

**T.C.**  
**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı**

**HEKİMLERİN, HASTA YAKINLARININ VE TOPLUMUN**  
**AKCİĞER KANSERİ TANISININ SÖYLENMESİNE İLİŞKİN**  
**GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(UZMANLIK TEZİ)**  
**Dr. Önder Utku DATLI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Pınar ÇELİK**

**Manisa 2013**

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince asistanı olmaktan büyük gurur duyduğum, mesleki bilgi ve becerimin gelişmesi kadar hayata dair de çok şey öğrendiğim anabilim dalı başkanımız sayın Prof. Dr. Arzu Yorgancıoğlu'na,

Uzmanlık eğitimime ilk başladığım günden itibaren anne şefkati ve desteğini her zaman üzerimde hissettiğim, tezimin hazırlanmasında ve yürütülmesinde yakın ilgisi ve sonsuz sabrının yanında, beş yıl boyunca eğitimim için verdiği büyük emekle çok şey öğrendiğim tez danışmanım sayın Prof. Dr. Pınar Çelik'e

Tanıdığım ilk günden itibaren nazikliğinin eksildiğini görmediğim, sevgisi ve desteği ile kendimi güvende hissettiğim, örnek kişiliği gibi hekimliğini de örnek aldığım sayın Prof. Dr. Ayşın Şakar Coşkun'a,

Tezimin hazırlanmasındaki her aşamada büyük emeği olduğu gibi uzmanlık eğitimim süresince de her türlü sıkıntıda hep yanımda olan ve gelecekte de olacağını bildiğim, çok şey öğrendiğim abim, hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Yavuz Havlucu

Güleryüzü, sakin tavrını hiç eksik etmeyen, bu süreçte en çok vakit geçirdiğim, mutluluğuma olduğu kadar sıkıntılara da ortak olan, çok şey öğrendiğim ablam, hocam sayın Yrd. Doç. Dr. Tuğba Göktalay'a,

Uzmanlık eğitimime birlikte başladığım ve beş yıl boyunca mutlu bir asistanlık dönemi geçirdiğim, gelecekte de dostluğumuzun devam edeceğinden emin olduğum, eşkıdemlim Dr. Feride Durmaz'a, birlikte çalışmaktan zevk aldığım, sayın Yrd. Doç. Dr. Aylin Alpaydın ve sevgili arkadaşlarım, Dr. Seher Satar'a, Dr. Mine Bora'ya, Dr. Çayan Alkaç'a, Dr. Işın Konyar Arslan'a, Dr. Selim Erkan Akdemir'e, Dr. Cemile Çetinkaya'ya,

Dr. Ayşen Öz'e, Dr. Nazmiye Akis Gönen'e, Dr. Fikret Kurhan'a ve Dr. Gaye Salanturoğlu'na,

Tezimin hazırlanmasındaki yardımlarından dolayı sevgili arkadaşım Dr Selçuk Hatipoğlu'na

Beş yıl boyunca huzur içinde çalışmamı sağlayan, bir kez olsun beni üzmeyen, servisimizin hemşirelerine,

Servisimizin pozitif enerjileri, kardeşlerim sekreter Emre Sayın'a Kadir İregör'e ve Nilüfer Çam'a

Beni el üstünde tutan ve huzur içinde çalışmama yardımcı olan servisimizin personeline

Uzmanlık eğitimim süresince en az benim kadar yorulan, okul arkadaşım, hayat arkadaşım, çocuklarımın biricik annesi, canım eşim Berna Datlı'ya,

Bana hiçbir zaman desteğini esirgemeyen anneme, babama ve uzmanlık eğitimimdeki en güzel ödülüm ikizlerim Bade ve Uras'a teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>I.GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>II.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>2</b>
2.1. Akciğer Kanseri.....	2
2.1.1 Tarihsel Süreç.....	2
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Risk faktörleri.....	7
2.1.3.1. Sigara.....	7
2.1.3.2. Mesleksel ve Çevresel Faktörler.....	8
2.1.3.3. Kanser Biyolojisi ve Genetiği.....	9
2.1.4. Patoloji.....	11
2.1.4.1. Skuamöz Hücreli Akciğer Karsinom.....	13
2.1.4.2. Adenokarsinom.....	13
2.1.4.3. Büyük Hücreli Karsinom.....	13
2.1.4.4. Küçük Hücreli Akciğer Karsinomu.....	14
2.1.5. Klinik Bulgular.....	14
2.1.5.1. Primer Tümörün Büyümesine Bağlı Bulgular.....	14
2.1.5.2. İntratorasik Yayılıma Bağlı Klinik Bulgular.....	15
2.1.5.3. Ekstratorasik Yayılıma Bağlı Klinik Bulgular.....	16
2.1.5.4. Paraneoplastik Sendromlar.....	16
2.1.6. Tanı Yöntemleri.....	16
2.1.6.1. Bilgisayarlı Tomografi.....	16
2.1.6.2. Manyetik Rezonans Görüntüleme.....	17
2.1.6.3. Balgam Sitolojisi.....	17
2.1.6.4. Girişimsel Tanı Yöntemleri.....	17
2.1.6.5. Nükleer Tıp Yöntemleri.....	18
2.1.6.6. Pozitron Emisyon Tomografi (PET) yöntemi.....	18
2.1.7. Akciğer Kanserinde Evreleme.....	19
2.1.8. Tedavi ve Prognoz.....	22
2.1.8.1. Radyoterapi.....	24
2.1.8.2. Kemoterapi.....	25
2.2. Hasta-Hekim İlişkisi.....	25
2.2.1. Hasta Hekim İlişkisi Kavramı.....	25
2.2.2. Tarihsel Süreç İçerisinde Hasta Hekim İlişkisi.....	26

2.3. Kanser ve psikoloji.....	28
2.3.1. Kanserli hasta ve hasta yakınlarının psikolojisi.....	28
2.4. Kanser Hukuk ve Etik.....	30
2.4.1. Kanser tanısının söylenmesinin hukuki ve etik yönü.....	30
<b>III. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>31</b>
3.1. Kapsam.....	31
3.2. Olgular.....	31
3.3. Araştırma Tipi ve Düzen.....	32
3.4. Anket Özellikleri.....	32
3.5. İstatistiksel Analiz .....	33
<b>IV. BULGULAR.....</b>	<b>34</b>
<b>V.TARTIŞMA.....</b>	<b>57</b>
<b>VI.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>66</b>
<b>VII.ÖZET.....</b>	<b>68</b>
<b>VIII. İNGİLİZCE ÖZET .....</b>	<b>70</b>
<b>IX. KAYNAKLAR.....</b>	<b>72</b>
<b>X. EKLER.....</b>	<b>84</b>

## I. GİRİŞ VE AMAÇ

Sıklığı giderek artan akciğer kanseri günümüzde en sık görülen kanser türüdür. Tüm kanser olgularının %13'ünden, kansere bağlı ölümlerin %18'inden akciğer kanseri sorumludur (1). Beş yıllık sağkalım beklentisinin %20'den az olması (2,3) ve yaşam kalitesini kötü yönde etkilemesi nedeniyle hastalar ve yakınlarında yoğun bir huzursuzluk, keder, geleceğe yönelik belirsizlik ve kaygıya neden olmaktadır (4). Bu nedenle hekimler hastalara tanıyı söylemekte zorlanmaktadırlar (5,6).

Birçok kültürde tanının söylenmesi gerektiği düşünülse de batı kültürü dışında pek tercih edilmemektedir (7,8). Tanının söylenmesi gibi söylenme şekli de kültürel farklılıklar göstermekte, ülkeden ülkeye değişmektedir. Ülkemizdeki geçerli eğilim hastalardan tanıyı gizlemektir (6). Türkiyede hekimler, hasta yakınlarının tanının söylenmemesi taraftarı olduğunu düşündüğünden kanser tanısını aile fertlerine söylemeyi tercih etmektedirler (9).

Ülkemizde olduğu kadar, dünyada da tartışma konusu olan ve gerektiği kadar önem gösterilmediğine inandığımız akciğer kanserli hastalara tanının söylenmesi konusunda tanı koyan, tedavi veren hekimlerin, birinci derece akrabası akciğer kanserli hasta yakınlarının ve toplumun görüşlerinin değerlendirilmesi amacı ile bir anket çalışması düzenlendi.

## II. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Akciğer Kanseri

#### 2.1.1. Tarihsel Süreç

Akciğer kanseri, sigara içiciliğinin yaygınlaşmasından önce son derece nadir görülen bir hastalıktı. 1912 yılında Adler dünya literatürüne geçen sadece 374 olgu olduğu bildirilmiştir (10). 1929 yılında Almanya'da Fritz Lickint adındaki bir hekim, akciğer kanseri ve sigara arasında bir ilişki olduğunu bildirmiştir (11).

Sigaranın dünyaya yayılması I. ve II. dünya savaşları ile gerçekleşmiştir. 1944 yılında yetişkin nüfusun %60-%80'i sigara içmekte idi. Ne var ki dünyada sigara tüketiminin yaygınlaşması ile sigara-akciğer kanseri nedenselliğinin epidemiyolojik olarak ortaya konması arasında 20-30 yıllık bir boşluk bulunmaktadır. Dönüm noktası sayılabilecek ilk yayın ise, 1950 yılındadır. İngiliz Richard Doll ve Austin Hill, ABD'de ise Ernest Wynder ve Cuyler Hammond akciğer kanseri ve sigara ilişkisini ilk kez epidemiyolojik verilerle kanıtlamıştır (12).

1950'li yıllarda akciğer kanseri taraması amacı ile akciğer grafisi ve balgam sitolojisi kullanılmış; ancak tarama testlerinin mortalite üzerine etkisinin olmadığı anlaşılmıştır. Günümüzde akciğer kanseri taramasında düşük doz spiral bilgisayarlı tomografi sorgulanmaktadır (10).

Akciğer kanserinde minimal invaziv teknolojiler kullanılarak evrenin tanımlanmasında ve evreleme sisteminde yıllar içinde büyük gelişmeler sağlanmıştır (10).

Cerrahi tedaviye bağlı akciğer kanseri mortalitesi 1950'li yıllarda azalmış; ancak beş yıllık kr oranları çok az gelişme göstermiştir. Kemoterapiye radikal torakal radyoterapi eklenmesi, yeni radyoterapi teknikleri ile birlikte, lokal ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde yavaş yavaş gelişme sağlamıştır. Kemoterapi küçük hücreli dışı akciğer kanserinde ılımlı düzelme sunmuş, yeni ilaçlar daha iyi tolere edildiğinden yaşam kalitesinde iyileşme sağlanmıştır (10).

1970'li yıllarda küçük hücreli akciğer kanseri yönetimi umut vermiştir; ancak çok az bir ilerleme ile birlikte son onbeş yılda plato çizmiştir (10).

Akciğer kanseri yönetiminde en etkin ve önemli yöntem sigaranın bırakılmasıdır. Sigara tüketiminin kontrolü dünyada ilk 1993 yılında ABD'nin Kaliforniya eyaletinde başlamıştır. Günümüzde dünyada 65 ülke sigara içimine çeşitli sınırlamalar getirmiştir. Türkiye'de ise ilk düzenleme 26 Kasım 1996'da yayımlanan 4207 sayılı kanun; 2008'de güçlendirilmiştir. Türkiye'de 19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren evler hariç her türlü kapalı ortamda sigara tüketimi yasaktır. Türkiye, sigara tüketimi ile en fazla mücadele eden ülkeler arasında sayılmaktadır (13,14).

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

20. yüzyılın başında nadir görülen akciğer kanseri, halen dünyada en fazla ölüme neden olan ve erkeklerde en sık görülen kanserdir (Tablo 1). Ancak burada vurgulanması gereken şey, akciğer kanserinin günümüzde bütün dünyadaki önde gelen önlenebilir ölüm nedenlerinden birisi olduğudur. Çoğu kanser türünde ölüm oranlarında azalma varken, akciğer kanseri dünya çapında epidemi yapmıştır (15).

2011 yılı itibarı ile 1.6 milyon yeni olgu ile yeni saptanan tüm kanser olgularının %12.8'ini akciğer kanseri oluşturmaktadır. Akciğer kanseri halen erkeklerde en sık görülen kanserdir. 2011 yılında erkeklerde saptanan 1.1 milyon yeni olgu, tüm kanserlerin %16.5'ini oluşturmaktadır. Erkeklerde en



yüksek insidanslar, Doğu Avrupa, Güney Avrupa ve Kuzey Amerika'da görülmektedir (17).

Kadınlarda ise 516000 yeni olgu saptanmış olup, tüm olguların %12.5'idir; ve erkeklere göre daha düşük oranda görülmektedir (16). Kadınlarda en yüksek insidans Kuzey Amerika, Kuzey Avrupa ve Avustralya'da görülmektedir. Akciğer kanseri her iki cinste de en az Orta ve Batı Afrikada görülmektedir. Çin'de ise kadınlarda sigara tüketimi %4'ten az olmasına karşın diğer Avrupa ülkelerine göre akciğer kanseri insidansı kadınlarda çok daha yüksek (yüzbinde 21.3) saptanmıştır. Çinde kullanılan pişirme yöntemleri ve ev içi hava kirliliği sorumlu tutulmaktadır (17).

Tablo 1. İlk on sıradaki kanserlerin hesaplanan olgu oranları (1)

Yeni olgular					
Tip	Erkek		Tip	Kadın	
	n	%		n	%
<b>Prostat</b>	217730	18	Meme	207090	28
<b>Akciğer, bronş</b>	116770	15	Akciğer,bronş	105770	14
<b>Kolon, rektum</b>	72090	9	Kolon, rektum	70480	10
<b>Üriner sistem</b>	52760	7	Uterus	43470	6
<b>Deri melanomu</b>	38870	5	Tiroid	33930	5
<b>Non hodgkin lenfoma</b>	35380	4	Non hodgkin lenfoma	30160	4
<b>Böbrek, renal pelvis</b>	35370	4	Deri melanomu	29260	4
<b>Oral kavite, farinks</b>	25420	3	Böbrek, renal pelvis	22870	3
<b>Lösemi</b>	24690	3	Over	21880	3
<b>Pankreas</b>	21370	3	Pankreas	21770	3
<b>Toplam</b>	789620	100	<b>Toplam</b>	739940	100

Tablo 2. İlk on sıradaki kanserlerin hesaplanan ölüm oranları (1)

Ölümler					
Tip	Erkek		Tip	Kadın	
	n	%		n	%
Akciğer, bronş	86220	29	Akciğer, bronş	71080	26
Prostat	32050	11	Meme	39840	15
Kolon, rektum	26580	9	Kolon, rektum	27790	9
Pankreas	18770	6	Pankreas	18030	7
Karaciğer	12720	4	Over	13850	5
Lösem	12660	4	Non hodgkin lenfoma	9500	4
Özofagus	11650	4	Lösem	9180	3
Non hodgkin lenfoma	10710	4	Uterus	7950	3
Üriner sistem	10410	3	Karaciğer	6190	2
Böbrek, renal pelvis	8210	3	Beyin	5270	2
<b>Toplam</b>	<b>299200</b>	<b>100</b>	<b>Toplam</b>	<b>270890</b>	<b>100</b>

Tablo 3. Akciğer kanseri küresel insidans ve mortalite hızları (16)

GLOBOCAN 2008	İnsidans		Mortalite	
	100.000 nüfus		100.000 nüfus	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Dünya	34.0	13.5	29.4	11.0
Gelişmiş Ülkeler	47.4	18.6	39.4	13.6
Az Gelişmiş Ülkeler	27.8	11.1	24.6	9.7
Orta Afrika	2.8	0.9	2.7	0.9
Orta Amerika	12.8	5.5	12.2	5.3
Güney Amerika	20.4	8.4	18.8	7.5
Kuzey Amerika	48.5	35.8	37.9	24.2
Doğu Asya	45.0	19.9	38.1	16.3
Doğu Avrupa	57.0	9.6	51.6	7.9
Kuzey Avrupa	39.3	21.9	32.2	18.8
Güney Avrupa	49.0	10.4	42.3	8.5
Batı Avrupa	44.7	16.7	37.1	12.9
Avusturalya	32.4	19.9	25.6	14.6

Akciğer kanseri ölümcül seyretmektedir. Çoğu kanser türünde ölüm oranlarında azalma varken, akciğer kanseri dünya çapında epidemi yapmıştır. 1974-1976 yıllarında beş yıllık sağkalım %12.5 iken; aktif tedavi girişimlerinin arttığı 1995-2005 yılları arasında çok az bir artışla %15.7 oranına yükselmiştir (16,17).

1964'de Sağlık Bakanlığı raporundan sonra ABD'de erkeklerde sigara içme prevalansı düşmeye başlamış ve 1990'larda %25 düzeyinde sabitlenmiştir. Bu da daha sonraki dönemlerde akciğer kanseri insidans ve mortalitesinde düşmeyi getirmiştir. Sigara içme prevalansında sağlanan düşüşler, yaklaşık 30 yıl sonraki insidans ve mortaliteye yansımaktadır ABD'de akciğer kanseri insidans ve mortalitesinin 2020'ye kadar düşme eğilimini sürdüreceği; 2020'lerde ise bugünkü sigara içme prevalansındaki durağanlığı yansıtarak sabit kalacağı öngörülmektedir (18). Kadınlarda insidans ve mortalite hızları ise birçok ülkede 1975 yılına göre bugün iki kat artmıştır (16).

Ülkemizde akciğer kanseri ile ilgili sağlıklı epidemiyoloji verileri konusunda büyük bir eksiklik bulunmaktadır. Sınırlı sayıda çalışmalar tüm yurdu içine alacak gerçek bir akciğer kanseri fotoğrafını çekememektedir. Sağlık Bakanlığı'nın son verileri 1999 yılına ait olup erkeklerde %28 oranı ile ilk sırada, kadınlarda ise %4 ile 6. sıradadır (18).

Globocan 2002'de yer alan Türkiye tahminleri ise şöyledir: Erkeklerde en sık görülen kanserler akciğer, mide, mesane, kolorektal, larinks, prostat kanserleri (sırasıyla yaşa standardize hız yüzbinde 47,7; 12,2; 11,0; 9,1; 8,0; 8,0) olarak tahmin edilmiştir. Kadınlarda ilk altı sırada ise meme, kolorektal, mide, over, akciğer kanserleri ve lösemiler (sırasıyla yaşa standardize hız yüzbinde 22,0; 8,5; 6,4; 5,4; 5,3; 4,7) yer almaktadır (19).

Türk Toraks Derneğinin (TTD) 2005-2008 yıllarında bölgelerini temsilen seçilmiş yedi ilde yürüttüğü "Türkiye Akciğer Kanseri Haritası" araştırmasında Türkiye'de yaşa standardize edilmiş akciğer kanseri

insidansı; erkeklerde yüzbinde 75.8, kadınlarda yüzbinde 9.6'dır. Erkeklerde, İzmir'de yüz binde 98, Trabzon'da yüz binde 66,6, Bursa'da yüz binde 64,7, Sivas'ta yüz binde 59,3, Antalya'da yüz binde 57,4, Erzurum'da yüz binde 55 olarak saptanmıştır (20).

Türkiye'de sigara kontrolü ile ilgili 1996 yılında yürürlüğe giren; 2008'de güçlendirilen yasa ile alınan önlemler yeni yeni sonuç vermeye başlamış; sigara tüketiminde düşüşler saptanmıştır. Ancak akciğer kanseri insidans ve mortalite hızları, geçmiş 30 yılın sigara içme prevalansındaki eğilimleri yansıttıkları için, artmaya devam etmektedir ve bir 20-30 yıl daha düşme eğilimine girmeyeceği öngörülebilir (13,14,18).

### **2.1.3. Risk Faktörleri**

Epidemiyolojik çalışmaların çoğu primer akciğer kanserinin nedeni olarak sigarayı göstermiştir (1,15,18-21). Akciğer kanseri, çoğunlukla sigara ve çevresel etmenler nedeni ile ortaya çıkmasına rağmen, solunumsal kanserojenler sağlıklı kişilerde önemli değişikliklere neden olmaktadır. Hastalık riski etyolojik ajanlara hassasiyet ve kişinin bağışıklığı ile ilişkilidir (15).

#### **2.1.3.1. Sigara**

Akciğer kanseri olgularının %85-90 nedeni sigaradır. Sigara dumanında yüzlerce karsinojen madde bulunmaktadır. Bununla birlikte sigara içenlerdeki risk sigarayı bırakma ile azalmaktadır. Ancak bu azalan risk hiçbir zaman hiç sigara içmeyenlerdeki düzeye ulaşmamaktadır. Yirmi paket yılı sigaraya maruz kalmak, popülasyonda yüksek risk olarak tanımlanmaktadır. Sigara içiminin karsinojenik etkisi, erkek tiryakilerde içmeyenlere oranlara 24, kadın içicilerde 9 kat daha yüksek olarak bulunmuştur. Erkeklerde akciğer kanseri olgularının %90'ından, kadınlarda yaklaşık %60'ından sigara sorumlu bulunmuştur. Sigara içme süresinin önemli olduğu klinik çalışmalarla gösterilmiştir. 40 yıl 1 paket sigara içenlerin 20 yıl 2 paket sigara içenlere

göre akciğer kanseri gelişme riskinin daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür (15,23,24).

Sigara dumanının karsinojenik etkisi, karsinojenlerin DNA'ya ulaşması ile DNA'da hatalı kodlama ve mutasyon oluşumuna bağlıdır. Sigaranın kanser riskini artırması, aynı zamanda maruziyetin özelliklerine bağlıdır. Bu özellikler sigara içme süresi, günlük sigara içme miktarı, sigaranın ağızda kalma süresi, izmaritin uzunluğu, filtre gibi faktörlerdir. Sigara dumanındaki major kanserojenler: polisiklik hidrokarbonlar, aromatik aminler, nitrozaminler, piridin alkaloidler ve radyoaktif bileşenlerdir. Bunların içinde nitrozamin en potent ve mutajen karsinojendir ve nikotinin nitrozasyonundan oluşur (25).

Pasif sigara içicileri çevresel dumanı dolaylı olarak inhale ederler. Sigara içmeyen evli kadınlarda yapılan iki çalışmada, pasif içicilik bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Sigara içmeyen eşlerin, sigara içenlerle evlenmesi sonucunda akciğer kanserinin %30 daha fazla olduğu gösterilmiştir (22,26).

### **2.1.3.2. Mesleksel ve Çevresel Faktörler**

Gelişen endüstri ile fuel oil ve bazı kimyasal maddeler ile motor yakıtlarının kullanılmasındaki artışla beraber açığa çıkan karsinojenler ile hava kirliliğinin artması sonucunda, akciğer kanserinin riskinin arttığı söylenebilir. Bu nedenle büyük şehirlerde akciğer kanseri sıklığı, dünyanın hemen her yerinde kırsal bölgelerden daha yüksek bulunmuştur. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, kırsal kesimde yaşayan insanlarda akciğer kanseri görülme sıklığı 100.000'de 14 iken, sanayileşmiş kesimde yaşayan insanlarda 100.000'de 26 olarak saptanmıştır (27).

Akciğer kanserinde mesleksel maruziyet önemli bir yer tutmaktadır. Kömür madeninde, (arsenik, krom, nikel gibi madenlerde) çalışanlar, akciğer kanseri riski altındadırlar. Asbest parçacıkları akciğer kanseri ile ilişkili bulunmuştur. Asbestin, hem sigara içmeyenlerde hem de sigara içenlerde

akciğer kanseri riskini artırdığı bildirilmiştir. Asbest maruziyeti ve sigara içimi sigara içmeyen birine göre akciğer kanseri riskini 92 kat artırmaktadır (22).

Ağır bir gaz olan radon içeren uranyum doğada bulunmaktadır. Radon radyoaktif formlarının bozulması ile radyasyon tehlikesi göstermektedir. Yeraltında çalışan maden işçilerinde akciğer kanseri riskinin anlamlı derecede arttığı gösterilmiştir (28). Radon parçalanma ürünleri yüksek enerji ve kitle etkisi nedeniyle solunum epitel hücrelerinde DNA hasarına neden olabilirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde evlerin %15'inde özellikle bodrum katlarında güvenilir sınırın üzerinde radon saptanmıştır ve her yıl 15.000 ile 20.000 dolayında akciğer kanseri ölüm nedeninin radon gazına bağlı olduğu tahmin edilmektedir (24).

Akciğer kanseri gelişiminde meyve, sebze ve her ikisinde de bulunan antioksidan elementler üzerinde yoğunlaşmış ve fazla meyve ve sebze tüketiminin, az meyve ve sebze tüketimine göre akciğer kanseri gelişmesi açısından daha düşük riske sahip olduğu ve fazla alkol tüketiminin akciğer kanserinin artışında daha fazla bir risk oluşturduğu bildirilmiştir. Bununla beraber meyve sebzenin fazla miktarda tüketilmesinin kanser sıklığını anlamlı bir şekilde etkilemediğini gösteren çalışmalar da vardır(29,30).

### **2.1.3.3. Kanser Biyolojisi ve Genetiği**

Tüm sigara içicilerin %10-20'sinde akciğer kanseri gelişimi, genetik yatkınlığın önemine işaret etmektedir. Akciğer kanserli hastaların sigara içen akrabalarında akciğer kanseri gelişme riski 14 kat artarken, sigara içmeyen akrabalarında 2.5 kat artmaktadır (31). Artmış ailesel riskin; yaş, cinsiyet, mesleki maruziyet ve sigara içiciliğinden bağımsız olduğu ve akciğer kanserine predispozisyon yaratan nadir bir otozomal genin Mendelyen kodominant kalıtımı ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Epidemiyolojik genetik bir çalışmada ailesel risk birinci dereceden risk olarak saptanmıştır. Genetik etmenler, genç yaştaki akciğer kanseri olguları ile ilişkili bulunmuştur (32-33).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 1995 ve 2000 yılları arasında 1500 kişilik akciğer kanserli hasta grubu ile ailede kanser hikayesi olanların eşlerinden oluşan 600 kişilik kontrol grubu üzerinde akciğer kanserinin ailesel yatkınlığı araştırılmış; hastaların %40'ında kanser açısından aile hikayesi pozitifliği ve bu pozitifliğin %51.8'ini akciğer kanserinin oluşturduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise kanser açısından aile hikayesi pozitifliği %5 oranında gözlenmiştir (34).

Klinik olarak akciğer kanseri gelişene dek 10-20 adet genetik hasarın olduğu bilinmektedir. Akciğer kanserinde major genetik olaylar; Onkogenlerin mutasyonel aktivasyonu, tümör baskılayıcı genlerin inaktivasyonu, hücre siklus regülasyonunda görev alan genlerde ortaya çıkan değişiklikler, DNA tamirinde görev alan genlerde ortaya çıkan değişiklikler, büyüme faktörleri ve reseptörlerine ilişkin değişikliklerdir (35).

K-ras aktivasyonu küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastaların (KHDAK) %15- 50'sinde görülür. K-ras mutasyonu sağkalımda azalma, erken relaps ve kötü prognozla ilişkili bulunmuştur. P53 supresör geni küçük hücreli akciğer kanserli hastaların (KHAK) %90'nında, skuamöz hücreli kanserlerin %65'inde gösterilmiştir (36).

Pek çok çalışmada epidermal büyüme faktör reseptörü sinyalizasyon ve regülasyon bozukluğunun tümör gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Glutasyon S-transferazlar akciğer kanseri ile ilişkili bulunmuştur (37,38)

Akciğer tümörlerinin ve tüm solid tümörlerin immünolojik harabiyetinde T-hücre kaynaklı immünite temel rol oynar. Bağışıklık sistemini etkileyen etkenler kanser gelişiminde etkili olabilmektedir. Evreler arttıkça CD3+, CD4+, CD4/CD8 oranın anlamlı olarak azaldığı görülmüştür. İleri evre akciğer kanserinde T ve B lenfositlerin antitümör immünitede rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (39).

Akciğer kanseri diffüz pulmoner fibroz, sarkoidoz ve skleroderma gibi hastalıklarda daha sık görülmektedir. Pulmoner fibrozu olan olguların %10'u akciğer kanserinden ölmektedirler. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

(KOA), yaş, cinsiyet ve sigara durumu kontrol edilse dahi akciğer kanseri gelişiminde, bağımsız risk faktörüdür (40).

Akciğer kanseri etyolojisinde tüberkülozun rolü üzerinde yapılan araştırmalara göre kanserin tüberküloz kavite duvarından, drenaj bronşundan veya skar dokusundan kaynaklanabileceği, kalsifikasyonun irriteratif etkisinin kanser oluşumuna neden olabileceği ileri sürülmektedir. Aynı görüşler bronşektazi, pnömoni, akciğer embolisi ve abseye sekonder gelişen skarlar için de geçerlidir. Tüberküloz hastalarında kanser riskinin 8 kat arttığı ve her iki hastalık arasında 10-15 yıllık bir zaman farkının olduğu belirtilmektedir (41).

#### 2.1.4. Patoloji

Akciğer tümörlerinin %95'i bronş epitelinden kaynaklanır. Kalan %5'i içinde bronşiyal karsinoidler, mezotelyomalar, bronşiyal bez neoplazmları, mezenkimal tümörler, lenfomalar ve bazı benign lezyonlar bulunur (42).

Başlıca dört histolojik tipte akciğer kanseri bulunmaktadır. Skuamöz hücreli, adenokanser, büyük hücreli indifferansiye ve KHAK olarak sınıflandırılmaktadır. Çoğunlukla ilk üç tip akciğer kanseri KHDAK olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak günümüzde nonskuamöz patoloji tedavi kararını değiştirmesi nedeniyle önem kazanmıştır. Bazı olgularda bu histolojik tipler kombine bulunabilirler (43).

Akciğer kanserinin histolojik sınıflaması Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2011 yılında yeniden düzenlenmiştir (Tablo 4) (43).

Tablo 4. Akciğer kanserinin histolojik sınıflaması (43)

<b>Skuamöz hücreli karsinom</b>
<b>Papiller</b>
<b>Berrak hücreli</b>
<b>Küçük hücreli</b>
<b>Bazaloid</b>
<b>Küçük Hücreli Karsinom</b>
<b>Kombine küçük hücreli karsinom</b>
<b>Adenokarsinom</b>



**Preinvaziv Lezyonlar**  
**Atipik Adenomatöz Hiperplazi**  
**Adenokarsinoma in situ**  
**Nonmüsinöz**  
**Müsinöz**  
**Mikst müsinöz/nonmüsinöz**  
**Minimal İnvaziv Adenokarsinom**  
**Nonmüsinöz**  
**Müsinöz**  
**Mikst müsinöz/nonmüsinöz**  
**İnvaziv Adenokarsinom**  
**Lepidik baskın**  
**Asiner baskın**  
**Papiller baskın**  
**Mikropapiller baskın**  
**Mukus üreten solid baskın**  
**İnvaziv Adenokarsinom Varyantları**  
**İnvaziv müsinöz adenokarsinom**  
**Kolloid adenokarsinom**  
**Fötal adenokarsinom**  
**Enterik adenokarsinom**

#### **Büyük Hücreli Karsinom**

**Büyük hücreli nöroendokrin karsinom**  
**Büyük hücreli kombine nöroendokrin karsinom**  
**Bazaloid karsinom**  
**Lenfoepitelyoma benzeri karsinom**  
**Berrak hücreli karsinom**  
**Rabdoid fenotipinde büyük hücreli karsinom**

#### **Adenoskuamöz Karsinom**

#### **Sarkomatoid Karsinom**

**Pleomorfik karsinom**  
**İğ hücreli karsinom**  
**Dev hücreli karsinom**  
**Karsinosarkom**  
**Pulmoner blastom**

#### **Karsinoid Tümör**

**Tipik karsinoid**  
**Atipik karsinoid**

#### **Tükrük Bezi Tipindeki Karsinomlar**

**Mukoepidermoid karsinom**  
**Adenoid kistik karsinom**  
**Epitelyal-miyoepitelyal karsinom**

#### **Preinvaziv Lezyonlar**

**Skvamöz hücreli in situ karsinom**  
**Atipik adenomatöz hiperplazi**  
**Diffüz idiyopatik pulmoner nöroendokrin hücre hiperplazisi**

#### **2.1.4.1 Skuamöz Hücreli Karsinom**

Erkeklerde daha sık görülmektedir. Çoğunlukla büyük bronşların santralinden kaynaklanmakta ve lokal hiler lenf nodlarına kolay yayılmaktadır. Periferik lokalizasyonlu lezyonlar genellikle skar ile birlikte dir. Toraks dışına diğer hücre tiplerinden daha geç yayılır. Skuamöz kanser, bronş epitelinden yıllar önce başlayan bir metaplazi veya displazi izleyen insitu kanserden sonra çıkar. Mukozada 1-2 cm çapında kalınlaşma görülür. Bu durumda henüz klinik ve radyolojik bulgu olmadan balgamda ve bronş lavajında atipik hücreler görülür. Histolojik olarak bu tümörler keratin inciler ve intersellüler köprüler oluşturan iyi diferansiye tipten, minimal skuamöz özelliği olan indiferansiye tipe kadar değişebilmektedir. Diğer tiplerden daha iyi prognoza sahiptirler (42).

#### **2.1.4.2. Adenokarsinom**

Cinsiyet ayrımı gözetmeyen, yıllar içinde sıklığı her iki cinste de giderek artan ve sigara içimi ile daha az ilişkili akciğer kanseri tipidir. Eski tüberküloz, pnömoni ya da skleroderma, pnömokonyoz, interstisyel fibrozis gibi akciğer hastalıklarının skarları üzerinde tümör geliştiği düşünülmektedir. Klasik olarak periferik havayolları ve alveollerden gelişen periferik tümörlerdir. Bu tümörler epitel ve submukozal glandların proksimalinden de gelişebilmektedir. Periferik olduklarından metastatik adenokanser ayrımı zordur. Bronkoalveoler tipte %40-50 mün sekresyonu vardır (37, 44, 46).

#### **2.1.4.3. Büyük Hücreli Karsinom**

Büyük hücreli akciğer kanseri, sitolojik diferansiyasyon göstermeyen, skuamöz veya glandüler kanserlerin herhangi bir kategoriye giremeyecek kadar indiferansiye şeklidir. Genellikle periferik yerleşimlidir. Kanser bazen kötü bir anaplazi gösteren dev hücrelerden oluşur. Erken dönemde uzak metastaz yapabilmektedirler (42).

#### **2.1.4.4. Küçük Hücreli Akciğer Karsinomu**

Neoplastik hastalıklar içinde bir paradokstur. Erkeklerde kadınlara oranlara daha sık olup, nekroz ve hemoraji siktir. Submukozal damarlara penetrasyonu siktir. KHAK hızlı ilerleyen kanser tipidir (47). Çoğunlukla santral bir bronştan kaynaklanır. Akciğer karsinomları arasında kökeni üzerinde en çok tartışılan tümör tipidir. Hücrelerde nörofilamentlerin gösterilmesi, NSE (Nöron Spesifik Enolaz), serotonin, bombesin gibi nöroendokrin peptid hormonlarının varlığı tümörün nöroendokrin hücrelerden köken aldığını göstermektedir. KHAK'un öncü bir lezyonu saptanamamıştır. Buna karşın KHAK olgularında in situ skuamöz lezyonlar görülebilir (48,49).

#### **2.1.5. Klinik Bulgular**

Erken evre akciğer kanseri asemptomatiktir. Büyük boyutlara ulaşmadan belirti vermeyebilir (45). Tanı anındaki belirtiler farklı olabilir. Hastalık ilerledikçe nefes darlığı, iştahsızlık ve öksürük çoğu hastada vardır. Belirtiler tümörün bulunduğu yere, lokal ilerlemesine, metastaz bulgularına ve paraneoplastik sendromun varlığına göre değişir (50).

##### **2.1.5.1. Primer Tümörün Büyümesine Bağlı Klinik Bulgular**

Öksürük, özellikle santral yerleşimli tümörlerde sıklıkla rastlanan bir semptomdur. Yeni ortaya çıkmış olabileceği gibi, önceden var olan öksürüğün karakter değiştirmesi klinisyen için uyarıcı olmalıdır. Öksürüğün şiddetinin artması, tedaviye yanıt vermemesi veya kanlı balgam ile birlikte olması akciğer kanserinin işareti olabilir (51). Hemoptizi, akciğer radyografisi normal olan bir olguda tek ipucu olabilir. Endobronşial tümörün major atelektaziye neden olması, kitlenin büyük hava yollarına, ana damarlara ya da kalbe bası yapması, artan plevral ya da perikardiyal sıvı nefes darlığını ortaya çıkarabilir veya arttırabilir. Hava yollarına bası ile inspiratuvar zorluk ve stridor, lokalize ronküs, segmental amfizem, tekrarlayan veya rezolüsyonu

gecikmiş pnömoniler meydana gelebilir. Pnömoni nedeni ile, ya da neoplastik kitlenin nekrozu sonucu gelişen abse nedeni ile, tabloya ateş eklenebilir (51)

### **2.1.5.2. Tümörün İntratorasik Yayılımına Bağlı Klinik Bulgular**

Akciğer kanserinin intratorasik yayılımı direkt genişleme ya da lenfatikler yoluyla sinir, organ, diyafragma ve göğüs duvarı tutulumuna ve çeşitli bulgulara neden olmaktadır.

Süperior sulkus tümörü, üst lob apeksinin arka bölümüne ve brakiyal pleksusa yakın yerleşir. Omuz ağrısı, ulnar sinirin koldaki dağılımı boyunca ağrı ve kas atrofisi, radyolojik olarak birinci ve ikinci kosta destrüksiyonu görülmektedir. Tek taraflı enoftalmi, ptozis, myozis ve aynı taraf yüz ve üst ekstremitede anhidrozis “Horner sendromu” olarak bilinmektedir (52).

Süperior vena kava obstrüksiyonu, primer tümör sağ tarafta ise daha sıktır. Yüz, boyun ve göz kapaklarında ödem, ekstremit ve göğüsün üst bölümleri, omuz ve boyunda genişlemiş venler,baş ağrısı, baş dönmesi, uyuşukluk, bulanık görme, göğüs ağrısı, nefes darlığı, öksürük ya da disfaji izlenebilir (53,54).

Frenik sinir felcinde, tutulan hemidiyafragmada yükseklik ve paradoksal hareket gözlenebilir. Bu sinirlerin tutulumu nefes darlığı oluşumuna katkıda bulunabilir (55).

Plevral sıvı birikimi, göğüs ağrısı ve nefes darlığı yakınmalarına neden olabilir. Oluş mekanizması ne olursa olsun sitolojik incelemede malign hücreler saptanmasa bile plevral sıvı birikimi kötü prognoza işaretler. Plevral sıvı genellikle hemorajiktir. Posterior mediastendeki büyümüş lenf bezlerinin özofagusu sonucu disfaji görülebilir. Rekürren laringeal sinir felci nedeniyle oluşan ses kısıklığı, genellikle sol üst lob tümörlerinde daha sık görülür(54,56).

### **2.1.5.3. Tümörün Ekstratorasik Yayılımına Bağlı Klinik Bulgular**

Akciğer kanseri en sık sürrenal, karaciğer, beyin, kemik metastazı yapmaktadır. Metastaz bölgesine göre baş ağrısı, mental bozukluk, karın ağrısı, mide bulantısı, kemik ağrısı ile karşımıza çıkmaktadır (47,57).

### **2.1.5.4. Paraneoplastik Sendromlar**

Paraneoplastik sendrom, bir tümör veya tümörün metastazları ile doğrudan ilgili olmayan, ancak tümörün varlığına bağlı olan ve dolayısı ile tümörün çıkarılmasından sonra gerileyebilen belirtilerdir. Tümör hücrelerinin biyolojik olarak aktif bileşenler salgılaması sonucu meydana gelirler. Salgılanan maddelere (hormon gibi) göre çeşitli belirtilere yol açabilirler. Bunlar arasında; hiponatremi, Cushing sendromu, hiperkalsemi, jinekomasti sayılabilir (58,59).

Paraneoplastik sendromlar, KHAK'da daha fazla görülür. KHDAK'da daha sık görülen paraneoplastik sendromlar arasında, hiperkalsemi ve hipertrofik osteoartropati sayılabilir. Hipertrofik osteoartropati, en sık akciğer adenokarsinomlarına eşlik eder (58-60).

### **2.1.6. Tanı Yöntemleri**

İlk seçilecek radyolojik yöntem iki yönlü akciğer grafisidir. Direkt bulgular; kitle, nodül veya infiltratif lezyonlardır. İndirekt bulgular ise tedaviye cevap vermeyen pnömoni veya atelektazi, tek taraflı hava hapsi, plevral effüzyon, diyafragma felci gibi bulgulardır.

#### **2.1.6.1. Bilgisayarlı Tomografi (BT)**

Bilgisayarlı tomografi tanı, evreleme ve aynı zamanda tedaviye yanıtın değerlendirilmesi açısından çok önemli bir yöntemdir. Çok detektörlü bilgisayarlı tomografi tümörün fissüre, göğüs duvarına veya mediastene invazyonunu büyük bir güvenle ortaya koyabilmektedir (61,62).

### **2.1.6.2. Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)**

Yumuşak dokuları görüntülemeye öncelikli olarak kullanılmaktadır. Özellikle pankreas tümörlerinde vasküler ve brakial pleksus tutulumunu en iyi gösterebilen tanı yöntemidir (61).

### **2.1.6.3. Balgam Sitolojisi**

Akciğer kanserinin malign hücreleri bronş sekresyonlarına karışarak dışarı atılırlar. Sabah çıkarılan ilk balgam yüksek tanısal değere sahiptir ve hastalar için ucuz, risksiz bir tetkiktir. Balgam sitolojisi ile santral bronş kanserlerinde yaklaşık %80, periferik bronş kanserlerinde ise %50 oranında pozitiflik saptandığı bildirilmiştir. Pozitiflik tümörün büyük çapta olması, alt lob lokalizasyonu, konsolidasyon ve kollaps bulguları ile iyi korelasyon göstermektedir. Balgam sayısı arttıkça buna paralel tanı pozitifliği de artmaktadır (63).

### **2.1.6.4. Girişimsel Tanı Yöntemleri**

Santral yerleşimli lezyonlarda forseps biyopsiler, bronş lavajı, fırçalama, transbronşiyal biyopsiler ve transbronşiyal lenf nodu aspirasyonları bronkoskopide tanı amaçlı kullanılan yöntemlerdir. Forseps biyopsi ile histolojik tanı %76-82 oranında bildirilirken, lavaja fırçalama eklenmesi ile bu oran %87'ye çıkmaktadır. Bronkoskopi ayrıca tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde de kullanılan yöntemlerden biridir (64,65).

Mevcut bulgular eşliğinde girişimsel tanı yöntemleri kullanılmaktadır; torasentez, plevra biyopsisi, torakoskopi ve ekstratorasik tutulumlarda iğne aspirasyonları ya da biyopsiler faydalıdır. Toraks ultrasonografisi perkütan biyopsi, plevral sıvının tespiti ve torasentez amacıyla ve batin ultrasonografisi akciğer kanseri evrelemesinde batin içi metastazlarının saptanması amacı ile

önemli bir yer tutmaktadır. Deneyimli sitologların elinde plevral efüzyonlarda histolojik tanı %80'lere, plevra biyopsilerinde %50'ye ulaşmaktadır (64,65).

Mediastinoskopi, mediastinostomi, torakoskopi, torakostomi tanı ve evrelemede yararlı yöntemlerdir. Ayrıca bu işlemler doku tanısında, pulmoner soliter nodüllerin değerlendirilmesinde, hiler ve mediastinal lenf nodunun örneklenmesinde lenf noduna metastaz saptanmasında operasyon öncesi önemlidir. Mediasteninin normal görüldüğü santral yerleşimli akciğer kanserlerinin %50'sinde mediastinoskopik inceleme ile lenf bezi tutulumu saptanmıştır (64,65).

#### **2.1.6.5. Nükleer Tıp Yöntemleri**

Nükleer tıp yöntemleri, mediastinal ve hiler lenfadenopatilerin (LAP) gösterilmesinde, kemik metastazının saptanmasında, radyoterapi (RT) sonrasında oluşan radyasyon pnömonisinin erken tanı ve tedavisinin izleminde faydalıdır. Kantitatif ventilasyon / perfüzyon sintigrafisi preoperatif ve postoperatif tahmini zorlu ekspiratuvar volümü (FEV<sub>1</sub>) ve zorlu vital kapasiteyi (FVC) hesaplamak amacıyla kullanılabilen bir yöntemdir (66).

#### **2.1.6.6. Pozitron Emisyon Tomografi (PET- BT) Yöntemi**

Akciğer kanserlerinin PET-BT görüntülemesi için en sık kullanılan madde [2-18F] 2-floro-2 deoksi-D-glukoz (F-18FDG)'dir. Çoğu tümör hücrelerinde artmış glukoz metabolizma hızını gösterir ve dolayısıyla glukoz tutulumu (F-18FDG) normal hücrelere göre artmıştır. Ayrıca pek çok malign hücre normal hücrelere göre düşük defosforilasyon hızı gösterir. Sonuçta F-18FDG-6-fosfat tümör hücrelerinde birikir ve görüntülemeye izin verir. Soliter pulmoner nodüllerin benign malign ayrımında, metastatik lezyonların saptanmasında, normal boyuttaki bir lenf noduna olan metastazı veya büyümüş olan lenf nodunda tümör olmadığını gösterebilir. Ancak 1 cm altında tümörlerde, bronkoalveoler kanserde yanlış negatif, granülomatöz hastalıklarda ise yanlış

pozitif sonuç verebilir. Meta analizlerde, soliter pulmoner nodüllerin ayırıcı tanısında duyarlılığı %93-98, özgüllüğü ise %78-80 arasında değişmektedir. Mediastinal ve hiler lenf nodlarının invazyonunun gösterilmesinde genel olarak duyarlılık %98, özgüllük ise %91-92 olarak bildirilirken bilgisayarlı tomografide >1 cm lenf nodu olan olgularda duyarlılık ve özgüllük sırasıyla %73 ve %97 dir. Toraks dışı uzak metastazların gösterilmesinde duyarlılık ve özgüllük %93 ve %98 gibi yüksek oranlardadır. Sürrenal bez metastazların saptanmasında ise duyarlılık ve özgüllük %96 ve %99 olarak sunulmaktadır. Bu sonuçlar eşliğinde PET-BT endikasyonu için hasta seçimi dikkatli bir şekilde yapılmalıdır (67).

### **2.1.7. Akciğer Kanseri Evreleme**

Kanserli hastaları prognoz özelliklerine göre gruplayıp, ona göre tedavi planlama ihtiyacı bir evreleme sisteminin geliştirilmesine yol açmıştır. İlk kez 1946 yılında önerilen TNM sistemi, Amerikan Kanser Birliği ve Uluslararası Kanser Mücadele Birliği 1986 yılında Uluslararası Akciğer Kanseri Evreleme Sistemi adı altında tek bir sistem meydana getirmişlerdir. 1996 yılında tekrar gözden geçirilen bu sistemin KHDAK'da uygulanması önerilmiştir (68).

1997 yılında revize edilen uluslararası evreleme sisteminde yaşanan sorunlar nedeni ile, geliştirilmesi ve tekrar düzenlenme ihtiyacı doğmuştur. Bunun üzerine Uluslararası Akciğer Kanseri Çalışma Örgütü (IASLC) tarafından gerçekleştirilen bir proje ile, T N ve M tanımlayıcılarında bazı değişiklikler önerilmiştir. Tümör boyutu açısından yapılan incelemeler sonucunda tümör boyutunun kuvvetli bir prognostik faktör olduğu ve farklı boyutlardaki tümörlerin farklı prognozlara sahip olduğu görülmüştür (69). 2009 yılında yayınlanan yeni evreleme sisteminde aynı akciğerde farklı lobdaki nodül M1 iken T4 kabul edilmiştir. Malign plevral ve perikardiyal efüzyon T4 iken M1a kabul edilmiştir.

Lenf bezlerinin evrelemesinde alt grupları değerlendirmek için yeterli sayıda hasta olmadığı için herhangi bir değişiklik önerisi yapılamamıştır. Lenf



nodları açısından eski evreleme sisteminin kullanılmaya devam edilmesi önerilmiştir (70).

Yaşam süreleri incelendiğinde TNM sistemindeki yer alan M'in; M1a ve M1b olarak ikiye ayrılmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Sonuç olarak M tanımlayıcısı plevral ya da perikardial malign sıvı ya da nodül ve karşı akciğerdeki nodüller M1a, akciğer ya da plevra dışındaki uzak metastazlar M1b olarak son halini almıştır (71).

Tüm bu değişiklikler çerçevesinde şekillenen yeni evreleme sistemi tüm tanımlarıyla tablo 5 ve 6'da verilmiştir (72).

Tablo 5. Akciğer kanseri yeni evreleme sistemi

<b>T</b>	<b>Primer tümör</b>
	<b>Tx:</b> Primer tümör değerlendirilemedi ya da balgam sitolojisinde veya bronşiyal lavajda malign hücreler tespit edildi ancak görüntüleme yöntemleriyle veya bronkoskopi ile gösterilemedi.
	<b>T0:</b> Primer tümöre ait bir bulgu yok
	<b>T1:</b> Tümörün en büyük çapı 3cm veya daha küçük, akciğer veya visseral plevrayla çevrilmiş, bronkoskopide lobar bronştan daha proksimale ulaşmamış (ana bronşta tümör yok). <b>T1a:</b> Tümörün en büyük çapı 2cm veya daha küçük <b>T1b:</b> Tümörün en büyük çapı 2cm'den daha büyük fakat 3cm'e eşit veya daha küçük
	<b>T2:</b> Tümörün en büyük çapı 3cm'den büyük fakat 7cm'den daha büyük değil; veya tümör aşağıdaki durumlardan birine sahip •Karinadan 2cm veya daha uzak noktada ana bronş tutulmuş •Visseral plevra invazyonu var •Hiler bölgeye ulaşan ancak tüm akciğeri kapsamayan atelektazi veya obstrüktif pnömoni <b>T2a:</b> Tümörün en büyük çapı 3cm'den daha büyük fakat 5cm'e eşit veya daha küçük <b>T2b:</b> Tümörün en büyük çapı 5cm'den daha büyük fakat 7cm'e eşit veya daha küçük

	<p><b>T3:</b> Tümörün çapı 7cm'den büyük veya aşağıdaki durumlardan birine sahip</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Göğüs duvarı (superior sulkus tümörleri dahil), diyafragma, frenik sinir, mediastinal plevra, parietal perikard</li> </ul> <p>invazyonu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tümör ana bronşta karinayı tutmadan 2cm'den daha yakın mesafede</li> <li>• Akciğerin tamamını kapsayan atelektazi veya obstrüktif pnömoni</li> <li>• Tümörle aynı lobta satellit nodül</li> </ul>
	<p><b>T4:</b> Aşağıdaki yapıları invaze eden herhangi bir büyüklükteki tümör</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediasten, kalp, büyük damarlar, trakea, rekürren laringeal sinir, özefagus, vertebra gövdesi, karina</li> <li>• Primer tümörle aynı akciğerde fakat ayrı lobta satellit nodül.</li> </ul>
<b>N</b>	<b>Bölgesel lenf nodları</b>
	<b>Nx:</b> Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor
	<b>N0:</b> Bölgesel lenf nodu metastazı yok
	<b>N1:</b> İpsilateral peribronşiyal ve/veya ipsilateral hiler ve intrapulmoner lenf nodlarında metastaz
	<b>N2:</b> İpsilateral mediastinal ve/veya subkarinal lenf nodlarında metastaz
	<b>N3:</b> Kontrlaterale mediastinal ve/veya hiler, ipsilateral ve/veya kontrlaterale skalen veya supraklaviküler lenf nodlarında metastaz
<b>M</b>	<b>Uzak metastaz</b>
	<b>M0:</b> Uzak metastaz yok
	<b>M1:</b> Uzak metastaz var
	<b>M1a:</b> Kontrlaterale akciğerde metastatik nodül; malign plevral veya perikardial effüzyon veya plevrada tümör nodülleri
	<b>M1b:</b> Uzak organ metastazı

Tablo 6. Yeni evreleme sistemindeki TNM sistemi

Gizli karsinom	Tx	N0	M0
Evre 0	Tis	N0	M0
Evre 1A	T1a,b	N0	M0
Evre 1B	T2a	N0	M0
Evre 2A	T1a,b	N1	M0
	T2a	N1	M0
	T2b	N1	M0
Evre 2B	T2b	N0	M0
	T3	N0	M0
Evre 3A	T1a,b, T2a,b	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
	T4	N0, N1	M0
Evre 3B	T4	N2	M0
Evre 4	Herhangi bir T	N3	M0
	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1a,b

### 2.1.8. Tedavi ve Prognoz

Tedavi hastalığın evresi ve hastanın performans durumu göz önüne alınarak planlanmalıdır.

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde Evre IA ve IB'de tedavi cerrahidir. Postoperatif torakal radyoterapi (RT) ve sistemik kemoterapinin (KT) yaşam süresini uzattığı gösterilememiştir. Tam rezeke edilemeyen ve tamamlayıcı cerrahi uygulanmayan olgularda, primer tümör alanına ve mediastene torasik RT uygulanır. Medikal inoperabl olan ya da operasyonu kabul etmeyen olgularda torasik RT uygulanır (73,74).

Evre IIA ve IIB KHDAK'da standart tedavi yaklaşımı cerrahidir. Postoperatif dönemde de adjuvan kemoterapi önerilmektedir. Tam rezeke edilemeyen olgularda cerrahi tedavi ve tamamlayıcı cerrahi uygulanamayan

olgularda ve medikal inoperabl olgularda primer tümör alanına ve mediastene torasik RT uygulanır (75).

Pancoast tümörleri uzak metastaz ya da mediastinal lenf bezi tutulumu yoksa cerrahi yönden değerlendirilmelidir. Olgular gerekirse toraks MR ile değerlendirilmelidir. Tüm değerlendirmeler sonunda cerrahiye uygun olgular neoadjuvan KT ve RT ya da RT programına alınmalıdır (73).

Evre IIIA KHDAK olgularından, T3 (N1) olgularda tedavi cerrahidir. Cerrahi sonrası tam rezekke edilen olgularda torasik RT'ye gerek yoktur. Tam rezeksiyon sağlanmayan olgularda postoperatif RT uygulanabilir. N2 olgularda, "bulky" veya çok istasyonlu nodal lenf nodu tutulumu varsa cerrahi uygulamanın konvansiyonel seçeneklere daha üstün olduğunu söylemek mümkün değildir. İndüksiyon tedavisine yanıt varsa (evrede küçülme) cerrahi tedavi uygulanabilir. Günümüz koşullarında bu hastalar spiral toraks bilgisayarlı tomografi, mediastinoskopi ya da PET-BT ile değerlendirilmelidir. Tam rezeksiyon sağlanan olgularda postoperatif torasik RT uygulanır. Preoperatif değerlendirmede tek N2 varsa, kapsül invazyonu yoksa, indüksiyon KT ya da KT ve RT sonrası cerrahi tedavi uygundur (73,76).

Preoperatif N2 tespit edilemeyen olgularda "frozen" çalışmasında N2 saptanan olgularda tam rezeksiyon sağlanacaksa operasyona devam edilebilir. Tam rezeksiyon mümkün değil veya ekstrakapsüler nodal hastalık, "bulky" veya çok istasyonlu lenf nodu tutulumu varsa operasyona devam edilmemelidir (73,76).

KHDAK'da evre IIIB seçilmiş olgularda indüksiyon KT'si sonrasında cerrahi tedavi açısından değerlendirilir. Stabil ya da progresyonu olan olgular torasik RT ya da eş zamanlı kemoradyoterapiye alınır. Cerrahi için uygun olmayan olgularda ardışık ya da eş zamanlı kemoradyoterapi uygulanır. Eşzamanlı RT ve KT uygulaması, ardışık uygulamaya göre sağkalım avantajı olmasına rağmen daha toksiktir. Vena kava superior sendromu (VKSS) varsa deksametazon 16mg/gün başlanması; RT yapılması önerilmektedir (75-77).

Yaşam süresini uzatmak amacıyla evre I-II-III tam rezeke edilmiş olgularda postoperatif torasik RT ve KT önerilmemekle birlikte, sisplatin bazlı adjuvan KT'nin 5 yıllık yaşam süresinde %5'lik bir düzelmeye istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (78).

Evre IV olgularda temel yaklaşım sisplatin bazlı KT'dir. Kilo kaybı %10'dan fazla olan, serum laktik dehidrogenaz değerleri yüksek olan, ikiden fazla organ metastazı olan olgularda ikinci hat KT'den fayda beklenmemelidir (73).

Yaşlı hastalarda, kronolojik yaştan çok biyolojik yaş önemlidir. KT'ye uygun olmayan ya da iyi tolere edemeyen olgularda sadece RT yapılabilir (79).

Küçük hücreli akciğer kanserinde tedavide temel yaklaşım KT'dir. Sınırlı hastalıkta RT uygulanması lokal nüksü azaltır ve yaşam süresini uzatmaktadır. Sınırlı hastalıkta birinci kür ya da ikinci kürden itibaren eşzamanlı KT ve RT uygulanması önerilmektedir. Evre IA-IB olgulardan genel durumu iyi olanlarda cerrahi ve sonrası 4 kür KT önerilir. Yaygın hastalıkta tedavi KT'dir. KT ile tam yanıt varsa sınırlı hastalıktaki gibi torakal RT ve profilaktik kraniyal RT yapılması önerilmektedir. Medyan sağkalım süresi sınırlı hastalıkta 18 ay iken, yaygın hastalıkta yaklaşık 9 aydır (79)

#### **2.1.8.1. Radyoterapi**

Preoperatif radyoterapi birçok tümörde sıklıkla kullanılmasına karşın, KHDAK' da superior sulkus tümörleri dışında pek uygulanmamaktadır. Postoperatif radyoterapi ile cerrahi sonrası %30'lar civarında olan lokal nüks oranını azaltmak ve teorik olarak sağkalımı artırmak amaçlanmaktadır. Ancak, KHDAK'da postoperatif radyoterapinin yeri tartışmalıdır. Lokal ileri KHDAK'de 1990'lara kadar standart tedavi radyoterapi iken, günümüzde performansı iyi olgularda radyoterapi ile birlikte kemoterapi uygulanmaktadır. Çalışmalarda lokal yineleme oranları 60 Gy uygulananlarda % 33, 50 Gy uygulananlarda % 39, 40 Gy uygulananlarda ise %44-45 olarak bulunmuştur. Lokal ve uzak metastazlara bağlı semptomların giderilmesi ve yaşam kalitesinin düzeltilmesinde radyoterapi yaygın olarak kullanılmaktadır. Palyatif radyoterapide kullanılan dozlar küratif tedavi dozlarından daha düşüktür (80).

### 2.1.8.2. Kemoterapi

Kemoterapide uygulanacak ilaçlara, histopatolojik sınıflamaya göre karar verilir. Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde sıklıkla; sisplatin veya karboplatin ve buna ek olarak gemsitabin, paklitaksel, dozetaksel, etoposid veya vinorelbin adlı kemoterapötiklerden biri kullanılır. Küçük hücreli akciğer kanserinde, sisplatin ve etoposid en sık kullanılan kombinasyondur. Bununla beraber, sisplatin ile kombinasyon amacıyla gemsitabin, paclitaksel, vinorelbin, topotekan ve irinotekan da kullanılabilir. Adenokarsinomlarda EGFR ve ALK reseptörü pozitif olan hastalarda reseptör antagonistleri de kullanılabilir. Akciğer kanserli hastalar kansere ve/veya tedaviye bağlı olarak birçok semptom ile karşı karşıya kalabilmekte ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenebilmektedir (Tablo 7) (81).

Tablo 7. Akciğer kanserine bağlı semptomlar ve tedavi komplikasyonları (81)

Gastrointestinal Sistem	Hematopoetik Sistem	Genito-üriner Sistem	Sinir Sistemi	Diğer Sistemler
Bulantı	Ateş	Menopoz	Konsantrasyon	Alopesi
Kusma	Kanama	Seksüel bzk	bzk	Ağrı
İştahsızlık	Enfeksiyon	Deri prob.	Hafıza Kaybı	Korku
Konstipasyon	Yorgunluk	Üriner semp.	İşitme deg.	Anksiyete
Diyare	Halsizlik		Görme deg.	Depresyon
Mukozit	Dispne		Uyuşukluk	
Disfaji			Kuvvet kaybı	
Ağız kuruluğu			Deliryum	
Tat değişikliği			İmmobilite	
Gaz			Uykusuzluk	
Kilo Kaybı				

### 2.2.1. Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı

Tıp; bilgi birikimini, teknolojiyi, sanatsal yaklaşımı ve iletişim becerilerini kapsayan bir alandır. Tıbbın tek boyuta indirilmeyecek kadar çok yönlü bir etkinlik olması, onu bir meslek olmanın ötesinde uygulamalı bir bilim, aynı

zamanda bir sanat ve bir alt kültür olarak görmemizi de sağlar (82). Hekimliğin yalnızca bir eğitim, meslek ve iş olmasından öte bir toplumsal konum ve bir yaşam biçimi oluşu, hizmet verilen hastalarla ilişkiyi de çok yönlü ve özel kılmaktadır (83,84). Hekim, uğraş alanı olan insanı yalnızca biyolojik özellikleriyle değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de değerlendirme durumundadır. Bu çok etkenlilik nedeniyle hasta-hekim ilişkisinin genelde ahlak, özelde tıp etiği ve hukuk ile ilgili yönleri bulunmaktadır (84).

Tıbbi uygulamalarda her yaklaşımının, her tedavi girişiminin temel tedavi dayanağını hasta ve hekim arasındaki ilişki oluşturmaktadır. Tedavinin başarısı aynı zamanda hasta-hekim ilişkisinin şekline ve gücüne dayanır. Hekimlerin, klinik uygulamaların yanı sıra hastaların gereksinim ve beklentilerini değerlendirmede ve etkili bir şekilde karşılık vermede gerekli becerilere sahip olmaları klinik duyarlılığın göstergesi olarak kabul edilir (85).

Bu karmaşık, dinamik ilişki, kültürel, toplumsal, ekonomik, teknolojik, psikolojik ve etik birçok etmen tarafından belirlenmektedir. Hasta-hekim ilişkisinin gerçekleştiği kültürde o zaman diliminde geçerli olan hekim rolü, hekim kavramı, hekimden beklenen davranış kalıpları, hekimin ve çağın hastalık kavramı, tanı ve tedavi yöntemleri, hekimden, hastadan ya da sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden kaynaklanan sorunlar, hastalığın kendisine özgü özellikleri bu ilişkinin şekillenmesi ve yönlendirilmesinde etkili olmaktadır (86). Bu nedenle, hasta-hekim ilişkisi bir yandan hekimlik uğraşı içinde yer alırken bir yandan da toplumsal bir konu olarak ele alınabilir.

### **2.2.2. Tarihsel Süreç İçerisinde Hasta-Hekim ilişkisi**

Tarihsel açıdan bakıldığında, hasta-hekim ilişkisi arasında bir bağlantı olduğu görülmektedir. Birçok toplumda ortak özelliklere sahip bir tür hasta-hekim ilişkisi yaşandığı söylenebilir. Bu benzerliği açıklamada belirleyici öğelerden biri çağın tıp bilgisi düzeyidir (83). Eski Mısır Eski Yunan ve

Ortaçağ'da özellikle Engizisyon döneminde etkinlik-edilgenlik temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinin geçerli olduğu görülmektedir (84). Bu ilişki, komada ya da genel anesteziye gibi, bilinçli olmayan ve bu nedenle tam anlamıyla edilgen durumdaki hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır. Bu dönemdeki hastalık kavramı mistik öğeler taşımaktadır. Genellikle hekim iyileştirici güçleri eyleme geçiren ve hasta ile bu güçler arasında bağlantı kuran "üstün kişi" durumundadır ve aynı zamanda din adamıdır (83). Etkinlik-edilgenlik temeline dayanan hasta-hekim ilişkisinden yol gösterme-işbirliği etme temeline dayanan hasta-hekim ilişkisine geçişte Fransız Devriminin ilişkiye yansımaları ve özellikle çağdaş ruh hekimliğinin kurucusu Philippe Pinel'in hastaya insancıl yaklaşımı etkili olmuştur (87). On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda bilim ve tıp alanında gerçekleşen gelişmeler ve bilgi birikiminin artması ise hastanın hekim karşısındaki edilgin konumunu ve bağımlılığını arttırmıştır (84). Burada hasta-hekim ilişkisi bir "yol gösterme-iş birliği yapma" niteliği taşımaktadır. Bu ilişki ise akut seyreden ya da bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, kendisine ne yapması gerektiğini anlatan hekimin söylediklerini yapan hasta ve hekim arasındaki ilişki biçimine uymaktadır. Joseph Brauer ve Sigmund Freud'un hastayı dinlemeyi bir tanı ve iyileştirme yöntemi olarak geliştirmeleri hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı katılım yolunda en büyük adımdır. Üçüncü farklı görünümü olan "paylaşımçı hasta-hekim ilişkisi" ya da "karşılıklı katılıma dayalı ilişki"dir. Bu son biçimde, hastanın hastalık sürecini belirli sorumluluklar üstlenerek katılımı gerçekleşmektedir. Bu ilişki biçimi, kronik hastalıkların tedavisi ve ruhsal çözümlenmelerde olduğu gibi hekimin hastanın kendisine yararı olmasında yardımcı durumda olduğu hasta hekim ilişkisine uymaktadır (90,94). Bu dönemde sağlıklılık ve hastalığı ak ve kara gibi birbirinden ayıran Kraepelin'ci görüşle, hastalığı biyo-psiko-sosyal bir olgu olarak kapsamlı bir şekilde tanımlayan bugünkü görüş bir süre birlikte etkili olduktan sonra, tıp bilgisinin de gelişmesiyle günümüzdeki geniş kapsamlı tanıma ulaşılmıştır. Bu geniş kapsam içinde hekim, her üç ilişki türünün de etkili olduğu bir ortamda etkinlik göstermektedir (83-84).



Hasta ve hekim arasındaki ilişkide değişimin ortaya çıkmasına neden olan pek çok etken bulunmaktadır. Bunlardan başlılaları sağlık ve hastalık kavramlarının geçirdiği değişim, hekim kimliğindeki farklılaşmalar, bireyin “sağlık hakkı” kavramı üzerindeki yeni belirlemeler ve değerlendirmeler ile tıbbın giderek çok yoğun bir teknoloji kullanan disiplin haline gelmesidir. Tüm bu etkenlerin “hasta” ve “hekim” kimliklerinde önemli birer belirleyici ge olduğu kabul edilmektedir (84).

Hasta ve hekim arasındaki ilişki, hasta ve hekimin statüsü yirmi beş yüzyıl boyunca gösterdiği değişimden daha fazla yirminci yüzyılın son otuz beş yılında bir değişim göstermiştir (88). Bu süreç boyunca, bir yandan sağlık ile özerklik, öte yandan hastanın değerleriyle hekimin değerleri arasındaki karşıtlıklar olarak nitelendirilen konuların ışığında hastanın tıbbi kararların verilmesindeki rolü üzerinde bir tartışma sürdürülmektedir. Bazıları hekimin rolünü azaltmaya çalışarak, ilişkide daha çok hastanın kararlarının ağırlıklı olmasına ilişkin bir “ideali” savunmaktadır. Bazıları ise , taraflardan biri hasta olduğu ve güvenlik aradığı, verilecek kararlar da teknik bilgilerin yetersiz bir yorumunu içerdiği için, söz konusu ilişkinin potansiyel olarak dengesiz olan doğasına uygun olmadığı gerekçesiyle bu idealini sorgulamaktadır. Hasta ve hekim arasındaki dengelerin kurulmasında daha eşitlikçi bir ilişkinin çerçevesini çizmeye çalışanlar da vardır. Bu çabalar, hastaların ve hekimlerin beklentilerinin yanı sıra, hekimin görevleri, bilgilendirerek onam alma süreci ve tıbbi uygulamanın etik ve yasal sınırlarını biçimlendirmekte ve bizleri “ideal hasta-hekim ilişkisi nasıl olmalıdır?” sorusuna getirmektedir (87,89,90).

### **2.3.1. Kanserli hasta ve hasta yakınlarının psikolojisi**

Kanser süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanısıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan bir sorundur (91). Kanser hastalığı psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli en yüksek olan hastalıklardandır (94). Ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran suçluluk, terkedilme,

kargaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır (93). Kansere tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik duyguları yaratmakta, hastanın kanser hakkındaki bilgisi ve kansere verdiği anlama dayalı olarak yoğun bir huzursuzluk ve keder yaşanmasına sebep olmaktadır (4). Yaşam tarzı değişikliği, rol değişikliği, ekonomik güçlükler, hastaya yönelik bakımın artması, geleceğe yönelik belirsizlik ve korkuyla karşı karşıya kalan hasta ve ailesinde oluşacak kaygı, depresyon için potansiyel kaynakları oluşturmaktadırlar (94). Bilindiği gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmak bireylerin uyumunu olumsuz etkileyen bir faktör olarak psikolojik zorlanma yaratmaktadır. Çünkü kanser günümüzde halen umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölümlerle eş tutulmaktadır (95).

Elizabeth Kübler Ross kanserde psikolojik süreçleri; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralamıştır (96). İnkâr, katlanılması güç olan durumlara karşı geliştirilen bir savunmadır ve bu dönemde hastaya zaman tanınması, tedavi süreciyle ilgili bilgilendirmenin yapılması ve sosyal desteklerin artırılması önemlidir. Öfke aşamasında hasta “neden ben?” sorusuna cevap arar. Bu aşamada hastanın duygu ve düşüncelerinin ifade edilmesinin sağlanması, hastayı rahatlatan bir girişimdir. Terminal dönemde ele alınmayan öfke, bireyi depresyona yaklaştıran bir etkidir (97). Pazarlık aşamasında ise bireyin baş etme yöntemlerinin bilinmesi ve yeni baş etmelerin geliştirilmesi gerekir. Depresyon aşamasında ise hasta önce geçmişin yasını tutar ve yavaş yavaş depresyonu hazırlayan hüznün dönemine girer. Bireyin kayıplarının yasını tutmasına izin verilirse ve aile desteği sağlanırsa birey kabullenme evresine geçebilir.

Kanser tanısıyla yüzleşme insanların ölümlü olma gerçeğini en net hissettikleri anlardan biridir. Bu evre sadece hasta için değil diğer aile bireyleri ve tanıyı açıklayan hekim için de oldukça zor bir durumdur (98). Korku ve anksiyetenin bu dönemde eşlerin en sık yaşadığı duygusal sorunlardan olduğu, yüksek düzeyde algılanan belirsizliğin sıkıntı yarattığı

belirlenmiştir (95). Yas sürecinin yaşanma şekli bireyden bireye değişmekle birlikte bu süreç sağlıklı atlatılmazsa patolojik yas yaşanarak hasta yakınlarının biyo-psikososyal işlevleri bozulur (99).

#### **2.4.1. Kanser tanısının söylenmesinin hukuki ve etik yönü**

Bireyin bedeni hakkında olup bitenleri ve kendisini bekleyen potansiyel tehlikeyi bilmek istemesi evrensel bir haktır. Anayasamızın on yedinci maddesi kişinin temel haklarını düzenlemektedir. Yaşama hakkı temel haklardan birisi olup, bireyin kendisi hakkında karar verme hakkını da içermektedir (100). Türk hukukunda hastanın rızasının aranması zorunluluğunu getiren başka düzenlemeler de vardır. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun bu koşulu kesin olarak öngörmektedir (101). Ayrıca Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi de hekime “hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin açıkça söylenmesi” görevini yüklemiştir (102). Avrupa Kanser Ligi 2004 Rehber’ine göre hasta tanı, tedavi, bakım ve hastalığın seyri ile ilgili bilgilendirilme veya bilgilendirilmeme hakkına sahiptir (103). Hastanın hastalığını öğrenmek istemesi ne kadar hakkı ise öğrenmek istememesi de doğal olarak hakkıdır.

### **III. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Kapsam**

Bu araştırmada, Ağustos 2013 tarihinde çeşitli meslek gruplarından, ailesinde ve kendisinde herhangi bir kanser tanısı konulmamış sağlıklı gönüllü bireylere, birinci derece akrabası akciğer kanseri tanısı almış hasta yakınlarına, Manisa ve İzmir ilinde görev alan göğüs hastalıkları, aile hekimleri, medikal onkolog ve radyasyon onkologlarına akciğer kanseri ile ilgili anket uygulandı.

#### **3.2. Olgular**

Araştırmaya Manisa ve İzmir ilinde görev yapan altmışsekiz göğüs hastalıkları, yirmibir aile hekimi, dört medikal onkolog ve yedi radyasyon onkoloğu hekimi, yüzon birinci derece akrabası akciğer kanseri tanısı almış hasta yakını ve yüz adet hekimlik yapmayan, ailesinde ve kendisinde kanser tanısı olmayan çeşitli meslek gruplarından sağlıklı gönüllü bireyler katıldı. Etik Kurulu onayı Celal Bayar Üniveristesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan alındı. Okuryazar olan anketi okuyup anlayabilecek ve doldurabilecek kapasitesi olan kişilerden yazılı onam alındı. Onam formunu okuyan ve imzalayan kişiler çalışmaya alındı (Ek 1).

## **Araştırmaya Alınma Kriterleri**

### **Hasta Yakınları İçin**

-Akciğer kanseri tanısı almış birinci derece akrabalı olan hasta yakını olmak

### **Hekimler İçin**

-Akciğer veya akciğer dışı herhangi bir kanser tanısı almamış olan ve aktif görev yapan tıp hekimi olmak

## **Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri**

- Akciğer veya akciğer dışı herhangi bir kanser tanısı almış olmak
- Anketin doldurulmasını engelleyen nörolojik veya psikiyatrik bozukluğu olmak
- Anket formunu doldurmak istememek

## **3.3. Araştırma Tipi ve Düzen**

Bu çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır. Anket formu UÇAR ve arkadaşlarının 2007 yılında Solunum Hastalıkları Dergisinde yayınlanan “Akciğer Kanseri Tanısı Hastaya Söylenmeli mi? (Anket Çalışması)” çalışmasında kullanılan anket modifiye edilerek oluşturulmuştur (104). Çalışmaya girmeyi kabul eden ve onam formunu imzalayan katılımcılar anket formlarını doldurdular.

Çalışmaya katılanlardan isim, soyisim, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı, ailede kanser varlığı ve meslek bilgileri alındı. Ayrıca izlem sürecinde katılımcılara ulaşmayı sağlayacak telefon numarası ve adres bilgileri kaydedildi.

## **3.4. Anket Özellikleri**

“Akciğer kanseri olsaydınız, gerçeği bilmek ister miydiniz?” başlıklı olup “evet” diyenler için çoktan seçmeli hazırlanmış altı soru, “hayır” diyenler için

cevapları açık uçlu iki soru bulunan bir anket uygulandı. Anketin ilk bölümünde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, ailede kanser varlığı ve meslek grubu sorularını içeren sosyodemografik özellikler, ikinci bölümünde akciğer kanseri ve tedavisi ile ilişkili sorular soruldu. Ayrıca sadece ankete katılan hekimlerin cevaplandığı anketin üçüncü bölümünde hekim olarak akciğer kanseri hastalarına yaklaşımlarının değerlendirildiği altı adet de çoktan seçmeli sorular soruldu (Ek 2).

### **3.5. İstatistiksel Analiz**

Veri analizi SPSS 16.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri değerlendirilmesinde kullanılacak değişkenler eğitim durumu, uzmanlık alanı, hasta yakını olmaktır. Veriler kategorik değişkenler için yüzde rölatif frekanslar normal dağılım gösteren değişkenler için standart deviasyon, normal olmayan değişkenler için de medyan (5<sup>th</sup>-95<sup>th</sup> %) kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar için Pearson ki-kare, “Akciğer kanseri tanısı konmuş olsaydı son günlerinizi nasıl geçirmek isterdiniz?” sorusuna “arkadaşlarımla” yanıtını verenlerle, vermeyen iki grubun yaş ortalamasının karşılaştırması için student t-test, “Akciğer kanseri tanısı konmuş olsaydı son günlerinizi nasıl geçirmek isterdiniz?” sorusuna “ailemle” yanıtını verenlerle, vermeyen iki grubun çocuk sayısı ortalamasının karşılaştırması için Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Verilerin tanımlayıcı ölçütlerini hesaplamada sayımla elde edilen veriler için sayı ve yüzde dağılımları, ölçümle elde edilen veriler için ortalama±standart sapma, ortanca, en büyük ve en küçük değerlerin dağılımı verilmiştir.

## IV. BULGULAR

Bu araştırmada 68'i göğüs hastalıkları, 21'i aile hekimi, 11'i medikal onkolog ve radyasyon onkoloğu olmak üzere 100 tıp hekimi, 110 birinci derece akrabası akciğer kanseri tanısı almış hasta yakını, 100 ailesinde ve kendisinde herhangi bir kanser tanısı konulmamış sağlıklı gönüllü (kontrol grubu) olmak üzere toplam 310 olgu değerlendirilmiştir (Tablo 8).

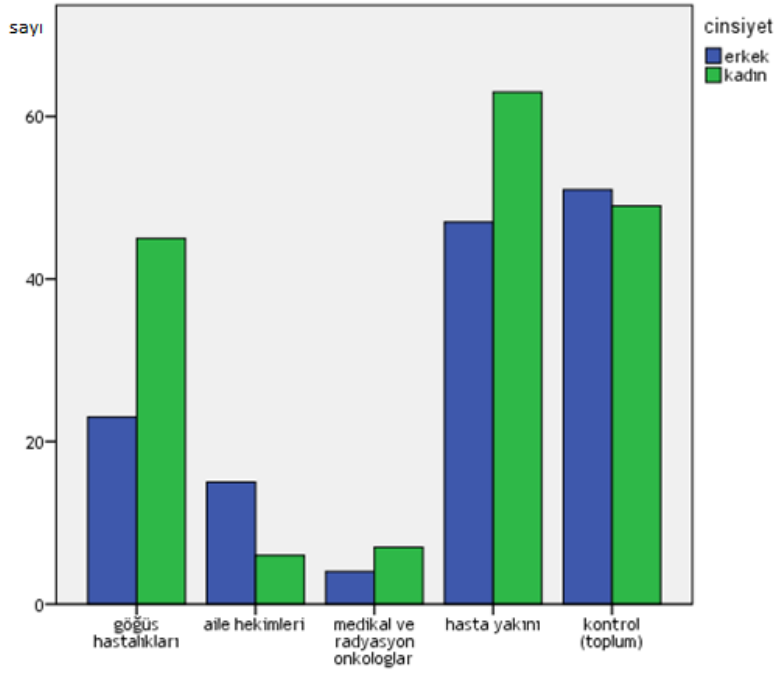
Tablo 8. Ankete katılan olguların sayı ve yüzdeleri

	n	%
<b>Hekim</b>	100	32.2
<b>Göğüs Hast.</b>	68	21.9
<b>Aile Hekimi</b>	21	6.8
<b>Onkolog</b>	11	3.5
<b>Hasta Yakını</b>	110	35.5
<b>Kontrol</b>	100	32.3
<b>Toplam</b>	310	100

Olguların 140'ı (%45) erkek, 170'i (%55) kadındır. Hekimlerin 42'si (%42) erkek, 58'i (%58) kadındır (Tablo 9-Şekil 1).

Tablo 9. Olguların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)
Hekim	42 (42)	58 (58)	100 (100)
Göğüs Hast.	23 (34)	45 (66)	68 (100)
Aile Hekimi	15 (71)	6 (29)	21 (100)
Onkolog	4 (36)	7 (64)	11 (100)
Hasta Yakını	47 (43)	63 (57)	110 (100)
Kontrol	51 (51)	49 (49)	100 (100)
Toplam	140 (45)	170 (55)	310 (100)



Şekil 1. Olguların cinsiyete göre dağılımı

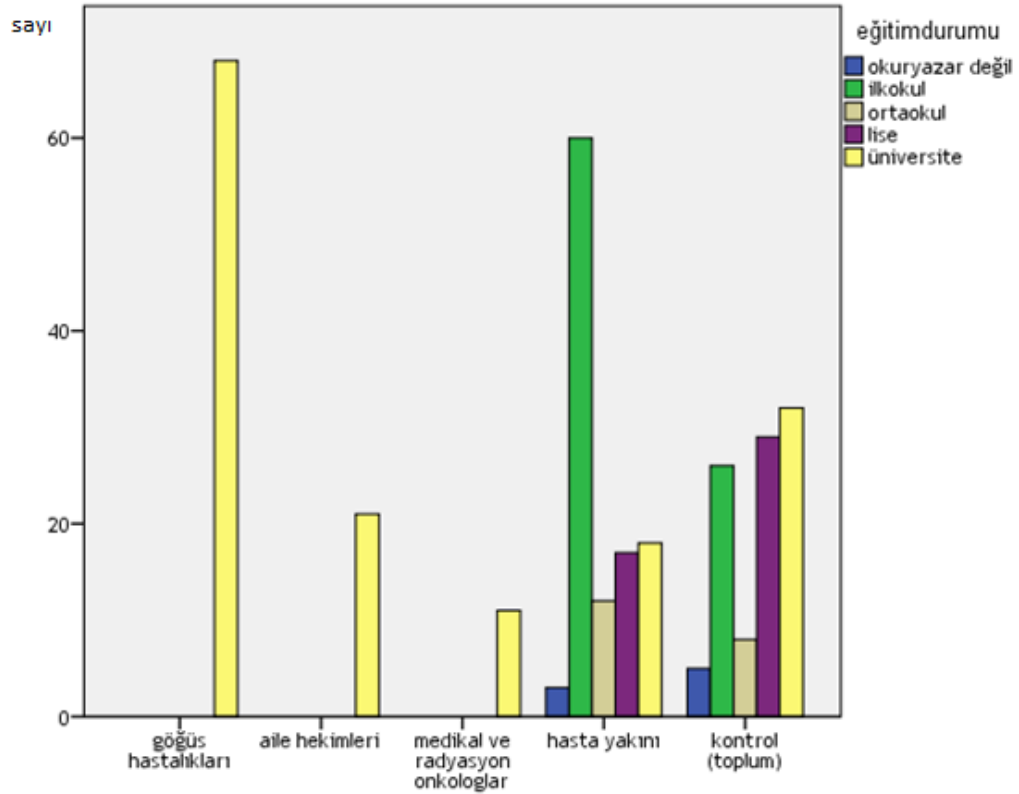


Ankete katılan olguların yaş ortalaması  $39.37 \pm 11.44$ 'dir. Göğüs hastalıkları hekimlerinin  $37.92 \pm 7.81$ , aile hekimlerinin  $42.28 \pm 7.57$ , onkologların  $37.36 \pm 5.16$ , hasta yakınlarının  $40.99 \pm 12.32$ , kontrol grubunun  $39.37 \pm 11.44$ 'tür.

Olguların 150'si (%48.4) üniversite , 46'sı (%14.8) lise, 20'si (%6.5) ortaokul 86'sı (%27.7) ilkokul mezunu olup 8'i (%2.6) okur yazar değildir (Tablo 10-Şekil 2).

Tablo 10. Olguların eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim Durumu	n	%
Okur yazar olmayan	8	2.6
İlkokul	86	27.7
Ortaokul	20	6.5
Lise	46	14.8
Üniversite	150	48.4
<b>Toplam</b>	<b>310</b>	<b>100</b>

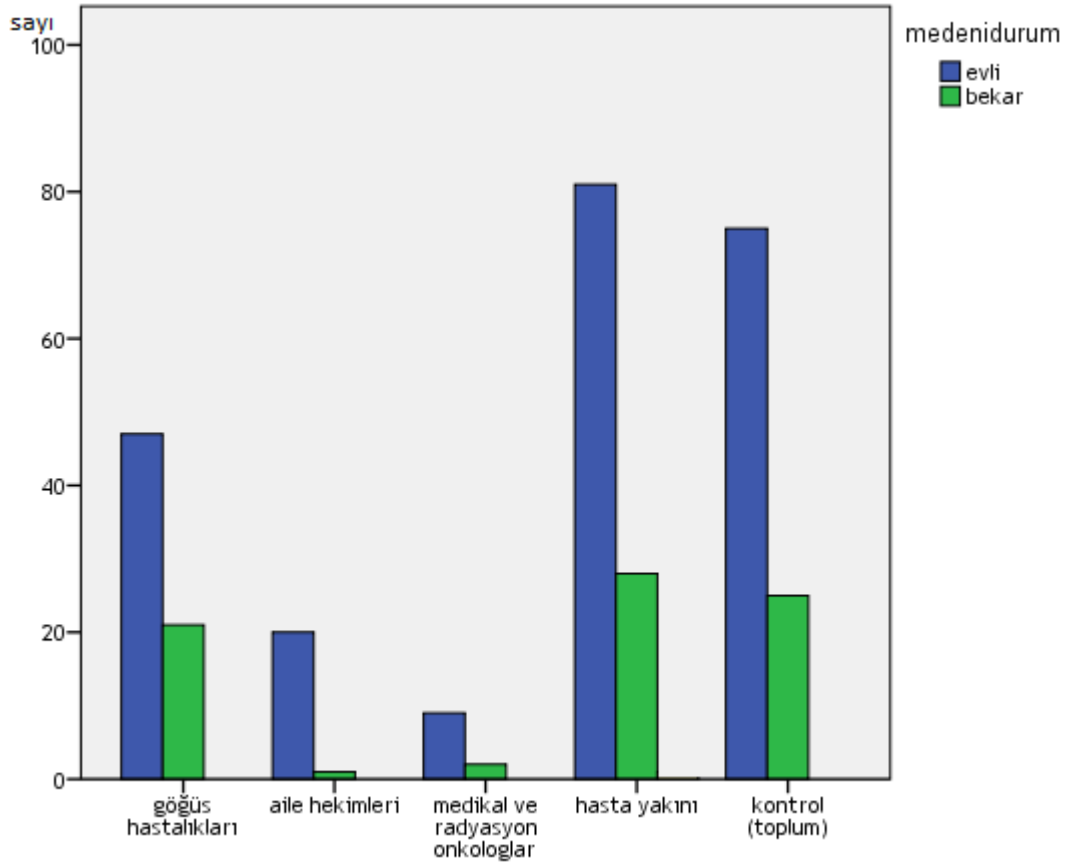


Şekil 2. Olguların eğitim durumuna göre dağılımı

Olguların 232'si (%74.8) evli, 78'i (%25.2) bekdir (Tablo 11- Şekil 3).

Tablo 11. Olguların medeni durumuna göre dağılımı

Medeni Durum	n	%
Evli	232	74.8
Bekar	78	25.2
<b>Toplam</b>	<b>310</b>	<b>100</b>



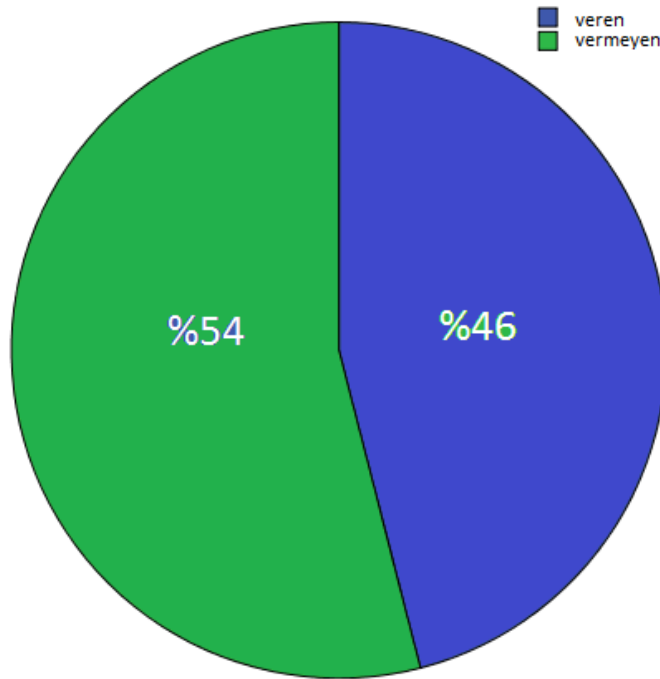
Şekil 3. Olguların medeni durumuna göre dağılımı

Olguların 138'nin (%44.5) ailesinde kanser varken 172'sinin (%55.5) ailesinde kanser yoktur (Tablo 12- Şekil 4).

Tablo 12. Olguların ailesinde kanser varlığı durumuna göre dağılımı

Ailede Kanser Varlığı	n	%
Var	138	44.5
Yok	172	55.5
<b>Toplam</b>	<b>310</b>	<b>100</b>

Araştırmaya katılan hekimlerin 46'sı (%46) kliniğinde kanser tedavisi (kemoterapi veya radyoterapi) verirken, 54'ü (%54) kanser tedavisi vermemektedir (Tablo 13-Şekil 5).



Şekil 5. Araştırmaya katılan hekimlerin kanser tedavisi verme durumuna göre dağılımı.

Tablo 13. Hekimlerin kanser tedavisi verme durumuna göre dağılımı

<b>Kanser Tedavisi</b>	<b>Göğüs Hastalıkları</b>	<b>Aile Hekimi</b>	<b>Medikal/Radyasyon Onkoloğu</b>	<b>Toplam</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Veren</b>	35 (51.6)	0 (0)	11 (100)	46(46)
<b>Vermeyen</b>	33 (48.4)	21 (100)	0 (0)	54(54)
<b>Toplam</b>	68 (100)	21 (100)	11 (100)	100(100)

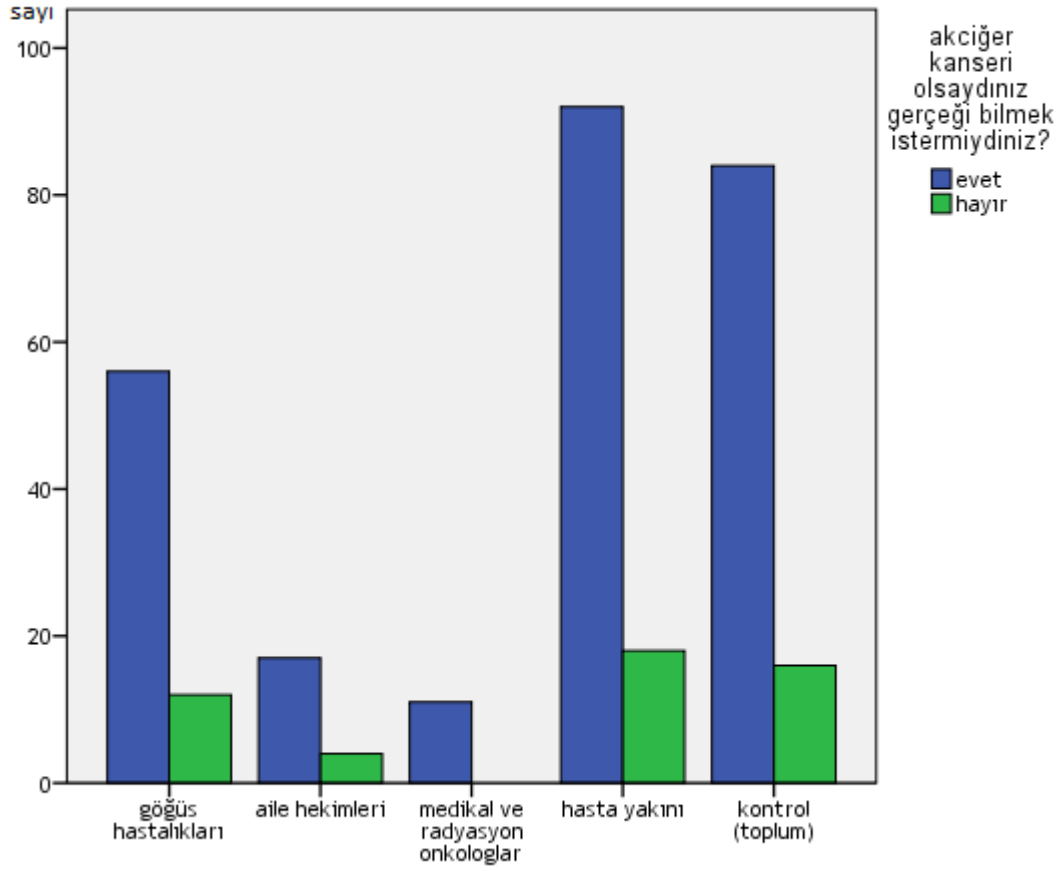
Araştırmaya katılan olguların 262'si (%84.5) "Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?" sorusuna evet yanıtı verirken 48'i (%15.5) hayır yanıtı vermiştir. Akciğer kanseri gerçeğini öğrenme isteklerine göre üç grubun arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (Tablo 14- Şekil 6) ( $p>0.05$ ).

Tablo 14. Olguların "Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?" sorusunun yanıtlarına göre dağılımı

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Gerçeği Bilmek İster miydiniz?</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Toplam</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Hekim</b>	84 (84)	16 (16)	100 (100)
<b>Göğüs Hast.</b>	56 (82)	12 (18)	68 (100)
<b>Aile Hekimi</b>	17 (81)	4 (19)	21 (100)
<b>Onkolog</b>	11 (100)	0 (0)	11 (100)
<b>Hasta Yakını</b>	92 (84)	18 (16)	110 (100)
<b>Kontrol</b>	86 (86)	14 (14)	100 (100)
<b>Toplam</b>	262 (84.5)	48 (15.5)	310 (100)

$p>0.05$

\*Araştırmaya katılan 3 (hekim-hasta yakını-kontrol) grubun karşılaştırmasıdır



Şekil 6. Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna yanıtlarına göre dağılımı

Araştırmaya katılan kanser tedavisi veren 46 hekimden 41'i (%89.1) hastalarına kanser tanısını söylemeyi tercih ederken, 5'i (%10.9) söylememeyi tercih etmiştir. Kanser tedavisi vermeyen 54 hekimden 31'i (%57.4) hastalarına kanser tanısını söylemeyi tercih ederken 23'ü (%42.6) söylememeyi tercih etmiştir. Kanser tedavisi verme durumuna göre iki hekim grubunun karşılaştırılmasında aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 15) ( $p < 0.05$ ).

Tablo 15. Ankete katılan hekimlerin içinde kanser tedavisi veren ve vermeyenlerin hastalarına tanıyı söyleme durumuna göre dağılımı

	<b>Söyleyen</b>	<b>Söylemeyen</b>	<b>Toplam</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Kanser Tedavisi Veren</b>	41 (89.1)	5 (10.9)	46 (100)
<b>Kanser Tedavisi Vermeyen</b>	31 (57.4)	23 (42.6)	54 (100)
<b>Toplam</b>	72 (72)	28 (28)	100 (100)

p=0.001

Araştırmaya katılan hekimlerin ailesinde kanser teşhisi olanların 20'si (%69) hastalarına kanser tanısını söylemeyi tercih ederken, 9'u (%31) söylememeyi tercih etmiştir. Ailesinde herhangi bir kanser tanısı olmayanların 52'si (%73.2) hastalarına kanser tanısını söylemeyi tercih ederken 19'u (%26.8) söylememeyi tercih etmiştir. Ailede kanser varlığı durumuna göre iki hekim grubunun karşılaştırılmasında aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 16) ( $p>0.05$ ).

Tablo 16. Hekimlerin ailesinde kanser varlığının, hastalarına tanıyı söyleme durumu ile ilişkisine göre dağılımı

<b>Ailede Kanser Varlığı</b>	<b>Söyleyen</b>	<b>Söylemeyen</b>	<b>Toplam</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Var</b>	20 (69)	9 (31)	29 (100)
<b>Yok</b>	52 (73.2)	19 (26.8)	71 (100)
<b>Toplam</b>	72 (72)	28 (28)	100 (100)

p>0.05

Araştırmaya katılan hekimlerinden “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz” sorusuna evet yanıtı verenlerin 61’i (%72.6) hastalarına kanser tanısını söylemeyi tercih etmiş, 23’ü (%27.4) tercih etmemiştir. Hayır cevabını verenlerden 11’i (%68.8) hastalarına kanser tanısını söylemeyi tercih etmiş, 5’i (%31.3) tercih etmemiştir. Hekimlerin akciğer kanseri olup gerçeği bilme istekleri ile hastalarına tanısını söylemeleri arasında bir ilişki görülmemiştir (Tablo 17) ( $p>0.05$ ).

Tablo 17. Hekimlerin “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusunun yanıtı ile hastalarına tanıyı söyleme durumu ile ilişkisine göre dağılımı

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Gerçeği Bilmek İster miydiniz?</b>	<b>Söyleyenler</b> n (%)	<b>Söylemeyenler</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Evet</b>	61 (72.6)	23 (27.4)	84 (100)
<b>Hayır</b>	11 (68.8)	5 (31.3)	28 (100)
<b>Toplam</b>	72 (72)	28 (28)	100 (100)

$p>0.05$

Araştırmaya katılan olguların “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna evet yanıtı verenler içinde “Tanıyı kimin söylemesini isterdiniz?” sorusuna 192’si (%72.3) tanıyı koyan hekimin tanıyı söylemesini isterken, 45’i (%17.2) tedaviyi verecek hekimin, 25’i (%9.5) aileden biri veya bir yakınının tanıyı söylemesini istemiştir. Tanıyı kimin söylemesini isterdiniz sorusuna verilen yanıtlara göre üç grup arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 18- Şekil 7) ( $p<0.05$ )

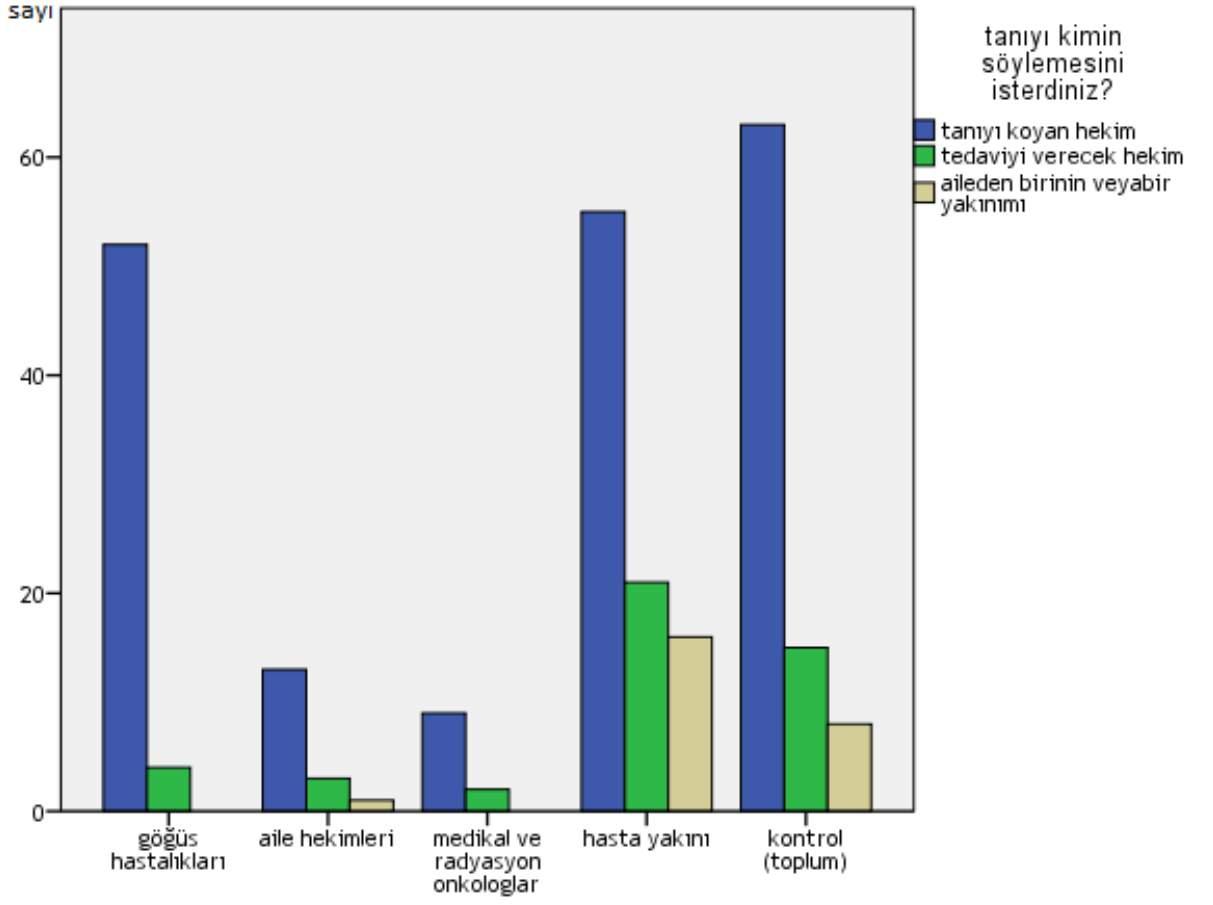
Tablo 18. Olguların “Tanıyı kimin söylemesini isterdiniz?” sorusuna yanıtlarına göre dağılımı

<b>Tanıyı Kimin Söylemesini İsterdiniz?</b>	<b>Tanıyı Koyan Hekim</b> n (%)	<b>Tedaviyi Verecek Hekim</b> n (%)	<b>Aileden Biri veya Yakınım</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Hekim</b>	74 (88)	9 (11)	1 (1)	84 (100)
<b>Göğüs Hast.</b>	52 (96)	4 (4)	0 (0)	56 (100)
<b>Aile Hekimi</b>	13 (77)	3 (18)	1 (5)	21 (100)
<b>Onkolog</b>	9 (92)	2 (18)	0 (0)	11 (100)
<b>Hasta Yakını</b>	55 (60)	21 (23)	16 (17)	92 (100)
<b>Kontrol</b>	63 (73)	15 (18)	8 (9)	86 (100)
<b>Toplam</b>	192 (73.3)	45 (17.2)	25 (9.5)	262 (100)

(p=0.003)

\*Araştırmaya katılan 3 grubun karşılaştırmasıdır





Şekil 7. Olguların “Tanıyı kimin söylemesini isterdiniz?” sorusuna yanıtlarına göre dağılımı

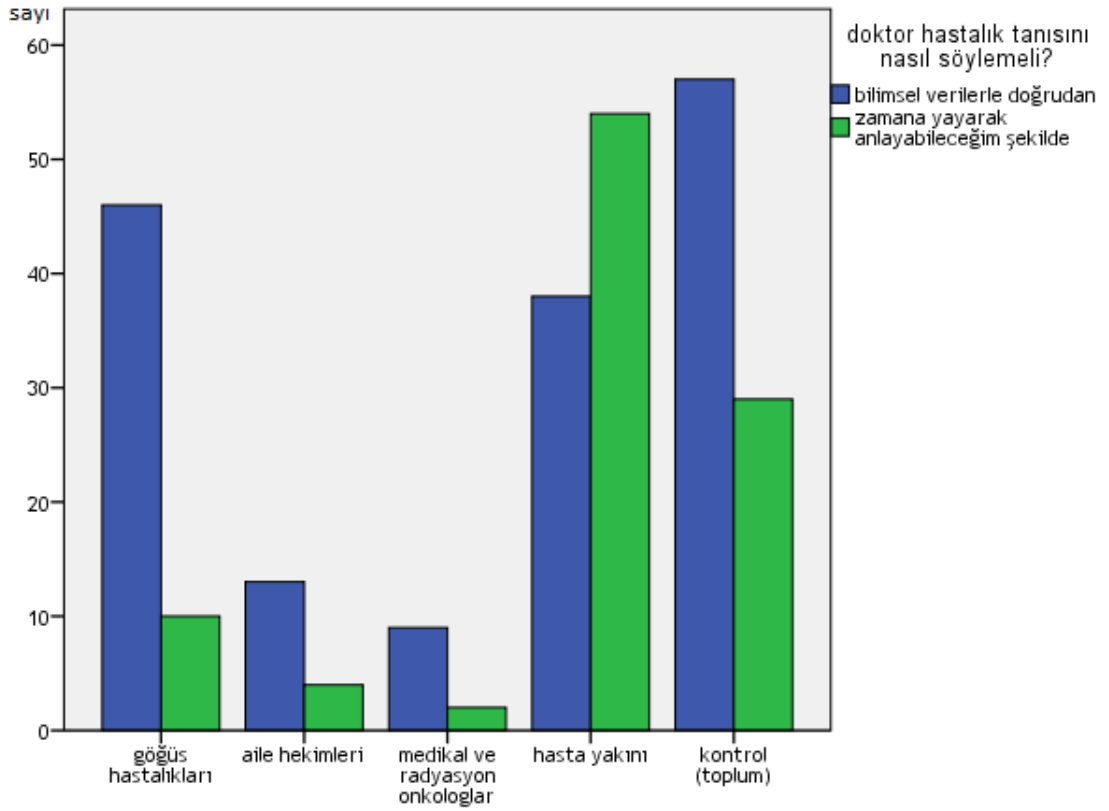
Araştırmaya katılan olguların “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna evet yanıtı verenler içinde 163’ü (%62.2) doktorun hastalık tanısını bilimsel verilerle doğrudan söylemesini isterken 99’u (%37.8) zamana yayarak anlayabileceğim şekilde yanıtı vermiştir. Doktor hastalık tanısını nasıl söylemeli sorusuna verilen yanıtlara göre üç grup arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 19- Şekil 8) ( $p < 0.05$ ).

Tablo 19. Olguların “Tanının nasıl söylenmesini isterdiniz?” sorusuna yanıtlarına göre dağılımı

<b>Doktor Hastalık Tanısını Nasıl Söylemeli?</b>	<b>Bilimsel Verilerle Doğrudan</b> n (%)	<b>Zamana Yayararak Anlayabileceğim Şekilde</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Hekim</b>	68 (81)	16 (19)	84 (100)
<b>Göğüs Hast.</b>	46 (82)	10 (18)	56 (100)
<b>Aile Hekimi</b>	13 (76)	4 (24)	17 (100)
<b>Onkolog</b>	9 (82)	2 (18)	11 (100)
<b>Hasta Yakını</b>	38 (41)	54 (59)	92 (100)
<b>Kontrol</b>	57 (66)	29 (34)	86 (100)
<b>Toplam</b>	163(62.2)	99 (37.8)	262 (100)

(p=0.001)

\*Araştırmaya katılan 3 grubun karşılaştırmasıdır



Şekil 8. Olguların “Tanının nasıl söylenmesini isterdiniz?” sorusuna yanıtlarına göre dağılımı.

Araştırmaya katılan hekimler içinde, hastalık tanısını bilimsel verilerle doğrudan öğrenmek isteyenlerin 39’u (%57.4) hastalarına bilimsel verilerle doğrudan bilgi verirken 29’u (%42.6) zamana yayarak hastaların anlayabileceği dilden bilgi vermeyi tercih etmiştir. Hastalık tanısını zamana yayarak anlayabileceği şekilde öğrenmek isteyen hekimlerin 16’sı (%100) hastalarına zamana yayarak hastaların anlayabileceği dilden bilgi vermeyi tercih etmiştir. Hekimlerin, hastalık tanısını nasıl söylüyorsunuz sorusuna verdikleri yanıtla, doktor hastalık tanısını nasıl söylemeli sorusuna verdikleri yanıt arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 20) ( $p < 0.05$ ).

Tablo 20. Hekimlerin “Hastalık tanısını nasıl söylüyorsunuz?” sorusuna verdikleri yanıtla “Akciğer kanseri olsaydınız doktor hastalık tanısını nasıl söylemeli?” sorusuna verdikleri yanıt arasındaki ilişkiye göre dağılımı

<b>Doktor Hastalık Tanısını Nasıl Söylemeli?</b>	<b>Bilimsel Verilerle Doğrudan</b> n (%)	<b>Zamana Yayarak</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Hastalık Tanısını Nasıl Söylüyorsunuz?</b>			
<b>Bilimsel Verilerle Doğrudan</b>	39 (57.4)	29 (42.6)	68 (100)
<b>Zamana Yayarak</b>	0 (0)	16 (100)	16 (100)
<b>Toplam</b>	39 (46.4)	45 (53.6)	84 (100)

p=0.00

Araştırmaya katılan tüm olguların “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna evet yanıtı verenler içinde “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna yaşam süresi için 156’sı (%59.5) evet yanıtı verirken 106’sı (%40.5) hayır yanıtı vermiştir. Yaşam süresi bilgisini öğrenme isteğine göre üç grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 21-Şekil 9) (p>0.05).

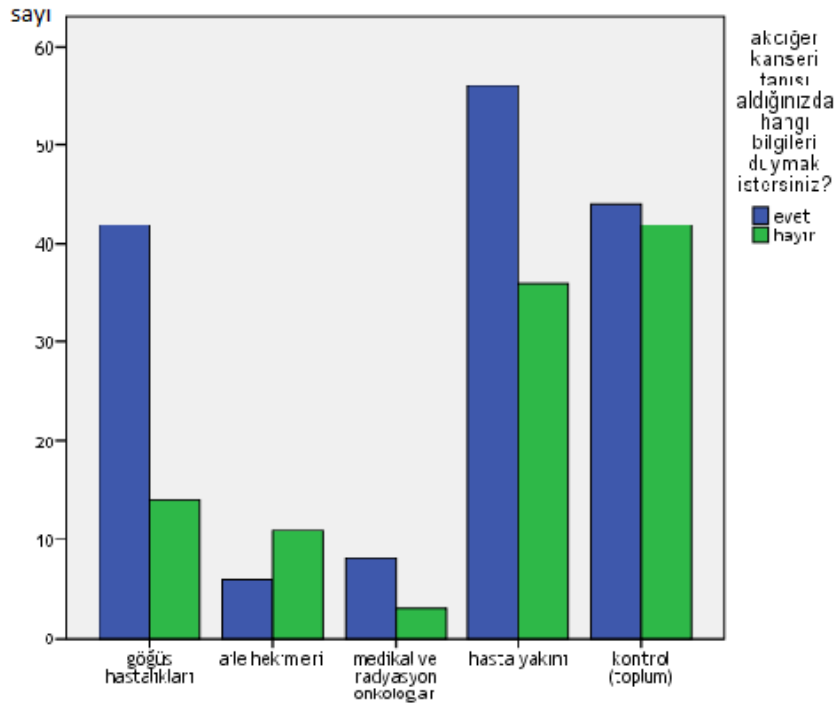
Kanser tedavisi veren hekimlerin 33’ü (%76.7) evet, 10’u (%23.3) hayır yanıtı vermiştir. Kanser tedavisi vermeyenlerin ise 23’ü (%56.1) evet, 18’i (%43.9) hayır yanıtı vermiştir. Kanser tedavisi uygulama durumuna göre yaşam süresi bilgisi öğrenme isteği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 22) (p<0.05).

Tablo 21. Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna “yaşam süresi” yanıtına göre dağılımı

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Hangi Bilgileri Duymak İsterdiniz? (Yaşam Süresi)</b>	<b>Evet</b> n (%)	<b>Hayır</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Hekim</b>	56 (67)	28 (33)	84 (100)
<b>Göğüs Hast.</b>	42 (75)	14 (25)	56 (100)
<b>Aile Hekimi</b>	6 (35)	11 (65)	17 (100)
<b>Onkolog</b>	8 (73)	3 (27)	11 (100)
<b>Hasta Yakını</b>	56 (61)	36 (39)	92 (100)
<b>Kontrol</b>	44 (51)	42 (49)	86 (100)
<b>Toplam</b>	156 (59.5)	106 (40.5)	262 (100)

p>0.05

\*Araştırmaya katılan 3 grubun karşılaştırmasıdır



Şekil 9. Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna “yaşam süresi” yanıtına göre dağılımı

Tablo 22. Hekimlerin “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna “yaşam süresi” için verilen yanıt ile hekimlerin kanser tedavisi vermesi arasındaki ilişki

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Hangi Bilgileri Duymak İsterdiniz? (Yaşam Süresi)</b>	<b>Evet</b> n (%)	<b>Hayır</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Kanser Tedavisi Veren</b>	33 (77)	10 (23)	43 (100)
<b>Kanser Tedavisi Vermeyen</b>	23 (56)	18 (44)	41 (100)
<b>Toplam</b>	56 (67)	28 (33)	84 (100)

p=0.038

Araştırmaya katılan olguların “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna evet yanıtı verenler içinde “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna tedavi tipleri ve yan etkileri için 238’i (%90.8) evet, 24’ü (%9.2) hayır yanıtı vermiştir. Tedavi tipleri ve yan etkileri bilgisini öğrenme isteğine göre üç grup arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 23-Şekil 10) (p=0.05).

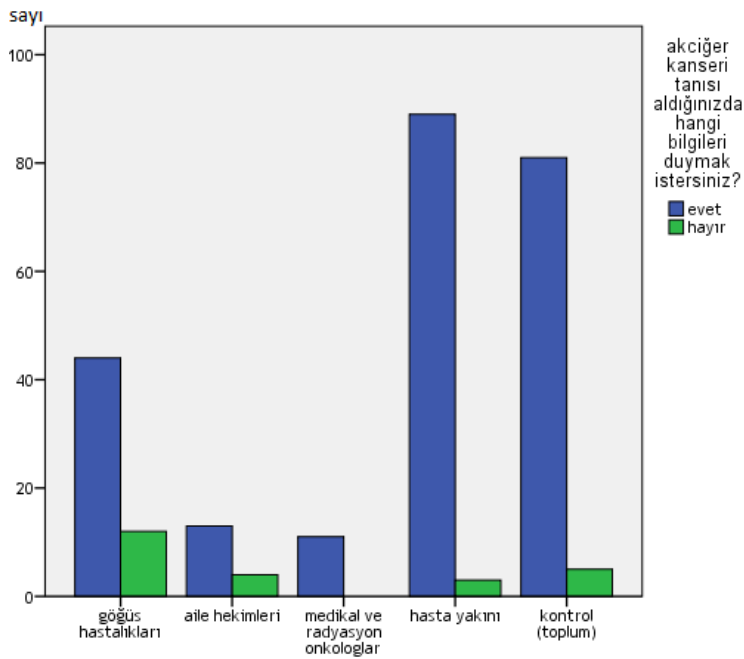
Aynı soruya kanser tedavisi veren hekimlerden 37’si (%86) evet, 6’sı (%14) hayır yanıtı vermiştir. Kanser tedavisi vermeyenlerin ise 31’i (%75.6) evet, 10’u (%24.4) hayır yanıtı vermiştir. Kanser tedavisi uygulama durumuna göre tipleri ve yan etkileri bilgisi öğrenme isteği arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 24) (p>0.05).

Tablo 23. Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz” sorusuna “tedavi tipleri ve yan etkileri” yanıtına göre dağılımı

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Hangi Bilgileri Duymak İsterdiniz? (Tedavi ve Yan Etkileri)</b>	<b>Evet</b> n (%)	<b>Hayır</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Hekim</b>	68 (81)	16 (19)	84 (100)
<b>Göğüs Hast.</b>	44 (79)	12 (21)	56 (100)
<b>Aile Hekimi</b>	13 (76)	4 (24)	17 (100)
<b>Onkolog</b>	11 (100)	0 (0)	11 (100)
<b>Hasta Yakını</b>	89 (97)	3 (3)	92 (100)
<b>Kontrol</b>	81 (94)	5 (6)	86 (100)
<b>Toplam</b>	238 (90.8)	24 (9.2)	262 (100)

p=0.05

\*Araştırmaya katılan 3 grubun karşılaştırmasıdır



Şekil 10. Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna “tedavi tipleri ve yan etkileri” yanıtına göre dağılımı

Tablo 24. Hekimlerin “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna “tedavi tipleri ve yan etkileri” için verilen yanıt ile hekimlerin kanser tedavisi vermesi arasındaki ilişki

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Hangi Bilgileri Duymak İsterdiniz?(Tedavi ve Yan Etkileri)</b>	<b>Evet</b> n (%)	<b>Hayır</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Kanser Tedavisi Veren</b>	37 (86)	6 (14)	43 (100)
<b>Kanser Tedavisi Vermeyen</b>	31 (75.6)	10 (24.4)	41 (100)
<b>Toplam</b>	68 (81)	16 (19)	84 (100)

p>0.05

Araştırmaya katılan olguların “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna evet yanıtı verenler içinde “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna yaşam kalitesi için 189’u (%72.1) evet, 73’ü (%27.9) hayır yanıtı vermiştir. Yaşam kalitesi bilgisini öğrenme isteğine göre üç grup arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 25-Şekil 11) (p<0.05). Aynı soruya kanser tedavisi veren hekimlerden 33’ü (%76.7) evet, 10’u (%23.3) hayır yanıtı vermiştir. Kanser tedavisi vermeyenlerin ise 20’si (%48.8) evet, 21’i (%51.2) hayır yanıtı vermiştir. Kanser tedavisi uygulama durumuna göre yaşam kalitesi bilgisi öğrenme isteği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 26) (p<0.05).

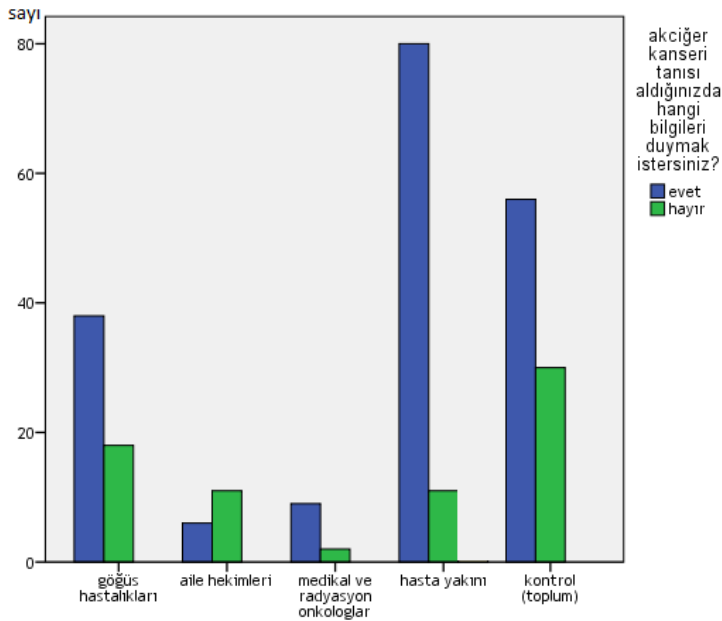


Tablo 25. Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz” sorusuna yaşam kalitesi yanıtına göre dağılımı

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Hangi Bilgileri Duymak İsterdiniz? (Yaşam Kalitesi)</b>	<b>Evet</b> n (%)	<b>Hayır</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Hekim</b>	53 (63.1)	31 (36.9)	84 (100)
<b>Göğüs Hast.</b>	38 (68)	18 (32)	56 (100)
<b>Aile Hekimi</b>	6 (35)	11 (65)	17 (100)
<b>Onkolog</b>	9 (82)	2 (18)	11 (100)
<b>Hasta Yakını</b>	80 (87)	12 (13)	92 (100)
<b>Kontrol</b>	56 (65)	5 (35)	86 (100)
<b>Toplam</b>	189 (72.1)	73 (27.9)	262 (100)

p=0.000

\*Araştırmaya katılan 3 grubun karşılaştırmasıdır



Şekil 11. Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?” sorusuna “yaşam kalitesi” yanıtına göre dağılımı

Tablo 26. Hekimlerin “Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz” sorusuna “yaşam kalitesi” için verilen yanıt ile hekimlerin kanser tedavisi vermesi arasındaki ilişki

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Hangi Bilgileri Duymak İsterdiniz? (Yaşam Kalitesi)</b>	<b>Evet</b> n (%)	<b>Hayır</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Kanser Tedavisi Veren</b>	33 (76.7)	10 (23.7)	43 (100)
<b>Kanser Tedavisi Vermeyen</b>	20 (48.8)	21 (51.2)	41 (100)
<b>Toplam</b>	53 (63.1)	31 (36.9)	84 (100)

p=0.007

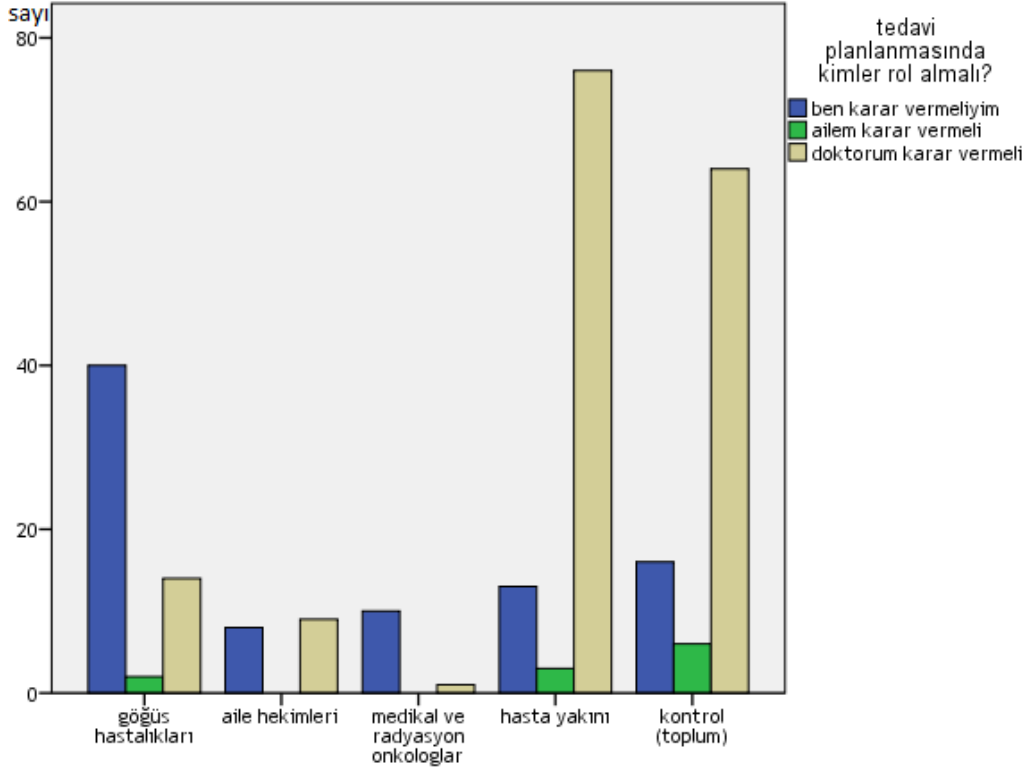
Araştırmaya katılan olguların “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna evet yanıtı verenler içinde “Tedavi planlamasında kimler rol almalı?” sorusunu 87’si (%33.2) ben karar vermeliyim, 11’i (%4.2) ailem karar vermeli, 164’ü (%62.6) doktorum karar vermeli şeklinde yanıtlamıştır. Tedavi planlamasının kararlaştırılmasında hasta yakınları ve kontrol grubu hekimlerden farklı düşünmektedir. (Tablo 27-Şekil 12) (p<0.05)

Tablo 27. Olguların “Tedavi planlamasında kimler rol almalı?” sorusuna göre dağılımı

<b>Tedavi Planlamasında Kimler Rol Almalı?</b>	<b>Ben Karar Vermeliyim</b> n (%)	<b>Ailem Karar Vermeli</b> n (%)	<b>Doktorum Karar Vermeli</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Hekim</b>	58 (69)	2 (2)	24 (29)	84(100)
<b>Göğüs Hast.</b>	40 (71.4)	2 (3.6)	14 (25)	56(100)
<b>Aile Hekimi</b>	8 (47)	0 (0)	9 (53)	17(100)
<b>Onkolog</b>	10 (91)	0 (0)	1 (9)	11(100)
<b>Hasta Yakını</b>	13 (14.1)	3 (3.3)	76 (82.6)	92(100)
<b>Kontrol</b>	16 (18.6)	6 (7)	64(74.4)	86(100)
<b>Toplam</b>	87 (33.2)	11 (4.2)	164 (62.6)	262(100)

p=0.00

\*Araştırmaya katılan 3 grubun karşılaştırmasıdır



Şekil 11. Olguların “Tedavi planlamasında kimler rol almalı?” sorusuna göre dağılımı

Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız son günlerinizi nasıl geçirmek isterdiniz?” sorusuna “Arkadaşlarımla geçirmek isterdim” şeklinde yanıtlayan 103 kişinin yaş ortalaması 37.6 iken, “Arkadaşlarımla geçirmek isterdim” şeklinde yanıtlanmayan 159 kişinin yaş ortalaması 40.3’dür. İki grubun yaş ortalaması benzerdir ( $p>0.05$ ).

Olguların “Akciğer kanseri olsaydınız son günlerinizi nasıl geçirmek isterdiniz” sorusuna “Ailemle geçirmek isterdim” yanıtını veren 235 kişinin ortalama 1.42 çocuğu varken “Ailemle geçirmek isterdim” şeklinde yanıtlanmayan 27 kişinin ortalama 0.96 çocuğu vardır. Akciğer kanseri olursa son günlerini ailesiyle geçirmek isteyenlerin çocuk sayısı daha fazladır ( $p=0.049$ ).

Araştırmaya katılan olguların “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna evet yanıtı verenler içinde “Son aşamada akciğer kanseri tanısı alsaydınız alternatif tıp konusundaki yaklaşımınız ne olurdu?” sorusunu 92’si (%35.1) hiç düşünmezdim, 142’si (%54.2) modern tıp yöntemleri başarısız olursa denerdim, 28’i (%11) hiç modern tıp yöntemleri denemeden alternatif tıp yöntemlerini denerdim şeklinde yanıtlamıştır. Üç grubun da alternatif tıp konusundaki yaklaşımları benzerdir (Tablo 28) ( $p>0.05$ ).

Tablo 28. Olguların “Son aşamada akciğer kanseri tanısı alsaydınız alternatif tıp yaklaşımınız ne olurdu?” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılımı

<b>Akciğer Kanseri Olsaydınız Alternatif Tıp Yaklaşımınız</b>	<b>Hiç Düşünmezdim</b> n (%)	<b>Modern Tıp Başarısız Olursa Düşünürdüm</b> n (%)	<b>Modern Tıp Denemeden Alternatif Tıp Denerim</b> n (%)	<b>Toplam</b> n (%)
<b>Hekim</b>	33 (39.3)	43 (51.2)	8 (9.5)	84 (100)
<b>Göğüs Hast.</b>	26 (46.4)	24 (42.9)	6 (10.7)	56 (100)
<b>Aile Hekimi</b>	5 (29.4)	11 (64.7)	1 (5.9)	17 (100)
<b>Onkolog</b>	2 (18.2)	8 (72.7)	1 (9.1)	11 (100)
<b>Hasta Yakını</b>	32 (34.8)	50 (54.3)	10 (10.9)	92 (100)
<b>Kontrol</b>	27 (31.4)	49 (57)	10 (11.6)	86 (100)
<b>Toplam</b>	92 (35.1)	142 (54.2)	28 (10.7)	262 (100)

$p>0.05$

\*Araştırmaya katılan 3 grubun karşılaştırmasıdır

## V.TARTIŞMA

Kanser süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanısıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere de yol açan bir sorundur (91). Akciğer kanseri Türkiye’de de, dünyada olduğu gibi erkeklerde en sık görülen, özellikle kadınlarda görülme oranı hızla artan ve en sık ölüme neden olan kanser türüdür (1,16,17,20). Tüm kanserlerin yüzde onbeşinden sorumludur (105,106) ve beş yıllık sağkalım beklentisi ise yüzde 20’den azdır (2,3).

Sıklığı gittikçe artan sağkalım beklentisinin düşük olduğu akciğer kanserli hastalara tanıyı söylemek kolay değildir. Birçok sağlık çalışanı da, kanser tanısını söylemeyi zor bir görev olarak algılar (5). Batı ülkelerinde tanının direkt hastaya rutin bir yaklaşım şeklidir (107,108). Ülkemizdeki hekimler ise genellikle aileye bilgi vermeyi tercih etmektedir (9).

Çalışmamızda ankete katılanların %55’i kadındır. Kadınların sayısının düşük oranda da olsa daha fazla olmasının nedeni çalışmamızda hekim grubunun büyük bölümünü oluşturan göğüs hastalıkları hekimlerinde kadınların erkeklere oranla daha fazla olması ve hasta yakınlarının da kadın ağırlıklı olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta yakınlarının kadın ağırlıklı olmasının nedeni ise hastalara bakım verenlerin çoğunlukla kadınlar olmasıdır (109).

Araştırmamızda yaş ortalaması  $39.37 \pm 11.44$ ’dür. Kanser tanısının söylenmesine ilişkin hekimlerin bakış açısının değerlendirildiği bir çalışmada bulunanların yaş ortalaması 32.68 iken, doktorlar, hemşireler, öğrenciler ve hasta yakınlarını kapsayan benzer bir anket çalışmasında yaş ortalamasının

daha genç olduğu bildirilmiştir (110,111). Çalışmamızda ankete katılanların orta yaşta olmaları hastaları ile ilgilenen hasta yakınlarının görece daha ileri yaşta olmalarından kaynaklanmaktadır.

Uçar ve arkadaşlarının kanser tanısının söylenmesine ilişkin sağlıklı gönüllülerin görüşlerini değerlendirdiği çalışmada %27 oranında üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (104). Çalışmamızda ise üniversite mezunu oranı %48.4 saptanmıştır. Hasta yakınları içinde ilkokul mezunu olan ve okur yazar olmayanların oranının %55'e yakın olması hastaları ile hastaneye refakat etme görevinin, aile içinde eğitim düzeyi düşük olan, dolayısı ile düzenli bir iş sahibi olmayan bireylerden seçildiğini düşündürmektedir.

Kanser tanısını öğrenme isteğinin ülkesel ve kültürel farklılıklar gösterdiği bilinmektedir (112). Ruhnke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ABD'deki hasta ve klinisyenlerin büyük bir kısmı, Japonya'daki klinisyenlerin ise küçük bir kısmı tanının söylenmesi taraftarı olduğunu belirtmiştir (113). İranda hastalarla yapılmış bir çalışmada hastalar kanser tanısını öğrenmek istediklerini belirtirken (114) İran'lı hekimlerin görüşlerinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise hastalara %20 oranında kanser tanısının söylendiği belirtilmiştir (115). Ülkemizde aileler hastalarının tanıyı bilmek istemediğini düşündüğünden hekimler hasta yakınına söylemeyi tercih ediyorlar (9). Ülkemizde hekimlerle yapılan bir anket çalışmasında %90.9 (110), hemşirelerin görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise %60.4'ü hastalara kanser tanısının söylenmesi görüşünü bildirirken (116), Boğa ve arkadaşlarının yaptığı hasta ve hastane çalışanlarını kapsayan benzer bir çalışmada ise %78'i tanıyı bilmek istediklerini belirtmiştir (110). Araştırmamızda ankete katılanlar %84.5 oranında, akciğer kanseri tanısı almış olsalardı tanıyı öğrenmek istediklerini belirtirken %15.5'i tanının kendilerine söylenmesini istememiştir. Hekimler, hasta yakınları ve kontrol grubu arasında bir farklılık saptanmamıştır. Bu durumu etkileyebileceği düşünülen yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı gibi parametreler açısından farklılık gözlenmemiştir. Çalışmamızda onkologların tamamı tanıyı

duymak isterken göğüs hastalıkları, aile hekimleri, kontrol grubu ve hasta yakınları ile aynı oranda öğrenmek istemiştir. Çalışmamızda sanılanın aksine hasta yakını ve kontrol grubunun da hekimlerle aynı oranda tanıyı bilmek istediğini saptadık. Bu sonuçlar ülkemizdeki hekimlerin ailelerin isteği doğrultusunda kanser tanısını hastadan gizlemelerinin yanlış bir ön yargı olduğunu düşündürmektedir.

Çoğu kültürde kanser tanısının hastaya söylenmesi gerektiği düşünülse de hekimler tarafından tercih edilmemektedir (7,8). Son 30 yılda bu yaklaşım değişmiş, birçok batı ülkesinde hastaya direkt söylenmesi standart hale gelmiştir (107,108). Batı ülkeleri dışında sıklıkla aile fertleri hastalarının tanısını bilmesini istemezler, hekimler de daha çok bu doğrultuda hareket ederler (117,118). Tanının bilinmesi hastalarda daha fazla psikolojik yıkıma yola açacağı inancı olmasına rağmen çalışmalarda tanısını bilmeyenlerde depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (119). Bu durum prognozu daha kötü olanlara veya depresyona daha yatkın olanlara söylenme oranının az olduğu şeklinde de açıklanabilir ancak; ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da tanıyı bilmenin tek başına depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkili olmadığı bulunmuştur (120).

ABD'de onkologlarla yapılan bir çalışmada %98'i Portekiz'de ise %71'i hastalarına kanser tanısı söylemektedir (121,122). Ülkemizde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada hekimlerin %62'si hastalara akciğer kanseri tanısı söylenmeli diye düşünmekteyken tüm hekimlerin %29.5'i, onkologların ise sadece %10'u hastalarına kanser tanısını söylediğini belirtmiştir (111). Araştırmamızda hekimlerin %72'si hastalarına kanser tanısını söylemeyi tercih etmektedir. Hekimlerin kanserli bir yakını olması bu yaklaşım tarzını etkilememiştir. Ancak kanser tedavisi (kemoterapi veya radyoterapi) uygulayan hekimlerde tanıyı söyleme oranı %89.1'e yükselmektedir ki kanser tedavisi uygulama ile hastalarına kanser tanısını söyleme arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu da; hekimin hastalık hakkında bilgisinin ve deneyiminin artmasının tanıyı söyleme oranını arttırdığını düşündürmektedir.



Tanının söylenmesi kadar önemli bir diğer konu da tanıyı kimin söyleyeceğidir. Nore ve arkadaşlarının kanserli hastalar ve yakınları ile gerçeğin söylenmesine ilişkin yaklaşımlarının değerlendirildiği çalışmada her üç kişiden biri, aileden biri veya tanıdığı tarafından bilgilendirilirken (123), ülkemizde bu konuyla ilgili yapılmış bir çalışmada ise akciğer kanseri hastalarının %13.5'i yakınları tarafından bilgilendirildiğini belirtmiştir (111). Araştırmamızda ise tanıyı bilmek isteyenlerin %73.3'ü tanıyı koyan hekimin tanıyı söylemesini isterken, %17.2'si tedaviyi verecek hekimin söylemesini, %9.5'u aileden biri veya bir yakınının söylemesini istemiştir. Hekimler ve kontrol grubu yakınlarından bilgi almayı düşünmezken farklı olarak hasta yakınları %17 oranında aile fertlerinden öğrenilebileceğini belirtmiştir. Hasta yakınlarının hastalık sürecine bizzat şahit olması nedeniyle yaşadıkları tecrübelerle dayanarak kendilerinin bilgi vermesinin uygun olduğunu düşünmüş olabilirler. Göğüs hastalıkları hekimleri ve onkologların tamamına yakını tanıyı koyan hekimden akciğer kanseri olduğunu öğrenmek isterken, aile hekimleri ve kontrol grubunun %18'i tedaviyi verecek hekimin tanıyı söylemesini istemiştir.

Çalışmamızda %90.5'i tanıyı hekimden öğrenmek istemiştir. Hekim, hasta yakını ve kontrol grubunun akciğer kanseri tanısının büyük oranda hekimden öğrenmek istemesi ve literatürdeki çalışmalarda da benzer oranların saptanması, hekimin kanser tanısını söyleme konusunda özel bir eğitim alması, yeterli beceriye sahip olmasının gerekliliğini düşündürmektedir. Oysa hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada, hekimlerin %47'si kendilerini bu konuda yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir (124).

Kanser gibi ölümcül bir hastalıkla baş etmenin güçlüğü bu tanıyı almış bireyi olumsuz etkiler (125); bu nedendir ki hastaların %51'inde psikiyatrik bozukluklar ortaya çıktığı kabul edilmektedir (126). Hastaların bu duruma uyum sağlamaları ve durumlarını kabullenmeleri kişilik özellikleri kadar sosyokültürel özelliklere de bağlıdır (127). Bindokuzyüzdoksanaltı yılında

Japonya'da kanser hastalarına gerçeğin söylenmesi ile ilgili yayınlanan rehberde, hastaların umutlarını kırmayacak şekilde, net, ancak teknik terimler içermeden hastanın anlayabileceği kısa bilgiler verilmesi ve ilk görüşmede tüm bilgileri vermek için çaba gösterilmemesi önerilmiştir (128). Uçar ve arkadaşlarının sağlıklı gönüllüler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların ancak %41'i tanının bilimsel verilerle direkt söylenmesini istemiştir (104). Ülkemizde hekimlerle yapılan bir başka çalışmada ise katılanların %76.8'i hastalığı ile ilgili tüm bilgileri bilmek istemiştir (110). Araştırmamızda tanıyı bilmek isteyenlerin %62.2'si tanıyı bilimsel verilerle doğrudan öğrenmek isterken %37.8'i zamana yayarak anlayabileceğim şekilde öğrenmek isterim yanıtını vermiştir. Hekimlerin %81'i, kontrol grubunun %66'sı, hasta yakınlarının ise %41'i tanıyı bilimsel verilerle doğrudan öğrenmek istemiştir. Her üç grubun yaklaşımı farklılık göstermektedir. Hasta yakınlarının ancak %41'inin bilimsel verilerle direkt öğrenmek istemesinin nedeni, kendi hastaları ile ilgili yaşadıkları sıkıntılı süreçten kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda akciğer kanseri tanısını bilimsel verilerle doğrudan öğrenmek isteyen hekimlerin %57.4'ü hastalarına bilimsel verilerle doğrudan bilgi verirken, %42.6'sı zamana yayarak hastaların anlayabileceği dilden bilgi vermeyi tercih etmiştir. Hastalık tanısını zamana yayarak anlayabileceği şekilde öğrenmek isteyen hekimlerin tamamı bu görüşleri doğrultusunda hastaların anlayabileceği dilden bilgi vermeyi tercih etmiştir. İki hekim grubunun uygulamaları arasındaki farklılık anlamlı düzeydedir. Çalışmamızda bilimsel verilerle bilgi veren hekimlerin ancak %57.4'ü kendilerine bilimsel verilerle direkt bilgi verilmesini istemiştir. Bu bilgiler ışığında hekimlerin tüm değerlendirmelerini göz önüne alırsak, en önemlisi hastanın umudunu kırmadan, hastanın anlayabileceği şekilde bilgi vermenin en doğru yaklaşım olacağı düşünülmüştür.

Araştırmamızda tanıyı bilmek isteyenlerin "Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?" sorusuna yaşam süresi cevabı için %59.5'i yaşam süresiyle ilgili bilgi verilmesini istediğini belirtmiştir. Göğüs hastalıkları

hekimleri ve onkologların içinde her dört kişiden üçü yaşam süresi bilgisini duymak isterken aile hekimleri %35 oranında duymak istemiştir. Kontrol grubundakiler %51, hasta yakınları ise %61 oranında yaşam süresi ile ilgili hekiminden bilgi almak istediğini belirtmiştir. Kansere tedavisi uygulayan hekimlerin %76.7'si, kansere tedavisi uygulamayanların %56.1'i yaşam süresi ile ilgili bilgi almak istemişlerdir. Tedaviyi bizzat uygulama hekimlerin yaşam süresi ile ilgili bilgi alma isteğini anlamlı olarak arttırmaktadır. Hem hasta yakınlarının hem de kansere tedavisi uygulayan hekimlerin kontrol grubundan ve kansere tedavisi uygulamayan hekimlerden daha yüksek oranda yaşam süresi ile ilgili bilgi almak istemesi bu süreci birlikte yaşayan kişilerin ve akciğer kanseri deneyimi daha fazla olan hekimlerin yaşam süresi bilgisine daha fazla önem verdiğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda tanıyı bilmek isteyenlerin "Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?" sorusuna tedavi tipleri ve yan etkileri için %90.8'i evet yanıtı vermiştir. Hekimlerin %81'i, hasta yakınlarının %97'si, kontrol grubunun %94'ü tedavi tipleri ve yan etkileri ile ilgili bilgi almak istemiştir. Hekim, hasta yakını ve kontrol grupları çok büyük oranda tedavi tipleri ve yan etkileri ile ilgili bilgi almak istemektedir. Özellikle göğüs hastalıkları hekimlerinin %21'inin tedavi tipleri ve yan etkileri ile ilgili bilgi almak istememesi zaten bu hekim grubunun akciğer kanseri konusunda yeterli bilgi sahibi olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Araştırmamızda tanıyı bilmek isteyenlerin "Akciğer kanseri olsaydınız hangi bilgileri duymak isterdiniz?" sorusuna yaşam kalitesi için %72.1'i yaşam kalitesi ile ilgili bilgi verilmesini belirtmiştir. Hekimlerin %63'ü yaşam kalitesi ile ilgili bilgi almak isterken aile hekimleri %65 oranında yaşam kalitesi bilgisine önem vermemektedir. Hasta yakınlarının %87'si, kontrol grubunun %65'i yaşam kalitesi ile ilgili bilgi almak istemiştir. Hasta yakınları hekim ve kontrol grubundan farklı olarak yaşam kalitesi ile ilgili daha fazla oranda bilgi almak istemektedir. Kansere tedavisini bizzat uygulama hekimlerin yaşam kalitesi ile ilgili bilgi almak istemesini pozitif yönde arttırmaktadır. Aydemir ve

arkadaşlarının yaptığı, kanser hastaları ile çalışan hekimlerin yaşam kalitesine yönelik inanç ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmada, göğüs hastalıkları hekimlerinin yaşam kalitesine, üroloji hekimlerine oranla daha az önem verdiği saptanmıştır (129). Bunun nedeni; hekimlerin, özellikle akciğer kanserinin daha yüksek mortaliteye sahip olması nedeniyle yaşam süresini uzatmak pahasına yaşam kalitesinden vazgeçebilmesinden kaynaklandığı olarak açıklanmıştır (129). Araştırmamızda hasta yakınlarının ve kanser tedavisi veren hekimlerin oldukça yüksek oranda yaşam kalitesi ilgili bilgi almak istemesi bu süreci birlikte yaşayan aile fertlerinin ve yine bu süreci hastasıyla birlikte geçiren hekimlerin yaşam kalitesi bilgisine daha fazla önem verdiğini düşündürmektedir. Entellektüel düzeyi daha düşük olan hasta yakını grubunda yaşam kalitesi ile ilgili bilgi alma isteği en yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi ile ilgili bilgi almak istemeyen hekimlerin, bu konudaki bilgi ve tecrübe eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Kanser tedavisi veren hekimlerin içinde yaşam kalitesi ile ilgili bilgi almak isteyenlerin, hastalarına bu konuda bilgi verme oranının %63.6 ile sınırlı olması, hekimlerin her ne kadar hastalıkla ilgili bilgi ve tecrübe sahibi olsalar dahi yaşam kalitesiyle ilgili hastalarına bilgi verme konusunda yeterli duyarlılığı göstermediğini ya da hekimlerin çalışma koşulları nedeniyle bu ölçekleri kullanma imkanlarının olmadığını düşündürmektedir.

Ersoy ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da, kanser tanısını bilmeyen hastaların bilen hastalara oranla Beck Depresyon Envanteri ortalamalarının daha yüksek olduğu, bunun doktora ve ekibine olan güvensizlikle ilişkili olduğu saptanmıştır (130). Guatam ve arkadaşları hastaların, tanının söylenmemesine rağmen tedavi veya takip sürecinde bir şekilde tanıyı anladıklarını veya en azından kuşkulandıklarını saptanmışlardır (131). Böyle bir durumun doktor ve ekibine olan güvensizliğin ve sonrasında tedaviye uyumsuzluğun nedeni olabileceği vurgulanmıştır (130). Araştırmamızda tanıyı bilmek isteyenlerin içinde tedavi planlamasında kimler rol almalı sorusuna %33.2'si ben karar vermeliyim yanıtı verirken, %4.2'si ailem karar vermeli yanıtını, %62.6'sı doktorum karar vermeli yanıtını

vermiştir. Hasta yakını ve kontrol grubu hekim grubundan farklı olarak büyük oranda hekiminin karar vermesini istemiştir. Hekimlerin %69'u tedavilerine kendileri karar vermek isterken hasta yakınlarının %83'ü, kontrol grubunun da %74'ü tedaviye doktorunun karar vermesini istemiştir. Boğa ve arkadaşlarının hasta ve sağlık çalışanlarını içeren anket çalışmasında %58.9'u tedavi kararını tamamen doktorun vermesini istemiştir (110). Bu çalışmanın çalışmamızdan farklı olması "Doktorumla birlikte karar veririm" şikkının olması ve araştırmaya katılanların %37.5'inin bu seçeneği tercih etmesi nedeniyledir. Araştırmamızda hasta yakınlarının ve kontrol grubunun çok büyük bir kısmının tedavi kararını doktorlarına bırakması hastaların doktorlara olan güveninin yüksek olduğunun göstergesidir. Hastalara tanının söylenmemesi, ileride hastanın doktora karşı güvensizlik hissetmesine, dolayısıyla tedaviye uyumunun bozulmasına neden olabilir.

Araştırmamızda tanıyı bilmek isteyenlerin içinde "Akciğer kanseri olsaydınız son günlerinizi nasıl geçirmek isterdiniz" sorusuna "Ailemle geçirmek isterdim" yanıtını verenlerin ortalama çocuk sayısı 1.42, bu yanıtı vermeyenlerin ise 0.96'dır. Çocuk sayısı arttıkça hastaların son günlerini aileleri ile birlikte geçirme isteği artmaktadır.

Akupunktur, meditasyon, yoga gibi alternatif tedavi yöntemlerinin hastanın stresini ve ağrısını hafifletmek yoluyla etkili olduğu bilinmektedir (110). Araştırmamızda tanıyı bilmek isteyenlerin "Son aşamada akciğer kanseri tanısı alsaydınız alternatif tıp konusundaki yaklaşımınız ne olurdu?" sorusuna hekim, hasta yakını ve kontrol grubunda iki kişiden birinin "Modern tıp yöntemleri başarısız olursa alternatif tıp tedavisi denerdim" düşüncesinin haklı bir yaklaşım olabileceği düşünülmüştür. Son aşamada bir ihtiyaç olduğu düşünülen, her iki hekimden birinin kendisi için de denemeyi düşünürdüm diye belirttiği alternatif tedavi pratik uygulamada hekimler tarafından gözardı edilmektedir. Bunun sonucu olarak zaman zaman hastalar alternatif tedaviler için bilinçsiz kişilere yönlenebilmektedir.

### **Araştırmanın kısıtlılıkları**

Bu araştırmada iki önemli kısıtlılık vardır. Birincisi araştırmaya alınan akciğer kanserli hastalarla sık karşılaşan bir grup olan onkologların sayısının azlığı bu araştırmanın bir kısıtlılığıdır. Ancak ÷lkemizdeki onkolog sayısının azlığı, buna karşın hasta sayısının fazlalığı nedeniyle yoğun çalışma şartları ve bizim ulaşmada güçlük çekmemiz nedeniyle çalışmaya yeterli sayıda onkolog alınamadı. Bir diğer kısıtlılık da akciğer kanserli hastaların çalışmaya alınmamasıdır. Tanısını bilmeyen hastalar olması, hasta yakınlarının bu konudaki tutumu ve de hastaların umutsuzluğa düşme kaygısı nedeniyle akciğer kanserli hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, akciğer kanserli hastalara tanının söylenmesine ilişkin görüşlerin ve yaklaşımların değerlendirilmesi, beklenen ve günlük pratikteki uygulamaların karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda;

1. Hastaları ile ilgilenebilen hasta yakınlarının eğitim düzeyinin görece daha düşük saptanmıştır.
2. Hekimler kadar toplum ve bu süreci hastası ile yaşayan hasta yakınları da ileride akciğer kanseri olduklarında tanıyı öğrenmek istemektedirler.
3. Hekimin hastalıkla ilgili bilgisi ve yasal sorumluluğu arttıkça tanıyı hastadan gizleme oranı azalmaktadır.
4. Toplum ve hekimler tanıyı bilimsel verilerle öğrenmek isterken, bu süreci yaşayan hasta yakınları diğer gruplardan farklı olarak zamana yayarak anlayabileceği dilden de bilgi almak istemektedir.
5. Prognoz ile ilgili bilgi sahibi olma hastalıkla ilgili bilgisi fazla olan hekimler ve hasta yakınları tarafından daha fazla önemsenmektedir.
6. Tedavi tipleri ve yan etkileri bilgisine, hekimler, hasta yakınları ve toplum büyük oranda önem vermektedir.
7. Yaşam kalitesi bilgisine, entellektüel düzeyden bağımsız olarak akciğer kanseri hastaları ile daha çok ilgilenen hekimler ve hasta yakınları daha fazla önem vermektedir.
8. Çocuk sayısının artması son günlerini aileyle birlikte geçirme isteğini artırmaktadır.

9.Modern tıp tedavileri başarısız olduğu takdirde, toplum ve hasta yakınları kadar hekimler de alternatif tıp tedavisini düşüneceklerini ifade etmişlerdir.

Toplumun çoğunluğu akciğer kanseri tanısını, hekimden, bilimsel verilerle ancak mümkün olduğu kadar anlayabileceği dilden, umutsuzluğa düşmeyecek şekilde öğrenmek istemektedir. Hasta yakınlarının ve toplumun çoğunluğunun tedavi kararını hekime bırakması hekime olan güvenin yüksek olduğunu düşündürmektedir. Hastalardan kanser tanısının gizlenmesi ancak, hastalık sürecinde hastanın tanısını öğrenmesi veya kuşulanması durumunda hastanın hekimine güvensizlik duymasına ve tedavi uyumsuzluğuna neden olabilir.

Hekimlerin hasta ve yakınlarına tanıyı anlayabilecekleri şekilde bilimsel verilerle, gereğinde zamana yayarak söylemesinin, tedavi ve yan etkiler hakkında bilgilendirme yapmasının, hastanın yaşam kalitesini önemsemesinin, hastanın güvenini kazanmasını sağlayacağı ve bu durumun tedaviye uyumu arttıracığı düşünülmüştür.

Çalışmaya katılanların çok büyük oranda tanıyı hekimden öğrenmek istemesi, hekimin hasta ile iletişim konusunda deneyim ve beceriye sahip olmasını önemli kılar.



## VII.ÖZET

Akciğer kanseri genellikle sağkalım beklentisi düşük olan, bireyin yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır. Tanının, hastanın kendisine söylenmesi önerilmektedir; ancak bu durum hekimler için oldukça zor bir görev olarak algılanmaktadır. Ülkemizde genellikle hasta yakınlarına bırakılan bir karar olan, akciğer kanserli hastalara tanının söylenmesi konusunda tanı koyan, tedavi veren hekimlerin, birinci derece akrabası akciğer kanserli hasta yakınlarının ve toplumun görüşlerinin değerlendirilmesi amacı ile bir anket çalışması düzenlendi.

Çalışmaya yaş ortalaması  $39.37 \pm 11.44$  olan 170'i kadın toplam 310 olgu alındı (100 tıp hekimi, 110 hasta yakını, 100 sağlıklı gönüllü). Hekimlerin %46'sı kliniğinde kanser tedavisi (KT/RT) uyguluyordu. "Akciğer kanseri tanısı alsaydınız tanıyı öğrenmek ister miydiniz?" sorusuna olguların %84.5'i "evet" yanıtı vermişti, gruplar arasında dağılım benzer bulundu ( $p > 0.05$ ). Hekimlerin %72'si akciğer kanseri tanısını hastalarına söylerken, kanser tedavisi uygulayan hekimlerde %89.1, uygulamayanlara (%57.4) göre yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Akciğer kanseri tanısını zamana yayarak anlayabileceği şekilde duyma isteği hekimlerde %19 toplumda %34 ve hasta yakınlarında %59 oranında saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Yaşam süresi hakkında bilgi alma, kanser tedavisi uygulayan hekimlerce (%77) uygulamayan hekimlere (%56) göre daha fazla önemsenmektedir ( $p < 0.05$ ). Tedavi tipleri ve yan etkileri ile ilgili bilgi almayı tüm katılımcılar (%90.8) önemsemekteyken ( $p > 0.05$ ), yaşam kalitesi bilgisi hasta yakınları (%87) tarafından, toplum (%65) ve hekimlere (%63) göre; daha fazla önemsenmektedir ( $p < 0.05$ ). Yaşam kalitesi kanser tedavisi uygulayan hekimlerce (%76.7), uygulamayan hekimlere (%48.8) göre, daha fazla önemsenmektedir ( $p < 0.05$ ). Araştırmaya

katılanların çocuk sayısı arttıkça son dönemlerini aile ile geçirme isteği de artmaktadır ( $p<0.05$ ).

Hekimlerin hasta ve yakınlarına tanıyı anlayabilecekleri şekilde bilimsel verilerle, gereğinde zamana yayarak söylemesinin, tedavi ve yan etkiler hakkında bilgilendirme yapmasının, hastanın yaşam kalitesini önemsemesinin, hastanın güvenini kazanmasını sağlayacağı ve bu durumun tedaviye uyumu arttıracığı düşünülmektedir.

## SUMMARY

Lung cancer is a disease that generally has low survival rate and deteriorates the patients quality of life. Giving information about diagnosis of lung cancer to the patient is suggested but this situation is difficult for doctors. In our country, this is usually done by patient relatives. In this study, we aimed to investigate the thought of doctors who done the diagnosis, doctors who arrange the treatment, first degree relatives of patients with lung cancer, and population as a control.

310 subjects (100 doctors, 110 first degree relatives of patients, and 100 subjects as a control) were included to the study. The mean age was  $39,77 \pm 11,44$  years and there was 170 females. 46% of doctors were giving cancer treatment (chemotherapy/radiotherapy). 84,5% of subjects were answered the question (Do you want to know the diagnosis of lung cancer if you are lung cancer?) as "yes" and the answers were not different between groups ( $p > 0,05$ ). 72 of doctors were giving information about diagnosis of patients. This ratio was 89,1% in doctors who arrange lung cancer treatment whereas it was 57,4% in doctors who do not arrange cancer treatment. The percentage of learning of diagnosis of lung cancer throughout the time in doctors, population, and patient's relatives were 19%, 34%, and 59% respectively ( $p < 0,05$ ). To be informed about survival time was more important in doctors who arrange lung cancer treatment (77%) than doctors who did not (56%) ( $p < 0,05$ ). Treatment modality and adverse effects of treatment was important for all groups (90,8%) ( $p > 0,05$ ). Information about quality of life was more important in relatives of patients (87%) than population (65%) and doctors (63%) ( $p < 0,05$ ). Quality of life was more important for doctors who arrange lung cancer treatment (76,7%) than

doctors who did not (48,8%) ( $p < 0,05$ ). Patients who were more children wanted to stay with their family at end stage of disease ( $p < 0,05$ ).

According to this study we think that doctors should say the diagnosis of lung cancer in the form of they understand, inform the patients and relatives about treatment, adverse effects of treatment, and quality of life and this can increase patient trust to doctor and compliance of patients to the treatment.

## IX. KAYNAKLAR

- 1.Ferlay, J, Shin, H.-R, Bray, F. (2010), Estimates Of Worldwide Burden Of Cancer İn 2008: Globocan 2008. International Journal Of Cancer, 127: 2893–2917. Doi: 10.1002/ijc.25516
- 2.Göksel T, Akkoclu A; Turkish Thoracic Society,Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of Lung Cancer in Turkey, 1994-1998. Respiration 2002; 69: 207-10
- 3.Jett JR, Midthun D, Screening for Lung Cancer: Current Status and Future Directions. Chest 2004; 125: 1588-628
- 4.Özkan S, Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı 1998-1999. İstanbul s:140-153
- 5.Espinosa E, Gonzalez BM, Zomora P, Ordonez A, Arranz P. Doctors Also Suffer When Giving Bad News to Cancer Patients. Support Care Canser 1996; 4: 61-3
- 6.Ozdogan M, Samur M, Bozcuk HS, Coban E, Artac M, Savas B et al. “Do not tell”: What Factors Affect Relatives’ attitudes to Honest Disclosure of Diagnosis to Cancer Patients? Support Care Cancer 2004; 12:497-502
- 7.Benson J, Britten N, Respecting the Autonomy of Cancer Patients When Talking With Their Families: Qualitative Analysis of Semistructured Interviews With Patients. BMJ 1996; 313: 729-31
- 8.Surbone A, Telling the Truth to Patients With Cancer: What is the Truth? Lancet Oncol 2006; 7: 944-50
- 9.Oksuzoglu B, Abali H, Bakar M, Yıldırım N, Zengin N, 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: 62-6
- 10.Spiro Sg, Silvestri GA. One Hundred Years Of Lung Cancer. Am J Respir Crit Care Med. 2005 Sep 1;172(5):523-9.
  - 11.Witschi H, A Short History Of Lung Cancer. Toxicol Science. 2001 Nov;64(1):4 -6.
  - 12.Doll R, Hill AB. Lung Cancer And Other Causes Of Death In Relation To Smoking; A Second Report On The Mortality Of British Doctors. Br Med J. 1956 Nov 10;2(5001):1071-81
  - 13.[Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Main.aspx?Home=Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Arsiv/22829](http://www.resmigazete.gov.tr/Main.aspx?Home=http://www.resmigazete.gov.tr/Arsiv/22829).
  - 14.[Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Main.aspx?Home=Http://Www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2008/01/20080119](http://www.resmigazete.gov.tr/Main.aspx?Home=http://www.resmigazete.gov.tr/Eskiler/2008/01/20080119).
  - 15.Spiro SG, Porter JC: Lung Cancer - Where Are We Today? Current Advances In Staging And” Nonsurgical Treatment. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:1166-96.
  - 16.Jemal, A, Bray, F, Center, M. (2011), Global Cancer Statistics. CA: A Cancer Journal For Clinicians, 61: 69–90.
  - 17.Jemal, A, Siegel, R, Xu, J. And Ward. Cancer Statistics, 2010. Ca: A Cancer Journal For Clinicians, 60: 277–300. Doi: 10.3322/Caac.20073
  - 18.Eser S, Yakut C, Özdemir R. Cancer Incidence Rates In Turkey In 2006: A Detailed Registry Based Estimation. Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention 2010; 11:1731-1739
  - 19.Eser S, Karakılınç H, Sağlık Bakanlığı, Kanserve Savaş Daire Başkanlığı, Türkiye’de Kanserve Kontrolü, 2009:Türkiye’de Kanserve İnsidansı; 50-57 .
  - 20.Türk Toraks Derneği, Akciğer Ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu. Türkiye’nin Akciğer Kanseri Haritası Projesi, 2005 (Proje Koordinatörü Tuncay Göksel’den Alınan Yayınlanmamış Veri).

21. Takahashi T, Sidransky D. Biology Of Lung Cancer. In: Murray And Nadel's Textbook Of Respiratory Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders ,2005: P.1311-28.
22. Anthony J, Alberg D, Rex C. Epidemiology Of Lung Cancer. In: Murray And Nadel's Textbook Of Respiratory Medicine Philadelphia: Elsevier Saunders ; 2005: P.1328-54.
23. Simonato L, Agudo A, Ahrens W. Lung Cancer And Cigarette Smoking In Europe: An Update Of Risk Estimates And An Assessment Of Intercountry Heterogeneity. Int J Cancer 2001;91:876-87.
24. Osann K, Ernster VI, Mustacchi P. Epidemiology Of Lung Cancer. In: Textbook Of Respiratory Medicine 3 Th Ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2000: P.1395-407.
25. Köktürk N, Öztürk C, Kırıçoğlu C. Sigara Ve Akciğer Kanseri. Solunum Dergisi 2003;5:139-45
26. Janerich D, Thompson W, Varela L. Lung Cancer And Exposure To Tobacco Smoke In The Household. N Eng J Med 1990;323:632-6.
27. Crofton J, Douglas A. Respiratory Disease. London: Blackwell Scientific Publications; 1989: 142-91.
28. İtil O. Akciğer kanserlerinin epidemiyolojisi ve etyolojisi. In: Haydaroğlu A. Akciğer kanserleri; 1. tanı ve tedavi. First edition. İzmir, Ege Üniversitesi Basımevi 2000, 15-34
29. Feskanich D, Ziegler R, Michaud D. Prospective Study Of Fruit And Vegetable Consumption And Risk Of Lung Cancer Among Men And Women. J Natl Cancer Inst 2000;92:1812-23
30. Alberg j, Samet J. Epidemiology Of Lung Cancer. Chest 2003;123: Suppl 1:21-49.
31. Amos CI, Xu W, Spitz MR, Is There a Genetic Basis for Lung Cancer Susceptibility? Recent Results Cancer Res 1999; 151: 3-12

- 32.Siegfried J. Biology And Chemoprevention Of Lung Cancer. Chest 1999;113 Supp L:40-5
- 33.Yang P, Schwartz Ag, Mcallister Ae. Lung Cancer Risk In Families Of Nonsmoking Probands: Heterogeneity By Age At Diagnosis. Genet Epidemiol 1999 (Abstract);17(4):253-73.
- 34.Topu Z, Ülger F, Numanoglu N. Ailesel Kanser Hikayesi Ve Akciğer Kanseri. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2004;52:130-6.
- 35.Fong K, Sekido Y, Gazdar A, Minna J. Lung Cancer 9: Molecular Biology Of Lung Cancer: Clinical İmplication. Thorax 2003;58:892-900
- 36.Köktürk N, Öztürk C, Kırısoğlu. Akciğer Kanseri Moleküler Biyolojisi. Solunum Dergisi, 2003;5:127-38.
- 37.Raymond E, Faivre S, Armand J. Epidermal Growth Factor Receptor Tyrosine Kinase As A Target For Anticancer Therapy. Drugs 2000; 60 Suppl 1:15-23.
- 38.Mohr L, Rodgers J, Silvestri G. Glutathione S-Transferase M1 Polymorphism And The Risk Of Lung Cancer. Anticancer Res 2003;23:2111-24.
- 39.Annakkaya A, Yaman M. Erturan S. İleri Evre Akciğer Kanserinde Hücresel Ve Hümorale İmmünite. Solunum 2002;4:224
- 40.Bordow R, Ries A, Morris T (Çeviri: S Gönüllü, A Kaya). Akciğer Kanseri:Sınıflama, Patoloji Ve Epidemiyoloji. Akciğer Hastalıklarında Klinik Sorunlar El Kitabı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2001. S.606-9.
- 41.Tatar D, Kılınç O, Yorgancıoğlu A. Akciğer Tümörü Ve Akciğer Tüberkülozu Birlikteliği. Solunum 2000;2: 56-60.
- 42.Robbins K (Çeviri: U Çevikbaş ). Solunum Sistemi. 2th. İstanbul: Nobel & Yüce; 1995: S.385-437.
- 43.Travis, W; Brambilla E. International Association For The Study Of Lung Cancer/American Thoracic Society/European Respiratory Society International Multidisciplinary Classification Of Lung Adenocarcinoma,



Journal Of Thoracic Oncology: February 2011 - Volume 6 - Issue 2 - Pp 244-28

44. Takahashi T, Sidransky D. Biology Of Lung Cancer. In: Murray And Nadel's Textbook Of Respiratory Medicine. Philadelphia: Elsevier Saunders ; 2005: P.1311-28.
45. Bordow R, Ries A, Morris T (Çeviri: S Gönüllü, A Kaya). Akciğer Kanseri: Sınıflama, Patoloji Ve Epidemiyoloji. Akciğer Hastalıklarında Klinik Sorunlar El Kitabı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2001. S.606-9.
46. Sulu E, Damadoğlu E. Primer Akciğer Kanserinde Tümör Tipi Ve cinsiyet Dağılımı Değişiyor Mu? 2004 Yılı Sonuçlarının Daha Önceki Yıllar İle Karşılaştırılması Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2007; 55(1): 59-63
47. Kaiser L. Non-Small Cell Lung Cancer- Clinical Aspects, Diagnosis, Staging, And Treatment. In: Fishman Ap (Ed.). Fishman's Manual Of Pulmonary Disease And Disorders. 3th Ed. Philadelphia: Mcgraw Hill; 2002: P.615-42.
48. Churg A. Pathology Of The Lung. In: Thurlbeck W M (Ed). Tumors Of Lung. Theime Medical Publishers. New York, 1. Ed. 1988; Pp 311-423.
49. Warren W , Faber P, Gould V . Neuroendocrine Neoplasms Of The Lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1989; 98:321-332.
50. Atıcı A, Erkan L, Fındık S. Küçük Hücreli Akciğer Dışı Akciğer Kanserli Hastaların Klinik Özellikleri. Tüberküloz Ve Toraks Dergisi 2004;52:150-8.
51. Kvale P. Lung Cancer. In Accp Pulmonary Board Review. Continuing Medical Education Course Syllabus, Usa, 2002;35-50
52. Yılmaz U, Erdem T, Utkaner G. Superior Sulcus Tumors: Retrospective Analysis. 9th World Conference On Lung Cancer, September 11-15, Tokyo, Japan ,2000
53. Nesbitt J. Superior Vena Cava Syndrome: Surgery And Stents. In: Pass H Mitchell J, Jhonson D; Lung Cancer Principle And Practice. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2000: 1056-70.

- 54.Kraut M, Wozniak A. Clinical Presentation. In: Pass H, Mitchell J, Johnson D. Lung Cancer Principle And Practice. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2000:521-34.
- 55.Çağırıcı U. Akciğer Kanserlerinin Semptomları, Bulguları. In: Haydaroğlu A; Akciğer Kanserleri: Tanı Ve Tedavi. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 2000:165-73.
- 56.Margolis M. Non-Small Cell Lung Cancer-Clinical Aspects, Diagnosis, Staging And History . Fishman Ap (Ed). Fishman's Pulmonary Diseases And Disorders. 3th Ed. Philadelphia: Mc Graw Hill 1998. P.1759-81.
- 57.Johnson D, Blanke C. Small Cell Lung Cancer: Diagnosis, Treatment And Natural History. In: Fishman Ap (Eds). Fishman's Pulmonary Diseases And Disorders: 3th Ed. Philadelphia: Mc Graw Hill; 1998. P.1819-31.
- 58.Mazzone P, Arroliga A, Endocrine Paraneoplastic Syndromes İn Lung Cancer. Curr Opin Pulm Med 2003;9:313-20.
- 59.Patel A, Davilla D, Peters S. Paraneoplastic Syndromes Associated With Lung Cancer. Mayo Clin Proc 1993;68:278-87.
- 60.Akkoçlu A, Öztürk C; Toraks Kitapları. Akciğer Kanseri; Multidisipliner Yaklaşım. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 1999;1:38-43
- 61.Versschakelen J, Wever W, Bogaert J. Role Of Computed Tomography İn Lung Cancer Staging. Curr Opin Pulm Med 2004;10:248-55.
- 62.Rivera M, Detterbeck F, Mehta A. Diagnosis Of Lung Cancer. Chest 2003;123 Suppl 1:129-36.
- 63.Thomas L. Sputum Cytology For The Detection Of Early Lung Cancer. Curr Opin Pulm Med 2003;9:309-12.
- 64.Rivera M, Detterbeck F, Mehta A. Diagnosis Of Lung Cancer. Chest 2003;123 Suppl 1:129-36

- 65.Kaya A, Güngör A, Gönüllü U. İnvaziv Tanı Yöntemleri. Çavdar T, Ekim N (Editörler). Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım'da. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 1999:38-43
- 66.Kumanlıoğlu K, Değirmenci B, Akın H. Nükleer Tıbbın Tanı Ve İzlemdeki Yeri. Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım'da. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 1999: S.33-7.
- 67.Detterbeck F, Falen S, Rivera M. Seeking A Home For A Pet, Part 1. Chest 2004;125:2294-9.
- 68.Silvestri G. Tanoue L, Margolis M. The Noninvasive Staging of Non Small Cell Lung Cancer. Chest 2003;123 Supp 1:147-56.
- 69.Rami-Porta R, Ball D, Crowley J. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals For The Revision Of The T Descriptors In The Forthcoming (Seventh) Edition Of The Tnm Classification For Lung Cancer. J Thorac Oncol 2007;7:593-601.
- 70.Rusch V, Crowley J, Giroux D. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals For The Revision Of The N Descriptors In The Forthcoming (Seventh) Edition Of
- 71.Postmus P, Brambilla E, Chansky K. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals For The Revision Of The M Descriptors In The Forthcoming (Seventh) Edition Of The Tnm Classification For Lung Cancer. J Thorac Oncol 2007;8:686-93.
- 72.Yurdakul A. S. Yeni TNM Evrelemesi Tur Toraks Der 2010; 11: 173-80
- 73.Akkoçlu A, Yaman M, Sanal S. Evrelere Göre Tedavi Ve İzlem. Çavdar T, Ekim N (Editörler). Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım'da. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi;1999: S.64-74.
- 74.Smythe Wr. Treatment Of Stage I Non Small Cell Lung Carcinoma. Chest 2003;123 Suppl 1:181-7.
- 75.Scott W, Howington J, Movsas W. Treatment Of Stage II Nonsmall Cell Lung Cancer. Chest 2003;123 Suppl 1:188-201.

- 76.Jett J, Scott W, Rivera M. Guidelines On Treatment Of Stage Iııb Nonsmall Cell Lung Cancer. Chest 2003; 123 Suppl 1:221-5.
- 77.Robinson L, Wagner H, Ruckdeschel J. Treatment Of Stage IIIa Nonsmall Cell Lung Cancer. Chest 2003;123 Suppl 1:202-20.
- 78.,Dunant A, Pignon J, Chevalier T. Adjuvant Chemotherapy For Non Small Cell Lung Cancer: Contribution Of The İnternational Adjuvant Lung Trial. Clin Cancer Res 2005;11 Suppl 13:5017-21
- 79.Sause W, Machtay M. Treatment Of Non Small Cell Lung Cancer: Radiation Therapy. In: Fishman Ap . Fishman's Pulmonary Diseases And Disorders. 3th Ed. New York: Mcgraw Hill:1998. P.1805-18.
- 80.Sterman D. Bronchoscopy ,Transtoracic Needle Aspiration And Related Procedures. In: Fishman Ap (Ed.). Manual Of Pulmonary Diseases And Disorders. 3th Ed. New York Mcgraw Hill;2002. P.75-95.
- 81.Osterlind K. Chemotherapy İn Small Cell Lung Cancer. Eur Respir Mon 2001;17:234-58.
- 82.Arda B. İş Ahlakı Açısından Tıp: Nerdeyiz? Nereye Gidiyoruz? Üniversite ve Toplum 2003; 3(1):4
- 83.Oğuz NY, Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. Tıbbı Etik 1995; 3(2-3):59-65
- 84.Örs Y, Geçmişte ve Günümüzde Hekim-Hasta İlişkisi. Tıbbı Etik 1995; 3(2-3):59-65
- 85.Hardoff D, Schonmann S. Training Physicians in Communication Skills with Adolescents Using Teenage Actors as Simulated Patients. Med Educ 2001; 35(3):206-10
- 86.Koch E, Turgut T, Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(1):64-9
- 87.Çobanoğlu N, Hasta Yönetimi ve Hekim-Hasta İlişkisinde Özerklik Sorunu (Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi;2000

- 88.Lazaro J, Doctors' Status:Changes in the Past Millenium, Lancet 2000;354:17
- 89.Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA 1992; 267(16):2221-6
- 90.Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ. Tıp Etiği Işığında Hasta-Hekim Hakları, Ankara:Türkiye Klinikleri Yayınevi;2000
- 91.Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B ve ark. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 14(2): 145-152
- 92.Özkan S, Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. Konsültasyon Psikiyatrisi Kongre Kitabı 1998-1999. İstanbul s:140-153
- 93.Özkan S, Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı 1998-1999. İstanbul s:154-158
- 94.Turan AH, Kanser Hastalarında Anksiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevelansı ve Bunların Psiko-Sosyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. 1992 İstanbul
- 95.Babaoğlu E, Öz F, Terminal Dönem Kanser Hastalarına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003 5(2): 24-33
96. Kübler-Ross E, Sorular ve Cevaplarla Yaşamın Son Günleri 1975 Çeviri Editörü: Gülşen Terakye. II. Basım Ankara
- 97.Terakye G, Hasta-Hemşire İlişkileri, IV. Basım 1995 Ankara
- 98.Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C, Psychosocial Problems Secondary to Canser: An İtalian Multicentre Survey of Consultation–Liaison Psychiatry in Oncology. Italian Consultation–Liaison Group. Eur J Canser 2000; 50:7-33
- 99.Sayıl I, Çelik S, Patolojik Yas Kavramına Yeni Bir Yaklaşım. Kriz Dergisi, 2003 11(2), 29-34

- 100.Özsunay E, Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları, Sorumluluk HukukundaYeni Gelişmeler Sempozyumu, İstanbul 1982; 31-59
- 101.1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun madde:70
- 102.Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde:14/2
- 103.EuropeanGuidelines for Canser Patients' Rights. Edited by the ECL's European Network on Patients and Health professipnals' Rihgts and Duties. Athens, 2004
- 104.Uçar N, Aksu F, Alpar S, Güven S, Örsel O, Kurt B, Akciğer Kanseri Tanısı Hastaya Söylenmeli mi? (Anket Çalışması). Solunum Hastalıkları 2007; 18: 148-156
- 105.Kazdaglis GA, Arnaoutoglou C, Karypidis D, Memekidou G, Spanos G, Papadopoulos O. Disclosing the Truth to Terminal Cancer Patients: A Discussionnof Ethical and Cultural Issues. East Mediterr Health J 2010; 16: 442-7.
- 106.Stark DP, House A. Anxiety in Cancer Patients. Br J, Cancer 2000; 83: 1261-7
- 107.Hoff L, Tidefelt U, Thaning L, Hermeren G, In the Shadow of Bad News-Views of Patients With Acute Leukaemia, Myeloma or Lung Cancer About Information, from Diagnosis to Cure or Death. BMC Palliat Care 2007; 6: 1.
- 108.Wood WA, McCabe MS, Goldberg RM, Commentary: Disclosure in Oncology-to Whom Does the Truth Belong? Oncologist 2009; 14: 77-82.
- 109.Faulkner A, ABC of Palliative Care: Communication with Patients, Families and Other Professionals. BMJ 1998, 316, 130-132
- 110.Özişik NÇ, ArslanZ, Oruç ÖM, Saraç S, Tüzün B, Yurteri G, Özişik M, Hekimlerin Bakış Açısından Akciğer Kanseriinde Bir İkilem: Tanı Hastaya Söylenmeli mi? Solunum 2006, Vol: 8 Sayı: 3 Sayfa: 102-8

- 111.Doruk S, Sevinç C, Sever F, İtil O, Akkoçlu A, The Trends of Relevance About Telling Lung Cancer Diagnosis: Social Constraints, Medical Practice in Several Clinics. *Tuberk Toraks* 2012; 60(4): 336-343
- 112.Grassi L, Malacarne P, Maestri A, Depression, Psychological Variables and Occurrence of Life Events Among Patients With Cancer. *J Affect Disord*, 1997;44: 21.
- 113.Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, et al. Ethical Decision Making and Patient Autonomy: A Comparison of Physicians and Patients in Japan and United States. *Chest* 2000;118:1172-82
- 114.Faridhosseini F, Ardestani MS, Shirkhani F. Disclosure of Cancer Diagnosis: What Iranian Patients do prefer? *Ann Gen Psychiatry* 2010; 9(Suppl 1): 165.
- 115.Vahdaninia M, Montazeri A. Cancer Patient Education in Iran: Attitudes of Health Professionals. *Payesh* 2003; 2: 259-65.
- 116.Ersoy N, Altun Y, Beser A, Tendency of Nurses to Undertake the Role of Patients Advocate. *Eubios J Asian Int Bioethics* 1997; 7: 167-70.
- 117.Hamadeh GN, Adib SM. Cancer Truth Disclosure by Lebanese Doctors. *Social Science Medicine* 1998; 47: 1289-94.
- 118.Numico G, Anfossi M, Bertelli G, Russi E, Gento G, Silvestris N et al. The process of Truth Disclosure: An Assessment of the Results of Information During the Diagnostic Phase in Patients With Cancer. *Ann Oncol* 2009; 20: 941-5.
- 119.Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V, Information and Participation Preferences Among Cancer Patients. *Annals of Int Med* 1980; 92: 832-6.
- 120.Özer H, Çayköylü A, Kırpınar İ, Kanserli Hastalarda Tanıyı Bilmenin Depresif Belirtilere Etkisi. 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi 1996 Sözel Bildiri

121. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitill H, Morrow GR, Bennett JM, Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient. JAMA 1979; 241: 897-900.
122. Ferraz GJ, Castro S, Diagnosis Disclosure in Portuguese Oncological Centre. Palliat Med 2001; 15: 35-41.
123. Noore I, Crowe M, Pilley I, Telling the Truth About Cancer: Views of Elderly Patients and Their Relatives. Ir Med J 2000; 93; 104-5.
124. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. JAMA 1983; 249:751-757.
125. Ersoy MA, Elbi H, Kanser Hastalarında Depresyonla İlişkili Faktörler. Türk Hemotoloji Onkoloji Dergisi 2000; 10:165-74.
126. Noyan A, Psikiyatrik Bozuklukların Tedavisi. Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım. Toraks Kitapları. Sayı:1 Eylül 1999: 173-9.
127. Nakada S, Nagao K, Takiguchi Y, et al. Quality of Life and Anxiety Before and After Lung Cancer Chemotherapy. Intern Med 1996;35: 611-6.
128. Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M, Eguchi K, Kakizoe T, Guidelines for Telling the Truth to Cancer Patients. Jpn J Clin Oncol 1998;28(1) 1-4
129. Aydemir Ö, Çelik P, Müezzinoğlu T, Kanser Hastalarıyla Çalışan Hekimlerin Yaşam Kalitesine Yönelik İnanç ve Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Turkish Journal of Urology 2009;35(2):124-130.
130. Ersoy MA Kanser Hastalarında Depresyon Tanısının İncelenmesi İzmir-Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi
131. Gautam S, Nijhawan M, Communicating With Cancer Patients, Br J Psychiatry 1987; 150:760-764.



## X. EKLER

### EK 1

**ÇALIŞMANIN ADI** (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2'de yer alan araştırma adı kullanılmalıdır.) :

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

### **ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :**

### **ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:**

( Gönüllüden kan alınacak ise kan miktar 2 ml ( bir çay kaşığı ) / 5 ml ( bir tatlı kaşığı ) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

### **ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?**

### **KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?**

### **SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :**

**1.Önder Utku DATLI**

## **Çalışmaya Katılma Onayı**

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık<sup>1</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı<sup>2</sup> Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

İSİM SOYİSİM	:								
YAŞ	:								
CİNSİYET	:								
EĞİTİM DURUMU	:	OKURYAZAR DEĞİL <input type="checkbox"/>	İLK OKUL <input type="checkbox"/>	ORTA OKUL <input type="checkbox"/>	LİSE <input type="checkbox"/>	ÜNİVERSİTE <input type="checkbox"/>			
MEDENİ DURUMU	:	EVLİ <input type="checkbox"/>		BEKAR <input type="checkbox"/>					
ÇOCUK SAYISI	:								
AİLEDE KANSER TANISI VARMI	:	VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>						
MESLEK	:								

\*DOKTOR OLANLAR 10-11-12-13-14. SORULARIDA CEVAPLANDIRACAK

- 1) AKCİĞER KANSERİ OLSAYDINIZ GERÇEĞİ BİLMEK İSTERMİYDİNİZ? EVET  HAYIR   
 \*CEVAP EVET İSE 7. SORUYA KADAR DEVAM EDİN HAYIR İSE YALNIZ 8 VE 9. SORULARI CEVAPLANDIRIN
- 2) TANIYI KİMİN SÖYLEMESİNİ İSTERDİNİZ?  
 TANIYI KOYAN HEKİM  TEDAVİYİ VERECEK HEKİM  AİLEDEN BİRİNİN VEYA BİR YAKINIMIN
- 3) DOKTOR HASTALIK TANISINI NASIL SÖYLEMELİ?  
 BİLİMSEL VERİLERLE DOĞRUDAN  ZAMANA YAYARAK ANLAYABİLECEĞİM ŞEKİLDE  DİĞER
- 4) AKCİĞER KANSERİ TANISI ALDIĞINIZDA HANGİ BİLGİLERİ DUYMAK İSTERSİNİZ? (1'den fazla işaretlenebilir)  
 YAŞAM SÜRESİ  TEDAVİ TİPLERİ VE YAN ETKİLERİ  YAŞAM KALİTESİ
- 5) TEDAVİ PLANLAMASINDA KİMLER ROL ALMALI?  
 BEN KARAR VERMELİYİM  AİLEM KARAR VERMELİ  DOKTORUM KARAR VERMELİ
- 6) SON AŞAMADA AKCİĞER KANSERİ TANISI KONSAYDI ALTERNATİF TIP TEDAVİSİ KONUSUNDAKİ YAKLAŞIMINIZ NE OLURDU?  
 HIÇ DÜŞÜNMEZDİM  MODERN TIP (CERRAHİ -KT-RT) BAŞARISIZ OLURSA DÜŞÜNÜRDÜM   
 MODERN TIP YÖNTEMLERİNİ DENEMEDEN DÜŞÜNÜRDÜM
- 7) AKCİĞER KANSERİ TANISI KONSAYDI SON GÜNLERİNİZİ NASIL GEÇİRMEK İSTERDİNİZ? (1'den fazla işaretlenebilir)  
 YALNIZ  AİLEMLE  ARKADAŞLARIMLA  İBADET YAPARAK
- 8) AKCİĞER KANSERİ TANISI KONSAYDI SİZİN DİŞİNİZDA KİMLERE SÖYLENMESİNİ İSTERDİNİZİ .....
- 9) TEDAVİNİZE KİMİN KARAR VERMESİNİ İSTERDİNİZ? .....

\* BU SORUDAN İTİBAREN DOKTOR OLANLAR CEVAPLANDIRACAKTIR

- 10) AKCİĞER KANSERİ HASTALARINA KANSER TEDAVİSİ (KEMOTERAPİ/RADYOTERAPİ) VERİYOR MUSUNUZ?  
 EVET  HAYIR
- 11) AKCİĞER KANSERİ HASTALARINA KANSER TANISINI SÖYLÜYORMUSUNUZ?  
 TEDAVİYİ SÜRDÜRECEK HEKİME BIRAKIRIM  AİLEDEN BİRİNE BIRAKIRIM   
 AİLEDEN BİRİ SÖYLEMEMİ İSTERSE SÖYLERİM  AİLEYE DANIŞMADAN SÖYLERİM
- 12) HASTALIK TANISINI NASIL SÖYLÜYORSUNUZ?  
 BİLİMSEL VERİLERLE DOĞRUDAN   
 ZAMANA YAYARAK ANLAYABİLECEĞİ ŞEKİLDE
- 13) AKCİĞER KANSERİ TANISINI SÖYLEDİĞİNİZDE HANGİ BİLGİLERİ VERİRSİNİZ? (1'den fazla işaretlenebilir)  
 YAŞAM SÜRESİ  TEDAVİ TİPLERİ VE YAN ETKİLERİ  YAŞAM KALİTESİ  DİĞER
- 14) TEDAVİ PLANLAMASINI KİMLERLE YAPARSINIZ?  
 KİMSEYE DANIŞMADAN BEN KARAR VERİRİM  HASTAYA DANIŞARAK KARAR VERİRİM   
 HASTAYA VE AİLEYE DANIŞARAK KARAR VERİRİM
- 15) SON EVREDE AKCİĞER KANSERİ TANISI KONAN HASTALARDA ALTERNATİF TIP TEDAVİSİ KONUSUNDAKİ YAKLAŞIMINIZ NEDİR?  
 HIÇ DÜŞÜNMEZDİM  MODERN TIP (CERRAHİ-KT-RT) BAŞARISIZ OLURSA ÖNERİRİM   
 MODERN TIP YÖNTEMLERİNİ DENEMEDEN ÖNERİRİM