3)	

5.9 Hastaların bilgi düzeylerine demografik verilerin etkisi

Başvuran hastalar 65 yaş ve üstü, 65 yaş altı olmak üzere iki gruba ayrıldı. Yaşın hastaların bilgi düzeyleri üzerine etkisi değerlendirildi. 65 yaş ve üzeri 67 hastanın 17' si (%25,4) yeterli bilgi aldığını, 24' ü (%35,8) kısmen yeterli bilgi aldığını, 26' sı (%38,8) yetersiz bilgi aldığını belirtti. 65 yaş altı 92 hastanın 28' i (%30,4) yeterli bilgi aldığını, 50 hasta (%54,3) kısmen yeterli bilgi aldığını, 14 hasta (%15,2) yetersiz bilgi aldığını belirtti. Yetersiz bilgi aldım diyen kişilerin oranı 65 yaş üstü kişilerde belirgin olarak fazla saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,001$).

Başvuran hastaların 72 si erkek, 87 si kadındı. Cinsiyetin hastaların bilgi düzeyi üzerinde etkisi olup olmadığı değerlendirildi. Kadın hastaların 21' i (%29,2) yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu, 35' i (%48,6) kısmen yeterli bilgisi olduğunu, 16' sı (%22,2) yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğunu belirtti. Erkek hastaların 24 ü (%27,6) yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu, 39 u (%44,8) kısmen yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu, 24' ü (%27,6) yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğunu belirtti. Cinsiyet ile yetersiz bilgi düzeyine sahip olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p :0,438$)

Hastaların eğitim düzeylerinin, hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri üzerine etkisi değerlendirildi. Sadece okuryazar olan ve herhangi bir diploması olmayan 25 hastanın 15' i (%60,0) yeterli veya kısmen yeterli düzeyde bilgi aldığını, 10 hasta (%40,0) yetersiz düzeyde bilgi aldığını belirtti. İlköğretim mezunu olan 67 hastanın 52' si (%77,7) yeterli veya kısmen yeterli bilgi aldığını, 15' i (%22,3) yetersiz bilgi aldığını belirtti. Lise mezunu 33 hastanın 25' i (%75,8) yeterli veya kısmen yeterli

bilgi aldığını, 8' i (%24,2) yetersiz bilgi aldığını belirtti. Üniversite mezunu 34 hastanın 27' si (%79,4) yeterli veya kısmen yeterli bilgi aldığını, 7' si (%20,6) yetersiz bilgi aldığını belirtti. Gruplar arasında yetersiz bilgi düzeyine sahip hasta oranı en fazla sadece okuryazar olan gruptaydı (%40,0). Üniversite mezunları arasında ise yetersiz bilgi aldım diyen hasta oranı (%20,6) ile en azdı. Ancak okuryazar grup ile diğer grupların arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p değeri:0,062).

Hastaların aylık gelirlerinin bilgi düzeyi üzerine etkisi değerlendirildi. Başvuran hastalardan 69 tanesi gelirinin 1500 TL ve altı olduğunu beyan etti. Bu hastalardan 46 sı (%66,7) bilgi düzeyinin yeterli veya kısmen yeterli olduğunu, 23 ü (%33,3) bilgi düzeyin yetersiz olduğunu söyledi. Diğer kalan 90 hasta aylık gelirinin 1500 tı nin üzerinde olduğunu beyan etti. Bu hastaların 73 ü (%81,1) bilgi düzeyinin yeterli veya kısmen yeterli olduğunu, 17 si (%18,9) bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu söyledi. Aylık geliri 1500 TL ve altında olan hastaların bilgi düzeyi yetersizliği diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazlaydı (p :0,037).

Polikliniğimize başvuran hastaların yaşadığı yerler iki gruba ayrıldı. Kentsel alandan (büyükşehir ve il merkezi) ve kırsal alandan (ilçe merkezi ve köy) gelen hastaların bilgi düzeyi arasında fark olup olmadığı değerlendirildi. Kentsel alandan gelen 83 hastanın 62 si (%74,7) bilgi düzeyinin yeterli veya kısmen yeterli olduğunu, 21 i (%25,3) bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu söyledi. Kırsal alandan gelen hastaların 57 si (%75,0) bilgi düzeyinin yeterli veya kısmen yeterli olduğunu, 19 u (%25,0) bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu söyledi. Kırsal alan veya kentte yaşaması hastaların bilgi düzeyi arasında anlamlı fark oluşmasına neden olmadı (p :0,965). Bilgi düzeyine demografik verilerin etkisi Tablo 8' de gösterilmiştir.

TABLO 8:Bilgi Düzeyine Demografik Verilerin Etkisi

Bilgi düzeyi	Yeterli/kısmen yeterli n (%)	Yetersiz n (%)	p değeri
Yaş			
65 ve üzeri	41 (%61,2)	26 (%38,8)	p<0,001
65 altı	78 (%84,8)	14 (%15,2)	
Cinsiyet			
Kadın	56 (%77,8)	16 (%22,2)	p=0,438
Erkek	63 (%72,4)	24 (%27,6)	
Gelir durumu			
1500 TL ve altı	46 (%66,7)	23 (%33,3)	p=0,037
1500 TL üzeri	73 (%81,1)	17 (%18,9)	
Eğitim durumu			
Okur yazar/ ilköğretim	67 (%72,8)	25 (%27,2)	p=0,492
Lise ve üzeri	52 (%77,6)	15 (%22,4)	
Yaşadığı yer			
Kentsel	62 (%74,7)	21 (%25,3)	p=0,965
Kırsal	57 (%75,0)	19 (%25,0)	

5.10 Yakınlarında hastalık öyküsünün hastaların bilgi düzeyine etkisi

Başvuran hastalara aile bireylerinde veya tanıdıklarında kanser hastalığı öyküsü olup olmadığı soruldu. 79 hasta (%49,7) çevresinde benzer hastalığı olan hasta öyküsü olduğunu, 80 hasta (%50,3) olmadığını söyledi. Yakınlarında benzer hastalık öyküsü olan hastaların bilgi düzeyi, olmayan hastalara göre daha iyiydi (p :0,032)

5.11 Farklı bilgi kaynağına başvuran hastaların bilgi düzeyi değerlendirilmesi

Toplam 159 hastadan 81 i (%50,9) hastalığı hakkında farklı bilgi kaynağına başvurmuştu. 81 hastanın 56' sı (%70,3) internetten bilgi edindiğini, 25 hasta (%29,7) ise benzer hastalığı olan yakınlarından bilgi edindiğini söyledi. Farklı bilgi kaynağına başvuran hastaların 69' u (%85,2) buradan bilgi düzeyinin yeterli veya kısmen yeterli olduğunu, 12' si (%14,8) ise bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu belirtti. Herhangi bir ek bilgi kaynağına başvurmayan hastaların 50' si (%54,1) bilgi düzeyinin yeterli ve kısmen yeterli olduğunu, 28' i (%35,9) ise bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu belirtti. Farklı bilgi kaynağına başvuran hastalar anlamlı düzeyde daha iyi bilgi sahibiydi (p :0,002).

Ayrıca farklı bilgi kaynağına başvuran hastaların demografik özelliklerini değerlendirdik. Yaşı 65 altında olan hastalar başta internet olmak üzere farklı bilgi kaynaklarından daha fazla yararlanmaktaydı (p :0,022). Gelir düzeyi 1500 TL üzerinde olan hastaların farklı bilgi kaynaklarından yararlanma oranı daha fazlaydı (p :0,022). Yaşadığı yer, cinsiyet ve eğitim düzeyi ile farklı bilgi kaynaklarına başvurma arasından anlamlı fark saptanmadı.

TABLO 9:Farklı Bilgi Kaynağına Başvuru Ve Bilgi Düzeyine Etkisi

Bilgi düzeyi	Yeterli/kısmen yeterli n (%)	Yetersiz n (%)	p değeri
Bilgi kaynağına başvuru			
Evet	69 (%85,2)	12 (%14,8)	p=0,002
Hayır	50 (%54,1)	28 (%35,9)	

TABLO 10:Başvurulan Diğer Bilgi Kaynakları

	n (%)
Farklı bilgi kaynağına başvuru	
Evet	81 (%50,9)
Hayır	78 (%49,1)
Başvurduğunuz kaynak	
İnternet	56 (%70,3)
Benzer hastalığı olan kişiler	25 (%29,7)
Diğer	0

5.12 Tanı konulan branşlarda doktor hasta iletişimi

Polikliniğimize başvuran hastalara geldikleri branşlarda, tanı ile ilgili bilgi verme aşamasında doktoruyla olan iletişimi değerlendirildi. Hastalara yeterli zaman ayrılıp ayrılmadığı ve anlaşılır dil kullanılıp kullanılmadığı soruldu. 118 hasta (%74,2) tanı ile ilgili bilgi verilirken yeterli zaman ayrıldığını, 41 hasta (%25,8) ise yeterli zamanın ayrılmadığını belirtti. 138 hasta (%86,8) doktorunun anlaşılır bir dil kullandığını, 21 hasta (%13,2) ise anlaşılır dil kullanılmadığını belirtti. Yeterli zaman ayrılma ve anlaşılır dil kullanma ile bunların yapılmaması arasında bilgi düzeyi bakımından istatistiksel farklılık mevcuttu (Tablo 11) ($p < 0,001$). Cerrahi ve dahili branşlar arasında yeterli zaman ayrılması ve anlaşılır dil kullanılması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

TABLO 11:Doktor Hasta İletişimi Ve Bilgi Düzeyine Etkisi

Bilgi düzeyi	Yeterli/kısmen yeterli n (%)	Yetersiz n (%)	p değeri
Yeterli zaman ayrılması			
Evet	99 (%83,9)	19 (%16,1)	p < 0,001
Hayır	20 (%48,8)	21 (%51,2)	
Anlaşılır dil kullanılması			
Evet	112 (%81,2)	26 (%18,8)	p < 0,001
Hayır	7 (%33,3)	14 (%66,7)	

5.13 Yakınları bilgilendirilen hastaların özellikleri

Hastalardan 11'i (%7,3) yakınlarından bilgi aldığını belirtti. Bu 11 hastanın yakınlarına bilgi düzeyini değerlendirmek için soru yöneltildi. Hasta yakınlarının 2'si (%18,2) yeterli düzeyde bilgi aldığını, 7'si (%63,6) kısmen yeterli düzeyde bilgi aldığını, 2'si (18,2) ise yetersiz düzeyde bilgi aldığını belirtti. Doğrudan doktordan bilgi alan hastalarla kıyaslandığında bilgi düzeyi açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Yakınlarından bilgi alan hastalar yaş grubuna göre değerlendirildi. Yaşı 65 ve üzerinde olan hastaların 8'i (%13,0) bilgiyi yakınlarından aldığını belirtirken, 65 yaş altında olan hastaların ise 3'ü (%3,3) yakınlarından bilgi almıştı. 65 yaş ve üzerindeki hastalara yakınları daha az bilgi verme eğilimindeydi (p :0,023).

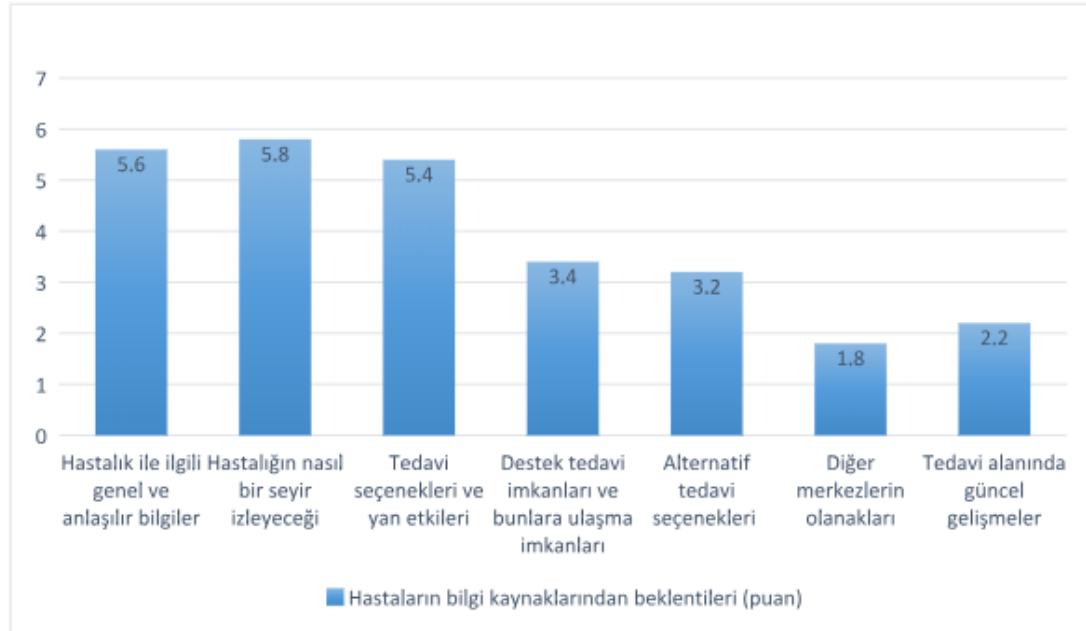
Üniversite mezunu olan ve başvuran hastaların 30'u (%96,8) bilgiyi doğrudan doktordan, biri (%3,2) yakınlarından almıştı. Lise mezunu olan hastaların 30'u (%90,9) bilgiyi doktordan, 3'ü (%9,1) bilgiyi yakınlarından almıştı. İlköğretim mezunu olan hastalardan 61'i (%93,8) bilgiyi doktordan, 4'ü (%6,2) yakınlarından almıştı. Sadece okuma yazması olan hastalardan 19'u (%86,4) bilgiyi doktordan, 3'ü (%13,6) bilgiyi yakınlarından almıştı. Yakınlarından bilgi alma oranının üniversite mezunlarında en düşük, sadece okuma yazması olan hastalarda ise en yüksek olduğu

saptandı. Ancak eğitim düzeyi ile hastaların yakınlarından bilgi alması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Kentsel alanda yaşayan hastaların 4' ü (%5,2), kırsal alanda yaşayan hastaların 7' si (%9,5) bilgiyi yakınlarından almış. Kırsal alanda yaşayan hastalar arasında yakınlarında bilgi alma oranı daha yüksek olsa da ikisi arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır (p :0,313). Gelir düzeyi ile yakınlarından bilgi alma arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildi. Aylık geliri 1500 TL ve altında olan hastaların 57'si si (%89,1) bilgiyi doktordan, 7' si (%10,9) bilgiyi yakınlarından almış. 1500 TL üzerinde olan hastaların ise 83' ü (%9,4) bilgiyi doktordan, 4' ü (%4,6) bilgiyi yakınlarından aldığını belirtti. Gelir düzeyi düşük olan grupta yakınlarından bilgi alma oranı daha az olmakla birlikte aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p :0,205).

5.14 Hastaların bilgi kaynaklarından beklentileri

Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarından beklentileri değerlendirildiğinde en fazla hastalığın nasıl bir seyir izleyeceği hakkında beklentileri olduğu, en az ise diğer tedavi merkezlerine ulaşım hakkında beklentileri olduğu bulunmuştur.



GRAFİK 1:Hastaların Bilgi Kaynaklarından Beklentileri

6.TARTIŞMA

Kanser sıklığının artması, tarama programlarına yapılan teşvik, yazılı ve görsel medyada farkındalığı arttırma çalışmaları hasta veya sağlıklı bireylerin kanser hakkında bilgi düzeyini ülkemizde ve dünyada arttırmaktadır.⁵⁻⁶ Dünya genelinde kanser hastalarının çoğunluğu hastalıklarının nedenlerini, gidişatını ve tedavi alternatiflerini merak etmektedir. Doğru ve sağlıklı bilgilendirme hastanın hekimine ve tedavisine olan güvenini arttırmaktadır. Yetersiz bilgi ve farkındalık düzeyine sahip olan hastalar ise kanserle baş etme konusunda daha başarısız olmaktadır¹². Yine sahip oldukları bilgi düzeyleri hastaların psikiyatrik morbidite düzeyini ve tedaviye etkin katılımlarını etkilemektedir⁶¹⁻⁶²⁻⁶³. Hastaların sahip oldukları bilgi düzeyleri sosyo-ekonomik düzeye, yaşa, gelir durumuna, eğitim durumuna, cinsiyete, hastalığın kaynaklandığı organa bağlı olarak değişim göstermektedir⁸⁻¹⁰. Hasta ve doktor tanı ve tedavi aşamasını birlikte yürüten iki ana unsur olması nedeniyle hastaya bağlı nedenler olduğu kadar doktorun iletişim becerisi, hastaya ayırdığı zaman, kanser konusundaki farkındalığı ve tecrübesi de hastaların bilgi ve farkındalık düzeyini etkilemektedir.

Bu nedenle 01 Ocak 2018 – 31 Mart 2018 tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji polikliniğimize başvuran yeni tanı hastaların bilgi ve farkındalık düzeyini değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmaya 159 hasta katıldı ve katılan hastaların yaş ortalaması 59 olup, 72' si kadın (%45,3), 87'si erkek (%54,7) cerrahi branştan gelen hasta sayısı 128 (%80.5), dahili branşlardan gelen hasta sayısı 31 (%19.5) idi. Başvuran 159 hastanın 148 i ile birebir kendisi ile, 11 hastanın ise yakınları ile anket yapılmıştır. Tüm hastalar içinde sekizi (%5) hastalığı hakkında herhangi bir bilgi almadığını belirtti. Bilgi alan ve almayan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi ve yönlendirildiği branşa göre aralarında anlamlı farklılık saptanmadı.

Toplumların sosyokültürel yapısı ve beklentisine göre değişmekle birlikte önceki dekadlarda hekim ve hasta yakınlarının tutumları, hastaları korumak amacıyla verilen bilgiyi sınırlı tutmak; tanı, evre ve beklenen yaşam süresi konusunda daha olumlu bir tablo çizmek yönündeydi. Ancak son 10 yılda bu yaklaşım tam tersi yönde değişim göstermektedir.⁷ 2008 de Bracci ve ark. İtalya'da yapmış olduğu bir araştırmada 587 kanser hastasında tanı ve tedavisi hakkında bilgi düzeyi sırasıyla %86 ve %84

bulunmuştur.⁸ 2000-2002 yılları arasında Pamukkale Üniversitesinde Ateşçi ve ark. yapmış olduğunu çalışmada 117 hastanın 64'ü (% 54.7) kanser tanısının farkında olmadığı saptanmıştır⁶¹. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler bu verilerle karşılaştırıldığında hastanemizde yeni tanı alan hastaların bilgi alma ve hastalıkları hakkındaki farkındalık düzeyi yüksek saptanmıştır. Son dönemde bilgi kaynaklarının artması, hasta ve yakınlarının kanser konusunda farkındalığının artması ve getirilen yasal düzenlemeler neticesinde doktorlar hastalarına daha fazla bilgi verme eğiliminde olduğu düşünülmüştür.

Bilgi aldığını söyleyen 151 hastadan 140' ı bilgiyi doktordan almıştır farklı bir sağlık personeli bu aşamaya müdahil olmamıştır. Anglo sakson ekolünde kötü haber verme daha çok hemşireler tarafından yapılmakla birlikte dünyanın geri kalanında bilgilendirme hakkında nihai karar doktora aittir⁶. Kimi hasta yakınları yakınlarına hastalığın kötü huylu olduğunu, ciddiyetini veya yaygınlığını söylememe eğilimi içindeydi. Başvuran hastaların 11 inin yakınları hastaya hastalığı hakkında detaylı bilgi verilmesine izin vermemiş. Hastalar hastalıklarını ur, kitle veya iyileştirilebilir bir hastalık olarak biliyordu ve hasta yakınları kanser kelimesini kullanmamayı tercih ediyordu. Yakınlarının almış olduğu bu tutuma saygı gösterildi ve görüşme esnasında hastalık hakkında verilen bilginin yeterliliği ile ilgili ankete yakınları ile devam edildi. Yaşı 65 ve üzerinde olan hastaların 8 i (%13) bilgiyi yakınlarından almış. 65 yaş altında olan hastaların ise 3 ü (%3.3) yakınlarından bilgi almış. 65 yaş ve üzerindeki hastaların yakınları hastaya daha az bilgi verme eğilimindeydi (p değeri:0.023). Cinsiyet, gelir düzeyi veya yaşanan bölge ile hasta yakınlarının tutumu arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Üniversite mezunu hastalardan sadece birinden hastalığı gizlenmişti (%4), sadece okuryazar olan grupta ise bu oran (%13) tü, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Bu sonuçlar ileri yaşın yakınlarının tutumu üzerinde etkisi olduğunu göstermiştir. Eğitim düzeyinin etkisi olabileceği düşünülmüştür ancak daha büyük ölçekli çalışmalar ile değerlendirilmesi gerekebilir. Kanser hastalarına neyin ne kadar söyleyeceğinin konusu, ülkeye ve kültüre bağlı olarak hala farklı şekilde ele alınmaktadır⁶⁴. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hekimlerin çoğunluğu gerçeği çoğunlukla doğrudan hastaya anlatıyor, ancak bazı coğrafik alanlarda hâlâ hakim olan tavır gerçeği hastadan ziyade akrabalarına aktarılması şeklindedir⁵⁻⁶⁻⁶⁵⁻⁶⁶⁻⁶⁷⁻¹⁴. İzmir, Türkiye'nin batısında yer almakta ve insanların

yaşam tarzı ve tutumları daha batılı olması nedeniyle bizim çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğu birebir bilgi almıştır. Orta Anadolu ve ülkenin doğusunda hasta ve yakınlarının tutumunun farklı olabileceği beklenebilir.

Onkoloji polikliniğine başvuran hastalardan tanı esnasında verilen bilginin niteliğini değerlendirmesi istendi. Beklenildiği gibi bilgi alan hasta ve hasta yakınlarının tamamı bilgiyi doktordan almıştı. Başka bir sağlık çalışanı tarafından bilgilendirme gerçekleştirilmemişti. Hastaların değerlendirmesi; 45 i (%28.3) verilen bilginin yeterli olduğu, 74 ü (%46.5) kısmen yeterli olduğu, 40 ı (%25.2) yetersiz olduğu şeklindeydi. Ancak hastaların vermiş olduğu beyanlar sübjektif idi. Kimi hastaların bilgi alma eğilimi daha fazla iken, kimi hastalar detaylı bilgi almak istemiyordu verilen az miktarda bilgi onlar için yeterliydi. Hastaların bilgi düzeyini daha objektif değerlendirebilmek için poliklinikte hastayı değerlendiren doktor tarafından hastalığın evresi, kaynaklandığı organ ve geldiği branş bilgileri dolduruldu ve hasta verileri ile karşılaştırıldı.

Hastaların geldiği branş sorusuna yönelik cevabı ile poliklinik sorumlusu doktorun belirttiği branş bilgisi nerdeyse birebir uyumluydu. Hastalığın kaynaklandığı organ sorusuna hastalar en çok 43 (%27) kolon/rektum, 33 (%20.8) akciğer, 22 (%13.8) ile meme cevabını verdi. Poliklinik sorumlusu doktor tarafından yapılan değerlendirmede ise kolon/rektum 43 (%27), akciğer 31 (%19.5), meme 22 (%13.8) şeklindeydi. Bu verilerde neredeyse birebir örtüşüyordu. Sadece 5 hasta hastalığının kaynaklandığı organı bilmiyordu bu hastalardan birinin ise primeri bilinmeyen malignite tanısı mevcuttu. Tanı koyma aşamasında hastalara hastalığın kaynaklandığı organ ile ilgili yeterince bilgi verildiğini ve hastaların bu konuda yeterince bilgi sahibi olduğunu gördük. Hastaların ve sorumlu doktorun belirttiği evre ve kaynaklanan organ bilgisi Tablo 2 ve 3' te gösterilmiştir.

Hastaların büyük kısmı kötü huylu bir hastalığı olduğunu ve hastalığın kaynaklandığı organı biliyordu. Ancak evrelerinin ne olduğu sorusuna, hastaların 103 tanesi (%64.8) bilmiyorum cevabını vermiştir. Evresi konusunda bilgi verilmeyen hastaların evreleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. 87 hasta (%54.7) tedavi hakkında bilgi verildiğini, 72 hasta (%45.3) tedavi hakkında bilgi verilmediğini belirtti. Hastalara tedavi süreci ve prognoz ile ilgili beklentilerini sordüğümüzda;

kolay tedavi edilebilir cevabını veren 12 hasta (%7.5), tedavi edilebilir olduğunu düşünen 66 hasta (%41.5), zor tedavi edilebilir olduğunu düşünen 22 hasta (%13.8) mevcuttu. Tedavi sürecinin nasıl geçeceği konusunda fikri olmayan hasta sayısı 59 (%37.1) idi. Metastatik hastalığı olan hastaların %43 ü tedavi hakkında bilgi olmadığını söylerken bu oran lokal hastalığı olan hasta grubunda %33 tü. Yine metastatik hastalığı olanların %18 i zor tedavi edilebilir bir hastalığı olduğunu, %39 u tedavi edilebilir veya kolay tedavi edilebilir bir hastalığı olduğunu düşünüyordu. Hastaların evre ve tedavi konusunda yani dolaylı olarak prognoz hakkında bilgisinin yetersiz olduğu saptanmıştır.

Yeni tanı almış bir kanser hastasının en çok merak ettiği durum hastalığın nasıl bir seyir izleyeceği prognozunun ne olduğudur⁸. Nitekim bizim çalışmamızda da böyle saptanmıştır. Ancak tanı koyma aşamasında doktorlar açısından belki de en zor durum bir hastaya ilerlemiş bir kanser hastalığı olduğunu ve prognozunun kötü olduğunu söylemektir. Maalesef tıbbi onkologlarda dahil olmak üzere doktorların önemli bir kısmı kötü haber verme ve hastalarla prognoz üzerinde tartışma konusunda yeterli eğitim almamaktadır⁶⁸⁻⁶⁹. Numico ve ark. İtalya’ da 649 hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastaların dörtte üçü hastalığını biliyordu, ancak yarısı tedavinin palyatif veya küratif verildiğinin farkındaydı. Bir diğer çalışmada ileri evre kanseri olan hastalarda tedavi ve prognoz farkındalığı daha az saptanmıştır⁷⁰. Çoğunlukla talep edilmedikçe hastalığın evresi ve prognozu hakkında konuşulmamaktadır. Ayrıca doğal olarak tanı koyan hekimlerin önemli bir kısmı hastalığın medikal tedavisinin onkolog tarafından verilecek olması nedeniyle tedavi hakkındaki bilgi için hastaları onkologlara yönlendirmektedir. 2003 yılında Türkiye’ de tıbbi onkologlar ile yapılan bir çalışmada hekimlerin %48 ‘i hastalarına çoğunlukla hastalığı hakkındaki gerçeği tam olarak açıklamamaktadır¹⁴. Bizim çalışmamızda hastaların tedavi konusundaki bilgisi zayıf bulunmuş, metastatik ve lokal kanseri olan hastalar arasında tedavi bilgisi konusunda fark saptanmamıştır ancak Tıbbi Onkoloji’ de verilecek tedavi ve prognoz bilgisi sonrasında sonuçların farklı olması beklenmektedir. Beklentimiz Tıbbi Onkoloji’ ye gelmeden önce hastaların tedavi hakkında daha fazla bilgi alması yönündedir. Bu hastaların vereceğimiz tedaviye daha kolay uyum sağlamasına yardım edecektir. Ayrıca verilen

eksik bilgi neticesinde hastalar farklı kaynaklardan yanlış bilgi alabilmekte, uygun olmayan ve henüz kanıtlanmamış alternatif tedavi seçeneklerine yönelebilmektedir.

Hastaların bilgi ve farkındalık düzeyine etki eden nedenleri ayrıca değerlendirdik. Yetersiz bilgi alan hastaları bir grup, yeterli ve kısmen yeterli bilgi düzeyine sahip hastaları bir grup olarak topladığımızda cerrahi branşlardan gelen hastaların yetersiz bilgilendirilme düzeyleri dahili branşlardan gelen hastalara göre anlamlı olarak daha azdı (p değeri:0.016). Cerrahi branşlardan gelen hastaların hastalığın evresi hakkındaki bilgi düzeyi ve tedavi hakkındaki bilgi, düzeyi bir miktar daha yüksekti ancak aralarında istatistiksel anlamlı ilişki bulunamadı. Ancak dahili branşlardan gelen hastalardan yaşı 65 ve üzerinde olan hasta sayısı daha fazlaydı (p değeri:0.045). 2005 yılında Numico ve ark. İtalya’ da yapmış olduğu çalışmada cerrahi branşlardan gelen hastaların daha iyi bilgilendirildiğini saptamıştır⁷⁰. Çalışmamız onkolojik cerrahinin ve Multidispliner Tümör Konseyleri’nin aktif olarak yürütüldüğü hastanemizde cerrahi branşların onkolojik tedaviler ve kötü haber verme konusundaki bilgi ve tecrübelerini teyit etmiştir. Tümör Konseyleri’nde hastaların tüm tanısal işlemleri, tedavi planları ve izlem süreçleri ortak görüşmeler sonucunda belirlenmektedir. Bu da her branşa diğer branşların bilgi ve tecrübelerinden haberdar olma fırsatı sağlayarak hastaya en sağlıklı ve faydalı hizmeti sunmayı sağlamaktadır. Dahili branşlarda tanı esnasında yapılan kolonoskopi ve bronkoskopi gibi işlemler gününbirlik ve riski daha düşük işlemlerdir. Bu da doktor ile hastanın geçirdiği zamanın daha az olmasına ve dolaylı olarak verilen bilginin yetersiz olabileceğini düşündürmektedir.

Cinsiyet, eğitim düzeyi ve hastaların yaşadığı yerin bilgi düzeyine etkisi saptanmazken, yaşı 65 ve üzerinde olan ve geliri 1500 tl ve altında olan hastaların bilgi düzeyi daha yetersizdi (sırasıyla p değeri:0.001 ve p değeri:0.037). Bilgi ve farkındalık düzeyini değerlendiren daha önceki çalışmalarda yaşı genç olması ve cinsiyetin kadın olması bilgi düzeyinin daha iyi olması ile ilişkilirdi⁸⁻¹⁰. Ancak bizim çalışmamızda cinsiyet ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Gelir düzeyi daha düşük olan grupta bilgi düzeyinin az olması bilgi kaynaklarına (internet vb.) ulaşımın daha az olmasına bağlanabilir¹³.

Hastaların aldığı bilgiden memnuniyetin önemli unsurlarından birisi de doktor ile olan iletişimdir. Hastaların doktordan beklentisi ona ve ailesine rehberlik etmesi, güven ortamı inşa etmesi ve umut vermesidir⁷¹. Bunun için hastalara yeterli zaman ayrılmalı ve hastaların anlayacağı bir dilde ifade edilmelidir. Çalışmamızda bilgi verme esnasında yeterli zaman ayrılması ve anlaşılır dil kullanılmasının bilgi düzeyi üzerinde anlamlı farklılık yarattığı saptanmıştır (tablo) (p değeri:<0.001). Cerrahi ve dahili branşlar arasında bu açıdan fark bulunamamıştır.

Hastaların bilgi almak için doktordan sonra başvurduğu kaynaklar en fazla internet ile diğer hasta ve hasta yakınlarıdır⁷²⁻⁷³. Çalışmamıza dahil edilen 159 hastadan 81 i (%50.9) hastalığı hakkında farklı bilgi kaynağına başvurmuş. 81 hastanın 56 sı (%70.3) internetten bilgi edindiğini, 24 hasta (%29.7) benzer hastalığı olan yakınlarından bilgi edindiğini söyledi. Farklı bir bilgi kaynağına başvuran hastaların bilgi düzeyi anlamlı olarak daha iyiydi (p değeri:0.002). Beklenildiği gibi yakınlarında kanser öyküsü olan hastaların bilgi düzeyi daha iyiydi (p değeri:0.032). Özellikle internette hastaların yanlış ve eksik bilgi edinebileceği unutulmamalı ve hastalara olabildiğinde yeterli bilgi verilmelidir.

7. SONUÇ VE ÖNERİ

Kanser dünya genelinde yaşamı tehdit eden ciddi bir sağlık sorunudur. Kanser tanısı konulduktan sonra hastaların çoğunluğu hastalıklarının nedenlerini, seyrini ve tedavi alternatiflerini merak etmektedir. Bu aşamada hastaların hekimlerden ve farklı bilgi kaynaklarından doğru ve tatminkar bilgi alması büyük önem taşımaktadır. Farkındalık ve bilgi düzeyinin artmış olması tedaviye karar verme ve tedavi sürecine uyum konusunda anlamlı katkı sağlamaktadır.

Biz çalışmamızda Tıbbi Onkoloji Polikliniği' ne başvuran yeni tanı 159 hastanın bilgi ve farkındalık düzeyini ölçmeyi amaçladık. Çalışmamızın sonucunda yaşı genç olan hastaların, cerrahi branşlardan yönlendirilen hastaların, gelir düzeyi yüksek olan hastaların, poliklinikte yeterli zaman ayrılarak anlaşılır bir dille bilgi verilen hastaların, yakınlarında kanser öyküsü olan hastaların ve başta internet olmak üzere farklı bilgi kaynaklarına başvuran hastaların bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar Onkolojik Cerrahi'nin ve Multidisipliner Tümör Konseyleri'nin aktif olarak yürütüldüğü hastanemizde cerrahi branşların onkolojik tedaviler ve kötü haber verme konusundaki bilgi ve tecrübelerinin yüksek olduğunu desteklemiştir. Tümör Konseyleri'nde hastaların tüm tanısal işlemleri, tedavi planları ve izlem süreçleri ortak görüşmeler sonucunda belirlenmektedir. Bu da her branşa diğer branşların bilgi ve tecrübelerinden haberdar olma fırsatı sağlayarak hastaya en sağlıklı ve faydalı hizmeti sunmayı sağlamaktadır. Çalışmamızda beklenmeyecek şekilde eğitim düzeyinin hastaların bilgi düzeyine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Çalışma süremizde yeni tanı alarak başvuran hasta sayısının kısıtlı olması nedeniyle bu sonucun çıktığını düşünmekteyiz. Daha fazla hastayı ve daha farklı coğrafi kesimleri kapsayan çalışmaların faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak; Tıbbi Onkoloji Polikliniği' ne başvurmadan önce hastaların doğru ve sağlıklı bir şekilde bilgilendirmesi hastanın hekimine olan güvenini tedavisine olan uyumunu arttırmaktadır. Bu nedenle hastalara yeterli zaman ayrılarak tatminkar düzeyde bilgi verilmesi önem taşımaktadır. Bu anlamda hem onkoloji alanında çalışan hekimlere hem de onkolojiye gelmeden önceki tanı ve tedavi sürecinde yer alan hekimlere önemli görev ve sorumluluk düşmektedir.

KAYNAKÇA

1. American Cancer Society. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures, 2016-20.
2. Türk halk sağlığı kurumu kanser daire başkanlığı internet sitesi 2016 verileri
3. Centers for Disease Control and Prevention (2015). Global Cancer Statistics. (Accessed on April 13, 2017).
4. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. *Cancer Facts Fig 2016*.
5. Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth? *Lancet Oncol*. 2006
6. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E et al. information disclosure in different cultural contexts. *Support CARE CANCER*. 2004
7. Mosconi P, Meyerowitz BE, Liberati MC et al. Disclosure of breast cancer diagnosis: patient and physician reports. GIVIO (Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation, Italy). *Ann Oncol*. 1991
8. R B. Bracci R. Zanon E., Cellerino R, et al. Information to cancer patients: a questionnaire survey in three different geographical areas in Italy. *Supp Cancer Care* 2008;16:869–877.
9. Montgomery C, Lydon A, Lloyd K (1999) Psychological distress among cancer patients and informed consent. *J Psychosom Res* 46:241–245.
10. Costantini A, Grassi L, Picardi A, et al. Awareness of cancer, satisfaction with care, emotional distress, and adjustment to illness: An Italian multicenter study. *Psychooncology*. 2015
11. Wang DC, Peng X, Guo C Bin et al. When clinicians telling the truth is de facto discouraged, what is the family's attitude towards disclosing to a relative their cancer diagnosis? *Support Care Cancer*. 2013;21(4)
12. Suriati G, Colonius a, Narimah S. et al. Knowledge and Awareness of Malaysian Cancer Patients and their Family towards Facing and Coping with Cancer. *Heal Environ J*. 2012;3(2):38-50.
13. Yıldırım S, Kazaz SN, Semiz HS, et al. An Evaluation of the Information Sources of Cancer Patients' Relatives. A Prospective Survey. *Journal of Cancer Education*. 2018:1-7.

14. Ozdogan M, Samur M, Artac M, et al. Factors Related to Truth-Telling Practice of Physicians Treating Patients with Cancer in Turkey. *J Palliat Med.* 2006;9(5)
15. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015;136(5)
16. Goldman L, Shafer I A. *Goldman-Cecil Medicine.*; 2016.
17. Hall EJ, Giaccia AJ. *Radiobiology for the Radiologist: Seventh Edition.*; 2012.
18. International Commission on Radiological Protection. The 2007 recommendations of the international commission on radiological protection. *ICRP Publ 103 Ann ICRP 37.* 2007;2-4.
19. Feinendegen LE. Evidence for beneficial low level radiation effects and radiation hormesis. *Br J Radiol.* 2005;78(925)
20. Ahlbom A, Day N, Feychting M, et al. A pooled analysis of magnetic fields and childhood leukaemia. *Br J Cancer.* 2000;83(5)
21. Focke F, Schuermann D, Kuster N et al. DNA fragmentation in human fibroblasts under extremely low frequency electromagnetic field exposure. *Mutat Res.* 2010;683(November 2015)
22. Armstrong BK, Kricker A. The epidemiology of UV induced skin cancer. *J Photochem Photobiol B Biol.* 2001;63(1-3)
23. Koh D, Wang H, Lee J et al. Basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma and melanoma of the skin: Analysis of the Singapore Cancer Registry data 1968-97. *Br J Dermatol.* 2003;148(6)
24. Raaschou-Nielsen O, Andersen ZJ, Beelen R, et al. Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: Prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Lancet Oncol.* 2013;14(9)
25. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008. *MPOWER Packag.* 2008:1-336.
26. International Agency for Research on Cancer. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking.* Vol 83.; 2004.

27. Burns DM, Dybing E, Gray N, et al. Mandated lowering of toxicants in cigarette smoke: A description of the World Health Organization TobReg proposal. *Tob Control*. 2008;17(2)
28. Thun MJ, Day-Lally C, Myers DG, et al. Trends in Tobacco Smoking and Mortality From Cigarette Use in Cancer Prevention Studies I (1959 Through 1965) and II (1982 Through 1988). In: *Smoking and Tobacco Control Monograph 8: Changes in Cigarette-Related Disease Risks and Their Implications for Prevention and Control*. ; 1997:305-382.
29. L. A. Primary malignant growth of the lungs and bronchi, Longmans-Green, New York 1912.
30. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. *Lung Cancer*. 2004;45 Suppl 2:S3-S9.
31. Brownson RC, Novotny TE, Perry MC. Cigarette smoking and adult leukemia. A metaanalysis. *Arch Intern Med* 1993; 153:46.
32. Allen NE, Beral V, Casabonne D, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(5):296-305.
33. Bertone-Johnson ER, Chen WY, Holick MF, et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D and 1,25-dihydroxyvitamin D and risk of breast cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2005;14(8):1991-1997.
34. Aune D, Lau R, Chan DSM, et al. Dairy products and colorectal cancer risk: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Ann Oncol*. 2012;23(1):37-45.
35. Rapp K, Schroeder J, Klenk J, et al. Obesity and incidence of cancer: a large cohort study of over 145,000 adults in Austria. *Br J Cancer*. 2005;93(9):1062-1067.
36. Kim YI, Mason JB. Nutrition chemoprevention of gastrointestinal cancers: a critical review. *Nutr Rev* 1996; 54:259.
37. Hardman a E. Physical activity and cancer risk. *Proc Nutr Soc*. 2001;60(1):107-113.
38. Dizdaroglu M. Oxidatively induced DNA damage: Mechanisms, repair and disease. *Cancer Lett*. 2012;327(1-2):26-47.
39. Yi C, He C. DNA repair by reversal of DNA damage. *Cold Spring Harb*

Perspect Biol. 2013;5(1).

40. Zeegers MP, Swaen GM, Kant I, et al. Occupational risk factors for male bladder cancer: results from a population based case cohort study in the Netherlands. *Occup Environ Med* 2001; 58:590.
41. Spirtas R, Heineman EF, Bernstein L, et al. Malignant mesothelioma: attributable risk of asbestos exposure. *Occup Env Med.* 1994;51(12):804-811.
42. Plummer M, de Martel C, Vignat J et al. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Heal.* 2016;4(9):e609-e616.
43. Ding S-Z, Zheng P-Y. Helicobacter pylori infection induced gastric cancer; advance in gastric stem cell research and the remaining challenges. *Gut Pathog.* 2012;4(1):18.
44. Safatle-Ribeiro A V., Ribeiro U, Clarke MR, et al. Relationship between persistence of Helicobacter pylori and dysplasia, intestinal metaplasia, atrophy, inflammation, and cell proliferation following partial gastrectomy. *Dig Dis Sci.* 1999;44(2):243-252.
45. DeVita VT, Lawrence TS RS. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology.*; 2011.
46. Vogelstein B, Kinzler KW. Cancer genes and the pathways they control. *Nat Med.* 2004;10(8):789-799.
47. Brunswick N, Wardle J, Jarvis MJ. Public awareness of warning signs for cancer in Britain. *Cancer Causes Control.* 2001;12(1):33-37.
48. Kutluk T, Kars A. *Kanser Konusunda Genel Bilgiler. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları, Başbakanlık Basımevi, Ankara 1994; Ss 40-47.*
49. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J et al. Cancer of the stomach. A patient care study by the American College of Surgeons. *Ann Surg.* 1993;218(5):583-592.
50. Bleeker-Rovers CP, Vos FJ, de Kleijn EM et al. A prospective multicenter study on fever of unknown origin: the yield of a structured diagnostic protocol.
51. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, Rowland JH, Meyerowitz BE, Belin TR. Fatigue in breast cancer survivors: Occurrence, correlates, and impact on

- quality of life. *J Clin Oncol*. 2000;18(4):743-753.
52. Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas M et al. The epidemiology of cancer pain. *Cancer Invest* 2005; 23:182.
 53. V.J. D, S.K. W, R.L. S. An evaluation of prostate-specific antigen as a screening test for prostate cancer. *Arch Intern Med*. 1993;153(22):2529-2537.
 54. Johnson CC, Kessel B, Riley TL, et al. The epidemiology of CA-125 in women without evidence of ovarian cancer in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer (PLCO) Screening Trial. *Gynecol Oncol*. 2008;(3):383-389.
 55. Duffy MJ. CA 15-3 and related mucins as circulating markers in breast cancer. *Ann Clin Biochem*. 1999;36(5):579-586.
 56. Uk I, Cancer B. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 2012;380(9855):1778-1786.
 57. Özgüven MA ÖEPET el kitabı. 2004 (23 A 2006). No Title.
 58. Management C, For G. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol*. 2012;120(5):1222-1238.
 59. Chiu PKF, Lee KWM, Hou SSM, Ng CF. Oncological outcomes after radical prostatectomy for high risk prostate cancer. *J Endourol*. 2014;28:A73.
 60. Yetmen Ö, Aktaş C, Hakan Bakkal B. Serviks Kanserinde Radyoterapi Tedavisinin Yeri ve Önemi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Derg*. 2012;11(2).
 61. F.C. A, N.K. O, B. B et al. Psychiatric disorders in cancer patients and associated factors. *Turk Psikiyatri Derg*. 2003;14(2):145-152.
 62. Chandra PS, Chaturvedi SK, Kumar A, et al. Awareness of diagnosis and psychiatric morbidity among cancer patients--a study from South India. *J Psychosom Res*. 1998;45:257-261.
 63. Barnett MM. Does it hurt to know the worst? - Psychological morbidity, information preferences and understanding of prognosis in patients with advanced cancer. *Psychooncology*. 2006;15(1):44-55.
 64. Surbone A. Cultural aspects of communication in cancer care. *Recent Results Cancer Res*. 2006;168(0080-0015 (Print)):91-104.
 65. Miyata H, Takahashi M, Saito T et al. Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis: To tell or not to tell? *J Med Ethics*. 2005;31(8):447-

451.

66. Öksüzoğlu B, Abali H, Bakar M et al. Disclosure of cancer diagnosis to patients and their relatives in Turkey: Views of accompanying persons and influential factors in reaching those views. *Tumori*. 2006;92(1):62-66.
67. Chiu LQ, Lee WSD, Gao F et al. Cancer patients' preferences for communication of unfavourable news: An Asian perspective. *Support Care Cancer*. 2006;14(8):818-824.
68. Clayton JM, Butow PN, Tattersall MHN. When and how to initiate discussion about prognosis and end-of-life issues with terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(2):132-144.
69. Clayer MT. Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Med J Aust*. 2007;187(8):478.
70. Numico G, Anfossi M, Bertelli G, et al. The process of truth disclosure. *Ann Oncol*. 2009;20(5):941-945.
71. Clayton JM, Butow PN, Arnold RM, Tattersall MHN. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer*. 2005;103(9):1965-1975.
72. Carlsson M. Cancer patients seeking information from sources outside the health care system. *Support Care Cancer*. 2000;8(6):453-457.
73. James N, Daniels H, Rahman R. et al. A study of information seeking by cancer patients and their carers. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2007;19(5):356-362.

EK 1

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Bu anket Tıbbi Onkoloji Polikliniğine ilk kez başvuran hastaların hastalıkları hakkında bilgi ve farkındalık düzeyininin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz

1-) Yaşınızı belirtiniz . (.....)

2-)Cinsiyetinizi belirtiniz .

- I. Kadın ☐
- II. Erkek ☐

3-)Eğitim durumunuzu belirtiniz.

- I. Okur/Yazar ☐
- II. İlköğretim ☐
- III. Lise ☐
- IV. Üniversite ☐

4-)Ailenizin aylık gelir düzeyini belirtiniz.

- I. 1000-1500 TL ☐
- II. 1501-3000 TL ☐
- III. 3001-5000 TL ☐
- IV. 5000 TL'den fazla ☐

5-)Yaşadığınız yeri belirtiniz

- I. Büyükşehir ☐
- II. İl Merkezi ☐
- III. İlçe Merkezi ☐
- IV. Köy/Kasaba ☐

6-) Hangi branş tarafından onkoloji polikliniğine yönlendirildiniz belirtiniz.

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| I. Genel cerrahi | ☐ | VII. İç hastalıkları | ☐ |
| II. Kulak-Burun-Boğaz | ☐ | VIII. Beyin-sinir cerrahisi | ☐ |
| III. Kadın-doğum | ☐ | IX. Plastik Cerrahi | ☐ |
| IV. Göğüs cerrahisi | ☐ | X. Diğer (.....) | ☐ |
| V. Ortopedi | ☐ | | |
| VI. Göğüs hastalıkları | ☐ | | |

7-) Tıbbi onkolojiye yönlendirilirken hastalığınız hakkında bilgi aldınız mı?

- | | |
|-----------|--------------------------|
| I. Evet | ☐ |
| II. Hayır | ☐ |

8-) Hastalığınız hakkında bilgiyi kimden aldınız belirtiniz.

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| I. Doktor | ☐ |
| II. Hemşire | ☐ |
| III. Yakınlarım | ☐ |

9-) Aldığınız bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| I. Yeterli | ☐ |
| II. Kısmen | ☐ |
| III. Yetersiz | ☐ |

10-) Hastalığınızın kaynaklandığı organı belirtiniz

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| I. Kalın bağırsak/Rektum | ☐ |
| II. Meme | ☐ |
| III. Akciğer | ☐ |
| IV. Pankreas/Mide/Karaciğer | ☐ |
| V. Prostat | ☐ |
| VI. Baş-Boyun | ☐ |

- VII. Böbrek ☐
- VIII. Diğer (.....) ☐
- VII. Bilmiyorum ☐

11-) Hastalığın evresini belirtiniz

- I. Lokal (sınırlı hastalık) ☐
- II. Metastatik (ileri hastalık) ☐
- III. Bilmiyorum ☐

12-) Tıbbi Onkoloji polikliniğine yönlendirilirken hastalığınızın tedavisi hakkında bilgi aldınız mı?

- I. Evet ☐
- II. Hayır ☐

13-) Aldığınız bilgiler doğrultusunda hastalığınızın tedavisi hakkında ne düşünüyorsunuz?

- I. Kolay tedavi edilebilir bir hastalık ☐
- II. Tedavi edilebilir ☐
- III. Zor tedavi edilebilir bir hastalık ☐
- IV. Bilmiyorum ☐

14-) Bilgiyi veren kişinin size yeterli zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?

- I. Evet, yeterli ☐
- II. Hayır, yeterli değil ☐

15-) Bilgiyi veren kişinin anlaşılır bir dil kullandığını düşünüyor musunuz?

- I. Evet ☐
- II. Hayır ☐

16-)Yakın çevrenizde daha önceden benzer hastalığa yakalanmış kişi var mı?

- I. Birinci derece yakınım ☐
- ☐

II. Diğer aile üyeleri

III. Arkadaş veya komşu

☐

IV. Hayır

☐

17-) Hastalığınız hakkında farklı bilgi kaynaklarından bilgi edindiniz mi?

I. Evet

☐

II. Hayır

☐

18-) Bir önceki soruya cevabınız evet ise kaynağı belirtiniz

I. İnternet

☐

II. Kitap-dergi vb. yazılı kaynak

☐

III. Televizyon

☐

IV. Benzer hastalığı olan kişilerden

☐

19-) Hastalığınız ile ilgili bilginizin ne düzeyde olduğunu düşünüyorsunuz?

I. Yeterli

☐

II. Kısmen yeterli

☐

III. Yetersiz

☐

20-) Hastalığınız hakkında daha detaylı bilgi almak ister miydiniz?

I. Evet

☐

II. Hayır

☐

21-) Hastalığınız ile ilgili bilgi aldığınız kaynaklardan en çok neyi öğrenmek isterdiniz? (en önemli olandan en az önemli olana doğru sıralayınız)

I. Hastalık ile ilgili genel ve anlaşılır bilgiler

☐

II. Hastalığın nasıl bir seyir izleyeceği

☐

III. Tedavi seçenekleri ve yan etkileri

☐

IV. Destek tedavi imkanları ve bunlara ulaşma imkanları

☐

- V. Alternatif tedavi seçenekleri ☐
- VI. Ülkemizde ve dünyada diğer kanser tanı-tedavi merkezlerinin olanakları ve bunlara ulaşma yolları ☐
- VII. Tedavi alanında güncel gelişmeler ☐

TIBBİ ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİ SORUMLU DOKTOR TARAFINDAN
DOLDURULACAK BÖLÜM

1-) Hastalığın primer kaynaklandığı organı belirtiniz

- I. Kolon/Rektum ☐
- II. Meme ☐
- III. Akciğer ☐
- IV. Pankreas/Mide/Karaciğer ☐
- V. Prostat ☐
- VI. Baş-Boyun ☐
- VII. Böbrek ☐
- VIII. Diğer (.....) ☐

2-) Hastalığın evresini belirtiniz

- I. Lokal (sınırlı hastalık) ☐
- II. Metastatik (ileri hastalık) ☐

3-) Hastanın hangi branş tarafından onkoloji polikliniğine yönlendirildiğini belirtiniz.

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| I. Genel cerrahi | ☐ | VII. İç hastalıkları | ☐ |
| II. Kulak-Burun-Boğaz | ☐ | VIII. Beyin-sinir cerrahisi | ☐ |
| III. Kadın-doğum | ☐ | | |
| IV. Göğüs cerrahisi | ☐ | | |
| V. Ortopedi | ☐ | | |
| VI. Göğüs hastalıkları | ☐ | | |