

EGE TIP



ayın kitabı

PSİKOONKOLOJİ VE KANSERE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

Sayı
150

Editör
Doç. Dr. Fatma SERT

PSİKOONKOLOJİ VE KANSERE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

Editör
Doç. Dr. Fatma SERT

150

PSİKOONKOLOJİ VE KANSERE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

EDİTÖR

Doç. Dr. Fatma SERT

e-ISBN: 978-605-338-427-4

Ege Üniversitesi Yönetim Kurulu Toplantısının 06.06.2023
tarih ve 10 sayılı kararı ile yayınlanmıştır.

© Bu kitabın tüm yayın hakları Ege Üniversitesi'ne aittir. Kitabın tamamı ya da hiçbir bölümü yazarının önceden yazılı izni olmadan elektronik, optik, mekanik ya da diğer yollarla kaydedilemez, basılamaz, çoğaltılamaz. Ancak kaynak olarak gösterilebilir.

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Sertifika No. 52149

Ege Üniversitesi Yayınları

Ege Üniversitesi Basım ve Yayınevi
Bornova -İzmir
Tel: 0 232 342 12 52

E-posta: basimveyayinevisbm@mail.ege.edu.tr

Yayın Link

<https://basimveyayinevi.ege.edu.tr>

Yayın Tarihi: 23.11.2023

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Alt Kurulu

Başkan:

Prof. Dr. Okan BİLGE

Üyeler:

Prof. Dr. Ayşegül AKGÜN

Prof. Dr. Yiğit UYANIKGİL

Prof. Dr. İlkben GÜNÜŞEN

Doç. Dr. Cenk ERASLAN

Doç. Dr. Ayşe GÜLER

Doç. Dr. Çığır Biray AVCI

Doç. Dr. İpek KAPLAN BULUT

Doç. Dr. Gökay ÖZÇELTİK

Yazışma Adresi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Yayın Alt Kurulu
Yayın Bürosu
Bornova, 35100-İZMİR

Tel : (0 232) 390 3103

Tel : (0 232) 390 3186

Fax : (0 232) 342 2142

e-posta : egedergisi35@gmail.com

YAZARLAR

Prof. Dr. Özen ÖNEN SERTÖZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem KUMAN TUNÇEL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Işıl ERGİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Handegül ÇALIŞKAN ÇEBİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Aysel GEZER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı

Prof. Dr. Meltem UYAR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon ve Algoloji Uzmanı,

Prof. Dr. Zeynep ÖZSARAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Ana
Bilim Dalı

Doç. Dr. Fatma SERT

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Ana
Bilim Dalı

Prof. Dr. Sibel EYİGÖR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Ana Bilim Dalı

Prof. Dr. Erhan ESER

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı
Ana Bilim Dalı

Doç. Dr. Ahsen KAYA

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tayfun KAYA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi 1 Kliniği

Prof. Dr. Emine Serra KAMER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Ana
Bilim Dalı

ÖNSÖZ

Kanser, tıbbın ve insanlığın yüzyıllardır araştırmakta ve tedavi etmekte olduğu sıkıntılı bir hastalık olarak önemlidir. Tıp ve bilim dünyasındaki ilerlemelere rağmen kanser, insan yaşamının en büyük tehditlerinden biri olarak yerini korumaktadır. Günümüzdeki gelişmeler ile birlikte tedavi sonuçları iyileşmiş ve yaşam sürelerinde anlamlı uzamalar elde edilmiştir. Artık kanserle savaş sadece biyolojik ve tıbbi faktörlerle sınırlı değil, aynı zamanda psikolojik ve duygusal boyutların da dikkate alınmasını gerektiren çok boyutlu bir sosyal kimlik konumuna gelmiştir.

'Psikoonkoloji ve Kansere Bütüncül Yaklaşım' bu dönüşümün bir yansımasıdır. Kitap, kanserle savaşta önemli bir role sahip olan bütüncül bir yaklaşımı vurgulamaktadır. Kanser, sadece hücresel düzeyde değil, aynı zamanda hastanın ruh hali, duygusal durumu ve sosyal ilişkileri üzerinde de büyük bir etki bırakır. Bu kitap, kanseri sadece bir tıbbi problem olarak ele almaktan ziyade, hastaların bütün varlıklarını etkileyen bir sosyal kimlik olarak ele almayı amaçlamaktadır.

Kitabımız, onkoloji ve psikoloji bilimlerinde kendi alanlarında deneyimlerini kanıtlamış uzmanlar tarafından kaleme alınmıştır. Buradaki amaç, kanseri bütünsel bir bakış açısıyla ele alarak hastaların yaşam kalitesini artırmak, psikolojik destek sunmak ve kanserle mücadelede daha etkili bir strateji oluşturmak için bilimsel ve klinik bilgiyi bir araya getirmektir. 'Psikoonkoloji ve Kansere Bütüncül Yaklaşım', kanserle mücadeledeki en son gelişmeleri ve multidisipliner bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Bu kitabı okuyanlar, kanserle savaşın sadece tıbbi tedavi yöntemleriyle sınırlı olmadığını, aynı zamanda psikolojik ve duygusal desteğin de kritik bir rol oynadığını anlayacaklardır. Ayrıca, hasta ve hasta yakınları için rehberlik sunarak, kanserle mücadelede daha bilinçli ve güçlü bir şekilde ilerlemelerine yardımcı olacaktır.

'Psikoonkoloji ve Kansere Bütüncül Yaklaşım' kitabının hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlar ve editörler adına gurur duyuyor ve bu değerli eserin kanserle mücadelede bir kilometre taşı olmasını umuyorum. Kanserle mücadelede yeni bir döneme giriş yaparken, bu kitabın kanser hastaları, sağlık profesyonelleri ve ilgili herkes için önemli bir kaynak olacağına inanıyorum.

Ayrıca Ayın Kitabı serisinin basımına olanak sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'na, Ege Üniversitesi Yayın Alt Kurulu Başkan ve üyelerine ve Yayın Bürosu çalışanlarına da teşekkürlerimi sunuyorum.

Doç. Dr. Fatma SERT
İzmir, 2023

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1: Kanserin Psikososyal Etkisi, Progresyon Korkusu	1
Prof. Dr. Özen ÖNEN SERTÖZ	
Bölüm 2: Psikososyal Onkolojide Cinsiyet Farklılıkları	15
Doç. Dr. Özlem KUMAN TUNÇEL	
Bölüm 3: Kansere Hastalarında Tedaviye Erişimin Sosyoekonomik Belirleyicileri Ve Eşitsizlikler	37
Prof. Dr. Işıl ERGİN	
Arş. Gör. Dr. Handegül ÇALIŞKAN ÇEBİ	
Bölüm 4: Palyatif Bakımdaki Onkoloji Hastasının İhtiyaçları	59
Uzm. Dr. Aysel GEZER	
Prof. Dr. Meltem UYAR	
Bölüm 5: Onkolojide Bakım Verenlerin Rolü	83
Doç. Dr. Fatma SERT	
Prof. Dr. Zeynep ÖZSARAN	
Bölüm 6: Kansere Hastalarında Rehabilitasyon	101
Prof. Dr. Sibel EYİĞÖR	
Bölüm 7: Onkolojide Yaşam Kalitesi	121
Prof. Dr. Erhan Eser	
Bölüm 8: Kansere Taramasında Bilgilendirilmiş Onamın Önemi	149
Doç. Dr. Ahsen KAYA	
Doç. Dr. Tayfun KAYA	
Bölüm 9: Psiko-onkolojide Gelecekteki Araştırma Alanları	165
Doç. Dr. Fatma SERT	
Prof. Dr. Serra KAMER	

BÖLÜM 1

KANSERİN PSİKOSOSYAL ETKİSİ, PROGRESYON KORKUSU

Prof. Dr. Özen Önen Sertöz

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh sağlığı ve Hastalıkları AD

KANSERİN PSİKOSOSYAL YÖNÜ

Kanserle ilgili artan farkındalık, kanser tarama ve tedavi programlarındaki gelişmeler, sağ kalım oranlarının artmasıyla sonuçlanmıştır. Bu ilerlemeler, tedavinin uzun dönem etkilerine, yaşam kalitesine ve eşlik eden hastalık durumlarının yönetimine daha fazla odaklanılmasına yol açmıştır. Bu nedenle, hastalığın gidişatı boyunca kapsamlı bakımın sağlanmasının geliştirilmesi, özellikle hayatta kalanlara ulaşma, onların ihtiyaçlarını değerlendirme ve hizmet talep etme ve hizmet alımının önündeki engelleri anlama önem kazanmış ve son yıllarda önemli bir klinik araştırma alanı haline gelmiştir (1).

Kanser tanısı karşısında, hayatta kalanların % 20-30'unun depresyon, anksiyete ve bilişsel bozukluk gibi psikolojik belirtiler yaşayacakları, kişilerarası, mesleki ve sosyal rollere yeniden katılma açısından zorluklar yaşayacakları tahmin edilmektedir (1).

Kanser bağlamında psikososyal konuların taranması ve tedavisinin, otuz yılı aşkın ampirik araştırmayı da içeren önemli tarihsel kökleri vardır. Worden ve Weisman (2,3) şok ve sıkıntıyı içeren “varoluşsal kötü duruma” değinmiş ve problem çözme becerileri eğitimi içeren bir müdahale geliştirmişlerdir. Ayrıca Holland ve arkadaşları

(4) kanserin klinik açıdan psikososyal yönlerini ve kanser hastalarındaki psikiyatrik bozuklukları tedavi eden müdahaleleri ilk savunular arasında yer almışlardır. Psikososyal açıdan kişide sıkıntı yaratan durumlar hayatta kalanların sağlıklı davranışları benimsemelerini engelleyebilir, dolayısıyla uzun vadede sağlık sonuçlarını tehlikeye atabilir. Tüm psikolojik belirtilerin klinik olarak psikiyatrik bir hastalık tanısı alacak seviyeye ulaşmayacağı; ancak bu belirtilerin kümülatif etkilerinin yaşam kalitesini azaltacağı ve tedavi sonrası tatmin edici bir yaşam tarzına geçişi bozabileceği akılda tutulmalıdır. Kanser hastalarında psikososyal zorlukların sık yaşanmasına karşın, çok az kanser hastası profesyonel destek arayışına girmekte ya da birincil hekiminden bu konuda yardım talep etmektedir. Kanserden sonra sağ kalanların karşılaştığı psikososyal zorluklar giderek daha fazla kabul edilmesine ve belgelenmesine rağmen, halen destekleyici bakımın sağlanmasında birtakım engeller bulunmaktadır. Tanı ve tedavi aşamasında hastaların bakım ekibiyle tutarlı ve düzenli bir etkileşimi vardır. Bununla birlikte, tedavi tamamlandıktan sonra hastalar genellikle onkoloji ekipleriyle daha az sıklıkta iletişime geçerler ve bu da önemli psikososyal sorunlar yaşayan hastaların belirlenmesinde zorluklar yaratabilir (1). Ayrıca, geç dönemde psikososyal sorunlar yaşayan kanser hastaları belirtileriyle ilgili kiminle iletişime geçecekleri konusunda emin olmayabilirler veya bazı hastalar sosyal güvenceleri ya da ekonomik nedenlerle kronik veya yeni gelişmiş belirtileri için yardım talebinde bulunmayabilirler. Bunun yanı sıra psikiyatrik destek almayla ilgili önyargılar da hastaların destekleyici hizmetlere ulaşmaları konusunda bir engel oluşturabilir (1). Bu nedenle kanser hastalarına belli aralıklarla psikososyal sıkıntı açısından basit ve kolay uygulanabilir taramalar yapmak çok önemlidir. Bu amaçla sık kullanılan araçlar Stres Termometresi, Hastane

Anksiyete Depresyon Ölçeği ve Kanser tipine özgü kullanılan yaşam kalitesi ölçekleridir. Hastaların gönülsüz olması, yanlış pozitif ve negatif olguların saptanabilmesi ve günlük pratikte iş yükünün fazla olması nedeniyle bu tür tarama araçlarının uygulanması güçleşmektedir. Çoğunlukla bir araştırma kapsamında bu tür taramaların yapıldığını görmek mümkündür.

Philip ve Merluzzi (1) tedaviden altı ila on yıl sonra kanserden sağkalan ve şu anda aktif tedavi almayan toplum temelli bir örnekleme psikososyal sorunların ve takip arzusunun rolünü incelemişlerdir. Araştırmacılar çalışma varsayımlarındaki gibi kanser sonrası sağkalanların çoğunun, kanserin ve tedavilerinin geç ve uzun dönem etkileriyle ilgili tutarlı belirtiler bildirdiğini; ancak bireylerin yalnızca küçük bir kısmının daha sonra bir sağlık uzmanıyla konuşmak istediğini bildirdiğini belirtmişlerdir. Takip edilmek isteyen hastaların, çalışma örnekleminin geri kalanıyla karşılaştırıldığında psikososyal alanlarda önemli ölçüde daha fazla yakınma bildirdiği, demografik özellikler açısından da farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yazarlar, bildirilen psikososyal sorunların sayısı ile birlikte yaygın olarak kullanılan bir tarama aracı olan Stres Termometresinin, bireyin bir sağlık uzmanıyla konuşma isteğini en iyi yordayan değişkenler olduğunu belirtmişlerdir. Ek olarak, Stres Termometresinin sıkıntı düzeyini yordasa bile ileri tetkik ve değerlendirme isteyebilecek hastaları öngörmediğini belirtmişlerdir. Kanserden sağkalanlar için ortaya çıkan sorunun yardım arama veya aramama davranışı olduğu, geleneksel psikososyal sıkıntıyı sorgulamanın tek başına bunu belirlemede yeterli olmayacağı araştırmacılar tarafından öne sürülmüştür. Araştırmacılar çalışmalarında yer alan katılımcıların en sık karşılaştıkları psikososyal sorunların; hafıza ve konsantrasyon güçlükleri, mali sorunlar,

duygusal/psikolojik sorunlar ve cinsel sorunlar olduğunu belirtmişlerdir. Bu sorunlardan bazıları örneklemin %36'sı tarafından onaylanmasına rağmen, çok az kişi bir sağlık uzmanıyla konuşmak istediğini belirtmiştir. Grup olarak, bir sağlık uzmanı tarafından takip edilmek isteyenler, demografik ve psikososyal değişkenler açısından takip istemeyenlerden önemli ölçüde farklılık göstermiştir. Bu farklılık, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi, başa çıkma yetisi, öz yeterlilik ve sosyal destek alanlarında ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada yıllık gelirinin düşük olduğunu, işsiz olduğunu veya evli olmadığını, dul veya boşanmış olduğunu bildirenlerde, daha yüksek gelir grubunda olan, çalışan veya evli olanlara kıyasla bir sağlık uzmanıyla konuşma isteğini bildirme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Bu ön bulgular, yalnızca sıkıntı riski altında olan ve yaşam kalitesinde bozulma yaşayan grupların değil, aynı zamanda sıkıntılarını yönetme konusunda daha az güven duyduklarını ve daha az kaynak bulunduğunu bildiren bireylerin de yardıma gereksinim duyabileceklerini, bu açıdan bakıldığında daha kapsamlı değerlendirilmelerin psikososyal gereksinimlerin belirlenmesi ve desteklenmesi açısından önemli olacağını göstermiştir (1).

Sonuç olarak, sıkıntı bildirdiği halde destek alma konusunda motivasyonu olmayan hastalar kadar, psikososyal alanlarda sıkıntı bildirmeyen fakat destek almak isteyen hastaların da olabileceği, psikososyal desteğe ihtiyaç duyulan alanların hastadan hastaya farklılık gösterebileceğini akılda tutmak gerekir.

Kanser hastalarında psikososyal açıdan önemle gözden geçirilmesi gereken alanlar içerisinde halsizlik ve ağrı yönetimi, cinsel işlevler ve üreme sağlığı, psikiyatrik hastalıklar, kanserin tekrarlama korkusu yer alır. Yakın zamanda yapılan bir sistematik derlemede uzun

sağkalım oranları olan (tanıdan buyana en az beş yıl geçmiş) kanser hastalarında anksiyete belirti yaygınlığı (%3,4-%43, toplu yaygınlık %21), depresyon belirti yaygınlığı (%5,4-%49, toplu yaygınlık %21), sıkıntı belirti yaygınlığı %4,3-%11,6 (toplu yaygınlık %7) saptanmıştır (5). Daha kısa sağkalım oranları olan (tanıdan bu yana beş yıldan az süre geçmiş) kanser hastalarında bu oranların daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir (6).

1.1. Progresyon Korkusu (PK)

Yalnızca 2020 yılında dünya çapında yaklaşık 19,3 milyon yeni kanser vakası ve 10 milyon kanser ölümü saptanmıştır (7). Son 40 yılda tüm kanserler için %49'dan %68'e yükselen kanser sağkalım oranlarındaki önemli iyileşmeye rağmen, kanserin tekrarlaması veya ilerlemesi korkusu kanser hastaları için önemli bir endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte PK hem lokalize hem de metastatik hastalık tanısı alan hastalar tarafından bildirilen en yaygın karşılanmayan ihtiyaçlardan biri olarak kabul edilmektedir.

Düşük PK seviyeleri tedaviye uyumu ve sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini desteklerken, yüksek PK seviyeleri yaşam kalitesini ve günlük işleyişi bozarak profesyonel yardım gerektirir. Kansere özgü psikiyatrik belirtiler içerisinde yer alan kanserin tekrarlaması veya ilerlemesi korkusuna (PK) ek olarak, önceki araştırmalar üç kanser hastasının en az birinin psikiyatrik hastalık yaşadığını, meme kanseri (%41,6) veya baş ve boyun kanseri (%40,8) tanılı iki hastadan birinin psikiyatrik hastalık tanısı aldığını göstermiştir (8).

Yakın zamanda yapılan bir metaanalizde kanserden sağkalanlarda PK ile anksiyete, depresyon ve duygusal sıkıntı belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir (9). Toplam 72 çalışmanın ve 31.740 katılımcının verilerinin dahil edildiği çalışmada PK ile depresyon, anksiyete ve

duygusal sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu meta-analiz, PK'nın bir dizi yaygın psikiyatrik belirti ya da hastalıkla bağlantılı olduğuna dair kanıt sağlamıştır.

Kanserin tekrarlaması veya ilerlemesi korkusu (PK), "kanserin geri gelmesi veya ilerlemesi olasılığına ilişkin korku, endişe veya kaygı" olarak tanımlanmaktadır. Sağlık profesyonelleri tarafından sıklıkla gözden kaçırılan PK, düşük yaşam kalitesi, düşük psikososyal uyum, yüksek düzeyde psikolojik belirtiler (örn. anksiyete), rahatsız edici tekrarlayıcı düşünceler, bedensel duyuları yanlış yorumlama ve aşırı tetikte olma nedeniyle ortaya çıkan bedensel belirtilerle karakterize işlevsiz davranışlarla ilişkilendirilmiştir. Yüksek düzeyde PK aynı zamanda sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanma ve yüksek maliyetlerle de ilişkilendirilmektedir. Yüksek düzeyde PK bildiren hastalar hastanede daha uzun süre kalma, ek tetkik isteme, alternatif tedavi isteği gibi daha çok talepte bulunabilirler. Buna karşılık, düşük PK düzeyleri, hastaların kendilerine daha çok dikkat etmeleri, zamanında kontrole gitme ve tedavi uyumu gibi sağlık davranışının gelişmesine katkı sağlayabilir (10).

Genel olarak kanser hastaları, hastalık süreci boyunca PK bildirme eğilimindedirler. Teşhis taraması, kanser evrelemesi veya kanserin nüksetmesi veya ilerlemesi, tedavi yıldönümleri ve başkalarının kanser geliştirdiğini veya ilerleme yaşadığını görmek PK'ya katkıda bulunan faktörlerdir. Yakın zamanda yapılan sistematik bir inceleme ve meta analizde araştırmacılar, 13 ülkede 46 makalede yayınlanan Kanseri Korkusu Envanterini tamamlayan 9.311 hastadan elde edilen verileri analiz etmiştir. Kanserden sağlananların %59'unun orta derecede PK, %19'unun ise şiddetli PK bildirdiği bulunmuştur (11). Bu bulgular, orta derecede PK

yaygınlığının yüksek olduğunu (%53) ve ciddi PK oranının yüksek olduğunu (%30) gösteren önceki çalışmalarla tutarlıdır (11, 12).

Ergen ve genç yetişkin kanserlerinde PK (%31-%85), yetişkin hastalara (%59) kıyasla daha yüksek bir oranda bildirilmiştir (13, 14). Bu bulgular PK'nın adölesan ve genç kanser hastalarında daha ciddi ele alınması gerekliliğini düşündürmektedir.

Altmış üç çalışmayı içeren sistematik bir incelemede bakım verenlerin neredeyse %50'si PK bildirmiştir. Daha da önemlisi, genç bakım verenler, engelli hastalara bakım verenler ve daha yüksek PK ve yaşam kalitesinde daha fazla azalma bildirenlere bakım verenler daha yüksek PK düzeyleri bildirmiştir (15). Daha ileri çalışmalar hem hastalar hem de bakım verenler arasında PK'nın kalıcı ve tükendiren yanının olabileceğini göstermiştir (16). Kanserın tekrarlama veya yinele korkusunu Covid-19 pandemisinin de olumsuz etkilediği ve kaygıyı daha da arttırdığı bulunmuştur (17,18).

Over kanseri tanılı hastalarda tekrarlama korkusunun araştırıldığı sistematik bir derlemede PK'nın hem erken hem de ileri evre olan yaşlı ve genç hastalarda önemli bir endişe kaynağı olduğu bildirilmiştir (19). Hastaların tedavileri sırasında ve tedavi sonrasında çeşitli zamanlarda nüksetme/tekrarlama konusunda endişe yaşadıkları bulunmuştur. Bu çalışmada PK'nın kanser takip muayeneleri sırasında yaygın olarak bildirildiği ve birçok hastanın bu konuda yeterli destek alamadığını bildirdiği bulunmuştur (19). Progresyon korkusunun umutsuzluk, inanç/maneviyat ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile bağlantılı olduğu da gösterilmiştir (19). Progresyon korkusu aynı zamanda hastaların ölüm ve ölüme ilişkin endişeleri ve gelecekte sağlıklarının nasıl

olacağına ilişkin belirsizlik düşünceleriyle de ilişkili bulunmuştur (19).

Progresyon korkusuyla ilişkili bulunan faktörler içerisinde en sık bildirilenler kadın cinsiyet, genç yaş ve tanı anındaki emosyonel belirtilerdir. Bunların yanı sıra hastalık şiddeti, eğitim düzeyi, çalışma durumu, akciğer kanseri ya da melanoma tanılı olmak, bedensel belirti varlığı, sağlık okuryazarlığı durumu, etnik durum (Latin Amerikan olmak), tedavi şekli ve süresi ve çoklu tedavi yöntemleri ilişkili bulunan diğer faktörler olmuştur (10).

PK korkusunu belirlemede en yaygın kullanılan araçlar Stres Termometresi ve Edmonton Symptom Değerlendirme Sistemi'dir (Edmonton Symptom Assessment System). İki ölçüğünde geçerlilik güvenilirlik çalışması mevcuttur.

Progresyon korkusuna yönelik psikososyal müdahaleler öncelikle düşünceleri, duyguları ve davranışları izlemeye ve değiştirmeye odaklanan kısa ve yapılandırılmış bir terapi modeli olan bilişsel davranışçı terapi çerçevesine dayanmaktadır. Güncel yaklaşımlar, gelecek ve ölüm korkusu gibi varoluşsal konuları ele alır. Kanserin tekrarlaması veya ilerlemesi korkusuna yönelik uygulanan pek çok müdahalenin etkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin sistematik bir inceleme ve meta-analizde, 23 kontrollü çalışma (toplam 2.965 hasta) ve 25 psikososyal müdahaleyi kapsayan dokuz açık çalışmanın sonuçları değerlendirilmiştir. İncelenen psikososyal müdahalelerin uzun süreli bir etkiye sahip olduğu, etkilerinin müdahaleden sonra yedi ay veya daha uzun sürdüğü ortaya çıkmıştır (takip süreleri 6 hafta ile 78 hafta arasında değişiyordu). Seans sayısı ve yaş ile müdahalenin etkisi arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bilişin içeriğinden ziyade biliş süreçlerine odaklanan bilişsel davranışçı müdahaleler için güçlü bir etki bulunmuştur (10).

Progresyon korkusuna yönelik e-sağlık uygulamaları da giderek artmaktadır. İnternet hizmetleri eğitim ve bilgi aktarımı amacıyla kullanılmaktadır. Çevrimiçi platformlar destek grupları ve ağ oluşturma olanakları sunarak; bilgisayar programları veya akıllı telefon uygulamaları, kendi kendini izlemeye veya eğitim planlamasına yardımcı olarak; elektronik iletişim ve telemedikal cihazlar sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla iletişimi destekleyerek; öz yönetim eğitimini arttırmaya yönelik dijital psikoterapötik programlar sıkıntı belirtileriyle ve kanserin psikososyal yönleriyle baş etmeye yardımcı olurlar (20).

1.2. Sonuç ve Öneriler

Kanserde sağkalım oranlarının artmasıyla birlikte pek çok kanser hastası uzun yıllar yaşamlarını sürdürmektedir. Tüm gelişmelere karşın halen kanser hastalarında psikiyatrik belirtiler, kanser tedavilerine ilişkin gelişen yan etkilere bağlı ağrı, halsizlik, cinsel işlevlerle ilgili sıkıntılar genel topluma göre daha yüksek oranlarda bildirilmektedir. Son yıllarda dikkat çeken konulardan bir tanesi de hastalığın tekrarlaması veya ilerlemesi korkusudur. Hastaların yaşam kalitelerini artırmak sonlanım kriteri olarak belirlenirse; bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin psikososyal sıkıntıları belirleme ve uygun destek sistemlerine yönlendirme konusunda rollerinin ne kadar önemli olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. İyi hasta-hekim, hasta-sağlık çalışanı iletişimi ihtiyacı olan hastaları saptamada çok önemli bir yere sahiptir.

1.3. Akılda Kalanlar

Kanser hastalarında önemle gözden geçirilmesi gereken psikososyal konular halsizlik ve ağrı yönetimi, cinsel

işlevler ve üreme sağlığı, psikiyatrik hastalıklar ve kanserin tekrarlama, ilerleme korkusudur.

Psikososyal desteğe ihtiyacın değerlendirilmesi ayrıntılı yapılmalı ve hastadan hastaya farklılık gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Psikososyal sıkıntı tarama ölçeklerinde sıkıntı bildirmeyen bazı kanser hastaları profesyonel destek isterken, sıkıntı bildirenler içinde profesyonel destek istemeyenler de olabilir.

PK genellikle anksiyete ve depresyonla ilişkilidir ve yaşam aklitesini olumsuz etkiler.

Çıkar çatışması: Yoktur

KAYNAKLAR

1. Philip EJ, Merluzzi TV. Psychosocial Issues in Post-treatment Cancer Survivors: Desire for Support and Challenges in Identifying Individuals in Need. *J Psychosoc Oncol.* 2016; 34(3): 223–239.
2. Worden JW, Weisman AD. Do cancer patients really want counseling? *Gen Hosp Psychiatry.* 1980; 2(2):100–103.
3. Worden JW, Weisman AD. Preventive psychosocial intervention with newly diagnosed cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1984; 6(4):243–249.
4. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology.* New York: Oxford University Press; 1989.
5. Brandenburg D, Maass SWMC, Geerse OP et al. A systematic review on the prevalence of symptoms of depression, anxiety and distress in long-term cancer survivors: implications for primary care. *Eur J Cancer Care.* 2019; 28(3):e13086.
6. Fodor LA, Todea D, Podina IR. Core fear of cancer recurrence symptoms in cancer survivors: a network approach. *Curr Psychol.* 2022. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03500-5>
7. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209-249.
8. Mehnert A, Brähler E, Faller H, et al. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2014; 32(31):3540-3546.
9. Podina IR, Todea D, Fodor LA. Fear of cancer recurrence and mental health: A comprehensive meta-analysis, *Psycho-Oncology.* 2023 ;1–11.
10. Bergerot CD, Philip EJ, Bergerot PG, et al. Fear of Cancer Recurrence or Progression: What Is It and What Can We Do About It? 2022 ASCO EDUCATIONAL BOOK

asco.org/edbook. May 13, 2022: DOI https://doi.org/10.1200/EDBK_100031 Downloaded from ascopubs.org by Ege Univ on September 22, 2023 from 155.223.129.013

11. Luigjes-Huizer YL, Tauber NM, Humphris G, et al. What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology*. 2022; pon.5921.
12. Simard S, Thewes B, Humphris G, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*. 2013;7:300-322.
13. Yang Y, Li W, Wen Y, et al. Fear of cancer recurrence in adolescent and young adult cancer survivors: a systematic review of the literature. *Psychooncology*. 2019;28:675-686.
14. Thewes B, Kaal SEJ, Custers JAE, et al. Prevalence and correlates of high fear of cancer recurrence in late adolescents and young adults consulting a specialist adolescent and young adult (AYA) cancer service. *Support Care Cancer*. 2018;26:1479-1487.
15. Smith AB, Wu VS, Lambert S, et al. A systematic mixed studies review of fear of cancer recurrence in families and caregivers of adults diagnosed with cancer. *J Cancer Surviv*. Epub 2021 Nov 11.
16. Leske S, Smith AB, Lambert SD, Girgis A. A protocol for an updated and expanded systematic mixed studies review of fear of cancer recurrence in families and caregivers of adults diagnosed with cancer. *Syst Rev*. 2018;7:134.
17. Chen G, Wu Q, Jiang H, et al. Fear of disease progression and psychological stress in cancer patients under the outbreak of COVID-19. *Psychooncology*. 2020;29:1395-1398.
18. Staehler M, Battle D, Pal SK, Bergerot CD. Counterbalancing COVID-19 with cancer surveillance and therapy: a survey of patients with renal cell carcinoma. *Eur Urol Focus*. 2021;7:1355-1362.

19. Ozga M, Aghajanian C, Myers-Virtue S, et al. A Systematic Review of Ovarian Cancer and Fear of Recurrence. *Palliat Support Care*. 2015; 13(6): 1771–1780.
20. Lang-Rollin I, Berberich G. Psycho-oncology. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018; 20:13-

BÖLÜM 2

PSİKOSOSYAL ONKOLOJİDE CİNSİYET FARKLILIKLARI

Doç. Dr. Özlem KUMAN TUNÇEL

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

PSİKOSOSYAL ONKOLOJİDE CİNSİYET FARKLILIKLARI

Cinsiyet hayatın hemen her alanı ile olan ilişkisi gibi tıbbi durumlara da etki etmektedir. Cinsiyet rolleri toplum içinde bireylerin cinsiyetlerine bağlı olarak onlardan beklenen davranış ve tutumları içerir. Cinsiyet rolü kişinin günlük hayatını, beklentilerini, algıladığı stres düzeyini, diyetini, sigara-alkol gibi madde kullanımını, fiziksel etkinlik düzeyini ve dolayısıyla sağlığını etkileyebilir. Bireylerin cinsiyetleri sağlık hizmetlerine erişimlerini, yardım arayışı davranışlarını ve bireysel olarak sağlık sistemini kullanmalarını belirlemektedir. Önlemlere uyma ya da girişimsel tedavi seçeneklerini kabul etme gibi durumlar da cinsiyetten etkilendiği için klinisyenlerde de hastaların cinsiyetleri ile ilişkili olarak tedaviye yönelik farklı tepkiler oluşabilir (1). Unutulmamalıdır ki tüm dünyada kadınların çok az bir kısmı demokratik ortamlarda yaşayabilmektedir. Dünyanın çoğu yerinde cinsiyet temel sağlık gereksinimlerine ulaşmayı engellemektedir (2). Öte yandan maalesef klinisyenler de cinsiyet ayrımcılığı yapabilmektedir. Cinsiyet ayrımcılığı ırkçılık ile birleştiğinde ayrımcılığa uğrayan gruplardaki kadın kanser hastaları sağlık hizmetlerinden daha da yoksun kalabilmektedir. Bunun bir yansıması olarak yakın

zamanda Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada yeni tanı almış kanser hastaları içinde siyahi kadınların, siyahi ve beyaz erkekler ile beyaz kadınlardan çok daha düşük oranda psiko-onkoloji servisine yönlendirildiği saptanmıştır (3).

1.1. Kansere Uyum ve Cinsiyet

Kanser hastaları içinde kadınların daha fazla fiziksel belirti yaşadığını ve genel fiziksel işlevselliklerinin daha kötü olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur (4, 5). Ayrıca kanserli kadınların emosyonel iyilik halinin daha düşük olduğu, daha fazla depresif belirtiler, anksiyete ve hastalıkla ilgili stres yaşadığı; kısaca daha olumsuz psikolojik belirtiler gösterdiği saptanmıştır (5). Şunu belirtmek gerekir ki anksiyete ve depresyon için olan bu cinsiyet farkı sağlıklı erişkinler için de geçerlidir. Kanser olmayan kadınlar da bu psikiyatrik problemlerden daha çok etkilenmektedir (6). Başka çalışmalarda ise erkeklerin kanserle ilişkili olarak daha kötü yönde etkilendiği gösterilmiştir. Kolorektal kanser hastalarında yapılan bir çalışmada erkekler, kadın hastalara kıyasla daha çok stres, çaresizlik hissi ve zihinlerinden atamadıkları olumsuz düşünceler yaşadıklarını belirtmişlerdir (7). Diğer bir çalışmada da benzer şekilde, erkek kanser hastalarının, yaş ve kanserin evresi kontrol edildiğinde de günlük etkinliklerde daha fazla kısıtlılık yaşadıkları ve sosyal desteklerinin daha az olduğu saptanmıştır (8). Kadınların daha etkin baş etme becerileri sergilemesi ve daha geniş sosyal ağlarının oluşunun bu sonuçlarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (7, 8). Bazı çalışmalarda cinsiyet farkının semptom spesifik olduğu gösterilmişken bunu desteklemeyen çalışmalar da vardır. Sonuç olarak cinsiyetin kanser ile ilişkili psikolojik uyum üzerine etkisi ile ilgili yapılmış çalışmaların sonuçları tutarlı değildir (4).

Bright ve Stanton yazılarında cinsiyetin kansere uyuma etkisi konusuna teorik kuramlar üzerinden açıklamalar getirmeye çalışmışlardır. **Sosyal rol** kuramına göre cinsiyet ile ilişkili toplumsal kalıp yargılar ya da inançlar çok küçük yaşlardan itibaren oluşmaya başlar; kişinin davranışlarını, sorumluluk algılarını ve beklentilerini şekillendirir. Geleneksel olarak kadının birincil görevi evdeki sorumlulukları yerine getirmekten erkeğin birincil görevi ise dışardaki sorumlulukları üstlenmektir (4). Sorumluluklardaki bu farklılıklar kanser tanısı alındığında da kendini gösterir. Kanser tanısı alan kadınlar, kendilerinin bakım görmeye gereksinimleri varken ailedeki yaşlılara ya da çocuklarına bakım vermeyi sürdürmeye çalışırlar. Erkek hastalar açısından baktığımızda ise kanser tedavisi sırasında ya da sonrasında erkeklerin daha çok çalışmayı sürdürdüğü gösterilmiştir (9). Bu örnekler, kanser tanısı almış kadın ve erkeklerin en çok hangi konularda zorlandıklarını ayırt etmemiz açısından bizlere fikir verebilir (4).

Daha geniş bir çerçeveden kansere uyum sürecinde sosyal rollerin etkisine bakacak olursak, erkeklerin başarı odaklı olarak sosyalleştiği ve daha çok bağımsız ve güçlü olma yönünde motivasyonlarının olduğu, kadınların ise toplumsal bir yönelimle sosyalleştiği ve daha açıklayıcı, uzlaşıcı ve duygusal oldukları unutulmamalıdır (10). Sosyal roller ve davranışsal beklentilerdeki bu farklılıklar kanser gibi kronik hastalıklara uyum sürecine de etki eder (4). Özellikle hastalık ile ilgili belirtiler toplum tarafından kabul edilen cinsiyet rolleri ile çatıştığında tedaviye uyum da kötü olabilir. Hastalık; zayıflık, beden üzerinde kontrolü kaybetme ve üretken hayattan uzaklaşma gibi çağrışımları nedeniyle erkek sosyal rolü için bir tehdit gibi algılanabilir (4, 11). Prostat kanseri özelinde bununla ilgili ayrıntılar yazının devamında sunulacaktır. Sosyal roller kadınların kansere uyumunu da etkiler. "Kadınlık" kavramı ile de hastalıklar çatışabilir. Bu konuda en çok

çalışılan örneklerden biri olan meme kanseri ile ilgili ayrıntılar yazının devamında ayrı bir başlık olarak sunulacaktır. Kadınlar toplumsal olarak paylaşarak sosyalleşirler. Diğerleri ile ilişkilerine özen gösterirler (10). Kadınların bakım verme ile ilgili sorumlulukları kansere uyumlarını bozabilir (4). Ülkemizde de özellikle yaşlıların bakımında kız çocukları ve gelinlerin yerinin büyük olduğu göz önünde bulundurulduğunda bizim toplumumuzdaki kadınların kanser hastası olmaları ailedeki bu rolle çatışmaktadır (12). Ancak bakım verici rolün getirdiği bazı avantajlar da mevcuttur; kadınlar sağlık sistemi ile daha yakından ilişkili ve bu konularda daha bilgili olabilirler (13). Kadınların bakım verme sorumluluğu kendi iyiliklerini ikinci plana itmelerine neden olabilir ama sağlık sistemi ile ilişkileri doğru zamanda tanı almalarını sağlayabilir (4). Kadınların kansere uyumunu bozan diğer önemli bir durum ise annelik sorumluluklarıdır. Meme kanseri olan genç kadınların yaşlı kadın hastalara kıyasla daha kötü fiziksel ve psikolojik uyum göstermesinde gençlerin hem annelik sorumluluklarını yerine getirmek hem de kanser ile baş etmeye çalışmak ile ilgili zorluklarının payı büyüktür. Ebeveynlik ve kanser ile ilgili olarak literatürde çalışma azdır ve çalışmaların çoğu meme kanseri olan anneler üzerinedir (14).

Tarihsel olarak daha önce de belirtildiği gibi hastalığa uyum sağlama sürecinde erkekler daha “çok etkin olma, bağımsızlık ve öz denetim” ile ilişkili iken kadınlar daha çok “paylaşımlar yapma” ile ilişkili bulunmuştur. Ancak son dekatlarda, bağımsızlık ve kendi başarısına odaklı olma hali açısından cinsiyetler arasındaki fark giderek azalmaktadır (4, 15). Etkin olma hali fiziksel egzersiz, sağlıklı diyet gibi sağlıklı davranışlarla da ilişkilidir (16). Bu nedenle hem kadınlarda hem de erkeklerde prostat ve meme kanserine iyi uyum sağlama ile ilişkili bulunmuştur (17, 18).

Hasta rolü kuramına göre, hasta rolünü üstlenmek ve tıbbi kaynaklardan ya da kendi sosyal ağlarından bakım almak kadınlar için erkeklere kıyasla daha kolaydır (19). Kanser için bu kuramı destekleyen kanıtlar yeterli değildir; çalışmaların sonuçları tutarlı olmamıştır (20, 21). Bazı çalışmalar erkeklerin tıbbi yardım arayışını geciktirdiğini ve kanser taramalarını yaptırmadığını göstermektedir (22). Prostat kanseri hastaları gibi testis kanserinde de erkeklerin tanı arayışını geciktirmelerinin sebebi güçsüz görünmek ve erkekliklerini yitirmek korkusu olabilir (23). Tanı gecikmesinin diğer bir sebebi de transaksiyonel stres kuramında anlatılacağı gibi erkeklerin düşük risk algısı ile ilişkili olabilir. Ancak tekrar belirtmek gerekir ki tanı gecikmesi çok etkenlidir. Hasta kadar doktor kaynaklı da olabilir. Irk, etnisite, sosyal güvence durumu, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum diğer etkenler arasında sayılabilir (4).

Lazarus'un **transaksiyonel stres kuramı** birey, olay ve çevre arasındaki etkileşimin önemini vurgular. Stresin kavramsallaştırılmasında ana öğeler, olay ile ilişkili olarak ortaya çıkabilecek olan olası zarar ya da yararlar ve olayın kontrol edilebilirliği ile ilgili *bilişsel atıflar* ve bunlarla *baş edebilme süreçleridir*. Olayın kendisinden öte bireyin olaya dair atıfları, olaya yönelik yanıtlarını şekillendirir. Atıflar ve baş etme süreçleri birbirlerini etkiler (24). Kadınlar genel olarak stresörleri erkeklere kıyasla daha şiddetli olarak algırlar ve bu durum kanser hastası ya da bakım veren olduklarında da davranışlarına yansır (4). Kanserle baş etmeye çalışan çiftleri kapsayan bir metaanaliz, kanser hastası ya da bakım vereni olmasına bağlı olmaksızın kadınların erkeklerden daha fazla stres yaşadığını ortaya koymuştur (25). Kanser hastası ya da bakım vereni olarak yaşanan streste cinsiyetle ilgili diğer süreçler de etkin olabilir. Örneğin kadın bakım verenlerden geleneksel kadın rolüyle daha büyük destek sağlanması

bekleniyorsa kadın bakım verenin daha büyük stres hissetmesi beklenebilir. Kadın kanser hastasının stresi diğerleri ile ilgilenmeye devam etmesine yönelik beklentiler nedeniyle daha fazla olabilir (4). Baş etme süreçleri ile ilgili olarak bakıldığında sağlıklı popülasyonlarda genel olarak erkeklerin sorun odaklı baş etme yöntemlerini kullandıkları, kadınlara kıyasla emosyon odaklı ve kaçınma yöntemlerini daha az kullandıkları düşünülmektedir (26). Kanser hastaları ile ilgili yapılan çalışmalar ise yeterli değildir. Metastatik olmayan akciğer kanserli hastalarda yapılan yakın tarihli bir çalışma hem kadınlarda hem de erkeklerde en sık kullanılan baş etme yönteminin dini olarak başa çıkma olduğunu saptanmıştır. Bu çalışmada erkekler şakaya vurma (mizah) ve geri durmayı daha fazla kullanmıştır (27). Kanserle ilgili konuşurken “mizah”ı kullanmak dikkatin duygusal konulardan uzaklaşmasını sağlamak açısından erkeklerin daha çok kullandığı bir yöntemdir. Ayrıca “ölümle dalga geçmek” erkekler tarafından “erkeklığın özelliklerine” uygun görülmektedir (11). Hasan ve arkadaşlarının çalışmasında kadın hastalarda depresyon, inkâr ve davranışsal olarak boş verme ile; anksiyete ise pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, davranışsal olarak boş verme ve duygusal sosyal destek kullanımı ile korele bulunmuştur. Erkek hastalarda depresyon ile zihinsel boş verme, duygusal sosyal destek kullanımı ve yararlı sosyal destek kullanımı arasında; anksiyete ile ise zihinsel boş verme, duygusal sosyal destek kullanımı arasında korelasyon saptanmıştır (27).

Taylor’ın **yaklaşım ve dostluk** kuramına göre bazı insanlar, çoğunlukla da kadınlar stres karşısında “kaç ya da savaş” yanıtından daha farklı davranışlar sergileyebilirler. Oksitosin ile ilişkili olarak stres karşısında özellikle gelecek kuşaklara yönelik bakım verme ve ilişkileri geliştirmeye yönelik davranışlara yoğunlaşma gibi etkinliklerde artış görülebilir (28). Genel

olarak destek gruplarında kadın hastaların daha katılımcı ve destekleyici olması bu kuramı destekler niteliktedir (4).

Sonuç olarak kanser tanısı hem erkekler hem de kadınlar için stres yaratıcı bir durumdur. Tanı sonrasında oluşabilecek psikososyal zorluklarla baş etme açısından tedavi ya da destek sağlamak önemlidir. Beden imgesi ya da cinsel işlevsellik gibi konularda cinsiyete özel girişimler yapılması kansere ve tedaviye uyumu artırabilir (4). Bir metaanaliz psikososyal girişimlerden erkek kanser hastalarının daha çok yarar gördüğünü göstermiştir (29). Bu sonuç erkeklerin daha kısıtlı bir sosyal ağdan beslenmeleri ile ilişkili olabilir (4).

Daha önce de belirtildiği gibi bazı organlar üretkenlik ve cinsellik ile “kadınlık” ya da “erkeklik” için bir tehdit olarak algılanır. Tanının kendisi, uygulanan cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ya da farmakoterapiler hastalar için sembolik anlamda “kadınlığın” ya da “erkekliğin” alınması anlamı taşıyabilir.

1.2. Meme ile Beraber Kadınlığı Kaybetme Korkusu

Gelişen cerrahi teknikler ve meme koruyucu cerrahilere rağmen şu bir gerçektir ki bu süreçte yara izleri ve memenin şeklinde değişiklikler ortaya çıkmaktadır (30). Memenin kadınlık ve cinsellikle ilgili sembolik anlamları nedeniyle meme kanserinin neden olduğu organ kaybı, hastaların beden imgesi algılarında ve dolayısıyla psikolojik durumlarında olumsuz etkilenmelere neden olmaktadır (30, 31). Beden imgesi algısı bebeklikle başlayıp şekillenen çok boyutlu bir psikolojik bir süreçtir. Bedenin görünümü ve işleyişi ile ilişkili olumlu ve olumsuz algılar, bilişler, çevreden alınan mesajlar ve tepkilerle pekişen ve gelişen bir psikolojik süreçtir (31, 32). Meme kanseri olan kadınlarda tedavi ve özellikle mastekomi sonrasında bedenlerini hasarlı ve biçimsiz

olarak tanımlama sıklığıdır. Bedenlerindeki değişikliklerle beraber kendi bedenlerinden uzaklaşma ve benliklerini yitirmiş gibi hissetme görülebilir (33). Dümdüz “tahta gibi” olan göğüs bölgelerini bakılmayacak derecede çirkin bulup kendilerini bir “canavar” gibi görebilirler. Memelerinin alınması ile birlikte kadınlık kimliklerini de kaybetmiş gibi hissedebilirler. Çocuklarını emzirerek besleyecekleri ya da besledikleri memelerini kaybetmek sembolik olarak kadınlık / anneliklerini de kaybetmeleri anlamına gelir (30). Yapılan çalışmalarda, genç hastalar gibi meme kanseri olan yaşlı kadınların da beden imgeleri ile ilgili düşünce uğraşlarının olduğu ve bu sorunların tedaviden yıllar sonra da onları etkilediği gösterilmiştir. Tanı aldıkları sırada postmenopozal dönemde olanların daha az etkilendiği saptanmıştır. Genç meme kanseri hastalarında depresyon yaşlı hastalara kıyasla daha sık görülmektedir. Bedenlerine yönelik duygusal yatırımı yüksek olan kadınlar ve mastektomi geçirenler psikiyatrik açıdan daha olumsuz etkilenirler. Saç kaybı, saç yapısının değişimi, memelerin asimetrik oluşu ve kas kütlesindeki kayıplar gibi fiziksel değişimleri saklamak için protezler kullanılabileceği gibi bazı hastalar tamamen sosyal hayattan kaçınabilirler (33). Hastaların kendilerini evlerine kapatması maalesef onlara iyi gelecek olana sosyal destekten de mahrum kalmalarına neden olur (30). Eş ve sosyal çevreden görülen destek, hastalığa uyum sağlama ve psikiyatrik sonuçlar açısından çok önemlidir. Psikoterapi ile beden imgesi algısı üzerine çalışılması olumlu sonuçlar vermektedir (33).

Memenin kaybı cinsel birliktelik sırasında da hastaların kendilerini güvensiz hissetmelerine cinsellikten uzaklaşmalarına neden olabilir. Bazı kanser hastası kadınlar meme kanseri sonrasında kendilerini gerçek bir eş olarak göremediklerini belirtmişlerdir (30).

Bazı kadınlar için memenin kaybı yaşama devam edebilmek için feda edilebilecek bir bedeldir. Onlara sağlıklı olmak için ikinci bir şans verilmiştir. Bu düşünceye sahip olan kadınlarda yara izleri sağlıklı olmanın, kansersiz olmanın bir göstergesi olarak algılanıyorken bazı kadınlar için bu izler “ölüm riskini” sembolize etmektedir. Yara izleri onlar için kanserli olduklarının hatırlatıcılarıdır (30).

Hastalığın ilk dönemi sonrasında hastaların bir kısmı psikolojik açıdan yeni bir döneme girip kadınlık algılarını yeniden şekillendirirler. Genelde bu döneme denk gelen rekonstrüksiyon ameliyatları ile ideallerindeki bedene ulaşmaya çalışırlar. Kayıplarının yasını tuttuktan sonra bir bütünlük algısı içinde memesini kaybetmiş ama sağlığına kavuşmuş olmanın uzlaşısı gerçekleşir. Beden ile zihin barışır. Tabi ki bu aşamalar her hasta için bu şekilde olamamaktadır (30).

1.3. Prostat Kanseri Özelinde Kansere ve Erkeklik Kaybı Korkuları

Erkeklerde de prostat kanseri tanısıyla birlikte özsaygı, erkeklik ve beden algısı etkilenebilmektedir. Özellikle ataerkil geleneksel yapıya daha bağlı erkeklerin prostat kanseri tanısıyla daha fazla psikiyatrik sorunlar yaşadığı gösterilmiştir (34). Bowie ve arkadaşlarının niteliksel çalışmaları değerlendirdikleri derlemelerinde “erkek(s)i”lik (maskülenlik) “beden imgesi” ve “özsaygı” başlıklarının altında hastaların belirttiği 31 tema saptanmış, bu temalar da kronolojik olarak “prostat kanseri hastası olmak” ve “prostat kanserinden sağ kalan olmak” başlıkları altında yeniden düzenlenmiştir. Prostat kanseri hastası olmak başlığı altında ortaya çıkan temalar “erkekliğe tehdit”, “bedensel işlevlerdeki değişiklikler”, “tedaviler nedeniyle oluşan değişiklikler” ve “utanç”tır. Erkeklerin “doğal, spontan ve engellenmeyen” cinsel işlevlerinin olması gerektiği yönündeki ön kabul

nedeniyle hastaların tanı almakla beraber erkeklik algılarında değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bedenlerindeki kayıpların farkına varmalarıyla beraber de beden imgelerinde değişim ve benlik saygılarında azalma olabilmektedir. Kendilerini eksik gibi görebilirler. İnkontinans kaygısı hayatlarında büyük bir kısıtlanmaya neden olabilir. Daha önce kendilerini yenilmez gibi görüyorken artık kısıtlanmalarına neden olan bir beden zayıflıkları vardır. Bir seçim yapmaları gerekir; ya sağlıkları pahasına geçmişteki hayatlarını sürdürmeye çalışacaklardır ya da kendilerinin yeni erkeklik hallerini kabul edeceklerdir. Hastalığı kabul etmekle ilgili sorunlar özellikle tanıyı yeni almış ve ataerkil kültürün baskın olduğu hastalarda gözlenmektedir (11). Yapılan çalışmalarda, radikal prostatektomi gibi uygulamalar sonrasında hastalar “erkekliklerinin bir kısmını kaybetmiş” gibi hissettiklerini belirtmişlerdir (35). Tedaviler sonrasında hastalar kendilerini “cinsellik açısından işe yaramaz” olarak tanımlamakta ve hem libido hem de işlev kaybının kendilerinde stres yarattığını bildirmektedirler. Bazı hastalar sağ kalım süresini kısaltsa bile cinsel işlevlerini öncelemekte ve ona göre tedavi tercihi bulunabilmektedir. Androjen deprivasyon tedavisi sonrasında hastalar, jinekomasti, daha duygusal olma ya da daha çok ağlama gibi durumlar nedeniyle “bir kadına döndüklerini” belirtmişlerdir. Hastalar genelde yaşadıkları cinsel işlev sorunlarını partnerleri ya da doktorları ile konuşmaktan kaçınırlar. Sağlık çalışanlarının da cinsellikle ilgili konuları kendiliğinden sormaması ya da konuşmaması bu kaçınma davranışını pekiştirir. Bazen hastalar erektil disfonksiyonları ile ilgili olarak cerrahları ya da diğer doktorları suçlayabilirler. Uygun testlerin zamanında yapılmaması ve buna bağlı olarak yeterince erken tanı konulamamış olması bu suçlamalardan biridir. Ayrıca çalışmalarda, klinisyenlerin cinsel yan etkiler ya da hastaya daha uygun olabilecek diğer tedavi seçenekleri

hakkında bilgilendirmemiş olması nedeniyle hastanın tedavisinde “doğru tercihi” yapamamış olması gibi ifadelerle de karşılaşılmıştır (11).

Zaman içinde hastalar yeni hayatlarına uyum sağlamaya başlar. Hastaların “erkeklik” tanımlamalarındaki değişiklikler, prostat kanserinin kendi bedenlerinde neden olduğu değişimlere rağmen kendilerini erkek olarak hissetmelerini sağlar. Hastalığın bu döneminde “cinsel işlevleri geri kazanma”, “ilişkileri gözden geçirme”, “erkeklğini yeniden kabul etme” ve “özgüveni yeniden kazanma: akıl hocası olma” gibi yeni durumlar oluşmaktadır. Artık hastalığını konuşmaktan utanan bir erkek değil, diğer hasta erkeklere yok gösteren bir örnek olmaya başlarlar. Bu dönemde erkeklik tanımı hastalar için daha esnek bir hal aldığça hastalar yeni hayatlarıyla uyum sağlar ve daha mutlu olmaya başlarlar (11).

Hastalar cinselliklerini geri kazanmak için bazı yardımcı yöntemlere başvurabilirler. Bu yöntemlerin bazılarının işe yaramaması ya da ağrıyla sonuçlanması kullanılmamalarına neden olabilir. Ayrıca hastalar cinsellekle ilgili davranışlarında değişiklikler yaparak cinsel hayatta aktif kalabilmeyi sağlayabilirler. Hastaların erkekliklerini geri kazanmada önem verdikleri özelliklerden birisi “kontrol”dür. Gelecekleri ile ilgili kontrolü geri kazanabilmek için hastalıkları ile ilgili olabildiğince çok bilgi edinmeye çalışırlar. Bazıları bu kontrolü sağlamak için fiziksel etkinlik, diyet ve bedensel değişikliklere dikkat etme gibi sağlıkla ilgili davranışlarda artış sergileyebilirler (11).

Prostat kanseri hastalar için diğer önemli bir konu ise beden imgesidir. “Tanı ya da tedaviler sonucu ortaya çıkan işlevsellikteki değişiklikler” ile “bedenlerine karşı diğer kişilerin gösterdiği tepkilerdeki değişiklikler” hastalar tarafından dile getirilen şikayetlerdir. Yorgunluk ve üriner inkontinans gibi fiziksel değişiklikler ile görüntülerindeki değişiklikler erkeklerin bedenlerini eksik

ve bir utanç kaynağı gibi hissetmelerine neden olabilir. İşlevsel olarak çok kısıtlanmayanlar bile prostatlarının alınmış olması nedeniyle bedenlerinin tam olmadığını hissedebilirler. Bazıları skarlar nedeniyle rahatsızdır. Özellikle androjen deprivasyon tedavisi gören hastalar bedenlerinin kendi bedenleri olmadığını hissettiren fiziksel değişiklikler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Beden imgesi sadece görüntülerinde değişiklik gözlemleyenlerin değil işlevsel olarak kayıp yaşayanların da sorunudur (11).

Sağlık hizmetleri ile sık zaman geçirmenin sonucunda erkekler bedenlerinin hakimiyetini yitirmiş gibi hissedebilirler. Bedenlerine dokunulmasına ya da ellenmesine izin vermeleri erkeklerde mahremiyet kaybı, utanç ya da kırılma hissi yaratabilir. Özgüven kaybı ve utanç hastalarda depresyon gelişmesi ile ilişkili bulunmuştur. Belirtilerin kendisi ve bu belirtiler nedeniyle sosyal ortamlara katılmama, evden ayrılamama hastalarda utanç kaynağı olabilir. Eskisi gibi cinsel yönden aktif olmamak da diğer bir utanç sebebidir. Bu durum eşleri ile ilişkilerini de etkileyebilir. Rektal muayeneler de hastaların utanmalarına neden olabilir. Özellikle bazı erkekler rektal girişimleri homoseksüellik ile ilişkilendirebilir ve bu muayeneleri tecavüz gibi algılayabilir (11).

Destek grupları özgüveni geri kazanmak açısından önemlidir. Eski hastaların desteği ile diğerlerinin kendi sağlıklarına önem vermesi, takiplerine devam etmesi açısından ikna olduklarını görmek onlar için büyük bir doyum kaynağı olabilir (11).

Çalışmalardan, prostat kanseri tanısı konduğunda hastalık ve tedaviler nedeniyle hastayı bekleyenler açısından doktorların yeterince bilgilendirme yapmadığı, cinsellikle ilgili konularda hastalara gereken desteği sunmadığı anlaşılmaktadır. Prostat kanseri açısından

yardım arayışında bulunmak, tedaviye başvurmak ve sürdürmek açısından en önemli engel geleneksel erkeksi (maskülen) düşünce yapısı olduğu unutulmamalıdır. Halk sağlığı açısından bu konuda kampanyalar düzenlenmesi gerekmektedir (11).

1.4. Eşler arası ilişki, Cinsellik ve İnfertilite

Bakım verenler arasında eşler, akraba ya da arkadaş gibi diğer bakım verenlere kıyasla daha fazla stres ve bakım veren yükü yaşarlar. Duygusal ve fiziksel yakınlık ile infertilite ile ilgili konular eşleri daha özel bir konuma taşımaktadır (36).

Genel olarak çalışmalar, çiftlerin çoğunluğunun kanser ile iyi uyum sağladığını göstermektedir

(36). Ancak bu konuda yeterli sayıda ve ayrıntıda çalışma olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır. Kanser, çiftlerin yakın ve özel ilişkilerini derinden etkileyebilir. Hastalar ve eşleri hem kendilerinin hem de diğerinin duyguları, istekleri ve korkularıyla ilgilenmek zorunda kalırlar. Yorgunluk, cinsellik, infertilite, iş kaybı ve ölüm olasılığı gibi konular her iki tarafı da etkiler (36).

Kanser ve tedavileri kadın cinselliğini fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarda etkiler. Fiziksel açıdan, kadınlar cinsel uyarımda azalma, disparoni, kuruluk ve bazı vajinal değişiklikler bildirmektedir. Psikolojik açıdan bakıldığında beden imgesinde ve kendiliğın cinsellikle ilgili parçasında olumsuz değişiklikler, kadınlığını yitirme ve cinsel performansla ilgili kaygılar ön plandadır. Sosyal boyuttaki sorunlar ise önceki cinsel rolü sürdürmedeki zorluklar, partnerinden duygusal olarak uzaklaşma ve partnerinin cinsel ilgisinin azaldığına yönelik algı şeklinde sıralanabilir. Cinsellikle ilgili sorunlar sadece jinekolojik kanserlerde görülmez. Eşler de bakım verici olma rolü üstlerindeyken ve eşleri kanser hastasıyken eşlerini cinsel partnerleri olarak göremeyebilirler (36).

Partnerleri emosyonel olarak ulaşılabilir durumdaysa ve cinsel olarak onlara ilgi göstermeye devam ediyorsa kadın kanser hastalarının cinsellik açısından daha iyi uyum gösterdiği saptanmıştır (37). Çiftlerin cinsellikle ilgili kaygıları ve istekleri ile ilgili birbirleri ile etkin bir şekilde konuşabilmeleri çiftlerin bu sorunu başarılı bir şekilde aşmalarını sağlayabilir (36). Bu kadar hassas bir konuda yanlış anlaşılmaların önüne geçilmesi için etkili iletişim tekniklerinin kullanılması gerekmektedir. Maalesef hastalar sağlık çalışanlarından da cinsellikle ilgili sorunları ile ilgili yeterli bilgi alamamaktadır. Doktorların cinsellikle ilgili konuları kendiliğinden amaları genelde nadir bir durumdur. Hastalar dile getirmeden bu konularda bilgilendirme yapılmamakta, hastaların olası şikayetleri sorulmamaktadır (38). Kısaca cinsellik kanser hastaları için karşılanamamış bir gereksinim olarak varlığını sürdürmektedir (36).

Doğurganlık çağındayken kanser tanısı alan kadınlar için infertilite de önemli bir konudur. ocuk sahibi olmak pek çok kadın için önemli bir hayat amacıyken bazı evliliklerin de temelini oluşturmaktadır (36). Hematolojik kanserleri olan 20-39 yaş arası hastalarda yapılan bir çalışmada en çok tanımlanan belirsizlik hali infertilite olmuştur ve kadın hastalar erkeklere kıyasla bunu daha çok dile getirmiştir (39). Histerektomi ve ooferektomide meme kanseri gibi dıştan görünen bir organ kaybı yoktur ancak kadınlıkla ilişkili yansımalar belirgindir. Ooferektomi ve/veya histerektomi ortaya çıkan infertilite ile beden imgesi algısını doğrudan etkiler. Kanser nedeniyle infertil kalan kadınlarda suçluluk, yetersizlik, çaresizlik ve kızgınlık görülebilir (31). Kadın hastalar infertil olmaları halinde gelecekteki partnerlerinin onları istememe olasılıklarından korkarlar. Bazı hastalar bu nedenle aile kurmakla ilgili gelecek planlarından vazgeçerler. Panjwani ve arkadaşlarının çalışmasında

öne çıkan diğerk bir bulgu ise daha genç olan 20-29 yaş arasındaki kadınların erken menapoza girme riskleri nedeniyle hissettikleri içten (kendilerinden kaynaklanan) ve dıştan (diğerklerinden gelen) gelen çocuk sahibi olmaları yönündeki baskı ve kendilerini anne olmaya hazır hissetmeme halidir (39). Bu çalışmada hem genç kadınlar hem de genç erkekler bu konudaki bilgilendirmenin akıllarındaki soru işaretlerini gidermede yardımcı olabileceğini belirtmiştir (39). Çalışmalar sağlık çalışanlarının doğurganlık ve olası doğurganlığı koruma yöntemleri ile ilgili hastaların yeterince bilgilendirilmediğini göstermektedir.

Ailesel kanser sendromu tanısı alan bireylerin de aile kurma ile ilgili planları etkilenebilir, çocuk sahibi olma ile ilgili kararları ertelenebilir ya da bu karardan vazgeçebilirler. Tedaviler sonucu ortaya çıkan infertilite de hastaları etkileyebilir. Genelde bu ailelerde kanserden ölümler olduğu için aile bireyleri, sendrom tanısı almadan önce aile kurma ya da çocuk sahibi olma konularını düşünmüş olabilirler. Yakın tarihte Almanya'da yapılmış bir çalışmada 18-39 yaş arasındaki ailesel kanser sendromu olan kadınların % 56'sının çocuk sahibi olmayı istediğı saptanmıştır. Bekleneceğı şekilde mutasyonu olup kanser tanısı almamış olanların çocuk isteğinin kanser tanısı alanlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir (40).

Kanser ve tedavisinin evliliklerin sonlanmasına neden olabileceğı düşünülebilir ancak büyük çalışmalar bu tahmini pek de desteklememektedir (36). Yalnız bu konuda kadın hastaların daha olumsuz etkilendiğı söylenebilir. Serviks kanseri ile mücadele eden çiftlerin kanser hastası olmayan çiftlere kıyasla daha çok boşandıkları gösterilmiştir (41). Bu durum cinsel sorunlar ve olası infertilite ile ilişkili olabilir. Yeni meme kanseri tanısı almış kadın hastalar ve eşlerini içeren bir çalışmada ise çiftlerin önemli bir çoğunluğu kanser tanısı

sonrasında birbirlerine daha çok yakınlaştıklarını bildirmiştir (42). Eşlerin bu zorlu süreci daha kolay atlatabilmeleri için iletişim becerilerini geliştirmeleri, çift olarak baş etme yöntemlerini kullanmaları ve sorun çözme becerilerini geliştirmeleri gibi psikososyal girişimler uygulanabilir (36).

1.5. LGBTQ+

Lezbiyen, gey, biseksüel, trans, queer ve cinsiyet çeşitliliği (LGBTQ+) olan bireyler pek çok alan gibi psiko-onkoloji alanında da az araştırılmıştır. Var olan kanıtlar kanserli LGBTQ+ bireylerin psikiyatrik durumunun diğer kanser hastalarına kıyasla daha olumsuz olduğunu göstermektedir. Bu farklılığın nedeni ayrıntılı olarak anlaşılabilmiş değildir. Maruz kaldıkları genel ayrımcılık ve kanserle ilgili bakımı yetersiz almaları daha kötü sonuçlar göstermelerinin nedeni olabilir. Kalıp yargılar, damgalanma ve ayrımcılık LGBTQ+ kanser hastalarının sağlık hizmetleri almasında da kendini göstermektedir. Tanıları ya da tedavileri gecikebilmektedir. Dikotomik cinsiyet tanımlamalarının olduğu hastanelerdeki soyunma odaları, servisler, tuvaletler, destek grupları LGBTQ+ bireylerin kendilerini dışlanmış olarak hissetmelerine neden olmaktadır (43). Damgalanmanın önüne geçebilmek için sağlık çalışanları cinsiyet çeşitliliği konusunda eğitilmelidir. Klinisyenlerin kendilerinin bu konudaki olası ayrımcı tutumlarının farkına varacak düzeyde içgörü geliştirmeleri sağlanmalıdır. Bu alanda yapılacak daha ayrıntılı çalışmalara ihtiyaç vardır.

1.6. Akılda Kalanlar:

- Özellikle hastalık ile ilgili belirtiler toplum tarafından kabul edilen cinsiyet rolleri ile çatıştığında tedaviye uyum da kötü olabilir

- Kanser hastalarının cinsellik ve olası fertilitte koruma yöntemleri ile ilgili konularda karşılanmamış bir gereksinimi mevcuttur. Bu konuda çalışanlar hastalara daha açık ve net bilgiler vermelidir.
- Meme kanseri tanılı kadınlardan premenapozal dönemdeyken tedavi görmüş olan, bedenlerine yönelik duygusal yatırımı yüksek olan ve mastektomi olan kadınlar psikiyatrik açıdan daha olumsuz etkilenirler.
- Prostat kanseri açısından yardım arayışında bulunmak, tedaviye başvurmak ve sürdürmek açısından en önemli engel geleneksel erkeksi (maskülen) düşünce yapısı olduğu unutulmamalıdır
- Sembolik olarak kadınlık ya da erkeklikle daha ilişkili olduğu düşünülen organların kanserlerinde hastalar hastalığa uyum sağlarken zihinlerindeki cinsiyet algıları da yeniden şekillenir.
- Kanser hastaları içinde LGBTQ+ bireylerin psikiyatrik durumu daha kötü olmaktadır.

Çıkar Çatışması: Yoktur

KAYNAKLAR

1. Mauvais-Jarvis F, Bairey Merz N, et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet*. 2020;396(10250):565-82.
2. Loscalzo MJ. Introduction to gender in psycho-oncology. In: Kim Y, Loscalzo MJ, editors. *Gender in psycho-oncology*. New York, NY Oxford University Press; 2018. p. 1-8.
3. Aburizik A, Brindle M, Johnson E, et al. Black women's distress matters: Examining gendered racial disparities in psycho-oncology referral rates. *Psychooncology*. 2023;32(6):933-41.
4. Bright EE, Stanton AL. Theoretical Perspectives on Gender and Gender- Related Processes in Adjustment to Cancer. In: Kim Y, Loscalzo MJ, editors. *Gender in psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 2018. p. 11-26.

5. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *J Psychosom Res.* 2007;63(1):17-26.
6. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry.* 2000;177:486-92.
7. Goldzweig G, Andritsch E, Hubert A, et al. How relevant is marital status and gender variables in coping with colorectal cancer? A sample of middle-aged and older cancer survivors. *Psychooncology.* 2009;18(8):866-74.
8. Greimel ER, Padilla GV, Grant MM. Gender differences in outcomes among patients with cancer. *Psychooncology.* 1998;7(3):197-206.
9. Mehnert A. Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2011;77(2):109-30.
10. Eagly AH, Wood W. Explaining Sex-Differences in Social-Behavior - a Meta-Analytic Perspective. *Pers Soc Psychol B.* 1991;17(3):306-15.
11. Bowie J, Brunckhorst O, Stewart R, et al. Body image, self-esteem, and sense of masculinity in patients with prostate cancer: a qualitative meta-synthesis. *J Cancer Surviv.* 2022;16(1):95-110.
12. Kuman Tuncel O, Elbi H. Turkey. In: Burns AS, Robert P, editors. *Dementia care : international perspectives.* First ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
13. Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res.* 2008;20(2):91-102.
14. Semple CJ, McCance T. Parents' experience of cancer who have young children: a literature review. *Cancer Nurs.* 2010;33(2):110-8.
15. Spence JT, Buckner CE. Instrumental and expressive traits, trait stereotypes, and sexist attitudes - What do they signify? *Psychol Women Quart.* 2000;24(1):44-62.
16. Danoff-Burg S, Mosher CE, Grant CA. Relations of agentic and communal personality traits to health behavior and

- substance use among college students. *Pers Individ Differ*. 2006;40(2):353-63.
17. Helgeson VS, Lepore SJ. Men's adjustment to prostate cancer: The role of agency and unmitigated agency. *Sex Roles*. 1997;37(3-4):251-67.
 18. Piro M, Zeldow PB, Knight SJ, et al. The relationship between agentic and communal personality traits and psychosocial adjustment to breast cancer. *J Clin Psychol Med S*. 2001;8(4):263-71.
 19. Nathanson CA. Sex roles as variables in the interpretation of morbidity data: a methodological critique. *Int J Epidemiol*. 1978;7(3):253-62.
 20. Baider L, Perez T, De-Nour AK. Gender and adjustment to chronic disease. A study of couples with colon cancer. *Gen Hosp Psychiatry*. 1989;11(1):1-8.
 21. Tuinstra J, Hagedoorn M, Van Sonderen E, et al. Psychological distress in couples dealing with colorectal cancer: gender and role differences and intracouple correspondence. *Br J Health Psychol*. 2004;9(Pt 4):465-78.
 22. Davis JL, Buchanan KL, Katz RV, Green BL. Gender differences in cancer screening beliefs, behaviors, and willingness to participate: implications for health promotion. *Am J Mens Health*. 2012;6(3):211-7.
 23. Chapple A, Ziebland S, McPherson A. Qualitative study of men's perceptions of why treatment delays occur in the UK for those with testicular cancer. *Br J Gen Pract*. 2004;54(498):25-32.
 24. Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill; 1966.
 25. Hagedoorn M, Sanderman R, Bolks HN, et al. Distress in couples coping with cancer: A meta-analysis and critical review of role and gender effects. *Psychol Bull*. 2008;134(1):1-30.
 26. Matud MP. Gender differences in stress and coping styles. *Pers Individ Differ*. 2004;37(7):1401-15.
 27. Hasan EM, Calma CL, Tudor A, et al. Gender Differences in Coping, Depression, and Anxiety in Patients with Non-

- Metastatic Lung Cancer. *Cancer Manag Res.* 2022;14:2041-52.
28. Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, et al. Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychol Rev.* 2000;107(3):411-29.
 29. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns.* 2003;50(2):179-86.
 30. Sun L, Ang E, Ang WHD, Lopez V. Losing the breast: A meta-synthesis of the impact in women breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2018;27(2):376-85.
 31. Özkan S, Armay Z. *Psiko-Onkoloji: Form Reklam Hizmetleri;* 2007. 208 p.
 32. Vani MF, Lucibello KM, Trinh L, et al. Body image among adolescents and young adults diagnosed with cancer: A scoping review. *Psycho-Oncology.* 2021;30(8):1278-93.
 33. Davis C, Tami P, Ramsay D, et al. Body image in older breast cancer survivors: A systematic review. *Psycho-Oncology.* 2020;29(5):823-32.
 34. Burns SM, Mahalik JR. Physical health, self-reliance, and emotional control as moderators of the relationship between locus of control and mental health among men treated for prostate cancer. *J Behav Med.* 2006;29(6):561-72.
 35. Appleton L, Wyatt D, Perkins E, et al. The impact of prostate cancer on men's everyday life. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2015;24(1):71-84.
 36. Hagedoorn M, Revenson TA. Men caring for women in the cancer context. In: Kim Y, Loscalzo MJ, editors. *Gender in psycho-oncology.* New York: Oxford University Press; 2018.
 37. Wimberly SR, Carver CS, Laurenceau JP, et al. Perceived partner reactions to diagnosis and treatment of breast cancer: Impact on psychosocial and psychosexual adjustment. *J Consult Clin Psych.* 2005;73(2):300-11.
 38. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, et al. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A

- comprehensive review and clinical guide. *Gynecol Oncol*. 2016;140(2):359-68.
39. Panjwani AA, Marin-Chollom AM, Pervil IZ, et al. Illness Uncertainties Tied to Developmental Tasks Among Young Adult Survivors of Hematologic Cancers. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2019;8(2):149-56.
 40. Kastner AM, Kocak HK, Fischer-Jacobs J, et al. Desire for Children and Distress in Women with Hereditary Cancer Syndromes. *Int J Env Res Pub He*. 2022;19(21).
 41. Carlsen K, Dalton SO, Frederiksen K, et al. Are cancer survivors at an increased risk for divorce? A Danish cohort study. *Eur J Cancer*. 2007;43(14):2093-9.
 42. Dorval M, Guay S, Mondor M, et al. Couples who get closer after breast cancer: Frequency and predictors in a prospective investigation. *J Clin Oncol*. 2005;23(15):3588-96.
 43. Franco-Rocha OY, Wheldon CW, Osier N, et al. Cisheteronormativity and its influence on the psychosocial experience of LGBTQ plus people with cancer: A qualitative systematic review. *Psycho-Oncology*. 2023;32(6):834-45.

BÖLÜM 3

KANSER HASTALARINDA SIKLIK, SAĞ KALIM VE TEDAVİYE ERİŞİMDE SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİKLER

Prof. Dr. Işıl ERGİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ar. Gör. Dr. Handegül ÇALIŞKAN ÇEBİ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1. GİRİŞ

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER: KAVRAMSAL ARKA PLAN

Küresel sağlık eşitsizliklerinin giderek derinleşmesi nedeni ile 1977'de Dünya Sağlık Asamblesinde "Herkes için Sağlık" teması ortaya atıldı. Asamblede, dezavantajlı gruplar ve ülkelerde sağlığın iyileştirilmesi ve 2000 yılına kadar hem ülkeler arası hem de ülkelerin kendi içindeki farklı sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklarının %25 azaltılması hedefi ilan edildi (1). 1978'deki Alma Ata Deklerasyonu da sağlık eşitsizliklerini politik, ekonomik ve sosyal olarak "kabul edilemez" olarak belirledi (2). Uluslararası otoritelerin sağlık düzeyi farklılıklarını azaltmayı küresel gündemde ilk sıraya oturtma çabası, sağlık eşitsizliklerine ilgiyi artırdı. Sağlıkta eşitsizlikler alanında 1980'ler, sosyoekonomik, kültürel ve etnik farklılıkların sağlığı nasıl eşitsizleştirdiğini anlamaya yönelik teorik çalışmalar ile geçti. Sağlıkta eşitsizlik; önlenemez, sistematik, sosyal olarak üretilmiş ve adaletsiz olan sağlık farklılıkları olarak tanımlandı (3). Eğitim, gelir,

sınıfsal konum, çalıştığı iş, etnik köken, yaşadığı bölge/mahalle, yaşadığı ülke bireyin sağlığında eşitsiz bir biçimde ortaya çıkan sonuçlara yol açıyordu. Erken çocukluk döneminde hayata iyi bir başlangıç yapabilme, sağlıklı ve yeterli beslenme, uygun sağlık davranışı içinde olup riskli davranışlardan /alışkanlıklardan uzak olma, uygun hava ve ısı koşullarında yaşama, sağlıklı iş koşullarında çalışma, stres yükü gibi etmenleri harekete geçiren sosyoekonomik özellikler birey sağlığında belirleyici olmakta idi (4). Sağlık hizmetine erişimin belirleyicisi de yine bu sosyoekonomik özelliklerdi. Bu bağlamda *sağlıkta eşitlik*, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıydı. *Sağlık hizmetlerinde eşitlik ise*; eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım ve herkes için eşit kalitede hizmet demektir (3).

Bu ilkeler doğrultusunda araştırmacılar ülkelerarası veya aynı ülkedeki gruplar arasındaki sağlık farklılıklarını verilerle ortaya koyup kavramsal açıklamalar sundular (3-6). Bu çalışmalarda bireyin sağlığında hangi sosyoekonomik değişkenlerin daha yakında (proksimal/downstream), ya da daha uzakta (distal/upstream) konumlandığını politik ve sosyolojik bağlamda da tartıştılar (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2005'te Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonunu kurarak bu çabalara destek oldu (8). Oluşan bilgi birikiminin karar vericilerde farkındalık yaratması ve böylelikle küresel, bölgesel ve ulusal sağlık politikalarında eşitsizlikleri gidermeye yönelik müdahaleler gelmesi umut edildi. Ancak; akademinin ve uluslararası kuruluşların problemi tanımlamada gösterdiği hüner, ne yazık ki mücadele araçlarına ve politikalara yansımada, sağlık eşitsizlikleri her geçen gün

derinleşmeye devam etti. DSÖ bu durum için “*Sosyal eşitsizliklerin kökeninin toplumdaki sosyal ve sınıfsal yapıda bulunduğu tespitini sadece toplumdaki sınıf yapısı tamamen değiştirilerek sağlık eşitsizliklerinin azaltılabileceğine işaret etmez. Ancak şuna işaret eder ki farklı segmentler arasındaki farklılıkları azaltan girişimler sağlıkta hakkaniyeti iyileştirme olasılığı taşırlar*” (6) diyerek bu çabaların sınırlarını tanımladı.

1.1. Kanser ve Sağlık Eşitsizlikleri: Sıklık, Sağ Kalım ve Tedaviye Erişimde Durum

Sağlık eşitsizlikleri bireyin hem mortalite hem de morbidite göstergelerinde belirgin hale gelmekteydi. Bu eşitsizlikler; subjektif sağlık göstergelerinde (sağlık algısı-self-rated health) saptanabildiği gibi objektif sağlık sonuçlarında da (mortalite veya kanser insidansı gibi) ortaya konabilmekteydi (9). Kronik hastalıklar (kalp ve damar hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diyabet başta olmak üzere) yaşam boyu etkilenimlerin sonucunda ortaya çıkan hastalıklar olarak sağlık eşitsizliklerinde sıkça mercek altına alındı. Kronik hastalıklar; bireyin yeme, hareket etme, sigara içme gibi davranışsal riskleriyle nedensel ilişki içinde idi. Bu davranışsal risklerin olumsuz sosyoekonomik koşullarda ortaya çıkma ve yaşam boyu sürdürülme olasılığı yüksekti. Bu bağlamda kanserler de sıklıkla uzun erimli etkilenime işaret eden doğaları nedeni ile sağlık eşitsizlikleri açısından değerlendirilmiş ve kansere bağlı çıktılarının önemli bir sosyal gradient gösterdiği anlaşılmıştır (10). Kanserlerin gerek insidans gerek sağ kalım süresi gerekse de mortalite açısından bölgesel, ulusal ve küresel düzeyde farklılık gösterdiği bildirilmiştir (11). 2000-2019 yılları arasındaki insidans çalışmalarının incelendiği derlemede sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanan insidans eşitsizliklerinin temelinde

dezavantajlı konumdaki bireylerin yaşam biçimindeki (beslenme, alkol, sigara vb.) olumsuzlukların yattığı savunulmuştur (12). Sigara tüketimi önemli sosyoekonomik eşitsizlikler barındıran bir risk faktörü olarak özellikle erkeklerde öne çıkmaktadır. Düşük sosyoekonomik pozisyonda ve işsizlerde kullanım sıklığı artmakta (13), ve zaten pek çok sağlık özellikleri açısından olumsuz koşullarda yaşayan bu bireylerin, özellikle de erkeklerin kanser insidansında önemli bir moderatör olmaktadır (12). Kötü çalışma koşullarındaki mesleki maruziyetler, denetimden yoksun iş hayatı ve informal istihdam koşulları ve kentlerin perifer mahallelerindeki çevresel maruziyetlerle buluşma, düşük sosyoekonomik konumdaki bireylerde artmaktadır. Ülkeler arası farklara bakıldığında da o ülkede bireyin soluduğu havayı ve aldığı besinleri, çalışma hayatını ve kamusal alanları kanserojen maddelerden uzak kılan yasal düzenleme ve denetim mekanizmalarının zayıf olduğu ülkelerde kanser insidansının arttığı görülmektedir. Kolorektal kanserlerin insidansı, tanı evresi ve sağ kalım süreleri ile ilişkili sosyal belirleyiciler arasında gelir, eğitim, yaşanılan mahalle, göç durumu, sosyal destek ve sosyal ağın yer aldığı bildirilmektedir (14).

Kanser hastalarında sosyoekonomik eşitsizlikler nedeni ile ortaya çıkan sağ kalım farklılıklarında ise hastalığın hangi aşamada tanı aldığı, hastanın sağlık davranışı, eşlik eden kronik hastalıklar ve tedavi modalitelerinin etkili olabileceği belirtilmektedir (15). Bu sağ kalım farklılıklarını araştıran Akinduro ve ark. 2023'te intramedüller omurilik tümörleri (IMSCT'ler) olan hastalarda rezeksiyon sonrasında ırk ve sosyoekonomik faktörlerin 5 yıllık mortalite ile ilişkisini incelemiştir (16). 2004 ile 2017 yılları arasında IMSCT için cerrahi tedavi uygulanan 8.028 hasta değerlendirilerek tümörün

biyolojik özelliklerinden bağımsız bir şekilde çeşitli sosyoekonomik parametrelerin 5 yıllık mortalite hızı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Siyahi hastaların, erkeklerin, sosyoekonomik durumu düşük olanların ve akademik olmayan merkezlerde tedavi görenlerin önemli ölçüde daha yüksek ölüm oranları olduğu saptanmıştır. Perioperatif komplikasyonlar, uzun erimli tümör kontrolü, cerrahi sonrası uygulanan adjuvan tedaviler, rehabilitatif hizmetlere erişim ve kalitesinin sosyoekonomik özelliklerden etkilendiği bilinmektedir. Ayrıca cerrahın deneyimi ve hastanenin hizmet kalitesi de postoperatif çıktılarda anahtar rol oynamaktadır ve kaliteli hizmetlere erişim sosyoekonomik farklılıklar barındırmaktadır. Çalışmanın sonuçları bu farklılıkları doğrulamıştır (16).

1.2. Sosyoekonomik Belirleyiciler

Bu bölümde sağlığın sosyal belirleyicilerinden eğitim, gelir, meslek, ırk/etnisite ve yaşanılan coğrafyanın kanser sıklığına, sağ kalım ve tedavi sürecine etkileri ve eşitsizleştiren rolleri örneklerle irdelenecektir.

a. Eğitim düzeyi

Bireyin eğitim düzeyi; hem kişinin iş koşulları ve gelir olanaklarında hem de bilgiye erişme, yaşam biçimi, sağlık davranışları ve riskli alışkanlıklarında (sigara, alkol vb.) belirleyici olmaktadır. İtalya'da 1985-1999 arasında Turin'deki kanser olgularının incelendiği çalışmada düşük eğitim seviyesindeki erkeklerde görülen kanserlerin %17'si eğitim düzeyine atfedilmiştir. Bu erkeklerde üst solunum yolu, mide, karaciğer, akciğer, rektum, mesane, merkezi sinir sistemi kanserlerinin insidansı daha yüksektir. Düşük eğitimli kadınlarda da mide, karaciğer ve servikal kanser riski artmıştır (17). Gastrik kanser insidansını inceleyen

Uthman ve ark. düşük eğitimin ciddi risk artışına yol açtığını saptamıştır (18).

İnsidansta etkili olan eğitim düzeyi, kanserli hasta için sağ kalım ve tedavi sürecinde de belirleyici olmaktadır. Kuzey ülkeleri gibi sağlık hizmetlerine erişim açısından coğrafi ve sosyoekonomik eşitsizlikleri en aza indirmiş ülkelerde bile kanser hastaları içerisinde düşük eğitilmiş olanların hastalığına özel tedavi hizmetlerine erişim konusunda yüksek eğitimlilere göre daha dezavantajlı olduğu saptanmıştır. Bu durum sağ kalım sürelerine yansımaktadır. Yüksek eğitilmiş bireyler çeşitli nedenlerle mevcut sağlık girdilerinden daha verimli yararlanabilmektedir. Kendi davranışları ve tedavinin sağlık sonuçlarıyla ilişkisini daha iyi anlayabilmektedir. Ayrıca, sağlıkla ilgili hızlı teknolojik ilerlemelere erişme imkanları daha fazla olmakta, bu da sağ kalım süreçlerine olumlu yansımaktadır. Bu durum, sağlığı iyileştiren teknolojik gelişmelerden ilk yararlananların yüksek eğitilmiş kişiler olduğunu da göstermektedir. Bir başka hipotez de yüksek eğitilmiş kişilerin sağlık bürokrasisinde yol alabilme konusunda daha başarılı olabilecekları yönündedir. Haklarının farkında olması, bilgi edinebilmesi ve iletişim konusunda da hastaların eğitim düzeyi fark yaratmakta, bu durum sağ kalım sonuçlarına yansımaktadır. Norveç'te yürütülen çalışmada başkent Oslo dışında yaşayan kanser hastalarından yüksek eğitilmiş olanların, merkezdeki referans hastanelere sevkinin düşük eğitimlilere göre daha sıklıkla gerçekleştiği görüldü. Bu referans hastaneler hem gelişmiş ekipmanlara hem de daha deneyimli personele sahipti ve bunun sağ kalıma olumlu yansımış olma olasılığı vardı. Araştırmacılar, eğitim düzeyinden kaynaklı eşitsizliklerde tıbbi bilgiye erişim kısıtları yanısıra o bilginin kullanımı ile ilgili bir asimetriden de söz etmek gerektiğini belirtir. Araştırmacılara göre, Norveç'teki tamamen ücretsiz ve kamusal sağlık bakım sisteminde farklı eğitim

düzelelerinde ortaya çıkan bu eşitsizlikler, özelleşmiş sağlık sistemlerinde çok daha derin sağlık eşitsizlikleri olduğunu göstermektedir (19).

b. Meslek

Meslek ile kanser arasındaki ilişki incelendiğinde bunun birden fazla yoldan üzerinden ilerlediği düşünülmektedir. Bunlardan biri mesleğin kişinin gelirini, sosyal sınıfını, sağlık güvencesini etkileme potansiyelidir. Meslek ayrıca kişinin maruz kalacağı tehlikeli ajanlarda da (kansere yapıcı maruziyetler, örneğin tehlikeli gazlar veya silika gibi) belirleyici olmaktadır. Bunlar mesleki karsinogenler olarak da tanımlanmaktadır. Meslek; çalışma saatleri, iş yükü ve stres, işyerinin koşulları, kişisel koruyucu ekipmanlara erişim gibi faktörlerle de kanser etyolojisine katkı sunmaktadır (20). Kansere söz konusu olduğunda, Avrupa'daki sosyal eşitsizlikleri araştıran ilk araştırmalardan bazıları bir yüzyıl öncesine dayanır. O zamana kadar, bazı mesleklerin malignitelerin gelişimiyle ilişkili olduğu kesin olarak tespit edilmişti; madencilikte akciğer kanseri ve baca temizleyicilerinde skrotal kanser en kötü şöhrete sahipti (12). Petrol işçilerindeki cilt kanserleri, aromatik aminlere maruz kalan boyacılarıdaki mesane kanserleri sonraki süreçte kanıtlanan ilişkiler oldu. Karsinogen özellikleri saptanan kimyasallara maruziyetin ortadan kaldırılması, ilişkili kanserlerde azalma sağladı. Ancak bu iyileşmeler gelişmemiş/ az gelişmiş ülkelerde ve küçük veya kayıtdışı işletmelerde hep geriden geldi ya da bu iyileşmeler hiç gerçekleşmedi (20).

Güvencesiz istihdam koşullarında çalışanların kansere tarama programlarına katılımlarının da düştüğü, işten izin alarak sağlık hizmetine erişimin zorlaştığı saptandı. Oysa işyerleri, çalışanlarına sağlık eğitiminin verilmesi ve tarama programlarının teşvik edilmesi için uygun bir

vasat sunabilecek ortamlardır. İşe özgü risklerin taranması ve işyerinde düzenli sağlık kontrollerinin yapılması erken tanıyı hızlandırabilir (20).

Kanser olgularının tedavi sürecinde ve sonrasında çalıştığı işyerindeki koşullar tedavi başarısında ve sağ kalımda etkilidir. Uzun erimli tedavi süreçlerinin sonunda işe dönüş dönemlerinde hastalığın kendisi veya tedavi nedeni ile işlerinde çeşitli sınırlılıklar yaşayabilmekte ya da işverenin istediği kadar üretken olamayabilmektedir. İş hayatında bu çalışanlara yönelik bir adaptasyon ya da işe uyumlarını sağlama çabası genellikle bulunmamaktadır. Bu nedenlerle çalışanlar işlerinden ayrılmak, erken emekli olmak ya da başka bir iş bulmak zorunda kalabilmektedir. Tedavi sürecindeki bürokratik sorunlar, duygusal gereksinimler ve belirsizlikler çalışma hayatında devam etmeyi zorlaştırabilmektedir. Bu bağlamda güvencesiz işlerde çalışanlarda işsiz kalma olasılığı artmakta ve bireyin gelir getiren işinde ortaya çıkan bu yeni durum tedavi sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir. Kanser tanısı alan bireyin çalıştığı işin kayıtdışı istihdam olması, çalışanın gereksinimlerine göre esnetilemeyen iş koşulları, işyerinde çalışan sağlığı ile ilgili birimlerin yokluğu veya bunların durumu görmezden gelmesi, gerekli yasal düzenlemelerin olmaması ya da uygulanmaması çalışanın tedavisini aksatmasına yol açabilmektedir. Bu engeller kanser hastası bireyin sağ kalım süresini eşitsiz biçimde kısaltmaktadır. Çalıştığı iş yerinden destek gören, kamuda çalışan, kademeli bir işe dönüş planı (RTW-return to work) oluşturulan çalışanlar ise tedavi süreçlerini daha olumlu tamamlayabilmektedir (21).

c. Gelir

Kişinin gelir durumu hem sağlığını hem de sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu belirleyen önemli

bir sosyoekonomik parametredir. Gelir; mevcut gelir üzerinden ya da kişinin geliri sayesinde elde ettiği eşya ya da mülkleri üzerinden (refah durumu) değerlendirilebilmektedir. Sahip olunan eşyalar/mülkler kümülatif refahı gösterirken, gelir; satın alma gücünü dönemsel olarak ölçer (22). Ölçüm farklılıkları karşılaştırmaları zorlaştırırsa da, kanser hastalarında da önemli gelir eşitsizlikleri olduğu ve bunun hem insidans hem de sağ kalıma yansıdığı gösterilmiştir. Alman araştırmacıların 2022'de yürüttüğü çalışmada kanser risklerinde önemli gelir eşitsizlikleri her iki cinsiyette de belirgin olarak saptanmıştır ancak erkeklerde risk artışı daha belirgindir. Erkeklerde en yüksek gelir eşitsizlikleri kolon, mide ve akciğer kanserinde saptanmıştır. Kadınlarda akciğer, deri ve rahim ağzı kanserleri için kansersiz geçirilen yaşam süresinin (CFLE; cancer free life expectancy) yoksul gruplarda göreceli olarak kıaldığı gösterilmiştir. Araştırmacılar kanseri olan hastalarda sonuçlardaki gelir eşitsizliklerinin yıllar içinde devam ettiği veya genişleme eğiliminde olduğunu bildirmekte, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda halk sağlığı çabalarının arttırılması ihtiyacını vurgulamaktadır. Araştırmacılar düşük gelir gruplarındaki bireylerin davranışsal (sigara, yüksek kalorili beslenme, alkol tüketimi), mesleki (solunumsal maruziyetler) ve çevresel (kötü hane koşullarında maruz kalınan küf, radon, nitrojen oksit) risklerinin artmasının farklı kanser tiplerinde etkili olabileceğini belirtmektedir. Ayrıca tarama programlarına katılım sayesinde erken tanı ile yaşam süresi uzayabilecekken Almanya'da sigorta kapsamında olan kanser tarama programlarının kullanımı (PAP smear, gaitada gizli kan, kolonoskopi, mammografi) kötü sosyoekonomik gruplarda daha düşük düzeyde kalmaktadır (9).

Servikal kanserden koruyan ve 11 yaş üzeri kız ve erkek çocuklarına uygulanan HPV aşısını daha sıklıkla yüksek eğitim ve yüksek gelir grubundakiler yaptırmaktadır.

İngiltere, ABD, Almanya, İspanya ve Norveç'teki durumu değerlendiren sistematik derleme sonuçları da servikal örnekleme yolu ile tarama programlarına katılım ve HPV aşısı yaptırmada eğitim ve gelir durumunun etkili olduğunu, yüksek eğitim ve gelir gruplarında kullanımın arttığını bildirmektedir (23). Biriken kanıtlar kolorektal, meme ve servikal kanserleri erken saptamaya yönelik bu tarama programlarındaki katılımın yüksek eğitim gruplarında yoğunlaştığını doğrulamaktadır. Bu durumu önlemeye yönelik olarak ulusal tarama programlarının tüm toplumu kapsayacak şekilde organize edilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Kore'de yürütülen ulusal tarama programında gelir farklılıklarının katılım eşitsizlikleri yaratmasının önüne geçmek için taramalar düşük gelir gruplarında 2006'dan beri tamamen ücretsizdir. Buna rağmen, yoksul ve varlıklı grupların katılım oranları arasındaki fark devam etmekte ve düşük gelir gruplarında %41, yüksek gelir gruplarında %54 olmaktadır. Katılımdaki eşitsizliklerin en temel belirleyicisi gelir farklılıkları olarak saptanmıştır. Ücretsiz tarama hizmeti sunulsa da düşük gelir grubundaki bireylerin çalıştıkları düzensiz işlerden izin alma güçlükleri yaşamaları, ya da düşük sağlık okuryazarlığı nedeni ile tarama hizmetinin ve yararlarının farkında olmayışı bu eşitsizliklerde rol oynamaktadır. Politika yapıcıların düşük eğitim ve gelir gruplarının tarama programlarına katılımını iyileştirmek için bu gruplara özel çözümler üretmek zorunda olduğu görülmektedir (24).

d. Irk/ Etnisite

Bireyin ırk ve etnik kökeni nedeniyle sağlık hizmetine erişim ve hizmeti kullanımındaki dezavantajlı durumunu fark etmek bile kanser eşitsizliklerini giderme çabalarında önemlidir. ABD'de 2022 yılında yayınlanan kanser istatistikleri raporuna göre Afrikalı

Amerikalı/Siyahi bireyler birçok kanser türünde diğer etnik gruplara göre en yüksek ölüm oranı ve en düşük hayatta kalma oranına sahiptir. Siyahi kadınlarda kanser insidansı beyaz kadınlardan %8 daha düşükken, mortalite %12 daha yüksektir; ayrıca, benzer veya daha düşük insidansa rağmen siyahi kadınların mortalite oranı endometriyal kanser için 2 kat ve meme kanseri için %41 daha yüksektir (25).

Kanser eşitsizliğindeki ırk/etnik köken ile ilgili bu endişeyi etkin değerlendirmek için, bireysel (örn, genetik-fizyolojik) faktörler, toplumsal (örn, sistemik ırkçılık) faktörler, sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi gibi sosyal faktörler, çevresel maruziyetler ve sağlık hizmetine erişim gibi kurumsal faktörler birlikte değerlendirilmelidir. Çünkü tüm bu faktörler kesişerek ve birleşerek yalnızca bir bireyin sağlığını değil tüm toplumun sağlığını da etkilemekte ve sonuç olarak ortaya çıkan eşitsizliklere katkıda bulunmaktadır (26).

e. Yaşanılan coğrafya

Düşük-orta gelirli ülkeler artan kanser yükünü karşılamada pek çok sorunla karşı karşıyadır. Nüfusun büyük çoğunluğu etkin kanser önleme ve kontrol programlarına erişimden yoksundur. Kanser insidansı artarken; kanser programlarına ayrılan kaynaklar artan insidansla orantılı şekilde artmamaktadır. Kanser tedavisinin mali yükü hastalar tarafından karşılanmakta, bu da sağlık hizmetlerine erişim ve tedaviye sınırlamalar getirmektedir. Dolayısıyla birçok aile yoksulluğa itilmektedir. Yüksek gelirli ülkeler ve düşük-orta gelirli ülkeler arasındaki kanser önleme ve kontrol programlarına ayrılan bütçedeki orantısızlık kanser insidansı ve mortalite çıktılarında da yansımıştır. Sağkalımdaki bu fark büyük ölçüde yüksek gelirli ülkelere kıyasla düşük-orta gelirli ülkelere kanser

önleme, erken teşhis ve tedavisinin sınırlı olmasından kaynaklanmaktadır (27). Etkili, pratik, uygun maliyetli ve sürdürülebilir kanser kontrol önlemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması, kanseri yükünü azaltmaya yönelik çabalar için önemlidir (28).

2. Kanser Tanı ve Tedavi Süreçlerindeki Sağlık Eşitsizliklerine Dair İki Kansere Yakından Bakış: Akciğer Kanserleri ve Çocukluk Çağı Kanserleri

a. Akciğer kanserleri

Sosyoekonomik pozisyon, ırk, etnisite ve yaşanılan bölgenin kanser çıktıları açısından eşitsizliklere yol açtığı gösterilmiştir. Örneğin akciğer kanseri için insidans, tedavi alma, erken mortalite, sağ kalım gibi çıktılarda farklılıklar olduğu çeşitli çalışmalarda saptanmıştır. Düşük sosyoekonomik durumdaki bireylerde insidansın 1,5-1,8 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Akciğer kanseri tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler kaydedilmiş olsa da kanıtlar düşük sosyoekonomik gruptaki bireylerin bu gelişmelerden yararlanma olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir. ABD'de bu yoksul grupların tarama hizmetlerinden daha az yararlandığı ve son-jenerasyon tedavileri kullanım sıklıklarının da düşük olduğu yönündedir (10).

Örneğin EGFR tirozin kinaz inhibitörleri (EGFR-TKI) gibi yeni tedavilere erişebilen ilerlemiş akciğer kanseri hastaları, bu tedavi sayesinde daha uzun hayatta kalabilmektedir. Qureshi ve ark. çalışmalarında birinci basamak palyatif tedavi olarak bir EGFR-TKI olan gefitinib alan ileri akciğer kanseri hastalarının mahalle düzeyindeki sosyoekonomik, demografik ve coğrafi farklılıklarını sağkalım açısından incelemiştir. Gefitinib ile birinci basamak tedavi gören 457 hasta arasında, maddi açıdan en yoksun bölgelerde yaşayanlar en kısa medyan hayatta kalma süresine sahiptir. İkinci bir

EGFR-TKI olan osimertinib alma olasılığı, göçmenlerin yoğun olduğu bölgelerden gelenlerde 1,95 kat artmıştır. Gefitinib için medyan bekleme süresi, Quebec veya Montreal'deki büyük merkezlerin çevresinde bulunan sağlık merkezlerinin bulunduğu bölgelerde, üniversiteye bağlı merkezlerin bulunduğu bölgelere kıyasla 1,27 kat daha uzundur (29). Yazarlar, Kanada genelinde yürütülen başka çalışmalarda düşük sosyoekonomik konumda, göçmen veya Kanada'nın yoksul bölgelerinde yaşayan kanser hastalarının onkoloji konsültasyonları, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi ve ölüme yakın destekleyici bakım alma olasılıklarının daha düşük olduğunu yine bu dezavantajlı gruplarda yaşanan tedavi gecikmelerinin sağkalımı etkilediğini bildirmektedir. Perifer bölgelerde tanı alanların tedavisine ortalama 10 gün daha geç başlanmış olması, sağlık hizmetinden kaynaklı eşitsizlikler olarak açıklanmaktadır (29). Tablo 1 de Sanchez ve ark. (20)'nin akciğer kanseri çıktılarındaki sosyoekonomik eşitsizlikleri insidans, tanı, tedavi ve sağ kalım açısından irdelediği görülmektedir. Bu Tablodakine ek olarak insidans açısından sigara dışındaki solunumsal maruziyetleri irdelemekte yarar vardır. Düşük sosyoekonomik koşullardaki bireylerin gerek yaşadıkları çevrede gerekse iş hayatındaki artmış solunumsal maruziyetleri, akciğer kanseri risklerini artırmaktadır.

Tablo-1. Akciğer Kanser Çıktılarında Sosyoekonomik Eşitsizlikler (Sanchez, 2022)

Epidemiyoloji: insidans ve mortalite	Akciğer kanseri riski düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişilerde %50-80 daha yüksektir. Sigara içmenin artmış riskin %40-70'ini açıkladığı tahmin edilmektedir. Çocuklukta daha düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip olmak, kısmen sigara maruziyetine bağlı olarak, yetişkinlikte kansere bağlı daha yüksek mortaliteyi öngörmektedir.
Tanı	Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişilerin akciğer kanseri taramasına katılma olasılığı daha düşük olabilir. Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişiler genellikle daha ileri evrelere kadar teşhis edilmiyor ve kanser tedavisinin farklı evrelerinde gerektiğinden daha az zaman geçiriyor olabilir. Bununla birlikte, acile başvurmış ya da sevk edilmiş olma olasılıkları daha yüksektir.
Tedavi	Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişilerin ameliyat ve kemoterapi gibi geleneksel tedavileri alma olasılığı daha düşüktür. Biyolojik, hedefe yönelik tedaviler ve stereotaktik radyoterapi gibi yeni nesil tedavileri alma olasılıkları daha düşüktür.
Sağkalım	Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişilerin tanıdan sonraki bir yıl içinde ölme olasılığı daha yüksektir. Sağkalımdaki eşitsizlikler kısmen de olsa, düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişilerin tedavi alma olasılığının daha düşük olması ve daha fazla komorbiditeye maruziyetle açıklanabilir.

b. Çocukluk Çağı Kanserleri

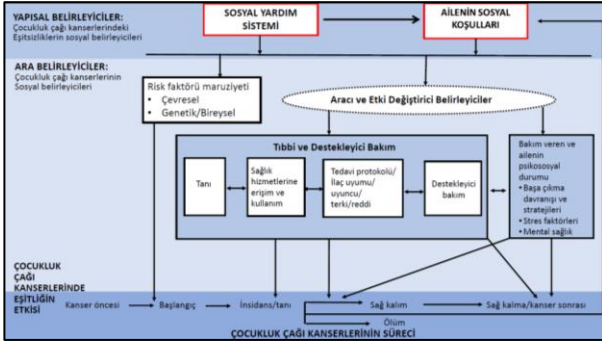
Çocukluk çağı kanserleri için erişkin kanserlerine kıyasla sağlık eşitsizliklerine dair ampirik kanıtlar ve kavramsallaştırmaya dönük çaba görece azdır. Oysa çocukluk çağı kanserleri ile sosyoekonomik

belirleyicilerin ilişkisi, erişkinlerden oldukça farklıdır. Eğitim ve meslek gibi erişkinde belirleyici olan parametreler çocuk için henüz devrede değildir. Sosyoekonomik durumla yakın ilişkili alışkanlıklar veya komorbiditeler henüz ortaya çıkmamıştır. Ancak çocukluk çağı kanserleri ailenin ekonomik koşullarını etkileyecek (ör. çocuğun bakım ihtiyacı nedeni ile işten ayrılmalar) ve hasta çocuğun gelecek hayatını da belirleyecek uzun erimli sonuçları olan bir süreç (continuum) olarak değerlendirilmeyi gerektirir. Bu eşitsizliklere yönelik strateji ve eylemler geliştirebilmek için bu ilişkileri anlamaya gereksinim vardır. Erdman ve ark. nın aşağıda şematize edilen kavramsal modelinde, kanserin ortaya çıkışından önceki ve sonraki dönemi de değerlendiren “süreç yaklaşımı” görülmektedir. Kanserın sosyal belirleyicileri ve eşitsizliklerin sosyal belirleyicileri ayrı ayrı ele alınır (30).

Bu modelde, çocukluk çağı kanserlerinin sosyal belirleyicileri içinde aile önemli yer tutar. Aile; sağlık okuryazarlığı, yaşam ve çalışma koşulları, sosyal ağlar, kaynaklar ve kültürel uygulamaların belirleyicisidir. Ailenin bireylerinin çeşitli çevresel risklere maruziyeti hastalık ortaya çıkışında etkili olabilir. Sağlık hizmetlerine erişim, tanı, tedavi, destek hizmetlerden yararlanma, hastalık sürecinin psikososyal yönetimi ailenin koşullarından ciddi biçimde etkilenir ve sağ kalımda belirleyici olur. Yüksek gelir grubu ülkelerde sosyoekonomik gruplara göre bazı çocukluk çağı kanser türlerinin ortaya çıkmasında gözlemlenen farklılıklar, bazı çevresel kirleticilere veya sosyoekonomik gruplara göre değişen (ebeveynin) davranışsal, biyolojik veya genetik risk faktörlerine maruz kalma farklılıklarını dayalı olabilmektedir. Bununla birlikte Burkitt lenfoma, Hodgkin Lenfoma ve Kaposi sarkomunun Sahra altı Afrika'daki yüksek insidansı enfeksiyöz ajan riskindeki yükseklikle

ilişkilidir. Ancak yoksul ülkelerde sağlık hizmetine erişimin ve hizmet kullanımının kötü düzeyde olması ve kanserin erken tanısı ve tedavisine yönelik hizmetlerin yetersiz oluşu hem tanı almama (under-diagnosis) hem de bildirim eksikliği (under-reporting) ile sonuçlanmakta ve karşılaştırma yapmayı güçleştirmektedir (30).

Kavramsal modelde sağ kalım eşitsizlikleri tanı, tedavi ve destek hizmetlere erişimin ve kullanımın eşitsiz olması ile ilişkilendirilmiştir. Mali kaynaklar, sağlık hizmetinin organizasyonu, toplu taşıma alt yapısı, geleneksel tıp inanışları ve ilk basamak tanı araçlarına erişim, doğru tanı ve uygun tedavi ile ilişki içindedir. Tedavi edilebilecek çocuklar, yoksul ülkelerde/bölgelerde hiç tanı bile alamayarak, tedaviye hatta herhangi bir onkoloğa ulaşmadan ölebilmektedir. Bu ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeterli farkındalık ve deneyim bulunmayabilmektedir. Patoloji hizmetleri, genetik ve yüksek çözünürlüklü görüntüleme dahil olmak üzere birinci basamak tanı araçlarına erişim eksikliği, sonuçları olumsuz etkilemektedir. Semptomlar açıkça bir çocuğun kanser olduğunu gösterse bile, ailede kanserin gizlenmesine yönelik kültürel tutumlar, tedavi edilemeyeceğine ilişkin inançlar ve geleneksel tıbbı güven, tanıyı ve çağdaş tedaviyi engelleyebilmekte veya geciktirebilmektedir. Beslenme yetersizliği ve komorbid enfeksiyonlar da tedavi sürecini baltalayabilmektedir. Tedaviye uyum ve önerilerin çocuk ve ailesi tarafından dikkate alınması da kültürel, ekonomik ve eğitsel yetersizliklere takılabilmektedir. Ailelerin çocuğun bakım sürecinde işlerinden ayrılması ekonomik zorlukları şiddetlendirebilmektedir. Tüm bu eşitsizleştiren mekanizmalar, uygun stratejilerle çocuğun ve ailenin tanı sonrasında ve uzun erimde sosyoekonomik olarak desteklenmesi gereksinimine işaret etmektedir (30).



Şekil-1. Çocukluk kanseri süreci boyunca sosyal eşitsizliklerin potansiyel mekanizmalarını ve yollarını gösteren kavramsal model (Erdman, 2019)

3. SONUÇ

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden eğitim, gelir, meslek, ırk/etnisite ve yaşanan coğrafyadaki eşitsizlikler; en dezavantajlı bireyleri, toplulukları ve ülkeleri orantısız biçimde etkileyerek pek çok kanserin sıklığı, sağ kalım ve ölüm oranlarında belirleyici olmaktadır. Gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelere gelen kanıtlar ise oldukça sınırlıdır ve bu durum nedenlerin anlaşılması ve doğru müdahalelerin planlanması açısından önemli bir engeldir. Ülkelerin kendi kültürel, ekonomik ve sosyal bariyerlerini ortadan kaldıracak biçimde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimi mümkün kılan önlemler almaya yönelik yatırımları yapması önceliklidir. Kanser yönetiminin tüm süreçleri kanserdeki sosyal eşitsizlikleri azaltmak/ortadan kaldırmak için yeniden ele alınmalıdır. Ülkemiz açısından da bu eşitsizliklerin saptanması ve nedenlerinin anlaşılmasına yönelik her türlü çaba, sağlığı eşitsizleştiren unsurları ortadan kaldırmak için en öncelikli adım olacaktır. Gerçekleştirilen müdahaleleri kanser eşitsizliklerinin azaltılması açısından izlemek, düzenli olarak raporlamak

ve iyileştirmeleri güçlendirmek planlanan müdahalelerin önemli bir parçası olmalıdır.

Akılda kalanlar

- *Sağlıkta eşitsizlik*; önlenemez, sistematik, sosyal olarak üretilmiş ve adaletsiz olan sağlık farklılıklarıdır.
- *Sağlıkta eşitlik*, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır.
- *Sağlık hizmetlerinde eşitlik ise*; eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım ve herkes için eşit kalitede hizmettir.
- “Herkes için Sağlık” teması ile sağlık eşitsizliklerine dair 1974'ten itibaren yaratılan küresel farkındalığa rağmen bu eşitsizlikler daha da derinleşmektedir.
- Sağlık eşitsizlikleri, bireyin hem mortalite hem de morbidite göstergelerinde belirgin hale gelmektedir.
- Kanserle ilgili sağlık çıktıları önemli bir sosyal gradient göstermektedir.
- Sağlıkta sosyal belirleyicilerden eğitim, gelir, meslek, ırk/etnisite ve yaşanılan coğrafyanın kanser sıklığına, sağ kalım ve tedavi sürecine etkileri ve eşitsizleştiren rolleri vardır.
- Akciğer kanseri tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler kaydedilmiş olsa da, kanıtlar düşük sosyoekonomik gruptaki bireylerin bu gelişmelerden yararlanma olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir.
- Çocukluk çağı kanserleri ile sosyoekonomik belirleyicilerin ilişkisi, erişkinlerden oldukça farklıdır ancak bu alanda üretilen kanıtlar oldukça azdır.
- Çocukluk çağı kanserleri eşitsizlikler açısından değerlendirilirken, kanser süreci ailenin ekonomik

koşullarını etkileyen ve hasta çocuğun gelecek hayatını da belirleyen ve uzun erimli sonuçları olan bir *süreç* (continuum) yaklaşımı içinde ele alınmalıdır.

- Bu eşitsizliklere yönelik strateji ve eylemler geliştirebilmek için bu ilişkileri anlamaya gereksinim vardır.
- Ülkelerin kendi kültürel, ekonomik ve sosyal bariyerlerini ortadan kaldıracak biçimde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimi mümkün kılan önlemler almaya yönelik yatırımları yapması önceliklidir.
- Ülkemiz açısından da bu eşitsizliklerin saptanması ve nedenlerinin anlaşılmasına yönelik her türlü çaba, sağlığı eşitsizleştiren unsurları ortadan kaldırmak için en öncelikli adım olacaktır.

Çıkar çatışması: Yoktur.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Targets for health for all: Targets in support of the European regional strategy for health for all. In: Targets for health for all: Targets in support of the European regional strategy for health for all. 1986.
2. Belek İ. Sağlıkta eşitsizlik: Önlenebilir ve kabul edilemez bir politik ekonomi sorunu. Toplum ve Hekim. 1998;13(2):96-104.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services. 1992; 22(3):429-445.
4. Wilkinson RG, Marmot, M. (Eds.). Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization. 2003.
5. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. 2006.
6. Marmot M, et al. "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health". The Lancet 372.9650. 2008;1661-1669.

7. Krieger N. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *American Journal of Public Health*. 2008;98(2):221-230.
8. Irwin A, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS medicine*. 2006;3(6):e106.
9. Tetzlaff F, et al. Time trends and income inequalities in cancer incidence and cancer-free life expectancy—A cancer site-specific analysis of German health insurance data. *Frontiers in Oncology*. 2022;12:827028.
10. Redondo-Sánchez D, Petrova D, Rodríguez-Barranco M, Fernández-Navarro P, et al. Socio-economic inequalities in lung cancer outcomes: an overview of systematic reviews. *Cancers*. 2022;14(2):398.
11. Erdmann F, Feychting M, Mogensen H, et al. Social inequalities along the childhood cancer continuum: an overview of evidence and a conceptual framework to identify underlying mechanisms and pathways. *Frontiers in Public Health*. 2019;7:84.
12. Mihor A, Tomsic S, Zagar T, et al. Socioeconomic inequalities in cancer incidence in Europe: a comprehensive review of population-based epidemiological studies. *Radiology and Oncology*. 2020;54(1):1.
13. Hassoy H, Ergin I, Yararbas G. Trends in socioeconomic inequalities in smoking in Turkey from 2008 to 2016. *BMC Public Health*. 2021;21:1-11.
14. Coughlin SS. Social determinants of colorectal cancer risk, stage, and survival: a systematic review. *International Journal of Colorectal Disease*. 2020;35: 985-995.
15. Afshar N, English DR, Milne, RL. Factors explaining socio-economic inequalities in cancer survival: a systematic review. *Cancer Control*. 2021;28:10732748211011956.
16. Akinduro OO, et al. Effect of race, sex, and socioeconomic factors on overall survival following the resection of intramedullary spinal cord tumors. *Journal of Neuro-oncology*. 2023;1-11.
17. Spadea T, et al. Educational inequalities in cancer incidence in Turin, Italy. *European Journal of Cancer Prevention*. 2009;169-178.

18. Uthman OA, Jadidi E, Moradi T. Socioeconomic position and incidence of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(10):854-860.
19. Fiva JH, Hægeland T, Rønning M, Syse A. Access to treatment and educational inequalities in cancer survival. *Journal of health economics*. 2014;36:98-111.
20. Collatuzzo G, Teglia, F, Boffetta P. Role of occupation in shaping cancer disparities. *Cancers*. 2022;14(17):4259.
21. Ayala-García A, Serra L, Rodriguez-Arjona D, et al. Understanding return to work after a cancer-related sickness absence. Perceptions of barriers and facilitators among all relevant stakeholders. 2023.(Preprint)
22. Ergin I, Hassoy H, Kunst A. Socio-economic inequalities in overweight among adults in Turkey: a regional evaluation. *Public Health Nutrition*. 2012;15(1):58-66.
23. Murfin J, Irvine F, Meechan-Rogers R, Swift A. Education, income and occupation and their influence on the uptake of cervical cancer prevention strategies: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(3-4):393-415.
24. Kim S, Hwang J. Assessment of trends in socioeconomic inequalities in cancer screening services in Korea, 1998–2012. *International Journal for Equity in Health*. 2016;15:1-11.
25. Giaquinto AN, Miller KD, Tossas KY et al. Cancer statistics for African American/black people 2022. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2022;72(3):202-229.
26. Williams JL, Freedman JA, Ragin C, et al. Racial health disparity in cancer: assessments of need. *Frontiers in Oncology*. 2023;13:1226697.
27. Gelband H, et al. *Cancer: disease control priorities*, (volume 3). 2015.
28. Rajappa S, Singh M, Uehara R, et al. Cancer incidence and mortality trends in Asia based on regions and human development index levels: an analyses from Globocan 2020. *Current Medical Research and Opinion*. 2023;1-11.
29. Qureshi S, Bolly G, Boulanger J, Pagé É, Strumpf E. Inequalities in survival and care across social determinants of health in a cohort of advanced lung cancer

- patients in Quebec (Canada): A high-resolution population-level analysis. *Cancer Medicine*. 2023.
30. Erdmann F, Feychting M, Mogensen H, et al. Social inequalities along the childhood cancer continuum: an overview of evidence and a conceptual framework to identify underlying mechanisms and pathways. *Frontiers in Public Health*. 2019;7:84.

BÖLÜM 4

PALYATİF BAKIMDAKİ ONKOLOJİ HASTALARININ İHTİYAÇLARI

Uzm. Dr. Aysel GEZER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı

Prof. Dr. Meltem UYAR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji Bilim Dalı,
Anesteziyoloji ve Reanimasyon ve Algoloji Uzmanı,

1. Giriş

Kanser sistemik, karmaşık ve heterojen bir hastalıktır. Kanser semptomları kanserin evresine, tipine, hastanın yaşına, hastanın genel durumuna ve diğer birçok faktöre bağlıdır. Bu semptomlar hastanın günlük rutinini ve yaşam kalitesini bozar. Ayrıca, hastalar kanser tipine bağlı olarak yan etkilere, toksisitelere ve bazı durumlarda engellilik gibi kalıcı hasara neden olan farklı türde tedaviler (kemoterapi, immünoterapi, radyoterapi, cerrahi ve diğer antikanser tedavileri) almaktadır (1).

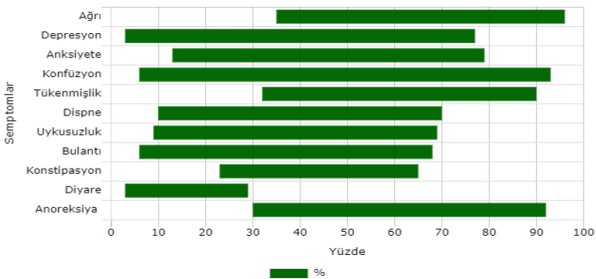
Yüksek kaliteli semptom değerlendirmesi ve yönetimi; bütüncül, hasta merkezli bakım sağlamanın temelidir. İyi semptom yönetimi, iyileştirilmiş hasta ve aile yaşam kalitesi ile ilişkili olup tedaviye uyum ve hatta hayatta kalma avantajları sağlayarak hastalar ve aileleri için olumlu sonuçlar doğurur. Ancak bu faydalara rağmen ağrı ve diğer semptomlar kötü yönetilmeye devam edilmekte ve/veya birçok durumda yetersiz tedavi edilmektedir. Bu durum, semptom yönetimine daha rutin ve bütüncül bir yaklaşım ihtiyacını doğurmaktadır. Oysa ki ilerlemiş kanseri olan hastaların yaşadığı semptomların çoğu etkili bir şekilde yönetilebilir. Bu

nedenle semptom değerlendirilmesi, yönetimi ve farmakolojik ve/veya farmakolojik olmayan yaklaşımların kullanılması kanserli hastaların bakımına dahil olan tüm klinisyenlerden beklenen temel becerilerdir (2).

Semptom kontrolü, kanser tedavisinin önemli bir parçasıdır ve birçok çalışma, palyatif bakımın onkoloji bakımına erken entegre edilmesinin hastaların ihtiyaçlarının daha iyi yönetiminde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı, “Yaşamı tehdit eden sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve diğer fiziksel, psikosozyal ve ruhsal sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır (4). Bu bağlamda palyatif bakım, sadece hastalıkları değil kişiyi bir bütün olarak ele alan bir yaklaşımdır. Palyatif bakımda özellikle kanser hastalıklarının seyri sırasında karşılaşılabilecekleri fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi konulara odaklanarak hastaya, aileye veya bakıcıya bütüncül bir destek sağlanır (5).

Yaygınlığı ve şiddeti kanser tipi, evresi, tedavileri ve komorbiditelere göre değişmekle birlikte özellikle ileri evre kanser hastalarının çoğunda birçok semptom görülebilmektedir (Şekil 1) (6).



Şekil-1. Palyatif bakımdaki kanser hastalarında sıklıkla görülen semptomlar (6).

1.1. Ağrı

Ağrı, kanser ile ilişkili en sık karşılaşılan semptomdur. 52 makalenin derlendiği bir çalışmada hastalarda ağrı prevalansı metastatik, ilerlemiş veya ölümcül hastalığı olan kanserli hastalarda %64 (%58-69), antikanser tedavisi gören hastalarda %59 (%44-73) ve kanserden kurtulmuş hastalarda %33 (%21-46) olarak bildirilmiştir (7). Ağrı yönetimine ilişkin yönergelerin mevcudiyetine rağmen kılavuzlara göre, kanserli hastaların %30 'dan fazlası ağrı için yetersiz analjezi almaktadır (8). DSÖ'nün açık önerilerine rağmen kanser ağrısı hala önemli bir sorundur.

Ağrıyı değerlendirmek ve yönetmek oldukça zordur. Kötü yönetilen ağrı; davranışsal sorunlar (depresyon, anksiyete ve madde kötüye kullanımı vb.), kardiyovasküler sorunlar (HT, artan DVT insidansı vb.), deliryum, uykusuzluk, işlevsel bozulma ve artan sağlık hizmetleri kullanımı ile sonuçlanabilir (9).

Kanser hastalarında ağrı değerlendirmesi kapsamlı bir ağrı anamnezi ve fizik muayeneyi içermelidir (Tablo 1) (9). Ağrı oluşum ve derecesinde primer tümör tipi, hastalık evresi, metastaz varlığı, tümörün nöral yapılara yakınlığı, hastanın psikolojik durumu rol alır.

Tablo-1. Ağrının Değerlendirilmesine İlişkin Sorular (9)

1. Ağrının başlangıcı, yeri, süresi, şiddeti ve herhangi bir durumla ilişkili olup olmadığı, ağrıyı arttıran ve hafifleten faktörler ile ilgili sorular
2. Tolere edilebilir ağrı düzeyini belirlemeye yönelik sorular
3. Ağrı kesici ilaçlarla ilgili önceki deneyimler ve bunların yan etkileri ve kullanım engelleri hakkında sorular
4. Algıyı etkileyebilecek tıbbi komorbiditelerin değerlendirilmesi ve ağrı deneyimi
5. Bilişsel durumun ve işlevsel yeteneğin değerlendirilmesi

Ağrının değerlendirilmesine yönelik çok sayıda değerlendirme aracı bulunmaktadır. En sıklıkla vizüel ağrı skalası (visual analogue scale, VAS), sözel derecelendirme skalası (verbal rating scale, VRS) ve sayısal ağrı skalası (numerical rating scale, NRS) kullanılmakta olup ağrı olmamasından dayanılmaz ağrıya kadar bir ağrı derecelendirmesi ile hastanın kendisinin, ağrı şiddeti puanı belirlemesine dayanır (Şekil 2). Diğer değerlendirme testleri de (McGill ağrı sorgulaması, kısa ağrı sorgulaması, MPAC, Edmonton kanser ağrısı evreleme sistemi, Karnofsky işlev durum skalası) tedavinin etkinliğini izlemede ve yönetimini belirlemede faydalı bulunmaktadır.



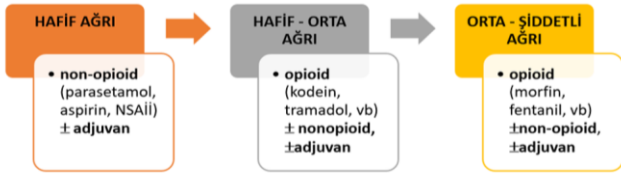
Şekil-2. Ağrı değerlendirme skalaları.

Ağrı tedavisinde farmakolojik tedavinin yanısıra girişimsel ve nonfarmakolojik yaklaşımlar da mevcuttur (Tablo 2) (10).

Tablo-2. Kanser hastalarında ağrı tedavi seçenekleri (10)

Farmakolojik <ul style="list-style-type: none">▪ Opioid analjezikler▪ Non-opioid analjezikler▪ Adjuvan ajanlar	Psikolojik <ul style="list-style-type: none">▪ Psikoeducatif müdahaleler▪ Bilişsel davranışsal terapi▪ Rahatlama terapisi, yönlendirilmiş betimleme, diğer stres yönetimleri▪ Diğer psikoterapi yöntemleri
Girişimsel <ul style="list-style-type: none">▪ Enjeksiyon tedavileri▪ Nöral bloklar▪ İmplant tedavileri	Nörostimulasyon <ul style="list-style-type: none">▪ Transkutanöz nörostimulasyon▪ Transkranyal nörostimulasyon▪ İmplant edilebilir nörostimulasyon
Rehabilitasyon <ul style="list-style-type: none">▪ Terapötik egzersizler▪ İş terapisi▪ Hidroterapi▪ Spesifik bozukluklara yönelik tedaviler (örn. lenfödem)	Tamamlayıcı <ul style="list-style-type: none">▪ Akupunktur▪ Masaj▪ Fiziksel hareket etme▪ Diğerleri

DSÖ tarafından belirlenen basamak tedavisi halen kanser ağrısı olan hastalarda en çok kabul gören ve yaygın olarak kullanılan ağrı yönetim stratejisidir (Şekil 3).



Comprehensive cancer pain management. Cancer Relief, World Health Organization, Geneva 1986'dan modifiye edilmiştir

Şekil-3. Dünya Sağlık Örgütü Basamak Tedavisi

Hafif şiddette ağrıda parasetamol ve nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) gibi non-opioid analjezikler klinik uygulamada yaygın olarak kullanılmaya devam edilmektedir. Hafif ile orta şiddette ağrıda tedaviye opioidler eklenir. Opioidler, özellikle morfin, orta ile şiddetli kanserle ilişkili ağrı için ilk tercih analjeziklerdir. Opioidler mümkünse oral olarak ve etkili, tolere edilebilir en düşük dozda titre edilerek verilmelidir (11).

Sınırlı kanıtlara rağmen, ilk seçilen opioid etkisiz olduğunda veya kötü tolere edildiğinde opioid preparatları arasında geçiş yapmak yaygın bir uygulamadır. Opioid tedavisinin yan etkileri yaygın ve öngörülebilirdir. Kabızlık, mide bulantısı ve kusma en sık bildirilenlerdir ve kılavuzlar laksatiflerin opioidler ile birlikte kullanılmasını önermektedir (2).

Hastalığa sekonder sinir hasarı, kemoterapi, radyoterapi veya cerrahi tedaviler nedeniyle kanserli hastaların yaklaşık %40'ı nöropatik ağrı yaşamaktadır (12). Antikonvülzan veya antidepresan ilaçlar malign olmayan nöropatik ağrının standart tedavisi olarak kabul edilmekle beraber kanser ağrılarında etkinlikleri mikst tiptedir (2). Nöropatik ağrı ajanları, nöropatik ağrısı olan hastalar için opioidlere uygun bir yardımcı olarak uluslararası ağrı kılavuzlarında tavsiye edilmeye devam edilmektedir (11).

Ketamin, metadon, bifosfonat, steroid, kanabinoidler, botulinum toksini vb ilaçlar, kanser ağrı tedavisindeki etkinliklerine yönelik yetersiz veri olmakla birlikte özellikle opioid dirençli şiddetli ağrılarda ve seçilmiş hastalarda bir tedavi seçeneği olarak kabul edilir (11).

Standart farmakolojik tedavilere dirençli orta ila şiddetli ağrısı olan hastalarda sinir blokları gibi girişimsel ağrı tedavileri de düşünülmelidir (13).

Kanser ağrısı tedavisinde ilaç dışı tedaviler fiziksel (masaj, aromaterapi, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu ve akupunktur) ve bilişsel modaliteleri (gevşeme, dikkati dağıtma ve imgeleme alıştırmaları) içermektedir (14).

1.2. Beslenme

Yetersiz beslenme kanser hastalarında sık görülmekle birlikte hem tümörün varlığının hem de uygulanan tıbbi ve cerrahi antikanser tedavilerinin bir sonucudur (15). Katkıda bulunan faktörler arasında ağrı, tat alma duyusunda değişiklik, bulantı, kusma, gastrointestinal motilite bozuklukları, endokrin ve metabolik bozukluklar, anksiyete, depresyon, hareketsizlik, uyku problemleri ve ilaçlar gibi birçok neden yer almaktadır (16) (17).

Yetersiz beslenme, yaşam kalitesini ve hastalık sonuçlarını olumsuz etkiler (3). Kanser hastalarının %10-20'sinin, tümörün kendisinden ziyade yetersiz beslenmenin sonuçları nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir (15). Bu nedenle multimodal kanser tedavisinde beslenme çok önemli bir rol oynamaktadır.

Beslenmenin, kanser tanısı konulduğu andan itibaren, tanı ve tedavi sürecinde dikkate alınması ve antineoplastik tedavilere paralel olarak yürütülmesi gerektiğini gösteren güçlü kanıtlar mevcuttur (15). Ancak dünya çapında kansere bağlı yetersiz beslenme hala

büyük ölçüde tanınmamakta, hafife alınmakta ve klinik uygulamada yeterince tedavi edilmemektedir.

Kaşeksi, ileri kanser hastalarının çoğunu etkileyen ve kötü prognozla ilişkili olan, iskelet kası ve yağ kütlesi kaybıyla karakterize, karmaşık, çok faktörlü bir sendromdur ve özellikle akciğer ve gastrointestinal malignitelerde görülmektedir. (17).

İstemsiz kilo kaybı, kaşeksinin ayırt edici özelliği olup bağımsız bir prognostik faktör olarak kabul edilmektedir. Başlangıç beden kitle indeksi düşük olan ve kaybedilen kilosu yüksek olan hastaların mortalite açısından en yüksek risk grubunda olduğu gösterilmiştir (3).

Yetersiz beslenmeyi değerlendirmek için çeşitli tarama testleri geliştirilmiş olmasına rağmen halen onkolojide kullanılabilecek evrensel olarak onaylanmış bir beslenme tarama aracı mevcut değildir. Klinik değerlendirme; besin alma veya alma yeteneğini tehlikeye atan risk faktörleri de dahil olmak üzere beslenme konularına odaklanan dikkatli bir öyküyü ve cilt altı yağ dokusu kaybı, kas dokusu kaybı (şakak bölgesi, deltoidler ve kuadrisepsler), ödem (sakral veya ayak bileği) veya asit üzerine odaklanan bir fizik muayeneyi içermelidir. Beslenme durumunun en yaygın kullanılan nesnel ölçümleri, vücut ağırlığının seri ölçümü ve diyet alımının gözlemlenmesidir; beslenme durumuna ilişkin öznel bilgiler ise NRS gibi skorlama araçları ile sağlanabilir (3) (15) (17).

Halen antikanser tedavisi görüyor olsun ya da olmasın, yetersiz beslenme; palyatif bakım hastalarında düşük performans durumuna, bozulmuş yaşam kalitesine, plansız hastane yatışlarına ve sağkalımda azalmaya yol açmaktadır. Beslenme müdahalelerinin bireysel ihtiyaçlara göre ayarlanması yararlı olabilir, kılavuzlar bu hastaların hepsinde beslenmenin değerlendirilmesini önerir. Buna göre nitelikli danışmanlık ve oral nutrisyonel

suplementlere rağmen ağızdan gıda alımı yetersiz kalırsa, kılavuzlar uygun hastalar için evde enteral nütisyon veya bu yeterli veya uygulanabilir değilse, evde parenteral nütisyon (tamamlayıcı veya toplam) başlanmasını önermektedir (3). Yaşam beklentisi kısa olan (2 aydan az) palyatif kanser hastaları için evde yapay nütisyon önerilmemektedir. Ancak kişinin hastalığının ilerlemesinden ziyade yetersiz beslenme nedeniyle daha erken ölme olasılığı varsa uygulanmalıdır. Ayrıca, klinik durumların kötüleşmesi durumunda (hastalığın başlaması, şiddetli organ disfonksiyonu veya kontrol edilemeyen semptomlar), performans durumunun düşürülmesi, tahmini yaşam beklentisi ve hasta iradesinde azalma durumunda evde yapay nütisyon geri çekilmelidir (3).

Kronik bulantı, kabızlık, tat değişiklikleri, dispne ve depresyon gibi beslenme bozukluğuna katkıda bulunan başlıca faktörlerin yönetiminin optimize edilmesi de önemli iyileşme ile sonuçlanabilir (3).

1.3. Bulantı-Kusma

Bulantı ve kusma, ilerlemiş kanser hastalarının çoğunu etkileyen yaygın ve rahatsız edici semptomlardır. İlerlemiş kanserde bulantı, kusmadan daha büyük bir sorundur ve hastalık ilerledikçe görülme sıklığı da artar. Yetersiz kontrol edilen bulantı ve kusma, fiziksel, bilişsel ve psikososyal sıkıntılarla ilişkilidir. Bulantı daha yaygın ve kalıcıdır ve hafif mide bulantısı bile anksiyete veya depresyona neden olabilir. (18).

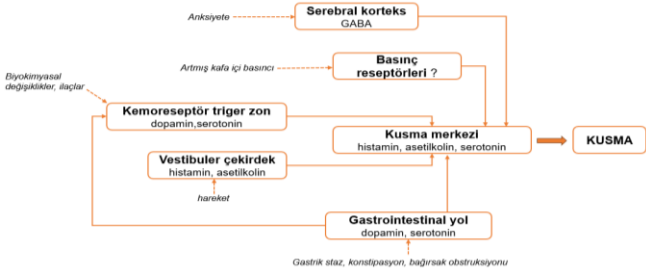
İlerlemiş kanser hastalarında bulantı ve kusma, yaklaşık %40 oranında nedeni bilinmemekle birlikte genellikle çok nedenlidir ve bilinen en yaygın nedenler arasında kimyasal anormallikler (örn. böbrek veya karaciğer yetmezliği, hiponatremi, hiperkalsemi); ilaçlar (örn. opioidler, antidepresanlar, antibiyotikler); enfeksiyon ve

bozulmuş ve/veya gecikmiş gastrointestinal geçiş nedenleri (bağırsak tıkanıklığı, mide kanaması, enterit, kabızlık) yer alır (18) (19).

Bulantı ve kusma, aynı olaylarla başlatılan, farklı ve örtüşen mekanizmalara sahip farklı fizyolojik süreçlerdir (18). Mide içeriğinin ağız yoluyla güçlü bir şekilde dışarı atılması anlamına gelen kusma, beyin sapı çekirdekleri, vagal sinirler, gastrointestinal sistem ve diafragmanın dahil olduğu karmaşık bir reflekstir. Bulantının ise bilişsel, duygusal ve iç algısal alanları vardır ve beynin daha yüksek merkezlerinde oluşur. Bulantı daha yaygın, kalıcı ve kontrol edilmesi zor, kusmaya göre daha sıkıntı verici bir durumdur ve yaşam kalitesi semptomlarıyla (örn. iştah kaybı) ilişkilidir (18).

Bulantı ve kusma nadiren tek başına ortaya çıkmakta olup yorgunluk, uyuşukluk, iştah azalması ve nefes darlığı gibi diğer semptomlarla birlikte kümelenme eğilimindedirler. Semptom kümeleri önemlidir çünkü hastanın işlevindeki değişiklikleri, tedavi başarısızlıklarını ve tedavi sonrası sonuçları bağımsız olarak etkileyebilirler. Bireysel semptomlar yerine semptom kümelerine yönelik tedaviler daha fazla terapötik fayda sağlayabilir (19).

Bulantı ve kusmayı ölçmek için standartlaştırılmış bir araç yoktur. Palyatif bakımda bulantı ve kusmanın değerlendirilmesi ve tedavisinin temel taşı "emetik yolun" ve bu süreçte yer alan ana nörotransmitterlerin anlaşılmasına dayanmaktadır (Şekil 4) (19). Bunun nedeni, antiemetik ilaçların ağırlıklı olarak bu süreçte yer alan farklı reseptör bölgelerindeki nörotransmitter bloke edici ajanlar olmasıdır.



Şekil-4. Emetik yol (19)

Geleneksel yaklaşım, hastanın ve semptomun dikkatli klinik değerlendirmesini ve mevcut ilaçların klinik farmakolojisinin anlaşılmasını savunur (Tablo 3) (18).

Tablo-3. Bulantı ve kusmanın palyatif bakım yönetimindeki adımlar (18)

1. Bakımın hedeflerini belirlemek veya onaylamak
2. Hastanın prognozunu ve hayatta kalma süresini tahmin etmek
3. Olası nedenleri belirlemek
4. Nedenlerin geri döndürülebilir olup olmadığını veya palyatif müdahaleler gerektirip gerektirmediğini değerlendirmek
5. Potansiyel fayda ve zararları göz önünde bulundurarak tedavi seçeneklerini seçmek

Yaşamı sınırlayan hastalıkları olan hastalarda bulantı ve kusmanın hafifletilmesinde temel yöntem farmakolojik ajanlardır (19). Antiemetik seçimi, daha önce belirtildiği gibi bulantı ve kusma nedeninde rol alan reseptörleri hangi ilaçların bloke ettiğinin bilinmesine dayanmaktadır. Vakaların çoğu gastropareziye bağlı olduğundan veya kemoreseptör tetikleme bölgesi aracılığıyla etki ettiğinden, tedaviye bir dopamin antagonisti ile

başlanmalıdır. Bir dopamin antagonistine cevap vermeyen hastalarda farklı sınıflardaki ajanlar eklenir. Dirençli bulantı ve kusması olan hastalarda olanzapin veya methotrimeprazin gibi birden fazla nörotransmitteri bloke eden ilaçlar eklenmelidir (18) (19). Kontrendike olmadıkça, düzenli olarak ve düşük dozda parenteral antiemetikler reçete edilmelidir. Titrasyona rağmen tek ajanla tedavi etkisiz kalırsa, ikinci basamak bir antiemetik verilmelidir Farmakolojik olmayan önlemler, örneğin diyet danışmanlığı, psikolojik hizmetler ve akupunktur standart farmakolojik yaklaşımlar ile birlikte kullanıldığında bazı faydalar sağlayabilir yine de antineoplastik tedavi ile ilişkili olmayan bulantı ve kusma için etkinliklerinin kanıtı sınırlıdır (2).

1.4. Dispne

Dispne, kanser hastalarının sıklıkla yaşadığı, ciddi sorunlara neden olan, hastalık gidişatı boyunca kötüleşen ve tedavisi diğer semptomlara göre daha zor olabilen bir semptomdur (20).

Kanser hastalarında dispnenin olası nedenlerini geniş bir yelpazede göz önünde bulundurmak ve mümkünse altta yatan nedenleri düzeltmek önemlidir. Yaygın nedenler arasında efüzyonlar, bronkospazm, hava yolu sekresyonları ve tıkanıklıkları, anemi, anksiyete ve hatta çözülmemiş duygusal sorunlar yer alır. Bazen birden fazla etyoloji dispne gelişimine neden olabilir.

Dispne değerlendirilmesi en iyi subjektif bir tanımlamayla gerçekleşir; fizyolojik ölçümler hastanın deneyimiyle yalnızca zayıf bir korelasyona sahiptir. Hızlı değerlendirme ve tedavi, hastalar için semptomların ve sonuçların iyileştirilmesi açısından hayati öneme sahiptir. Her ne kadar dispne kanser hastalarında yaygın ve potansiyel olarak zayıflatıcı olsa da, uygun terapötik stratejiler kullanılarak hastayı tedavi ederken aynı

zamanda geri döndürülebilir nedenleri dışlayacak yapılandırılmış bir yaklaşımla etkili bir şekilde yönetilebilir (20).

Dirençli dispnesi olan hastalar için opioidler güvenli ve etkili bir tedavidir. Benzodiazepinler ve kortikosteroidler, opioid tedavilerinin yanında adjuvan olarak kullanılabilir. Hastalar hipoksemikse veya eşzamanlı kronik obstrüktif akciğer hastalığı varsa oksijen desteği faydalıdır. Fan terapisi, egzersiz programları, pulmoner rehabilitasyon, akupunktur, bilişsel davranışçı terapi, müzik terapisi ve manevi müdahaleler gibi farmakolojik olmayan stratejiler de faydalı olabilir (2) (20).

1.5. Tükenmişlik

Tükenmişlik, yorgunluktan bitkinliğe kadar değişen tüm vücut duygularını içeren subjektif, nahış bir semptomdur. Tükenmişlik bireylerin normal kapasite fonksiyonlarını yerine getirme yeteneklerine müdahale eder ve hastalar ile yakınlarını olumsuz etkiler (21).

İlerlemiş kanserli hastaların dörtte üçünü etkileyen oldukça yaygın görülen tükenmişliğin patogenezinde proinflamatuvar durum rol alır ve anemi, yetersiz beslenme, nöro-endokrin bozukluk ve kas disfonksiyonu gibi faktörler de katkıda bulunur. Kanser tedavisi sırasında ve sonrasında tükenmişlik için bazı risk faktörleri tanımlanmıştır. Bunlar arasında genetik risk faktörleri, psikososyal faktörler (tedavi öncesi yorgunluk, depresyon ve uyku bozukluğu, işlevsiz başa çıkma ve değerlendirme süreçleri, yalnızlık, erken yaşam stresi) ve biyodavranışsal faktörler (fiziksel hareketsizlik, artan vücut kütlesi) yer alır (21).

Tükenmişliğin değerlendirilmesi NRS, Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü QLQ-FA13 ve Chalder Tükenmişlik Ölçeği gibi ölçekler ile sağlanabilir (2).

Tükenmişlik için hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan tedaviler mevcuttur (Tablo 4) (9). Öncelikle tükenmişliğin altında yatan/geri döndürülebilir nedenlerin tedavisi optimize edilmelidir. Fiziksel semptomların protokole dayalı yönetimi ve proaktif izlenmesi genel tükenmişliği iyileştirebilir, bunun yanı sıra aktivite düzeylerini ve motivasyonu etkiler (2).

Tablo-4. Tükenmişlik yönetimi (9)

<u>Farmakolojik olmayan müdahaleler</u>	<u>Farmakolojik müdahaleler</u>
1. Aerobik egzersiz	1. Modafinil
2. Psikolojik müdahaleler	2. Kortikosteroidler
3. Tamamlayıcı tedaviler (akupunktur, stres yönetimi vb.)	3. Metilfenidat
	4. Antidepresanlar
	5. Kolinesteraz inhibitörleri
	6. Diğer

1.6. Deliryum

Deliryum, bilişsel işlev bozukluğunun eşlik ettiği, temel durumdan bir düşüşü temsil eden, dikkat ve farkındalıkta dalgalanan bir rahatsızlıktır. Kansere hastalarında en sık görülen, ciddi nöropsikiyatrik komplikasyondur (9).

Deliryum, ağrı gibi diğer semptomların tanınmasını engelleyebilir. Bazen ajitasyon, kontrol edilemeyen ağrı olarak yanlış yorumlanabilir ve hastalara artan dozda opioidler verilebilir, bu da deliryum durumunu kötüleştirir (9).

Deliryumun etiyojisi genellikle çok faktörlüdür ve enfeksiyonlar, organ yetmezliği veya ilaçlara karşı olumsuz reaksiyonlar gibi birden fazla tıbbi durumu içerir.

Deliryumun değerlendirilmesi her zaman bir öyküyü ve potansiyel olarak geri döndürülebilir nedenleri değerlendiren fizik muayeneyi ve ilaçların ve dozların kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesini içermelidir. Metabolik anormalliklerin, hipoksi veya diğer tıbbi sorunların değerlendirilmesi için laboratuvar testleri gerekli olabilir. Beyin metastazı, iskemi veya kanamayı değerlendirmek için beyin görüntülemenin yanı sıra leptomeningeal karsinomatosisi dışlamak için elektroensefalografi (EEG) ve/veya lomber ponksiyon endike olabilir. Deliryum tanısı, Karışıklık Değerlendirme Yöntemi (CAM) veya entübe hastalar için CAM-ICU gibi spesifik araçlar kullanılarak yapılabilir (9).

Deliryum yönetiminde hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan tedaviler mevcuttur. Farmakolojik olmayan müdahaleler çok yönlüdür ve altta yatan nedenin kapsamlı bir şekilde araştırılmasını içermelidir. Farmakolojik olmayan müdahalelerin yeterli olmadığı durumlarda psikotrop ilaçlarla tedavi gerekir. Deliryumun tedavisi ve önlenmesinde antipsikotikler, kolinesteraz inhibitörleri ve alfa-2 agonistleri ana ilaç sınıflarını oluşturur (9).

2.1. Anksiyete ve Depresyon

Anksiyete ve depresyon, kanser hastalarında psikolojik sıkıntının en sık görülen belirtileridir ve görülme sıklığı, hastalığın türü ve evresi, hastaların baş etme becerileri ve psikososyal destek gibi birçok faktöre bağlı olarak önemli ölçüde değişmektedir (9).

Ölüm kaygısı, hastanın yaşam sonu bakım istekleri konusunda hasta ve aile üyeleri arasındaki iletişimin azalmasına neden olur. Tedavi edilmeyen kaygı sıklıkla hastanın yaşam kalitesine zarar verir. Ölümcül kanser hastaları; ilerleyici fonksiyonel azalma, semptom şiddetinde artma, sosyal destekte bozulma ve

başkalarına karşı kendilerinin algıladıkları yük nedeniyle depresif semptomlara yatkın hale gelir (1, 9).

Anksiyete ve depresyonun yönetiminde etkili müdahalelerin belirlenmesi için dikkatli bir öykü ve fizik muayene önemlidir. Ağrı ve nefes darlığı da dahil olmak üzere anksiyete veya depresyona neden olan tedavi edilebilir durumların belirlenmesine ve bunların uygun şekilde yönetilmesine önem verilmelidir. Anksiyete tedavisinde öncelikle farmakolojik olmayan yaklaşımlar denenmelidir. Semptomların yönetilmesinde multidisipliner değerlendirmeler ve kısa süreli psikoterapi kullanılabilir. Prognoza ilişkin güncel bilgilerin sağlanması, kısa vadeli hedef ve beklentilerin belirlenmesi, güçlü yönlerin ve başa çıkma tekniklerinin belirlenmesi ve rahatlama tekniklerinin kullanılması yararlı olabilir. Depresyon ve ciddi hastalığı olan hastalarda farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimler eş zamanlı kullanılmalıdır. Kısa veya uzun etkili oral benzodiazepinler, ciddi hastalığı olan hastalarda anksiyete belirtilerinin tedavisinde temel dayanak noktasıdır. Anksiyete şiddetliyse ve paranoya veya halüsinasyonlarla ilişkiliyse haloperidol gibi antipsikotiklere ihtiyaç duyulabilir. Terminal dönem kanserli yaşlı yetişkinlerde depresyon tedavisi için, ilaç klirensinin azalması ve potansiyel yan etkiler nedeniyle antidepresanların başlangıç dozu azaltılmalıdır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar), diğer antidepresan ilaçlara göre daha az sedasyona ve daha az otonomik yan etkiye neden olur ancak 4-6 hafta boyunca etkinlik göstermeyebilir. Bazı durumlarda hızlı etkileri nedeniyle psikostimulanlara ihtiyaç duyulabilir, ancak bunlar kaygı ve huzursuzluğu şiddetlendirebilir. Hastalar, ilk tedaviye yanıt zayıf olduğunda ve psikoz veya intihar düşüncesi ile karmaşık bir tablo ortaya çıktığında psikiyatriye yönlendirilmelidir (9).

İnsomnia

İnsomnia, uykuya dalmakta zorluk, uykuyu sürdürmede zorluk, sabah erken uyanma veya dinlendirici olmayan uyku şikayetini içerebilen heterojen bir şikayettir. Uyku bozuklukları ayrıca insomnia, gündüz aşırı uykululuk veya anormal hareketler ve uyku sırasındaki davranışlar veya duyumlar ile karakterize edilen diğer birçok sorunu da içerir (22).

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması İnsomniayı 3 Kategoriye Ayırır:

1. Dissomniler: Uykuyu Başlatma Veya Sürdürmede Zorluk Veya Aşırı Uykululuk
2. Parasomniler: Uyku Sırasındaki Anormal Davranışlar Veya Duyumlar
3. Zihinsel, Nörolojik Veya Diğer Tıbbi Bozukluklara Eşlik Eden Uyku Bozuklukları

Her türlü uyku güçlüğü, günlük yaşam kalitesini ve enerjisini bozmaktadır. Yorgunluk ve gündüz aşırı uykululuk, günlük yaşamda uyku bozukluklarının en sık görülen belirgin sonuçlarıdır. İnsomnianın zihinsel işlevler üzerinde derin etkileri vardır. İnsomnia, hafif olduğunda sosyal ve mesleki işlevlerde yalnızca küçük azalmalara neden olabilir, ancak şiddetliyse, gündüz işlevini ve yaşam kalitesini etkileyen çok sayıda nöropsikolojik eksiklikle birlikte çok zayıflatıcı olabilir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve varoluşsal acılar, uyku yoksunluğuyla abartılır. İnsomnia, başa çıkma kapasitesini azaltır, ağrı ve rahatsızlığı şiddetlendirir ve hastalığın algılanan ciddiyetini artırır. Uzun vadeli çalışmalar, kalıcı uykusuzluğa sahip kişilerin daha sonra depresyon, anksiyete ve madde bağımlılığı açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermektedir (tablo 6).

Tablo-5. Kanser hastalarında uykusuzluğun etkileri (22)

<u>Fizyolojik</u>	<u>Psikolojik</u>
Sağlık sorunları (ağrı, baş ağrısı, halsizlik)	Bozulmuş bilişsel ve psikomotor beceriler
Artmış tıbbi konsültasyonlar ve hastane yatışı	Tükenmişlik
Uykusuzluk ve/veya kronik hipnotik istismardan kaynaklanan daha yüksek ölüm oranı	Gündüz fonksiyonunda azalma
İmmünsupresyon	Sekonder kaygı, depresyon, duygudurum bozuklukları
	Madde bağımlılığı riskinde artma
	Artmış acı çekme
	Ailevi stres

İnsomnia, en yaygın ve rahatsız edici kanser semptomlarından biri olmasına rağmen, klinisyenler ve araştırmacılar tarafından büyük ölçüde göz ardı edilmiştir. Oysa birçok uyku sorunu etkili bir şekilde tedavi edilebilir. İnsomnia özellikle akciğer, meme ve baş-boyun kanserlerinde olmak üzere birçok kanser türünde yaygındır. Standart tanımların ve kuralların olmayışı yönetimi zorlaştırmaktadır. İnsomnia içeren semptom kümeleri belirlenmelidir. İnsomnianın yorgunluk, ağrı, depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu iyi bilinmektedir. Yaşlı insanlar ve kadınlar daha duyarlı olabilir. Kanser ilerledikçe insomnia daha da kötüleşir. İnsomnia sadece hastanın yaşam kalitesini değil, aynı zamanda bakıcıların ve ailelerin yaşam kalitesini de etkiler. Yetersiz tedavinin, yaygın etkisi ve dolayısıyla artan tıbbi ziyaretler ve hastaneye yatışlar nedeniyle muhtemelen maliyetler ve sağlık sistemi kullanımı üzerinde önemli bir etkisi vardır.

Kanser ilişkili insomnia için sistematik tarama esastır. Doğrulanmış çok az ölçek mevcuttur.

Kansere ilişkili insomnianın karmaşık bir patofizyolojisi olması nedeniyle tedavi hem farmakolojik olmayan hem de farmakolojik yaklaşımları içerecek şekilde multimodal olmalıdır (Tablo 6). Spesifik farmakolojik tedavi düşünülmenden önce, risk faktörleri belirlenerek etkin olarak yönetilmeli ve iyi uyku hijyenini sağlanmalıdır. Bilişsel davranışçı terapi gibi farmakolojik olmayan tedavilerin umut verici sonuçları vardır, ancak daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır. Kanser ilişkili insomnia için farmakoterapinin rolü daha da belirsizdir. Yeni nesil benzodiazepin olmayan hipnotikler bazı faydalar sağlayabilir. Yorgunluk, ağrı ve sıcak basması gibi önemli ilişkili semptomların uygun ajanlarla yönetilmesi, kapsamlı bir terapötik stratejinin parçası olarak önemlidir.

Tablo-6. Kanser İlişkili İnsomnia Yönetimi

<u>Farmakolojik olmayan</u>	<u>Farmakolojik</u>
1. Rahatlama terapisi	1. Benzodiazepinler
2. Uyku kısıtlaması	2. Benzodiazepin olmayan hipnotikler
3. Uyarıcı kontrolü	3. Antidepresanlar
4. Bilişsel/davranışsal değişiklik (biyolojik geri bildirim, yönlendirilmiş görüntüler)	4. Antihistaminikler
5. Uyku eğitimi	5. Melatonin
6. Kombine yaklaşımlar	6. Alternatif tedaviler (kava kava, kediotu kökü)
	7. Diğer (öksürük, yorgunluk, ateş basması, ağrı vb. tedavisi)

Yaşam Sonu Bakımı

Erken müdahale ile semptom kontrolü sağlanabileceği gerçeğine rağmen, palyatif bakıma yönlendirmelerin çoğu, hastalığın gidişatının sonlarında meydana gelir.

Hastalar yaşamlarının sonlarında deliryum, ajitasyon, anksiyete, dispne, ağrı ve kusma gibi çeşitli semptomlar yaşarlar. Hastalar ve aileleri genellikle yaşamın son saatlerinde ve ölüm anında meydana gelen tipik değişikliklerden habersizdir ve bu durum kafa karışıklığı ile paniğe yol açabilir. Bu sırada ortaya çıkan amaçsız hareketler ve yüz ifadeleri, fiziksel rahatsızlık veya duygusal stres olarak yanlış yorumlanabilir. Birikmiş orofaringeal sekresyonlar nedeniyle değişen solunum sesleri boğulma olarak yorumlanabilir. Bakıcının son saatlerde neler bekleyebileceği konusunda eğitimi stresi hafifletmeye ve paniği önlemeye yardımcı olabilir. Bu özellikle ailelerin evde ölüm planladığı durumlarda faydalıdır (9).

Yaşamın terminal evresinde semptomlar dirençli hale gelebilir ve destekleyici ve palyatif tedavilerle yeterince kontrol edilemeyebilir. Bu durumda palyatif sedasyon ile farkındalığın azalması veya bazı durumlarda gerekirse bilinç kaybının tetiklenmesi amaçlanır. Sedatif ilaçlar, monitörize hastada doz titre edilerek başlanır. Sedasyon düzeyi sürdürülebilir ve etkisi geri döndürülebilir olmalıdır. Bu amaçla sıklıkla kısa etkili benzodiazepinler tercih edilmektedir (9).

Akılda Kalanlar

Palyatif bakımda özellikle kanser hastalıklarının seyri sırasında karşılaşılabilecekleri fiziksel, duygusal, sosyal ve manevi konulara odaklanarak hastaya, aileye veya bakıcıya bütüncül bir destek sağlanır.

- İlerlemiş kanseri olan çoğu hasta, genellikle ölüm yaklaştıkça daha yoğun olmak üzere hastalık seyri boyunca çeşitli semptomlar yaşarlar. Bu semptomların kötü yönetilmesinin hastaların fonksiyon yeteneği, yaşam kalitesi, antikanser tedavilerine uyum yeteneği ve sağlık kaynaklarının kullanımı üzerinde önemli bir etkisi olabilir.
- Kanserli hastaların bakımıyla ilgilenen tüm klinisyenler, semptom değerlendirmesi ve yönetiminde yetkin olmalıdır.
- Başta ağrı olmak üzere semptom yönetimi bakım standardı olarak kabul edilmelidir.
- Kanser hastalarında semptom değerlendirmesi kapsamlı bir anamnezi ve fizik muayeneyi içermelidir. Altta yatan olası nedenler belirlenerek farmakolojik olmayan ve farmakolojik müdahalelerin kombinasyonu ile uygun bir tedavi planı oluşturulmalıdır.
- Tedaviye başladıktan sonra hastalar, ilaç yan etkilerine dikkat edilerek rahatsız edici semptomlar kontrol altına alınıncaya kadar sık sık yeniden değerlendirilmelidir.
- Bakıcının son saatlerde neler bekleyebileceğine ilişkin eğitimi stresi önemli ölçüde azaltır.

Çıkar çatışması: Yoktur

KAYNAKÇA

1. Bubis LD, Davis L, Mahar A, et al. Symptom Burden in the First Year After Cancer Diagnosis: An Analysis of Patient-Reported Outcomes. *J Clin Oncol.* 2018 Apr 10;36(11):1103-1111. doi: 10.1200/JCO.2017.76.0876. Epub 2018 Mar 1. PMID: 29494259.
2. Henson LA, Maddocks M, Evans C, et al. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol.* 2020 Mar

- 20;38(9):905-914. doi: 10.1200/JCO.19.00470. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023162; PMCID: PMC70.
3. Cotogni P, Stragliotto S, Ossola M, et al. On Behalf Of The Intersociety Italian Working Group For Nutritional Support In Cancer. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*. 2021 Jan 22;13(2):306. doi: 10.3390/nu13020306. PMID: 33498997; PMCID: PMC7911232.
 4. World Health Organization. Definition of Palliative Care. Available at: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html>
 5. Ünal, OÜ. Kanser Hastalarında Palyatif Bakım. Aile Hekimliği Disiplini Açısından Palyatif Bakım. 2019; 211-216.
 6. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Jan;31(1):58-69. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.06.007. PMID: 16442483.
 7. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol*. 2007 Sep;18(9):1437-49. doi: 10.1093/annonc/mdm056. Epub 2007 Mar 12. PMID: 17355955.
 8. Greco MT, Roberto A, Corli O, et al. Quality of cancer pain management: an update of a systematic review of undertreatment of patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014 Dec 20;32(36):4149-54. doi: 10.1200/JCO.2014.56.0383. Epub 2014 Nov 17. PMID: 25403222.
 9. Alexander K, Goldberg J, Korc-Grodzicki B. Palliative Care and Symptom Management in Older Patients with Cancer. *Clin Geriatr Med*. 2016 Feb;32(1):45-62. doi: 10.1016/j.cger.2015.08.004. Epub 2015 Oct 17. PMID: 26614860; PMCID: PMC5032900.
 10. RK., Portenoy. Treatment of cancer pain. *Lancet*. 2011 Jun 25;377(9784):2236-47. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60236-5. PMID: 21704873.

11. World Health Organization. Cancer pain relief: With a guide to opioid availability, 2nd ed. <http://www.who.int/iris/handle/10665/37896>.
12. Yoon SY, Oh J. Neuropathic cancer pain: prevalence, pathophysiology, and management. *Korean J Intern Med.* 2018 Nov;33(6):1058-1069. doi: 10.3904/kjim.2018.162. Epub 2018 Jun 25. PMID: 29929349; PMCID: PMC6234399.
13. Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv166-iv191. doi: 10.1093/annonc/mdy152. PMID: 30052758.
14. Hökkä M, Kaakinen P, Pölkki T. A systematic review: non-pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer. *J Adv Nurs.* 2014 Sep;70(9):1954-1969. doi: 10.1111/jan.12424. Epub 2014 Apr 15. PMID: 24730753.
15. Muscaritoli M, Arends J, Bachmann P, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in cancer. *Clin Nutr.* 2021 May;40(5):2898-2913. doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.005. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33946039.
16. Viana ECRM, Oliveira IDS, Rechinelli AB, et al. Malnutrition and nutrition impact symptoms (NIS) in surgical patients with cancer. *PLoS One.* 2020 Dec 15;15(12):e0241305. doi: 10.1371/journal.pone.0241305. PMID: 33320857; PMCID: PMC7737886.
17. Baracos VE, Martin L, Korc M, et al. Cancer-associated cachexia. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Jan 18;4:17105. doi: 10.1038/nrdp.2017.105. PMID: 29345251.
18. RJ., Wickham. Nausea and Vomiting: a Palliative Care Imperative. *Curr Oncol Rep.* 2020 Jan 20;22(1):1. doi: 10.1007/s11912-020-0871-6. PMID: 31960161.
19. Glare P, Miller J, Nikolova T, Tickoo R. Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clin Interv Aging.* 2011;6:243-59. doi: 10.2147/CIA.S13109. Epub 2011 Sep 12. PMID: 21966219; PMCID: PMC3180521.

20. Crombeen AM, Lilly EJ. Management of dyspnea in palliative care. *Curr Oncol.* 2020 Jun;27(3):142-145. doi: 10.3747/co.27.6413. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32669923; PMCID: PMC7339837.
21. Memiş D, İnal MT, Uyar Ař, ve ark. Onkolojik Hastalıklarda Palyatif Bakım. *Palyatif Bakımın Temelleri.* 2019; 85-103.

BÖLÜM 5

ONKOLOJİDE BAKIM VERENLERİN ROLÜ

Doç. Dr. Fatma SERT

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı

Prof.Dr. Zeynep ÖZSARAN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı

1. Giriş

Herhangi bir yılda dünya çapında 14 milyondan fazla kişinin kanser tanısı aldığı dikkate alındığında (Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 2019), onkoloji ile ilgili her faktör büyük önem taşımaktadır. Kanserle yaşayan bir kişi, potansiyel olarak bir dereceye kadar fiziksel, bilişsel ve/veya psikolojik bozulmaya, işsizlik dönemlerine, mali kaygılara, sosyal izolasyona ve varoluşsal sorulara sahip olacaktır ve bunların herhangi biri veya tümü, doğrudan veya dolaylı olarak, kendisini çevreleyen aile ve arkadaşlarını etkileyebilmektedir. Bu nedenle, 'Psikoonkoloji ve Kansere Bütüncül Yaklaşım' isimli kitabımızın bu bölümünde kanser hastalarına bakım veren kişilerin rolünü kapsamlı olarak değerlendirmeyi amaçladık.

1.1. Terminoloji

Terminolojinin ilk aşamada tartışılması bu konudaki fikir farklılıklarının ve tanımlamalardaki sıkıntıların giderilmesi için önemlidir. Bu doğrultuda, 'bakım vereni' terimi, hastanın fiziksel bakım, semptom yönetimi ve psikososyal ihtiyaçlarında yardım için güvendiği ve bakım verdiği için maddi karşılık almayan birincil kişi

olarak tanımlanmaktadır (1). Bu tanım, 'bakım vereni' nin kan veya evlatlık bağı, akraba veya hane halkı üyesi olması gerekmediğini belirtir ve bu nedenle ayrı evleri olan arkadaşları, komşuları ve akrabaları (yetişkin çocuklar gibi) kapsamaktadır.

Kanserli hastanın bakım verene yönelik ilgi, son yirmi yıldaki araştırmalarda önemli bir büyümeye yol açmıştır. Ne yazık ki, yayınlanmış literatürde bakım veren konusunda tek bir tanım ortaya konmamıştır. Bazı araştırmalar, bakım veren çalışma popülasyonlarının seçimi için parametreleri tanımlamayı ihmal etmektedirler. Literatürdeki tanımlar arasında, bakıcının hastayla ilişkisini, bakıcının sorumluluklarını ve/veya hasta ve bakıcının ortak bir evi paylaşmasını kapsayan bir dizi parametre ifade edilmiştir. Onkolojide bakım veren için tek bir tanımın bulunmamasının sonuçları çok çeşitlidir. Bunlar arasında en önemlisi, farklı çalışma popülasyonu örnekleme kriterleri nedeniyle çalışmalar arasında tutarsız sonuçların ortaya çıkmasına neden olmasıdır. Açıkçası, ulaşım ve market alışverişi gibi yalnızca araşsal görevleri yerine getiren bakım verenin sorumlulukları ve bunun sonucunda ortaya çıkan yükler, yara bakımı, banyo yapma, ilaç yönetimi gibi hastanın fiziksel, psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayan bakım verenin yaşadıklarından farklıdır. Bu nedenle, çalışma sonuçlarını bir araya getirme ve onkolojide bakım veren araştırmalarının homojen bir veri ortaya koyma olasılığı zorlaşmaktadır.

1.2. Neden Onkolojide Bakım Verene Odaklanmak Gerekmektedir?

Hasta olan birine bakmak, tüm zamanlarda insanlığımızın ortak iyilik içeren davranışlarından biridir. Peki, öyleyse bakım verenler yalnızca insandan insana verilen bir sözleşmeyi yerine getiriyorlarsa, neden bir

psiko-onkoloji ders kitabında bahsedilmeyi hak ediyorlar? Esasen bu sorunun cevabı iki yönlüdür. Birincisi, kanserli hastalar genellikle ayaktan hasta olarak girişimsel tanı çalışmaları ve agresif tedaviler görmekte ve sonra evlerinde iyileşme dönemini geçirmektedirler. Beklenen bir şekilde sağlık profesyonellerinden çok daha az tıbbi eğitim sahibi veya hiç eğitimi olmayan bakım verenler, kanserli hastaların evde bakım sorumluluğunu üstlenirler ve sağlık ekibinin fiilen ortakları olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Onkolojide bakım verenler, karmaşık fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamanın yanı sıra hastanın karışık bir sağlık sisteminde gezinmesine ve ev işlerini sürdürmesine yardımcı olması gerekmektedir (2). Onkolojide bakım verenlerin rolü ve sorumluluklarının kompleksliği, bizi onkolojide bakım verenlere odaklanmak için ikinci gerekçeye götürmektedir. Bugün bakım verenlerinin rolünü yerine getirmenin sonuçlarını ortaya koyan onlarca yıllık veriye sahibiz. Bazılarına bu bölümde değinilecek olan onkolojide bakım verenlerde artan hastalık ve ölüm oranları, bakım verenlerin aslında bakıma muhtaç ikinci bir hasta grubu olabileceğini de göstermektedir (3).

2. Duygu-Durum Değişiklikleri Ve Psikolojik Bozukluklar

Duygu-durum değişiklikleri ve psikolojik bozulma, onkolojide bakım verenler literatüründe en sık araştırılan değişkenlerdir. Araştırmacılar, psikolojik bozukluğun kavramsal ve tanısal kategorilerini yani kaygı, depresyon, stres, duygusal esenlik ve psikolojik sıkıntı gibi durumları ölçmek için çeşitli araçlar kullanmışlardır (4). Ortak bir ölçütün olmaması, bakım verenleri ve en büyük risk altında olan bakım verenler alt grubu arasındaki psikolojik bozukluğun boyutunu kesin olarak

değerlendirmeyi zorlaştırır; bununla birlikte, hemen hemen tüm ölçümlerde, bakım verenlerin sürekli olarak genel popülasyonun iki veya daha fazla katı anksiyete, depresyon ve psikolojik sıkıntı oranlarına sahip olması dikkat çekicidir (5, 6). Bakım verenin psikolojik bozukluğuna ilişkin literatür eksikliği, kanserli hastanın bakım verenleri için büyük bir yük olduğu gerçeğini gizleyemez. Hasta ve bakım verenlerindeki psikolojik bozulmayı eş zamanlı olarak araştıran birçok çalışma, bakım verenlerinde kanser hastalarına göre daha yüksek oranda bozulma olduğunu ortaya koymuştur (5, 7).

Bakım verenlerin verilerinin analizleri, duygu-durum bozukluğu, fiziksel sağlık, başa çıkma yeteneği ve bakım verenin algıladığı yük arasındaki iç içe geçmişliğe dair daha fazla farkındalık sağlamıştır (5-9). Literatür verileri, bakım vericilerin rollerinde takılabilecekleri yolu aydınlatır ve onlar için olumlu sonuçlar sağlayabilecek destekleyici önlemler için kanıtlar ortaya koymaktadır. Örneğin, kendi fiziksel sağlık sorunları olan ve çalışan, bakım verenlerin duygu-durum değişikliklerine ve algılanan yükün ağırlığı ile başa çıkamama olasılıkları daha yüksektir (5, 9). Oysa problem odaklı baş etme stratejilerini uygulayan bakım verenler, duygu-durum değişikliklerini ve algılanan yükü etkili bir şekilde hafifletiyor gibi görünmektedir (8).

Ayrıca, bakım verme konusunda, sağlıklı ve diğer bakımlardan güvende olan bakım verenin, bakım verme sorumluluklarından psikolojik esenlik elde edebileceği bir "sweet spot" olduğu ileri sürülmektedir. Bu konudaki küçük bir araştırma, bakım vermeye ayrılan süreyi haftada 6 saatten daha az bir süre ile sınırlamanın, bakım verenin mutluluğunu ve esenliğini artırabileceğini göstermiştir (9). Ne yazık ki, kanser hastasına bakım verenler, bakım sorumlulukların ile haftada 30 ila 58 saat

arasında değişen oranlarda ilgilendikleri için tanımlanan bu "sweet spot"u fazlası ile aşmaktadır (10, 11).

2.1. Hasta-Bakım Veren İlişkisi—Çift Yönlü Etkileşim

Kanserli hastaya bakım verenin duygu-durum değişkenliği ve psikolojik bozukluğu, bakıcının kişisel acı çekmesine katkıda bulunmakla kalmaz, aynı zamanda kanserli kişi ile olan ilişkilerini ve o aile üyesine sağlayabilecekleri bakımı da etkileyebilmektedir. İki meta-analizde (12, 13) derlenen çok sayıda veriden, hasta-bakım veren ikilisi arasında psikolojik sıkıntı ve yaşam kalitesi üzerinde karşılıklı, çift yönlü etkilerin varlığı gösterilmiştir. Son araştırmalar, hasta-bakım veren ikilisi arasında hem olumlu hem de olumsuz karşılıklı etki fikrini desteklemeye devam etmektedir (14, 15).

Hasta-bakım veren karşılıklı ilişkisinin araştırması, ilişkinin kendisinin, ikilinin her iki üyesi için de sonuçlar üzerindeki etkisini incelemek üzere ilerlemiştir (16, 17). Spesifik olarak, ikili ilişkinin türü, kalitesi ve bağlamı irdelenmiş ve destekleyici ilişkilerin yaşam çıktılarının kalitesini artırabileceğini ve sıkıntı ve algılanan yükü karşı koruyucu olabileceğini göstermektedir. Buna karşılık, kopuk veya kendini düşük ifade edilmesi şeklinde yürüyen hasta-bakım veren ilişkileri, zihinsel ve fiziksel sağlığın azalmasıyla ilişkili bulunmuştur (16). Hasta-bakım vereni ilişkisi araştırmaları hala gelişirken, ilk araştırmalar mesafeli veya kendini ifade gücü düşük ailelere müdahale etme niyetiyle ikili ilişki tipini, niteliğini ve bağlamını belirlemenin değerine işaret etmiştir. Müdahaleler, güven oluşturmaya ve duyguları ifade etmeyi öğrenmeye odaklanabilir.

2.2. Duygu-Durum Bozukluğuna Katkıda Bulunan Faktörler

Uyku bozukluğu, fiziksel hastalık, sosyal aktivitelerin kısıtlanması ve mali kaygılar dahil olmak üzere, kanserli hasta bakım verenlerinin duygu-durum bozukluğu riskine çeşitli faktörler etki etmektedir. Genel nüfusa benzer şekilde, kanserli hasta bakım verenlerin uyku bozukluğu olan grubunda anksiyete ve depresyon prevalansı artış göstermektedir (18-21). Kanserli hasta bakım vericileri, özellikle hasta aile üyesiyle aynı evi paylaşıyorsa, günde 24 saat bakım sağlamaktadır. Gece görevleri, ilaç yönetimi, tuvalet yardımı, semptom yönetimi ve tedavi yan etkileri için desteğin yanı sıra hastaya duygusal destek sağlamak da yine bakım verenlerin günlük işleri arasındadır. Beklenebileceği gibi, huzursuz uyku, kanserli hasta bakım verenleri için yaygın bir problemdir ve prevalansı %40-76 arasında değişmektedir (20, 21).

Kanserli hasta bakım vereninin fiziksel sağlığındaki bozulmanın, artan depresyon riskine katkıda bulunduğu gösterilmiştir. Çeşitli araştırmalar, bakım verenin fiziksel sağlığındaki düşüşün, büyük ölçüde hastanın fiziksel kısıtlamalarından ve bakım verenin yük duygusu, sosyal işlevsellik ve terk edilmişlik dahil olmak üzere bakım verme deneyimini yapamayacağından kaynaklandığını göstermiştir (22). Kişinin bakım verme becerilerindeki öz-yeterlik, bakım verenin fiziksel ve ruhsal sağlığını da belirlemektedir (23). Genel nüfusta olduğu gibi, düşük eğitim düzeyi, kanserli aile bakıcıları arasında daha kötü fiziksel ve zihinsel sağlıkla ilişkili bulunmuştur (22).

Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, kanserli hasta bakım vereninin yaşamı, sorumlulukları nedeni ile kısıtlandıkça, duygu-durum bozukluğu ve psikolojik bozulma riski artmaktadır (5). İş veya boş zaman ile ilgili zevkli ve anlamlı sosyal faaliyetler, kanserli birine bakmanın günlük görevleri ve stresörleri tarafından gasp

edildiğinde, bakım verenin kimliği, başa çıkma stratejileri, öz bakım çabaları ve sosyal ağı bozulabilmektedir (24). Keyifli ve yaşama anlam katan aktivitelerin kaybı, bakım verenin bakımdan kaynaklanan yüküne katkıda bulunabilir ve bunların tümü duygudurum bozukluğu ve psikolojik bozulma riskini artırır (5).

Kanserden etkilenen aileler her zaman hastalığa ikincil olarak mali bir yüke de maruz kalmaktadırlar (5, 25). 2015 yılında yapılan bir araştırma, yaşamının sonunda kanserli birine bakmanın maliyetine ilişkin tahminlerini modellemiştir (25). Sonuçlar, hastalığın erken evrelerine ilişkin çalışmaya benzer şekilde (26), bugüne kadarki en büyük masrafın, bakım veren zamanının maliyeti olduğunu bulmuştur. Kanser hastalarının bakım verenleri, bakım verme sorumluluklarını yerine getirmek için tam zamanlı çalışmadan yarı zamanlı çalışmaya geçmek, çalıştıkları saati değiştirmek, kişisel hastalık izni kullanmak erken emekli olmak gibi veya işlerinin doğasını değiştirmek (örn: iş seyahatlerine çıkmayı bırakmak) zorunda kaldıklarını bildirmektedirler (5, 27). Bu iş düzenlemelerinin sonuçları, azalan aile gelirini ve potansiyel olarak uzun vadeli kariyer fırsatlarının kaçırılmasını içerebilmektedir.

3. Belirsizlik

Belirsizlik, hastalığın tüm aşamalarında kanserle yaşayan hasta ve bakım vericileri için değişmez bir unsurdur. Tanı, evreleme, tedavi kararları, tedaviyle ilgili yan etkiler, hastalık ve tedavi izleme, sağ kalım, yineleme, yaşamın sonu-hepsi belirsizlikle işlenir ve günlük yaşamda sıkıntılara yol açar (28). Yakın veya uzak gelecekte nasıl hissedeceği veya çalışacağı konusunda belirsiz olan hastaların kendileri ve bakım verenleri, randevuları, yemekleri, iş atamalarını, çocuk bakımı sorumluluklarını, sosyal hayatları veya tatillerini

planlamakta güçlük çekmektedirler (27). Esasen, planlama gerektiren herhangi bir faaliyet veya sorumluluk, hastanın iyiliğinin belirsizliğinden dolayı bir beklemedik durum içermektedir. Belirsizliği yönetmek sadece bakım verenler için değil tüm insanlar için önemli bir sınavdır. 2009'da yapılan bir araştırmada, kanserden kaybedilmiş birine bakmış veya bakmakta olan 33 kişi değerlendirilmiştir. Yaşam deneyimi ve bilişsel, duyuşsal ve davranışsal boyutlarla ilgili birçok faktör bakım verenler için önemli olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle, katılımcılar oybirliğiyle (tıbbi, psikososyal, dini/manevi ve pragmatik konularla ilgili olduğu için) belirsizliği temel zorlukları olarak bildirmişler ve iletişimi belirsizliği yönetmenin başlıca yolu olarak tanımlamışlardır (29).

4. Maneviyat

Bakım verenlerin hayatı belirsizlik, kimlik bozulması ve fiziksel ve duygusal zorluklarla doludur ve bu nedenle potansiyel olarak manevi ve varoluşsal soruların ortaya çıkması için ideal ortam ortaya çıkmaktadır (30). Onkolojide bakım verenlerin maneviyatı üzerine literatür sınırlı olmakla beraber son zamanlarda hızlanmıştır ve maneviyatın daha önceki araştırmalarda gözden kaçan güçlü ve etkili bir değişken olabileceği gösterilmiştir.

Amerikan Kanser Derneği'nin büyük bir çalışmasında kanserli hastaya bakım verenlere yönelik uygulanmış yaşam kalitesi anketi ile manevi refah ve bunun çeşitli hasta ve bakım veren değişkenleri ile ilişkisi değerlendirilmiştir (31). Araştırmada manevi esenlik, anlam ve huzuru bulma yeteneği olarak tanımlanmıştır. Sonuçlar, hem hastalar hem de bakım verenler için ruhsal esenlik ile akıl sağlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. İlginç olarak, araştırmada değerlendirilen bakım verenler için yüksek manevi iyilik ile kanserli kişi için de daha iyi fiziksel iyilik olduğu

saptanmıştır. Hastanın fiziksel sağlığının bakımının maneviyatına katkıda bulunup bulunmadığının veya tersinin olup olmadığının veya ilişkinin çift yönlü olup olmadığının belirlenmesi için ek analizler gerekmektedir.

Palyatif bakıma kayıtlı ileri evre kanser tanılı hastalara, kendilerine bakım verenlerle ilişkili küçük bir epidemiyolojik çalışma yapılmış ve çalışma sonunda tüm katılımcıların kendilerini “manevi” olarak tanımladıklarını ve maneviyatlarının aile üyelerinin hastalığıyla başa çıkmada önemli bir araç olduğunu belirtmişlerdir (32). Bununla birlikte, katılımcıların yarısından fazlası “ruhsal acı” yaşadıklarını bildirmiştir [“ruhunuzun (varlığınızın) derinliklerinde fiziksel olmayan bir ağrı” olarak tanımlanmıştır (33)]. Manevi acıya sahip olduğunu tanımlayan katılımcıların, manevi acıyı tanımlamayan katılımcılara göre daha yüksek düzeyde kaygı, depresyon, inkâr, davranışsal ayrılma ve yararsız başa çıkma stratejilerine sahip olma olasılığı önemli ölçüde daha yüksek saptanmıştır.

Hasta maneviyatının bakım verenin psikolojik uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi iki çalışmada ele alınmıştır (15). Beklendiği gibi, bakım verenin depresyonu, hastanın fiziksel yaşam kalitesi ile ters orantılı bulunmuştur. İlgî çekici olarak, hastanın manevi iyiliği, hastanın fiziksel yaşam kalitesi ile bakım verenin depresyonu arasındaki ilişkiyi yönlendirdiği bulunmuştur (34). Ek olarak, Singapur'da yapılan bir araştırma, kanser deneyimlerinden anlam çıkarabilen ve kanser tanısı ile ilgili varoluşsal kaygılarını gideren hastaların, bakım verenlerinin iyilik hali ve bakım verme rollerinden daha memnun olduklarını göstermiştir (15).

Dini inanç, maneviyatla ilgili ancak ondan farklı bir yapıdır. Dindarlık, dini bağlılığın, inancın ve uygulamanın resmi uygulamalarını kapsar ve kanserli hastalara bakım verenlerde nadiren incelenmiştir. Dinle ilgili değişkenlerin

farklı hastalık ve insan gruplarındaki depresyon üzerindeki hafifletici etkisine ait kanıtlarla, din, dikkate değer bir alan olarak görülmektedir. Ülkemizde de dini inanç ve bakım veren yüküne ilişkin çalışmalar çok sınırlı kalmıştır. 2015 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde bakım verenlerle yapılan bir araştırmada, çalışma popülasyonunun yaklaşık üçte ikisinin "kendi sağlığınız için hiç dua ettiniz mi?" sorusuna olumlu cevap verdiği görülmüş ve bu oranın genel popülasyondan fazla olduğu bulunmuştur (Williams ve ark. 2015). Bu sonuçlar, tek bir çalışma popülasyonu ile sınırlı olmakla birlikte, bakıcı rolünü üstlenmenin kişinin dua uygulamalarını değiştirebileceği olasılığını artırmaktadır. Bakıcı sorumluluklarını yerine getirmek için sağlıklı olması gerektiğini bilen kanserli hasta bakım verenlerin kendi sağlığı için dua etme eğiliminde olabileceği düşünülmüştür.

5. Bakım Veren Tanık Oldukları

Aile, bakım veren rolünün doğal bir parçası olarak, kanserli bireyin yaşadığı zorluklara tanıklık etmek durumundadır. Bakım verenin kanserli hasta ile yolculuğu, tanı şokundan başlayarak tedavi kararlarının incelenmesi, semptomların ve tedavi yan etkilerinin yönetim stresi, sağkalım belirsizliği veya yaşamın sona ermesi ve ölümün zorluğu ile devam eder. Hastalığın her bir aşamasında kişisel deneyimlerinin ötesinde, bakım verenler genellikle hasta aile üyesinin agresif bakımı ve sonuçlarına tanıklık ederler. Bakım verenler için tanıklık etmenin sonuçları henüz tam olarak açıklanmamıştır. Kalitatif çalışmalar, bakım verenlerin neyle karşılaştığına dair acımasız gerçeği dile getirmektedir (27). Bazı epidemiyolojik çalışmalar, kanser aile bakıcılarının tanıklık etmenin posttravmatik stres bozukluğu ve majör

depresif bozukluk gelişimleriyle ilişkilendirdiğini göstermektedir (35).

Yale Yas Çalışması, yas tutan bakım verenin hasta kişinin hastalık sürecindeki acısını, ölümün şiddet içeren doğasını ve ölüme hazır olma duygusunu değerlendiren ilk çalışma olmuştur ve bu faktörlerin majör depresif bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu ve uzun süreli yas bozukluğu ile ilişkisi incelenmiştir (36). Daha önceki araştırmalar, ölümleri ölümün nasıl meydana geldiğine göre (örneğin, motorlu araç kazası, cinayet, intihar) şiddetli veya şiddet içermeyen olarak sınıflandırmıştır. Yale Yas Çalışması, yas tutan bakım verenin, hastanın ağrı ve diğer fiziksel belirtileri ne kadar algıladığına göre ölümü şiddetli veya huzurlu olarak sınıflandırmasına olanak tanımıştır. Yazarlar, ölüm sonrası 4 ay (baz çizgi) ve 9 ay (izleme) görüşmeleri yapılan 122 yas tutan yetişkin üzerinde rapor vererek, ölümün şiddetli olarak algılanmasının baz çizgisinde majör depresif bozukluk riskini 1.5 kat artırdığını bulmuşlardır. Yale Yas Çalışması'nın önemli bir kısıtlılığı, yas tutan kişinin algılarının geriye dönük olarak değerlendirilmesine dayanmasıdır. Ölüm sonrası majör depresif bozukluğa ve uzun süreli yas bozukluğuna sahip bireylerin ölümle ilgili koşulları olumsuz algılama eğiliminde olabileceği mümkündür. Benzer şekilde, yas tutan bakım verenlerin algıları ile ilişkilerin yönlendirilmesi hakkında da belirsizlik mevcuttur. Bununla birlikte, Yale Yas Çalışması, bakım verenin tanıklık etme ile ilgili gelecekteki araştırmalara temel oluşturan, çığır açan, iddialı ve yaratıcı bir çalışma olarak literatüre geçmiştir.

6. Uygulamalar

Bakım veren yükünü hafifletmeye yönelik çeşitli uygulamalar önerilmiş olmasına rağmen, olumlu etki gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. 2013 yılında,

Amerika'da, kanserli hastalara bakım verenleri hedefleyen uygulama çalışmalarını içeren derleme yayınlanmıştır (37). Bu derlemede, farklı yöntemlerin kullanıldığı toplam 27 farklı kanser tipinde bakım verenleri değerlendiren randomize kontrollü çalışmayı içermektedir. Bu uygulamalar arasında, hasta ve aile üyesine ayrı ayrı telefonla veya web tabanlı danışmanlık, çiftlerin bilişsel davranış terapisinin uyarlamaları, hasta bakımına aile tarafından yardım eden yaklaşımlar, aile odaklı bilişsel davranış terapisini müdahaleleri ki bu aile ile başa çıkma ve sorun çözme şeklinde yaklaşımlar mevcuttur. Ancak çalışmalar metodolojik kalitesinin zayıf olduğu ve orta veya yüksek ölçüde bias riski taşıdığı ve kanıt derecelendirmelerinin düşük veya yetersiz olarak bulunmuştur. Derleme sonuçlarına göre, "Genel olarak, mevcut veriler, aile için uygulamaların, kanserli hastalar arasında yaşam kalitesini, zihinsel, fiziksel veya sosyal işlevselliği, depresyon/anksiyeteyi veya semptom kontrolünü düzenli veya standart bakımla karşılaştırıldığında sürekli olarak iyileştirmediğini göstermektedir." (37)

En az bir bilişsel davranış terapisini kullanan 36 müdahale çalışmasını inceleyen 2016 yılında yayınlanmış meta-analiz, kanserli hasta bakım verenleri için hiçbir yararlı etki elde edilemediğini göstermiştir (38). Psikolojik sıkıntıyı tedavi etmek için bilişsel davranış terapisine geniş bir kanıt desteği göz önüne alındığında ve kanser bakım verenleri arasındaki yüksek psikolojik sıkıntı oranı ile birleştirildiğinde, meta-analizde bulunan etki eksikliği kanser bakım verenlerin ihtiyaçlarının karmaşıklığına yorumlanmaktadır.

Fiziksel aktivitenin kullanımına ilişkin literatür daha güçlüdür, fiziksel ve psikolojik refah üzerinde olumlu etkileri konusunda sağlam kanıtlar mevcuttur. Bu konuya ilişkin 2016 tarihli bir derlemede kanserli hasta bakım

verenleri için 14 fiziksel aktivite müdahale çalışması değerlendirilmiştir (39). Müdahaleler arasında dans, hızlı yürüyüş, yoga ve bir eğitmen eşliğinde aerobik egzersizler bulunmaktadır. Çalışmaların hiçbiri yüksek kaliteli bir metodolojik değerlendirme içermemekte olup; genel olarak, fiziksel aktivite müdahaleleri kanserli hasta bakım verenlerinin refahını, yaşam kalitesini, uyku kalitesini ve bakım verme konusundaki öz yeterliklerini artırmıştır.

7. Sonuç

Kanserli hasta bakım verenleri, sağlık ekibinin vazgeçilmez üyeleri olma ve kendi önemli sağlık ihtiyaçlarına sahip olma zorluğuyla karşı karşıyadır. Halk arasındaki inanç, kanser aile bakıcısını destekleyerek, evde daha yüksek kalitede, daha bilinçli bir bakım alan hastayı desteklediğimizi varsayar. Ne yazık ki, günümüzde bakım vereni desteklemenin hastanın sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğunu onaylayan bilimsel bir kanıt bulunmamaktadır. Bununla birlikte, kanserli hasta bakım verenler, hastalarına, sağlık sistemine ve topluma genel olarak değerli bir hizmet sunarken, önemli kişisel sıkıntılar biriktirirler. Yeni tedavi seçenekleri gün geçtikçe artarken; kanserli hastalara bakım verenlere yönelik, kaliteli araştırma, uygun önleyici, destekleyici ve akut bakımı içeren çalışma ve yaklaşımlara ihtiyaç vardır.

Çıkar çatışması: Yoktur

KAYNAKLAR

1. Seifert ML, Williams AL, Dowd MF, Chappel-Aiken L, McCorkle R (2008) The caregiving experience in a racially diverse sample of cancer family caregivers. *Cancer Nurs* 31:399–407

2. Kent E, Rowland J, Northouse L, Litzelman K, Chou W, Shelburne N, Timura C, O'Mara A, Hus K (2016) Caring for caregivers and patients: research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*. doi:10.1002/cncr.29939
3. Northouse L, Williams AL, Given B, McCorkle R (2012) Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol* 30:1227–1234
4. Williams AL, McCorkle R (2011) Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: a review of the descriptive psychosocial literature. *Palliat Support Care* 9:315–325
5. Bayen E, Laigle-Donadey F, Proute M (2016) The multidimensional burden of informal caregivers in primary malignant brain tumor. *Support Care Cancer*. doi:10.1007/s00520-016-3397-6
6. Leroy T, Fournier E, Penel N, Christophe V (2016) Crossed views of burden and emotional distress of cancer patients and family caregivers during palliative care. *Psycho-Oncology* 25:1278–1285
7. Braun M, Mikulincer M, Rydall A, Walsh A, Rodin G (2007) Hidden morbidity in cancer: spouse caregivers. *J Clin Oncol* 25:4829–4834
8. Perez-Ordóñez F, Frías-Osuna A, Romero-Rodríguez Y, Del-Pino-Casado R (2016) Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. *Eur J Cancer Care* 25:600–607
9. Hanly P, Maguire R, Balfe M, Hyland P, Timmons A, O'Sullivan E, Butow P, Sharp L (2016) Burden and happiness in head and neck cancer carers: the role of supportive care needs. *Support Care Cancer* 24:4283–4291
10. Kim Y, Schulz R (2008) Family caregivers' strains: comparative analysis of cancer caregiving with dementia, diabetes, and frail elderly caregiving. *J Aging Health* 20:483–503

11. Yabroff KR, Kim Y (2009) Time costs associated with informal caregiving for cancer survivors. *Cancer* 115(18 Suppl):4362–4373
12. Hagedoorn M, Buunk BP, Kuijer RG, Wobbles T, Sanderman R (2000) Couples dealing with cancer: role and gender differences regarding psychological distress and quality of life. *Psycho-Oncology* 9:232–242
13. Hodges J, Humphries G, MacFarlane G (2005) A meta-analytic investigation of the relationship between the psychological distress of cancer patients and their carers. *Soc Sci Med* 60:1–12
14. Kershaw T, Ellis KR, Yoon H, Schafenacker A, Katapodi M, Northouse L (2015) The interdependence of advanced cancer patients' and their family caregivers' mental health, physical health, and self-efficacy over time. *Ann Behav Med* 49:901–911
15. Tan JY, Lim HA, Kuek NM, Kua EH, Mahendran R (2015) Caring for the caregiver while caring for the patient: exploring the dyadic relationship between patient spirituality and caregiver quality of life. *Support Care Cancer* 23:3403–3406
16. Nissen KG, Trevino K, Lange T, Prigerson HG (2016) Family relationships and psychosocial dysfunction among family caregivers of patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 52:841–849
17. Reblin M, Donaldson G, Ellington L, Mooney K, Caserta M, Lund D (2016) Spouse cancer caregivers' burden and distress at entry to home hospice: the role of relationship quality. *J Soc Pers Relat* 33:666–686
18. Carter P (2003) Family caregivers' sleep loss and depression over time. *Cancer Nurs* 26:253–259
19. Carter P, Acton GJ (2006) Personality and coping: predictors of depression and sleep problems among caregivers of individuals who have cancer. *J Gerontological Nurs* 32:45–53

20. Gibbins J, McCoubrie R, Kendrick AH, Senior-Smith G, Davies AN, Hanks GW (2009) Sleep-wake disturbances in patients with advanced cancer and their family carers. *J Pain Symptom Manage* 38:860–870
21. Lee KC, Yin JJ, Lin PC, Lu SH (2015) Sleep disturbances and related factors among family caregivers of patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology* 24:1632–1638
22. Shaffer KM, Kim Y, Carver CS (2016b) Physical and mental health trajectories of cancer patients and caregivers across the year post-diagnosis: a dyadic investigation. *Psychol Health* 31:655–674
23. Kershaw T, Ellis KR, Yoon H, Schafenacker A, Katapodi M, Northouse L (2015) The interdependence of advanced cancer patients' and their family caregivers' mental health, physical health, and self-efficacy over time. *Ann Behav Med* 49:901–911
24. Goldstein M, Concato J, Fried T, Kasl S, Johnson-Hurzeler R, Bradley E (2004) Factors associated with caregiver burden among caregivers of terminally ill patients with cancer. *J Palliat Care* 20:38–43
25. Round J, Jones L, Morris S (2015) Estimating the cost of caring for people with cancer at the end of life: a modelling study. *Palliat Med* 29:899–907
26. Hanly P, Maguire R, Balfe M, Hyland P, Timmons A, O'Sullivan E, Butow P, Sharp L (2016) Burden and happiness in head and neck cancer carers: the role of supportive care needs. *Support Care Cancer* 24:4283–4291
27. Williams AL, Bakitas M (2012) Cancer family caregivers: a new direction for interventions. *J Palliat Med* 15:775–783
28. Temel JS, McCannon J, Greer JA, Jackson VA, Ostler P, Pirl WF, Lynch TJ, Billings JA (2008) Aggressiveness of care in a prospective cohort of patients with advanced NSCLC. *Cancer* 113:826–833
29. Hebert RS, Schulz R, Copeland VC, Arnold RM (2009) Preparing family caregivers for death and bereavement:

- insights from caregivers of terminally ill patients. *J Pain Symptom Manage* 37:3–12
30. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Grant L, Highet G, Sheikh A (2010) Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual well-being and distress in family care givers of patients with lung cancer. *BMJ* 304:c2581
 31. Kim Y, Carver CS, Spillers RL, Crammer C, Zhou ES (2011) Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psycho-Oncology* 20:762–770
 32. Guay M, Parsons HA, Hui D, De la Cruz MG, Thorney S, Bruera E (2012) Spirituality, religiosity, and spiritual pain among caregivers of patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 30:455–461
 33. Mako C, Gale K, Poppito SR (2006) Spiritual pain among patients with advanced cancer in palliative care. *J Palliat Med* 9:1106–1113
 34. Douglas S, Daly BJ (2012) The impact of patient quality of life and spirituality upon caregiver depression for those with advanced cancer. *Palliat Support Care* 11:389–396
 35. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG (2010) Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol* 28:4457–4464
 36. Barry LC, Kasl SV, Prigerson HG (2002) Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death. *Am J Geriatr Psychiatry* 10:447–457
 37. Griffin JM, Meis L, Greer N, Jensen A, MacDonald R, Rutks I, Carlyle M, Wilt TJ (2013) Effectiveness of family and caregiver interventions on patient outcomes among adults with cancer or memory-related disorders: a systematic review. VA-ESP Project #09-009, p 38
 38. O'Toole MS, Zachariae R, Renna ME, Mennin DS, Applebaum A (2016) Cognitive behavioral therapies for

informal caregivers of patients with cancer and cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.4144

39. Lambert SD, Duncan LR, Kapellas S, Bruson AM, Myrand M, Santa Mina D, Culos-Reed N, Lambrou A (2016) A descriptive systematic review of physical activity interventions for caregivers: effects on caregivers' and care recipients' psychosocial outcomes, physical activity levels, and physical health. *Ann Behav Med* 50:907–919

BÖLÜM 6

KANSER HASTALARINDA REHABİLİTASYON

Prof. Dr. Sibel EYİĞÖR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD

1. Giriş

Rehabilitasyon, Ulusal Kanser Enstitüsü Kanser Terimleri Sözlüğü tarafından “yaralanma veya hastalık nedeniyle kaybedilen zihinsel ve/veya fiziksel yeteneklerin normal veya normale yakın bir şekilde işlev görmesi için geri kazandırma süreci” olarak tanımlanmaktadır (1). Kanserden kurtulanlar ve kansere yakalanmış olanlar, yaşam kalitelerini optimize etmek ve fonksiyonlarını korumak için rehabilitasyona ihtiyaç duyarlar. Rehabilitasyon, birden fazla anahtar kavramı entegre eden bütüncül bir yaklaşımı benimsemektedir. Birincisi, hastanın kişiselleştirilmiş durumuna, ihtiyaçlarına ve isteklerine göre uyarlanmış "hasta merkezli" bir yaklaşımdır. Hasta (ve ailesi) ekibin lideridir. İletişim, sağlık ekibinin, hastanın hedefleri ve bu hedeflerin kanser sürecindeki potansiyel gelişimi konusunda güncel olmasını sağlamasının anahtarıdır. İkincisi, rehabilitasyon için “hedef odaklı” bir teknik kullanılmalıdır. Hedefler; ölçülebilir, ulaşılabilir, somut olmalı ve tipik olarak işlev ve/veya yaşam kalitesine (QOL) odaklanmalıdır. Hedefler tartışılırken umut önemlidir; ancak gerçekçi olmak ve yaşam kalitesini koruyan alternatifleri tartışmak da önemlidir. Üçüncüsü, “disiplinler arası ekip yaklaşımı” temelli rehabilitasyon programında ortak hedefler her şeyden önemlidir. Uzmanlık odaklı, görevleri yerine getirmeye çabalayan

geleneksel multidisipliner ekiplerin aksine, kendi bireysel uzmanlıkların hedeflerinin yanı sıra hastanın hedeflerini karşılamak için birlikte çalışılmalıdır. Dördüncüsü, çoğu durumda rehabilitasyon için “hastanın aktif katılımı” gereklidir. Kanser sürecinin büyük bir bölümünde rehabilitasyon; hasta ve ailesinin eğitim, terapi ve yeni edinilen becerilerin sonuçlarını ortaya koymak için aktif katılımını gerektirir (2).

Tablo 1: Evre	Hasta gereksinimi	Semptom	Etki
1. Ön hazırlık	Eğitim, aktif tutma	Ağrı, kaygı, uykusuzluk, halsizlik	Günlük rutinlerin bozulması
2. Primer	Eğitim, akut bakım desteği	Ağrı, yorgunluk, EHA bozulma, azalmış ambulasyon, GYA desteği	Günlük rutinler, dayanıklılık (psikolojik sosyal işlev)
3. Tedavi sonrası (iyileşme)	Eğitim, destek, kronik bakım, sağlıklı yaşam	Ağrı, anksiyete, depresyon, mobilite, ödem, yorgunluk, nöropati, uykusuzluk	İş, aile, uğraş, kozmetik
4. Rekürrens	Eğitim, destek	Yukarıdaki ile aynı; metastatik hastalık etkileri	Günlük rutinler, iş uğraşı yaklaşımları
5. Yaşam sonu	Eğitim, destek	Ağrı, asteni, depresyon	Bağımlılık

Kanserli hastalar, kanser sürecinin tüm evrelerinde rehabilitasyondan fayda görmektedirler (Tablo 1) (3). Klinisyenler olabildiğince erken bir zamanda "Fonksiyonlarınız değişti mi?" diye sormalıdır. Kanser ve kronik hastalığın karmaşıklığı göz önüne alındığında, engellilik ve hastalık için önleyici ve kapsamlı bir strateji

kullanılmalıdır. Hastalığın erken döneminde, tipik olarak rutinlerin bozulmasının eşlik ettiği en endişe verici semptom anksiyete olabilir. Tedavi aşamasında kanserli hastalarda; bulantı, yorgunluk ve uyku bozuklukları gibi ek bozukluklar ortaya çıkabilir. Ağrı, yorgunluk, bozulmuş günlük yaşama aktiviteleri (GYA) ve/veya mobilite sorunu varsa kanser rehabilitasyonu için sevk edilmelidir. Kansere özgü rehabilitasyon önerilerini gösteren kılavuzlar yayınlanmıştır (3). Fiziksel işlevlerin başlangıca göre azalması olasıdır. İlk kanser teşhisi sırasında da hastaların fiziksel bozuklukları olması muhtemeldir ve ideal olarak “prehabilitasyondan” fayda görürler. Araştırmalar, tedavi öncesi eğitim ve egzersizin morbiditeyi azaltabileceğini ve hastanede kalış süresini kısaltabileceğini göstermiştir (2). En zayıf dayanıklılığa/en düşük anaerobik eşiğe sahip hastaların, ameliyat öncesi rehabilitasyondan en çok fayda gören hastalar olduğu saptanmıştır (4).

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri, evde veya ayaktan veya yatarak tedavi kapsamında rehabilitasyon ihtiyacını planlamada ekip lideri olarak görev almaktadırlar (5).

1.1. Sorunlar

Kanser rehabilitasyonu, bireyin fonksiyonlarının ve yaşam kalitesinin birçok yönünü etkileyebilecek bozuklukların tanı ve tedavisine odaklanır. Kanser hastalarında, primer neden ve tedavi komplikasyonları dışında, immobilité, ağrı, yorgunluk, yetersiz beslenme, immun fonksiyonların azalması, santral sinir sistemi tutulumu, periferik sinir sistemi tutulumu, lenfödem, radyasyon tedavisi ile ilgili sorunlar, seksüel sorunlar ve psikolojik faktörler gibi sekonder nedenler genel kondüsyonu etkiler. Bu sorunlar rehabilitasyon sürecini de belirgin olarak etkilemektedir.

1.2. Ağrı

Kanserli hastaların büyük çoğunluğu, hastalıklarının seyri sırasında ağrı ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu ağrı, tümörün kendisinden, kemoterapi, radyasyon, cerrahi ve/veya ilgili yan etkilerden kaynaklanabilir. Fonksiyonel durum, ağrının ciddiyeti ile yakından ilişkilidir (2, 7).

1.3. Yorgunluk

Kansere bağlı yorgunluk, "dinlenmekle geçmeyen, yıpratıcı ve sürekli bitkinlik ve fiziksel ve zihinsel çalışma kapasitesinde azalma" olarak tanımlanmıştır. Egzersiz, kansere bağlı yorgunluğu azaltabilir. Duygu durum, sosyal özellikler ve ekonomik durum, yorgunluk üzerinde olumsuz etkiye sahip olabilir. Kansere bağlı yorgunluk, uyku kalitesini optimize ederek azaltılabilir; ancak, "dinlenmeyi" artırmak kansere bağlı yorgunluk açısından etkili bir yaklaşım olmamaktadır (2, 6-8).

1.4. Bilişsel bozukluk

Kanserli hastalar genellikle kemoterapi ve diğer tedavi rejimlerini takiben bilişsel zorluklar bildirirler. Bununla birlikte literatür, kanserden kurtulanların ve kontrol grubunun uzun vadeli bilişsel işlevlerinde anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Bilişsel zorluklarla ilgili bu raporların çoğu yorgunlukla ilgili olabilir. Yorgunlukla baş etme yöntemleri ve egzersiz protokolleri önerilebilir. Kognitif rehabilitasyon bu hastalarda faydalı olacaktır (2,5).

1.5. Nörolojik bozukluklar

Kanserden, birincil veya metastatik tümör bölgesindeki doğrudan etkilerle veya ikincil olarak cerrahi veya radyasyon tedavisinin bir sonucu olarak, sinir sistemi

işlevindeki çok çeşitli bozukluklar görülebilir. Bu bozukluklar, tümörün konumu, boyutu veya türü ne olursa olsun, bireyin fiziksel, sosyal, mesleki ve duygusal yetenekleri üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olmaktadır.

1.6. Hemipleji

Beyin tümörleri, özellikleri ve prognozları açısından büyük farklılıklar gösterir. Tümör tipinin veya yerleşiminin rehabilitasyon sonuçları üzerinde ne ölçüde bir etkiye sahip olduğu açık değildir. Yatan hasta rehabilitasyonu, birincil beyin tümörü veya metastatik hastalıktan kaynaklanan bir beyin tümörü olup olmadığına bakılmaksızın benzer iyileşme gösterir. Beyin tümörü olan hastaların çoğunda, tümörün yeri, boyutu ve ameliyat sırasında eksize edilen doku hacmine bağlı olarak birden fazla bozukluk görülebilir. Akut rehabilitasyon programına dahil edilen hastalarda en yaygın nörolojik sorunlar; bilişsel bozulma (%80), kas güçsüzlüğü (%78) ve görsel-algısal işlev bozukluğunu (%53) içermektedir. Rehabilitasyon, hastanın nörolojik ve fonksiyonel durumuna, eşlik eden tıbbi problemlere ve fiziksel aktivite toleransına odaklanmalıdır. İnme veya travmatik beyin hasarı geçirmiş hastalar için hedef belirleme, bireyin fiziksel, bilişsel ve davranışsal durumuna uygun olmalı ve rehabilitasyon için erken dönemde başlanmalıdır (9).

1.7. Parapleji ve Tetrapleji

Kansere bağlı omurilik yaralanması (SCI) insidansı, en sık görülen travmatik olmayan SCI tipini temsil eder. Omurilik metastazları, vakaların %90'ında başlangıçta ağrı ile karakterize, ardından kas güçsüzlüğü, duyu kaybı ve sfinkter disfonksiyonu ile karakterize bir klinik sendrom oluşturur. Kas güçsüzlüğü hastaların %75'inde,

otonomik disfonksiyon hastaların %54'ünde ve duyu kaybı hastaların %52'sinde mevcuttur (2,10).

1.8. Konuşma/Yutma/Beslenme

Konuşma ve yutma bozuklukları, ağız boşluğu, larinks, farinks, özofagus veya komşu yapılara doğrudan tümör invazyonunun veya cerrahi veya radyasyon tedavisinin sonucu olabilir. Baş ve boyun kanserleri, tüm malignitelerin yaklaşık %3 -5'ini oluşturur. Yutkunmanın korunması, doğal bir hava yoluna sahip olmak ve akıcı konuşma, baş boyun kanserli hastaların yaşam kalitesini etkileyen kritik bileşenlerdir. Bu hastalar arasında yutkunmanın genel yaşam kalitesi üzerinde en büyük etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (2).

Ameliyattan sonra mümkün olan en kısa sürede, kas gücü, hareket açıklığı ve duyu farkındalığına odaklanarak oral motor egzersizleri başlatılmalıdır.

Baş boyun kanserli hastalarda, sekresyon, lokalize ödem, fibroz ve skarlaşma, trakeostomi, glossektomi, lokal tümör veya trismustan oral hareketlilik kaybı ve nörojenik faringeal veya laringeal paralizi nedeniyle fonksiyonel ve yaşam kalitesi açısından önemli etkilenmeler olur. Total larenjektomi geçirmiş hastalarda; yapay larenks (elektrolarenks), özofageal konuşma veya protez- cerrahi cihazla ses restorasyonu sağlanmalıdır (2).

1.9. Kanser Teşhisi ile İlişkili Yumuşak Doku Bozuklukları

Kanser, tedavisi veya her ikisi de önemli yumuşak doku anormalliklerine neden olabilir. En sık görülen anormalliklerden biri lenfödemdir. Baş boyun kanserlerinde yüz bölgesinde, meme kanseri sonrası kolda, karın içi kanserler sonrası alt ekstremitede

görülmektedir. Tedavinin erken döneminde, önemli bir hacim artışı gelişmeden önce uygulandığında, lenfödem kontrolü sağlanabilir (11).

Radyasyon fibrozisi, kanser tedavisinin bir başka sık gözlenen komplikasyonudur. Bu süreç, vasküler geçirgenlik, enflamasyon ve proinflamatuvar sitokinlerin (örn., interlökinler ve dönüştürücü büyüme faktörü- β) salınımı ile ilişkilidir. Fizik tedavi yaklaşımları eklem hareket açıklığını korumak için özellikle önemlidir (12).

2. Kanser Tipine Uygun Rehabilitasyon Yaklaşımları

Kanserli hastalarda fonksiyonel durum, Karnofsky Fonksiyonel Durum Skalası gibi özel skalalar ile belirlenip sonuçlara göre tedavi yönlendirilir. Karnofsky skoru %100-70 arasında olan birine verilecek egzersiz ile, %70-50 arasında olan birine verilecek egzersiz aynı değildir. Değerlendirme ölçekleri hastaları takip etmek, tedaviye karar vermek ve değerlendirmek için oldukça faydalıdır.

2.1. Meme Kanseri

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen malignitedir. Son dönemlerde erken tanı ve etkili tedaviler ile aynı yaş kadınlarla benzer yaşam süresine sahip oldukları belirtilmektedir (3). Bu hastalarda gözlenen omuz hareketlerindeki kısıtlılık ve lenfödem, hastanın fonksiyonelliğini büyük ölçüde etkileyip, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Rehabilitasyonda yapılması gerekenler hastanın fonksiyonlarını kısıtlayan nedenlere yönelik olmalıdır. Bu doğrultuda;

- 1- Mastektomi tarafındaki omuz ve kolun fonksiyonel kullanımını sağlamak,

- 2- Hastayı yara, kol ve el bakımı yönünden eğitmek,
- 3- Hastanın günlük aktivitelerine en kısa zamanda dönmesini sağlamak,
- 4- Duygusal stres ve korkuları azaltmak amaçlanmaktadır.

Aksiller diseksiyon uygulanan veya omuz kasları hasar gören hastalarda, rehabilitasyon postop 3-5. günlerde yara iyileşmesi başladığında planlanmalıdır. Egzersiz öncesi; yara iyileşmesi, tüplerden gelen drenaj miktarı, göğüs duvarı instabilitesi değerlendirilmelidir.

Radyoterapi gören hastalarda, terapi süresince düzenli eklem hareket açıklığı (EHA) ve germe egzersizleri, sonrasında ise ev programı olarak 6 ay süreyle günde 2-3 kez, sonraki 1-2 yıl ise günde en az 1 kez EHA egzersizleri verilmelidir. Radyoterapi öncesi kısıtlılığı olanlara öncelikle aktif asistif EHA egzersizleri yaptırılıp ev programına alınmalıdır. Hastalar bu dönemde sık izlenmelidir.

Postoperatif dönemde; TENS, sıcak ve soğuk modaliteler, kas relaksasyon teknikleri, tetik nokta enjeksiyonları, göğüs duvarı yapışıklıkları için friksiyon masajı ve glenohumeral eklem subkutan fibrozisi için germe uygulanabilir. Bu dönemde postür ve protez eğitimi de önemlidir. Mastektomi hastalarında fantom meme ağrısı da bildirilmiştir. Tedavisinde masaj, lokal desensitizasyon teknikleri ve TENS kullanılabilir. Nadiren operasyon sırasında N. torasikus longus yaralanması nedeniyle kanat skapula oluşabilir. Sırt ve omuz çevresi kaslarını güçlendirme egzersizleri verilmelidir. Bu dönem hastanın normal aktivitelerini yapması için desteklenmesi gereken bir dönemdir. Egzersizin postmenapozal meme kanserli hastalarda kardiyopulmoner fonksiyon, prognoz ve yaşam kalitesi üzerine yararlı etkili olduğu görülmüştür. Hastalara mutlaka düzenli egzersiz programı verilmelidir (13).

Lenfödem:

Mastektomi sonrası gelişen lenfödem önemli bir problemdir. Ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı ve kozmetik sorunlara neden olabilmektedir. İleri yaş, aksiller nod diseksiyonu ve radyoterapi ile görülme riski artmaktadır (14). Belirleyici risk faktörleri içinde, kilo alımı, infeksiyon veya travmanın anlamlı olduğu söylenmektedir. Prevalance cerrahi sonrası % 22 iken, ilk yıl sonunda %36 olmaktadır. Semptom süresi ile lenfödem şiddeti ilişkili bulunmuştur. 5-6 yıl sonunda ciddi ödem ve fibrozis gelişenlerde tedavi artık mümkün olmamaktadır.

Lenfödemli hastalarda, fonksiyonel kısıtlılık, EHA ve doku iyileşmesinde azalma, infeksiyon riskinde, ağrı, depresyon ve emosyonel strese artış olduğu görülmüştür (2). Tedavisi sabır gerektiren, pahalı, zaman alıcı ve multidisplinerdir. Erken tedavi prognoz açısından önemlidir.

Kompleks Dekonjestif Tedavi olarak bilinen kombine bir tedavi metodu kullanılmaktadır (13,14,15). Bu kavram 2 fazdan oluşur. Faz 2 ev programını içerir. Faz 1'in komponentleri: eğitim, kilo kontrolü, cilt bakımı, self/manuel lenf masajı, kompresyon tedavisi, egzersizdir. Şişlik azalıncaya kadar çok katlı, kısa germeli bandaj uygulaması yapılıp, çap farkı azaldığında bası giysileri hastaya önerilmektedir. Faz 2 olarak bilinen dönemde hasta uyumu ve takibi, tedavi başarısı için önemlidir (15).

2.2. Baş-Boyun Kanseri

Tedavide fonksiyonel ve kozmetik deformiteler önemli yer tutar. Psikososyal, iletişim-konuşma, çiğneme-beslenme, tat-koku-görme, işitme-denge, boyun-omuz fonksiyon bozuklukları, kozmetik ve oral hijyen problemleri görülebilir. Tümör tedavisi sırasında, fasial sinir, aksesuar sinir, mandibula, göz ve kulak risk

altındadır. Postoperatif dönemde, fasial kas egzersizleri, çiğneme ve yutma egzersizleri, boyun, omuz ve trapezius kası kuvvetlendirme egzersizleri ve konuşma terapisi önemlidir. Oral kavite kanserlerinde, disfaji, ses değişiklikleri, duyuşal ve motor bozukluklar olur. Bu grup hastalar yutma rehabilitasyonu yönünden mutlaka ele alınmalıdır. Mandibular protez, implant ve prostetik yutma cihazları verilebilir. Amaç çiğneme fonksiyonlarına destek olmak, aspirasyonu önlemektir. Ses fonksiyonları restorasyonu için, mekanik cihazlar ve özafogeal konuşma eğitimi uygulanabilir. Aksesuar sinirin feda edilmesi trapezius kasının fonksiyon kaybına neden olup, ağırılı omuz oluşabilir. Levatör skapula, rhomboid ve serratus anterior kaslarının güçlendirilmesi, skapula stabilizasyonuna, omuz elevasyonuna ve ağrının azalmasına yardımcı olur. Pektoral kasın kontraktürü omuzun öne doğru kaymasını arttırır, pektoral germeler yapılması önemlidir.

Boyunda yumuşak doku fibrozisine ilave olarak radyasyona bağılı dental ve tükrükle ilgili problemler, çene hareketlerinde sınırlanma, larinks ödemeine bağılı ses değışiklikleri görülebilir. Salivasyon için suni tükrük ürünleri, bol sıvı alımı, şekersiz sakız veya pastiller tavsiye edilebilir. Çene hareketlerini arttırmak için aktif germe egzersizleri, mekanik germe ve destek cihazları kullanılır (2, 16-18).

2.3. Kemik Tümörleri

Tedavi lezyonun lokalizasyon tip ve yayılımına göre değışir. Ekstremitelerde kurtarma prosedürlerinin sıklığı artmaktadır ve uzun süreli sağkalım, lokal nüks oranları ve amputasyonlu hastalarınkine eşdeğer yaşam kalitesi ile ilişkilidir. İleri evrelerdeki distal alt ekstremitelerde malignitelerinde amputasyon ilk tercih edilen yöntemdir. Amputasyon, travma ve vasküler nedenler ile

yapılanlardan daha yüksek seviyededir. Fonksiyonel protez kullanamayanlarda kozmetik protez tercih edilir. Protez uyumu ve eğitimi kanser hastalarında kemoterapi ve radyoterapinin tedaviye eşlik etmesi nedeniyle daha komplikedir. Radyasyon uygulanan bölgelerde, yara iyileşmesi gecikir ve hastaların proteze toleransı azalır. Kemoterapiye bağlı komplikasyonlar hastanın fonksiyonel kapasitesini azaltır. Anoreksi, kas atrofisi ve ödem kilo değişikliklerine yol açarak protez uyumunu güçleştirir, duyu problemleri de kullanım zorluklarına neden olabilir.

Bilgisayarlı tomografi ve direkt grafilerde kortikal kemik destrüksiyonu %50'den fazla, proksimal femurda litik lezyon 2.5 cm'den fazla, femur küçük trokanterinde patolojik avulsiyon fraktürü, RT tamamlanmasına rağmen yük binme ile kalıcı veya artan ağrı varsa, fraktür riski mevcuttur. Yüklenmeden kaçınmak için farklı destek cihazları mutlaka kullanılmalıdır. RT sırasında, kemik hiperemisi ve tümör nekroz hücrelerine bağlı olarak da kırık riski artmaktadır. Tedaviden sonra reossifikasyon için 6 ay veya daha fazla süre gerekmektedir. Bu sürede aktivite kısıtlaması, destek cihazları, ortezler veya immobilizerler önerilmektedir.

Kemik metastazları, rehabilitasyon ekibinin aktif katılımını gerektiren, kansere bağlı fiziksel bozuklukların sık görülen bir kaynağıdır. Tedavi ekibi için zorluklar, metastatik kemik lezyonları, terapötik egzersiz veya hareketlilik sırasında fonksiyonları sınırlayan veya kırılma riskleri oluşturan şiddetli ağrı oluşturduğunda ortaya çıkar. Tüm tümör tipleri arasında patolojik kırık insidansı yaklaşık %8'dir ve bu kırıkların çoğundan meme kanseri sorumludur. Bir hastanın patolojik kırık riski taşıdığı düşünülüyorsa, ortopedi konsültasyonu yapılabildiği kadar etkilenen yapıya ağırlık vermemelidir.

Bu hasta popülasyonunun rehabilitasyonu, yardımcı cihazlar ve ortezlerin temini, kuvvet ve denge eğitimi ile, riskli kemiğin ağırlığının alınmasına veya hareketsiz hale

getirilmesine odaklanır. Yatak istirahatinden mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır. Bu durum genel halsizliğe ve daha fazla fonksiyonel kaybına neden olabilir. Ayrıca immobilizasyona sekonder komplikasyon risklerini artırır. Kollardan ağırlık desteği gerektiren yardımcı cihazlar reçetelenmeden önce, üst ekstremitelerde litik lezyonlarının varlığının ekarte edilmesi kritik önem taşır. Üst ekstremitelerde lezyonları olan bireylere torsiyonu ve ağırlık yüklemesini en aza indirmeleri öğretilmelidir ve kol askısı veya humerus manşet desteğinden yararlanabilirler. Omurgada, zayıf cilt toleransı veya rahatsızlık nedeniyle daha sert destek mümkün olmadığında, torakolomber korse sınırlı destek ve ağrı hafifletmeyi sağlar (19).

2.4. Hematolojik Maligniteler Lösemi

Rehabilitasyon ekibi, hastalık ve uygulanan tedavilerden kaynaklanacak yan etkileri göz önünde tutmalıdır. Tedavi sırasında veya trombositlerin düşük olduğu zamanlarda uzun istirahat periyodları gerektiğinden, genel kondüsyon azalması ve kas atrofisi olur. Steroidler miyopatiye neden olarak kas güçsüzlüğüne, ağırlı aseptik nekroza, osteoporoz ile kompresyon fraktürüne neden olabilirler.

Kemik iliği transplantasyonu uzun süreli hastanede kalmayı gerektirdiğinden, oluşacak kas güçsüzlüğü, endurans azalması, fokal nörolojik bozukluklar, eklem ağrısı, psikososyal ve mesleki problemler rehabilitasyonda problem yaratabilir. Egzersiz tipi ve yoğunluğu kan değerlerine göre belirlenir. Egzersiz programı; ağırlık taşıma pozisyonunda aktiviteleri, üst ekstremitelerde EHA egzersizlerini, izometrik, fleksibilite, germe, sırt ekstansiyon egzersizlerini ve aerobik programı içerir. Nörolojik bozukluklar ve günlük yaşam aktiviteleri için ortez gerekebilir (20).

Lenfoma

Sinir kökü infiltrasyonu, spinal kord kompresyonu, herpes zoster, akut enflamatuvar demiyelinizasyon yapan polinöropati, kemik metastazı nedeniyle ağrılar olabilir. Lenfatik obstrüksiyon ve tromboflebit nedeniyle oluşan ödem problem yaratabilir. %10 hastada aseptik nekroz bildirilmiştir. Tutulum ve semptomla yönelik rehabilitasyon uygulanır (20).

2.5. Akciğer Kanseri

Hasta preoperatif ve postoperatif olarak değerlendirilir. Preoperatif fazda; tümör tipi, evresi, metastaz, kardiyopulmoner fonksiyon testleri, kan değerleri açısından incelenir. Göğüs duvarı ekspansiyonu, muskuloskeletal ve kardiyopulmoner durum değerlendirilir. Hastaya uygun öksürme ve soluma teknikleri öğretilir. Tromboflebiti önlemek için alt ekstremitelerde egzersizler verilir. Postoperatif fazda ise, tüm değerlendirilmeler tekrarlanır ve egzersizler hatırlatılır. Ayağa kaldırma döneminde endüransı artırıcı egzersizler verilir. Eğer beyin metastazı varsa, nörolojik ve kognitif yönden destek, yürüme destek cihazları, kemik metastazı açısından ise ağrı kontrolü ve yüklenmeyi azaltmak için cihazlama önerilir (21).

2.6. Beyin tümörü

Patoloji farklı olduğu için, beyin tümürlü hastanın rehabilitasyonu travmatik veya stroke hastasından farklılık gösterir. Nörolojik bozuklukları lezyon lokalizasyonu tayin eder. Bu bozukluklar büyük ölçüde reversibl olup, tümörün eksizyonu ile bazı bozukluklar geri dönebilmektedir. Baş ağrısı, güçsüzlük, bayılma, nöbetler, bilinç bulanıklığı, bulantı ve kusma görülebilir. Rehabilitasyon semptom ve tutulumla ilgili olarak,

yaşam kalitesini arttırmaya yöneliktir. Cilt korunması, kontraktürlerin önlenmesi, progresif mobilizasyon, transfer eğitimi, konuşma/yutma terapisi, günlük yaşam aktivitelerinin öğretilmesi gerekir (22).

2.7. Prostat Kanseri

Kemik metastazı sık olup, fraktür riski yüksektir. Yürüme problemleri, impotans ve seksüel fonksiyon bozukluğu görülebilir. Rehabilitasyonda önemli olan; kemik ağrısı, fraktür riski ve mobilite bozukluklarıdır. Bu problemleri ortadan kaldırmaya yönelik yaklaşımlar, güçlendirme ve aerobik kondüsyonu artırıcı egzersizler tedavide önerilir (23).

3. Kanserli Hastalar İçin Egzersiz

Egzersiz, kanser yorgunluğu, uyku bozukluğu ve ruh hali, fiziksel işlev ve yaşam kalitesindeki anormallikler ile ilişkili semptomların tedavisinde en etkili stratejilerden biridir. Meta-analizler, çeşitli kanser teşhisleri olan ve çeşitli egzersiz müdahaleleri alan yetişkinler için egzersizin fiziksel işlevi, yaşam kalitesini ve kardiyorespiratuar kapasiteyi iyileştirdiğini ve kanserle ilişkili yorgunluğu azalttığını göstermektedir (2, 24, 25, 26, 27). Tablo 2 egzersiz için kontrendikasyonları özetlemektedir.

4. Fizik Tedavi Ajanları

Ağrıyı kontrol etmek ve eklem hareket açıklığını iyileştirmek için fiziksel tedavi ajanları kullanılabilir. Altta yatan bir malignitenin alevlenmesiyle ilgili endişeler nedeniyle kanserli hastalarda çoğu fiziksel tedavi ajanı ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır. Genellikle güvenli olduğuna inanılan fiziksel yöntemler şunları içerir: doğrudan bir tümör bölgesi üzerinde kullanılmaması

gereken kriyoterapi, biofeedback, iyontoforez, transkutan elektriksel sinir stimülasyonu ve masaj. Lenfödemde manuel lenf drenajı, pnomatik kompresyon pompaları kullanılmaktadır. Lenfödemde lazer ve ESWT tedavileri ile ilgili de çalışmalar mevcuttur. Derin ısı, hiperemiden kaynaklanan teorik metastaz riski nedeniyle kanserli hastalarda kontrendikedir. Spinal traksiyon, spinal metastazı veya belirgin osteoporozu olan hastalarda kontrendikedir.

Tablo 2: Sistem	Parametre	Önerilen Kısıtlama
Hematolojik	Trombositler 20.000–50.000 Trombositler <20.000 Nötrofil <1.000	Dirençli egzersiz yok Sınırlı yürüme, düşme riskli aktiviteler Nötropenik önlemler
Pulmoner	FEV1 veya FVC <%50 tahmin edilen Puls oksimetre<%90	Aerobik egzersizi sınırlayın ve oksijen desteğini düşünün
Kardiyak	Kardiyak HR >%80 maksimal (220 - yaş) LVEF <%20 Unstabil aritmiler	Aerobik egzersizi sınırlayın Aerobik egzersizi sınırlayın Sadece kardiyak izleme ile egzersiz yapın
İskelet	>%50 kortikal tutulum %25–%50 kortikal tutulum %0 – %25 kortikal tutulum	Ağırlık taşımayan Kısmi yük taşıma Yüksek etkili aktivite veya spor yok
Lenfödem	Herhangi bir derece	Egzersiz için kısıtlama yok
Gastrointestinal	Kontrolsüz kusma veya ishal	Yorucu aktivite yok

5. Hasta Takibi

Akut kanser tedavisi tamamlandıktan sonra, dayanıklılık ve kas gücünü korumak, ağrıyı kontrol altına almak,

hastayı toplumda fonksiyonel hale getirmek için rehabilitasyona devam etmek gerekir. Hastalık ve tedavinin rezidüel fiziksel etkileri yanı sıra, psikososyal ve seksüel sorunları da önemli olabilir. Hastayı işine ve günlük yaşantısına geri döndürmek için genellikle mesleki danışmanlık gerekebilir.

Hastaların günlük yaşama daha iyi adaptasyonu için; yüzme, yürüyüş, yoga, uzak doğu rahatlama programları, dans gibi grup aktivitelerine katılımları sağlanabilir. Kontakt ve fazla yük bindiren sporlar önerilmemektedir. Kemik metastazlarında, endoprotetik implant uygulamalarında, ciddi yorgunlukta dirençli egzersizlerden kaçınmak gerekir. Bu hastalara havuz egzersizleri, hafif aerobik egzersiz veya bisiklet önerilebilir. Ancak her türlü egzersiz programına ve spor aktivitesine başlamadan önce fizik tedavi uzman hekimine danışması gerektiği anlatılmalıdır.

Klinik pratikte gördüğümüz her hastanın özelliği birbirinden farklıdır. Bu nedenle özellikle kanser hastalarında, değerlendirmede hassas davranmak ve tedavide konusunda deneyimli rehabilitasyon hekimlerine danışmak çok önemlidir.

Sonuç olarak; eve ve topluma dönüş, hastalar, hekimler ve gelecekte hastanın bakımını üstlenecek kişiler arasında karşılıklı anlayış ve iş birliği ile sağlanır. Düzenli ve etkin bir rehabilitasyon programı sonucu, kanser teşhisi almış hastaların çoğu fonksiyonel yeterliliklerine ulaşıp toplum içine dönebilir.

Akılda Kalanlar

-Kanser rehabilitasyonu, hastaların fonksiyonellik ve yaşam kalitesi üzerine olumlu gelişmeler sağlamaktadır.

-Hastaların kanser rehabilitasyonu için yönlendirilme oranları düşüktür ve bu konuda farkındalığın artırılması gereklidir

-Kanser tipine ve semptomaya yönelik farklı rehabilitasyon programları önerilmektedir.

-Kanser rehabilitasyonu konusunda deneyimli merkez ve uzman sayısı artırılmalıdır.

Çıkar çatışması: Yoktur

KAYNAKLAR

1. National Cancer Institute. NCI dictionary of cancer terms [Internet]. Washington, DC: National Cancer Institute; c2022 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <http://www.cancer.gov/dictionary>
2. Mayer RS, Engle J. Rehabilitation of Individuals With Cancer. *Ann Rehabil Med.* 2022;46(2):60-70
3. Stout NL, Binkley JM, Schmitz KH, et al. A prospective surveillance model for rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer* 2012;118(8 Suppl):2191-200.
4. Huang GH, Ismail H, Murnane A, et al. Structured exercise program prior to major cancer surgery improves cardiopulmonary fitness: a retrospective cohort study. *Support Care Cancer* 2016;24:2277- 85.
5. Cheville AL, Mustian K, Winters-Stone K, et al. Cancer rehabilitation: an overview of current need, delivery models, and levels of care. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2017;28:1-17.
6. Mock V, Frangakis C, Davidson NE, et al. Exercise manages fatigue during breast cancer treatment: a

- randomized controlled trial. *Psychooncology* 2005;14:464-77
7. Eyigor S, Eyigor C, Uslu R. Assessment of pain, fatigue, sleep and quality of life in elderly hospitalized cancer patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 51: e57-61.
 8. Morrow GR, Shelke AR, Roscoe JA, et al. Management of cancer- related fatigue. *Cancer Invest* 2005;23:229-39
 9. O'Dell MW, Barr K, Spanier D, Warnick RE. Functional outcome of inpatient rehabilitation in persons with brain tumors. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:1530-4.
 10. Kirshblum S, O'Dell MW, Ho C, Barr K. Rehabilitation of persons with central nervous system tumors. *Cancer* 2001;92(4 Suppl):1029-38
 11. Bowman C, Piedalue KA, Baydoun M, Carlson LE. The quality of life and psychosocial implications of cancer-related lower-extremity lymphedema: a systematic review of the literature. *J Clin Med* 2020;9:3200
 12. Stubblefield MD. Clinical evaluation and management of radiation fibrosis syndrome. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2017;28:89-100
 13. Ergun M, Eyigor S, Karaca B, et al. Effects of exercise on angiogenesis and apoptosis-related molecules, quality of life, fatigue and depression in breast cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013; 22: 626-37
 14. Eyigör S, Cinar E, Caramat I, Unlu BK. Factors influencing response to lymphedema treatment in patients with breast cancer-related lymphedema. *Support Care Cancer*. 2015 Sep;23(9):2705-10
 15. Yesil H, Eyigor S, Caramat I, Isik R. Effects Of Complex Decongestive Therapy On Quality Of Life, Depression, Neuropathic Pain And Fatigue In Women With Breast Cancer Related Lymphedema. *Turk J Phys Med Rehab* 2017; 63(4): 329-334
 16. Sezgin B, Durusoy D, Demirci MS, et al. The Effect Of "Xanthan Gum-Based Fluid Thickener" On Hydration,

- Swallowing Functions And Nutritional Status In Total Maxillectomy Patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018; 275(12):2997-3005
17. Eyigor S. Physical activity and rehabilitation programs should be recommended in palliative care for cancer patients. *J Palliative Med* 2010; 13: 1183-84
 18. Ozkaya Akagunduz O, Eyigor S, Kirakli E, Et Al. Radiation-Associated Chronic Dysphagia Assessment By Flexible Endoscopic Evaluation Of Swallowing (FEES) In Head And Neck Cancer Patients: Swallowing-Related Structures And Radiation Dose-Volume Effect. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2019;128(2):73–84
 19. Lin JT: Bony pathology in the cancer patient. *J Womens Health* 2002;11: 691-702.
 20. Wang XS, Giralt SA, Mendoza TR, et al. Clinical factors associated with cancer-related fatigue in patients being treated for leukemia and non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol.* 2002; 20: 1319-28.
 21. Bozzone A, Romanelli A, Magrone G, et al. Pulmonary rehabilitation: pre-and postoperative treatment. *Rays* 2004 ; 29 : 431-3.
 22. Gabanelli P: Rehabilitative approach to the patient with brain cancer. *Neurol Sci* 2005; 26: S51-2.
 23. Segal RJ, Reid RD, Courneya KS, et al. Resistance exercise in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 1653-59.
 24. Holtzman J, Schmitz K, Babes G, et al. Effectiveness of behavioral interventions to modify physical activity behaviors in general populations and cancer patients and survivors. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2004;(102):1-8.
 25. Dimeo FC, Thomas F, Raabe-Menssen C, et al. Effect of aerobic exercise and relaxation training on fatigue and physical performance of cancer patients after surgery. A randomised controlled trial. *Support Care Cancer* 2004;12:774-9.

26. Thorsen L, Skovlund E, Stromme SB, et al. Effectiveness of physical activity on cardiorespiratory fitness and health-related quality of life in young and middle-aged cancer patients shortly after chemotherapy. *J Clin Oncol* 2005;23:2378-88
27. Eyigor S, Uslu R, Apaydin S, et al. Can Yoga Have Any Effect On Shoulder And Arm Pain And Quality Of Life In Patients With Breast Cancer? A Randomized, Controlled, Single-Blind Trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2018 Aug; 32: 40-45

BÖLÜM 7

ONKOLOJİDE YAŞAM KALİTESİ

Prof. Dr. Erhan ESER

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

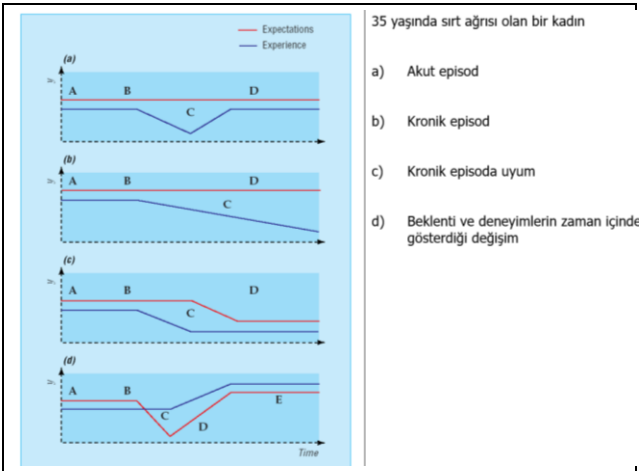
1. Yaşam Kalitesi Kavramı, Bu Kavramın Doğuşu Ve Sağlık Hizmetlerinde Kullanılmaya Başlanması

İkinci dünya paylaşım savaşından sonra oluşan barış ortamında özellikle kuzey ülkelerinde giderek uzayan yaşam süresi, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve uygulanan yeni tedavi alternatifleri sonucunda, sağlık hizmetinin başarısının ölçülmesinde nicel (yaşam süresi vb.) göstergeler yanında bireylerin algıladıkları sağlığı ölçen göstergelere gereksinim artmıştır. Artık hastalık, kimi zaman nesnel tıbbi delilleri taşıyan bir durum, kimi zaman da yalnızca kişinin algıladığı bir durumdur. Artık bir klinik uygulamanın ya da sağaltım alternatifinin başarısı veya başarısızlığı, biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak, o hastanın kendi sağlığını “nasıl algıladığı” ile ilgili olarak da değerlendirilmeye başlanmıştır. Hastalık yönetim süreçlerinde hastalardan elde edilen sağlıklılık algılarını bildirmelerine “Hasta ÖzBildirim Sonuçları (HBS) / Sonlanım göstergeleri (Patient Reported Outcome Measures– PROMs)” adı verilir. Bu kavram, içinde işlevsellik ve yaşam kalitesini barındıran geniş bir kavramdır.

1.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi kavramı üzerinde çok şey söylenmiş olsa da yaşam kalitesinin tanımı üzerinde çeşitli tanımlar

geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi çalışma grubu (WHOQOL Group) yaşam kalitesini “Bireyin içinde yaşadığı kültürel değerler sistemi ve kendi beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı” olarak tanımlamıştır. Carr ve arkadaşları ise yaşam kalitesini “bireyin beklentileri ile deneyimleri arasındaki fark” olarak tanımlamışlardır. Bunu kavramsal olarak Şekil 1’de görüyoruz. Sırt ağrısı olan bir hastanın akut dönemde daha yüksek olan beklentisinin sorun kronikleştikçe zaman içinde düştüğü görülmektedir.



Şekil-1. Hastanın işlevsel durumu beklentileri arasında zaman içindeki uyumu

(Kaynak: (1))

1.2. Yaşam Kalitesinin (YK) Ölçülmesi ve Ölçüm Gereçlerinin Sınıflaması:

Yaşam kalitesi değerlendirme araçları yukarıda sayılan bu üç amaç çerçevesinde sağlık yönetiminin çeşitli alanlarında kullanılır. Bunlar kısaca:

- a- Klinik tıp uygulamalarında, hekimlerin, hastalarının, hastalıktan en çok etkilendikleri konular hakkında

karar vererek tedaviyi yönlendirebilmeleri ve gerektiğinde tedavi protokolünde değişiklikler yapabilmek,

b- Hekimlerin uyguladıkları girişimlerin, hastalarının yaşam kalitelerini ne yönde etkilediğini görmelerine olanak sağlamak,

c- Çeşitli sağaltım alternatiflerinin etkililiğinin karşılaştırılması ve

d- Çeşitli düzeylerde sunulan sağlık hizmetlerinin başarısının değerlendirilmesi ve yeni sağlık politikaları oluşturması olarak sıralanabilir.

YK, tanım gereği çok boyutludur ve ölçümün bu çok boyutluluğu dikkate alması beklenir. Yine de bazı ölçüm gereçleri genel olarak yaşam kalitesini tek bir sayıya indirgerler. Bunlara genel olarak “indeks ölçütler” denir. Tek bir soruyla kişinin “algılanan sağlık düzeyi” ya da “algılanan YK düzeyi” değerlendirilebilir. Yaşam Kalitesinin çok boyutluluğunu yansıtan ölçekler de “Profil Ölçekler” olarak adlandırılırlar. Bunlar her bir boyut (bedensel, zihinsel, sosyal, çevresel vb.) için bir grup sorudan ibaret ölçeklerdir ve her bir boyut için ayrı birer skor verirler.

YK Ölçeklerinin Sınıflaması:

Ölçek ister indeks olsun isterse profil, SYK ölçüm araçları şekil ve görünüm açısından

- 1- Genel amaçlı (jenerik) ve
 - 2- Özel amaçlı (soruna özel) olarak
- iki sınıfa ayrılır.

Genel amaçlı ölçütler, YK ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda, çeşitli tıbbi girişimlerde kullanılırlar. Genel amaçlı ölçekler de kendi aralarında iki alt gruba ayrılırlar:

- 1- Tercihe dayalı olmayan (profiller)
- 2- Tercihe dayalı (preference / utility based)

Yukarıda sözü edilen profil ölçekler YK 'nin değişik yönlerini ölçen "Genel Amaçlı ölçekler" sınıfına giren araçlardır. Genellikle bunlardan içerdikleri alan sayısı kadar puan elde edilir. Yaygın olarak kullanılan Sf-36, Dünya Sağlık Örgütü YK ölçeği WHOQOL, Nothingam Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) bu kategoriye örnek oluşturlar.

Özel Ölçütler ise,

- a-belirli bir nüfus grubuna özel (erişkinlere, kadınlara, çocuklara/ergenlere, yaşlılara vb.)
- b-belirli bir duruma veya hastalığa özel (genel olarak kanser, özel kanser türleri, astım, multiple skleroz vb.) veya
- c-belirli bir işleve (cinsel işlevler, yorgunluk vb.) özel ölçekler olarak farklılaşırlar.

Belirli bir nüfus grubuna özel olanlar için çocuklara/ergenlere (CHQ, Disabkid, KINDL, Pedsqol) , yaşlılara (WHOQOL-OLD) özel ölçekler örnek verilebilir. QLQ-C30 genel kanser, DLQI genel dermoloji, VSQ25 ise genel göz hastalıkları ölçeklerine örnek olarak verilebilir. Bunun yanında hemen her hastalığa (Meme kanseri, astım; alerjik rinokonjonktivit), duruma (ağrı, yorgunluk) ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku) özel ölçekler de bulunmaktadır.

Burada sıralanan ölçeklerin tümü "Tercihe dayalı olmayan (profiller)" sınıfındadırlar ve sıklıkla kullanılırlar.

İkinci kategorideki Tercihe dayalı ölçekler ise (indeks ölçütler sınıflamasına girerler) sağlık ekonomisi alanında geliştirilen teorilere dayanılarak geliştirilmiş olan, Maliyet Yararlanım analizlerinde (cost utility) kullanılan ve en önemlisi Kalite Eklenmiş Yaşam Yıllarını (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan ölçekleridir. Bu ölçekler

içinde en sık kullanılanları [EuroQol Instrument (EQ 5-D), Health Utility Index (HUI)] ve Quality of Well-Being Ölçeğidir (QWB) (2). Bu ölçekler konusunda bu yazıda ayrıntıya girilmeyecektir.

2. Kanser ve Yaşam Kalitesi

Son on-yıllarda, özellikle gelişmiş ülkelerde kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması ve biyopsikosozal sağlık modellerinin ortaya çıkışı, hastalarda işlevsellik ve yaşam kalitesi ölçümlerine ve bunların araştırma ve tıbbi pratiğe uygulanmasına entegre edilmesine yol açmıştır. Kanser doğrudan semptomlarına ek olarak, kanser sağaltım yöntemlerinin hastalıktan bağımsız olarak bizzat kendilerinin yol açtığı toksisite ve bunları neden olduğu semptomlar, artan bu gereksinime temel oluşturmuştur.

Onkoloji alanında sağaltımın sonuçları (sonlanım göstergeleri- endpoint) iki kategoride sınıflandırılabilir: (1) genel sağkalım ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini (QoL) içeren "klinik sonlanım noktaları" ve (2) Progresyonsuz sağkalım dahil biyolojik belirteçlerdir. Örneğin, yaşam kalitesinin kavramsal ve metodolojik sınırları özel araştırmalarla iyi bir şekilde tanımlanırsa, progresyonsuz hayatta kalmanın sınırları klinisyenler tarafından daha az hedeflenir ve bilinmeye devam eder. Günümüzde "Kanser sağaltımı ile ömrü ne pahasına uzatıyoruz" sorusu tıbbi ve etik yaklaşımı giderek artan düzeyde etkilemeye başlamıştır. Artık onkologlardan, kanserin, hastaların fiziksel ve psikososyal sağlığı üzerindeki etkilerini giderek daha fazla izlemeleri ve bu konuları karar alma süreçlerine dahil etmeleri beklenmektedir. Bu yaklaşımın bir taraftan hasta hekim iletişimini geliştirmesi, diğer taraftan da hastaların esenliklerini (kendilerini iyi hissetmelerini) artırması beklenir. Beklenen ek yararlar ise, hasta izlem

sürekliliğinin geliştirilmesi, hasta memnuniyetinin artırılmasıdır.

Bu güne kadar yapılan araştırmalar, kanser olgularını izleyen, bu süreçte rol alan sağlık profesyonellerinin hastaların yaşadıkları semptomları ve bu semptomların şiddetini, *-genellikle zaman yetersizliği nedeniyle bu konuda sistematik bir öykü alınmamasına ve sorgulama yapılamamasına bağlı olarak-* yeterince dikkate al(a)madıkları, semptomların etkileri ve şiddeti konusunda hekimlerin değerlendirmeleri ile hastaların algıları arasında önemli farklar olduğunu göstermiştir (3).

Bu nedenle onkoloji pratiğinde genellikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (SYK) olarak ifade ettiğimiz, daha geniş çerçevede ise Hasta Öz-bildirim Sonuçları (HBS) ölçeklerinin (PROM) kullanımı artık bir tercihten öte iyi hekimlik uygulamaları için bir zorunluluk da olmuştur. Hatta FDA (ABD) ve EMA (Avrupa) gibi, ilaç uygulama ve denetimini düzenleyen üst kuruluşlar, ilaçların, ilacı kullanan hastanın yaşam kalitesi ile olan ilişkisini nesnel olarak ortaya koyan sonlanım göstergelerine ek olarak ilacın hasta tarafından algılanan yönlerini irdeleyen HBS ölçeklerinin de kullanımını ve prospektüslerde bu sonlanım göstergelerine yönelik kanıtlarında yer alması gerektiğini söylemektedirler (EMA: Submission of comments on 'EMA Draft reflection paper on the use of patient reported outcome (PRO) measures in oncology studies'(EMA/CHMP/292464/2014))

2. Erişkin Kanser Hastalarında Yaygın Olarak Kullanılan HBS (YK) Ölçüm Gereçleri

Kanserli hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçümü, doğrudan hastalığın yarattığı (yorgunluk vb.) genel semptomların etkilerini değerlendirme yanında sağaltımın sağ dökülmesi, bulantı kusma gibi yan etkilerini de kapsam içine almalıdır.

Onkoloji pratiğinde, genel klinik uygulamalarda olduğu gibi genel amaçlı (*tüm kanserlerde kullanılan jenerik ölçekler*) ve hastalığa özgü ölçeklerin birlikte kullanılması önerilir. Bunun nedeni, hastalığa/duruma özel YK ölçeklerinin kişinin bir bütün olarak yaşamdaki algısını sormaktan çok hastalığın ya da daha çok sağaltımın yarattığı algıyı ölçüyor olmalarıdır. Genel amaçlı (jenerik) ölçekler ise kişinin hastalık ya da sağaltımla doğrudan ilgili değişmiş gibi görünen yönlerini de değerlendirmeleridir. Örneğin sağaltım programındaki bir hastanın cinsel yaşamla ilgili deneyim ve algıları soruna özgü ölçekte sorgulanmazken genel amaçlı ölçek bu boyutu da dikkate alacaktır.

Tüm bireylerde ve olgularda kullanılan jenerik ölçekler arasında, en sık kullanılan ölçekler arasında, "Kısa form 36" (SF-36) ve onun daha kısa sürümleri (SF-12, SF 10); Dünya Sağlık Örgüyü YK ölçeğinin Uzun (WHOQOL-100) , kısa (WHOQOL-Bref) ve çok kısa sürümleri (WHOQOL-8 / Eurohis), sayılabilir. Bu genel ölçeklerin Türkçe uyarlaması ve psikometrik yeterlilikleri yayınlanmıştır. Daha çok Sağlık Ekonomisi alanında "tercihe dayalı " olan genel ölçekler içinde The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) yaşam kalitesi grubunun geliştirdiği EQ 5D-3L ve EQ 5D-5L de kanser çalışmalarında sık kullanılan genel ölçekler arasında sayılabilir, ancak bu ölçeğin "utility skorlamasında " henüz daha Türkiye toplumunu temsil eden bir havuz oluşturulamamış olması nedeniyle başta İngiliz tarifi (UK) olmak üzere diğer ülkelerin skorlama sistemlerini kullanmak zorunda kalınmaktadır.

Yukarıda sözü edilen genel amaçlı ölçekler sadece kanserli olgular için değil tüm sağlık sorunları için kullanılabilen jenerik ölçeklerdir. Ayrıca "sadece kansere özgü" olan ve tüm kanserler için jenerik ölçek ise The European Organisation for Research and Treatment of

Cancer (EORTC) yaşam kalitesi grubunun ürettiği QLQ-C30'e özel vurgu yapmak yerinde olur. QLQ C30 dışında kanser ile ilgili birçok genel yaşam kalitesi ölçeği de vardır. Onkolojide kullanılan çok sayıda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği bulunmaktadır. Onkoloji alanında kullanılan Genel amaçlı yaşam kalitesi ölçekleri, günlük hasta izleminde kullanılan izlem ve tedavi memnuniyeti ölçekleri ve palyatif bakımdaki hastaların YK'ni değerlendiren ölçekleridir. Genel amaçlı ölçekler Ek Tablo 1'de özetlenmiştir. Bu yazıda yer sınırlılığı nedeniyle bu ölçeklerin tümünden ayrıntılı olarak söz etmek mümkün değildir. Bu ölçeklerle ilgili derlemelere referans verilerek onkoloji yaşam kalitesi alanında son yıllarda çok geniş bir kanser yelpazesinde soruna özgü yaşam kalitesi değerlendirme modülleri geliştirmiş olan EORTC ölçeklerine daha ayrıntılı yer verilecektir.

2.1. EORTC- QLQ-C30

Onkoloji ile ilgili yaşam kalitesi araştırmalarında kansere jenerik, yani kansere özgü olan, ancak türlerine bakılmaksızın tüm kanserlerde kullanılan, genel amaçlı bir ölçek olan QLQ-C30, The European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) grup (Avrupa Kanseri Araştırmaları ve Tedavisi Örgütü) tarafından geliştirilmiş olan genel yaşam kalitesi gerecidir. Bu gerecin farklı kanser türleri ile ilgili çeşitli modülleri de vardır. 1962 yılında kurulan ve günümüze dek 80 binden fazla kanser hastasının kayıtlarını içeren faz 2 ve faz 3 araştırmaları yürütmüş olan EORTC, 1980 yılında Yaşam Kalitesi araştırma grubunu kurmuş ve 1986 yılında da yaşam kalitesinin kanser araştırmalarına entegre edilmesini girişimini başlatmış, bu da QLQ-C30'un geliştirilmesiyle sonuçlanmıştır. Günümüze dek yaklaşık olarak 2500 araştırma QLQ-C30'u kullanmıştır. Halen bu ölçeğin üçüncü sürümü kullanılmaktadır ve

Türkçe dahil çok sayıda dil için kültürel ve dil uyarlaması yapılmış ve psikometrik özellikleri yayınlanmıştır. (4).

Ölçeğin Türkçe sürümü Güzelant ve ark. tarafından Türkçeleştirilmiş ve psikometrik özellikleri yayınlanmıştır (5). EORTC QLQ ölçeklerini kanser araştırmalarında kullanmak isteyen araştırmacıların sadece ilgili spesifik kanser modülünü değil QLQ-C30 genel ölçeği ile birlikte kanser modülünü kullanmaları önerilmekle birlikte bu modüllerin tek başına kullanımları da mümkündür.

QLQ-C30 birden çok maddeden oluşan boyutlardan ya da tekil maddelerden oluşur. Ölçeğin 5 işlevsel, 3 semptom boyutu ve bir de genel yaşam kalitesi maddesi vardır. Ayrıca 6 tekil maddesi de vardır (Tablo 1). Bütün boyutlar ve tekil maddeler 0-100 üzerinden skorlanır. İşlevsel boyutta skor arttıkça daha iyi bir işlevsellik anlamına gelir. Genel sağlık ve yaşam kalitesindeki skor artışı daha iyi bir sağlık algısı ve yaşam kalitesine işaret eder, ancak Semptom Boyutlarındaki skor artışı semptomların ve problemlerin artışını gösterir. QLQ-C30 skorlaması için kullanıcıların Fayers PM ve ark. tarafından üretilen rehbera başvurması önerilir (6).

Skorlamada dikkat edilmesi gereken bir nokta, yanıtlanmayan maddelerin skorlama işlemine nasıl dahil edildiğidir. Rehbera göre bir yanıtlayıcı bir boyutun içinde bulunan maddelerin en az yarısına yanıt verdiyse (ya da en fazla yarısı cevapsız / missing ise) yanıt verilen maddelerin ortalaması boyut skorunu oluşturur. Örneğin 2 maddeli bir boyut için sadece tek bir madde yanıtlanmışsa (diğer madde yanıtızsız) yanıtlanan maddenin skoru boyut skoru olarak kabul edilir. 3 maddelik bir boyutun 2 sorusu yanıtızsızsa boyut skoru hesaplanamaz ve cevapsız (missing) sayılır. Bu boyuttasadece bir madde yanıtızsızsa o zaman yanıt verilmiş olan 2 maddenin ortalama skoru boyut skorunu verir. Tek maddelik boyutlarda madde yanıtızsızsa boyut skoru da yanıtızsız demektir.

Tablo-1. EORTC QLQ-C30 Ölçek yapısı

	Boyut	Maddeler
Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi	QL (Quality of life)	29,30
İşlevsel Boyutlar		
Bedensel işlevsellik	PF	1 - 5
Rol işlevselliği	RF	6,7
Psikolojik İşlevsellik	EF	21 – 24
Bilişsel işlevsellik	CF	20,25
Sosyal işlevsellik	SF	26.27
Semptom Boyutları /Maddeleri		
Yorgunluk	FA	10,12,18
Bulantı kusma	NV	14,15
Ağrı	PA	9,19
Nefes darlığı	DY	8
Uykusuzluk	SL	11
İştah kaybı	AP	13
Kabızlık	CO	16
İshal	DI	17
Maddi zorluklar	FI	28

EORTC QLQ Kansere Özgü Modülleri

EORTC grubunun QLQ projesi kapsamında geliştirdiği, her kanser türü için kullanılması önerilen 5 genel (çekirdek) ölçek vardır. Bunların başında QLQ-C30 gelmektedir. EORTC grubun ayrıca geliştirip “geçerliliğini kanıtladığı” 32 kansere özel modül vardır. Bu modüllerin 25’i farklı kanser türlerinin yaşam kalitesine etkisi ile ilgili, geri kalan 5 modül ise, kanser ve kanser sağaltımlarının yan etkileri ve genel sağlık algısı ile ilgili modüllerdir. Ayrıca EORTC grup tarafından projeleri tamamlanmış ancak geçerlilikleri henüz araştırılmamış olan 8 anket

daha vardır. Bu listeler tablo 2 'de sunulmuştur. EORTC grubu bunlar dışında çok sayıda geliştirilme aşamasında olan, geliştirilmiş ancak henüz geçerliliği doğrulanmamış olan çok sayıda modül de geliştirmiştir. Daha ayrıntılı bilgilere EORTC grubunun web sitesinden ulaşabilirsiniz: <https://qol.eortc.org/questionnaires/> .

EORTC Kanser Ölçekleri ve Modülleri İçin İzin Alma

EORTC grubu geliştirdiği ve geçerliliğini kanıtladığı araçlar için akademik ve ticari olmak üzere iki farklı izin alam süreci vardır. Akademik amaçlı çalışmalar için araştırmacılar web sitesinden (https://qol.eortc.org/questionnaires/?phasegroup=Phase%20III%20completed&search_category=Module#) izin formu doldurmaları gerekir ve kullanım onaylanırsa kullanım ÜCRETSİZDİR. Eğer söz konusu ölçek henüz geçerliliği gösterilmediyse o zaman kullanım başvurusuna ek bir kullanım başvurusu yapmak gerekmektedir. İzin alındığında ölçeğin ilgili sürümünü indirebilmek için 7 gün süre tanınır. Bu süre geçtiğinde indirme gerçekleştirilmezse yeni bir talep oluşturmak gerekmektedir.

EORTC Kanser Anket ve Modüllerin Farklı Dillere Çevrilmesi İçin Nasıl Bir Yol İzlenir?

Bunun için web sitesinde ayrıntılı bilgi verilmektedir. Araştırmacıdan belirtilen adımları atması istenir. İleri ve geri çeviriler ve pilot testler (kavramsal sorgulama) izlenmesi beklenen adımlardır. <https://qol.eortc.org/translations/>. Çeviri (dil uyarlaması) el kitabına ulaşmak için: https://qol.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/translati on_manual_2017.pdf

Tablo-2. EORTC QLQ Kanser Modülleri

Genel (çekirdek) Kanser Anketleri (Geçerliliği doğrulanmış olanlar)	Kanser Modülleri (Geçerliliği doğrulanmış olanlar)
QLQ-C30 Kanser yorgunluğu (QLQ-FA17) Ergenler ve genç Ergenler (AYA) Palyatif Kanser Bakımı alanlar (QLQ-C15PAL) Sağkalım (QLQ-SURV100)	Ağız Akciğer Akciğer kanseri Anal Baş-Boyun Beyin Non-Hodking Lenfoma (Düşük gradeli) Non-Hodking Lenfoma (Yüksek gradeli) Emdometriyum Gastrik Hepatosellüler Hodking Lenfoma Kanser bilgisi Kanserle ilgili yorgunluk Kemik met Kronik Lenfositer Lösemi Kolanjiokarsinom ve Safra Kesesi kanseri Kolonrektal Kolonrektal KC metastazı Meme Meme rekonstrüksiyonu Multipl Miyelom Nçroendoksin Karsinoid Tümör Over Özofagus-Mide Özofaus Prostat Radyasyon proktiti Serviks Testis Tiroid Yaşlı kanser hastaları
Kanser ve kanser sağaltımının yol açtığı sorunlarla ilgili modüller	Kanser Modülleri (Tamamlanmış olan ancak geçerliliği henüz kanıtlanmamış olanlar)
Cinsel sağlık* Kanser hastalarının yatarak tedavi memnuniyeti* Paylatif bakım Psikolojik iyilik (esenlik)* Yorgunluk	Kanser kaşeksisi Kemoterapiye bağlı periferik nöropati Yüksek doz kemoterapi Melanom Mesane kanseri (kas invazyonu olan) Mesane kanseri (kas invazyonu olmayan) Göz kanseri Pancreas Kanseri

*Bu ölçekler tek başlarına (QLQ-C30 ile birlikte olmadan) da kullanılabilirler.

EORTC Grubu Kanser ve YK Ölçeklerinin Türkçe Geçerlilik Çalışmaları Türkiye'den Araştırmacıların Yer Aldığı Diğer Uluslararası Çalışmalar

Türkiye'de araştırmacılar başta EORTC grubu kanser ve YK ölçekleri olmak üzere diğer bazı ölçeklerin de Türkçe uyarlamasını yapmış ve ölçeklerin psikometrik özelliklerini yayınlamışlardır.

Her türlü kanserde kullanılabilen genel YK ölçeği EORTC QLQ-C30 'u ilk olarak 2004 yılında Guzelant A. ve arkadaşları çalışmış (5), bunu daha sonra 2008 yılında Cankurtaran ES. ve ark. çalışması (7) izlemiştir. QLQ-30 Avrupa normatif çalışmasında da Türkiye verileri yer almıştır (8).

EORTC kanser ve yaşam kalitesi grubunun geliştirdiği özgün Kanser ve YK modüllerinin bazılarının Türkçe uyarlaması yapılmış ve yayınlanmıştır. Bunlar QLQ-BR23 meme kanseri modülü (9); ilerlemiş olgularda palyatif bakım ölçeği (10), Kolorektal kanser modülü (11) ve Baş boyun Kanser modülüdür (12).

Bunlar dışında onkoloji ve yaşam kalitesi alanında 2023 yılına dek, Türkiye kökenli araştırmacıların yürüttüğü ya da içinde yer aldığı çok merkezli diğer bazı uluslararası çalışmalar da mevcuttur. Çeşitli kanser tiplerine göre bu yayınların bazılarını şöyle listeleyebiliriz:

Over kanseri (13); Baş boyun Kanserleri (14); Palyatif bakım (15), Akciğer kanseri (16) Pelvik radroterapi (17); Kanser davranışı (18); Meme kanseri (19), (Şahin S 20); Larinks kanseri (21); Karaciğer kanseri (22); anal ve kolo-rektal kanserler (14, 23), Multipl miyelom (25) (26); ve Kemik iliği transplantasyonu (27) ile ilgili yayınlardır.

2.2. Çocuk Kanser Hastalarında Yaygın Olarak Kullanılan Genel ve Kansere Özgü YK Ölçüm Gereçleri

2023 yılında yayınlanan kanseri olan çocuklarda yaşam kalitesi araştırmalarının derlendiği bir çalışmada, dünyada, kanserli çocuklarda yaşam kalitesinin

değerlendirilmesi ile ilgil farkındalık artmışsa da henüz klinik çalışmalarda yaşam kalitesinin yeterince değerlendirilmediği vurgulanmıştır. Aynı derlemede dünyada genel amaçlı birçok yaşam kalitesi ölçüm gereci geliştirilmiş olsa da modüler çalışmalar hariç, henüz kanserli çocuklar için geliştirilmiş kapsamlı bir genel amaçlı çekirdek ölçeğin geliştirilmediği bildirilmektedir. Bugüne dek yapılan çalışmalarda kanseri çocuklar üzerinde yarattığı tıbbi bozukluklar üzerinde durulmakta, konuya –çocuklar için çok önemli olan- sosyal katılım gibi işlevler açısından yaklaşmamaktadır (28).

Anthony ve arkadaşlarının yaptığı bir başka derlemede ise kanserli çocuklarda yaşam kalitesinin 4 ayrı boyut altında değerlendirildiğini ortaya koymuştur. Bunlar, genel sağlık, bedensel, psikolojik ve sosyal boyutlardır (29). Günümüzde kanserli çocuklarda kullanılan ölçüm gereçleri ve Türkçe geçerlilik çalışmaları tablo 3'de listelenmiştir. Türkiye'de çocuklarda ve özellikle kanseri olan çocuklarda yaşam kalitesi araştırmaları henüz daha başlangıç aşamasındadır. Bugüne dek yapılan az sayıda araştırma, daha çok genel amaçlı ölçeklerle gerçekleştirilmiştir. Bunun bir nedeni de Çocuklar için Türkçe'ye uyarlanmış kansere özgü ölçüm gereçlerinin kısıtlılığıdır. İlk uyaralama çalışmaları PEDSQOL Kanser Modülü (Pediatric Quality of Life Inventory— Cancer Module—PedsQLTM Cancer) ile başlamıştır. Bknz. Tablo 3 (Tanır MK, 2011, Arslan FT 2013 ve Yıldız Kabak V ve ark 2016). Bunu Çocuk ve ergenler için KINDL genel yaşam kalitesi ölçeğinin Kanser Modülünün Ergin D. Ve ark. Tarafından Türkçeye uyarlanması ve geçerliliğinin gösterilmesi (30) izlemiştir. Bu çalışma, KINDL kanser modülünün dünyadaki ilk psikometrik analizlerini içermektedir.

Tablo-3. Kanserli çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılan ölçüm gereçleri

Çocuklarda kullanılan Genel Amaçlı (Jenerik) Ölçekler	Türkçe uyarlama ve geçerlilik
PedsQol	<p>*Cakin Memik N, Ağaoğlu B, Coşkun A, Uneri OS, Karakaya I. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği [The validity and reliability of the Turkish Pediatric Quality of Life Inventory for children 13-18 years old]. Turk Psikiyatri Derg. 2007 Winter;18(4):353-63. Turkish. PMID: 18066726.</p> <p>*Vesile Yıldız Kabak, Yavuz Yakut, Mualla Çetin, Tülin Düger Reliability and Validity of the Turkish Version of the PedsQL 3.0 Cancer Module for 2- to 7-Year-Old and the PedsQL 4.0 Generic Core Scales for 5- to 7-Year-Old: The Hacettepe University Experience. Turk J Hematol 2016;33:236-243</p>
KINDL	<p>Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erhart M, Saatli G, Cengiz Ozyurt B, Ozcan C, Ravens-Sieberer U. Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri [The psychometric properties of the new Turkish generic health-related quality of life questionnaire for children (Kid-KINDL)]. Turk Psikiyatri Derg. 2008 Winter;19(4):409-17. Turkish. PMID: 19110983.</p>
Kidscreen	<p>Baydur H, Ergin D, Gerçeklioglu G, Eser E. Reliability and validity study of the KIDSCREEN Health-Related Quality of Life Questionnaire in a Turkish child and adolescent population. Alpha Psychiatry 2016; 17: 496-505 DOI: 10.5455/apd.214559.</p>
Disabkids	-

Çocuklarda kullanılan kansere spesifik modüller	
<p>Pediatric Quality of Life Inventory—Cancer Module—PedsQL™ Cancer</p> <p><i>*James W. Varni, Tasha M. Burwinkle, Ernest R. Katz, Kathy Meeske, Paige Dickinson. The PedsQL™ in Pediatric Cancer. Reliability and Validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Generic Core Scales, Multidimensional Fatigue Scale, and Cancer Module. Cancer, 2002;94(7):2090-2106.</i></p>	<p>*Tanir MK, Kuguoglu S. Turkish validity and reliability of a pediatric quality of life cancer module for children aged 8-12 and parents. <i>Asian Pac J Cancer Prev.</i> 2011;12(1):125-30. PMID: 21517244.</p> <p>* Arslan FT, Basbakkal Z, Kantar M. Quality of life and chemotherapy-related symptoms of Turkish cancer children undergoing chemotherapy. <i>Asian Pac J Cancer Prev.</i> 2013;14(3):1761-8. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.3.1761. PMID: 23679270.</p> <p>* Yıldız Kabak V, Yakut Y, Çetin M, Düğer T. Reliability and Validity of the Turkish Version of the PedsQL 3.0 Cancer Module for 2- to 7-Year-Old and the PedsQL 4.0 Generic Core Scales for 5- to 7-Year-Old: The Hacettepe University Experience. <i>Turk J Haematol.</i> 2016 Sep 5;33(3):236-43. doi: 10.4274/tjh.2015.0242. Epub 2016 Apr 18. PMID: 27095607; PMCID: PMC5111470.</p>
<p>Pediatric Quality of Life Inventory—Brain Tumor Module—PedsQL™ Brain</p>	-
<p>Pediatric Functional Assessment of Cancer Therapy—Childhood Brain Tumor Survivor—PedsFACT-Brs</p>	-
<p>Pediatric Oncology Quality of Life Scale—POQOLS</p>	-
<p>Quality of Life in Children and Adolescents with Cancer—PEDQOL</p>	-

Quality of Life for Cancer Children— QOLCC	-
Royal Marsden Hospital Pediatric Oncology Quality of Life Questionnaire— RMH-PQLQ	-
KINDL , Child cancer Module	*Ergin D, Eser E, Kantar M, Ekti Genç R. Psychometric properties of the oncology module of the KINDL scale: first results. J Pediatr Oncol Nurs. 2015 Mar-Apr;32(2):83-95. doi: 10.1177/1043454214543020. Epub 2014 Jul 23. PMID: 25057002.
Diğer çalışmalar	* Bektas M, Kudubes AA. Developing scales for the assessment of fatigue in Turkish pediatric oncology patients aged 13-18 and their parents. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(22):9891-8. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.22.9891. PMID: 25520124. * Kalip K, Odabaş D. Turkish Validity and Reliability Study of Psychosocial Assessment Tool Oncology Version. Turk Arch Pediatr. 2023 Jan;58(1):20-27. doi: 10.5152/TurkArchPediatr.2022.22184. PMID: 36598207; PMCID: PMC9885837.

3. Yaşam Kalitesi Ölçümünde Nelere Dikkat Edilmelidir?

Tüm sağlık alanlarında olduğu gibi kanser- yaşam kalitesi ilişkisini inceleyen araştırmalarda dikkat edilmesi gereken başlıklar şunlardır:

1-Öncelikle seçilen ölçeğin çalışılan toplum için “geçerli” ve “güvenilir” olması önkoşuldur. Ayrıca seçilen ölçeğin uygulandığı araştırmalarda ölçeğin kendisinden kaynaklanan kısıtlılıklar hakkında da yeterli bir bilgiye de sahip olmalıyız. Geçerlilik çalışmalarının birçoğu sadece belirli bir zaman kesitinde (kesitsel) elde edilen verileri kullanır. Oysa ki geçerli bir ölçüm gerecinin değişen klinik durumlara da duyarlı olmalıdırlar. Diğer bir ifadeyle

“değişime yanıt verebilir” olmalıdır. Bunu sağlamak için ketisel verilerle yetinmeyip, mümkünse izlem çalışmaları ile de geçerlilik sınanmalıdır. Bu, ölçeği rutinde kullanacak olan klinisyeni teşvik edecektir.

2-YK Ölçümü, yaşam kalitesi düzeylerinde önemli farklılık beklediğiniz araştırmalarında tercih edilmelidir. Araştırmada öncelikle yaşam beklentisi ile YK karşılaştırılsa da çalışma, gözlenen klinik göstergeler de kapsamalıdır.

3- Yaşam kalitesi sonuçları kişinin sadece klinik durumundan değil, aynı zamanda eşlik eden diğer karıştırıcı özelliklerinden çok etkilenir. Bu nedenle tek bir ölçüm değil çok sayıda ardışık ölçüm yapılması önerilir. Başlangıç ölçümü, bunu izleyen ölçümler için size rehber olacaktır ve ölçümler hastalığın seyri ve sağaltımın etkisini ölçmeye yetecek sıklıkta tekrarlamak gerekir. Ardışık ölümlerde mutlak değerlerden çok farkları değerlendirmek yeridne olacaktır, çünkü her hastanın başlangıç ölçümü farklı olur. Önemli olan başlangıca göre değişimdir.

4- Hastaların tümünü hastalıklarının doğal sonucuna veya sağaltımın etkisi tamamen geçinceye dek izlemek gereklidir.

5- Yalnızca ölçeğin toplam puanı ile yetinmemeli, varsa alt boyut puanları da analize alınmalıdır. Tek değişkenli çözümlerler yetersiz kalabilir. Bu durumda mutlaka çok değişkenli analizlere başvurmak uygun olacaktır.

6- Eşlik eden (komorbid) durumların da yaşam kalitesini etkileyebileceğini düşünerek, çalışmalarda gerekirse Komorbidite ölçekleri (Komorbid hastalık sayısı, Charlson indeksi, ICED vb) kullanılmalıdır.

7- YK Ölçüm gereçlerinin toplum gruplarında alternatif sağaltım yöntemlerinin başarısını gösterir ancak bireysel hasta izleminde yeterli kanıt sunmayabilirler. Bu amaçla son yıllarda giderek yaygınlaşan yaklaşım, her bir ölçeğin, -varsa- her bir boyutunun farklı sağlık sorunları için En Küçük Anlamlı Fark (EKAF) değeri de ortaya konmalıdır:

4. Bireysel Hasta İzleminde En Küçük Anlamlı Fark (EKAF)

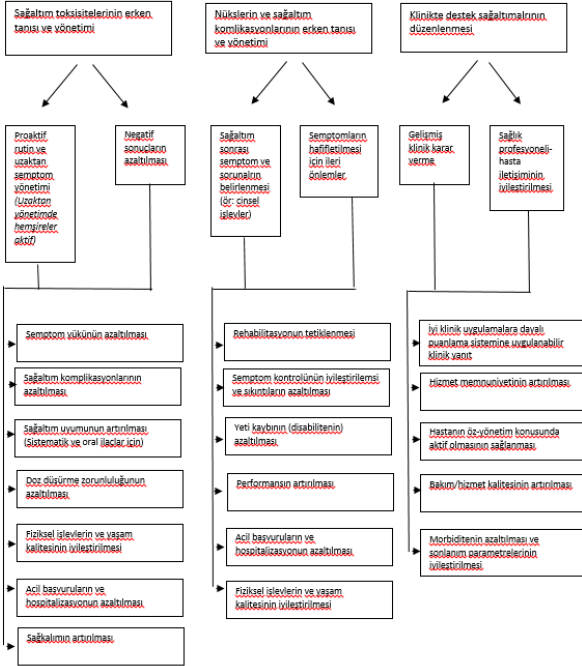
Araştırmalarda bir sağaltım yönteminin diğerine üstünlüğü ya da dezavantajı genellikle gruplar üzerinde gösterilir ve ortalama değerlerle ifade edilir. Oysa bir klinisyen için hasta izleminde bireysel başarı çok önemlidir ve bir sağalatımın yaşam kalitesi açısından başarılı olup olmadığını bilmek isteriz. Bu amaçla her bir ölçüm gereci için farklı sağlık sorunları için ayrı ayrı olmak üzere En Küçük Anlamlı Fark (Minimum Clinical Important Difference –MCID/EKAF) hesaplanmalıdır. Bu hesaplamaların nasıl yapılacağı ayrı bir araştırma konusudur burada söz edilmeyecektir. Bir sağaltım yöntemi EKAF değerinden daha iyi bir sonuca neden olmuşsa bu girişimin başarılı olduğunu gösterir. EORTC QLQ-C30 için bir örnek çalışma Bedard G ve arkadaşlarının çalışmasıdır (31). Onkoloji alanında EKAF çalışmaları arasında bir tutarsızlık olduğu, bu alanda daha çok çalışmaya gereksinim duyulduğu bildirilmektedir. Anlamlı değişim hasta özelliklerine bağlı olarak değişiklik gösterdiğinden, analizlerin farklı nüfus altgruplarına özel olarak yapılması önemlidir. (32).

5. Rutin Klinik İzleme Yaşam Kalitesi Değerlendirmesinin Entegre Edilmesinde Uzaktan Uygulamalar.

Yaşam kalitesi değerlendirmelerinin rutin uygulamaya entegre edilmesi tüm dünyada önemli bir sorun ve hedeftir. Bu konuda Batı Avrupada ve sporadik olarak enstitüler düzeyinde ABD’de önemli gelişmeler vardır.

Özellikle bilişim teknolojilerinin gelişimi ile önce ayaktan tanı tedavi birimlerine yerleştirilen dokunmatik ekranlı Kiosklar aracılığı ile, daha sonra da bilgisayar ve yakın zamanda cep telefonu yazılımları aracılığı ile onkoloji alanında hastaların rutin izlemine yaşam kalitesi

verilerinin de eklenmesi mümkün olmakta, ölçeklerin elektronik sürümleri dev bir hızla sürmektedir (33, 34). HBS (PROMs)'ın kanserli olguların rutin uzaktan izleminin sağaltım başarısı üzerine etkileri Şekil 5'de izlenmektedir. Bu konuda Türkiye'de de bazı girişimler başlatılmıştır (35).



Şekil-5. HBS (PROMs) 'ın kanserli olguların rutin uzaktan izleminin sağaltım başarısı üzerine etkileri

Kaynak no: 3: M. Di Maio, E. Basch, F. Denis et al. The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. Annals of Oncology, 2022;33(9):878-892.

Çıkar çatışması: Yoktur

KAYNAKLAR

1. Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, 2001; 322:1240-3.
2. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000 Jan;17(1):13-35.
3. M. Di Maio, E. Basch, F. Deis et al. The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. *Annals of Oncology*, 2022;33(9):878-892.
4. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85: 365-376.
5. Guzelant A, Goksel T, Ozkok S, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *A.Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004 May;13(2):135-44. doi: 10.1111/j.1365-2354.2003.00435.x.PMID: 15115469
6. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, et al, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition)*. Published by: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, Brussels 2001.
7. Cankurtaran ES, Ozalp E, Soygur H, et al. Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer patients. *A.Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008 Jan;17(1):98-104. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00827.x.PMID: 18181898
8. S Nolte , G Liegl , M A Petersen , et al. EORTC Quality of Life Group General population normative data for the EORTC QLQ-C30 health-related quality of life

- questionnaire based on 15,386 persons across 13 European countries, Canada and the Unites States.)
9. Demirci S, Eser E, Ozsaran Z, et al. Validation of the Turkish versions of EORTC QLQ-C30 and BR23 modules in breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2011;12(5):1283-7.
 10. Ozelik H, Guzel Y, Sonmez E, et al. Reliability and validity of the Turkish version of the EORTC QLQ-C15-PAL for patients with advanced cancer. *Palliat Support Care.* 2016 Dec;14(6):628-634. doi: 10.1017/S1478951516000195. Epub 2016 Apr 12. PMID: 27068607.
 11. Akduran F, Durna Z. Turk. Turkish Validation and Reliability of the EORTC QLQ-CR29 Quality of Life Scale for Colorectal Cancer. *J Gastroenterol.* 2021 Apr;32(4):357-364. doi: 10.5152/tjg.2021.20664.)
 12. Cengiz M, Ozyar E, Esassolak M, et al. Assessment of quality of life of nasopharyngeal carcinoma patients with EORTC QLQ-C30 and H&N-35 modules. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2005 Dec 1;63(5):1347-53. doi: 10.1016/j.ijrobp.2005.05.057. Epub 2005 Sep 19. PMID: 16169671).
 13. Akdemir Y, Cam Ç, Ay NP, Karateke A. Turk Validation of the Turkish version of European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-OV28 ovarian cancer specific quality of life questionnaire. *J Obstet Gynecol.* 2020 Mar;17(1):52-57. doi: 10.4274/tjod.galenos.2020.26594. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32341831
 14. Akkas EA, Yuçel B, Kilickap S, Altuntas EE. Evaluation of quality of life in Turkish patients with head and neck cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(8):4805-9. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.8.4805. PMID: 24083748.
 15. Atasavun Uysal S, Yildiz Kabak V, Karakas Y, et al. Investigation of the validity and reliability of the Turkish version of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Cognitive Function in cancer patients. *Palliat Support Care.*

2022 Oct;20(5):694-700. doi:
10.1017/S147895152100136X.PMID: 34470680

16. Garassino MC, Paz-Ares L, Hui R, et al. Patient-reported outcomes with durvalumab by PD-L1 expression and prior chemoradiotherapy-related variables in unresectable stage III non-small-cell lung cancer. *Future Oncol*. 2021 Apr;17(10):1165-1184. doi: 10.2217/fon-2020-1102. Epub 2021 Feb 15.PMID: 33583206.
17. Garipagaoglu M, Sengoz M, Senkesen O, et al. I. Does pelvic lymph nodes irradiation using intensity modulated radiation therapy increase rectal and bladder toxicities in patients with prostate carcinoma? *J BUON*. 2010 Oct-Dec;15(4):668-73.PMID: 21229627).
18. Iyigun E, Tastan S, Gezginçi E, et al. Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Cancer Behavior Inventory-Brief Version. *Pain Symptom Manage*. 2017 Dec;54(6):929-935. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.006. Epub 2017 Aug 12.PMID: 28807698.
19. Kayali Vatansever A, Yavuzşen T, Karadibak D. The Reliability and Validity of Quality of Life Questionnaire Upper Limb Lymphedema (ULL-27) Turkish Patient With Breast Cancer Related Lymphedema. *Front Oncol*. 2020 May 12;10:455. doi: 10.3389/fonc.2020.00455. eCollection 2020.PMID: 32477925 Free PMC article.),
- 20 Şahin S, Huri M, Aran OT, Uyanık M. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the Turkish version of the Cancer Fatigue Scale in patients with breast cancer. *Turk J Med Sci*. 2018 Feb 23;48(1):124-130. doi: 10.3906/sag-1707-125.PMID: 29479970)
21. Kucuk H, Kurnaz SC, Kutlar G. Treatment expectations and quality of life outcomes of patients with laryngeal cancer based on different treatment methods. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2015 May;272(5):1245-50. doi: 10.1007/s00405-014-3066-7. Epub 2014 May 1.PMID: 24789062 .

22. Loffroy R, Ronot M, Greget M, et al. CIRT-FR Principal Investigators. Short-term Safety and Quality of Life Outcomes Following Radioembolization in Primary and Secondary Liver Tumours: a Multi-centre Analysis of 200 Patients in France. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2021 Jan;44(1):36-49. doi: 10.1007/s00270-020-02643-x. Epub 2020 Sep 25.PMID: 32975600
23. Ozgen Z, Ozden S, Dane F, et al. Health-related quality of life during postoperative chemoradiotherapy with oral uracil-tegafur and leucovorin in rectal cancer patients. *Hepatogastroenterology*. 2013 May;60(123):533-7. doi: 10.5754/hge12792.PMID: 23159353),
24. Riechelmann RP, Srimuninnimit V, Bordonaro R, et al. Afibercept Plus FOLFIRI for Second-line Treatment of Metastatic Colorectal Cancer: Observations from the Global Afibercept Safety and Health-Related Quality-of-Life Program (ASQoP). *Clin Colorectal Cancer*. 2019 Sep;18(3):183-191.e3. doi: 10.1016/j.clcc.2019.05.003. Epub 2019 May 15.PMID: 31221542) ,
25. Sodergren SC, Johnson CD, Gilbert A, et al. European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group. International Validation of the EORTC QLQ-ANL27, a Field Study to Test the Anal Cancer-Specific Health-Related Quality-of-Life Questionnaire. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2023 Apr 1;115(5):1155-1164. doi: 10.1016/j.ijrobp.2022.11.002. Epub 2022 Nov 17.PMID: 36402360);
26. Weisel K, Dimopoulos M, Moreau P, et al. Health-related quality-of-life results from the phase 3 OPTIMISM study: pomalidomide, bortezomib, and low-dose dexamethasone versus bortezomib and low-dose dexamethasone in relapsed or refractory multiple myeloma. *Leuk Lymphoma*. 2020 Aug;61(8):1850-1859. doi: 10.1080/10428194.2020.1747066. Epub 2020;9.PMID: 32268815);

27. Yildiz Kabak V, Demircioglu A, Aladag E, et al. Validity and reliability of the Turkish version of the functional assessment of cancer therapy-bone marrow transplant (FACT-BMT) quality of life questionnaire in patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliat Support Care*. 2022;20(4):556-563. doi: 10.1017/S1478951521001097.PMID: 34289928)
28. Rothmund M, Sodergren S, Rohde G, et al, on behalf of the EORTC Quality of Life Group. Updating our understanding of health-related quality of life issues in children with cancer: a systematic review of patient-reported outcome measures and qualitative studies *Quality of Life Research* 2023; 32:965–976.)
29. Anthony, S. J., Selkirk, E., Sung, L., et al. Considering quality of life for children with cancer: A systematic review of patient-reported outcome measures and the development of a conceptual model. *Quality of Life Research*, 2014; 23(3), 771–789 doi: 10.1007/s11136-013-0482-x. Epub 2013 Aug 2. PMID: 23907613..)
30. Ergin D, Eser E, Kantar M, Ekti Genç R. Psychometric properties of the oncology module of the KINDL scale: first results. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2015 Mar-Apr;32(2):83-95. doi: 10.1177/1043454214543020. Epub 2014; 23. PMID: 25057002.
31. Bedard G, Zeng L, Zhang L, et al. Minimal important differences in the EORTC QLQ-C30 in patients with advanced cancer. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2014;10(2):109-17.)
32. Bedard G, Zeng L, Lam H, et al. Meaningful change in oncology quality-of-life instruments: a systematic literature review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012 Aug;12(4):475-83.)
33. Velikova G, Booth L, Smith AB, et al. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *J Clin*

Oncol. 2004 Feb 15;22(4):714-24. doi: 10.1200/JCO.2004.06.078. PMID: 14966096.

34. Basch E, Barbera L, Kerrigan CL, Velikova G. Implementation of Patient-Reported Outcomes in Routine Medical Care. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2018 May 23;38:122-134. doi: 10.1200/EDBK_200383. PMID: 30231381.
35. Tuncay Göksel, Özgür Akgül. Sağlık hizmetlerinde E-Yaşam Kalitesi Ulusal Yazılım Geliştirme Projeleri. 7. Uluslar arası Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, 8-10 Aralık 2022, çevrimiçi. <https://www.saykad2022.com/tr/3681-bilimsel-program>.

Ek tablo 1- Onkoloji alanında sık kullanılan “Genel Amaçlı” Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Ölçek Adı	Uygulama yolu / Madde sayısı	Türkçe geçerlilik
Assessment of Quality of life at the End of Life (AQEL)	Kendi kendine Vekil / Self-: 19 + 3 Proxy- 14	-
Attitudes to Randomised Clinical Trials Questionnaire (ARTQ)	Kendi kendine / 7	-
Brief Fatigue Inventory (BFI)	Kendi kendine Telefonla (interaktif sesli yanıt sistemi) / 9	Var - https://www.mdanderson.org/research/departments-labs-institutes/departments-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/brief-fatigue-inventory.html
Body Image Scale (BIS)	Kendi kendine / 10-12	Sürüm 1: Acar S. Beden İmgesi Esnekliği Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. MSKU Journal of Education.2022;9(1):212-22. Sürüm 2: Soyyiğit V, Saylan E. Beden Değeri Ölçeği-2'nin (BDÖ-2) Türkçe Adaptasyonu: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2020; 16(1): 94-103.
Brief Pain Inventory -SF – Cancer Pain	Kendi kendine / 50	Balta S, Ünal-Ulutatar Ç, Mirzayeva S, Başkaya MÇ, Akyüz G. The reliability and validity of the Turkish version of the brief pain inventory-short form in patients with cancer pain. Turk J Phys Med Rehabil. 2022 Jun 1;68(2):214-221. doi: 10.5606/tftrd.2022.6634. PMID: 35989966; PMCID: PMC9366480.
Cancer Needs Questionnaire		Dolu I, Donmez E, Yaranoglu C. Cancer Needs Questionnaire Short-Form: Turkish Validity and Reliability Study in an Ambulatory Cancer Setting.Turkisey Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 13(3):544-555.
Brief Pain Diary for ambulatory patients with advanced cancer (BPD)	Kendi kendine / 5, 26	-
Care Notebook (Care-Notebook)	Kendi kendine (Japonca) / 24	-

Cancer Rehabilitation Evaluation System (CARES)	Kendi kendine / SF 59	CARES-SF: Güner P, Şar V, Pehlivan T. Psychometric Features of the Turkish Version of the Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form for Patients With Cancer. J Nurs Meas. 2022 Sep 1;30(3):482-495. doi: 10.1891/JNM-D-20-00122. Epub 2021 Sep 13. PMID: 34518430.
Cancer Patient Need Survey (CPNS)	Kendi kendine /51	-
Cancer Stigma Scale (CASS-T)	Toplum /25	Çevik, B., Kav, S., Kaynar, P., Sahin, Z., Tekcan, B., & Ülker, Ş. (2023). Turkish validity and reliability of the Cancer Stigma Scale (CASS-T). Palliative & Supportive Care, 21(1), 100-107. doi:10.1017/S1478951522000554.
Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care (CASC)	Kendi kendine /51	-
Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC)	Kendi kendine /35	Bektas HA, Ozer ZC. Reliability and validity of the caregiver quality of life index-cancer (CQOLC) scale in Turkish cancer caregivers. J Clin Nurs. 2009 Nov;18(21):3003-12. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02915.x. Epub 2009 Sep 4. PMID: 19735338.
Cancer-Related Fatigue Distress Scale (CRFDS)	Kendi kendine /29	-
Cancer Therapy Satisfaction Questionnaire (CTSQ)	Kendi kendine /16	-
Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale	Bakımveren/35 (beş boyut)	Yakar HK, Pınar R. Reliability and Validity of Turkish Version of the Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale. Asian Pac J Cancer Prev, 14 (7), 4415-4419.
Eastern Cooperative Oncology Group performance status scale (ECOG Performance Status)	Hekim/1 fiziksel işlev sorusu	-

BÖLÜM 8

KANSER TARAMASINDA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAMIN ÖNEMİ

Doç. Dr. Ahsen KAYA

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim
Dalı, Adli Tıp Uzmanı

Doç. Dr. Tayfun KAYA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi 1 Kliniği

1. Giriş

Tıbbi müdahale, geniş anlamıyla “*İnsan üzerinde yapılan ve tıbbın uygulanması niteliğinde olan tüm müdahaleler*” olarak tanımlanmaktadır (1). Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) m.4/g’de daha ayrıntılı bir tanımlama yapılmış olup tıbbi müdahale,

- Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan,
- Sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için,
- İlgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak,
- Tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen,
- Fiziksel ve ruhsal bütünlüğe yönelik tüm işlemler, şeklinde ifade edilmiştir (2).

Özellikle hasta hakları ve tıbbi uygulama hataları konularındaki farkındalığın artması, tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk koşullarının tartışılmasına ve netleşmesine sebep olmuştur. Günümüzde, tıbbi bir müdahalenin hukuka uygunluk koşulları; tıbbi müdahalenin konusunda yetkin bir kişi tarafından

gerçekleştirilmesi, tıbbi bir gerekçesinin (endikasyonunun) olması, tıbbi kurallara uygun yapılması, yapılan tıbbi işlemin kanunca yasaklanmamış olması, hastanın bedeni üzerinde yapılacak işlem konusunda bilgilendirilmesi ve bu işleme izin vermesi/rıza göstermesi olarak belirtilmektedir (3,4). Mahkemelere yansıyan tıbbi uygulama hatası iddiaları ile ilgili davalarda, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarının sağlanıp sağlanmadığı ayrı ayrı araştırılmaktadır.

Tıbbi müdahale kavramının tanımından da anlaşıldığı üzere, kanser taramalarının da sağlığı koruma ve hastalıkların teşhisi amacı açısından tıbbi bir müdahale olduğu açıktır. Dolayısıyla, tüm tıbbi müdahalelerde olduğu gibi kanser taramalarında da hukuka uygunluk koşullarının göz önünde bulundurulması adli-tıbbi sorunlarla karşılaşmamak için önemlidir.

Bu yazıda, tıbbi uygulamanın hukuka uygunluk şartları ve en önemli hasta hakları arasında yer alan, aynı zamanda başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının uygulamaları sırasında yerine getirmeleri gereken yükümlülüklerden olan bilgilendirme ve rızanın tanımlamaları yapılacak, bilgilendirme ve rıza yükümlülüklerinin usulüne uygun olarak yerine getirilmiş olması için yasal düzenlemelerde özellikle Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer alan kriterlerin neler olduğu ve nelere dikkat edilmesi gerektiği, genel olarak ve ülkemiz kanser tarama programları özelinde ele alınacaktır.

2. Bilgilendirme ve Rıza Tanımları

Bilgilendirme ve rıza kavramları, sağlık hukuku alanındaki popüler kavramlar arasındadırlar. Tıbbi etik ilkeler çerçevesinde, hasta özerkliğinin, bir başka deyişle, hastanın kendi hakkında karar verme hakkının ön plana çıkması, bu popülerlikteki en önemli etkidir.

Bu kavramlar, gerek taraf olduğumuz Avrupa Biyotıp Sözleşmesi gibi uluslararası düzenlemelerle gerekse de 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nun 59/g maddesine dayalı Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ya da Hasta Hakları Yönetmeliği gibi ulusal düzenlemelerle ülkemizde yasal anlamda ayrıntılı olarak ele alınmıştır (2,5,6).

Bilgilendirme ve rıza kavramları, farklı durumları ifade eden ancak birbirleriyle sıkı ilişkili kavramlardır. Buna göre;

- **Bilgilendirme;** Türk Dil Kurumu'nun (TDK) tanımına göre “*Alt makamın üst makama bir konuda özet olarak verdiği bilgi veya açıklama*” olarak ifade edilmektedir (7). Hasta-hekim ilişkisi hukuksal açıdan değerlendirilirken de TDK'nin tanımlamasındaki mantıkla, hasta “*işveren*” ve hekim de “*işçi*” olarak değerlendirilmektedir (8). HHY'de ise “*Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde, müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından, kişiye gerekli bilginin verilmesi*” olarak tanımlanmaktadır (HHY m.4/ğ). Bilgilendirmenin HHY'de yapılan tanımlamasından da anlaşılacağı üzere, her türlü tıbbi müdahale için bilgilendirme yapılması gerekmektedir.

- **Rıza;** Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre “*Razı olma, isteme, istek*” olarak ifade edilmektedir (7). HHY m.4/h'de “*Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesi*” olarak tanımlanmaktadır (2). Dolayısıyla, rızanın geçerli olması için bilgilendirmeye dayalı olması gerektiği ve hastanın herhangi bir baskı ya da zorlama altında kalmadan özgür iradesiyle karar vermesi gerektiği yapılan tanımlamadan da anlaşılmaktadır.

Rutinde sıklıkla kullanılan “aydınlatılmış rıza” kavramı, rızanın bilgilendirmeye dayalı olması gerekliliğinden

doğmuştur. “Rıza” kavramı, uygulamada “*onam*” olarak da ifade edilebilmektedir.

3. Hasta Hakları Yönetmeliği’ne Göre Bilgilendirme

Ülkemizde başta HHY olmak üzere yasal düzenlemelerle, bilgilendirmenin kim tarafından yapılacağı, ne zaman ve nerede yapılacağı, kime/kimlere yapılacağı, bilgilendirmenin nasıl yapılacağı (sözlü-yazılı vb.), hangi bilgilerin verileceği ve nasıl belgelendirileceği ayrıntılı bir şekilde belirtilmiştir (2). Bu başlıkları ayrı ayrı ele alacak olursak;

Hastayı kim bilgilendirsin?

Bilgilendirmenin tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından yapılması esastır (m.18). Yönetmelik’te yer alan ve yukarıda bahsi geçen gerek “bilgilendirme” kavramının tanımından (m.4/ğ), gerekse de m.18’de “bilgi vermenin usulü” başlığı altında belirtilen bu açıklamadan sadece hekimlerin değil, diğer sağlık meslek mensuplarının da gerçekleştirdikleri müdahaleler çerçevesinde hastaları bilgilendirme yükümlülükleri olduğu anlaşılmaktadır.

Yönetmelik’te (m.18) ayrıca, zorunluluk halinde, hastanın bu zorunluluk hali ile ilgili olarak da bilgilendirilmesi ile bilgilendirmenin konuya hâkim olan bir başka sağlık meslek mensubu tarafından da bilgilendirilebileceği yönünde düzenleme yapılmıştır. Bu durum, yoğun çalışma temposu içindeki sağlık çalışanları için önemli bir kolaylaştırıcı düzenlemedir.

Bilgilendirme Ne Zaman ve Nerede Yapılmalı?

HHY m.4/ğ’de bilgilendirmenin tanımı yapılırken, “*Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde...*” denilmiştir. HHY m.18’de de bilgilendirmenin, hastaya makul süre tanınarak yapılması gerektiği belirtilmiş ancak acil durumlar istisna

tutulmuştur. HHY’de makul süre, ayrıntılı olarak açıklanmamış olmakla birlikte, işlemin özelliğine göre hastanın durumuyla ilgili planlama yapması, düşünüp karar vermesi, varsa sorularını aktarıp yanıtlarını alması, uygun bir değerlendirme yapması için yeterli süreyi ifade etmektedir.

HHY’de süre konusunda net bir ifade olmamakla birlikte, Hasta Hakları Avrupa Statüsü’nün 4. maddesinde gerçekleşecek herhangi bir ameliyat/televiyeye ilişkin kişinin bilmesi gereken tüm bilgilerin, kişinin makul ve uygun bir değerlendirme yapabilmesini sağlamak amacıyla önceden (en azından 24 saat önce) verilerek hastanın durumu konusunda kendi seçimini yapabilmesinin sağlanması hususu belirtilmektedir (9).

Bilgilendirme, uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılmalıdır (m.18). Mahremiyete saygı, HHY m.21’de düzenlenmiştir. Mahremiyetin korunması, tüm tıbbi değerlendirme ve işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini, tıbbi müdahale ile doğrudan ilişkili olmayan kişilerin ortamda bulunmamasını, hastalığın/tıbbi müdahalenin özelliğine göre ve hastanın bu konudaki istekleri de göz önünde bulundurularak kişisel ve ailevi hayata müdahale edilmemesini ifade etmektedir (m.21).

4. Kim bilgilendirilmeli?

Esas olan, hastanın kendisini bilgilendirmektir (m.18). Bu durum, tıp etiği açısından “hasta özerkliğinin korunması” noktasında da son derece önemlidir. Hastanın çocuk olması durumunda velisinin bilgilendirilmesi, bunun yanında, çocuğun yaşına uygun olarak anlayabileceği şekilde kendisinin de bilgilendirilmesi, kararlara katılımının sağlanması, mental kapasite yetersizliği ya da çeşitli sebeplerle kendi hakkında karar verme yeterliliğinde olmayan bireylerin vasisinin bilgilendirilmesi gereklidir (m.24).

İstisnai olarak, hasta, kendisi dahil hiçbir kimsenin bilgilendirilmemesini isteyebilir (m.20). Bu durumda, ileride yaşanabilecek olası yasal sorunlarda kanıtlanabilmesi için yazılı hale getirilmesi önemlidir.

Hastanın bilgisi ve izni dışında başka kişilere bilgi verilmesi sır saklama yükümlülüğünün ihlali niteliğindedir. Bazen hastalar, içinde buldukları psikolojik durum ya da kötü haber almanın yaratabileceği psikolojik etkilenmeden kaçınabilmek için kendilerinin yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep edebilirler. Bu gibi durumlarda, bu talep yazılı hale getirilmeli ve hastanın imzasıyla kayıt altına alınmalı ve kimin bilgilendirilmesi isteniyorsa o kişiye bilgi verilmelidir (m.18).

HHY'de hekimin takdirine bırakılan bazı özel durumlara da yer verilmiştir (m.19). Madde 19'da "*Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir. Hastaya/yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, ... belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır. Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir/bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması/açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.*" denilmiştir (2).

5. Bilgilendirmenin içeriği ne olmalı?

HHY m.15'te "Bilgilendirmenin Kapsamı" başlığı altında bu konuda ayrıntılı bilgi yer almaktadır. Buna göre, hastalığın olası sebepleri, seyri, yapılması planlanan tıbbi müdahaleyi kimin yapacağı, müdahalenin nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı, müdahalenin ne kadar süreceği, başka tanı ve tedavi seçeneği varsa bu

seçeneklerin neler olduğu ve bu seçeneklerin faydaları/riskleri, hastanın sağlığı üzerindeki olası etkileri, yapılması planlanan işlemin olası komplikasyonları, işlemin reddedilmesi halinde ortaya çıkabilecek olası riskler, ilaç kullanılması gerekiyorsa bu ilaçların önemli özellikleri, hastalık ve tıbbi müdahale ile ilişkili kritik olan yaşam tarzı önerileri, aynı konuda tıbbi desteğe ihtiyaç duyulduğunda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği konularında bilgi verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Ek olarak, m.18'de, hastanın talep etmesi durumunda, yapılacak işlemin bedeli konusunda sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından hastaya bilgi verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Madde 25'te de yatarak tedavisi tamamlanan hastaya taburculuk sonrası tedavi planı (*ilaçlar, kontrol muayenesi, diyet vb.*) hakkında bilgilendirme yapılması gerektiği belirtilmektedir.

Bilgilendirme nasıl yapılmalı?

Bu konuda da HHY m.18'de düzenleme yapılmıştır. Düzenlemede, hastanın anlayacağı dilde ve sadelikte, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyokültürel düzeyine uygun olarak, yeterli zaman ayırıp, önemli konuları belgeleyecek şekilde bir bilgilendirme yapılması hususu belirtilmektedir (2).

Bilgilendirme Nasıl Belgelenmeli?

HHY'de “...tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir” denilmiş olup yazılı bir bilgilendirme şart koşulmamıştır (m.18). Fakat hasta-hekim ilişkisinde ispat yükü hekimde ve/veya sağlık kuruluşunda olduğu için ve sözel yapılan bir eylemin ispatı konusunda çoğu zaman sorunlar yaşandığından tıbbi kayıtlarda bilgilendirme yapıldığına dair bilgilerin olması önemlidir. Poliklinik muayeneleri ve az riskli işlemler için bilgisayara veya kayıt defterine not düşülmesi, cerrahi ve/veya diğer girişimsel işlemler için yazılı bilgilendirme broşürü ve

formları verilmesi ve bunların verildiğinin yazılı kayıt altına alınarak uygun şekilde arşivlenmesi, hukuksal bir sorun olduğunda tıbbi kayıtlar delil niteliği taşıdığı için önemlidir.

6. Hasta Hakları Yönetmeliği'ne Göre Rıza

Hukuken geçerli bir rızadan bahsedebilmek için rızanın, yukarıda bilgilendirme ile ilgili olarak belirtilen kurallara uygun bir bilgilendirmeye dayalı olması gerekmektedir. Bunun dışında, Yönetmelik'te "rıza" kavramı ile ilgili de ayrıntılı düzenlemeler yer almaktadır.

Kimin Rızası Alınmalı?

Bilgilendirmede olduğu gibi, hastanın kendisinin rızasının alınması, ancak hastanın çocuk olması durumunda velisinden, kendi hakkında karar verme yeterliliğinde olmaması durumunda ise vasisinden izin alınması esastır (m.24). Engelli bireyler söz konusu olduğunda, sağlık kurum/kuruluşlarınca gerekli tedbirler alınarak yine engelli hastanın kendisinin bilgilendirilerek rızasının alınması işaret edilmektedir (m.24).

Rıza Alınmadan Tıbbi Müdahalede Bulunulabilir Mi?

Hastanın hayati tehlikesinin söz konusu olduğu, bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile bir organının kaybına/fonksiyonunu yerine getirmesine engel olacak durumlarda, tıbbi müdahale rızaya bağlı değildir (m.24). Gerekli tıbbi müdahale yapılarak bu durumun kayıt altına alınması gerekir, mümkünse müdahale öncesi, mümkün değilse müdahale sonrası hastanın orada bulunan yakını/kanuni temsilcisi bilgilendirilir.

Müdahalede bulunmanın tıbben gerekli olduğu bazı durumlarda, kimi zaman kanuni temsilci tarafından tıbbi müdahaleye rıza verilmeyebilmektedir. Bu durumda, müdahalede bulunulabilmesi mahkeme kararına bağlıdır (HHY m.24, TMK m.346, m.487) (2,10).

Rıza Nasıl Belgelenmeli?

HHY m.28'de rızanın herhangi bir şekilde bağlı olmadığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, HHY m.26'da, bilgilendirmenin kapsamına (m.15'e) uygun bilgilendirmeyi içeren bir rıza formu hazırlanarak, bu formdaki bilgilerin sözel olarak hastaya aktarılması sonrası rıza formunu hasta/kanuni temsilcisi ile bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubunun imzalaması, imzalı formun sağlık kurum ya da kuruluşu tarafından arşivlenmesi gerektiği belirtilmektedir. Formun hazırlanması yükümlülüğü, sağlık kurum ve kuruluşuna verilmiştir (m.26).

Özellikle, hasta-hekim ilişkisinde uyuşmazlığa sebep olabilecek olası durumlarda sağlık kurum ve kuruluşlarınca bu formun hazırlanması, iki nüsha imza altına alınması, bir nüshanın hasta dosyasına konulması, diğerinin hastaya/kanuni temsilciye verilmesi, m.26'da "rıza formu" başlığı altında düzenlenmiştir.

Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda ise, bu beyan imzalı olarak alınmalı, hastanın imzadan imtina etmesi halinde ise bu durum tutanak altına alınmalıdır.

Verilen Rıza Hangi Durumları Kapsar?

Hastanın tıbbi müdahale sırasında verdiği rıza, her türlü işleme/tıbbi müdahaleye rıza verdiği anlamı taşımamaktadır. Yönetmelik'e göre rıza, sadece tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri kapsamaktadır (m.31).

Rıza verilen işlem gerçekleştirilirken, tıbbi müdahalenin genişletilmesi gerekirse ve genişletilmediğinde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu yerine getiremez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi bir zorunluluk söz konusu olursa ancak bu durumda tıbbi müdahale genişletilebilir (m.31).

7. Kanser Taramaları, Bilgilendirme ve Rıza

Yukarıda genel özellikleriyle ve yasal mevzuat çerçevesinde bilgilendirme ve rıza ile ilgili esaslardan bahsedilmiştir. Kanser taramaları açısından konuyu toparlayacak olursak;

Ülkemizde kanser taramalarında, öncelikle 1. basamak sağlık hizmetinde çalışan aile hekimleri ile diğer hekimlerin kanser taramalarında bilgilendirme ve rıza alma yükümlülükleri bulunmaktadır (11-14). Ülkemizde, kadınlarda meme kanseri ve serviks kanseri ile kadın ve erkeklerde kolorektal kanserler için tarama yapılmaktadır (12-15). Taraması yapılan kanserleri, bilgilendirme ve rıza açısından ele alacak olursak;

- **Kadınlarda Meme Kanseri Taraması Kapsamında**, 20 yaş üzerinde ayda bir kendi kendine meme muayenesi ve iki yılda bir sağlık kuruluşunda meme muayenesi, 40-69 yaş arasında ayda bir kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik meme muayenesi için kadınlara danışmanlık kapsamında bilgilendirme yapılmalıdır (12,15,16). Kendi kendine muayenenin amacı, nasıl yapılacağı, muayene sırasında nelere dikkat edilmesi gerektiği, hangi durumlarda bir sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği, riskli durumların ne olduğu, muayenenin düzenli yapılmaması durumunun riskleri, etkileri hususlarında bilgilendirme yapılmalı ve gereğinde hasta bir üst basamağa yönlendirilmelidir. Yine, bir sağlık kuruluşunda yapılan muayenede de hastaya muayenenin nasıl yapılacağı, muayenenin yanlış pozitif ve negatif sonuçları, düzenli yaptırılmasının önemi konularında ek olarak bilgi verilmelidir. Ayrıca 40-69 yaş arası kadınlar meme kanseri ve 2 yılda bir mammografi çekimi hakkında bilgilendirilmeli, hazırlanmış bilgilendirme ve onam formları imzalatılmalıdır

(12,16). Bu tetkikin ne olduğu, nasıl yapıldığı, ne için yapıldığı, işlemin süresi, amacı, sonuçları ve işlem uygulanmazsa karşılaşılabilecek durumlar, tetkik ile ilgili yanlış pozitiflik ve negatiflik durumları, riskleri, süreç, gebelik, gebelik şüphesi, memede silikon gibi bir durum varsa bu konuda tetkikten önce sağlık çalışanlarına bilgi verilmesi konularında bilgilendirme yapılmalıdır (16). Tetkikin hasta tarafından reddedilmesi durumunda, reddetmeyi gösterecek şekilde formun yine imzalanması gereklidir (16). Tarama amacıyla yapılacak muayenelerin ve radyolojik tetkiklerin sağladığı yararlar ile erken teşhisin önemi de belirtilmeli, pozitif sonuçların ileri tetkik ve tedavi gerektirebileceği anlatılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

- **Kadınlarda Serviks Kanseri Taraması Kapsamında;** 30-65 yaş aralığındaki kadınların 5 yılda bir smear ve HPV-DNA testi yaptırmaları konularında bilgilendirmeleri yapılmalıdır (13,17). Bu tetkik ve testin ne olduğu, hangi amaçla yapıldığı, nasıl yapılacağı, ne zaman yapılabileceği (*örneğin, smear tetkikinin adet dönemi dışında yaptırılması gerektiği*), herhangi bir komplikasyon içermediği, test ve tetkik sonuçlarının ne anlama gelebileceği, test sonuçlarına göre neler yapılması gerekebileceği (*test sonucu pozitif gelirse uzman hekim tarafından rahim ağzından biyopsi alınması gerekebileceği, negatif gelirse 5 yıl sonra tekrar tarama yapılması gerektiği*), test ve tetkikin sağladıkları yarar, yanlış pozitiflik ve negatiflik durumları, yetersiz sonuç nedeniyle tetkikin tekrar edilme olasılığı, tetkik ve testin düzenli olarak yapılmaması durumunun sonuçlarının neler olabileceği konularında bilgilendirme yapılmalıdır. Test ve/veya tetkikin

reddi durumunda taraması yapılan kişinin ayrıca bu konuda imzası alınmalıdır (17).

- **Kolorektal Kanser Taramaları;** 50-70 yaş aralığındaki erkek ve kadınlarda 2 yılda bir gaitada gizli kan testi yapılması, 50-70 yaş arasında 10 yılda bir kolonoskopi yapılması önerilmektedir (14,18). Bu tarama programında, gaitada gizli kan testi ve bu testin pozitif çıkması durumunda yapılması gerekli olan kolonoskopinin ne olduğu, nasıl yapılacağı, yapılacak test ve tetkikin amacının ve düşünülen tanının ne olduğu, hastalığın muhtemel sebepleri ve seyri, yanlış pozitiflik ve negatiflik durumları olabileceği, belirsiz sonuç söz konusu olabileceği ve bu durumda testin tekrarlanması gerekebileceği, test sonucunun pozitif ya da negatif olması durumunda sürecin nasıl ilerleyeceği, kolonoskopi öncesinde dikkat edilmesi gerekenler, kan sulandırıcı vs. ilaçlar kullanılıyorsa bunların test öncesinde bildirilmesi gerektiği, olası riskler/komplikasyonların neler olduğu, işlem uygulanmazsa karşılaşılabilecek durumlar gibi konularda bilgilendirme yapılmalıdır. Testin reddi durumunda taraması yapılan kişinin ayrıca bu konudaki ilgili alana imzası alınmalıdır (18).

8. Sonuç Olarak,

- Tarama yaş aralığındaki kişilere, 1. basamakta yapılan işlemler dolayısıyla, 1. basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgilendirme ve rıza alma yükümlülükleri bulunmaktadır. Bununla birlikte, kanser taramasında bilgilendirme ve rıza alma yükümlülüğü 1.basamak sağlık hizmetleri ile sınırlı değildir. 1. basamakta olduğu gibi, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile radyoloji gibi uzmanlık alanlarından hekimlerin de tarama programları

doğrultusunda yaptıkları tıbbi müdahalelerle ilgili olarak yine bilgilendirme ve rıza alma yükümlülükleri bulunmaktadır. Dolayısıyla, bu çerçevede özellikle girişimsel işlemler (kolonoskopi gibi) yapıldığında, bu girişimlerin yapıldığı 2. ya da 3. basamak merkezlerde de girişime özgü bilgilendirmeler yapılarak ve bu bilgilendirmeleri içeren rıza formlarının imzalı nüshalarının alınarak hasta dosyalarında tutulması ve arşivlenmesi gerekmektedir.

- Yine, tarama yapılan ve sonuçlarında kanser lehine bulgular saptanan hastaların, ileri incelemeleri yapılmalı, inceleme sonuçlarına göre, gerekli tedavileri planlanmalıdır.
- Tüm bu süreçlerde, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarına uygun olarak hareket etmek, medikolegal açıdan sağlık çalışanı lehine bir davranış olacaktır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Akılda Kalanlar:

1. Bilgilendirme ve rıza, en önemli hasta haklarından biridir.
2. Bilgilendirme ve rıza, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarından biridir.
3. Her bir tıbbi müdahaleye özgü olarak ayrı ayrı bilgilendirme yapılmalı ve girişime özgü onam alınmalı.
4. Girişime özgü bilgilendirmeleri içeren rıza formlarının imzalı nüshaları hasta dosyalarında tutulması ve arşivlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Hakeri H. Tıp Hukuku, 17. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2019, s.33.
2. Hasta Hakları Yönetmeliği, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 01.03.2023.
3. Koru O. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu: Endikasyon Şartı. İnÜHFD, 2021;12(2):491-500.
4. Atak İ. Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluk Şartları. TOTBİD Dergisi, 2020;19:19-26.
5. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun. Kanun no:5013, Kabul tarihi: 03.12.2003. Erişim adresi: <https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.html>, Erişim tarihi: 15.03.2023.
6. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf, Erişim tarihi: 01.03.2023.
7. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 01.03.2023.
8. Türk Borçlar Kanunu. Kanun no: 6098, Kabul tarihi: 11.01.2011. Resmi Gazete tarihi:04.02.2011, Resmi Gazete sayısı: 27836. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6098.pdf>, Erişim tarihi: 29.03.2023.
9. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi) Temel Doküman. Erişim adresi: <https://adanaism.saglik.gov.tr/Eklenti/65202/0/hasta-haklari-avrupa-statusupdf.pdf>, Erişim tarihi: 03.03.2023.
10. Türk Medeni Kanunu. Kanun no:4721, Kabul tarihi: 22.11.2001. Resmi Gazete tarihi: 08.12.2001, Resmi Gazete sayısı: 24607. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>, Erişim tarihi: 29.03.2023.

11. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Dairesi Başkanlığı, Aile Hekiminin Tanımı. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html>, Erişim tarihi: 01.03.2023.
12. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>, Erişim tarihi: 29.03.2023.
13. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>, Erişim tarihi: 29.03.2023.
14. Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>, Erişim tarihi: 29.03.2023.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Taramaları. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>, Erişim tarihi: 10.03.2023.
16. Meme Kanseri Taraması Bilgilendirilmiş Onam Formu. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/42982,guncellene-n-onam-foreke8865682-1309-479f-8253-b47c76a5f621pdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 19.03.2023.
17. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri Taraması Bilgilendirilmiş Onam Formu. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/42977,guncellene-n-onam-forek9b788568-8916-456e-8e11-f9b689660189pdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 19.03.2023.
18. Kalın Bağırsak Kanseri Taraması Bilgilendirilmiş Onam Formu. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/42981,guncellene-n-onam-forekc4586ffb-6a06-4037-ae2f-8d25ead59cf6pdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 19.03.2023.

BÖLÜM 9

PSİKO-ONKOLOJİDE GELECEKTEKİ ARAŞTIRMA ALANLARI

Doç. Dr. Fatma SERT

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon
Onkolojisi Ana Bilim Dalı

Prof. Dr. Emine Serra KAMER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon
Onkolojisi Ana Bilim Dalı

1. Psiko-Onkoloji Araştırmaları: Tarihçe ve Günümüze Bakış

1970'lerin ortalarından itibaren psiko-onkoloji ve psiko-onkolojik araştırmalar birçok sanayileşmiş ülkede sistemli bir şekilde geliştirilmiş ve o zamandan bugüne dünya genelinde düşük ve orta gelirlili ülkelerde de psiko-onkolojiyi geliştirme çabaları artmıştır. Kanseri tedavisindeki ilerlemeler, giderek artan sayıda kanser hastasının hayatta kalmasını sağlamış ve sağlık sistemini hastaların açık iletişim ihtiyaçlarına ve duygusal-psikososyal destek gereksinimlerine daha fazla gerektirecek şekilde değiştirmiştir. Bu durum, psiko-onkolojinin onkoloji ve psikososyal tıp alanında yeni bir disiplin olarak gelişmesini hızlandırmıştır (1).

Geçmiş yıllarda, psiko-onkolojik araştırmalar kanser hastalarının ve yakınlarının psikososyal yükünü, anksiyete ve depresyonu azaltmaya yönelik etkili girişimleri ve yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen kanıta dayalı bilgi yelpazesine katkıda bulunmuştur (2). Günümüzde araştırma hedefleri, fiziksel semptom sıkıntısı ile psikolojik iyilik hali, başa çıkma ve uyum süreçleri, sosyal destek ve yaşam kalitesi ile olan

etkileşimine dair mevcut bilgilere dayalı olmaktadır. Ayrıca, geçerliliği kanıtlanmış birçok tarama ve tedavi sonuç tahmini ölçeği mevcuttur. Bu nedenle, psiko-onkoloji, tıbbi bakımın psikososyal hizmetler kavramı içinde kanıta dayalı bir alt disiplin haline gelmiş ve tıpta davranışsal ve sosyal bilimlerin başarılı bir şekilde uygulanmasına dair bir model oluşturmuştur (3, 4).

Uluslararası perspektiften bakıldığında, psiko-onkoloji alanındaki araştırmalara katkıda bulunan çeşitli gelişmeler bulunmaktadır. Bunlar arasında, geçen yüzyılın ilk on yıllarında Thanatoloji hareketi, palyatif bakımda erken dönem (psikoterapi) araştırmaları, yaşam kalitesi ve kanser bakımı içinde psiko-onkolojik hizmetlerin giderek kurulması gibi etkenler bulunmaktadır (5). Dünya genelinde birçok ulusal bilimsel psiko-onkoloji derneğinin kurulması ve Uluslararası Psiko-Onkoloji Derneği (IPOS) tarafından başlatılan birçok faaliyet, sadece kanserde psikososyal araştırmaları teşvik etmekle kalmamış, aynı zamanda lisansüstü, doktora sonrası ve erken kariyer bilim insanlarının bu alanda eğitimini desteklemiştir. Dünya genelinde birçok psiko-onkoloji derneği yıllık veya iki yılda bir bilimsel toplantılar düzenlerken, uzmanlar giderek daha fazla sayıda psikososyal araştırma bulgularını kanser konferanslarında sunmaktadırlar.

1.1. Psiko-Onkoloji Alanında Bilim İnsanlarının Karşılaştığı Özel Zorluklar

Fiziksel olarak ciddi hastalığa sahip hastalarla yapılan araştırmalar, araştırmacıyı çeşitli zorluklarla karşı karşıya bırakmaktadır. İlki, araştırmanın genellikle yatan ve ayakta tedavi edilen hastaları içereceği için alındığı disiplinlerarası bir yaklaşım gerektirmesidir. Bu nedenle, hastaların bir çalışmaya başarılı bir şekilde katılabilmesi için sıklıkla hekimler, hemşireler, psikologlar ve

psikoterapistler, sosyal çalışmacılar ve fizyoterapistler gibi tüm sağlık çalışanları ile yakın iş birliği gerekmektedir. Araştırma etikleri, veri koruma ve gizlilik konuları dahil olmak üzere kurumsal ve hasta güvenliği gereksinimlerine ek olarak, gerekli klinik tanı ve tıbbi tedaviler arasındaki zaman kısıtlamaları, uygun hastalara ulaşmayı zorlaştırabilir. Esas tedaviler sırasında, bir hastanın çalışmaya katılma yeteneği, örneğin bulantı veya yorgunluk gibi yan etkilere bağlı olarak gündüz boyunca önemli ölçüde değişebilir. Bu nedenle, çalışma katılımı sadece daha geçen yaş, yüksek eğitim ve erken hastalık evreleri gibi demografik faktörlerden değil, aynı zamanda fiziksel ve psikolojik iyilik hali gibi faktörlerden de etkilenebilmektedir (6). Bu zel koşullar, araştırmanın tarafsızlığını ve bulguların genelleştirilmesinin sınırlılığı açısından yorumlanırken dikkate alınmalıdır.

Psiko-onkolojik araştırmalarda kullanılabilecek çeşitli tedavi sonuç ölçümü bulunmasına rağmen, sınırlı fiziksel ve zihinsel kapasitelerini dikkate alan ve aynı zamanda yaş ve kültür duyarlı olan geçerli kısa anketlerin eksikliği dikkati çekmektedir. Birçok klinik çalışma psiko-onkolojide küçük örneklem büyüklüklerine sahiptir ve sıklıkla meme kanseri gibi daha kolay ulaşılabilir ve motive tanılı hastaları içermektedir. Küçük rneklem büyüklükleri yalnızca sınırlı istatistiksel yöntemlere izin verir ve bu nedenle çalışma bulguları yorumlama ve genelleme açısından sınırlıdır. Longitudinal çalışmalarda, tıbbi nedenlere bağlı yüksek bırakma oranı sorunları, örneklem özgürlüğüne ve seçim süreçlerine yol açma ihtimali, fiziksel olarak sağlıklı bireyleri içeren çalışmalardan daha sık görülebilir.

Psiko-onkolojik araştırmalarda uygun karşılaştırma ve kontrol gruplarının tanımlanması sıkıntılı olabilmektedir. Müdahale grubunun özellikleri açısından anlamlı

karşılaştırma veya kontrol grupları için kriterler belirlemek, sosyodemografik, kanserle ilişkili ve tıbbi özellikler açısından zorlu olabilir. Ayrıca, bekletme-listesi kontrol grubu tasarımları gibi araştırma tasarımları, ileri evre hastalığı olan hastalarda etik dışıdır, ancak özellikle rastgele veya küme rastgele denemelerde farklı araştırma tasarımlarının uygulanması zor olabilmektedir. Dahası, psiko-onkolojide müdahale ve longitudinal takip çalışmalarında, araştırmacının tıbbi tedavi rejimlerinde ani değişiklikleri içeren sınırlamaların farkında olması gerekmektedir.

Özetlemek gerekirse, psiko-onkolojik araştırmaların güçlü bir şekilde kurumsal desteklere dayandığını ve bu desteklerin, araştırmada yer alan araştırmacıların uygun sosyal ve etkileşim becerilerini gerektirdiğini kabul etmek önemlidir. Araştırma yetkinliği, yalnızca metodolojik becerileri ve detaylı psikolojik ve tıbbi bilgiyi değil, aynı zamanda iş birliği yapan kurumların formal ve informal yapıları ve süreçleri hakkındaki bilgiyi de içermektedir (1). İyi kurulmuş iletişim becerileri, araştırmacının hastayla (ve yakınlarıyla) ve çok disiplinli sağlık ekibiyle etkili iletişim kurmasına yardımcı olan başarılı çalışmalar yürütmede önemli bir rol oynayacaktır.

1.2. Onkolojik Gelişmelerin Aynası Olarak Psiko-Onkoloji

Küresel hastalık yükü, iletişim yoluyla bulaşan hastalıklardan iletişim yoluyla bulaşmayan hastalıklara ve ölümlerin erken yaşlardan özürlü yaşam yıllarına kaymasına devam etmiştir (7). Bu durum kanser için de geçerlidir. Kanser aşılı, kanser immünoterapileri, bireyselleştirilmiş kanser tedavileri veya kanser cerrahisindeki ilerlemeler gibi son gelişmeler, sadece onkoloji pratiğini değil, aynı zamanda hastaların ve bakıcıların mortalite ve morbiditesini etkilemektedir.

Psiko-onkolojideki araştırmalar, her zaman hastalar ve bakıcılar için yüksek kaliteli kanser bakımı sağlamak ve katkıda bulunmak amacıyla onkolojideki yeni gelişmelere yansıtılmalıdır.

Kanser mortalite oranlarının azalmasına katkıda bulunan klinik yenilikler, her hasta için yüksek kalitede kanser tedavi sunumunu zorunlu kılmaktadır. Ayrıca yeni tedaviler ve teknoloji, maliyetler konusunda endişeleri de beraberinde getirmektedir. Gelecekte tüm kanser hastalarının daha uzun yaşadığı bir dönem gelse, tüm modern ve kanıta dayalı tedavileri gerçekten karşılayabilecek miyiz? Bugün bile kanser hastaları çeşitli fiziksel ve psikososyal sıkıntılarla daha uzun süre yaşamaktadırlar, bu da bireyler ve toplumlar için bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Hastaların yaşlanması, psikososyal bakım müdahalelerine ve geriatrik sağlık programlarına olan talebi artıracaktır. Aynı zamanda, kültürel ve sosyal çeşitlilikte artış yaşanmaktadır, bu da sağlık sistemimizi etkileyen faktörlerden biridir. İnsanlar farklıdır, farklı kültürlere aittirler ve farklı kişiliklere sahiptirler ve bireysel geçmişleri vardır; bu da hastalığın farklı algılanması ve farklı bakım ihtiyaçlarına yol açar.

Psiko-onkolojik araştırmalar, hasta-merkezli yüksek kaliteli kanser tedavisine önemli ölçüde katkıda bulunabilir ve artan sağlık maliyetleri, tedavinin kesintisizliği ve kanıta ve değere dayalı karar verme üzerinde etkisi olan bilgi yüklemesi gibi başarılı sonuçlara ulaşmada engelleri aşmaya yardımcı olabilir.

Günümüzde psiko-onkolojik araştırma alanları, psikonöroimmünoloji ve baş etme süreçlerinin analizinden, onkologların hastalarla iletişimine veya psiko-onkolojik yaklaşım programlarının geliştirilmesi ve değerlendirilmesine kadar daha uygulama odaklı klinik sorulara kadar geniş bir yelpazeye yayılmıştır. Psiko-

onkoloji araştırma alanları, farklı kriterlere göre kategorize edilebilir, örneğin hedef gruplara göre (örneğin, hastalar - çocuklar, ergenler ve yetişkinler - partnerler ve aile bakıcıları, sağlık profesyonelleri); kanser için (davranışsal ve sosyal) risk faktörlerine ve kanser önleme konularına göre; farklı tedavilere ve sağkalım dönemlerine (örneğin, sağkalım, palyatif bakım, yas) ve tümör türlerine (örneğin, meme kanseri) göre; tedavi yan etkilerine (örneğin, ağrı, yorgunluk) ve tedavinin birey ve toplum üzerindeki sonuçlarına (örneğin, iş katılımı); hastalığın psikolojik ve psikososyal sonuçlarına (örneğin, duygusal sıkıntı, başa çıkma çabaları) ve düzenleyici ve aracı faktörlere; ve psiko-onkoloji alanındaki müdahale ve sağlık hizmetleri araştırmasına göre sınıflandırılabilir. Araştırma alanının heterojenliği ve gerekli yöntemsel çeşitlilik, psiko-onkolojik araştırmayı içerik veya yöntemsel açıdan kesin bir şekilde tanımlamayı zorlaştırmaktadır.

2. Psiko-onkoloji Araştırma İhtiyacı

Günümüzde psikoterapinin etkili olduğunu biliyoruz ve randomize klinik çalışmalarda elde edilen sonuçlar, uygulamada elde edilen sonuçlarla karşılaştırılabilir seviyelerde bulunmuştur (8). Erişim, özellikle kanserle birlikte stigmatizasyon endişesi taşıyan hastalar için sıklıkla engellenmektedir. Bununla birlikte, bugüne kadar birçok makalede kanserin farklı psikososyal yönleri ile ilgili sonuçlar rapor edilmektedir.

Birçok psikometrik çalışma, madde düzeyinde eksik veri hakkında bilgi vermedi. Bununla birlikte, bazı derlemeler istatistiksel olarak anlamlı etkileri gösteremedi. Dahası, yararlı etkiler görüldüğünde, etki büyüklüğünün klinik olarak önemli kabul edilecek kadar büyük olup olmadığı belirsiz kaldı. Birkaç yazar, takip kaybı, çalışma heterojenliği ve küçük örneklem büyüklüğü gibi çalışma

sınırlamalarını yansıttı. Bu derlemelerin çoğu olumlu bulgular içermektedir. Psikoloji ve müdahalelerin kanser hastalarında rolünü belirlemek için ek iyi yürütülmüş ve açıkça rapor edilen araştırma çalışmalarına ihtiyaç vardır. Uzun süreli klinik kontrollü çalışmalar altın standart olarak kabul edilmelidir. Longitudinal çalışmaların uygulanması çok önemlidir. Kanser teşhis aşamasından başlayarak, küratiften palyatif ayarlara kadar tedavi ve buna bağlı psikolojik tepkilerin tüm aşamaları içermelidir.

2.1. Sağkalanlarda Araştırmalar

Kanser hastaları giderek daha fazla bu hastalıkla yaşamaya devam etmektedir. Ancak kanserde sağkalmak, hastalığı yenmek, birçok kanser tanısında çok yönlü sınırlamalarla dolu bir yaşamı da beraberinde getirmektedir. Kanser bir tanı olarak kendisinin ve tedavisinin sonuçlarına yönelik araştırma ve bu sonuçlara yönelik etkili müdahalelerde eksiklik bulunmaktadır. Örneğin, tıbbi sorunlar (İnfödem ve cinsel işlev bozukluğu gibi), semptomlar (kanser sonrası ağrı sendromu ve kansere bağlı yorgunluk gibi), kanser tanısı ile sağkalanlar ve bakıcıları tarafından yaşanan psikolojik sıkıntılar (anksiyete, depresyon veya cinsellik, yakınlık ve üreme sorunları gibi), kendini yönetme sorunları; ve yaşam kalitesi, sağlık davranışı ve yaşam tarzı, istihdamla ilgili endişeler ve engellilikle ilgili konular için etkili araştırma ve tedavi yaklaşımlarında eksiklikler bulunmaktadır.

2.2. Girişimsel/Müdahaleli Araştırmalar

Psiko-onkolojik müdahaleler kaygı ve depresyonun azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkilidir. Bu konunun önemi kitabın ayrı bir bölümünde ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Meta-analizler aynı

zamanda onkoloji ve (erken) palyatif bakım alanında daha fazla metodolojik olarak yüksek kaliteli psikoterapi çalışmalarına olan ihtiyacı da göstermektedir. Dikkat çekici olan, girişimsel çalışmaların çoğunun farklı kanser tiplerine sahip hastalarda ve özellikle erken evre meme kanseri olan hastalarda yürütülmüş olmasıdır. Araştırmaların yalnızca yaklaşık %10'unda psikolojik sıkıntısı artmış hastaların dahil edildiği görülmüş ve bu sıkıntıların genel sonuçları azaltabileceği belirtilmiştir. Birçok randomize kontrollü çalışma, sınırlı hasta sayılarına sahiptir ve genellikle tek bir etkin müdahale ile etkin olmayan bir kontrol durumu, tedavi veya rutin bakım arasındaki karşılaştırmaları içerir ki bu genellikle tanımlanmamıştır. Özellikle bireysel psikoterapi ve rahatlatma yöntemleri durumunda, taraf tutma bulguları olduğu görülmektedir (2). Gelecekteki müdahale araştırmalarının, baş-boyun kanserleri veya palyatif bakım alanında metastaztatik kanserli hastalar gibi temsil edilmemiş hasta gruplarına odaklanması gerekmektedir.

Çalışmaların kalitesinin artırılmasına olan talebin yanı sıra, farklı sorun alanlarına sahip hasta grupları için ayarlanmış psiko-psikolojik müdahalelerin geliştirilmesi, optimize edilmesi ve değerlendirilmesi için acil bir ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu gruplar arasında yüksek psikososyal sıkıntı yaşayan hastalar ve fiziksel ve fonksiyonel olarak ciddi olarak etkilenenler, örneğin baş-boyun kanseri, akciğer kanseri, hematolojik kanserler veya hastalığın ileri evrelerindeki hastalar bulunmaktadır. Bununla birlikte, fiziksel olarak ciddi hastalıklı hastalarda psikoterapötik araştırmalar hem metodolojik hem de kavramsal açıdan bir dizi zorlukla ilişkilidir. Örneğin, hastalığın seyrinde kötüleşen bir fiziksel durum ve buna uygun uyumlu başa çıkma tepkileri (yas ve sıkıntı dönemleri de dahil olmak üzere)

durumunda psikoterapötik müdahalelerin beklenen ve gerçekçi sonuçlarıyla ilgili önemli bir soru vardır. Etik nedenlerle etkin olmayan kontrol grup tasarımları (örneğin, bekleme grup tasarımları) uygulanması zor olmaktadır.

2.3. Önleme Alanında Araştırmalar

Kanserde önleme araştırmaları, psiko-onkolojide en ihmal edilen alanlardan biridir, ancak sağlık davranışları gibi davranışsal faktörlerin kanserin gelişiminde ve hastalığın tekrarlamasında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Önleme, yalnızca birincil önlemler değil, aynı zamanda tekrarlayan ve yeni veya ikincil kanserleri, diğer geç etkileri (ikincil ve üçüncül önleme), kanser izlemesini ve zihinsel ve sosyal faktörler hakkındaki bilgilerimizi nasıl kullanabileceğimiz sorusunu içermektedir. Bu önleyici müdahalelerden özellikle fayda sağlayan gruplara yardımcı olan, bu programlardan özellikle fayda sağlayan toplulukları içeren, özellikle sosyal olarak dezavantajlı gruplar veya düşük eğitim seviyesine ve sağlıksız yaşam tarzına sahip olanlar gibi gruplar yer almaktadır.

2.4. Psiko-Onkolojide Sağlık Hizmetleri Araştırmaları

Psiko-onkolojide sağlık hizmetleri araştırmasının başlıca konuları, farklı tedavi ve rehabilitasyon alanlarında psiko-onkolojik bakımın yapısal koşullarının analizi, kanser hastalarında meydana gelen geniş yelpazede ruhsal bozukluklar ve alt sendromal sıkıntı ile ilişkili epidemiyolojik sorunlar, hastalar arasında sıkıntı taramasının etkililiği ve uygulanabilirliği ile ilgili sorular, özellikle yaklaşılması ve müdahale çalışmalarına dahil etmesi zor olan hasta grupları dahil olmak üzere günlük koşullar altında psiko-onkolojik tedavi

değerlendirmelerinin gerekliliği gibi konuları içerir. Psiko-onkolojide sağlık hizmetleri araştırmaları, psiko-onkolojik müdahalelerin klinik rutin uygulamasına yönelik engellerin ve uygun koşulların analizi, rutin koşullar altında psiko-onkolojik müdahaleler ve programların etkililiği ve verimliliğinin değerlendirilmesi ve psiko-onkolojik hizmetlerin kalite güvencesi standartları ve uygulanmasına yönelik soruları içerir (1). Onkolojide sağlık hizmetleri araştırmaları için ilgili birçok araştırma sorusu, nitel yöntemlerin kullanılmasını gerektirir. Bu yaklaşım, yenilikçi potansiyeller ve fırsatlar sunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Koch, Uwe, Jimmie C. Holland, and Anja Mehnert. "Geschichte und Entwicklung der Psychoonkologie." Handbuch Psychoonkologie. Hogrefe Verlag GmbH & Co, KG: 2016: 13-22.
2. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol. 2013 Feb 20;31(6):782-93. doi: 10.1200/JCO.2011.40.8922.
3. Holland, Jimmie C., and Talia R. Weiss. "History of psycho-oncology." Psycho-oncology 2: 2010: 3-12.
4. Watson M, Dunn J, Holland JC. Review of the history and development in the field of psychosocial oncology. Int Rev Psychiatry. 2014 Feb;26(1):128-35. doi: 10.3109/09540261.2013.849230.
5. Holland JC, Weiss TR. History of psycho-oncology. In: Holland JC (ed) Handbook of psycho-oncology. Oxford University Press, Oxford; 2010: 3–12.
6. Roick J, Danker H, Kersting A, Briest S, Dietrich A, Dietz A, et al. Factors associated with non-participation and dropout among cancer patients in a cluster-randomised controlled

- trial. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018 Jan;27(1). doi: 10.1111/ecc.12645.
7. Murray CJL, Vos T, Lozano R, GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7. Epub 2018 Nov 8. Erratum in: *Lancet*. 2019 Jun 22;393(10190):e44
 8. Wampold BE, Imel ZE, Laska KM, Benish S, Miller SD, Flückiger C, et al. Determining what works in the treatment of PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2010 Dec;30(8):923-33. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.005.

EGE TIP AYIN KİTAPLARINDAN YAYIMLANMIŞ ÖRNEKLER

<u>S.NO</u>	<u>YIL</u>	<u>KİTABIN ADI</u>
109.	2010	İdiyopatik Hiperhidrozis ve Tedavisi Editör: Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI
110.	2011	Grip (İnfluenza) Editör: Doç. Dr. Candan ÇİÇEK
111.	2011	Her Şeye Rağmen Etik Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
112.	2011	İnsan Gelişiminin Erken Dönemi ve Plasental Bozukluklar Editör: Prof. Dr. Hüseyin YILMAZ
113.	2011	Geriatride 5D'ler Editör: Prof. Dr. Sibel ÜLKER GÖKSEL Doç. Dr. Fulden SARAÇ
114.	2011	Geriatride Sık Rastlanan Tıbbi Sorunlar Editör: Prof. Dr. Sibel ÜLKER GÖKSEL Yrd. Doç. Dr. Mehmet Akif YALÇIN
115.	2012	Menopoz Editör: Prof. Dr. Kemal ÖZTEKİN
116.	2012	Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım Editör: Prof. Dr. Mehdi ZOGHI
117.	2012	Lokal Anestezikler Editör: Doç. Dr. Semra KARAMAN Prof. Dr. Aytül ÖNAL
118.	2013	Cumhuriyetten Önce ve Sonra Ülkemizde Hastaneler, Çocuk Hastaneleri ve Tıp Eğitimi Editör: Prof. Dr. Baha TANELİ Doç. Dr. Hatice ŞAHİN
119.	2013	Kan Yolu İle Bulaşan İnfeksiyöz Etkenler Editör: Prof. Dr. Rüçhan YAZAN SERTÖZ
120.	2013	Dış Hekimliğinde Anestezi ve Analjezi Editör: Prof. Dr. Taner BALCIOĞLU Prof. Dr. Bahar SEZER
121.	2013	Başarı Yolunda Rüzgarını Kendin Yarat Editör: Doç. Dr. Tezan BİLDİK
122.	2013	Ötanazi Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN

123. 2014 **Konjenital Kalp Cerrahisi ve Anestezi**
Editör: Doç. Dr. Seden KOCABAŞ
124. 2014 **Sağlıkta Şiddet Sorunu**
Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
125. 2014 **Mantarların Kansere Destek Tedavisinde Kullanımı**
Editör: Prof. Dr. Handan AK
126. 2015 **Kanser Metabolizması**
Editör: Prof. Dr. Hikmet Hakan AYDIN
127. 2015 **Tıp-Etik-Hukuk Boyutuyla Kürtaj**
Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
128. 2016 **Hemşirelikte Etik Karar Verme**
Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
129. 2016 **Tıp-Etik-Hukuk Boyutuyla Hospiz**
Editör: Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN
130. 2017 **Mersin/Yaban Mersini Bitkisi Türleri ve Özellikleri**
Editör: Prof. Dr. Eser YILDIRIM SÖZMEN
131. 2018 **Tıp-Etik-Hukuk Açısından Cinsel Suçlarda Tıbbi Kastrasyon**
Editör: Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
132. 2018 **Açık Kalp Cerrahisinde Anestezi ve Yoğun Bakım**
Editör: Prof. Dr. Seden KOCABAŞ
133. 2018 **Geriatrik Sendromlarda Yeni Ufuklar**
Editör: Uzm. Dr. Sumru SAVAŞ
134. 2018 **Sağlık Hukuku Kavramının Temel Boyutları**
Editör: Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
135. 2018 **Nöral Tüp Gelişimi ve Nöral Tüp Defektleri**
Editör: Prof. Dr. Ayşegül UYSAL
136. 2019 **Venöz Tromboemboli ve Anestezi**
Editör: Prof. Dr. Semra KARAMAN
137. 2019 **Luteinin Sağlık Üzerine Etkileri**
Editör: Prof. Dr. Bülent KARABULUT
138. 2020 **Tıp ve Hemşirelik Tarihi Açısından Florence Nightingale'in Önemi**
Editör: Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
139. 2020 **Siroz ve Komplikasyon Yönetimi**
Editör: Uzm. Dr. Ferit ÇELİK

140. 2020 **Gestasyonel Diyabete Multidisipliner Yaklaşım**
Editör: Uzm. Dr. Aslı KILAVUZ
141. 2021 **Perioperatif Kan Transfüzyonu**
Editör: Doç. Dr. İlkben GÜNÜŞEN
142. 2021 **Mikrobiyota İçimizdeki Evren**
Editör: Prof. Dr. Özlem YILMAZ
143. 2021 **Glioblastomda Moleküler Mekanizmalar,
Tanı ve Güncel Tedavi Yaklaşımları**
Editör: Doç. Dr. Erkin Özgiray
144. 2021 **COVID-19 Pandemisinin Tıp, Etik ve Sosyal
Alanlardaki Etkilerine Bakış**
Editör: Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
145. 2021 **Spontan Pnömotoraks ve Tedavisi**
Editör: Prof. Dr. Ufuk ÇAĞIRICI
146. 2021 **Oküler Yüzey ve Dermatolojik Hastalıklar**
Editör: Doç. Dr. Melis Palamar ONAY
147. 2022 **Orbita Tümörleri**
Editör: Doç. Dr. Melis PALAMAR ONAY
- 148 2022 **Robot Yardımlı Cerrahide Anestezi**
Editör: Prof. Dr. Işık ALPER
- 149 2023 **Tiroid İlişkili Orbitopatide Tanı, Tedavi ve
Yönetim**
Editör: Prof. Dr. Melis PALAMAR ONAY

Ayın Kitaplarını;

https://basimveyayinevi.ege.edu.tr/tr-15096/tip_fakultesi_ayin_kitaplari.html

linkinden ulaşabilirsiniz.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Bürosu

Tel : (0232) 390 31 03 e-mail: egedergisi35@gmail.com

PSİKOONKOLOJİ VE KANSERE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

Kanser, tedavisinde ve yönetiminde elde edilmiş ilerlemelere rağmen tıp camiasını zorlayan hastalık gruplarından biridir. Öte yandan, tek başına tıbbi bir sorun olarak ele alındığında eksik bir bakış açısıyla yönetilen hastalık olmaktan öteye varamaz.

'Psikoonkoloji ve Kansere Bütüncül Yaklaşım', kanseri sadece biyolojik bir olgu olarak görmeyen ve hastanın tüm yaşam deneyimini ve psikolojisini de dikkate alan bir kitaptır. Bu kitap, onkoloji ve psikoloji alanlarında uzmanlarının bir araya gelerek kanserle mücadeleye çok yönlü bir yaklaşım sunmasının sonucudur. Kanser, sadece hücresel düzeyde değil, aynı zamanda hastanın ruh hali, duygusal durumu, aile ilişkileri ve sosyal bağlantıları üzerinde de derin etkiler bırakır. 'Psikoonkoloji ve Kansere Bütüncül Yaklaşım', hastaların sadece fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda psikolojik ve duygusal refahlarını iyileştirmek için gerekli bilgileri sunar.

'Psikoonkoloji ve Kansere Bütüncül Yaklaşım', kanserle savaşın sadece tıbbi düzeyde değil, aynı zamanda bireyin bütünsel varlığını kapsayan bir mücadele olduğunu vurgular. Bu kitap, kanserle mücadele eden öncelikle onkoloji uzmanları, ayrıca da kanserli hasta ile bir şekilde teması olan herkes için bir kılavuz ve ilham kaynağı olacaktır.



ISBN: 978-605-338-427-4



9 786053 384274

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ayın Kitapları Serisi