

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

**KANSER TANISI İLE İZLENEN HASTALARIN YAKINLARININ
KANSER İLE İLGİLİ BAŞVURDUKLARI BİLGİ KAYNAKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR.SÜLEYMAN YILDIRIM
UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2015

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

**KANSER TANISI İLE İZLENEN HASTALARIN YAKINLARININ
KANSER İLE İLGİLİ BAŞVURDUKLARI BİLGİ KAYNAKLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR.SÜLEYMAN YILDIRIM
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

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. Fatoş GÖNEN'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. Seher Nazlı KAZAZ'a ve tüm Medikal Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyeleri ve uzmanlarına teşekkür ederim.

Tüm eğitim sürecinde yanımda olan ve hayatıma anlam katan sevgili eşim Tuba ve biricik oğlum Kemal Mete'ye; sizi çok seviyorum iyi ki varsınız.

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR	İ
GRAFİKLER.....	İV
KISALTMALAR.....	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Normal bir hücre kanser hücresine nasıl dönüşür?	3
2.2 Kansere neden olan faktörler.....	4
2.3.Kanserin belirti ve bulguları.....	5
2.4.Kanser tanı yöntemleri	7
2.5.Tedavi.....	9
2.6.Bilgi Kaynakları	11
3.BİREY VE YÖNTEMLER	13
4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	14
5.BULGULAR	15
6.TARTIŞMA	28
7.SONUÇ VE ÖNERİLER	31
8.KAYNAKLAR.....	32
9.EKLER.....	40
EK-1: Anket formu.....	40

TABLÖLAR

Tablo-1. Hasta yakınlarının demografik bilgileri

Tablo-2. Katılımcıların hastalarına ilişkin özellikler

Tablo-3. Gelir düzeyi, hastalık süresi, yaş ve yaşanılan yerin internet kullanımına etkisi

Tablo-4. Eğitim düzeyinin onkoloji derneklerine ait sitelerin tercihine etkisi

Tablo-5. Eğitim durumunun bilgi kaynağı olarak internet ile diğer hastalar ve hasta yakınları tercihine etkisi

Tablo-6. Gelir düzeyinin bilgi kaynağı olarak internet ile diğer hastalar ve hasta yakınları tercihine etkisi

Tablo-7. Hasta ile beraber yaşamının bilgi kaynağı olarak doktor tercihine etkisi

Tablo-8. Aile öyküsünün bilgi kaynağı olarak doktor tercihine etkisi

Tablo-9. Bilgi kaynağı olarak onkoloji doktoru seçiminin kanser ile ilgili bilgi düzeyine etkisi

Tablo-10. Gelir düzeyi ve hastalık süresinin bilgi kaynaklarının yeterliliğinin değerlendirilmesine etkisi

Tablo-11. Cinsiyetin bilgi kaynaklarının güvenilirliğinin değerlendirilmesine etkisi

Tablo-12. Eğitim durumu ile bilgi paylaşımının doktor-hasta yakını ilişkisine etkisi

Tablo-13. Hastalık süresi ile doktorların bilgilendirme sürelerinin değerlendirilmesinin karşılaştırılması

GRAFİKLER

Grafik-1. Hasta yakınlarının kanser ile ilgili başvurdukları bilgi kaynakları

Grafik-2. Bilgi kaynağı olarak interneti kullananlarda tercih edilen internet siteleri

Grafik-3. Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarına başvurma sıklıkları

Grafik-4. Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarından beklentileri

KISALTMALAR

AFP: Alfa fetoprotein

CEA: Karsinoembriyonik antijen

DEÜ: Dokuz Eylül Üniversitesi

DNA: Deoksiribonükleik asit

EBV: Epstein Barr Virüs

ERCP: Endoskopik Retrograde Kolanjiopankreatografi

HCC: Hepatocellular Carcinoma

HBV: Hepatit B Virüs

FDG: Fludeoxyglucose

LAP: Lenfadenopati

PAAC: Postero-Anterior Akciğer

PET: Pozitron Emisyon Tomografisi

RCC: Renal Cell Carcinoma

PSA: Prostat Spesifik Antijen

UV: Ultraviyole

ÖZET

Kanser tanısı ile izlenen hastaların yakınlarının kanser ile ilgili başvurdıkları bilgi kaynaklarının değerlendirilmesi

Kanser, dünya genelinde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci en sık ölüm nedenidir. Kanser tanısı ile izlenen hastaların kanser ile baş edebilmesi için kanser hakkında iyi bilgilendirilmesi gerekir. Kanser tanısı, tedavi ve takip sürecinde hastanın olduğu kadar onunla aynı süreçleri beraber yaşayan hasta yakınının da bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Kanser ile ilgili bilgilendirmede en temel kaynak onkoloji doktorlarıdır. Hasta ve yakınları doktorlardan önemli ölçüde bilgi alsa da bazen zaman yetersizliği bazen de sormaktan çekindikleri konularda başka kaynaklardan da bilgi edinmeye çalışmaktadırlar. Bu çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Tıbbi Onkoloji Bölümünde takip ve tedavi edilen kanser hastalarının yakınlarının kanser ile ilgili başvurdıkları bilgi edinme kaynaklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

01 Mayıs - 30 Haziran 2015 tarihleri arasında DEÜTF Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Kemoterapi Ünitesine başvuran 391 kanser hastası yakını çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara 12 tanesi hasta yakınlarına ait demografik bilgiler, 11 tanesi ise hasta yakınlarının başvurdıkları bilgi kaynakları olmak üzere toplam 23 sorudan oluşan anket uygulandı.

Katılımcıların 183'ü kadın, 208'i erkek olup, yaş ortalaması $47,9 \pm 13,6$ idi. Katılımcıların %73,1'i lise ve üzeri eğitim düzeyine sahipti ve yine katılımcıların %89,4'ü şehirlerde yaşıyordu. Hasta yakınlarının kanser ile ilgili başvurdıkları bilgi kaynaklarının başında %87,2 ile onkoloji doktorları gelirken; ikinci sırada %71,6 ile internet gelmekteydi. İnternette en sık girdikleri siteler sırasıyla resmi siteler (%70,4), onkoloji derneklerinin siteleri (%53,2) ve sosyal ağlar ve forumlar (%32,1) olarak saptandı. Bilgi kaynağı olarak internet seçimini etkileyen başlıca faktörler yaş, eğitim durumu, aylık gelir düzeyi ve yaşanan yer olarak değerlendirildi. Yaşı 65'in altında olanlar, eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlar ve aylık geliri 1000 TL ve üzeri olanlarda bilgi kaynağı olarak internet kullanımının daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,001$).

Anahtar kelimeler: Kanser, hasta yakını, bilgi kaynakları, internet

ABSTRACT

Evaluation of cancer patient carers refer to information resources about cancer.

Cancer is the second most common cause of death after cardiovascular disease in worldwide. It is necessary to be informed the patients about cancer in order to patients cope with cancer. Carers also informed as in patients, about cancer diagnosis, treatment and prognosis. Oncologists are the primer sources about cancer information. Although the patients mostly informed by doctors, they need to explore some additional information regarding cancer due to limited time as well as hesitations. In this study it was aimed to evaluate the information sources about cancer in carers of patients who followed and treated in department of Medical Oncology, university of Dokuz Eylül.

Three hundred ninety one cancer patient carers were included in this study who addmitted department of Medical Oncology and Chemotherapy Unit between May 01 and June 30. A questionnaire consist of 23 questions were asked that 11 of them were regarding the demographic characteristics of participants while 12 of them were about the information resources. At the end of the study, 183 of the participants were female, 208 were male and the mean age of participants was $47,9 \pm 13,6$. 71,1% of respondents had high school or higher education level and 89,4% of participants lived in city.

Oncologists and internet were the most preffered information resource about cancer in patient carers, 87,2% and 71,6% respectively. Among the participants who preffered the internet, official web sites (70,4%), sites of cancer socities (53,2%) and social networks and forums (32,1%) respectively. Age, education levels, montly income and living place were the main factors affecting the preference of internet. Participants who have higher education levels, age under 65 years and income more than 1000 TL per month have used the internet as an information resource ($p < 0,001$).

Keywords: Cancer, carers, information sources, internet

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser, dünya genelinde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci en sık ölüm nedenidir. Kanser, mortalite ve morbidite nedeni olmasıyla ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır¹. Kanser türü, hasta yaşı, cinsiyeti ve coğrafi bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte dünyada kanser insidansı yüz binde 85 ile 350 arasında değişmektedir². 2011 yılı kayıtlarına göre ülkemizde kanser insidansı yüz binde 281 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde en sık görülen kanser türleri sırasıyla erkeklerde; akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanseri, kadınlarda ise; meme, tiroid, kolorektal, uterus ve akciğer kanseridir³. En sık öldüren kanser türleri ise erkeklerde akciğer, prostat ve kolorektal kanserler iken; kadınlarda akciğer, meme ve kolorektal kanserlerdir.

Kanser sadece hastalığa yakalanan bireyi değil; onun yakınında bulunan kişileri de derinden etkilemektedir. Kanser tanı anından başlayarak tedavi süreci ve sonrası dönemde de hasta ve hasta yakını hep birliktedir. Dolayısıyla hasta ve yakını tüm bu süreçleri beraber yaşamakta, aynı sevinci ve aynı kaygıları beraber taşımaktadır.

Kanser tanı süreciyle beraber hastaların ve yakınlarının bilgi edinme süreçleri de başlar. Tanı anından sonra gelen “kansere yakalanma” şokunu atlaman hasta ve yakını kanser ile başa çıkma yollarını aramaya başlar. Kanser ile başa çıkmada en önemli adımlardan biri; hastalık hakkında genel bilgi, tedavi seçenekleri ve yan etkileri, hastalığın nasıl bir seyir izleyeceği, destek tedavileri gibi konularda yeterli bir bilgiye sahip olunmasıdır. Birçok araştırma kanser hastalarının bilgilendirilmesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir^{4,5,6}. Hasta ve yakınının iyi bilgilendirilmesi hem hastalıkla mücadele gücünü artırmakta hem de tedavi sürecine uyumu dolayısıyla da tedavi başarısını artırmaktadır. Bilgilendirme işlemi çoğunlukla tanının konulduğu ve tedavinin yürütüldüğü sağlık merkezlerinde, doktorlar ve diğer sağlık personeline verilmektedir^{7,8,9}. Hasta ve yakınları, gerek zaman yetersizliğinden gerekse doktorlara sormakta çekindikleri konularda diğer bilgi kaynaklarına başvurmaktadır. Günümüzde gelişen bilgi teknolojileri sayesinde artık hastalar ve hasta yakınları pasif bilgi alıcısı konumundan çıkarak aktif bir biçimde araştıran ve öğrenen bir konuma geçmişlerdir. Elektronik bilgi ve iletişimin bu denli yaygınlaştığı günümüzde pek çok bilgi kaynağı bulunmakta ve bunlar arasında internet başta olmak üzere, televizyon, gazete, dergiler, diğer hastalar ve hasta yakınları başlıca kaynakları oluşturmaktadır¹⁰. Bu denli farklı kaynakların olması bir yandan kaynak zenginliğini oluştururken, diğer yandan bilgi kirliliği tehlikesini de beraberinde taşımaktadır. Özellikle

internette kanser ile ilgili resmi/kurumsal sitelerden kişisel deneyimlere dayanan örneklerin olduğu sitelere ve bilimsel araştırmalarla kanıtlanmamış bazı tedavi yöntemlerine kadar geniş bir yelpazede bilgi kaynakları bulunmaktadır. Bu durum bir yandan hasta ve yakınının bilgilenmesine katkı sağlarken öte yandan kafa karışıklığına da yol açabilmektedir.

Bu çalışmanın amacı kanser tanısı ile izlenen hasta yakınlarının bilgi edinmek için başvurdukları kaynaklarda; hasta yakınlarına ait demografik faktörlerin ve hastaya ait özelliklerin bilgi edinme kaynaklarına etkisi ve hasta yakınlarının bilgi edinme kaynaklarından beklentilerinin değerlendirilmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

Günümüzde kansere bağlı ölümler, nedeni bilinen ölümler sıralamasında kalp-damar hastalıklarına bağlı ölümlerden sonra ikinci sırada gelmektedir. Kanser, mortalite ve morbidite nedeni olmasıyla ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır¹. Kanser hastalığının türü, hasta yaşı ve cinsiyeti, coğrafi bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte insidansı toplumda yüz binde 85 ile 350 arasında değişmektedir². 2011 kayıtlarına göre ülkemizde kanser insidansı yüz binde 281 olarak tespit edilmiştir. En sık görülen kanser türleri erkeklerde; akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanseri kadınlarda; meme, tiroid, kolorektal, uterus, akciğer kanseridir³.

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.

Kanser genel bir terim olarak vücutta herhangi bir organ veya dokuyu etkileyebilen bir grup hastalığı ifade eder. Kanser belirli bir doku veya organdaki hasarlı hücrelerin kontrolsüz bir biçimde üreyerek bir kitle veya tümör oluşturmalarıdır¹¹. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde, normal hücrelere göre yapısal farklılıklar çıktığı gibi, işlevleri açısından da farklılıklar çıkmaktadır. Bazen hücre normalde yaptığı işlevlerini yapmazken, bazen de normalde olmayan bazı yeni işlevleri de yapmaya başlayabilmektedir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler bulundukları yerdeki doku ve organları hatta daha uzaktaki organları işgal etmekte ve işgal ettiği bu bölümlerin görevlerini engellemektedir. Hücre kontrolünün bozulup kanser tablosunun ortaya çıkması kanser türüne göre farklılık gösterir.

2.1.Normal bir hücre kanser hücresine nasıl dönüşür?

Kanser, büyük bölümü edinsel olarak kendiliğinden veya çevresel faktörlerin etkisi ile ortaya çıkan DNA mutasyonları sonucu oluşan genetik bir hastalıktır. DNA’da ister kendiliğinden ister çevresel faktörlere bağlı oluşan bu mutasyonlar sonucu hücrelerin büyüme, bölünme ve yaşlanma gibi faaliyetlerini düzenleyen genlerde değişiklikler oluşur. Oluşan bu değişiklikler bölünme ile yavru hücrelere aktarılır. Aktarılan ve biriken bu mutasyonlar kanserin karakteristik özellikleri olan bir dizi özelliğin kazanılmasına yol açar¹².

-Kendi büyüme sinyalleri ile otonom kazanan ve fizyolojik kurallara uymayan büyüme

- Hücre büyümesini denetleyen inhibitör sinyallere yanıt vermeme
- Programlı hücre ölümüne (apoptoz) karşı direnç
- Sınırsız bölünme potansiyeli ile “ölümsüz hücre” özelliği
- Büyüme ve bölünme için yeterli maddeleri sağlamak için yeni damar oluşumu (anjiogenez)
- Lokal dokuları invaze etmek ve uzak dokulara yayılım
- Bağışıklık sisteminden kaçınma¹²

2.2Kansere neden olan faktörler

İnsanlardaki kanserlerin 1/3'ünde nedenler bilinmekte ve çoğu kanserin çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Ancak genetik faktörlerin de kanser oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir. Genel olarak genetik bazı faktörlerin zemininde çevresel karsinojenlerin (kansere yapıcı etken) rolü olduğu ileri sürülmektedir. Başlıca faktörler şunlardır:

İyonize radyasyon: Başta lösemiler ve epitelyal kanserler olmak üzere iyonize radyasyonun çeşitli kanserlere yol açtığı Japonya'ya atılan atom bombasına maruz kalanlarda, ankilozan spondilit hastalığı nedeni ile radyasyon verilenlerde ve diğer çeşitli nedenlerle radyasyon alanlarda gösterilmiştir. Tanısal veya tedavi amaçlı kullanılan iyonize radyasyon DNA hasarı yaparak uzun dönemde kanser riskini arttırmaktadır¹³. İyonize radyasyonun dozu ve maruz kalınan süre kansere yapıcı etki açısından önemlidir^{13,14}.

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 oynar^{15,16}. 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 oynar¹⁷.

Sigara: Akciğer kanserinin etiyolojisindeki en önemli nedendir ve kanser riskini 10 ile 20 kat artırır^{18,19}. Akciğer kanseri ile sigara arasındaki ilişki ilk kez 1912 yılında ortaya çıkmıştır²⁰. Akciğer kanserinden başka larenks, ağız boşluğu, yutak, mesane, pankreas kanseri ve lösemilerin etiyolojisinde rol oynar^{21,22}.

Alkol: Sebep olduğu birçok sağlık sorunun yanında bazı kanser türlerine yakalanma riskini artırır. Ağız, larenks, farenks, özofagus, karaciğer, koloraktal, meme ve pankreas kanseri riskini artırır²³.

Beslenme ve diyet: Beslenme alışkanlıkları özellikle sindirim sistemi kanserleri ile yakından ilişkilidir. Aşırı kilolu ve obezlerde kolorektal, meme, endometriyum, özofagus, pankreas gibi kanser türlerine yakalanma riski artmıştır^{24,25}.

Kimyasal maddeler: 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 görülmektedir^{26,27}.

Mikroorganizmalar: Bazı mikroorganizma türleri ile kanser türleri arasında yakın ilişki vardır. HBV ile hepatosellüler karsinom, EBV ile burkitt lenfoma, H.pylori ile mide kanserleri arasında yakın ilişki mevcuttur^{28,29,30}.

Genetik: Hücrelerde meydana gelen genetik değişiklikler bir çok kanserin oluş sebebidir. Bir kısım kanser türleri ailesel geçiş gösterirken birçok kanser türü kalıtsal özellik taşımaz.

2.3.Kanserin belirti ve bulguları

Kanser vücuttaki herhangi bir organı veya dokuyu etkileyebileceği için belirti ve bulguları da çeşitlilik gösterir. Hastalık belirtileri tutulan organa ve yayılımına göre değişiklik gösterir. Bazen de hastada hiçbir semptom yok iken yapılan taramalarda tesadüfen saptanabilir. Erken tanının hayat kurtarıcı olduğu kanserde bazı belirtilerin farkına varılması hastalığın erken tanısına olanak sağlar.

Açıklanamayan kilo kaybı: İştah ve kilo kaybı kanser hastalarında sık görülür. 6 aylık sürede vücut ağırlığının %10'undan daha fazla kilo kaybı kanser için anlamlıdır. Kilo kaybı özellikle mide, pankreas, karaciğer, akciğer, özofagus kanserlerinde ilk bulgu olarak ortaya çıkabilir³¹. Kanser hücrelerden salgılanan sitokinler protein katabolizmasını artırarak kaşeksiye neden olurlar.

Ateş: Ateş kanser hastalarında sık rastlanan bir semptomdur. Nedeni bilinmeyen ateş etiyojijisinde malignite önemli yer tutar³². Malignitelerden lenfoma, lösemi, RCC ve HCC'de

ateş daha sık görülür. Genellikle tümör hücrelerinden salgılanan sitokinlere bağlı veya tümör hücrelerine karşı gelişen immun yanıt neticesinde ortaya çıkar.

Halsizlik: Halsizlik kanser hastalarında en sık rastlanan semptomdur. Kanser hastalarının yaklaşık üçte birinde hastalık anında, tedavi esnasında ve tedavi sonrasında halsizlik şikayeti mevcuttur^{33,34}. Kanser hastalarında halsizlik nedenleri arasına kansere bağlı anemi, katabolik sürece sekonder kas kaybı, sistemik inflamatuvar yanıt, kanser hücrelerinde salınan sitokinler ve hormon değişiklikleri gibi nedenler rol oynar³⁵.

Ağrı: Kemik ve testis kanserleri gibi bazı kanser türlerinde ilk bulgu olabilmesine karşılık genellikle ilerlemiş hastalığa ait semptomdur. Hastalık başlangıcı ve tedavi esnasında ağrı sıklığı %33-59 arasında mevcutken ilerlemiş hastalıkta bu oran %64-74 arasında değişmektedir³⁶. Ağrıya neden olarak kitle etkisine bağlı içi boş organlarda tıkanma, arter basısına veya tromboemboliye bağlı iskemik ağrı, kemik metastazları ve nöral invazyon gibi sebepler sayılabilir.

Vücudun herhangi bir yerinde şişlik: Vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkan şişlikler kanser için uyarıcı olabilir. Servikal, axiller, supraklavikular veya inguinal bölgede ortaya çıkan LAP'lar özellikle hematolojik maligniteler için uyarıcı olmalıdır. Erişkin dönemde 1cm'den büyük, ağrılı, sert, çevre dokuya fiske LAP'lar malignite açısından özellikle kuşkuludur³⁷. Memede ele gelen kitle meme kanserinin ilk bulgusu olabilir. Doğurganlık çağındaki kadınlarda memede tespit edilen kitlelerin %90'ı benign karakterde olmasına rağmen erken meme kanseri teşhisi açısından memede ele gelen tüm kitleler malignite yönünden araştırılmalıdır^{38,39,40}.

Kanama: Kanama bir çok kanser türünde erken veya geç dönemde ortaya çıkabilir. Akciğer kanserinde hemoptizi, kolorektal kanserlerde dışkılama değişiklikleri ve kanlı dışkılama, mesane kanserinde hematüri, serviks kanserinde vaginal kanama hastalığın ilk bulgusu olabilir⁴¹⁻⁴⁴.

Dışkılama ve idrar yapma alışkanlığında değişiklik: Birkaç haftadan uzun süren kabızlık, dışkı kalibrasyonunda incelleme, dışkıda kan görülmesi kolorektal kanserler ilk semptomları olarak ortaya çıkabilir⁴².

Yutma güçlüğü, ses kısıklığı: Yutma güçlüğü özofagus kanseri için, ses kısıklığı larenks kanseri için ilk semptomlar olabilir⁴⁵. Bunların yanı sıra boğazda şişlik, ağrı, takılma hissi, gıdaları geriye kaçıışı gibi semptomlarda görülebilir.

Siğil ve benlerde değişiklik: Var olan bende boyut, şekil veya renk değişikliği cilt kanserleri için ilk semptomlar olabilir⁴⁶.

2.4.Kanser tanı yöntemleri

Hikaye: Diğer tüm hastalıklarda olduğu gibi kanser tanısı konulmasında ilk ve en önemli adım hastanın hikayesinin alınmasıdır. Hastaların semptomlarının ne olduğu, ne zaman başladığı, şiddeti eşlik eden ek şikayetler sorgulanmalıdır. Hastaların alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımları, meslekleri ve ailede kanser yükü özellikle sorgulanmalıdır.

Fizik muayene: Hastanın hikayesi alındıktan sonra hastaya tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Hastaların servikal, axiller, supraklavikular, ingüinal LAP muayeneleri mutlaka yapılmalıdır. Hepatomegali ve splenomegali varlığı kontrol edilmelidir, varsa başka bölgelerde ele gelen kitleler ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir. Ciltte meydana gelen pigment değişikliklerine dikkat edilmelidir. Dışkılama değişiklikleri olan veya kanlı dışkılaması olanlara rektal tuşe ile rektal muayeneleri yapılmalıdır.

Tam kan sayımı: Tüm hastalara yapılan basit bir tahlil olmasının yanında kanser ile ilgili önemli ipuçları verebilir. Tam kan sayımında özellikle aneminin olup olmadığı önemlidir. Anemi kanser hastalarında sıklıkla tespit edilen bir laboratuvar bozukluğudur. Kanser hastalarında external kanama, demir eksikliği, vitamin B12 eksikliği, internal kanama, kronik inflamasyon gibi nedenlere bağlı olarak anemi gelişebilir⁴⁷⁻⁴⁹. Erkeklerde ve postmenapozal dönemde kadınlarda saptanan anemi gastrointestinal sistem malignitelerinin ilk bulgusu olabilir⁵⁰. Lökopeni veya trombositopeni varlığı kemik iliği metastazı hakkında ipucu verebilir.

Biyokimyasal analizler: Kan ve diğer vücut sıvılarında biyomoleküllerin (enzimleri, elektrolitler, hormonlar, mineraller, immünkompleksler, eser elementler) düzeyleri ölçülür. Yapılan ölçümlerde yükselmeler veya düşüşler anlamlı olabilir. Bakılan parametreler sadece kanser tanısına yönelik değil aynı zamanda tedaviye yanıt, yan etki ve takipte de kullanılır. Bazı biyobelirteçler spesifik kanser türleri ile yakın ilişki gösterir ve taramalarda ve tedaviye yanıt değerlendirilmesinde kullanılır. PSA, prostat kanserinin taramasında tedaviye yanıt değerlendirilmesinde ve rekürrenslerin saptanmasında 1990'ların başından beri kullanıma girmiştir⁵¹⁻⁵³. CA125, epitelyal over kanserleri için biyobelirteç olarak ilk kez 1983 yılında tanımlanmıştır⁵⁴. CA125 epitelyal over kanserleri dışında prostat kanseri, akciğer kanseri, kolon kanseri gibi malignitelerde ve sigara kullananlarda da bir miktar yüksek bulunabilir⁵⁵. CA15-3,

meme kanseri için biyobelirteç olarak kullanılmaktadır⁵⁶. Tedaviye yanıt değerlendirmesi ve rekürrenslerin belirlenmesinde de kullanılmaktadır^{57,58}. CEA, kolorektal kanserler için biyobelirteç olarak kullanılmaktadır. CEA daha çok ameliyat planlanan kolorektal kanserli hastalarda cerrahi öncesi, sonrası ve prognoz belirlemede kullanılır⁵⁹. AFP, germ hücreli tümörler ve HCC için biyomarker olarak kullanılmaktadır⁶⁰. CA19-9, benign ve malign kaynaklı olarak kanda yüksekliği tespit edilse de pankreatikobilier sistem kaynaklı malignitelerde biyomarker olarak kullanılmaktadır^{61,62}.

Direk grafiler: Başka nedenlerle çekilen direk grafilerde kanser ile ilgili ipuçları yakalanabilir. Her ne kadar PAAC grafisi akciğer kanseri takiplerinde kullanılsa da herhangi bir nedenle çekilen PAAC grafisinde akciğer kanserine ait olabilecek kitleler saptanabilir. Başka nedenlerle çekilen direk grafilerde kemik metastazlarına ait olabilecek litik lezyonlar tespit edilebilir. Mamografi, meme kanserinin erken tanısında temel görüntüleme yöntemidir ve meme kanserine ait mortalitede azalmaya neden olmuştur^{63,64}.

Bilgisayarlı tomografi: Hızlı, güvenilir, yaygın, iç organ ve anatomik yapıları detaylı bir şekilde gösterebilen görüntüleme yöntemidir. Kanser olgularının evrelemesinde, tedaviye yanıt değerlendirilmesinde ve takiplerinde kullanılabilir. Dezavantaj olarak hastaları radyasyona maruz kalmaları sayılabilir ancak geliştirilen yeni teknolojilerle bu durum azaltılmaya başlanmıştır. Bilgisayarlı tomografi toraks görüntülemelerinde ve kemik yapıları göstermede daha üstündür.

Manyetik rezonans: Kanser olgularının evrelemesinde, tedaviye yanıt değerlendirilmesinde ve takiplerinde kullanılabilir. Avantaj olarak radyasyon maruziyeti olmadığı için hastalara herhangi bir zararı yoktur. Parankimi göstermede daha üstündür.

Ultrasonografi: Ucuz, güvenilir ve radyasyon içermediği için zararlı etkisi yoktur. Batın içi organları, lenfadenopatileri, testisleri, genç kadın hastalarda memeyi değerlendirmek için uygun bir görüntüleme yöntemidir.

PET: Dokuların kanlanması, metabolik aktivitesini ve canlılığını yansıtan tomografik görüntüler ve kantitatif parametrelerin kullanıldığı non-invaziv bir görüntüleme yöntemidir⁶⁵. FDG PET birçok tümörün malign/benign ayırımında, evrelemesinde, rekürrensin saptanmasında ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde son zamanlarda giderek artan bir sıklıkta kullanılmaya başlanan bir yöntemdir. FDG PET, FDG'nin glukoz analogu olmasından ve malign hücrelerin artmış glukoz metabolizması mantığına dayanan bir yöntemdir. Anatomik değişiklikler ortaya çıkmadan malign hastalığın tanımlanması ve tüm vücudun metastatik hastalık açısından

incelenmesi FDG-PET'in önemli avantajlarındadır⁶⁶. PET özellikler primeri bilinmeyen metastatik kanserlerin araştırılması, primer kanserli hastalarda metastaz araştırılması, evreleme, cerrahi sonrası rezidü doku değerlendirilmesi, tedaviye yanıt değerlendirilmesi gibi durumlarda kullanılabilir⁶⁵.

Endoskopi: İçi boş organlara özel aletlerle kamera eşliğinde girilerek görüntüleme yapılmasıdır. Görüntüleme yapılmasının yanı sıra şüpheli lezyonlardan örneklemeler yapılarak tanı konulmasında da önemli rol oynar. Aynı zamanda mukozal ve submukozal neoplastik lezyonların ve intramukozal lezyonların rezeksiyonu ile cerrahiye alternatif sağlar⁶⁷. Özofagus, mide, kolorektal kanserler, mesane, kadın genital sistem maligniteleri ve akciğer kanserlerinin tanı konulmasında endoskopik girişimler önemli yer tutar. Endoskopik girişimlerin değişik bir çeşidi olan ERCP ile periampüller bölge kanserleri için tanısal örneklemeler yapılabilir⁶⁸.

Sitoloji: Vücut sıvılarına dökülen veya müköz membranlardan kazınarak alınan hücrelerin lam üzerine yayılarak veya hücre bloğu hazırlanarak kanser tanısının konulması işlemidir. Sitoloji materyalleri; vajinal smear, malign effüzyonlar, ince iğne aspirasyon biyosisi, kemik iliği aspirasyonu, balgam örneklemesi, idrar örnekleri olabilir⁶⁹⁻⁷¹.

Biyopsi ve histopatolojik tanı: Kanser tanısı histopatolojik olarak konulur. Kanser olduğu düşünülen dokudan alınan örneklerin uygun biyokimyasal boyalarla işleme sokulmasında sonra patolog tarafından hangi tür kanser olduğu raporlanır. Biyopsi yöntemleri; cerrahi yolla alınan insizyonel ve eksizyonel biyopsiler, palpe edilen tümör dokusundan alınan tru-cut biyopsiler veya endoskopik olarak alınan biyopsiler olabilir.

2.5.Tedavi

Hastaya kanser tanısı konulduktan ve hastalığın yaygınlığı belirlendikten sonra hastanın evresine uygun tedavi yöntemlerinden biri uygulanmalıdır.

Tedavi yöntemleri;

1. Cerrahi tedavi
2. Kemoterapi
3. Radyoterapi

Bu tedavi yöntemlerinde bir veya bunların kombinasyonları seçilebilir. Tedaviye başlamada temel olarak iki amaç hedeflenir. İlk olarak hastalıktan şifa sağlayacak küratif tedavi, mümkün değilse kansere bağlı azalmış hayat kalitesini arttırmaya yönelik palyatif tedavi.

Cerrahi tedavi: Kansere hastalarında cerrahi birkaç farklı amaç için yapılabilir. Tanısal cerrahide kanserin kesin tanısı için kanserli dokudan örnek alınır. Burada kanserin cinsi ve yaygınlığına göre hastalığın bulunduğu bölgeden ya sadece biyopsi alınır ya da kanserli dokunun tümü çıkartılır. Önleyici cerrahi "kansere öncesi lezyonlar" olarak bilinen ve kendisi kanser olmadığı halde mutlaka kansere dönüşeceği bilinen dokuların çıkarılmasıdır. Örneğin kalın bağırsaktaki poliplerin kansere dönüşme riski çok yüksek olduğundan mutlaka çıkarılmalıdır⁷². Küratif cerrahi ise kanserli dokunun ve yayılma olasılığının yüksek olduğu komşu bölgelerin çıkarılmasıdır. Kansere cerrahisinde istenen de esasında budur. Cerrahi sınırların geride artık bırakmayacak şekilde geniş tutulması ve çoğu kez bölgesel lenf nodlarının çıkarılmasını gerektirir. Palyatif cerrahi, ilerlemiş kanser vakalarında hastalığın acil sorun yaratan bazı bulgularını düzeltmek, önlemek, yaşamı uzatmak amacı ile yapılır. Örnek olarak, barsak kanserlerinde barsak tıkanmalarını gidermek, kanamaları durdurmak için ameliyatlara yapılabilir⁷³.

Radyoterapi: Radyasyon tedavisi kansere tedavisinde X-ışınları, gamma ışınları, elektronlar gibi iyonize ışınların kullanılmasıdır. Bu ışınlar kanserli hücreyi tahrip ederek etki etmektedirler. Ancak bazı kanser cinsleri radyoterapiye duyarlı iken bazıları da dirençli olabilmektedir. Radyoterapide, cerrahi gibi radikal ve palyatif amaçlarla kullanılmaktadır. Küratif radyoterapi erken evre nazofarenks kanseri, toraksa sınırlı küçük hücreli akciğer kanseri gibi kanserlerde uygulanabilmektedir^{74,75}. Palyatif radyoterapi ameliyat şansını yitirmiş hastalarda, ameliyat riski yüksek hastalarda kanama, ağrı, organ tıkanıklıkları gibi durumları düzeltmek amacı ile yapılır^{76,77}.

Kemoterapi: Kemoterapi kanserin ilaçla tedavisi demektir. Kemoterapi sistemik bir tedavidir; sadece hastalığın başladığı yere değil, uzak bölgelere yayılmış olan, saptanmış veya saptanamayan tüm kanserli hücrelere etki eder. Cerrahi ve radyoterapi sadece erken tanı konan, vücuda yayılım göstermeyen kanserlerde tek başına etkili olabilir. Bu nedenle çoğu olguda kemoterapi tedaviye eklenir.

Primer kemoterapi; inoperable veya metastatik kanser vakalarında palyatif veya küratif amaçla verilir. Eğer tümör boyutunu küçültüp cerrahi uygulamak için veriliyorsa neoadjuvan kemoterapi adını alır.

Adjuvan kemoterapi; primer küratif amaçlı cerrahi veya radyoterapi sonrası nüks olasılığını azaltmak için verilen kemoterapidir.

2.6.Bilgi Kaynakları

1.Doktorlar ve diğer sağlık personeli: Kanser ile ilgili bilgi edinmede en önemli kaynak doktorlar ve diğer sağlık personeli gelmektedir^{5,78}. Doktorlar ve sağlık personeli bilgi kaynağı olmanın yanı sıra diğer bilgi kaynaklarının kullanımı konusunda hasta ve hasta yakınlarına yol göstericidirler⁷⁹. Doktorların ve diğer sağlık personelinin zaman yetersizliği veya başka nedenlerle yeterli bilgilendirme yapamaması; hastaları ve hasta yakınlarını diğer bilgi kaynaklarından bilgi eksikliklerini tamamlamaya yönlendirir⁸⁰.

2.İnternet: Günümüzde bilgi teknolojileri alanındaki baş döndürücü gelişim, içerdiği iletişim devrimi ile daha önce ulaşılmaması zor hatta imkansız olan bilgilere hızlı ve eşit imkanlarla ulaşım olanağı sağlamıştır. Dünya genelinde internet üzerinde konularına göre günlük aramalar ele alındığında, bunlar arasında sağlıkla ilgili başlıkların % 4,5 oranında araştırıldığı tespit edilmiştir⁸¹. İnsanların bilgi kaynağı olarak internet kullanımları iki başlık altında toplanabilir⁸².

-İnsanların doktora gitmeden kendi kendine bağımsız araştırma süreci

-Doktora gittikten sonra ek bilgi edinme amaçlı

Sağlıkla ilişkili bir çok internet sitesi olmasının yanında bunların güvenilirlik ve yeterlilikleri oldukça değişken olabilmektedir^{83,84}. Kanser ile ilişkili internet sitelerini birkaç grup altında değerlendirilebilir.

Kanser ile ilgili resmi internet siteleri: Dünya Sağlık Örgütü, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı gibi kuruluşlara ait siteler bu kapsamda değerlendirilebilmektedir. Bu sitelerde kanser ile ilgili genel bilgilerin yanı sıra tanı, tedavi ve korunma ile ilgili bilgiler yer alabilmektedir. Bu siteler hem sağlık profesyonelleri hem de hasta ve hasta yakınlarının kullanımına yönelik bilgi kaynakları konumundadır.

Onkoloji derneklerine ait internet siteleri: Türkiye Kanser ile Savaş Vakfı, Türk Tıbbi Onkoloji Derneği gibi konularında uzman kişiler tarafından kurulmuş derneklere ait internet siteleri bu kapsamda yer almaktadır. Bu siteler, hasta ve hasta yakınlarına merak ettikleri konularda bilgi kaynağı olarak görev yapmanın yanı sıra kanser ile ilgili yapılan etkinlikler hakkında bilgilendirme yapmaktadır.

Alternatif tedavi siteleri: Kanser tanısı ile izlenen hasta ve hasta yakınlarında modern tedavi yöntemlerinin yanı sıra alternatif tedavi seçenekleri konusunda bilgi edinmek için başvurdukları kaynaklardır. Bu tip internet sitelerinde destek ve tedavi önerileri içeren bilgiler yer

almaktadır. Alternatif tedavi sitelerinde bilimsel temeli olan önerilerin yanı sıra hiçbir bilimsel temele dayanmayan bilgiler de yer alabilmektedir.

Sosyal ağlar ve forumlar: Benzer hastalığa yakalanmış ve benzer zorluklarla karşılaşmış hasta ve hasta yakınlarının internet üzerinden kendi deneyim ve bilgilerinin paylaşıldığı ortamlardır. Bu tip internet siteleri bilgi ve deneyimlerin paylaşılmasının yanı sıra kanser ile ilgili farkındalık oluşturulması açısından önemlidir.

3.Televizyon: Son dönemde artan sağlık programları, bakanlıkların ve derneklerin hazırlamış olduğu kamu spotları ile sağlık alanında farkındalık yaratılmaya çalışılmaktadır. Yayınlanan programlar bireylerin bilgi düzeyini arttırmaya yönelik etkisinin yanı sıra hasta-doktor etkileşimi üzerinde etkiye sahiptir⁸⁵.

4.Gazete ve dergiler: Gazetelerde sağlık için ayrılmış bölümler ve sağlık konulu dergiler bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır. Bazı aileler evlerinde bulunan sağlık ansiklopedilerini bilgi kaynağı olarak kullanabilmektedir. Bu tip bilgi kaynakları daha çok internet kullanım becerileri düşük olan ileri yaş popülasyonunda tercih edilmektedir.

5.Diğer hastalar ve hasta yakınları: Yeni tanı almış bir hasta, daha önce benzer hastalığa yakalanmış ve belli süreçleri geçirmiş olan başka bir hastanın deneyimlerinden faydalanmaktadır. Gerek hastalıkla ilgili bilgi edinme gerekse de benzer durumdaki kişilerle iletişim hastalıkla başa çıkmada hastalara yardımcı olmaktadır.

3.BİREY VE YÖNTEMLER

01 Mayıs - 30 Haziran 2015 tarihleri arasında DEÜTF Tıbbi Onkoloji Polikliniği ve Kemoterapi Ünitesine başvuran 391 kanser hastası yakını çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcılara 2 bölümde toplam 23 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Birinci bölümde hasta yakınlarına ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir, yaşanılan yer ve hasta ile olan yakınlık derecesi gibi demografik sorular ile hastanın tümör tipi, hastalık süresi ve evresini değerlendirilen sorular yöneltilmiştir. İkinci bölümde hasta yakınlarının hangi kaynaklardan kanser ile ilgili bilgi edindikleri, bu kaynakların yeterlilik ve güvenilirlikleri konularında görüşleri sorulmuştur. Yine bu bölümde kanser ile ilgili kendi bilgi düzeyleri hakkındaki düşünceleri, diğer bilgi kaynaklarında edindikleri bilgilerin doktorları ile paylaşımı ve bilgi kaynaklarından beklentileri değerlendirmeye yönelik sorular yöneltilmiştir. Anket formunun hazırlanmasında ilgili literatür bilgilerinden yararlanılmıştır. Hazırlanan anket formları daha önceden belirlenen 15 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.İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Sonuçların değerlendirilmesinde “Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0” 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:19,03,2015 ve Sayı 2015/09-20) alınmıştır.

5.BULGULAR

Ankete katılanların demografik özellikleri:

Çalışmaya 391 hasta yakını dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin demografik özellikleri Tablo-1’de verilmiştir. Çalışmaya katılanların 183’ü (%46,8) kadın, 208’i (%53,2) erkek olup, yaş ortalaması $47,9 \pm 13,6$ idi. Katılımcıların 7’si (%1,8) okuryazar, 98’i (%25,1) ilköğretim mezunu, 130’u (%33,2) lise mezunu ve 156’sı (%39,9) üniversite mezunuydu. Katılımcıların aylık gelirleri incelendiğinde 12’si (%3,1) 500 TL’nin altında, 96’sı (%24,6) 501-1000 TL, 186’sı (%47,5) 1001-3000 TL ve 97’si (%24,8) 3000 TL üzerinde aylık gelire sahipti. Katılımcıların hastaları ile olan yakınlıkları incelendiğinde 165’i (%42,2) eşi, 168’i (%43) oğlu-kızı, 21’i (%5,4) kardeşi, 17’si (%4,3) anne-babası, 17’si (%4,3) arkadaşı ve 3’ü (%0,8) torunuydu. Katılımcıların 206’sı (%52,7) büyükşehirde, 29’u (%7,4) il merkezinde, 116’sı (%29,7) ilçe merkezinde ve 40’ı (%10,6) kasaba-köyde yaşıyordu. Katılımcıların 252’si (%64,5) hasta ile beraber, 139’u (%35,5) hastadan ayrı yaşıyordu. Hastası ile beraber yaşayan katılımcıların ortalama beraber yaşam süresi $27,9 \pm 13,4$ yıl idi.

Katılımcıların hastalarına ilişkin demografik özellikler:

Katılımcıların hastalarına ait bilgiler Tablo-2’de verilmiştir. Hastaların 103’ü (%26,3) kolorektal kanser, 94’ü (%24,0) akciğer kanseri, 86’sı (%22,0) meme kanseri, 58’i (%14,8) pankreas/mide/karaciğer kanseri, 25’i (%6,4) over kanseri, 13’ü (%3,3) prostat kanseri, 7’si (%1,8) mesane kanseri, 5’i (%1,3) malign melanomdu. Katılımcıların yanıtlarına göre; hastaların 199’u (%50,9) lokal/sınırlı hastalık, 171’i (%43,7) metastatik/yaygın hastalıktı ve 21’i (%5,4) katılımcı hastalık evresi ile ilgili soruyu yanıtlamadı. Katılımcıların 162’sinde (%41,4) ailesinde benzer bir hastalık varken 227’sinde (%58,4) aile öyküsü yoktu.

Tablo-1. Hasta yakınlarının demografik bilgileri

	n (%)
Yaş (ortalama±SD)	47,9±13,6
Cinsiyet	
Kadın	183 (%46,8)
Erkek	208 (%53,2)
Eğitim durumu	
Okur-yazar	7 (%1,8)
İlköğretim	98 (%25,1)
Lise	130 (%33,2)
Üniversite	156 (%39,9)
Aylık gelir	
<500 TL	12 (%3,1)
501-1000 TL	96 (%24,6)
1001-3000 TL	186 (%47,5)
>3000 TL	97 (%24,8)
Hasta ile yakınlık	
Eşi	165 (%42,2)
Oğlu/kızı	168 (%43)
Kardeşi	21 (%5,4)
Anne/babası	17 (%4,3)
Arkadaşı	17 (%4,3)
Torunu	3 (%0,8)
Yaşanan yer	
Büyükşehir	206 (%52,7)
İl merkezi	29 (%7,4)
İlçe merkezi	116 (%29,7)
Köy-kasaba	40 (%10,6)
Hasta ile Beraber yaşam	
Evet	252 (%64,5)
Hayır	139 (%35,5)

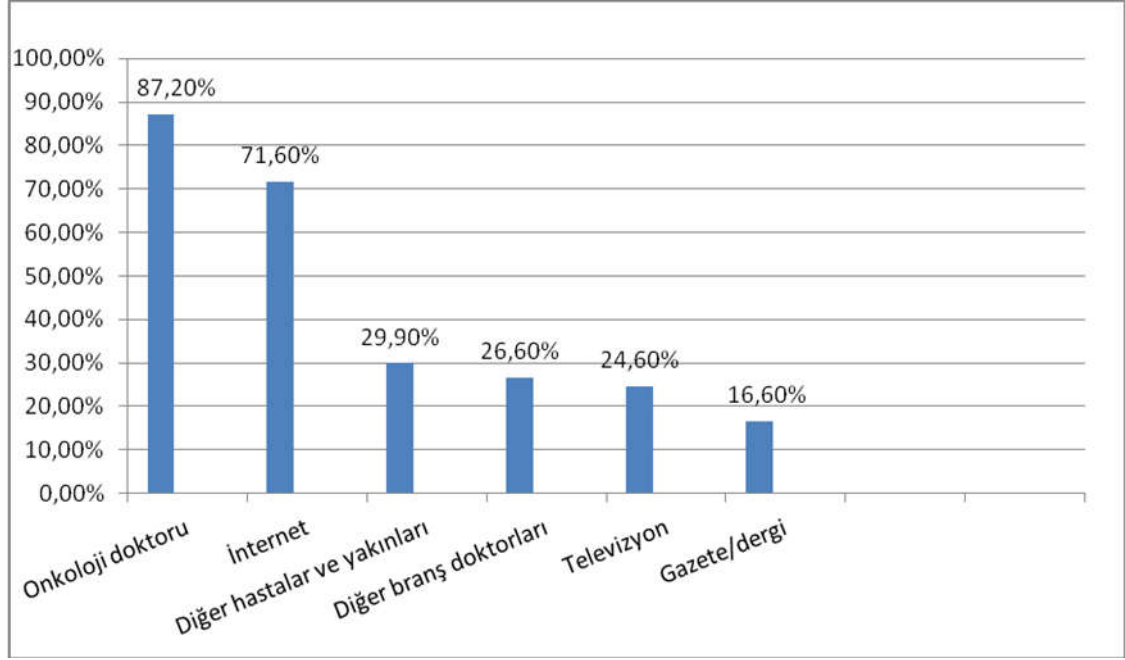
SD: Standard deviation

Tablo-2. Katılımcıların hastalarına ilişkin özellikler

	n (%)
Kanser tipi	
Kolorektal	103 (%26,3)
Meme	86 (%22)
Akciğer	94 (%24)
Mide/Pankreas/Karaciğer	58 (%14,8)
Prostat	13 (%3,3)
Over	25 (%6,4)
Mesane	7 (%1,8)
Malign Melanom	5 (%1,3)
Evre	
Lokal (Sınırlı)	199 (%50,9)
Metastatik (Yaygın)	171 (%43,7)
Bilinmiyor	21 (%5,4)
Aile Öyküsü	
Var	162 (%41,4)
Yok	227 (%58,4)

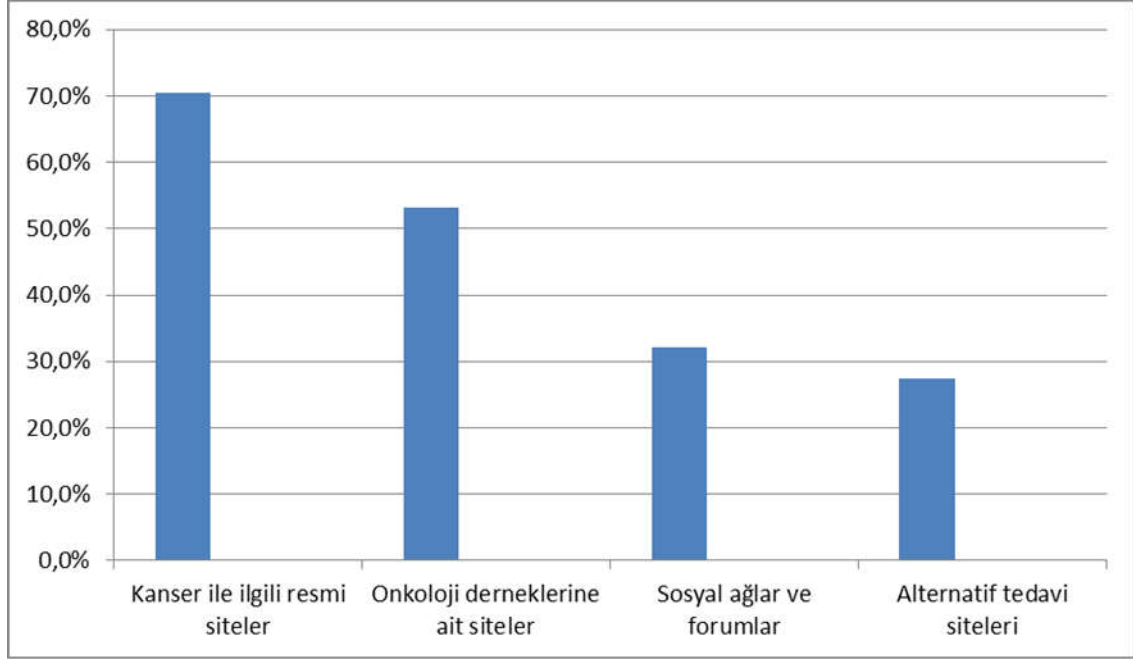
Katılımcıların kanser ile ilgili başvurdukları bilgi kaynakları:

Katılımcıların kanser ile ilgili başvurdukları bilgi kaynakları Grafik-1’de gösterilmiştir. Katılımcıların 341’i (%87,2) bilgi kaynağı olarak onkoloji doktorlarını seçmiştir. Daha sonra sırasıyla internet (%71,6), diğer kanser hastaları ve yakınları (%29,9), diğer branş doktorları (%26,6), televizyon (%24,6) ve gazete/dergi (%16,6) tercih edilen bilgi kaynakları olarak değerlendirilmiştir.



Grafik-1. Hasta yakınlarının kanser ile ilgili başvurdukları bilgi kaynakları

Katılımcıların 300'ünün (%76,7) evinde internet bağlantısı mevcut iken, 91 (%23,3) katılımcının evinde internet bağlantısı yoktu. Bilgi kaynağı olarak interneti kullananların %90,4'ünün evlerinde internet bağlantısı vardı. Bu oran interneti bilgi kaynağı olarak kullanmayanlarda %42,3 olarak belirlendi ($p<0,001$). Katılımcıların interneti bilgi kaynağı olarak kullanmaları değerlendirildiğinde 280 (%71,6) kişi interneti bilgi kaynağı olarak kullanırken, 111'i (%28,4) kullanmıyordu. İnterneti bilgi kaynağı olarak kullanan katılımcıların internet site seçimleri değerlendirildiğinde en fazla tercih edilen sitenin kanser ile ilgili resmi siteler olduğu (%70,4), daha sonra sırasıyla onkoloji derneklerinin siteleri (%53,2), sosyal ağlar ve forumlar (%32,1) ve alternatif tedavi siteleri (%27,5) 'nin takip ettiği saptandı (Grafik-2).



Grafik-2. Bilgi kaynağı olarak interneti kullananlarda tercih edilen internet siteleri

Bilgi kaynaklarına başvuruda etkili olan faktörler:

İnternet seçiminde etkili faktörler: Katılımcıların bilgi kaynağı olarak internet kullanımı seçimine yaş, eğitim durumu, aylık ortalama gelir, yaşanılan yer, hastalık süresi ve hastaları ile beraber yaşamaları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde etki etmektedir. Gelir düzeyi 1000 TL'nin üzerinde olanlarda internet kullanımı gelir düzeyi 1000 TL'nin altında olanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Hastalık süresi 1 yılın altında olanlarda internet kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). 65 yaş altında internet kullanımı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Köy ve kasabalarda yaşayanların bilgi kaynağı olarak internet kullanımı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,008$) (tablo-3).

Tablo-3. Gelir düzeyi, hastalık süresi, yaş ve yaşanılan yerin internet kullanımına etkisi

İnternet kullanımı	Var n (%)	Yok n (%)	p değeri
Gelir düzeyi			
<1000 TL	60 (%55,6)	48 (%44,4)	p<0,001
>1000 TL	220 (%77,7)	63 (%22,3)	
Hastalık süresi			
<1 yıl	150 (%79,8)	38 (%20,8)	p<0,001
>1 yıl	126 (%64,3)	70 (%35,7)	
Yaş			
<65 yaş	262 (%76,6)	80 (%23,4)	p<0,001
>65 yaş	16 (%34)	31 (%66)	
Yaşanan yer			
Büyükşehir	157 (%76,2)	49 (%23,8)	p=0,008
İl merkezi	17 (%58,6)	12 (%41,4)	
İlçe merkezi	85 (%73,3)	31 (%26,7)	
Köy/kasaba	21 (%52,5)	19 (%47,5)	

İnternet içinde başvurulanan sitelerin tercihinde etkili faktörler:

İnterneti bilgi kaynağı olarak kullanan katılımcıların, başvurdukları internet sitelerinin seçiminde etkili olan faktörler değerlendirildiğinde eğitim düzeyi lise ve üzerinde olanlarda, onkoloji derneklerine ait sitelerin seçimi istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,006) (Tablo-4). Diğer değişkenlerin, internet sitelerinin seçimine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo-4. Eğitim düzeyinin onkoloji derneklerine ait sitelerin tercihine etkisi

Eğitim düzeyi				
	İlköğretim	Lise	Üniversite	p değeri
Onkoloji derneklerine ait sitelerin tercihi				
Var n (%)	17 (%38,6)	44 (%46,3)	88 (%62,4)	p=0,006
Yok n (%)	27 (%61,4)	51 (%53,7)	53 (%37,6)	

Eğitim durumunun etkisi: Eğitim durumu ile kullanılan bilgi kaynağı olarak özellikle internet kullanımı ve diğer kanser hastaları ve yakınları arasında anlamlı ilişki mevcuttur. Eğitim durumu lise ve üzeri olanlarda, hem internet kullanımı hem de diğer hasta ve hasta yakınlarının bilgi kaynağı olarak değerlendirilmesi; ilköğretim mezunlarından istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$ ve $p=0,022$) (tablo-5).

Tablo-5. Eğitim durumunun bilgi kaynağı olarak internet ile diğer hastalar ve hasta yakınları tercihinin etkisi

Eğitim durumu				
	İlköğretim	Lise	Üniversite	p değeri
İnternet kullanımı				
Var n (%)	44 (%41,9)	95(%73,1)	141 (%90,4)	p<0,001
Yok n (%)	61 (%58,1)	35(%26,9)	15 (%9,6)	
Diğer hastalar ve hasta yakınları				
Var n (%)	21 (%20)	40(%30,8)	56 (%35,9)	p=0,022
Yok n (%)	84 (%80)	90(%69,2)	100 (%64,1)	

Gelir düzeyinin etkisi: Benzer durum aylık gelir düzeyi ile bilgi kaynağı olarak internet kullanımı ve diğer kanser hastaları ve yakınları arasında da mevcuttur. Aylık geliri 1000 TL'nin üzerinde olanlarda bilgi kaynağı olarak hem internet kullanımı hem de diğer hasta ve hasta yakınlarının tercih edilmesi istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksektir ($p<0,001$ ve $p=0,005$) (tablo-6).

Tablo-6. Gelir düzeyinin bilgi kaynağı olarak internet ile diğer hastalar ve hasta yakınları tercihinin etkisi

	Gelir Düzeyi		p değeri
	<1000 TL	>1000 TL	
İnternet kullanımı			
Var n (%)	60(%55,6)	220 (%77,7)	p<0,001
Yok n (%)	48(%44,4)	63 (%22,3)	
Diğer hastalar ve hasta yakınları			
Var n (%)	21(%19,4)	96 (%33,9)	p=0,005
Yok n (%)	87(%80,6)	187 (%66,1)	

Bilgi kaynağı olarak doktorların tercih edilmesinde etkili olan faktörler:

Kanser ile ilgili bilgi kaynağı olarak en fazla tercih edilen onkoloji doktorları olmakla birlikte hastaları ile birlikte yaşayan katılımcılarda onkoloji doktorlarının seçimi istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (p=0,009). İnternet kullanımında ise hastaları ile beraber yaşayan katılımcıların oranı düşük bulunmuştur (p=0,007) (tablo-7). Ailesinde benzer hastalık olanlarda diğer branş doktorlarının bilgi kaynağı olarak değerlendirilmesi istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,043) (tablo-8).

Tablo-7. Hasta ile beraber yaşamanın bilgi kaynağı olarak doktor tercihinin etkisi

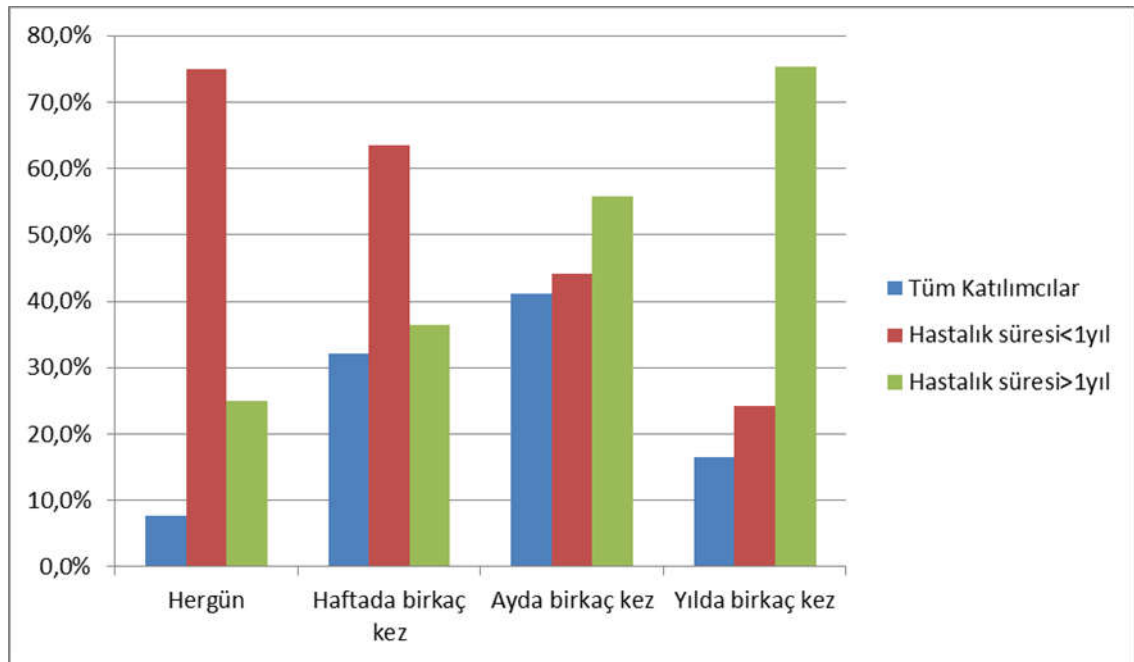
	Beraber yaşam		p değeri
	Evet	Hayır	
Onkoloji doktoru			
Evet n(%)	228 (%90,5)	113 (%81,7)	p=0,009
Hayır n(%)	24 (%9,5)	26 (%18,7)	
İnternet kullanımı			
Var n(%)	169 (%67,1)	111 (%79,9)	p=0,007
Yok n(%)	83 (%32,9)	28 (%20,1)	

Tablo-8. Aile öyküsünün bilgi kaynağı olarak doktor tercihinin etkisi

	Diğer branş doktorları n (%)		p değeri
Aile öyküsü	Evet	Hayır	
Evet	52 (%32,1)	110 (%67,9)	p=0,043
Hayır	52 (%22,9)	175 (%77,1)	

Katılımcıların bilgi kaynaklarına başvurma sıklığı:

Katılımcıların 161'i (%41,2) ayda birkaç kez, 126'sı (%32,2) haftada birkaç kez, 65'i (%16,6) yılda birkaç kez, 30'u (%7,7) her gün bilgi kaynaklarına başvurdıkları belirlenmiş olup, 9 (%2,3) katılımcı soruyu yanıtlamamıştır. Hastalık süresi bir yılın altında olan katılımcılarda bilgi kaynaklarına başvurma sıklığı istatistiksel olarak anlamlı olarak daha sık bulunmuştur ($p<0,001$) (Grafik 3).



Grafik-3. Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarına başvurma sıklıkları

Kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi:

Katılımcıların kanser ile ilgili kendi bilgi düzeylerinin değerlendirilmesinde 80'i (%20,5) yeterli, 223'ü (%57,0) kısmen yeterli, 85'i (%21,7) kendi bilgi düzeyini yetersiz olduğunu ifade etmiştir. 3 (%0,8) katılımcı bu soruyu boş bırakmıştır. Bilgi kaynağı olarak onkoloji doktorunu seçenlerde bilgi düzeyinin yetersiz görülme oranı daha düşük bulunmuştur ($p=0,012$). Diğer bilgi kaynaklarının bilgi düzeyine istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmamıştır (tablo-9).

Tablo-9. Bilgi kaynağı olarak onkoloji doktoru seçiminin kanser ile ilgili bilgi düzeyine etkisi

	Bilgi düzeyi n(%)			p değeri
Onkoloji doktoru	Yeterli	Kısmen yeterli	Yetersiz	
Evet	71 (%21)	201 (%59,5)	66 (%19,5)	$p=0,012$
Hayır	9 (%18)	22 (%44)	19 (%38)	

Bilgi kaynaklarının yeterliliği:

Bilgi kaynaklarının yeterliliği konusunda katılımcıların 81'i (%20,7) yeterli, 209'u (%53,5) kısmen yeterli ve 98'i (%25,1) bilgi kaynaklarını yetersiz bulmuşlardır. Katılımcıların 3'ü (%0,8) bu soruyu cevaplandırmamıştır. Bilgi kaynaklarının yeterliliği konusunda, gelir düzeyi 1000 TL 'nin altında olanlarda bilgi kaynaklarının yetersiz görülme oranı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,016$). Hastalık süresi 1 yıldan daha az olanlarda bilgi kaynaklarının yetersiz görülme oranı daha azdır ($p=0,01$) (tablo-10). Eğitim düzeyinin, bilgi kaynaklarının yeterliliği konusuna etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo-10. Gelir düzeyi ve hastalık süresinin bilgi kaynaklarının yeterliliğinin değerlendirilmesine etkisi

Bilgi kaynaklarının yeterliliği n(%)				p değeri
Gelir düzeyi	Yeterli	Kısmen yeterli	Yetersiz	
<1000 TL	17 (%16,2)	49 (%46,7)	39 (%37,1)	p=0,016
>1000 TL	64 (%22,6)	160 (%56,5)	59 (%20,8)	
Hastalık süresi				
<1 yıl	39 (%21)	113 (%60,8)	34 (%18,2)	p=0,01
>1 yıl	40 (%20,5)	94 (%48,2)	61 (%31,3)	

Bilgi kaynaklarının güvenilirliği:

Bilgi kaynaklarının güvenilirliği konusun katılımcıların 101'i (%25,8) güvenilir, 265'i (%67,8) kısmen güvenilir ve 22'si (%5,6) güvenilir değil olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların 3'ü (%0,8) bu soruyu cevaplamamıştır. Bilgi kaynaklarını güvenilir bulmayanların oranı kadınlarda erkeklere oranla istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur (p=0,011) (tablo-11). Diğer değişkenlerin bilgi kaynaklarının güvenilirliğine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo-11. Cinsiyetin bilgi kaynaklarının güvenilirliğinin değerlendirilmesine etkisi

Bilgi kaynaklarının güvenilirliği n(%)				p değeri
Cinsiyet	Güvenilir	Kısmen güvenilir	Güvenilir değil	
Kadın	43 (%23,8)	121 (%66,9)	17 (%9,4)	p=0,011
Erkek	58 (%28)	144 (%69,6)	5 (%5)	

Diğer kaynaklardan elde edilen bilgilerin doktorlarla paylaşımı:

Diğer kaynaklardan edindikleri bilgileri doktorları ile paylaşımı konusunda katılımcıların 82'si (%21) sık sık bu bilgileri doktorları ile paylaşıırken; 178'i (%45,5) ara sıra, 125'i (%32) nadiren doktorları ile bilgi paylaşımında bulunduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların 6'sı (%1,5) bu

soruyu cevaplandırmamıştır. Doktor ile bilgi paylaşımının doktor-hasta yakını ilişkisini etkilemesi hususunda 217 (%55,5) katılımcı olumlu anlamda etkilenme olduğunu ifade ederken; katılımcıların 127'si (%32,5) etkisi olmadığını, 26'sı (%6,6) olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Eğitim durumu lise ve üzerinde olanlarda diğer kaynaklardan elde edilen bilgilerin doktor ile paylaşımının hasta yakını doktor ilişkisine etkisi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olumlu bulunmuştur ($p=0,024$). Diğer değişkenlerin hasta yakınlarının diğer kaynaklardan edindikleri bilgilerin doktor ile paylaşılmasının hasta yakını-doktor ilişkisine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (tablo-12).

Tablo-12. Eğitim durumu ile bilgi paylaşımının doktor-hasta yakını ilişkisine etkisi

	Bilgi paylaşımının doktor-hasta yakını ilişkisine etkisi			p değeri
Eğitim durumu	Olumlu n(%)	Etkisi yok n(%)	Olumsuz n(%)	
İlköğretim	70 (%69,3)	24 (%23,8)	7(%6,9)	p=0,024
Lise ve üzeri	147 (%54,6)	103 (%38,3)	19 (%7,1)	

Doktorların bilgilendirme sürelerinin değerlendirilmesi:

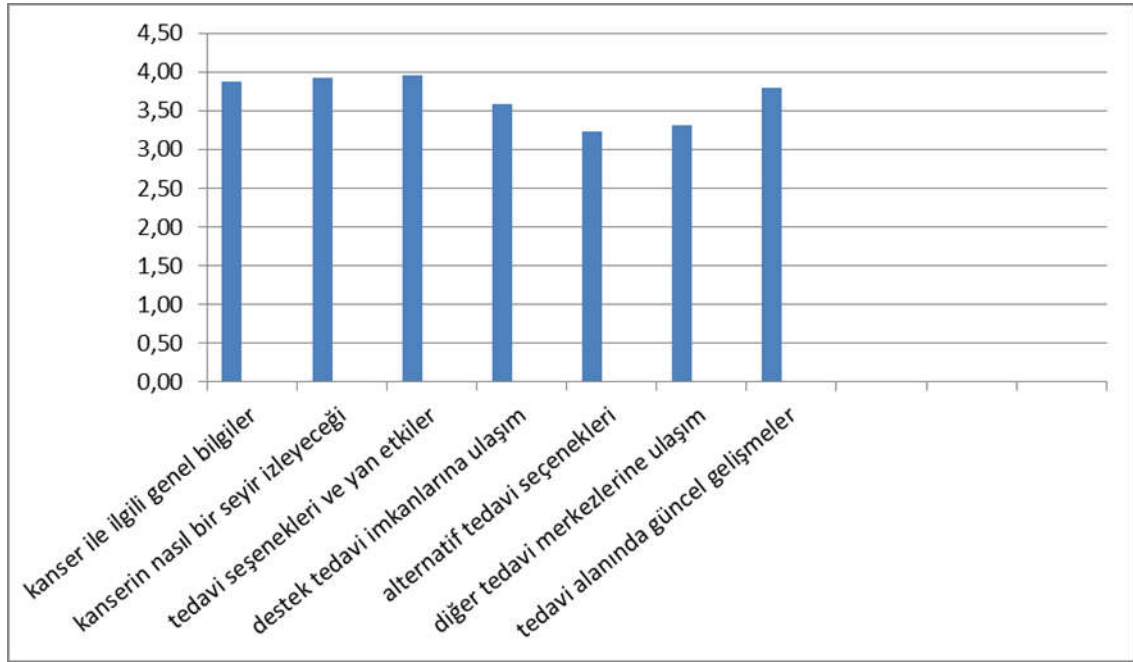
Doktorların bilgilendirme sürelerine ilişkin değerlendirmede katılımcıların 158'i (%404) yeterli, 145'i (%37,1) kısmen yeterli ve 80'i (%20,5) yetersiz olarak değerlendirmiştir. 8 (%2) katılımcı bu soruyu cevaplandırmamıştır. Hastalık süresi 1 yıldan daha fazla olanlarda doktorların bilgilendirme süresinin yetersiz görülmesi istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksektir ($p=0,006$) (tablo-13).

Tablo-13. Hastalık süresi ile doktorların bilgilendirme sürelerinin değerlendirilmesinin karşılaştırılması

	Bilgilendirme süresi n(%)			p değeri
Hastalık süresi	Yeterli	Kısmen yeterli	Yetersiz	
<1 yıl	83 (%45,4)	75 (%41)	25 (%13,6)	p=0,006
>1 yıl	73 (%37,8)	68 (%35,2)	52 (%26,9)	

Katılımcıların bilgi kaynaklarından beklentileri:

Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarından beklentileri değerlendirildiğinde en fazla tedavi seçenekleri ve yan etkiler (3,95 puan) hakkında beklentilerinin olduğu, en az ise alternatif tedavi seçenekleri (3,23 puan) ile ilgili beklentilerinin olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarından beklentileri Grafik-4'te gösterilmiştir.



Grafik-4. Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarından beklentileri

6.TARTIŞMA

Kanser tanısı ile birlikte hasta ve hasta yakınlarında kanserin nasıl bir seyir izleyeceği, tedavi seçenekleri ve tedaviye yanıtın nasıl olacağı, tedavinin yan etkileri gibi konular hakkında kaygı oluşur. Hastalar, kanser ile ilgili mümkün olduğunca bilgi sahibi olmak ister⁸⁶. Hasta ile tanı, tedavi ve tedavi sonrası takip süreçlerini beraber yaşayan hasta yakınları için de aynı şeyler geçerlidir. Hasta yakınları süreç içindeki bireyler olarak bilgilendirilmek ve tedavi sürecine dahil olmak ister⁸⁷.

Bu çalışma, kanser tanısı ile izlenen hastaların yakınlarının hangi kaynaklardan kanser ile ilgili bilgi edindikleri ve bu kaynakların yeterliliği ve güvenilirliği hakkındaki görüşlerini, başka kaynaklardan edinilen bilgilerin, hasta yakını-doktor ilişkisine etkisini ve bilgi kaynaklarından beklentileri değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Beklenildiği üzere hasta yakınlarının en fazla tercih ettiği bilgi kaynağı onkoloji doktorları olmuştur (%87,2). Bu oran yapılan çalışmalarda hastalarda %96,1 hasta yakınlarında %94,6 olarak tüm kaynak içinde en fazla kullanılan olmuştur⁸⁸.

2014 yılı Türkiye’de internet kullanım oranları %53,8 ve internet erişimine sahip hane oranı %60,2 olarak tespit edilmiştir⁸⁹. Bizim çalışmamızda evinde internet bağlantısı olan kişi oranı %76,7 olarak tespit edilmiştir. İnterneti bilgi kaynağı olarak kullananların evlerinde internet erişimi %90,4 olarak belirlenmiştir. Türkiye’de internet kullanıcılarında interneti kullanım amaçları değerlendirildiğinde sağlık ile ilgili bilgi edinme %59,6 olarak tespit edilmiştir⁹⁰.

Hasta yakınlarının onkoloji doktorlarından sonra en sık başvurdukları bilgi kaynağı internet olmuştur (%71,6). Hastaların internet kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda bu oran %8 ile %57,4 arasında bulunmuştur^{10,91-92}. Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarının değerlendirildiği bir çalışmada internet kullanımı %48 olarak tespit edilmiştir⁸⁸. Yapılan çalışmalardaki internet kullanım oranlarının farklılığı, araştırmanın yapıldığı yıl nedeni ile farklılık göstermektedir. Zaman ilerledikçe internet kullanım oranları sürekli bir biçimde artmıştır.

Hasta yakınlarının bilgi kaynağı olarak interneti kullanımı üzerine etki eden faktörler; yaş, eğitim durumları, aylık ortalama gelirleri, yaşadıkları yer, hastalık süresi ve hastaları ile beraber yaşamaları olarak değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyi lise ve üzeri olanlarda internet kullanımı daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,001$). Yapılan diğer çalışmalarda eğitim düzeyinin internet

kullanımı üzerindeki etkisi benzer bulunmuştur^{8,93}. 65 yaş altındaki hasta yakınlarında internet kullanımı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Yapılan diğer çalışmalarda da genç yaş grubunda olanlarda internet kullanımı daha yüksek bulunmuştur¹⁰. Aylık geliri 1000 TL ve üzerinde olanlarda internet kullanımı istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Benzer şekilde yaşanan yerin internet kullanımına etkisi olarak; köy/kasabada yaşayanlarda daha düşük bulunmuştur ($p=0,008$.) Bilgi kaynağı olarak internet seçimine etki eden en önemli faktörlerden yaş ve eğitim durumu öne çıkmaktadır. Daha genç yaş ve daha yüksek eğitim düzeylerinde internet kullanım oranları daha fazla olduğu için sağlık alanında da internet kullanımının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Daha yüksek gelir düzeyine sahip olanlar ve şehirde yaşayanlarda internet hizmetlerine ulaşmak daha kolay olduğu için internet kullanımları daha yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının üçüncü sıklıkta tercih ettikleri bilgi kaynağı diğer hastalar ve hasta yakınları olmuştur (%29,9). Yapılan diğer çalışmalarda bu oran %18,8 olarak tespit edilmiştir⁸⁸. Bilgi kaynağı olarak diğer hasta ve hasta yakınlarının seçilmesine etki eden faktörler, eğitim durumu ve aylık gelir düzeyidir. Eğitim durumu lise ve üzeri olanlar, aylık gelir düzeyi 1000 TL ve üzeri olanlarda diğer hasta ve hasta yakınlarının bilgi kaynağı olarak görülme oranları daha yüksektir ($p=0,022$ ve $p=0,005$).

Bilgi kaynağı seçiminde televizyon, gazete ve dergi en düşük orana sahiptir (%24,6 ve %16,6). 2000 yılında hastalar arasında yapılan bir çalışmada bilgi kaynağı olarak televizyon ve gazete/dergi oranları sırasıyla %82 ve %86 olarak tespit edilmiştir¹⁰. Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda bu oranlar giderek azalmıştır. 2007 yılında hastalarda yapılan çalışmada televizyonun bilgi kaynağı olarak görülme oranı %7,4 gazete/dergi için bu oran %14,9 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmanın hasta yakınları için olan değerlendirmesinde televizyon %28,2, gazete/dergi %30,2 olarak belirlenmiştir⁸⁸. Televizyon ve gazete/derginin zaman içinde bilgi kaynağı olarak kullanımındaki düşüş internetin zaman içinde giderek artan kullanımı ile koreledir. Bunun nedeni olarak internetin daha aktif bir bilgi kaynağı olması, istenilen bilgiye ulaşılabilmesi ve internet altyapısının giderek yaygınlaşması gösterilebilir.

Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarına başvurma sıklıkları %41,2 ayda birkaç kez, %32,2 haftada birkaç kez, %16,6 yılda birkaç kez, %7,7 her gün olarak belirlenmiştir. Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarına başvurma sıklığını etkileyen en önemli faktör hastalık süresi olarak değerlendirilmiştir. Hastalık süresi bir yıl ve daha az olanlar daha sık bilgi kaynaklarına

başvurmuşlardır. Bunun nedeni olarak hastalık süresi kısa olanlarda tanı, tedavi, yan etkiler ve hastalık süreci hakkında bilgi edinme merakı; hastalık süresi uzun olanlarda zamanla artan bilgi düzeyi ile bilgi arayışı ve merakın azalması gösterilebilir.

Hasta yakınlarının %25,1'i bilgi kaynaklarını yetersiz bulmuşlardır. Bilgi kaynaklarının yetersiz görülme oranı aylık geliri 1000 TL'nin altında olanlarda ve hastalık süresi bir yıldan fazla olanlarda yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyi düşük olanlarda bilgi kaynaklarına ulaşmadaki güçlük, hastalık süresi bir yıldan fazla olanlarda ise bilgi kaynaklarına başvurma sıklıklarının daha az olmasının bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmüştür.

Hasta yakınlarının diğer kaynaklardan edindikleri bilgileri; doktorları ile paylaşımı konusunda %21'i sık sık bu bilgileri doktorları ile paylaşıırken; %45,5'i ara sıra, %32'si nadiren doktorları ile bilgi paylaşımında bulunduğunu ifade etmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda diğer kaynaklardan edinilen bilgilerin doktor ile paylaşılması %30-45 oranında olmuştur^{94,95}. Doktor ile bilgi paylaşımının doktor-hasta yakını ilişkisini etkilemesi hususunda, %55,5 katılımcı olumlu anlamda etkilenme olduğunu ifade ederken; katılımcıların %32,5'i etkisi olmadığını, %6,6'sı olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda hastaların diğer kaynaklardan edindikleri bilgileri doktorları ile paylaşımlarının hasta-doktor ilişkisine %22,7 oranda olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir⁹⁶.

Hasta yakınlarının bilgi kaynaklarından en fazla tedavi seçenekleri ve yan etkiler konularında beklentileri oldukları belirlenmiştir. Meme kanserli hastalarda internet kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada en fazla merak edilen konu yan etkiler olmuştur⁹⁵. Çalışmamızda beklentinin en düşük olduğu konu alternatif tedavi seçenekleri olmuştur. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının alternatif tedavi seçenekleri hakkında bilgi arayışı %30 ile %41 arasında değişmektedir^{95,97}.

7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser tanısı ile takip edilen hastaların bilgilendirilmesi çok önemlidir. Hastaların bilgilendirilmesinin yanında; hastalarla beraber yaşayan, karar vermede hastayı etkileyebilen ve sorunları çözmede hastanın yanında olan hasta yakınının da bilgilendirilmesi şarttır. Daha önce kanser tanısı ile izlenen hastalarının başvurdukları bilgi kaynaklarının değerlendirildiği birçok çalışma yapılmasına rağmen, karar verme sürecinde hasta kadar etkin olabilen hasta yakınının kanser ile ilgili başvurduğu bilgi kaynaklarının değerlendirilmesi hakkında yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmamızda 391 hasta yakınının kanser ile ilgili başvurdukları bilgi kaynaklarını değerlendirmeye çalıştık.

Hastaların büyük çoğunluğu bilgi kaynağı olarak onkoloji doktorunu seçmiştir. İkinci sıklıkta seçilen bilgi kaynağı internet olmuştur. Genç yaş ve yüksek eğitim seviyesinde internet kullanımı artmaktadır. İnternet kullanımı ayrıca internete ulaşımın kolaylaşması ile yıllar içinde giderek artmaktadır.

Çalışmamızda bilgi kaynağı olarak interneti kullananlarda en fazla tercih edilen siteler kanser ile ilgili resmi siteler ve onkoloji derneklerine ait siteler olmuştur. İnternet ortamında doğru bilgilerin yanında birçok yanlış bilgi de yer alabilmektedir. İnternette yer alan bilgilerin doğrulanabileceği tek yer doktorlar olmaktadır. Çalışma koşullarının zorluğu ve yoğunluğa rağmen doktorlara düşen görev hasta yakınlarını diğer kaynaklardan edindiği yanlış bilgiler konusunda uyarmak ve uygun bilgi kaynaklarına yönlendirmek olmalıdır.

Çalışmamız, hasta yakınlarının bilgi kaynaklarını değerlendirmek için yeterli sayıda katılımcı içermektedir. Ancak çalışmada bilgi kaynakları genel olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Onkoloji doktorlarından sonra en fazla başvuru alan bilgi kaynağı olan internet kullanımının ayrıntılı değerlendirilmesi için bu konuda çalışmalar yapılması önerilmektedir.

8.KAYNAKLAR

- 1: Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995- 1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No: 618, Ankara: s. 2002
- 2: Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin 2005;55(2):74-108
- 3: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2012
- 4: Beaver K, Luker K (1997) Readability of patient information booklets for women with breast cancer. Pat Educ Coun 31:95–102
- 5: Cassileth B, Zupkis R, Sutton-Smith K, March V (1980) Information and participation preferences among cancer patients. Ann Intern Med 92:832–836
- 6: Hack T, Degener L, Dyck D (1994) Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: a quantitative and qualitative analysis. Soc Sci Med 39:279–289
- 7: Dunkel-Schetter C (1984) Social support and cancer: findings based on patient interviews and their implications. J Soc Issues 40:77–98
- 8: Guidry J, Aday L, Zhang D, Winn R (1998) Information sources and barriers to cancer treatment by racial/ ethnic minority status of patients. J Cancer Educ 13:43–48
- 9: Luker K, Beaver K, Leinster S, Glynn Owens R (1996) Information needs and sources of information for women with breast cancer: a followup study. J Adv Nurse 32:487–495
- 10: Carlsson M.E. Cancer patients seeking information from sources outside the health care system. Supportive Care in Cancer 8.6 (Oct 2000): 453-7
- 11: <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/what-is-cancer>

- 12: Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease, 9e (Robbins Pathology) 9th Edition by Vinay Kumar MBBS MD FRCPath (Author), Abul K. Abbas MBBS (Author), Jon C. Aster MD PhD (Author)
- 13: The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. ICRP publication 103. Ann ICRP 2007; 37:1
- 14: Feinendegen LE. Evidence for beneficial low level radiation effects and radiation hormesis. Br J Radiol 2005; 78:3
- 15: Armstrong BK, Krickler A. The epidemiology of UV induced skin cancer. J Photochem Photobiol B 2001; 63:8
- 16: 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; 148:1161
- 17: 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; 14:813
- 18: Colditz G, Ryan CT, Dart CH. Lifestyle Behaviors Contributing to the Burden of Cancer. In: Fulfilling the Potential of Cancer Prevention and Early Detection, Curry S, Byers T, Hewitt M (Eds), The National Academies Press, Washington, DC 2003
- 19: Thun M, Day-Lally C, Myers E, 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: Changes in Cigarette-related Disease Risk and their Implications for Prevention and Control, Burns D, Garfinkel L, Samet J (Eds), National Institute of Health, Washington, DC 1997
- 20: Adler L. Primary malignant growth of the lungs and bronchi, Longmans-Green, New York 1912
- 21: Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. Lung Cancer 2004; 45 Suppl 2:S3
- 22: Brownson RC, Novotny TE, Perry MC. Cigarette smoking and adult leukemia. A meta-analysis. Arch Intern Med 1993; 153:469

- 23: Allen NE, Beral V, Casabonne D, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101:296
- 24: 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; 93:1062
- 25: Kim YI, Mason JB. Nutrition chemoprevention of gastrointestinal cancers: a critical review. *Nutr Rev* 1996; 54:259
- 26: 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
- 27: Spirtas R, Heineman EF, Bernstein L, et al. Malignant mesothelioma: attributable risk of asbestos exposure. *Occup Environ Med* 1994; 51:804
- 28: Beasley RP, Hwang LY, Lin CC, Chien CS. Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus. A prospective study of 22 707 men in Taiwan. *Lancet* 1981; 2:1129
- 29: Chene A, Donati D, Orem J, et al. Endemic Burkitt's lymphoma as a polymicrobial disease: new insights on the interaction between *Plasmodium falciparum* and Epstein-Barr virus. *Semin Cancer Biol* 2009; 19:411
- 30: Crowe SE. Helicobacter infection, chronic inflammation, and the development of malignancy. *Curr Opin Gastroenterol* 2005; 21:32
- 31: Marton KI, Sox HC Jr, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med* 1981; 95:568
- 32: 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. *Medicine (Baltimore)* 2007; 86:26.
- 33: Bower JE, Ganz PA, Desmond KA, et al. Fatigue in breast cancer survivors: occurrence, correlates, and impact on quality of life. *J Clin Oncol* 2000; 18:743
- 34: Servaes P, Verhagen S, Bleijenberg G. Determinants of chronic fatigue in disease-free breast cancer patients: a cross-sectional study. *Ann Oncol* 2002; 13:589
- 35: Morrow GR, Andrews PL, Hickok JT, et al. Fatigue associated with cancer and its treatment. *Support Care Cancer* 2002; 10:389

- 36: Goudas LC, Bloch R, Gialeli-Goudas M, et al. The epidemiology of cancer pain. *Cancer Invest* 2005; 23:182
- 37: Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. *Am Fam Physician* 1998; 58:1313
- 38: Morrow M. The evaluation of common breast problems. *Am Fam Physician* 2000; 61:2371.
- 39: Klein S. Evaluation of palpable breast masses. *Am Fam Physician* 2005; 71:1731
- 40: Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, et al. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med* 1998; 338:1089
- 41: Hyde L, Hyde CI. Clinical manifestations of lung cancer. *Chest* 1974; 65:299
- 42: Speights VO, Johnson MW, Stoltenberg PH, et al. Colorectal cancer: current trends in initial clinical manifestations. *South Med J* 1991; 84:575
- 43: Khadra MH, Pickard RS, Charlton M, et al. A prospective analysis of 1,930 patients with hematuria to evaluate current diagnostic practice. *J Urol* 2000; 163:524
- 44: DiSaia PJ, Creasman WT. Invasive cervical cancer. In: *Clinical Gynecologic Oncology*, 7th ed., Mosby Elsevier, Philadelphia 2007. p.55
- 45: Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 141:S1
- 46: Abbasi NR, Shaw HM, Rigel DS, et al. Early diagnosis of cutaneous melanoma: revisiting the ABCD criteria. *JAMA* 2004; 292:2771
- 47: Rodgers GM 3rd, Becker PS, Bennett CL, et al. Cancer- and chemotherapy-induced anemia. *J Natl Compr Canc Netw* 2008; 6:536
- 48: Dewar GA, Griffin SM, Ku KW, et al. Management of bleeding liver tumours in Hong Kong. *Br J Surg* 1991; 78:463
- 49: Means RT Jr, Krantz SB. Progress in understanding the pathogenesis of the anemia of chronic disease. *Blood* 1992; 80:1639
- 50: Ioannou GN, Rockey DC, Bryson CL, Weiss NS. Iron deficiency and gastrointestinal malignancy: a population-based cohort study. *Am J Med* 2002; 113:276

- 51: Dorr VJ, Williamson SK, Stephens RL. An evaluation of prostate-specific antigen as a screening test for prostate cancer. *Arch Intern Med* 1993; 153:2529
- 52: Mettlin C, Jones G, Averette H, et al. Defining and updating the American Cancer Society guidelines for the cancer-related checkup: prostate and endometrial cancers. *CA Cancer J Clin* 1993; 43:42
- 53: American Urological Association. Early detection of prostate cancer and use of transrectal ultrasound. In: American Urological Association 1992 Policy Statement Book, Williams & Wilkins, Baltimore 1992
- 54: Bast RC Jr, Klug TL, St John E, et al. A radioimmunoassay using a monoclonal antibody to monitor the course of epithelial ovarian cancer. *N Engl J Med* 1983; 309:883
- 55: 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; 110:383
- 56: Duffy MJ. CA 15-3 and related mucins as circulating markers in breast cancer. *Ann Clin Biochem* 1999;36:579–86
- 57: Ren J, Agata N, Chen D, Li Y, Yu WH, Huang L, et al. Human MUC1 carcinoma-associated protein confers resistance to genotoxic anticancer agents. *Cancer Cell* 2004;5:163–75
- 58: Duffy MJ. Predictive markers in breast and other cancers. *Clin Chem* 2005;51:494–503
- 59: Locker GY, Hamilton S, Harris J, et al. ASCO 2006 update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24:5313
- 60: Gilligan TD, Seidenfeld J, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline on uses of serum tumor markers in adult males with germ cell tumors. *J Clin Oncol* 2010; 28:3388
- 61: Paganuzzi M, Onetto M, Marroni P, et al. CA 19-9 and CA 50 in benign and malignant pancreatic and biliary diseases. *Cancer* 1988; 61:2100
- 62: Goggins M. Molecular markers of early pancreatic cancer. *J Clin Oncol* 2005; 23:4524

- 63: Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012; 380:1778
- 64: Nelson HD, Tyne K, Naik A, et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009; 151:727
- 65: Özgüven MA, Öztürk E. Pozitron Emisyon Tomografisi el kitabı. 2004 (23 Agustos 2006)
- 66: Schrevels L, Lorent N, et al. The role of PET scan in diagnosis, staging and management of non-small cell lung cancer. *The Oncologist* 2004;9: 633–43
- 67: Technology status report evaluation. Endoscopic mucosal resection. *Gastrointest Endosc* 2000; 52:860
- 68: National Institutes of Health in 2002 developed a statement regarding the indications for ERCP
- 69: Smith EM, Jayson GC. The current and future management of malignant ascites. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2003; 15:59
- 70: Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol* 2012; 120:1222
- 71: Lotan Y, Roehrborn CG. Sensitivity and specificity of commonly available bladder tumor markers versus cytology: results of a comprehensive literature review and meta-analyses. *Urology* 2003; 61:109
- 72: Syngal S, Brand RE, Church JM, et al. ACG clinical guideline: Genetic testing and management of hereditary gastrointestinal cancer syndromes. *Am J Gastroenterol* 2015; 110:223
- 73: Balch GC, De Meo A, Guillem JG. Modern management of rectal cancer: a 2006 update. *World J Gastroenterol* 2006; 12:3186
- 74: Garden AS, Morrison WH, Wong PF, et al. Disease-control rates following intensity-modulated radiation therapy for small primary oropharyngeal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2007; 67:438
- 75: Pignon JP, Arriagada R, Ihde DC, et al. A meta-analysis of thoracic radiotherapy for small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 1992; 327:1618

- 76: Lutz S, Berk L, Chang E, et al. Palliative radiotherapy for bone metastases: an ASTRO evidence-based guideline. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011; 79:965
- 77: Farouk R, Ratnaval CD, Monson JR, Lee PW. Staged delivery of Nd:YAG laser therapy for palliation of advanced rectal carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1997; 40:156
- 78: Carlsson M, Strang P (1999) How patients with gynecological cancer experience the information process. *J Psychosom Obstet Gynecol* 19:192–201
- 79: Diaz JA, Sciamanna CN, Evangelou E, et al. Brief report: What types of Internet guidance do patients want from their physicians? *J Gen Intern Med* 2005; 20:683
- 80: . Luker K, Beaver K, Leinster S, Glynn Owens R (1996) Information needs and sources of information for women with breast cancer: a followup study. *J Adv Nurse* 32:487–495
- 81: Bass, S. B. ve ark. (2006). Relationship of internet health information use with patient behavior and self-efficacy: Experiences of newly diagnosed cancer patients who contact the national cancer institute's cancer information service. *Journal of Health Communication*,11(2): 219-236
- 82: Mullan Mc, M. (2006).Patients using the internet to obtain health information: How this affects the patients-health professional relationship.*Patient Education & Counseling*, 63(1): 24-28.
- 83: Hoffman-Goetz L, Clarke JN: Quality of breast cancer sites on the World Wide Web. *Can J Public Health* 91: 281-284, 2000
- 84: Silberg WM, Lundberg GD, Musacchio RA: Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewor—Let the reader and viewer beware. *JAMA* 277: 1244-1245, 1997
- 85: BULDUKLU, Yasin (2010). Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve Gözleyicileri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Sayı: 24, 75-85
- 86: Meredith C, Symonds P, Webster L, et al. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views [see comment]. *BMJ* 1996;313
- 87: Grahm G, Danielson M. Coping with the cancer experience. II. Evaluating an education and support programme for cancer patients and their significant others. *Eur J Cancer Care (Engl)* 1996;5

- 88:James N, Daniels H, Rahman R, McConkey C, Derry J, Young A. A study of information seeking by cancer patients and their carers. : Clin Oncol (R Coll Radiol). 2007 Jun;19(5):356-62
- 89:TUIK, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2014
- 90:TUIK, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2013
- 91: Shea-Budgell MA¹, Kostaras X¹, Myhill KP¹, Hagen NA². Information needs and sources of information for patients during cancer follow-up. Curr Oncol. 2014 Aug;21(4):165-73
- 92:Chen X, Siu LL. Impact of the media and the internet on oncology: survey of cancer patients and oncologists in Canada. : J Clin Oncol. 2001 Dec 1;19(23):4291-7
- 93: Luker K, Beaver K, Leinster S, Glynn Owens R (1996) Information needs and sources of information for women with breast cancer: a followup study. J Adv Nurse 32:487–495
- 94: Shea-Budgell MA, Kostaras X, Myhill KP, Hagen NA. Information needs and sources of information for patients during cancer follow-up. Curr Oncol. 2014 Aug;21(4):165-73
- 95: Maloney EK, D'Agostino TA, Heerdt A, Dickler M, Li Y, Ostroff JS, Bylund CL. Sources and types of online information that breast cancer patients read and discuss with their doctors. Palliat Support Care. 2015 Apr;13(2):107-14
- 96: Bylund CL, Gueguen JA, D'Agostino TA, Li Y, Sonet E. Doctor patient communication about cancer-related internet information. J Psychosoc Oncol. 2010;28(2):127-42
- 97: Lila J. Finney Ruttena,b, , Neeraj K. Arorab , Alexis D. Bakosc , Noreen Azizb , Julia Rowlandb Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2)

EK-1

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Bu anket kanser tanısı ile izlenen hastaların yakınlarında hastalıkla ilgili başvurdukları bilgi edinme kaynaklarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz

Hasta yakınına(size) ait bilgiler

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 gelir düzeyini belirtiniz

I. 500 TL den daha az ☐

II. 501-1000TL ☐

III. 1001-3000TL ☐

IV. 3001 TL'den fazla ☐

5-)Hasta ile yakınlığınızı belirtiniz

I. Eşi ☐

II. Oğlu/Kızı ☐

III. Anne/Babası ☐

IV. Kardeşi ☐

V. Diğer(belirtiniz) ☐ (.....)

6-)Yaşadığınız yeri belirtiniz

- | | |
|---------------------|--------------------------|
| I. Büyükşehir | ☐ |
| II.  l Merkezi | ☐ |
| III.  l e Merkezi | ☐ |
| IV. Köy/Kasaba | ☐ |

7-)Hastanız ile beraber mi yaşıyorsunuz?

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

8-) Hasta ile beraber yaşıyorsanız kaç yıldır beraber yaşıyorsunuz belirtiniz (.....)

9-)Hastanızın hastalığının türünü belirtiniz

- | | |
|------|--|
| I. | ☐ Kolon/Rektum kanseri |
| II. | ☐ Meme kanseri |
| III. | ☐ Akciğer kanseri |
| IV. | ☐ Pankreas/Mide/Karaciğer kanseri |

10)Hastalığın te hisinden itibaren geçen süreyi belirtiniz

- | | |
|------|----------------------------------|
| I. | ☐ 0-1 yıl |
| II. | ☐ 1-2 yıl |
| III. | ☐ 2-3 yıl |
| IV. | ☐ 3-4 yıl |
| V. | ☐ 4-5 yıl |
| VI. | ☐ >5yıl |

11-)Hastalığın evresini belirtiniz

- | | |
|-----|---|
| I. | ☐ Lokal (sınırlı hastalık) |
| II. | ☐ Metastatik (yaygın hastalık) |

12-)Ailenizde daha önceden benzer hastalığa yakalanmış kişi var mı?

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

Hasta yakınlarının bilgi edinme kaynaklarının değerlendirilmesi ile ilgili sorular

1-)Kanser ile ilgili bilgiye hangi kaynaklardan ulaşıyorsunuz? (Birden fazla işaretlenebilir)

- I. Onkoloji doktoru ☐
- II. Diğer doktor (aile hekimi, diğer branş uzmanları) ☐
- III. Televizyon ☐
- IV. Gazete/dergi ☐
- V. İnternet ☐
- VI. Diğer kanser hastaları ve yakınları ☐

2-)Bu bilgi edinme kaynaklarına hangi sıklıkta başvuruyorsunuz?

- I. Her gün ☐
- II. Haftada birkaç kere ☐
- III. Ayda birkaç kere ☐
- IV. Yılda birkaç kere ☐

3-) Evinizde internet bağlantısı var mı?

- I. Evet ☐
- II. Hayır ☐

4-) İnterneti bilgi kaynağı olarak kullanıyorsanız hangi sitelerden bilgi ediniyorsunuz? (Birden fazla seçilebilir)

- I. -Kanser ile ilgili resmi siteler ☐
- II. -Onkoloji dernekleri ve onkoloji siteleri ☐
- III. -Alternatif tedavi siteleri ☐
- IV. -Sosyal ağlar ve forumlar (Facebook, twitter vb.) ☐

5-)Kanser ile ilgili bilginizin ne düzeyde olduğunu düşünüyorsunuz?

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

6-)Kanser ile ilgili bilgi kaynaklarının yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

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

7-)Kanser ile ilgili bilgi kaynaklarının güvenilir buluyor musunuz?

- I. Güvenilir ☐
- II. Kısmen güvenilir ☐
- III. Güvenilir değil ☐

8-)Kanser ile ilgili edindiğiniz bilgileri doktorunuzla hangi sıklıkla paylaşıyorsunuz?

- I. Sık sık ☐
- II. Ara sıra ☐
- III. Nadiren ☐

9-) Doktorunuzun hastalıkla ilgili bilgilendirmede size ayırdığı süre hakkında ne düşünüyorsunuz?

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

10-)Kanser ile ilgili diğerkaynaklardan edindiğiniz bilgileri doktorunuzla paylaşmanız doktor/hasta yakını ilişkinizi nasıl etkiliyor?

- | | |
|----------------|--------------------------|
| I. Olumlu | ☐ |
| II. Etkisi yok | ☐ |
| III. Olumsuz | ☐ |

11-)Kanser ile ilgili bilgi kaynaklarından beklentileriniz nedir? (Önem sırasına göre 1en düşük 5 en yüksek olmak üzere işaretleyiniz)

	1	2	3	4	5
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 diğerkanser tanı-tedavi merkezlerinin olanakları ve bunlara ulaşma yolları	☐	☐	☐	☐	☐
VII. Tedavi alanında güncel gelişmeler	☐	☐	☐	☐	☐