

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LOKAL İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DİŞİ AKCİĞER
KANSERLİ HASTALARIN BİLGİ/BİLGİLENME VE TEDAVİ
KARARLARINA İLİŞKİN TERCİH VE BEKLENTİLERİ**

Eda YİRMİBEŞOĞLU ERKAL

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Tıp Tarihi ve Etik Programı için Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

**KOCAELİ
2024**

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LOKAL İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DİŞİ AKCİĞER
KANSERLİ HASTALARIN BİLGİ/BİLGİLENME VE TEDAVİ
KARARLARINA İLİŞKİN TERCİH VE BEKLENTİLERİ**

Eda YİRMİBEŞOĞLU ERKAL

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Tıp Tarihi ve Etik Programı için Öngördüğü
DOKTORA TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Prof. Dr. Nermin ERSOY

Etik Kurul Onay Numarası: KÜ-GOKAEK-2021/7.19

KOCAELİ
2024

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tez Adı: Lokal İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hastalarının Bilgi/Bilgilenme ve Tedavi Kararlarına İlişkin Tercih ve Beklentileri

Tez Yazarı: Eda YİRMİBEŞOĞLU ERKAL

Tez Savunma Tarihi:

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nermin ERSOY

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir

SINAV KURUKU ÜYELERİ		
ÜNVANI	ADI SOYADI	İMZA
BAŞKAN (ÜYE)		
DANIŞMAN		
ÜYE		
ÜYE		
ÜYE		
ÜYE		

Onay

Bu tez Kocaeli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla onaylanmıştır.

.... /.... /2024

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Lokal İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hastalarının Bilgi/Bilgilenme ve Tedavi Kararlarına İlişkin Tercih ve Beklentileri

Amaç: Kanser dünya genelinde önde gelen ve giderek büyüyen bir küresel sağlık sorunudur ve akciğer kanseri görülme sıklığı açısından tüm kanserler arasında ilk sırada yer almaktadır. Gelişen tedavi seçenekleri ile kanser hastalarının sağkalım beklentilerinin uzatılması, “Uzayan yaşamın süresi mi, yoksa yaşanan sürenin kalitesi mi önce gelmeli?” sorusunu doğurmaktadır. Hasta tercihleri ’hastaların kendilerine sunulan alternatif sağlık uygulamaları arasında farklılık gösteren sonlanım noktaları içinden arzuları ve kabullenme derecelerine göre yaptıkları seçimler’ olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda lokal ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanılı hastaların bilgilenme ve tedavi kararlarına ilişkin tercih ve beklentileri araştırılma amaçlanmıştır..

Yöntem: Bu çalışmada, lokal ileri evre KHDAK tanısı ile KRT uygulanacak olan hastalarda yaşam kalitesinin ve bilgilenmeden duyulan tatminin standardize edilmiş anket formları yoluyla, bilgilendirme tercihlerinin ve tedavi tercihlerinin ise kurgulanan iki senaryo üzerinden kesikli seçim modeli (KSM) yoluyla değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bulgular: 67 hastaya anket uygulanmıştır. Çalışmamızda hastalar sağkalıma ilişkin bilgilerin yakınları yerine kendilerine verilmesini, tedavi sonucunda sağlanabilecek iyileşme beklentisine ilişkin bilgilerin ise sınırlandırılarak sunulmasını tercih etmişlerdir. Hastaların hastalıksız sağkalıma ilişkin bilgilendirmeyi daha fazla önemsedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda ayrıca hastaların tedavi kararı tercihlerinde sağkalıma ilişkin en uzun seçeneklere ve tedaviye bağlı yan etkilere ilişkin en hafif seçeneklere yöneldikleri görülmüştür. Hastalar tedavi tercihlerinde genel yaşam süresinin uzun olmasını hem kalite ayarlı yaşam süresinin uzun olmasına, hem de yan etkilerin hafif olmasına tercih etmektedir.

Sonuç: Akciğer kanseri tanısı olan hastaların bilgi ihtiyacının aktif bir süreç olduğu ve hastalığın seyriyle birlikte değişebileceği, bu süreçte bireyselleştirilmiş değerlendirmeye ihtiyaç duyulduğu unutulmamalıdır. Hastaların bilgiyi ne kadar ve ne şekilde sunulmak üzere istediklerini ve tedavide prognozu bilmenin, seçenekleri ödünlemede etkisini araştıran çalışmalarda desteklenmelidir.

Anahtar kelimeler: Akciğer kanseri, Yaşam kalitesi, Bilgilenme tatmini, Bilgi tercihi, Tedavi kararı tercihi

ABSTRACT

Preferences and Expectations of Patients with Locally Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Regarding the Extent Of Information They Receive Towards Their Treatment Decisions

Aim: Cancer is a leading and ever-expanding global health concern and lung cancer takes the first place among all cancers in terms of incidence. Evolving treatment options, as well as prolonging the survival probability, will lead the following question in cancer patients: ‘Which one should be prioritized: the prolonged survival or the quality of the time to live’. Patient preferences are defined as ‘the choices made by patients based on their desires and acceptance levels regarding different end-points among various alternative health procedures that they are presented with’. In our study, preferences and expectations with locally advanced non-small cell lung cancers (NSCLC) patients regarding their knowledge and decisions were aimed to be investigated.

Method: The aim of this study was to use the Discrete Choice Experiment (DCE) model to evaluate the quality of life and the satisfaction from information received through standardized questionnaires and the preferences for being informed and the preferences for treatments to be received through two fictional scenarios in patients who are scheduled to receive CRT for locally advanced NSCLC.

Results: 67 patients were surveyed. In our study, patients preferred information regarding survival to be provided for them rather than their caregivers. They also preferred information regarding cure expectancy as a result of treatment should be kept to a minimum. The study suggested that patients paid more importance to being informed regarding disease-free survival.

Conclusion: It should be remembered that for patients diagnosed with lung cancer, the need for information is an active process that can undergo significant changes during the course of their disease and that individualized assessments are required during this process. Studies that aim to investigate how and for how far do patients ask for disease-related and treatment-related information and the effects of having prognostic information on prioritizing among treatment options should be encouraged.

Keywords: Lung cancer, Quality of life, Satisfaction of information, Preferences of information, Preferences of treatment decision

TEŞEKKÜR

Tıp Tarihi ve Etik Doktora eğitimim boyunca ve tez çalışmamı gerçekleştiren değerli bilgilerini benimle paylaşan, bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve ilgiyle elinden gelenden fazlasını sunan, güler yüzünü ve içtenliğini benden esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Nermin Ersoy'a,

Değerli zamanını benimle paylaşan, bilgisiyle bana yol gösteren, tez izleme jürisinde yer alarak yaptığı değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Aslıhan Akpınar'a,

Doktora süresince desteklerini esirgemeyen tıp tarihi ve tıp etiği konusunda bilgi birikimimi geliştiren hocalarım Prof. Dr. Mine Şehiraltı'ya ve Doç. Dr. Rahime Aydın Er'e,

Doktora süresince bana yoldaş destek olan sevgili doktora öğrencileri arkadaşlarım Meltem Doğan, Yasemin Koçer Tulgar, Gülten Çevik Nasırlıer, Merve Mergen, Belgin Babadağlı ve Deniz Birtan'a teşekkür ederim.

ORJİNALLİK BİLDİRİMİ

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Küresel Salgında Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Ahlaki Sıkıntısı: İstanbul İli Örneği” başlıklı tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, şekil, tablo ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimde yer alan deneysel çalışmalar/araştırmalar bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yapılmıştır.

Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususlar bir intihal programı (Turnitin vb.) kullanılarak test edilmiş olup, doğruluğunu beyan ederim.

..... / / 2024

Eda Yirmibeşoğlu ERKAL

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
ORJİNALLİK BİLDİRİMİ.....	ix
İÇİNDEKİLER	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
ŞEKİLLER.....	xv
TABLolar	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Kanser	1
1.1.1. Tanım	1
1.1.2. Tarihçe ve Genel Bilgiler	1
1.1.3. Tedavi seçenekleri.....	1
1.1.4. Tedavi sonuçları, çıktılar ve sonlanım noktaları	2
1.1.1.1 Genel sağkalım	2
1.1.1.2 Hastalıksız sağkalım	2
1.1.1.3 Kalite ayarlı sağkalım (Qaulity adjusted survival).....	3
1.1.5. Akciğer kanseri	4
1.1.1.4 Genel bilgiler ve türler	4
1.1.1.5 Tedavi seçenekleri	5
1.1.1.6 Tedavi sonuçları	5
1.2. Tıp Alanında Karar Verme	7
1.2.1. Tanım	7
1.2.2. Hasta-hekim ilişkisi	8
1.2.3. Babacı (paternalist) yaklaşım.....	9
1.2.4. Ortak karar verme	9
1.1.1.7 Kanser hastalarında ortak karar verme modeli.....	10

1.2.5. Etik karar verme	11
1.3. Tıp Etiği	12
1.3.1. Tanım	12
1.3.2. Tarihçe ve genel bilgiler	12
1.3.3. Özerklik kavramı	14
1.1.1.8 Tanım.....	14
1.1.1.9 Genel bilgiler	14
1.4. Aydınlatılmış Onam.....	14
1.4.1. Tanım	14
1.4.2. Tarihçe ve genel bilgiler	15
1.1.1.10 Gerçeğin söylenmesi ve kötü haber verme.....	16
1.1.1.11 Yaşamın kutsallığı ve yaşama saygı.....	18
1.5. Yaşam Kalitesi	19
1.5.1. Tanım	19
1.5.2. Ölçüm yöntemleri	19
1.6. Hastaların Tercihleri	20
1.6.1. Tanım	20
1.6.2. Ölçüm yöntemleri	20
1.6.3. Kesikli seçim modeli.....	21
2. AMAÇ.....	23
3. YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Türü.....	24
3.2. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması ve Örneklem Tekniği.....	24
3.3. Çalışma Süresi ve Evreni	29
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.5. İstatistiksel Analiz.....	29
4. BULGULAR	31

4.1.	Katılımcıların Kişisel Özellikleri.....	31
4.2.	Yaşam kalitesi ve bilgilendirme tatmini (EORTCQLQ-C30 ve INFO25)	32
4.3.	Kesikli Seçim Modeli (KSM)	37
4.3.1.	Bilgilendirme tercihleri	37
4.3.2.	Tedavi kararı tercihleri.....	37
5.	TARTIŞMA	39
6.	SONUÇ	46
	KAYNAKLAR	47
	ÖZGEÇMİŞ	54
	EKLER.....	64

SİMGELER VE KISALTMALAR

DCE= Discrete choice experiment,

DSÖ= Dünya Sağlık Örgütü

EQ5D= EuroQol 5 Dimension

EORTC= The European Organization for Research and Treatment of Cancer

GAS= Görsel analog skala

GS= Genel sağkalım

HS= Hastalıksız sağkalım

HRQOL= Health Related Quality Of Life

KAYY= Kalite ayarlı yaşam yılı (Quality adjusted life years, QALY)

KAS= Kalite ayarlı sağkalım (quality adjusted survival, QAS)

KHAK= Küçük hücreli akciğer kanserleri

KHDAK= Küçük hücreli dışı akciğer kanserleri

KT= Kemoterapi

KRT= Kemoradyoterapi

KSM= Kesikli seçim modelinin

M.Ö.= Millattan önce

OKV= Ortak karar verme modeli

RT= Radyoterapi

SDM= Shared decision making

SEER= The surveillance, Epidemiology, and End Results

SG= Standard gamble

SK= Standard kumar

TTO= Time trade-off

Q-TWiST= Quality-adjusted time without symptoms of disease or toxicity

VAS= Visual analog scale

ZT= Olasılıklara dayanmayan şekilde zamanın sağlık durumuna göre takas edilmesi

WHO= World Health Organization

WHOQOL= WHO Quality of Life

ŞEKİLLER

Şekil 3.1 Bilgilendirme tercihinde kullanılan nitelik ve seviyeler	26
Şekil 3.2 Tedavi kararı tercihinde kullanılan nitelik ve seviyeler.....	27

TABLÖLAR

Tablo 3.1 KSM için ortogonal dizi	28
Tablo 4.1 EORTC QLQ-C30 formu için skorlar.	33
Tablo 4.2 EORTC QLQ-INFO25 modülü için skorlar.	35

GİRİŞ

Kanser

Tanım

Hücreler 'hücre bölünmesi' olarak adlandırılan süreçle, vücudun ihtiyaç duyduğu yeni hücreleri oluşturmak için çoğalır. Hücreler yaşlandıklarında veya hasar gördüklerinde ölür ve yerlerini yeni hücreler alır. Bazen bu düzenli süreç bozulur ve anormal veya hasarlı hücreler çoğalmamaları gerektiği halde çoğalır. Bu hücreler, kitlesel oluşumlar olan tümörleri oluşturabilir. Tümörler iyi huylu (benign) veya kötü huylu (malign) olabilir. Kanser, hücrelerin kontrolsüz şekilde büyüyerek vücudun diğer bölgelerine yayılabilme (metastaz) özelliğine sahip olabildiği bir hastalıktır (NCI, 2024).

Tarihçe ve Genel Bilgiler

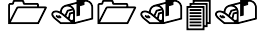
Paleopatoloji fosillerin, mumyalanmış dokuların ve iskelet kalıntılarının analizi yoluyla canlılardaki eski hastalıkların ve yaralanmaların incelenmesi bilimidir (*Wikipedia*, 2024). Paleopatolojik bulgular tümörlerin, insanların Dünya'da ortaya çıkmasından çok önce hayvanlarda var olduğuna işaret etmektedir.

Kanserle ilgili eldeki en eski yazılı kaynak, travma cerrahisi üzerine yazılmış bir Eski Mısır ders kitabı olan Edwin Smith Papirüsü'dür. Yaklaşık M.Ö. 3000'lerde yazılan ve James Henry Breasted editörlüğünde 1930 yılında çevirisi yapılan Edwin Smith Papirüsü'nde kanser kelimesi kullanılmamış olsa da meme dokusunda yaralanmaya bağlı olduğu düşünülen ülserlerden bahsedilmiş, bu ülserlerin sadece yaralanma sonucu değil hastalık sonucu da olabildiği vurgulanmış ve tümör kavramı tanımlanmıştır. Metinde memede kitle, kızarıklık ve akıntı yakınmalarından bahsedilmiş ve bu yakınmaların ilerlemesiyle hastalığın memenin bütününe ve kemiklere yayıldığı anlatılarak memedeki tümörün ciddi ve tedavi edilemez bir hastalık olduğu düşüncesi aktarılmıştır.

Tedavi seçenekleri

Kanser tedavisinde tedavi seçenekleri lokal olarak uygulananlar ve sistemik olarak uygulananlar şeklinde gruplanabilir. Lokal olarak uygulanan tedavi seçenekleri arasında cerrahi girişimler ve radyoterapi, sistemik olarak uygulanan tedavi seçenekleri arasında ise kemoterapi, hormonoterapi, immünoterapi ve hedefe yönelik ajanlar sayılabilir. Hastalığın

iyileştirilmesi amacıyla uygulanan tedaviler "küratif amaçlı tedaviler" olarak adlandırılırken yalnızca rahatlamak, hastalığa bağlı semptomların giderilmesi amacıyla uygulanan tedaviler "palyatif amaçlı tedaviler" olarak değerlendirilir.



Tedavi sonuçları, çıktılar ve sonlanım noktaları

Klinik sonlanım noktaları, tıbbi girişimlerin sonuçlarını değerlendirerek tedavinin nasıl devam edeceğine karar verme konusunda yönlendirme kapasitesine sahiptir. Kanser tedavisinde sonuçların tanımlanmasına en sık kullanılan sonlanım noktaları genel, hastalıksız, ilerlemesiz veya olaysız sağkalım süreleridir. Ancak sağkalım tek başına yeterli değildir. Sağkalımın kalitesi ve bunu sürdürmenin veya iyileştirmenin maliyeti de değerlendirilmelidir. Genel sağkalımın iyileşmesi öncelikli amaç olsa da hastalıksız, progresyonsuz veya olaysız sağkalımın iyileşmesi de tedavi önerilerinde bulunulmasını haklı gösterebilmektedir. Sağkalım sonuçları belirli bir zamanda hayatta kalma yüzdesi, ortalama hayatta kalma süresi, belirli zaman aralığında veya belirli bir noktada ölüm olasılığında azalma yüzdesi gibi çeşitli şekillerde sunulabilmektedir (Fetting vd., 1996).

1.1 Genel sağkalım

Genel sağkalım (GS), tanıdan (veya tedavi başlangıcından) herhangi bir nedenle ölüme kadar geçen süre olarak tanımlanır. Sonlanım noktasının (herhangi bir nedene bağlı) ölüme kadar geçen süre olarak tanımlanması nedeniyle GS kanser dışı ölümlerden de etkilenmektedir (Delgado & Guddati, 2021; Freidlin vd., 2013). Kanser tedavisinde başlıca amaç genel sağkalımı uzatmak olduğundan, GS onkoloji alanındaki klinik araştırmalarda başlıca sonlanım noktası olarak belirlenmektedir. Ölçülmesi kolay ve hasta merkezli bir sonlanım noktasıdır (McKee vd., 2010). Sonlanım noktası ölüm olduğundan kesin ve nesnel niteliktedir ve araştırmacı yanlılığından etkilenmesi olası değildir. GS'nin değerlendirilmesinde uzun süreli sağkalım beklentisi olan hastalıklar göz önünde bulundurulduğunda daha geniş bir hasta popülasyonuna ihtiyaç duyulur. Süre uzadıkça GS ek tedavilerden etkilenebilir ve klinik sonlanım noktasının seçilmiş herhangi bir tıbbi girişime atfedilmesi de zorlaşabilir (Delgado & Guddati, 2021).

1.2 Hastalıksız sağkalım

Hastalıksız sağkalım (HS), tanıdan (veya tedavi başlangıcından) hastalığın nüksetmesine veya ölüme (hangi olay önce görülürse) kadar geçen süre olarak tanımlanır (Delgado & Guddati, 2021; Freidlin vd., 2013). HS, definitif tedavi olarak sunulan cerrahi

veya radyoterapi sonrası uygulanan pekiştirme tedavileri için klinik sonlanım noktası olarak kullanılmaktadır. Genel sağkalımın aksine daha az hasta sayısı ve daha kısa takip gerektiren bir yardımcı sonlanım noktasıdır. Kanser tedavisinde 'hastalıksız dönem' tanımı öznel niteliği nedeniyle araştırmacılar arasında farklı şekilde yorumlanabilmektedir. Bu nedenle, HS'nin klinik sonlanım noktası olarak daha tarafsız şekilde kullanılabilmesi için nüks varlığının doğru ve kesin şekilde tanımlanması giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Robinson vd., 2014).

1.3 *Kalite ayarlı sağkalım (Qaulity adjusted survival)*

Kaliteye göre ayarlanmış sağkalım, yaşam kalitesi fonksiyonunun hayatta kalma süresine entegrasyonu olarak tanımlanabilir (Wang & Hwang, 2014). Kanser hastaları hastalık süreçlerinde yeni tedavi önerileri ile karşılaştıklarında ‘Önerilen tedavi ömrümü ne kadar uzatır?’ ve ‘Önerilen tedavi yaşam kalitemi bozar mı?’ sorularını sıkça sormaktadır. Tedavi sonuçlarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi ancak temel sonlanım noktaları üzerinden yapılmaktadır. Bu değerlendirme, 'Genel sağkalım açısından tedaviler arasında fark var mı?' gibi soruların yanıtlanması için yeterli olsa da sonlanım noktaları arasında ortaya çıkan dengesizliklerin değerlendirilmesi açısından yetersizdir. Bu tür dengesizlikler ile baş etmek için kalite ayarlı yaşanan yıl (KAYY) (Qualy adjusted life years, QALY) benzeri modeller kullanılsa da elde edilen verilerin nesnel olduğu kadar öznel içeriklerinin de bulunması, araştırma sonuçlarının temel sunum yöntemlerine uyumu zorlaştırmaktadır. Bu aşamada kolaylaştırıcı olarak kullanılmak üzere hastaların hastalıkları ile yaşadıkları süreyi yaşam kaliteleri ile birleştirecek kalite ayarlı sağkalımı (KAS) (quality adjusted survival, QAS) kavramı ortaya konmuştur (Glasziou vd., 1990). Benzer şekilde Goldrith ve ark. da yaşamın hem niteliksel hem de niceliksel yönlerini bütünleştiren ‘hastalığa bağlı semptom ve toksisite olmadan kalite-ayarlı zaman’ (quality-adjusted time without symptoms of disease or toxicity, Q-TWiST) yöntemini geliştirmiştir. Q-TWiST, tedaviye ikincil olarak karşılaşılan olumsuzluklar ile sağkalım arasındaki dengeyi değerlendirmek üzere kurgulanmıştır. Q-TWiST, tedavilerden elde edilecek klinik yararın bütünleşik şekilde ölçümünü sağlayan hastalık progresyonu (nüks veya metastaz gelişimi), sağkalım, tedavi toksisitesi ve hastalığa bağlı semptomların önlenmesi başlıklarını tek bir ölçüm çatısı altında birleştirmeyi hedeflemektedir (Goldhirsch vd., 1989; Husson & Jones, 2017). Q-TWiST bileşenleri, grad 3 veya grad 4 tedavi toksisitesi ile geçen süre, hastalığa bağlı semptomların yaşanmadığı süre, grad 3

veya grad 4 tedavi toksisitesine bağı bulguların yaşandığı süre ve hastalık progresyonundan sonra yaşanan süreden oluşmaktadır.

Tedavinin etkinliğini tek bir parametre ile değerlendirmek mümkün değildir. Yaşam kalitesi hasta değer ve yargılarına göre farklılık gösterebileceğinden bu sonlanım noktasının da toksisite değerlendirmesi açısından kısıtlılıkları bulunmaktadır. Yaşam kalitesini veya tedavi toksisitesini doğrudan hastayı kaynak olarak kullanarak belirlemek önemlidir. Kanser hastası için "mükemmel sağlık" tanımı, bu hastalık varlığında beklenen "en iyi sağlık" tanımı ile her zaman örtüşmeyebilir. Hastanın bakış açısının bu gibi değerlendirmelere daha güçlü şekilde dahil edilmesi yoluyla, Q-TWiST yönteminin gelecekte tedavi kararının verilmesi aşamasında son kullanıcıların (hastalar veya karar vermeye yetkili yakınları) sürece katkılarını artabileceği öngörülmektedir (Husson & Jones, 2017).



Akciğer kanseri

1.4 Genel bilgiler ve türler

Kanser dünya genelinde önde gelen ve giderek büyüyen bir küresel sağlık sorunudur. Birçok kanser türüne benzer şekilde akciğer kanserlerinin görülme sıklığında da artış görülmektedir. 2020 yılı verilerine göre akciğer kanserleri (her iki cins birlikte değerlendirildiğinde) % 17,6'lık görülme sıklığı ile tüm kanserler arasında ilk sırada yer almaktadır. Akciğer kanserleri erkeklerde % 25,8'lik oran ile birinci sıklıkta, kadınlarda ise %7'lik oran ile dördüncü sıklıkta görülen kanser türü durumundadır. Akciğer kanserleri kansere bağı ölümler arasında da % 29,3'lik oran ile ilk sırada yer almaktadır (globacan). Son 20 yılda akciğer kanserlerinin tanınmasında, moleküler değişikliklerin tanımlanmasında ve tedavi stratejilerinin oluşturulmasında etkili ve kişiye özel tedavilerin kullanılması yoluyla kayda değer ilerlemeler sağlamıştır. Akciğer kanserleri küçük hücreli akciğer kanserleri (KHAK) ve küçük hücreli dışı akciğer kanserleri (KHDAK) şeklinde iki temel grupta değerlendirilmektedir. KHDAK tüm akciğer kanserlerinin % 85'inden fazlasını oluşturmaktadır (Novello, 2016). KHDAK tanısı alan hastaların yaklaşık % 30'una Evre III (lokal ileri evre) hastalık varlığında tanı konmakta ve bu hastaların çoğu cerrahi girişimlere uygun olmayan hastalık yaygınlığına sahip olmaktadır (Chen vd., 2014). KHDAK'inde oldukça geniş olan Evre III hastalık yelpazesi, kür sağlama potansiyeline sahip tedavi seçeneklerinin sunulabildiği küçük hacimli lokal hastalıktan

boyutu, yerleşimi ve yaygınlığı nedeni ile palyatif amaçlı tedavi seçeneklerinin önerilebileceği hastalığa kadar değişkenlik göstermektedir.

1.5 Tedavi seçenekleri

Akciğer kanserlerinin tedavisinde hem lokal, hem de sistemik seçenekler kullanılabilir. Lokal tedavi seçenekleri arasında cerrahi girişimler ve radyoterapi uygulamaları, sistemik tedavi seçenekleri arasında ise kemoterapi, immünoterapi ve hedefe yönelik ajanlar sayılabilir. Akciğer kanseri, hastalığın türüne ve yaygınlığına bağlı olarak farklı şekillerde tedavi edilebilir. KHDAK tanısı alan hastaların tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tek başına veya kombinasyonlar şeklinde kullanılabilir. KHAK tanısı alanlarda ise temel yaklaşım kemoterapi ile radyoterapinin birlikte kullanılmasıdır. Akciğer kanserlerinde radyoterapi (RT) ve kemoterapi (KT) kullanımı kanıta dayalı tıp verileri üzerinden standardize edilmiştir. Evre III KHDAK tedavisinde kemoradyoterapi (KRT) kullanım oranları % 84-92 arasında, KT kullanım oranı ise % 88 olarak bildirilmiştir (Barbera vd., 2003; Delaney vd., 2005; Jacob vd., 2010; Tyldesley vd., 2001). Görece genç hastalarda yoğun olarak çoklu tedavilerin kullanılmasıyla kurgulanan küratif amaçlı tedavi seçenekleri klinik araştırma verileriyle şekillenmekle birlikte, KHDAK'li hasta grubunun ağırlıklı olarak görece daha yaşlı bireyleri içermesi, bu bireylerin yukarıda anılan klinik araştırmalarda yeterince temsil edilememesi ve tedavi kararları verilirken bu hastaların yandaş hastalıklarının da sıklıkla göz önünde bulundurulması nedeniyle bu grup için çoklu tedavilerin kullanıldığı küratif amaçlı seçenekler beklenen sıklıkta önerilememektedir (Hutchins vd., 1999).

1.6 Tedavi sonuçları

KHDAK için (eşzamanlı) KRT ile ortalama sağkalım süresi yaklaşık 18 ay olarak bildirilmektedir (Aupérin vd., 2010). Türkiye verilerini içeren bir çalışmada da ortalama sağkalım süresi 22 ay olarak bildirilmiştir (Akdeniz vd., 2020). Bir The Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) kanser veri tabanı analizinde, son yıllarda tanı ve tedavi alanında yaşanan gelişmelere karşın ortalama sağkalım süresinin hala iki yıldan kısa olduğu bildirilmiştir. Bu analizde lokal kontrolün sağlanması ve uzak organ metastazlarının önlenmesinde beklenen düzeyde başarının elde edilememiş olması nedeni ile ölüm riski tanıdan sonraki ilk yıl boyunca oldukça yüksek olarak bildirilmiş, uzun süreli

sağkalım beklentilerini iyileştirmek için en önemli fırsatın ise KRT sonrası ilk iki yıl içinde ortaya çıktığı bildirilmiştir (Hansen vd., 2020). Hastaların kanser tanısı almalarıyla birlikte gerek hastalıkla ilişkili semptomlar gerekse tanı amacıyla uygulanan tetkiklere bağlı olarak yaşam kaliteleri etkilenebilmektedir. Bunun yanı sıra, küratif amaçla (daha yüksek dozlarda) uygulanacak tedavilerin bir yandan daha iyi tümör kontrolü sağlarken, diğer yandan normal doku toksisitesini de arttırabileceği ve bu şekilde yaşam kalitesini kötüleştirebileceği bilinmektedir (Movsas vd., 2016). Sözü edilen yaşam kalitesindeki bozulma klinik olarak anlamlı düzeye ulaşabilir. Bu nedenle, doz-yoğun tedaviler uygulanmadan önce hastaların hem güncel yaşam kalitesi durumları hem de tedavi ve yan etkilere ilişkin bilgileri ve beklentileri değerlendirilmelidir. Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesinin sağkalımla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar yayınlanmıştır (Coates vd., 1997; Movsas vd., 2009). Genel bir bakışla, yaşam kalitesi ölçeğindeki her 10 puanlık düşüş ölüm riskini % 10 oranında arttırmaktadır. Bu nedenle, yaşam kalitesi değerlendirmesinin KHDAK’de planlanacak KRT çalışmalarında mutlaka kullanılması gerekmektedir (Movsas vd., 2009). Tedavide sağlanan gelişmelere bağlı olarak sağkalım katkısı sağlanan hastalar yaşadıkları süreçte semptom yükü, tedaviye bağlı yan etkiler, yaşam kalitesinin bozulması, yandaş hastalıklar ve ekonomik kayıplar gibi bir dizi zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Bu süreçte hastaların aileleri ve hastalara bakım veren bireyler de ağır yüklerle yüzleşebilmektedir. Yaşam kalitesi merkeze hasta bakış açısını yerleştiren bir değerlendirme sunduğundan, hastaların başka şekilde değerlendirmesi mümkün olmayan özelliklerinin araştırılması konusunda eşsiz bir fırsat oluşturmaktadır. Bu nedenle, planlanacak klinik araştırmaların hastaların sadece ne uzunlukta hayatta kalacaklarını değil, hangi iyilik düzeyinde yaşayacaklarını da değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir. Klinik araştırmaların sonuçlarını bildiren yayınlarda yeni kullanıma giren tedavilerin sağkalıma katkıları rutin olarak sunulmakla birlikte, sağlanan ek sağkalım süresince yaşam kalitesinin nasıl seyredeceği konusundaki bilgiler ancak son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. Klinik araştırmaların standart sonlanım noktası olarak sağkalıma odaklanması, klinisyenlerin tedavi kararlarında sağkalımı öncelemelerine neden olabilmektedir. Buradan yola çıkılarak “sağkalımın kalitesi” (Quality of Survival) kavramı tanımlanmış ve hastaların tedavi ve izlem süreçlerinde deneyimledikleri kalite ortaya konmaya çalışılmıştır (Lesley Fallowfield, 2017). Kanser tedavisinde, hastalar bazen yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi arasında tercih yapmak zorunda kalabilmektedirler. Kansere özgü tedavilerin sağkalımı uzatabildiği bilinmektedir. Ancak kansere özgü tedaviler kanser hastalarının yaşam kalitesini de önemli ölçüde azaltabilme potansiyeline sahiptir. Bu alanda hasta

tercihleri değişkenlik gösterebilmektedir. Bazı hastalar yaşam beklentilerini uzatmak için tedaviyle ilişkili toksisitelerle baş etmeye daha istekliyen, diğerleri yaşam kalitesine daha fazla değer vermekte ve yaşamlarının kalan kısmını içinde bulunduklarından daha riskli (olumsuz) bir durumda geçirmek istememektedir. Dahası, hastaların zarar ve fayda yönünde tercihleri her zaman sağlıkla ilgili olmayıp finansal yüklerle veya aileye ve arkadaşlara artan bağımlılıkla ilgili de olabilir. Bu yüzden klinisyenlerin uygulanacak tedavilerin risklerini ve faydalarını tartabilmeleri, hastalarının endişelerinin ve beklentilerinin farkında olmaları gerekmektedir. Q-TWiST yöntemi sağkalım süresinin hem niteliğinin hem de niceliğinin bir araya getirilmesine izin vermektedir. Bununla beraber, kanıta dayalı tıp verileri eşliğinde oluşturulan kılavuzlarda sunulan tıbbi kararları öneren klinisyenler için yaşam kalitesi açısından nicel bir veri de sağlayabilmektedir.

Klinisyenlerin hastalara karşı başlıca sorumluluğu hastaları bilgilendirmektir. Hastanın bilgisinin arttırılması bir yandan yaşamının kalan kısmı için kendisine ilişkin karar verme hakkını gözetirken, diğer yandan da özerklik ve bireye saygı ilkelerinin korunmasını sağlamaktadır (Ersoy vd., 2010). Gelişen tedavi seçenekleri ile kanser hastalarının sağkalım beklentilerinin uzatılması, “Uzayan yaşamın süresi mi, yoksa yaşanan sürenin kalitesi mi önce gelmeli?” sorusunu doğurmaktadır (Shrestha vd., 2019). Hastalarla hastalıklarının prognozu hakkında konuşmak klinisyenler için zorlayıcı olabilmektedir. Prognostik bilgi paylaşımının hastada stres kaynağı olabilmesi veya hastayı umutsuzluğa sürekleyebilecek bilgiler içerebilmesi, klinisyenleri optimistik bilgi vermeye veya belirsiz bilgi vererek konudan kaçınmaya yönlendirebilmektedir. Bu bilgilendirmenin yetersiz olması nedeni ile hasta gerçekçi olmayan beklentilere odaklanabilmektedir. Kendisi ile çelişebilecek tedavi seçimleri sonucunda hastanın hayatını nasıl yaşayacağı konusundaki seçimleri etkilenebilmektedir.



Tıp Alanında Karar Verme



Tanım

Karar verme tıp alanında temel becerilerden biridir. Karar vermek farklı seçenekler arasında değişen bir seçimdir. Karar verici, karar vermenin önceki aşamalarında toplanan bilgileri değerlendirip sentezleyerek sonuca varmaktadır. Tıp alanında karar verme, elde edilen tıbbi bilgiler ışığında teşhis ve tedavi planının formüle edildiği bir süreçtir. Her seçimin olası sonuçları göz önüne alındığında beklenen yararların en üst düzeye ulaşması

hedeflenmektedir. Karar vericiler değişkenlik gösterebilir. Tedaviyi planlayan hekim, hizmet verici sağlık çalışanları, tedavi planı içerisindeki diğer hekimler, tedaviyi alacak olan hasta ve hasta yakınları karar verici olabilmektedir. Tıp alanında çoğu karar belirsizlik ve olası riskler içermesi nedeni ile ikilemlere neden olabilmektedir.



Hasta-hekim ilişkisi

Hasta ve hekim arasındaki etkileşim, taraflardan biri mevcut hastalığın için are arayışında bulunurken diğerinin bu hastalığa ilişkin teknik bilgileri yorumlayabilme yeterliliği nedeniyle belirli bir denge kaybı yaşanarak başlamaktadır.

İletişim, sağlık hizmeti sunumunda ana bileşen olarak görülebilir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler, hekim ve hasta arasındaki iletişimi olumsuz yönde etkilemiştir. Hekimler açısından bakıldığında, sınırlı zamana sahip olunmasından kaynaklanan baskı, klinik kararların verilmesinde yararlanılan yüz yüze bilgi paylaşımını kısıtlamaktadır. Bunun yanı sıra iletişim becerileri, maddi ilişkiler, fiziksel evre ve toplumsal beklentiler de iletişimi etkilemektedir. Sonuç olarak hekim açısından hastanın ihtiyaçlarını tam olarak karşılamak, hasta açısından ise hastalık ve tedavi kavramlarını anlamak daha zorlayıcı hale gelmektedir. Kaliteli iletişim için hastalığın patofizyolojisini bilmenin yansıra psikososyal bakış açısını da anlamak gerekmektedir. Hekimler hastaları ile anlamlı nitelikte iletişim kurabilmelidirler. Çalışmalarda etkili iletişim becerileri sayesinde hasta tatmini ve tedavi sonuçlarının iyileştirebileceği belirtilmiştir (Drossman vd., 2021; Keller vd., 2023; Ong vd., 1995; Siminoff vd., 2011). Ancak iletişimin kalitesi duyguların, kişisel ve kültürel değerlerin ve sağlık okuryazarlığındaki farklılıkların etkilerine bağlı olarak giderek daha karmaşık hale gelmektedir. İki tarafın da katılımı ile ortaya çıkan bu iletişim için literatürde üç model tanımlanmıştır. Etkinlik-edilginlik modelinde hekim hasta için bir şey yapar ve hasta alıcı konumundadır. Yol gösterme-iş birliği modelinde hekim hastaya ne yapacağını söyler ve hasta iş birliği yapar. Karşılıklı katılım modelinde ise hekim hastaya yardım eder ve hasta ortak konumundadır. Karşılıklı katılım modeli, her iki tarafın da etkin olarak rol alma potansiyeli nedeniyle, kanser gibi kronik hastalıklarda kullanılması tercih edilen modelidir (Szasz & Hollender, 1956). Hekimler hastalarının ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlar açık biçimde ifade edilmemiş olsa bile, tanımayı ve bunlara nasıl karşılıklı verilebileceğini öğrenmelidir. İletişiminin temelini oluşturabilecek hekim-hasta etkileşimlerinde sözlü iletişimin rolünün geliştirilmesi için konuya ilişkin bilgi eksikliklerinin giderilmesine ve duyarlı ve hasta merkezli iletişimin hekimlere öğretilmesine yönelik çalışmalar

önerilmektedir (Forsey vd., 2021). Hekimin özerklik ilkesine saygı duyması, hastanın sürece yönelik kararının kendisi tarafından verilmesi için gerek duyulacak olan tıbbi bilgilerinin ve tedavi seçeneklerinin hastaya aktarılmasını zorunlu hale getirmektedir. Tedaviye karar verme konusunda sıklıkla hekim-hasta ilişkilerini değerlendiren çeşitli modeller tanımlanmış ve bunların karar vermeyle olan ilişkileri açıklanmaya çalışılmıştır (Deber, 1994; Emanuel & Emanuel, 1992; Helou vd., 2020; Veatch, 1972). Bunlar arasında öne çıkan ise babacı (paternalist) yaklaşım modelidir.



Babacı (paternalist) yaklaşım

Paternalist yaklaşım modelinde hekim, hastanın koruyucusudur. Bu modelde hekim hastası için en iyi tedavi planını önceden belirler ve onam aşamasında önerdiği tedavi planına hastasının onam vermesini teşvik edecek aşırılık düzeyinde bilgiler sunar. Bu modelin farklılaşmış kullanımlarında hekim otoriter bir rol üstlenerek hastası için karar verir ve hastasını sonraki adımlar hakkında bilgilendirir. Bu modelde hekimin uzman olarak rolü hastayı pasif ve bağımlı bir duruma yerleştirmektir. Paternalist yaklaşımda hekim hastasının tercihlerini öğrenmeye çalışmadan hastası için en iyi olduğunu düşündüğü tedavi seçeneğine karar vermektedir. Verilen karara hastanın katılımı olsa bile, bu katılım hastanın hekim tarafından önerilen ve savunulan tedaviye onam vermesi ile sınırlandırılmaktadır. Bu yaklaşımın en uç uygulamalarında ise hekim tek yetkili olarak tedaviye ne zaman başlanacağı konusunda hastaya bilgi vermekle yetinmektedir (Emanuel & Emanuel, 1992).



Ortak karar verme

Ortak karar verme modeli (OKV) (Shared Decision Making, SDM) de benzer amaçla tanımlanan bir başka yaklaşımdır. OKV modeli, geleneksel anlamda 'işbirlikçi' bir yaklaşım olarak tanımlanabilir. OKV tıp literatürüne ilk olarak 1980'lerin sonlarında tanıtılmıştır (Charles vd., 1997). Bu modelde hekim ile hasta iş birliği içinde tedavi seçenekleri hakkında konuşmaya ve birlikte düşünmeye teşvik edilmektedir. Tedavi seçeneklerinin her biri için olası yararların ve zararların tartışılması, hastaların seçim yapmalarına ve bu seçimleri hekimlerine iletebilmelerini sağlamak açısından en yapıcı eylem planı olarak algılanmaktadır. Ortak karar verme modelinin kullanımı hasta merkezli yaklaşımın bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Stiggelbout vd., 2012). Bu model hekim ve hasta arasında dengeli bir ilişki, sağlık çalışanları ile hasta arasında düzenli bilgi

alışverişi, hastanın değerlerinin ve tercihlerinin öğrenilmesi isteği ve tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi sonucunda karşılıklı olarak üzerinde anlaşılan bir kararı içermektedir. Ortak karar verme modelleri, karar vermenin her aşamasında karar verme zincirindeki herhangi bir katılımcının rolünü üstlenmek veya bir başkasını güçlendirmek olmamakla birlikte tüm katılımcıların karar alma sürecine katılımını arttırmak yoluyla kaliteyi arttırmayı amaçlamaktadır. Hastanın klinik kararlara katılımı, onam ve aydınlatılmış onama ilişkin yasal düzenlemeler ve ortak karar verme sürecinin etik altyapısı ile desteklenir. Bu bakımdan OKV hasta merkezli bakım, hastanın güçlendirilmesi ve kanıta dayalı hasta tercihlerinin özendirilmesi yoluyla hasta ve hekimin bilgi ve sevgileri yanında karar verme sürecini de paylaştığı ortaklaşa işletilen bir süreçtir (Charles vd., 1997; Towle & Godolphin, 1999). Aydınlatılmış onam ve karar sürecindeki paylaşıma karşın hastalarla ortaklaşa alınan kararların tıbbi bakımın iyileştirilmesi açısından önemli bileşenler olduğu geniş çapta kabul görse de bu konu üzerinde fikir birliği yoktur. Ortak karar verme modeli, risk derecesinin yüksek veya düşük olmasına bakılmaksızın, tıbbi açıdan uygulanması kabul edilebilir nitelikte olan iki veya daha fazla seçeneğin mevcut olması durumunda kullanıma uygundur. Yüksek riskli kararlar için aydınlatılmış onam ve ortak karar verme yöntemlerinin her ikisi de uygulanabilir. Önemli kararları verirken hekimden hastanın değerlerini, endişelerini, duygusal ve sosyal gereksinimlerini keşfetmeye zaman ayırması, hastayı ve ailesini sorun hakkında eğitmesi ve mevcut seçeneklerin ana hatlarını çizmesi beklenmektedir. Burada amaç hastanın kendisine en doğru gelen karara hekimiyle birlikte ulaşabilmesidir. Bunun aksine, yüksek riskli kararlar için ve uygulanması kabul edilebilir nitelikte yalnızca tek seçenek bulunduğunda, rasyonel hastalar mevcut tek seçeneği sorgulamadan tercih edeceğinden, ortak karar verme modelinin kullanılması uygun olmayabilir (Whitney vd., 2004).

1.7

Kanser hastalarında ortak karar verme modeli

Kanser hastaları tedavilerini ihtiyaçlarına uyarlamaları, karar sürecinde daha aktif olmaları ve hayatlarıyla daha fazla ilgilenmeleri konularında teşvik edilmektedir. Kanser hastalarından tedavilerden daha iyi sonuçlar elde edebilmek için hekimleri ile iş birliği içinde olmaları ve tedavi kararlarını özerk olarak vermeleri beklenmektedir. Daha bilgili hastaların karşılaştıkları yanlış bilgileri daha kolay çürütebilecekleri, böylece hekim ve hasta arasındaki bilgi eşitsizliklerinin de dengelenebileceği düşüncesi kabul görmektedir.

2005 yılında Uluslararası Hasta Dernekleri Birliği (International Alliance of Patients' Organizations) tarafından hasta merkezli sağlık hizmetleri tanıtılmıştır (Groves, 2010). 2010 yılında Salzburg Bildirisi ile ortak karar alma süreci (Salzburg Global Seminar, 2011), 2015 yılında ise Avrupa Hastalar Forumu (European Patients Forum) tarafından hastanın yetkilendirilmesi hakkında bilgilendirme tanımlanmıştır (*The Patients' Charter on Patient Empowerment*, 2016). 2014 yılında Dünya Kanseri Günü'nde ise Avrupa Parlamentosu tarafından "Avrupa Kanseri Hastaları Hakları Bildirgesi" (Lawler vd., 2014) değerlendirmeye sunulmuştur. Bu bildirgede tanımlanan önemli 'hakların' yansırı kanser hastalarına hastalıkları ve tedavi seçenekleri açısından 'doğru bilgi sağlamanın hayati gerekliliği' de vurgulanmıştır. Bu bildirge temel alınarak 2021 yılında Avrupa Kanseri Birliği (European Cancer Organisation) tarafından yayınlanan Avrupa Kanseri Uygulamaları Yasası (The European Code of Cancer Practice, The Code)" 10 önemli hasta hakkını ortaya koymuş ve hastaların en iyi tedavi sonuçlarına ulaşabilmeleri için sağlık hizmetleri sisteminden beklemeleri gereken işaretler yasal sınırlarda tanımlanmıştır (Lawler vd., 2021). Bu belgenin 5'inci maddesinde kanser hastaları ortak karar verme sürecinde tedavilerine tüm yönleriyle katılma hakkına sahip oldukları konusunda bilgilendirilmektedir (Lawler vd., 2021).

Kanser tanısı almak, yaşamın akışını değiştirecek nitelikte bir kriz durumu olarak algılanabilir. Bu durumda hasta ve hasta yakınlarının hastalığın özellikleri ve seyrine ilişkin bilgilere ulaşabilmeleri ve kullanılabilecek tanı ve tedavi yolları, tedavi seçeneklerine göre farklılaşması beklenebilecek fiziksel ve psikolojik yan etkiler ve tedavi seçeneklerinin oluşturacağı olumlu ve olumsuz etkilerin günlük hayatları ve yaşam kaliteleri ile bağlantılı olarak ortaya çıkarabilecekleri zorluklar konusunda öğrenebilecekleri, sorunu tüm yönleriyle anlayabilme açısından önemlidir.



Etik karar verme

Klinisyenler teknolojik büyüme, azalan kaynaklar, artan bilimsel veriler, hastaların ve hasta yakınlarının kültürel farklılıkları gibi çeşitli nedenlerle klinik karar verme sürecinde zorluklar yaşanabilmektedir. Farklı tedavi seçenekleri, karar verilen tedavinin getirebileceği olası riskler ve hastaların beklentileri göz önüne alındığında karar sürecinde ikilem yaşanabilmektedir. Klinikte etik konular karmaşıktır ve basit sorunlara dirençlidir. Çoğu zaman tek bir çözüm yerine bir dizi uygun çözüm vardır. Dolayısıyla herhangi bir modelleme ile ikilemlere kesin cevap verme durumu mümkün değildir. Etik karar verme

sürecinde çeşitli modeller tanımlanmakla birlikte temelinde 4 ilke yer almaktadır (Cottone & Claus, 2000; Enck, 2014; Forte vd., 2018). Cottone ve Klaus tarafından 1984-1998 yılları arasında felsefi ve teorik olarak iyi temellendirilmiş modeller tanımlanmış ve çalışılmış, ancak bir modelin diğerinden daha iyi olduğunu gösterebilecek ampirik çalışmaların eksik olduğu belirtilmiştir (Cottone & Claus, 2000).

Tıp Etiği

Tanım

Tıp etiği, hekimlerin ve hastanenin hastaya, diğer sağlık profesyonellerine ve topluma karşı yükümlülükleriyle ilgilidir. Sağlık mesleğinin, farklı sağlık profesyoneli grupları ve sağlık kurumları için geçerli olan bir dizi etiği vardır (Markose vd., 2016). Tıp etiği, klinisyenin potansiyel olarak arada kalınan sonuçlara veya çıkarlara yönelik göreceli yükümlülüklerini belirli ilkeler çerçevesinde değerlendirmeye ve bir yolu veya diğerini seçmeye yönelik ahlaki gerekçeyi sağlamaya dönük bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Tıp etiği, sağlık çalışanlarının hastaların genel refahını sağlamak ve temel insan haklarına saygı göstermek zorunda oldukları yükümlülükleriyle ilgilenir. Tıp etiği her sağlık hizmeti sağlayıcısı için geçerlidir ve toplumlar, dini gruplar ve kültürler arasında farklılık gösterebilen dinamik bir kavramdır. Tıp etiğinin temel ilkelerinin uygulanması hasta bakımının önemli bir bileşenidir. Hekimler, hasta ile ilgili karar verme sürecinde kendilerini ahlaki sorularla ve etik ikilemlerle karşı karşıya bulabilmektedir. Tıp etiği bu gibi durumlarda hasta için ahlaki açıdan savunulabilir ve doğru kararın verilmesine yardımcı olacak bir çerçeve sağlamaktadır.

Tarihçe ve genel bilgiler

Hekimliğin bir meslek olarak kabul görmesiyle birlikte hekimler hastalarının haklarını ve çıkarlarını kendi çıkarlarının üstünde tutacaklarına dair sözler vermeye başlamıştır. Güncel değerlendirmede ise tıp etiği, uluslararası insan hakları sözleşmeleriyle birlikte, ulusal ve kültürel sınırların ötesinde tıbbi uygulamalara kabul edilebilir bir temel oluşturabilir. "Tıp etiği" ifadesi hekimlerin mesleki görevlerini tanımlamak üzere ilk olarak Thomas Percival'in (1740-1804) 'Medical Ethics' kitabında 1803 yılında kullanılmıştır. Percival tıp etiği ifadesini kullanan ilk kişi olduğu için, tıp etiği olarak adlandırılan olgunun tarihinin 1803'ten önceye dayanamayacağı yönünde bir anlayış hakim olsa da

çoğu tarihçi, tıp etiği tarihini tıp tarihi ile aynı kapsamda ele almaktadır (Beauchamp vd., 2009; Leake & Francisco, 1971). İnsan deneklerin klinik araştırmalarda karşılaştığı kötüye kullanımlar, aydınlatılmış onam olmadan gerçekleştirilen tıbbi uygulamalar ile İkinci Dünya Savaşı sırasında toplama kamplarında yapılan deneyler nedeniyle mesleki davranış ve kurallara ilişkin kaygılarla şekillenen tıp etiği, zamanla tıpta ve teknolojiye yaşanan olumlu gelişmeler ve toplumsal değişimler ışığında hızla günümüzdeki tanımına evrilmiştir. Yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet etiğin dört temel ilkesini oluşturur. Bunlardan yararlılık ve zarar vermeme ilkelerinin izi Hipokrat'ın "yardım etmek ve zarar vermemek" tanımına kadar uzanırken, özerklik ve adalet ilkeleri çok daha sonra gelişmiştir. Percival'in kitabında da hastanın çıkarlarını en iyi şekilde korumanın bir amaç olarak önemi vurgulanmış, ancak özerklik ve adalet kavramları tartışılmamıştır. Zamanla hem özerklik hem de adalet etiğin başlıca ilkeleri olarak kabul görmeye başlamış olup, Beauchamp ve Childress'in kitabı bu ilkelerin tanımlanması, ilkelerin nasıl uygulanması gerektiğinin tanımlanması ve ilkelere yönelik alternatif yaklaşımların tartışılması açısından bir klasik niteliğindedir (Beauchamp & Childress, 2019). Hekim ve hasta arasındaki anlaşmayı tanımlayabilmek için etik kurallar, ilkeler ve yasal düzenlemeler kullanılmaktadır. 1972 yılında Chicago Üniversitesi'nde "Klinik Etik" bölümü kurulmuş olup, etik sorunların tanımlanması, analiz edilmesi ve çözümüne katkıda bulunulması yoluyla hastalarla sıradan karşılaşmalarda mükemmel klinik ve etik bakım sağlamaya katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Klinik etik teorik bir girişim değil, klinisyenler tarafından vakalarla her karşılaşmada, gerçek yaşam koşullarında uygulanacak karar vermenin içsel bir bileşeni olarak tanımlanmıştır (Siegler, 2019). İlk kez Jonsen, Siegler ve Winslade'in "Klinik Etik: Klinik Tıpta Etik Kararlara Pratik Bir Yaklaşım" başlıklı kitabında bahsedilen Dört Göze Yaklaşımı, klinik sorunları tıbbi endikasyonlara (yararlılık ve zarar vermeme), hasta tercihleri (özerkliğe saygı), yaşam kalitesi (yararlılık, zarar vermeme ve özerkliğe saygı) ve çevresel özelliklere (eşitlik ve adalet) dayalı olarak analiz etmeye çalışmaktadır (Jonsen vd.,2010). Robert M. Veatch (1939-2020) 1970 yılını merkez alan dönemde yaşanan gelişmeler sonucunda tıp mesleğinin parçası olarak düşünülen tıp etiğinin, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının yanı sıra teologlar, filozoflar, hukukçular, sosyal bilimciler ve tarihçilerin de dahil olduğu disiplinler arasın bir alana dönüştüğünü belirtmektedir. Sadece bilimsel buluşların gerçekleşmesini değil, aynı zamanda kurumsal ve sosyolojik değişimi de mevcut tıp etiğinin başlangıcı olarak kabul etmektedir (Veatch, 2006).



Özerklik kavramı

1.8 Tanım

Özerklik kavramı, bireyin kendisini ve yaşamını kendi ilkelerine göre yönetme özelliği olarak tanımlanmaktadır (Saad, 2018). Bu kapsamda özerklik ‘kişinin kendi düşünceleri, arzuları ve içinde yetiştiği ya da bulunduğu koşullar tarafından yönlendirilen ve dış belirleyiciler tarafından zorla benimsetilmeye çalışılmayan bir kişiliğinin olması’ ve bu kişiliğin ‘özgün benliğin bir parçasını oluşturması’ olarak anlaşılmalıdır (Christman, 2020).

1.9 Genel bilgiler

Özerklik kavramının Immanuel Kant (1724-1804) ve John Stuart Mill (1806-1873) tarafından yorumlandığı şekliyle felsefe yönünden dayanağı, tüm kişilerin içsel ve koşulsuz bir değere sahip olmaları ve bu nedenle karar verirken ahlaki seçimler yapma gücünü barındırmalarıdır. Bu güce atıfla, her bireyin kendi kaderini tayin etme kapasitesini kullanmasına izin verilmelidir (Guyer, 2003). Özerkliğin farklı açıklamaları olsa da Kant özerkliği bireyci olarak tanımlar. Etik ilkeleri birlikte incelenerek yeterliliğin değerlendirilmesi, mahremiyete saygı, gerçeği söyleme, gizlilik ve aydınlatılmış onam benzeri daha karmaşık ve çok yönlü kavramlar da türetilmiştir.



Aydınlatılmış Onam



Tanım

Aydınlatılmış onam, sağlık hizmeti sağlayıcısının hastayı belirli bir işlem veya girişimin riskleri, yararları ve alternatifleri hakkında eğittiği süreçtir. Gerek rutin klinik uygulamalar gerekse klinik araştırmalar açısından aydınlatılmış onamın temeli insan onuruna ve bireyin özerkliğine duyulan saygıdır. Özerklik ilkesi ile hastanın kendi değerleri yönünde kendi hakkında karar verme iradesi desteklendiğinden, hastanın tıbbi girişimler veya diğer müdahaleler öncesinde sağlık hizmeti uygulayıcısı ile OKV şansı ve uygulamalara onam verme hakkı yasalarla korunmaktadır. Aydınlatılmış onam, hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar onama dair bilgilendirmenin açıklayıcı ve anlaşılır nitelikte olmasını da zorunlu kılmaktadır. Aydınlatılmış onam, sağlık hizmeti

sağlayıcıları açısından hem etik bir yükümlülük hem de yasal bir zorunluluk durumundadır.



Tarihçe ve genel bilgiler

Genel kanının aksine, aydınlatılmış onam sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından hissedilen ihtiyaç nedeni ile ortaya çıkmamıştır. Aydınlatılmış onam kavramı rutin klinik uygulamalarda etik kaygıların hissedilmesinden önce (1900'lerin başında) bazı hukuk tartışmalarına konu olmaya başlamış, bu davaların sonucu olarak da aydınlatılmış onam kavramı sağlık hizmeti sağlayıcılarına dayatılmıştır. İlkçağlardan günümüze ulaşmış bazı belgelerde, Hammurabi Kanunları'nda (M.Ö. 1790-1800), eski Mısır'da, eski Hint'deki Manu ve Zoroastre Kanunları'nda, Roma Hukukunda ve Cermen kabilelerinin kanunlarında hekim sorumluluklarından bahsedilmiş ve bu sorumlulukların içerisinde ihmal, bilgisizlik ve mesleğini kötü kullanma gibi durumlarda geçerli olmak üzere cezalar ve yaptırımlar tanımlanmıştır. Bu sorumlulukların arasında onam (veya aydınlatılmış onam) hakkında bilgi bulunmamaktadır (Ersoy vd., 1995). Modern tıbbın kurucusu olarak kabul edilen Hipokrat'ın eseri ve hekim sorumluluğu üzerine yazılmış en saygın yapıt olan Hipokrat'ın Külliyyatı hastayı mümkün olduğunca bilgisiz (az bilgili) tutmak üzerine uyarılar içermektedir. İslam Hukuku'nda ise hekim sorumluluğu tartışılırken hekimin uygulama açısından kusurunun bulunmamasının yanında mağdurun da uygulama için rızasının bulunması şart koşulmuştur. 18nci yüzyılda Osmanlı'da mahkeme-i şer'iyeye sicillerinde kaydedilmiş kararlarda hastanın girişimler sonrasında karşılaşılabilecek olası olumsuzluklar konusunda bilgilendirilmesinin ve uygulama öncesinde rızasının alınmasının, tedaviyi öneren veya uygulayan kişiyi (hekim) ilerleyen süreçte herhangi bir yasal kovuşturmadan veya cezai yaptırımdan uzak tutacağı belirtilerek hastanın onam beyan etmesi gerekliliği üzerinde durulmuştur (Christopoulos vd., 2007; Ersoy vd., 1995). Aydınlatılmış onamın ayrıntılandırılması çabası ilk olarak 1905 yılında Amerika'da bir hasta tarafından hekimine yönelik olarak açılan bir kasti yaralama davasının görülmesi üzerine başlamıştır. Mohr ve Williams arasında görülen davada taraf olan hasta sağ kulağına yönelik cerrahi girişim için onam vermiş olmasına karşın hekimin girişim sırasında hastanın sorunlarına kaynak olan bölgenin sol kulak olduğuna karar vererek hastanın bu yönde bir onamı olmadığı halde sol kulağa cerrahi girişimi uyguladığı ve sonucunda hastasında işitme kaybı gelişmesine neden olduğu iddia edilmiştir. Mahkeme sol kulağa cerrahi girişimin hasta onamı (yetkilendirilme) olmaksızın yapılması nedeniyle

davayı hekim aleyhine ‘kasti yaralama’ hükmü ile sonuçlandırmıştır (Wikipedia, 2024). Bu davayı takiben Illinois eyaletinde 1906 yılında Pratt ve Davis davası görülmeye başlamıştır. Burada ilgili hekim, hastasına rızası olmadan histerektomi uygulaması nedeni ile dava edilmiştir. Hekim daha önce uyguladığı bir ameliyat için hastasının rızasını almış olmakla birlikte, ikinci girişim için onam almaya yönelik bir çaba içinde bulunmadığını kabul etmiştir. Buna karşın davalı hekim, hastasının epilepsi tanısı almış olması nedeniyle önerilen girişim için rıza gösterme veya durumu hakkında akıllıca karar verme açısından yeterli kapasitede olmadığını iddia etmiştir. Davalı hekimin epilepsi tanısına atıfla karar verme kapasitesini sorgulaması mahkeme tarafından kabul görmemiş, davalı hekim hastasının rızası dışında cerrahi girişim uygulaması nedeniyle sorumlu tutulmuş ve Mohr davasında olduğu gibi temel uygulamanın hastadan onam alınması gerekliliği olduğuna vurgu yapılmıştır. İlerleyen yıllarda Salgo davası sonucunda hastaların bakımı ve tedavisi ile ilgili kararları şekillendirecek bilgilerin klinisyen tarafından açıklanması ve ‘aydınlatılmış onam’ alınması klinisyenin görevi olarak tanınmıştır (Wikipedia, 2024). Son yıllarda aydınlatılmış onam Beauchamp ve Childress tarafından yedi başlık altında açıklanmıştır: (1) yetkinlik (anlama ve karar verme yeteneği), (2) gönüllülük, (3) bilgilendirme, (4) öneride bulunma, (5) bilgiyi ve öneriyi anlama, (6) karar verme ve (7) yetkilendirme. Bilgilendirme standartları hem yasal olarak hem de ahlaki olarak önemlidir. Bilgilendirmede makul insan standardı ve mesleki uygulama standardı olarak iki tanım üzerinde durulmaktadır. Beauchamp ve Childress, hem hastaların kendi kararlarını vermek için hangi bilgiye ihtiyaçları olduğunu bilemeyebilecekleri, hem de hekimlerin her hasta için kapsamlı geçmiş ve karakter analizi yapmasının beklenemeyeceği gerekçelerinden yola çıkarak makul insan standardının savunucusu olmuşlardır. Yeni bir tanım olarak öne sürülen subjektif standart ise yasal olarak kabul görmemesine karşın özerkliğe saygı düşüncesinden şekillenmesi ve kişilerin özel bilgi ihtiyaçlarının karşılanmasını önemsemesi nedeniyle tercih edilen ahlaki standart olarak öne çıkmaktadır (Beauchamp & Childress, 2019).

1.10 Gerçeğin söylenmesi ve kötü haber verme

Gerçeği söylemek, hekim hasta ilişkisinin önemli bir bileşenidir. Gerçeğin saklanması durumunda hekim hastasının güvenini kaybeder. Özerk bir hasta, tanısını ve prognozunu bilme hakkının yanı sıra bunların açıklamasından vazgeçme ve tanısını öğrenmeme hakkına da sahiptir. Ancak hekim hastasının iki durumdan hangisini tercih

ettiğini bilmek zorundadır. 1947’de Nuremberg mahkemesi kararlarına dayanarak oluşturulan Nuremberg kodu ile, yararlılık ilkesine dayanarak verilen kararların hastaları tıbbi suistimalden korumakta yetersiz kaldığı belirtilerek her hastanın tıbbi işlem öncesi onamının alınması gerekliliği üzerinde durulmuştur. Bu süreç ise kaçınılmaz olarak tıbbi bilgilerin eksiksiz olarak açıklanmasını gerektirmektedir (Shuster, 1998). Kanseri tanısı ile ilgili gerçeği söylememenin sonuçları arasında hastanın hayatının parçası olan görevleri tamamlama fırsatından mahrum bırakılması, sevdiklerinden kendi istediği şartlarda ayrılamaması, mali işlerini düzene koyamaması, varlıklarını paylaşırma şansını bulamaması ve dini inanışlarına yönelik manevi ihtiyaçlarını yerine getirememesi sayılabilir. Hekimler kötü haber vermek konusunda çekimser kalabilmektedirler. Ancak Jonsen ve ark. belirttiği gibi gerçek acımasız olsa bile gerçeğin anlatılması acımasız olmamalıdır (Jonsen vd.,2010). Onkologlar arasında kanser tanısı ve tedavi seçenekleri hakkında hastasını bilgilendirmek konusunda çekinceler yaşanabilmektedir. Hekimin eğitiminde kötü haber verme becerilerini geliştirme konusunda eksiklikleri, hasta yakınlarının hekimde oluşturabileceği ön yargılar, hekimin hastasının isteklerini tanıyabilmek için yeterli vakti ayıramaması veya hekimin tecrübesinin, kişilik özelliklerinin, kültürel farklılıklarının önyargıya yol açması bulunmaktadır. Ancak özerk bireylerin kendileri hakkında bilgi edinme istekleri arttıkça hekimlerin hastanın isteğine göre kötü haber verme yöntemlerini kişiselleştirmeleri gerekmektedir. Beauchamp ve Childress, hekim-hasta arasındaki güven ilişkisine dayanarak prognoz hakkındaki aşamalı açıklamaları ve temkinli anlatımları bazı klinik durumlarda haklı görmektedir. Mesleki normlar genel anlamda tanı ve tedavi seçenekleri hakkında açık ve doğrudan bilgi paylaşımını desteklemelidir. Kötü haberin verilmesi görevinin şefkat, duyarlılık ve nezaket erdemlerini içermesi gerektiği belirtilmektedir (Beauchamp & Childress, 2019). Onkolojide gerçeği söylemenin zorlukları arasında hastalığın doğasından kaynaklanan, prognozun ciddiyeti, fiziksel ve psikolojik semptomlar nedeni ile hastaların savunmasızlığı, sosyal damgalanma endişesi, tedavilerin hastalara getirdiği yük sayılabilir. Kanseri hastalarında gerçeğin söylemesi ile ilgili Türkiye’deki kültürel farklılığı çalışan Güven, Türk hastaların beklentilerinin kişiden kişiye farklılık gösterebilen geniş bir yelpazede olduğunu, sağlık çalışanları, hastalar ve kültürel çevreleri arasındaki karmaşık etkileşim de gerçeğin söylenmesinde önemli bir faktör olabileceğini belirtmiştir (Güven, 2010). Son yıllarda Radyasyon Onkolojisi alanında aydınlatılmış onamın uygun şartlarda alınmasına yönelik zorluklar gündeme getirilmeye başlanmıştır. Bu zorluklar arasında hasta korkuları, rutin klinik işlemlerde onam formlarının zayıf noktalarının gözden

kaçırılabilmesi ve yeni teknolojileri içeren klinik araştırmaların tedavi ediciliği konusunda yanlış anlamalar yer almaktadır. Kanser tedavilerinde hasta merkezli iletişimde bilgilendirmenin önemini ortaya koyan ve bilgilendirmeyi optimize etmeye yardımcı olmaya yönelik araştırmalardan sorunların çözümüne yardımcı olabilecek görüşler ortaya çıkmaktadır. Bu konuya dikkat çeken bir derlemede Gutintov ve ark. tarafından “doğru olanı yapmanın klinisyenlerin hem kendilerine hem birbirlerine hem de hastalarına karşı görevleri olduğu” hatırlatılmıştır (Gutintov vd., 2021).

1.11 Yaşamın kutsallığı ve yaşama saygı

Yaşamın kutsallığı ve yaşama saygı ilkeleri dinsel inanışlardan köken alan kavramlar olsa da yaşama saygı ilkesi etik ilkelerle de iç içedir. Teolog Paul Ramsey yaşamın kutsallığı ilkesini tedaviden vazgeçme sorusuna kadar genişletmekte ve sonuçları ne olursa olsun tüm günlerimizin eşit değerde olduğunu savunarak yaşam kalitesine ilişkin kaygıları yok saymaktadır (Ramsey, 1978). Yaşamın dokunulmazlığı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın (1982) 17. Maddesinde “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” şeklinde tanımlanmıştır. Anayasa ile korunmuş bu hak kişinin yaşamının her durumda korunması, yaşamın uzatılması ve kişinin yaşamının niteliğini belirleme hakkının olması kavramları arasında tartışmalı bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Tıbbın temel görevlerinden biri hastanın yaşama hakkını korumak ve tedaviler ile yaşamı uzatmaktır. Kanser hastaları sıklıkla uzun yaşam ve kaliteli yaşam arasında seçim yapmak durumunda kalabilmektedir. Akciğer kanseri tanısı alan ve tedaviye başlayan hastalar için günlük yaşamın konforu birçok yönden bozulmaktadır. Hastalığın ilerlemesi, semptomların şiddeti ve yan etkiler yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Akciğer kanserine özgü yorgunluk, iştahsızlık, nefes darlığı, öksürük ve ağrı gibi semptomların şiddeti ve sıklığı hastayı etkilemektedir. Yaşanan yan etkiler ile ciddi fiziksel ve psikolojik zorluklar hastalarda çaresizlik ve umutsuzluk duygularını yoğunlaştırmaktadır. Yaşamın anlamı için farklı tanımlamalar yapılmış olsa bile, hastanın esenliğini sağlama konusunda oldukça önemli olduğu gösterilmiş ve yaşam kalitesinin korunmasında kilit faktör olduğu belirtilmiştir (Mok vd., 2012). Çalışmalarda bazı hastaların uzun yaşam süresi yerine kaliteli yaşamı tercih ettiği gösterilse de diğer çalışmalarda sadece bir gün daha fazla yaşamak için bile önerilen tedaviye ve bununla ilişkili toksisitelere katlanmaya hazır başka hastaların olduğu bildirilmiştir. Bu kapsamda planlanan bazı çalışmalarda hastalar yaşam sürelerini uzatacak ancak yaşam kalitesinden

ödün vermeyecek tedavileri tercih edeceklerini söylemişlerdir (Jenkins vd., 2013; Pillai vd., 1989; Yamazaki & Ishikawa, 1976).

Yaşam Kalitesi

Tanım

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini bireyin içinde yaşadığı kültür ve değerler topluluğu bağlamında hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilişkili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algısı olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2012). Yaşam kalitesi günümüzde sağlık hizmetlerinin temel hedefi haline gelmiş ve yaşam standardı ile karıştırılır olmuştur. Yaşam standardı zenginliğe veya maddi güce sahip olmayı ifade ederken, Wenger ve ark. (1984) yaşam kalitesini “yaşamın farklı alanlarındaki işleyiş ve bireysel iyi oluşa ilişkin algılar” olarak tanımlamıştır. Kanser hastalarına sunulan tedavi seçenekleri için birincil öncelik sağkalımın uzatılması olsa da hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesine (veya olduğu şekilde korunmasına) giderek daha fazla önem verilmektedir (Wenger vd., 1984).

Ölçüm yöntemleri

Hayatta kalan kanser hastalarının yaşam kalitelerini değerlendiren ölçekler anket formları şeklinde tasarlanmıştır. Yaşam kalitesi değerlendirme formları (HRQOL, WHOQOL ve EQ5D) arasında kullanılabilirlik açısından belirgin fark bulunmamaktadır. Bu nedenle, tek bir yaşam kalitesi ölçütünden "altın standart" olarak söz edilmesi mümkün olmadığı gibi böyle bir standardın tanımlanmasına yönelik arayışlar da kabul görmemektedir. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü (The European Organization for Research and Treatment of Cancer, EORTC), uluslararası klinik araştırmalara katılan hastaların yaşam kalitesini örtüşen modüller kullanarak değerlendirecek yaklaşımı geliştirmek üzere 1980'lerde bir program başlatmıştır (EORTC, 2024). EORTC tarafından geliştirilen temel değerlendirme anketi olan QLQ-C30, tüm kanser hastalarında yaşam kalitesini ölçmek üzere tasarlanmış 30 maddelik bir formdur (Aaronson vd., 1993). Yıllar içinde düzenli olarak güncellenen EORTC QLQ-C30 formunun geçerliliği Radyasyon Onkolojisi alanında yapılan klinik araştırmalarda gerek Türkiye’de, gerekse uluslararası düzeyde gösterilmiştir (Aaronson vd., 1993; Cankurtaran vd., 2008). QOL-INFO25 olarak tanımlanan “Bilgi Modülü”, tek başına veya diğer EORTC anketleriyle birlikte kullanılabilir. QLQ-INFO25 hastalık, tıbbi testler, tedavi ve diğer hizmetler

hakkındaki bilgileri değerlendiren dört ölçekten oluşmaktadır (EORTC, 2024). Temel değerlendirme anketi, çeşitli modüllerle tamamlanan modüler yaşam kalitesi değerlendirmeleri için ortak bir zemin oluşturur. Modüllerin genel amacı, belirli hasta gruplarında yaşam kalitesi değerlendirmelerinin duyarlılığını ve özgüllüğünü geliştirmek, böylece gruplar arasındaki farklılıkların ve zaman içindeki değişikliklerin yakalanabilmesini sağlamaktır. Modüller içeriklerine göre belirli tümör türlerini (primer bölge veya metastatik bölge), hasta bakımının yönlerini (hasta memnuniyeti) veya hastaların psikolojik ihtiyaçlarını veya deneyimlerini (bilgilendirilme) etkileyen sorunlarla ilgili olabilir.

Hastaların Tercihleri

Tanım

Hasta tercihi bireyin kendi deneyimlerini, inançlarını ve değerlerini kullanarak tedavisi hakkında karar vermesi anlamına gelmektedir (Jonsen, vd, 2015). Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration) hasta tercihlerini ‘hastaların kendilerine sunulan alternatif sağlık uygulamaları arasında farklılık gösteren sonlanım noktaları içinden arzuları ve kabullenme derecelerine göre yaptıkları seçimler’ şeklinde tanımlanmaktadır (MDIC, 2015). Tercihler kişiler arası farklılık gösterebilecek yargılardır. Bazı hastalar kanser tedavisinde sağkalım faydalarını önceleyebilirken, bu yaklaşım yaşam kalitesine daha fazla değer veren hastalar tarafından tercih edilmeyebilir. Tercih, tedavilerin yarattığı yan etkiler, zararlar veya maliyetleri değerli kılan minimum fayda için ya da tedavinin sağlayabileceği bir fayda karşılığında katlanılmaya razı olunan maksimum yan etkiler, zararlar veya maliyetler arasında yapılabilir. Günümüzde kanser tedavilerinde tercihe duyarlı kararlar giderek daha fazla desteklenmektedir.

Ölçüm yöntemleri

Hastalardan alternatif tedavilerin riskleri, yararları ve diğer yönleri ile ilgili düşünceleri ve bunlar arasında seçim yapmaları beklenmektedir. Ortak karar verme modelinde hastanın merkezde olduğu seçimlerde hasta tercihleri önem kazanmaktadır. Hasta tercihlerini belirleyebilmek için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemler hastaların neyi tercih ettiğini anlamaya yardımcı olsa bile, hastaların tercihlerinin sebepleri hakkında yeterli bilgiyi sağlamamaktadır. Hasta tercihlerini oluşturan değişkenler motivasyon kaynakları, zihinsel faktörler, bireysel farklılıklar, duygusal faktörler ve

sağlığa ilişkin inanışlar şeklinde sınıflandırılabilir (Russo vd., 2019). Hasta tercihleri sıralama yöntemi ya da derecelendirme yöntemi gibi genel değerlendirme yöntemleri kullanılarak incelenebileceği gibi tercihlerin incelenmesi amacıyla belirsizlik durumunda standart kumar (SK) (standard gamble, SG), olasılıklara dayanmayan şekilde zamanın sağlık durumuna göre takas edilmesi (ZT) (time trade-off, TTO), görsel analog skala (GAS) (visual analogue scale, VAS) ve kesikli seçim modelinin (KSM) (discrete choice experiment, DCE) de aralarında bulunduğu konuya özgün değerlendirme yöntemleri de kullanılabilir. Sayılan yöntemlerin çoğu bireylerin aslında nasıl davranmış olduğunu gösteren ‘ortaya konmuş’ tercihler yerine hipotetik olarak öne sürülen bir durumda nasıl davranacaklarını bildirdikleri ‘tanımlanmış’ tercihlerin ortaya konmasını sağlar. Tercihlerin araştırılmasında optimal değerlendirme yöntemi, araştırmacının tercihlerden yararlanma amacı ile şekillenmelidir. Hastaların tedavi algoritmalarının belirlenmesi açısından bakıldığında SK, ZT, GAS ve KSM yöntemleri en uygun seçenekler olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle uygulanacak kanser tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde, belirgin şekilde birbirinden farklılaşan birden fazla nitelik bulunması durumunda KSM en uygun değerlendirme yöntemi olarak düşünülebilir (Blinman vd., 2012).



Kesikli seçim modeli

KSM, bireylerin en büyük faydayı veya faydayı sağlayan ürün veya hizmeti seçerken ödünler verdiklerini savunan niceliksel bir metodolojidir. KSM, katılımcılara varsayımsal senaryoların sunulduğu ankete dayalı deneysel bir tasarım kullanır. Bu senaryolarda katılımcılara belirtilen durumlar seçim görevleri (choice task) olarak adlandırılır. Katılımcılar gerçek dünyadaki karar almayı taklit etmeye çalışarak, her seçim görevinde alternatif olarak belirlenen seçenekler arasında tercih yapmak zorunda kalırlar. Her alternatif, nitelik (attribute) ve nitelik düzeyi (attribute level) olarak tanımlanan bir dizi seçenekten oluşmaktadır. Katılımcılar her seçimde bir alternatifi seçmektedirler (Johnson vd., 2013; Mangham vd., 2009; Szinay vd., 2021). KSM son yıllarda hasta tercihlerini belirleyebilmek için sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri durumundadır. KSM tasarımında karmaşık yaklaşımlar çoğalmakta ve analitik yöntemlerle çıktıların değerlendirilmesinde kalite artmaktadır. Bununla birlikte nitelik seçimine yönelik yöntemler yerine kullanılması tartışma konusu olabilmektedir (Clark vd., 2014). Kanser tedavilerinin çeşitliliği arttıkça ve hastaların sağkalım süreleri uzadıkça kanser hastalarının tercihlerini anlamak, ‘en iyi’ tedaviyi seçmek konusunda hasta ve hasta yakınlarının kararlara katılması yardımcı

olabilmektedir. KSM, kanser hastalarının tedavi süreçlerindeki tercihlerini belirleyebilmek için bir araç olarak kullanılabilmektedir (Collacott vd., 2021).

AMAÇ

Bu çalışmada, kanser hastalarının hastalık ve prognoz açısından bilgi beklentileri ile tedavi kabul ya da ret kararlarında hastalıklarının ve tedavi süreçlerinin yaşam kalitelerine etkisini gözetip gözetmedikleri hakkında görüşlerinin araştırılması planlanmıştır.

Çalışmanın birincil amacı, tedavi öncesinde ya da tedavi sırasında hastaların anlık yaşam kaliteleri, aldıkları bilgiyi yeterli bulup bulmamaları ve bilgi tercihlerinin kararlarını etkileyip etkilemediğinin incelenmesidir. Çalışmanın ikincil amacı ise, ölümcül bir hastalığı olduğunu öğrenen hastaların sağkalım ve kür bilgilerinin kendileri tarafından bilinmek istenip istenmediğinin, tedavi tercih ederken GS, KAS ve yan etki açısından ödünlenimlerinin araştırılması olacaktır.

YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Araştırmanın türü anket çalışmasıdır.

Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması ve Örneklem Tekniği

(a) Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Kararıyla İlgili Olarak Öncelenilen Değerler

Anket uygulanması için gerekli bilgilendirme yapıp hastadan izin alınmasının ardından öncelikle hastanın sosyodemografik özelliklerini üç bölümde değerlendiren anket formu uygulanmıştır (EK 1). Bu form hastanın kişisel özellikleri öğrenmeye yönelik 9 soru, hasta hakkındaki tıbbi bilgiyi öğrenmeye yönelik 3 soru ve hastanın sağlık kararı ile ilgili olarak kendisi için neyin önemli olduğunu belirleme sürecinde kullanılabilecek değerlerden önecediklerinin belirlenmesine yönelik 12 sorudan oluşmaktadır (Sullivan vd., 2019; Witteman vd., 2016).

Hastaların sağlık kararı ile ilgili olarak öncelediği değerleri belirlemeye yönelik sorular cevaplarına göre skorlanıp (“Çok önemli= +2”, “Az önemli= +1”, “Önemsiz= 0”) toplanarak ‘toplam skor’ elde edilmiştir. Toplam skor ne kadar yüksek ise söz konusu “değer” o kadar öncelenmektedir.

(b) Yaşam Kalitesini Değerlendiren Anket Formu (EORTC QLQ-C30) ve Bilgilenmeden Duyulan Tatmini Değerlendiren Ek Modül (EORTC QLQ-INFO25 modülü)

Hastalara tedavi başlangıcında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla EORTC QLQ-C30 anket formu (EK 2) uygulandı. EORTC tarafından klinik çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilen ve yıllar içinde düzenli olarak güncellenen EORTC QLQ-C30 anket formu Türkiye’de gerçekleştirilen çalışmalarda sık kullanılması ve Radyasyon Onkolojisi alanındaki çalışmalarda geçerliliğinin gösterilmiş olması nedeni ile kullanılmak üzere tercih edildi. Yani sıra hastaların tedavi başlangıcında hastalık ve tedavi hakkında yapılan bilgilendirmeden duydukları tatminin değerlendirilmesi amacıyla EORTC QLQ-INFO25 modülü de (EK 3) uygulandı.

(c) Bilgilendirme Tercihleri

Hastaların hem bilgilendirilme tercihlerinin hem de bilgilendirme içeriği konusundaki tercihlerinin belirlenmesi amacıyla KSM kullanılmıştır. KSM iki seçenekli ve zorunlu tercihli yöntem ile uygulanmıştır. Hastalardan KSM kurgusu dahilinde sunulan iki farklı seçenek arasında tercih yapmaları istenmiştir. Varsayımsal olarak kurgulanan ilk senaryo (Senaryo 1) üzerinden iki seçenekli ve zorunlu tercihli seçim yöntemi ile tercihler değerlendirilmiştir.

➤ Senaryo 1:

Yaşamınızı tehdit edebilecek olan hastalığınız nedeni ile doktorunuz tarafından bilgilendirileceğinizi farz edin. Doktorunuz hastalığa ve uygulanabilecek tedavilere bağlı yaşam beklentisi ile ilgili birtakım bilgilere sahip. Fakat bazı hastalar doktorun söylediğinden daha uzun yaşayabiliyorken bazı hastalar daha kısa yaşayabilmektedir. Doktorunuzun bu bilgileri sizinle paylaşma konusunda farklı yöntemleri ve bazı sınırlandırmaları olabilir. Bilgilendirme sırasında doktorunuzun size hastalık ve tedavinize bağlı olarak yaşam süresi hakkında nasıl ve ne kadar bilgi vermesini tercih edersiniz?

KSM uyarınca bilgilendirme tercihinde literatür taraması ve uzman görüşleri ışığında şekillenen dört nitelikten hastalıksız sağkalım (HS), genel sağkalım (GS) ve kalite ayarlı sağkalım (KAS) Şekil 1’de belirtildiği üzere üç seviyede (bilgilendirmesin, beni bilgilendirsin, yakınımı bilgilendirsin), önerilen tedavinin tam iyileşmeye katkısı hakkında bilgi ise Şekil 1’de belirtildiği üzere üç seviyede (bilgilendirmesin, tamamen bilgilendirsin, bir miktar bilgilendirsin) incelenmiştir. Hastaya gösterilen kartlarda hastalıksız sağkalım yerine hastalıksız yaşam süresi, genel sağkalım yerine genel yaşam süresi ve kalite ayarlı sağkalım yerine kaliteli yaşam süresi ifadelerine yer verilmiştir (Şekil 3.1).

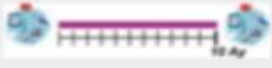
Şekil 3.1. Bilgilendirme tercihinde kullanılan nitelik ve seviyeler

Bilgi içeriği (Nitelik)	Seviye 0	Seviye 1	Seviye 2
Hastaliksız yaşam süresi	Doktorum bu konu hakkında bana bilgi vermesin 	Doktorum bu konu hakkında beni bilgilendirsin 	Doktorum bu konu hakkında yakınımı bilgilendirsin 
Genel yaşam süresi	Doktorum bu konu hakkında bana bilgi vermesin 	Doktorum bu konu hakkında beni bilgilendirsin 	Doktorum bu konu hakkında yakınımı bilgilendirsin 
Kaliteli yaşam süresi (Herhangi bir şikayet olmayan yaşam süresi)	Doktorum bu konu hakkında bana bilgi vermesin 	Doktorum bu konu hakkında beni bilgilendirsin 	Doktorum bu konu hakkında yakınımı bilgilendirsin 
Önerilen tedavinin tam iyileşmeye etkisi hakkında bilgi	Doktorum bu konu hakkında bana bilgi vermesin 	Doktorum bu konuda bana bir miktar bilgi versin 	Doktorum bu konuda bana ayrıntılı bilgi versin 

(d) Tedavi kararı tercihleri

Tedavi kararı tercihlerinin belirlenmesi için KSM kullanılmıştır. KSM iki seçenekli ve zorunlu tercihlili yöntem ile uygulanmıştır. Hastalardan KSM kurgusu dahilinde sunulan iki farklı seçenek arasında tercih yapmaları istenmiştir. Varsayımsal olarak kurgulanan ikinci senaryo (Senaryo 2) üzerinden iki seçenekli ve zorunlu tercihlili seçim yöntemi ile tercihler değerlendirilmiştir.

> Senaryo 2:

Nitelik	Seviye 0	Seviye 1	Seviye 2
Genel yaşam süresi (ay)			
Kaliteli yaşam süresi (ay)			
Tedaviler süresince yaşanacak yan etkiler	Hafif	Orta	Şiddetli

Yaşamınızı tehdit eden hastalığınız için tedavi olmazsanız ortalama sağkalımın 7 ay olduğunu farz edin. Bu sürenin son birkaç ayında yaşam kaliteniz düşük (ağrı, acı, solunum sıkıntısı olması gibi) olacaktır. Bunun aksine size önerilen tedaviler ortalama sağkalım süresini arttıracaktır. Bu tedaviler yaşam kalitenizi bazen olumlu, bazen olumsuz etkileyebilecektir. Doktorunuz genel sağkalım süresi ve kaliteli sağkalım süresi, tedavilere ve hastalığınıza bağlı yaşayabileceğiniz yan etkiler konusunda birtakım bilgilere sahiptir. Size tedavi önerirken bu bilgileri verecektir. Sonuçları ve yan etkileri farklı olan iki tedavi seçeneğinden hangisini tercih edersiniz?

Tedavi kararı tercihinin belirlenmesi için üç nitelik (GS, KAS ve tedaviler süresince yaşanacak yan etkiler) Şekil 2’de belirtildiği üzere üç seviyede (30, 24 ve 18; 10, 8 ve 6; hafif, orta ve şiddetli) değerlendirilmiştir. Hastaya gösterilen kartlarda genel sağkalım yerine genel yaşam süresi ve kalite ayarlı sağkalım yerine kaliteli yaşam süresi ifadelerine yer verilmiştir (Şekil 3.2).

Şekil.3.2 Tedavi kararı tercihinde kullanılan nitelik ve seviyeler

KSM düzeninde kullanılmak üzere tercih kartlarının sayısının ve aday kartların belirlenmesinde bir çevrimiçi ortogonal dizi kütüphanesinden ve seviye kaydırma yönteminden yararlanılmıştır. KSM için ortogonal dizi (Tablo 3.1) ile her biri 3 seviyeli 4 nitelik kullanılarak “fractional design” şeklinde her iki senaryo için 9 seçim kartı oluşturulmuştur (4,5).

Ormen (1998) tarafından KSM için sadece başlıca etkileri tahmin etmeye yönelik olarak geliştirilen denklem kullanıldığında, bu çalışma için gereksinim duyulan en düşük örneklem büyüklüğüne ulaşılmaktadır. $N \geq 500 \times L_{max} / J \times S$ formülünde L_{max} niteliklerden herhangi biri için değerlendirilen en yüksek seviye sayısını, J seçeneklerin sayısını ve S tercihli soruların sayısını göstermektedir. Bu çalışmanın gereç ve yönteminde belirtilen her nitelik için 3 seviye, her tercihli soru için 2 seçenek ve toplamda 9 tercihli soru formül içinde kullanıldığında ulaşılan örneklem büyüklüğü $N = 500 \times 3 / (2 \times 9) = 84$ olarak hesaplanmaktadır (Orme, B. 1998. Sample size issues for conjoint analysis studies, Sawtooth Software Technical Paper, Sequim).

Tablo 3.1 KSM İçin Ortogonal Dizi

Seçimler	A	B
1	0000	1111
2	0112	1220
3	0221	1002
4	1011	2122
5	1120	2201
6	1202	2010
7	2022	0100
8	2101	0212
9	2210	0021

Çalışma kapsamında 67 hastaya anket uygulandı. Anket uygulanan hastalardan 23’ü ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniğinde, 32’si ile Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniğinde ve 12’si ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniğinde görüşüldü. Altı hastaya anketör tarafından anket uygulandı.

Çalışmaya dahil edilmesi planlanan hasta sayısının gerisinde kalınmış olmakla birlikte, Dünya Sağlık Örgütü kılavuzunda KSM için minimum denek sayısı olarak belirtilen 30 hasta düzeyi aşılabılmıştır (Rockers., vd 2012). Ankete katılması için teklif yapılan hastalardan beşi ankete katılmak istemediklerini bildirmiştir. Başlangıçta ankete katılmayı kabul eden bir başka hasta ise senaryolar gereği sağkalım ile ilgili soruların başlaması üzerine ankete

katılmaktan vazgeçmiştir. Hastaların ankete katılmak istememe nedenlerinden biri de hasta yakınlarının hasta için hastalığını bilmiyor olması nedeni ile ek bilgi verilmesi konusundaki isteksizlikleri ve endişeleri olarak ortaya çıkmıştır.

Çalışma Süresi ve Evreni

Çalışma evrenini 1 Mayıs 2021 ile 30 Nisan 2022 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniği, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniği ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Polikliniği'ne başvuran ve lokal ileri evre küçük hücreli-dışı akciğer kanseri tanısı ile eşzamanlı KRT veya ardışık KRT uygulanacak olan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya temel oluşturan anket formunun uygulanması için hastalarla radyoterapi tedavilerinin ilk günü yüz yüze görüşme yapılmıştır. Anket formu hastalara yüz yüze görüşme sırasında çalışma sahibi (EYE) veya kendisi tarafından eğitilen bir anketör (DK) tarafından uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma planı Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından (KÜ-GOKAEK-2021/7.19) onaylanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Sonuçların değerlendirilmesi için bağımlı değişken sayısı sınırlandırılmış model kullanıldı. Bu şekilde yapılan regresyon analizinde seçimli kartlarda (choice tasks) tercih edilen alternatif için 1 değeri ve tercih edilmeyen alternatif değeri için 0 değeri kodlandı. Bu şekilde kodlanan verinin analizinde şartlı lojistik regresyon (conditional logistic regression, conditional logit) testi uygulandı. Kullanılan istatistiksel analiz paket programında (SPSS) şartlı lojistik regresyon analizi yapılamadığından, alternatif olarak durum değişkeni olarak “zaman” sahte (dummy) değişken şeklinde kodlanmak kaydı ile çok değişkenli sağkalım analizinde kullanılan Cox regresyon analizi uygulandı. Cox regresyon analizi çıktısında significance kolonunda sunulan p değeri, ilgili bağımsız değişkenin (her bir attribute için tanımlanan her bir level düzeyinde ayrı ayrı sunulmak üzere) model içindeki anlamlılığını değerlendirmekte kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p=0.05$ olarak kabul edildi. Cox regresyon analizi çıktısında Exp (B) kolonunda sunulan katsayı değeri ile bu değer % 95’lik güven aralığı değerleri ilgili bağımsız değişkenin Risk Oranının (Hazard Ratio) tanımlanması ve yorumlanması için kullanıldı. Bu değerler üzerinden tercih ağırlıkları (preference weights) hesaplanarak yorumlandı. Demografik özelliklerin frekansları ile ortalama veya ortanca değerleri sunuldu. Gruplar arası dağılımın karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR

Katılımcıların Kişisel Özellikleri

Çalışmaya 63'ü erkek (% 94) ve dördü kadın (% 6) olmak üzere 67 hasta katıldı. Hastaların yaşları 49 ile 84 arasında değişmekteydi (ortalama, 66 yaş). Beş hasta aktif olarak çalışmaktaydı. İki hasta kendi başına yaşamaktaydı. 36 hasta (%54) yakın çevresinde benzer bir hastalık sürecini yaşayanlar olduğunu belirtmekteydi.

Hastaların 15'i (%22) Evre IIIA hastalık, 52'si ise (%78) Evre IIIB hastalık olarak evrelenmişti. Hastaların 42'sine (%63) eşzamanlı KRT, 25'ine ise (%37) ardışık RT uygulanması planlanmıştı. Eşzamanlı KRT planlanan hastalardan ikisine yandaş hastalıkları nedeni ile tek başına RT uygulanabildi.

Çalışma grubunda yer alan hastalardan 46'sı hayatlarına ait kararları kendilerinin aldığını, 20 hasta aileleriyle birlikte karar aldıklarını, bir (kadın) hasta ise kararları eşinin aldığını belirtti. Hastalardan sadece 26'sı hastalıkla ilgili kararları alırken kendi başına karar verdiğini belirtirken 35 hasta aile üyeleriyle birlikte karar verdiğini, 6 hasta ise kararları yakınlarının verdiğini belirtti.

Hastaların tedavi kararında öncelediği değerler toplam skora göre şu şekilde sıralanmaktaydı:

- *Kalite ayarlı sağkalım süresinin uzaması (toplam skor 128)*
- *Hastalıksız sağkalım süresinin uzaması (toplam skor 127)*
- *Genel sağkalım süresinin uzaması (toplam skor 126)*
- *Hastalığın tekrarlama ihtimali (toplam skor 111)*
- *Kendi kendine bakabilmek (toplam skor 103)*
- *Kendi evimde yaşayabilir olmak (toplam skor 101)*
- *Eşime, aileme veya arkadaşlarıma yük olmak (toplam skor 92)*

- *Yoğun bakım ihtiyacımın olmaması (toplam skor 91)*
- *Doktor ve hastane rutin ziyaretlerini yapmak zorunda kalmamak (toplam skor 83)*
- *Tedavinin fiziksel yan etkileri (toplam skor 73)*
- *Tedavinin masrafları (toplam skor 69)*
- *Tedavinin duygusal yan etkileri (toplam skor 61)*



Yaşam kalitesi ve bilgilendirme tatmini (EORTCQLQ-C30 ve INFO25)

Hastaların başvuru anındaki yaşam kalitelerini değerlendirebilmek için kullanılan EORTC QLQ-C30 formu beş fonksiyonel ölçek, üç semptom ölçeği, bir genel sağlık durumu/yaşam kalitesi ölçeği ve altı bağımsız madde içermektedir. Form 0 ile 100 arasında bir değer alacak şekilde skorlandı. Genel sağlık durumu/yaşam kalitesi skorunun yüksekliği daha iyi yaşam kalitesini, fonksiyonel durumun yüksekliği daha sağlıklı fonksiyonu, semptom skalasının yüksekliği ise daha fazla semptomun varlığını göstermektedir.

Tüm grup için genel sağlık durumu/yaşam kalitesi skoru 0 ile 100 arasında değişmekteydi (ortalama skor, 65). Fonksiyonel durum değerlendirildiğinde fiziksel işleyiş en düşük skora (ortalama skor, 65) sahipti ve hastaların fiziksel işleyişi kötüydü. Rol işleyiş (ortalama skor, 85), duygusal işleyiş (ortalama skor, 81), bilişsel işleyiş (ortalama skor, 87) ve sosyal işleyiş (ortalama skor, 86) için skorlar benzerdi ve hastaların bu tür işleyişleri iyiydi. Semptom skalası değerlendirildiğinde hastalar arasında en şiddetli şekilde rapor edilen semptomlar halsizlik (ortalama skor, 35), dispne (ortalama skor, 35) ve uykusuzluk (ortalama skor, 32) şeklinde sıralanmaktaydı (Tablo 4.1).

Tablo 4.1 EORTC QLQ-C30 Formu İçin Skorlar

		Minimum	Maksimum	Ortalama	Ortanca
Genel sağlık durumu/Yaşam kalitesi	QL2	0	100	65	66
Fonksiyonel durum					
<i>Fiziksel işleyiş</i>	PF2	13	100	65	73
<i>Rol işleyiş</i>	RF2	0	100	85	100
<i>Duygusal işleyiş</i>	EF	8	100	81	91
<i>Bilişsel işleyiş</i>	CF	0	100	87	100
<i>Sosyal işleyiş</i>	SF	0	100	86	100
Semptom skalası					
<i>Halsizlik</i>	FA	0	100	35	33
<i>Bulantı ve kusma</i>	NV	0	83	11	0
<i>Ağrı</i>	PA	0	100	28	16
<i>Dispne</i>	DY	0	100	35	33
<i>Uykusuzluk</i>	SL	0	100	32	33
<i>İştahsızlık</i>	AP	0	100	24	0
<i>Kabızlık</i>	CO	0	100	19	0
<i>İshal</i>	DI	0	66	7	0
<i>Maddi zorluklar</i>	FI	0	100	17	0

Tüm grup için yapılan değerlendirmeler dışında hastalar belirlenen prognostik faktörlere (yaş, eğitim durumu, hayatı ilgili karar veren kişi, tedaviyle ilgili karar veren kişi, ECOG performans skoru, çevresinde benzer hastalığı olan kişilerin varlığı, hastalık evresi) göre gruplara ayrılarak karşılaştırmalı olarak değerlendirildi. Genel sağlık durumu/yaşam kalitesi skoru tedavisine kendisi karar veren hastalar için ortalama 73, tedavi kararını başkasına

bırakan hastalar için ise ortalama 60 olarak bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p= 0.02$). Diğer gruplar arasında daha genç hastalar (68 vs 62), daha fazla eğitim almış hastalar (65 vs 66), hayatı ile ilgili kararları kendi alan hastalar (67 vs 60), performans skoru daha iyi olan hastalar (66 vs 62), çevresinde benzer hastalık öyküsü olmayan hastalar (67 vs 63) ve daha erken evrede olan hastalar (71 vs 64) için daha yüksek skorlar hesaplanmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Hastaların aldıkları bilgiyi değerlendirmek için kullanılan EORTC QLQ-INFO25 modülü hastalık hakkında bilgilendirme (4 soru), tıbbi testler hakkında bilgilendirme (3 soru), tedavi hakkında bilgilendirme (6 soru) ve diğer hizmetler hakkında bilgilendirme (4 soru) içeren 4 skaladan ve 8 adet tek sorudan oluşmaktaydı. Form 0 ile 100 arasında bir değer alacak şekilde skorlandı. Skorun yüksekliği fazla bilgilenmiş olmayı, daha fazla bilgi alma arzu ve hastanın bilgilenmeden daha fazla tatmin olunduğunu göstermekteydi.

Tüm grup için genel skor 19 ile 88 arasında değişmekteydi (ortalama skor, 53). Hastalık için bilgilendirme (ortalama skor, 60) ve yapılacak olan testler için bilgilendirme (ortalama skor, 59) en yüksek skora sahipti. Hastaların alınan bilgilerden tatmin olma skoru 0 ile 100 arasında değişmekteydi (ortalama skor, 61). Yapılan bilgilendirmenin hastaya yardımcı olması skoru da 0 ile 100 arasında değişmekteydi (ortalama skor, 64) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 EORTC QLQ-INFO25 modülü için skorlar.

Bilgi skalası		Minimum	Maksimum	Ortalama	Ortanca
Bilgilendirme					
<i>Hastalık İçin</i>	<u>INFODIS</u>	8	100	60	58
<i>Testler İçin</i>	<u>INFOMEDT</u>	0	100	59	55

Bilgi skalası		Minimum	Maksimum	Ortalama	Ortanca
<i>Tedaviler İçin</i>	<u>INFOTREAT</u>	0	100	48	44
<i>Diğer Hizmetler İçin</i>	<u>INFOTHSE</u>	0	91	21	8
<i>Farklı Sağlık Kuruluşları</i>	<u>INFODIFP</u>	0	100	25	0
<i>Kendi Başına Yapabildikleriniz</i>	<u>INFOHELP</u>	0	100	42	33
<i>Yazılı bilgilendirme aldınız mı?</i>	<u>INFOWRIN</u>	0	100	73	100
<i>Görsel (CD/video) bilgilendirme aldınız mı?</i>	<u>INFOCD</u>	0	0	0	0
Tatmin skalası					
<i>Alınan bilgiden tatmin olma</i>	<u>SATINFO</u>	0	100	61	66
<i>Bilgilendirmenin yardımcı olması</i>	<u>OVERHELP</u>	0	100	64	66
Genel skor		19	88	53	55

Hastalardan 16'sında (% 27) bilgilendirme yazılı olarak yapılmamıştı ve hiçbir hastada görsel (CD ve/veya video kullanılarak) bilgilendirme yapılmamıştı. Bilgilerden tatmin olma skalasında sunulandan daha fazla bilgi isteyip istemediği sorulduğunda olumlu yanıt veren 21 hasta vardı. Bilgilerden tatmin olma skalasında sunulandan daha az bilgi almış olmayı isteyip istemediği sorulduğunda olumlu yanıt sadece bir hasta vardı.

Seçimini “Daha az bilgi almış olmak isterdim” olarak belirten bu hasta “tanıyı bilmek istemezdim” ifadesini kullanmıştı. Bilgilendirilme miktarı sorulduğunda hastaların çoğu

‘‘çok’’ olarak yanıt vermekle birlikte, hastaların çoğu ‘daha fazla bilgi almak ister miydiniz’ sorusuna da ‘‘evet’’ yanıtını verdiler. Hastalar ‘neyi bilmek isterdiniz’ sorusuna ise ‘‘hastalığımı, bundan sonra ne olacağını, iyi olup olmayacağımı bilmek isterdim’’ yanıtını verdiler.

Korelasyon analizinde, genel sağlık durumu skoru ile bilgilendirme için genel skor arasında pozitif yönlü bir ilişki saptandı ($p= 0.05$, $R= 0.24$). Genel sağlık durumu ve yaşam kalitesi iyileştikçe, hastaların bilgilendirilme isteğinde de artış olduğu görülmektedir. Genel sağlık durumu skoru ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p= 0.05$, $R= 0.241$). Öte yandan yaş ile bilgilendirme için genel skor arasında negatif yönlü bir ilişki saptandı ($p= 0.04$, $R= 0.26$). Hastaların yaşı arttıkça bilgilendirilme isteğinde azalma olduğu görülmektedir.

Anket uygulaması sırasında hastaların seçilmiş tepkileri:

- *Doktorum hangi tedaviyi önerirse onu kabul ederim*
- *Yaşadığım süre mi kaliteli süreyi mi seçerim diye soruyorsunuz?*
- *Kararları oğlum verdiği için anket sorularına da oğlumun cevap vermesini isterim.*
- *Şiddetli ağrı ile uzun yaşamının anlamı yok.*
- *‘Yaşayacak mıyım doktor?’ sorusunu sorardım.*
- *Çalışmanın sonuçlarıyla ilgili en erken bir yıl sonra bilgi alabileceği bildirilen hasta: ‘O kadar ömrüm olursa’*



Kesikli Seçim Modeli (KSM)

Tablodaki her ‘p değeri’, tahmin edilen tercih ağırlığı (preference weight) ile o niteliğin (attribute) ortalama etkisi arasındaki farkı istatistiksel anlamlılık açısından değerleyen bir ölçüttür. Tercih ağırlığı, katsayı (coefficient) değeri olarak ifade edilmektedir. Katsayı değerinin yüksek olması o seviyenin (level) tercih edildiğini göstermektedir.

Katsayı değeri, iki seviye arasındaki tercih edilme baskınlığına işaret etmektedir. Seviyelere ait en büyük ve en küçük katsayı değerleri arasındaki fark, bu katsayı değerini tanımlayan seviyelerin rölatif önemine işaret etmektedir. Katsayı değerleri tek başlarına anlam taşımamakta, ancak birbirleri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmek için kullanılmaktadır. Bu tanımdan hareketle, kullanılan yöntem basit matematiksel değerlendirmeden çok seviye tanımları üzerinden yorumlamaya dayanmaktadır. Bu şekilde, nitelik ve seviye tanımları benzeşmediği sürece, farklı modellerin karşılaştırılması da mümkün değildir.



Bilgilendirme tercihleri

Hastalar bilginin kendilerine verilmesini tercih etmekteydi. Hastaların bilginin kendilerine verilme tercihi açısından hesaplanan katsayı HS için 4.89, GS için 3.93 ve KAS için 3,25 olarak bulundu. Hastalar tedavilerle sağlanabilecek kür hakkında ise biraz bilgilenmeyi tercih ediyorlardı. Hastaların tedavilerle sağlanabilecek kür hakkında bilgilenme tercihi açısından hesaplanan katsayı 3,96 olarak bulundu. Hastaların HS bilgisini GS bilgisine göre 1,2 kat daha fazla kendileri bilmek, KAS bilgisine göre ise 1,5 kat daha fazla kendileri bilmek istedikleri hesaplandı.



Tedavi kararı tercihleri

Hastaların tedavi kararı tercihlerinde GS için en uzun seviye olarak sunulan 30 ay seçimi için hesaplanan katsayı 2,42 olarak, KAS için en uzun seviye olarak sunulan 10 ay seçimi için hesaplanan katsayı 0,96 olarak ve tedavi yan etkisi için en hafif seviye olarak sunulan hafif yan etki seçimi için hesaplanan katsayı ise 1,91 olarak bulundu.

Hastalar tedavi tercihinde genel yaşam süresinin uzun olmasını kalite ayarlı yaşam süresinin uzun olmasına 2,5 kat daha fazla tercih ediyorlardı. Hastalar ayrıca tedavi tercihinde genel sağkalımın uzun olmasını tedavi sırasındaki yan etkinin hafif olmasına da 1,3 daha kat fazla tercih etmekteydi. Bunun dışında hastalar tedavi tercihinde tedavi sırasındaki yan etkilerin hafif seviyede olmasını da kalite ayarlı sağkalımın uzun olmasına 2 kat daha fazla tercih etmekteydi.

TARTIŞMA

Lokal ileri evre akciğer kanseri tanısı ile çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu tedavi kararlarında “Kalite ayarlı sağkalımın uzaması”, “Hastaliksız sağkalımın uzaması” ve “Genel sağkalımın uzaması” başlıklarına daha fazla değer verdiklerini belirtmiştir. Bilgi tercihleri değerlendirildiğinde katılımcılar hastaliksız sağkalım, genel sağkalım ve kalite ayarlı sağkalım hakkında bilginin tamamının kendilerine verilmesini tercih ederken önerilen tedavinin tam iyileşmeye etkisi hakkında bir miktar bilgi verilmesini tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Tedavi kararı konusunda tercihleri değerlendirildiğinde ise katılımcılar genel sağkalımın daha uzun olmasını kalite ayarlı sağkalımın daha uzun olmasına, genel sağkalımın daha uzun olmasını tedavi sırasındaki yan etkilerin daha hafif olmasına ve tedavi sırasındaki yan etkilerin daha hafif olmasını kalite ayarlı sağkalımın daha uzun olmasına tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Lokal ileri evre akciğer kanseri tedavisine yönelik klinik çalışmaların sonlanım noktaları, hastaların en çok değer verdikleri düşünülen yaşam kalitesine ve kalite ayarlı sağkalıma yapılan vurguyu artırabilecek ve daha fazla hasta merkezli nitelikteki çalışmalarla desteklenebilir. Klinisyenin hastayı bilgilendirdiği ve tedavi kararını tartıştığı görüşmeler, kararların hastaların öncelikleri ve hedefleriyle tutarlı olmasını sağlamak amacıyla hastaların değerlerini ve tercihlerini ortaya çıkarmaya odaklanmalıdır. Lokal ileri evre akciğer kanseri tedavisinde karar verme, temel etik ilkelerin anlaşılmasını ve yalnızca tıbbi bilginin ötesinde hasta değerlerinin önceliklendirilmesini gerektirir. Aynı anda ortaya çıkan ikilemler nedeniyle bir tedavi planı seçmek gerek hasta ve hasta yakınları gerekse hekimler için zor olabilir. Önemli ve zor seçimlerin yapılmasında hastaların da kararlara aktif şekilde katılımı gerekmektedir (Brescia, 2001). Klinisyenin karar aşamasında en iyi sonucu elde edebilmek için hastanın istekleriyle tutarlı kararlar almasına yardımcı olma görevi vardır. Çalışma grubunda yer alan hastalardan 46’sı hayatlarına ait kararları kendilerinin aldığını belirtirken, hastalardan sadece 26’sı hastalıkla ilgili kararları alırken kendi başına karar verdiğini ve geride kalan 35 hasta aile üyeleriyle birlikte karar verdiğini, 6 hasta ise kararları kendilerinin yerine yakınlarının vermesini tercih ettiğini belirtmiştir.

Kanser hastası ile karşı karşıya kalan klinisyenin önünde bulunduğu temel etik sorular şöyle sıralanabilir (Brescia, 2001):

Hastalar, hayatta kalma verileri de dahil olmak üzere kanser tanısının tüm yönlerini bilmeli mi? Prognozu sınırlı olan bir bireye, özellikle hastanın umudunu kaybetmesinden

korkan aile yakınları varken, prognostik faktörler ve gelecekteki olası zorlukların ne kadarının açıklanması gerekir?

Hasta kötü haberi duymaktan kaçınmak istiyorsa ne yapmak gerekir?

Tedavi ne zaman sonlandırılmalıdır?

Bir klinisyen kanser hastasına nasıl bilgi verir?

Hastayı bilgilendirmekle başlayan onam, hasta ile klinisyen arasındaki bir iletişim sürecidir. Onam alma sırasında her iki taraf da konuyla ilgili soru sorma ve bilgi alışverişinde bulunma fırsatına sahiptir. Ayrıca her iki taraf da doğru bilgi alışverişinin sorumluluğunu paylaşmaktadır. Hastaların kendi kaderini tayin etme ve her türlü tıbbi müdahaleye rıza gösterme hakkı vardır. Bireyin kendisini ve yaşamını kendi ilkelerine göre yönetme özelliği özerklik kavramı olarak tanımlanmaktadır (Saad, 2018). Bu kapsamda özerklik ‘kişinin kendi düşünceleri, arzuları ve içinde yetiştiği ya da bulunduğu koşullar tarafından yönlendirilen ve dış belirleyiciler tarafından zorla benimsetilmeye çalışılmayan bir kişiliğinin olması’ ve bu kişiliğin ‘özgün benliğin bir parçasını oluşturması’ olarak anlaşılmalıdır (Christman, 2020). Aydınlatılmış onam süreci, hastanın tıbbi müdahalelerindeki özerkliğini korumak için tasarlanmıştır ve uygun onam süreci hastanın bireysel özerkliğini garanti etmektedir. Son yıllarda Radyasyon Onkolojisi alanında aydınlatılmış onamın uygun şartlarda alınmasına yönelik zorluklar gündeme getirilmeye başlanmıştır. Bu zorluklar arasında hasta korkuları, rutin klinik işlemlerde onam formlarının zayıf noktalarının gözden kaçırılabilmesi ve yeni teknolojileri içeren klinik araştırmaların tedavi ediciliği konusunda yanlış anlamalar yer almaktadır (Gutiontov vd., 2021). Radyasyon onkolojisi alanında yapılan bir çalışmada bilgilendirme pratiğinin sınırları çizilmiştir. Bu çalışmada klinisyenin sınırlı durumlarda, özellikle hastayı kötü etkileyebileceği düşünülüyorsa, bilgi içeriğini saklayabileceği vurgulanmıştır. Ancak bilgilendirmenin miktarı ve özgüllüğünün her bir hastanın bireysel tercih ve ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlanması gerektiği üzerinde durulmuştur (Hurwitz vd., 2023)

Ülkemizde hasta özerkliğine saygı ve hastanın refahının artırılması etik ilkelerine dayanan hasta hakları yönetmeliğinin başlıca konularından biri hastadan aydınlatılmış onam alınmasıdır (Resmi Gazete, 1998). Karar verme yeterliliğinde olan hastaların kendi bedenlerine ne yapılacağı konusunda karar verme hakkı vardır. Ancak hastalar, hastalıkları ve tedavileri hakkında yeterli ve aydınlatıcı bilgiye sahip olmadan onam sürecine katılamazlar. Hastaların tedavi kararlarına katılabilmelerini ve bu kararların bireysel

hedeflerini, tercihlerini ve değerlerini yansıtabilmesini sağlamak için tedavinin riskleri, yararları ve alternatifleri hakkında hekimleri tarafından bilgilendirilmiş olmaları gerekmektedir. Hastaların bilgilendirme tercihleri farklılık gösterebilmektedir ve klinisyenlerin takip ettikleri kılavuzlarda bu farklılıklara yönelik çalışmalarla desteklenmiş bilgilere yer verilmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Hasta-hekim ilişkisi klinisyen hastanın tıbbi ihtiyaçlarının karşılanması doğrultusunda hizmet etmesiyle birlikte başlamaktadır. Bu ilişki klinisyen ve hasta ve/veya hasta yakını arasında karşılıklı rıza ile kurulmaktadır. Hekimler hasta haklarına saygı göstererek saygıya dayalı bir anlaşmaya başlamaktadır. Hastaların klinisyenden bilgi almaları ve aldıkları bilgileri tartışmaları hasta haklarından biridir (AMA-Code, 2024).

Hastanın bilgilendirilmesi aşamasında kanser hastalarının hayatı tehdit eden hastalık konusunda ne kadar ve nasıl bilgilendirileceği konusu klinisyenler arasında etik ikilemlere yol açabilmektedir. Onkolojide gerçeği söylemenin zorlukları arasında hastalığın doğasından kaynaklanan tedirginlikler, prognozun ciddiyeti, fiziksel ve psikolojik semptomlar nedeni ile hastaların savunmasızlığı, sosyal damgalanma endişesi, tedavilerin hastalara getirdiği yük sayılabilir. Kanser hastalarında gerçeğin söylemesi ile ilgili Türkiye'deki kültürel farklılığı çalışan Güven, Türk hastaların beklentilerinin kişiden kişiye farklılık gösterebilen geniş bir yelpazede olduğunu, sağlık çalışanları, hastalar ve kültürel çevreleri arasındaki karmaşık etkileşim de gerçeğin söylenmesinde önemli bir faktör olabileceğini belirtmiştir (Güven, 2010). Klinisyenin gerçeği söyleme yükümlülüğü yansıra bilgilendirmenin hasta özelliklerine ve bilgi ihtiyaçlarına uygun olması da dikkate alınmalıdır. Lewandowska ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, kanser hastalarının tıbbi bilgi açısından karşılanmamış yüksek düzeyde ihtiyaçları olduğu gösterilmektedir. Tıbbi bilgi konusundaki memnuniyetsizliğin ise anksiyete ve depresyon gelişimiyle bağlantılı olduğu bildirilmektedir (Lewandowska vd., 2020). EORTC tarafından geliştirilen yaşam kalitesini değerlendiren EORTCQoL C30 anketine eklenen INFO25 modülü hastaların aldığı bilgilerin yansıra diğer niteliksel yönlerinin değerlendirilmesi için de geçerli ve güvenilir bir araçtır (Arraras vd., 2011). Hastaların almak istedikleri bilgi ve bu bilgileri nasıl almak istedikleri konusundaki istekleri ve gerçekte aldıkları bilgilerden duydukları memnuniyet arasında bir eksik kalmamalıdır. Hastaya verilen bilgi ve hasta tarafından istenen bilgi dengeye ulaşmadıkça hasta-hekim ilişkisi zayıflar. Bu durumda ise hastaların tıbbi ekibe güveni sarsılır ve sonuçta tedavi uyumunun bozulmasına neden olabilir. Pinto ve arkadaşlarının ayaktan tedavi olan kanser hastalarında yaptıkları

çalışmada hastalar iyi bilgilendirilmiş olduklarını düşünmelerine rağmen beslenme, uzun vadeli sonuçlar ve semptomların tekrarlaması hakkında sunulabilecek daha fazla bilgiden memnun kalacaklarını bildirmişlerdir. Yazarlar INFO25 modülünün temel değerlendirme için yararlı bir araç olarak bildirmeleriyle birlikte yaygınlaşan internet kullanımı ve teknolojiye dayanan sağlık araçlarına uyarlanmasını da önermişlerdir (Pinto vd., 2014).

Lokal ileri evre akciğer kanseri hastalarında, mortalite oranlarının yüksek olması yansıra hastalık ve radyoterapi, kemoterapi gibi yan etkileri fazla olabilecek tedaviler hastaların yaşam kalitesini bozabilmektedir. Çalışmamızda hastaların genel sağlık durumu/yaşam kalitesi skoru tedavisine kendisi karar veren hastalar için ortalama 73, tedavi kararını başkasına bırakan hastalar için ise ortalama 60 olarak bulundu ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0.02$). Sunulan bilgilerden tatmin olma skoru yüksek olmasına rağmen (ortalama skor, 61), hastaların sunulan bilgilerden tatmin olma skalasında sunulandan daha fazla bilgi isteyip istemediği sorulduğunda olumlu yanıt veren 21 hasta (% 31) vardı. Hekimin gerçeği söyleme görevi ve hastanın bilgilendirme tercihleri arasında denge sağlanabilmesi, hastaların tercihleri, değerleri gözetilerek bu ikilemin çözümlenebilmesi açısından hasta değerlerinin ve tercihlerinin değerlendirildiği geniş çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Schmidt ve arkadaşlarının literatür derlemesi yaptıkları bir çalışmada akciğer kanseri tanısı olan hastaların yaşam süresi ve yaşam kalitesi arasındaki dengeye, belirli yan etkilerin önemine ve karar verme tercihlerine ilişkin seçimleri incelenmiştir. Bu konudaki çalışmalarda bazı eksiklikler bildirmişlerdir. Çalışmaların çoğunluğu örneklem büyüklüğünün küçük olması ve kapsamlı istatistiksel analizler kullanılmadığından hasta tercihlerinin heterojen bir tablo çizdiğini belirtmişlerdir. Yazarlar hasta tercihlerini araştırmak için planlanan çalışmalarda tek seçenekli veya Likert ölçekli tasarımlardan kaçınılarak, kesikli seçim modeli gibi çok özellikli ölçüm tekniklerinin kullanılmasını önermektedirler (Schmidt vd., 2016). Tedavide sağlanan gelişmelere bağlı olarak sağkalım katkısı sağlanan hastalar yaşadıkları süreçte semptom yükü, tedaviye bağlı yan etkiler, yaşam kalitesinin bozulması, eşlik eden hastalıklar ve ekonomik kayıplar gibi bir dizi zorlukla karşı karşıya kalmaktadır. Yapılacak klinik araştırmaların hastaların sadece ne uzunlukta hayatta kalacaklarını değil, hangi iyilik düzeyinde yaşayacaklarını da değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir. Kanser tedavisinde hastalar bazen yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi arasında tercih yapmak zorunda kalabilmektedirler. Bu alandaki hasta tercihleri değişkenlik gösterebilmektedir. Bazı hastalar yaşam sürelerini uzatmak için tedaviyle ilişkili toksisitelere katlanmaya

istekliyken, diğerleri yaşam kalitesine daha fazla değer vermekte ve kalan sürelerini içinde bulunduklarından daha riskli bir durumda geçirmek istememektedir. Sonuç olarak, herhangi bir tedavinin amacı kanser hastalarının daha uzun veya daha iyi yaşamasını sağlamak ya da her ikisini birden sağlamak olmalıdır. Hastaların zarar ve fayda yönünde tercihleri her zaman sağlıkla ilgili olmayıp finansal yüklerle, arkadaşlara ve aileye artan bağımlılıkla ilgili de olabilir. Bu yüzden, klinisyenlerin uygulanacak tedavilerin risklerini ve faydalarını tartabilmeleri, hastalarının endişelerinin ve beklentilerinin farkında olmaları gerekmektedir. Bilgilendirmede ‘makul insan standardı’ ve ‘mesleki uygulama standardı’ olarak adlandırılan iki tanım üzerinde durulmaktadır. Beauchamp ve Childress hem hastaların kendi kararlarını vermek için hangi bilgiye ihtiyaçları olduğunu bilemeyebilecekleri, hem de hekimlerin her hasta için kapsamlı geçmiş ve karakter analizi yapmasının beklenemeyeceği gerekçelerinden yola çıkarak makul insan standardının savunucusu olmuşlardır. Beauchamp ve Childress, hekim-hasta arasındaki güven ilişkisine dayanarak prognoz hakkındaki aşamalı açıklamaları ve temkinli anlatımları bazı klinik durumlarda haklı görmektedirler. Mesleki normlar genel anlamda tanı ve tedavi seçenekleri hakkında açık ve doğrudan bilgi paylaşımını desteklemelidir. Kötü haberin verilmesi görevinin şefkat, duyarlılık ve nezaket erdemlerini içermesi gerektiği belirtilmektedir (Beauchamp & Childress, 2019). Bilgi paylaşımı, içeriği hakkında kesin sınırlar tanımlanamamakla birlikte, güncel tartışma konularından biridir. Türkiye’deki kültürel farklılığı çalışan Güven, Türk hastaların beklentilerinin kişiden kişiye farklılık gösterebilen geniş bir yelpazede olduğunu, sağlık çalışanları, hastalar ve kültürel çevreleri arasındaki karmaşık etkileşim de gerçeğin söylenmesi kararı açısından önemli bir belirleyici olabileceğini belirtmiştir (Güven, 2010). Çalışmamızda lokal ileri evre akciğer kanseri tanımlı hastaların hastalıkları ve tedavileri konusunda nasıl bilgilendirilmeyi istedikleri ve ne kadar bilgi almak istedikleri araştırılmıştır. Hastaların bilgilendirme tercihlerini karşılaştırarak yorumlayabilmek amacıyla KSM tekniği kullanılmıştır. Yansırı, hastalık ve tedavi hakkında özgül bilgilerin (HS, GS, KAS) hastalar tarafından öğrenilmek istenip istenmediği ve tedavilerin iyileşmeye katkısı hakkındaki bilginin miktarı konusundaki tercihleri araştırılmıştır. Ortak karar verme modelinde hasta tercihleri ilk sıralarda olmalıdır. Tercihler hem bilgilenme miktarı, bilgilenme içeriği hem de tedavi seçimi aşamasında dikkate alınmalıdır. Jonsen ve Siegler’in tanımladığı dört göze etik çözümleme metodunun maddelerinden biri ‘‘hasta tercihleri’’ olarak belirlenmiştir ve özerklik ve yararlılık ilkesine dayanmaktadır (Siegler, 2019). Kanser tedavilerine yönelik hasta tercihlerini belirlemek için kullanılabilecek tanımlanmış yöntemler bulunmaktadır.

Bunlardan bazıları sıralama veya derecelendirme ölçeği (ranking or rating), SK, ZT, GAS ve KSM yöntemleridir (Blinman vd., 2012; Koedoot vd., 2003; Ryan, 2004; Torrance vd., 2001). KSM, birleşik analizin (conjoint analysis) seçime dayalı bir versiyonudur. Bu modelde farklı varsayımsal alternatiflerin ikili karşılaştırması gerçekleştirilir ve katılımcılardan bunlar arasında seçim yapmaları istenir. Böylece katılımcılar nitelikler ve seviyeler arasında ödünleşim yapmaya zorlanmaktadır. KSM, sağlık ekonomisi ve sağlık alanında giderek daha fazla kullanılmaktadır (McFadden., 1974; Lancaster., 1966 ve Ryan & Gerard, 2003). Birçok kanser hastasının yaşam beklentilerinin kendilerine söylenmesini tercih ettiklerini belirten çalışmalar bulunmaktadır. Kanser hastalarının klinisyenlerinden dürüstlük istediğini ve prognoz hakkında bilgi istediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Enzinger vd., 2015; Innes & Payne, 2009; Waller vd., 2021). Bilgilenme aktif bir süreçtir ve tedavi sırasında bilgi ihtiyacı önemli ölçüde değişebilmektedir. Çalışmamızda hastalar bilginin kendilerine verilmesini (katsayı HS için 4,89, GS için 3,93 ve KAS için 3,25) tercih etmekteydi. Hastalar tedavilerle sağlanabilecek kür hakkında ise biraz bilgilenmeyi (katsayı 3,96) tercih ediyorlardı. Hastaların HS bilgisini GS ve KAS bilgisine göre daha fazla kendileri bilmek istedikleri sonucuna ulaşıldı. Hastaların bilgi alma ihtiyacı kültürel faktörler, sosyal faktörler ya da hastanın yaşam tercihlerine göre farklılık gösterebiliyorken, klinisyenin her hasta için iletişim sırasında bilgi beklentisini tartması bilgilendirmeyi yönlendirmek için faydalı olabilecektir. Hasta ve klinisyen açısından bilgilendirme standardı beklentilere göre belirlenmelidir. Bilgilendirmeyi kendi almak isteyen hastanın tercihi göz ardı edilmeden bilgilenme hakkına saygı gösterilmelidir. Onkolojik tedavilerde amaç yaşam süresinin uzatılmasının yanı sıra yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Tedaviler eşlik eden toksisiteler nedeni ile yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabileceği gibi hastalığa bağlı semptomlarda iyileşme sağlayarak olumlu yönde de etki yaratabilmektedir. Kanser hastaları açısından tedavi seçimleri fayda-zarar arasındaki dengeyi içermektedir ve hastaları bazı ödünleşimler arasında bırakabilmektedir. Sullivan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada erken evre akciğer kanseri tedavi kararında hasta tercihlerini araştırdıkları çalışmada hastalar ek yaşam yıllarına karşılık olarak girişimlerle ilişkili artmış mortalite beklentilerini kabul etmeye istekli olmalarına rağmen yaşam kalitelerinin kötüleşmesini göze almak istememişlerdir (Sullivan vd., 2019). Benzer şekilde Gralla ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların tedavi kararlarını verirken yaşam kalitelerini öncelikledikleri gösterilmiştir (Gralla vd., 2014). Schmidt ve arkadaşlarının derlemesinde akciğer kanserli hastalar arasında tercihlerin homojen olarak dağılmadığı gösterilmiştir. Hastalar yaşam beklentisinin uzatılmasını yaşam kalitesinden

veya istenmeyen yan etkilerden daha önemli gördüklerini ifade etmişlerdir (Schmidt vd., 2016). Genel sağkalımın uzaması ile kalite ayarlı sağkalım uzaması beklentilerini karşılaştırdığımız çalışmamızda hastaların tedavi kararı tercihlerinde GS için en uzun seviye olarak sunulan 30 ay (katsayı 2,42), KAS için en uzun seviye olarak sunulan 10 ay (katsayı 0,96) ve tedavi yan etkisi için en hafif seviye olarak sunulan hafif yan etki (katsayı ise 1,91) seçimleri yapılmaktaydı. Hastalar tedavi tercihinde genel yaşam süresinin uzun olmasını kalite ayarlı yaşam süresinin uzun olmasına ve tedavi sırasındaki yan etkinin hafif olmasına (sırasıyla 2,5 vs 1,3 kat) tercih etmekteydi.

SONUÇ

Akciğer kanseri tanısı olan hastalar tanı ile birlikte zor karar süreçlerinin kendilerini beklediği bir döneme girmekte ve tedavileri ile ilgili zor kararlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Hastalar klinisyenleri ile tartışırken bireysel değer ve tercihlerinin tedavi

kararlarında bir bileşen olmasını istemektedirler. Bilgi ihtiyacının aktif bir süreç olduğu ve hastalığın seyriyle birlikte değişebileceği akılda tutulmalıdır. Bu süreçte bireyselleştirilmiş değerlendirmeye ihtiyaç duyulduğu unutulmamalıdır. Hastaların bir kısmı için gerçekçi farkındalıkla ilişkili faydalar arasında hastanın yaşamı hakkında daha fazla kontrol isteği ve yaşam sonu planlaması kaygıları yer alabilmektedir. Aynı zamanda hastaların bir kısmı için gelecekle ilgili belirsizliği sürdürme ihtiyacına da saygı duyulması beklenmektedir. Klinisyenler tarafından sunulacak prognozla ilgili bilgilerin hastanın umudunu ortadan kaldıracabileceği endişesinin yapılacak çalışmalarla ayrıntılandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların bilgiyi ne kadar ve ne şekilde sunulmak üzere istediklerini ve tedavide prognozu bilmenin, seçenekleri ödünlemede etkisini araştıran çalışmalar desteklenmelidir.

Yüksek bakım kalitesinin göstergelerinden olan hastaların güvenini ve saygısını koruyan, hastaları ile dürüst iletişim kuran onkologların ihtiyaç duydukları eğitim programlarının da incelenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H.,... Takeda, F. (1993). The European Organization 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*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/JNCI/85.5.365>
- Akdeniz, N., Küçüköner, M., Kaplan, M. A., Urakçı, Z., Karhan, O., Sezgin, ... Yumuk, P. F. (2020). Comparison of three different chemotherapy regimens for concomitant chemoradiotherapy in locally advanced non-small cell lung cancer. *International Journal of Clinical Oncology*, 25(12), 2015–2024. <https://doi.org/10.1007/S10147-020-01767-X>
- Arraras, J. I., Greimel, E., Chie, W. C., Sezer, O., Bergenmar, M., Costantini, A., Young, T., Kuljanic, K., & Velikova, G. (2011). Information disclosure to cancer patients: EORTC QLQ-INFO25 questionnaire. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 11(3), 281–286. <https://doi.org/10.1586/ERP.11.29>
- Aupérin, A., Le Péchoux, C., Rolland, E., Curran, W. J., Furuse, K., Fournel, P., Belderbos, ... Pignon, J. P. (2010). Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(13), 2181–2190. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.2543>
- Barbera, L., Zhang-Salomons, J., Huang, J., Tyldesley, S., & Mackillop, W. (2003). Defining the need for radiotherapy for lung cancer in the general population: a criterion-based, benchmarking approach. *Medical care*, 41(9), 1074–1085. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000083742.29541.BC>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics - Oxford University Press*. 512.
- Beauchamp, T. L., Research, S., Fan, R., Fox, D., Memorial, M., York, N., Gracia, D., Nutton, V., Phil, D., Reich, W. T., Rhodes, R., Tröhler, U., & Tröhler, T. (2009). *Editorial Board*. www.cambridge.org/9780521888790
- Blinman, P., King, M., Norman, R., Viney, R., & Stockler, M. R. (2012). Preferences for cancer treatments: an overview of methods and applications in oncology. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 23(5), 1104–1110. <https://doi.org/10.1093/ANNONC/MDR559>
- Brescia, F. J. (2001). Lung cancer--a philosophical, ethical, and personal perspective. *Critical reviews in oncology/hematology*, 40(2), 139–148. [https://doi.org/10.1016/S1040-8428\(01\)00140-8](https://doi.org/10.1016/S1040-8428(01)00140-8)
- Cankurtaran, E. S., Ozalp, E., Soygur, H., Ozer, S., Akbiyik, D. I., & Bottomley, A. (2008). Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer patients. *European journal of cancer care*, 17(1), 98–104. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00827.x>
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes, at least two to tango). *Social Science and Medicine*, 44(5), 681–692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- Chen, V. W., Ruiz, B. A., Hsieh, M. C., Wu, X. C., Ries, L. A. G., & Lewis, D. R. (2014). Analysis of stage and clinical/prognostic factors for lung cancer from SEER registries: AJCC staging and collaborative stage data collection system. *Cancer*, 120 Suppl 23(0 0), 3781–3792. <https://doi.org/10.1002/CNCR.29045>
- Christman, J. (y.y.). *Autonomy in Moral and Political Philosophy*.
- Christopoulos, P., Falagas, M. E., Gourzis, P., & Trompoukis, C. (2007). Aspects of informed consent in medical practice in the eastern Mediterranean region during the 17th and 18th centuries. *World journal of surgery*, 31(8), 1587–1591. <https://doi.org/10.1007/S00268-007-9101-8>
- Clark, M. D., Determann, D., Petrou, S., Moro, D., & de Bekker-Grob, E. W. (2014). Discrete choice experiments in health economics: a review of the literature. *PharmacoEconomics*, 32(9), 883–902. <https://doi.org/10.1007/S40273-014-0170-X>

- Coates, A., Porzsolt, F., & Osoba, D. (1997). Quality of life in oncology practice: Prognostic value of EORTC QLQ-C30 scores in patients with advanced malignancy. *European Journal of Cancer Part A*, 33(7), 1025–1030. [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(97\)00049-X](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(97)00049-X)
- Collacott, H., Soekhai, V., Thomas, C., Brooks, A., Brookes, E., Lo, R., Mulnick, S., & Heidenreich, S. (2021). A Systematic Review of Discrete Choice Experiments in Oncology Treatments. *The patient*, 14(6), 775–790. <https://doi.org/10.1007/S40271-021-00520-4>
- Cottone, R. R., & Claus, R. E. (2000). Ethical decision-making models: a review of the literature. *Journal of counseling and development : JCD*, 78(3), 275–283. <https://doi.org/10.1002/J.1556-6676.2000.TB01908.X>
- D. McFadden, “Conditional Logit Analysis of Qualitative Choice Behaviour,” In P. Zarembka, Ed., *Frontiers in Econometrics*, Academic Press, New York, Vol. 1, No. 2, 1974, pp. 105-142. - References - Scientific Research Publishing. (y.y.). Tarihinde 18 Mayıs 2024, adresinden erişildi <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=110598>
- De Bekker-Grob, E. W., Ryan, M., & Gerard, K. (2012). Discrete choice experiments in health economics: a review of the literature. *Health economics*, 21(2), 145–172. <https://doi.org/10.1002/HEC.1697>
- Deber, R. B. (1994). Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 151(2), 171. /pmc/articles/PMC1336877/?report=abstract
- Delaney, G., Jacob, S., Featherstone, C., & Barton, M. (2005). The role of radiotherapy in cancer treatment. *Cancer*, 104(6), 1129–1137. <https://doi.org/10.1002/CNCR.21324>
- Delgado, A., & Guddati, A. K. (2021). Clinical endpoints in oncology - a primer. *American Journal of Cancer Research*, 11(4), 1121. /pmc/articles/PMC8085844/
- Drossman, D. A., Chang, L., Deutsch, J. K., Ford, A. C., Halpert, A., Kroenke, K., Nurko, ...Sperber, A. (2021). A Review of the Evidence and Recommendations on Communication Skills and the Patient-Provider Relationship: A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology*, 161(5), 1670-1688.e7. <https://doi.org/10.1053/J.GASTRO.2021.07.037>
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, 267(16), 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/JAMA.1992.03480160079038>
- Enck, G. (2014). Six-step framework for ethical decision making. *Journal of health services research & policy*, 19(1), 62–64. <https://doi.org/10.1177/1355819613511599>
- Enzinger, A. C., Zhang, B., Schrag, D., & Prigerson, H. G. (2015). Outcomes of Prognostic Disclosure: Associations With Prognostic Understanding, Distress, and Relationship With Physician Among Patients With Advanced Cancer. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 33(32), 3809–3816. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.9239>
- Ersoy, N., Hem, Y., Üniversitesi, K., Fakültesi, T., & Abd, D. (1995). Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 3(1), 1–5. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-aydinlatilmis-onam-ogretisinin-gelisimi-44458.html>
- Ersoy, N., Şenses, M., & Aydın Er, R. (2010). Acil Tıp'ta Aydınlatılmış Onam. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 16(1), 1–8.
- Fallowfield, L., Nadler, E., Gilloteau, I., Greaney, M., Gater, A., Orsini, L., ... Lyman, G. H. (2017). Quality of survival: a new concept framework to assess the quality of prolonged life in cancer. *Expert Review of Quality of Life in Cancer Care*, 2(4), 225–232. <https://doi.org/10.1080/23809000.2017.1369850>
- Fetting, J., Anderson, P., Ball, H., Benear, J., Benjamin, K., Bennett, C., Braun, S.,... Woodcock, J. (1996). Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. American Society of Clinical Oncology. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 14(2), 671–679. <https://doi.org/10.1200/JCO.1996.14.2.671>
- Forsey, J., Ng, S., Rowland, P., Freeman, R., Li, C., & Woods, N. N. (2021). The Basic Science of Patient-Physician Communication: A Critical Scoping Review. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 96(11S), S109–S118. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004323>

- Forte, D. N., Kawai, F., & Cohen, C. (2018). A bioethical framework to guide the decision-making process in the care of seriously ill patients. *BMC medical ethics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12910-018-0317-Y>
- Freidlin, B., Abrams, J. S., & Korn, E. L. (2013). New challenges for comparative effectiveness in oncology: choice of primary end points for randomized clinical trials. *Journal of comparative effectiveness research*, 2(5), 469–481. <https://doi.org/10.2217/CER.13.50>
- Glasziou, P. P., Simes, R. J., & Gelber, R. D. (1990). Quality adjusted survival analysis. *Statistics in medicine*, 9(11), 1259–1276. <https://doi.org/10.1002/SIM.4780091106>
- Goldhirsch, A., Gelber, R. D., Simes, R. J., Glasziou, P., & Coates, A. S. (1989). Costs and benefits of adjuvant therapy in breast cancer: a quality-adjusted survival analysis. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 7(1), 36–44. <https://doi.org/10.1200/JCO.1989.7.1.36>
- Gralla, R. J., Hollen, P. J., Msaouel, P., Davis, B. V., & Petersen, J. (2014). An evidence-based determination of issues affecting quality of life and patient-reported outcomes in lung cancer: results of a survey of 660 patients. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 9(9), 1243–1248. <https://doi.org/10.1097/JTO.0000000000000244>
- Groves, J. (2010). Conceptual Explorations on Person-centered Medicine 2010: International Alliance of Patients' Organizations perspectives on person-centered medicine. *International Journal of Integrated Care*, 10(Suppl). <https://doi.org/10.5334/IJIC.481>
- Gutontov, S. I., Golden, D. W., McCloskey, S., Shumway, D., Sullivan, D. R., Wall, T. J., Gunderson, L. L., & Jagsi, R. (2021). Informed Consent in Radiation Oncology. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 109(1), 29–35. <https://doi.org/10.1016/J.IJROBP.2020.08.064>
- Guven, T. (2010). Truth-telling in cancer: Examining the cultural incompatibility argument in Turkey. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733009352046>, 17(2), 159–166. <https://doi.org/10.1177/0969733009352046>
- Guyer, P. (2003). Kant on the theory and practice of autonomy. *Autonomy*, 9780521534994, 70–98. <https://doi.org/10.1017/S026505250320203X>
- Hansen, R. N., Zhang, Y., Seal, B., Ryan, K., Yong, C., Darilay, A., & Ramsey, S. D. (2020). Long-term survival trends in patients with unresectable stage III non-small cell lung cancer receiving chemotherapy and radiation therapy: a SEER cancer registry analysis. *BMC cancer*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12885-020-06734-3>
- Helou, M. A., DiazGranados, D., Ryan, M. S., & Cyrus, J. W. (2020). Uncertainty in Decision Making in Medicine: A Scoping Review and Thematic Analysis of Conceptual Models. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(1), 157–165. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002902>
- EORTC (2024). *History- Quality of Life*. <https://qol.eortc.org/history/>
- Hurwitz, M. D., Chundury, A., Goodman, C. R., Jones, J., Lo, S. S., Saeed, H., Small, W., & Schechter, N. R. (2023). ACR-ARS Practice Parameter on Informed Consent Radiation Oncology. *American journal of clinical oncology*, 46(6), 231–235. <https://doi.org/10.1097/COC.0000000000000994>
- Husson, O., & Jones, R. L. (2017). Q-TWiST: What really matters to the cancer patient? *Cancer*, 123(12), 2200–2202. <https://doi.org/10.1002/CNCR.30662>
- Hutchins, L. F., Unger, J. M., Crowley, J. J., Coltman, C. A., & Albain, K. S. (1999). Underrepresentation of patients 65 years of age or older in cancer-treatment trials. *The New England journal of medicine*, 341(27), 2061–2067. <https://doi.org/10.1056/NEJM199912303412706>
- Innes, S., & Payne, S. (2009). Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliative medicine*, 23(1), 29–39. <https://doi.org/10.1177/0269216308098799>
- Jacob, S., Hovey, E., Ng, W., Vinod, S., Delaney, G. P., & Barton, M. B. (2010). Estimation of an optimal chemotherapy utilisation rate for lung cancer: an evidence-based benchmark for cancer care. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 69(3), 307–314. <https://doi.org/10.1016/J.LUNGCAN.2009.11.017>

- Jenkins, V., Catt, S., Banerjee, S., Gourley, C., Montes, A., Solis-Trapala, I., Monson, K., & Fallowfield, L. (2013). Patients' and oncologists' views on the treatment and care of advanced ovarian cancer in the U.K.: results from the ADVOCATE study. *British journal of cancer*, 108(11), 2264–2271. <https://doi.org/10.1038/BJC.2013.223>
- Johnson, F. R., Lancsar, E., Marshall, D., Kilambi, V., Mühlbacher, A., Regier, D. A., Bresnahan..., Bridges, J. F. P. (2013). Constructing experimental designs for discrete-choice experiments: report of the ISPOR Conjoint Analysis Experimental Design Good Research Practices Task Force. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 16(1), 3–13. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2012.08.2223>
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2015). *Clinical ethics : a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 228. https://books.google.com/books/about/Clinical_Ethics.html?hl=tr&id=o0MPHUOBwYYC
- Keller, F., Ludwig, U., & Huber-Lang, M. (2023). Enemy or friend: the personal and the factual patient-physician relationship. *Frontiers in medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/FMED.2023.1098305>
- Koedoot, C. G., De Haan, R. J., Stiggelbout, A. M., Stalmeier, P. F. M., De Graeff, A., Bakker, P. J. M., & De Haes, J. C. J. M. (2003). Palliative chemotherapy or best supportive care? A prospective study explaining patients' treatment preference and choice. *British journal of cancer*, 89(12), 2219–2226. <https://doi.org/10.1038/SJ.BJC.6601445>
- Lancaster, K. J., Lancaster, & J., K. (1966). A New Approach to Consumer Theory. *Journal of Political Economy*, 74(2), 132–157. <https://doi.org/10.1086/259131>
- Lawler, M., Le Chevalier, T., Banks, I., Conte, P., De Lorenzo, F., Meunier, F., Pinedo, Johnston, P. G., & European Cancer Concord (ECC) (2014). A Bill of Rights for patients with cancer in Europe. *The Lancet. Oncology*, 15(3), 258–260. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70552-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70552-7)
- Lawler, M., Oliver, K., Gijssels, S., Aapro, M., Abolina, A., Albrecht, T., Erdem, S., Geissler, J., Selby, P. (2021). The European Code of Cancer Practice. *Journal of cancer policy*, 28. <https://doi.org/10.1016/J.JCPO.2021.100282>
- Leake, C. D., & Francisco, S. (1971). Percival's medical ethics: promise and problems. *California Medicine*, 114(4), 68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1501858/>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., & Rudzki, S. (2020). The Problems and Needs of Patients Diagnosed with Cancer and Their Caregivers. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 1–19. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18010087>
- Mangham, L. J., Hanson, K., & McPake, B. (2009). How to do (or not to do). Designing a discrete choice experiment for application in a low-income country. *Health policy and planning*, 24(2), 151–158. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZN047>
- Markose, A., Krishnan, R., & Ramesh, M. (2016). Medical ethics. *Journal of pharmacy & bioallied sciences*, 8(Suppl 1), S1–S4. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.191934>
- McFadden, D. (1974). Conditional logit analysis of qualitative choice behavior. In: Zarembka, P. (ed.) *Frontiers in econometrics*, pp. 105–142. Academic Press, New York
- McKee, A. E., Farrell, A. T., Pazdur, R., & Woodcock, J. (2010). The role of the U.S. Food and Drug Administration review process: clinical trial endpoints in oncology. *The oncologist*, 15 Suppl 1(S1), 13–18. <https://doi.org/10.1634/THEONCOLOGIST.2010-S1-13>
- Novello, S., Barlesi, F., Califano, R., Cufer, T., Ekman, S., Levra, M. G., ..., J., Peters, S., & ESMO Guidelines Committee (2016). Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 27(suppl 5), v1–v27. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw326>
- MDIC. (2015). Medical Device Innovation Consortium Patient Centered Benefit-Risk Project Report: A Framework for Incorporating Information on Patient Preferences Regarding Benefit and Risk into Regulatory Assessments of New Medical Technology. *Medical Device Innovation Consortium*

(MDIC).

Resmi Gazete. (1998). Hasta Hakları Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

Wikipedia. (2024). *Mohr v. Williams* - https://en.wikipedia.org/wiki/Mohr_v._Williams

Mok, E., Lau, K. P., Lai, T., & Ching, S. (2012). The meaning of life intervention for patients with advanced-stage cancer: development and pilot study. *Oncology nursing forum*, 39(6). <https://doi.org/10.1188/12.ONF.E480-E488>

Movsas, B., Hu, C., Sloan, J., Bradley, J., Komaki, R., Masters, G., Kavadi, V., Narayan, S.,..., Choy, H. (2016). Quality of Life Analysis of a Radiation Dose-Escalation Study of Patients With Non-Small-Cell Lung Cancer: A Secondary Analysis of the Radiation Therapy Oncology Group 0617 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncology*, 2(3), 359–367. <https://doi.org/10.1001/JAMAONCOL.2015.3969>

Movsas, B., Moughan, J., Sarna, L., Langer, C., Werner-Wasik, M., Nicolaou, N., Komaki, R.,..., Bruner, D. W. (2009). Quality of life supersedes the classic prognosticators for long-term survival in locally advanced non-small-cell lung cancer: an analysis of RTOG 9801. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 27(34), 5816–5822. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.23.7420>

Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40(7), 903–918. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00155-M](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00155-M)

Wikipedia (2014). *Paleopathology* <https://en.wikipedia.org/wiki/Paleopathology>

AMA-Code (2024). *Patient-Physician Relationships* <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/patient-physician-relationships>

Pillai, M. R., Balam, P., Hareendran, N. K., Bindu, S., Abraham, T., Padmanabhan, T. K., & Nair, M. K. (1989). Immune reactive proteins as prognostic and clinical markers in malignant cervical neoplasia. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 115(6), 583–591. <https://doi.org/10.1007/BF00391363>

Pinto, A. C., Ferreira-Santos, F., Dal Lago, L., De Azambuja, E., Pimentel, F. L., Piccart-Gebhart, M., & Razavi, D. (2014). Information perception, wishes, and satisfaction in ambulatory cancer patients under active treatment: patient-reported outcomes with QLQ-INFO25. *Ecancermedicalscience*, 8(1). <https://doi.org/10.3332/ECANCER.2014.425>

EORTC (2024). *Quality of Life Questionnaires* <https://qol.eortc.org/questionnaires/>

Ramsey, P. (1978). *Ethics at the edges of life: medical and legal intersections*. <https://philpapers.org/rec/RAMEAT>

Rockers, P.C., Ryan, M., Kolstad, J.R., & Dolea, C. (2012). How to conduct a discrete choice experiment for health workforce recruitment and retention in remote and rural areas : a user guide with case studies.

Robinson, A. G., Booth, C. M., & Eisenhauer, E. A. (2014). Disease-free survival as an end-point in the treatment of solid tumours--perspectives from clinical trials and clinical practice. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 50(13), 2298–2302. <https://doi.org/10.1016/J.EJCA.2014.05.016>

Russo, S., Jongerius, C., Faccio, F., Pizzoli, S. F. M., Pinto, C. A., Veldwijk, J., Janssens, R.,..., Pravettoni, G. (2019). Understanding Patients' Preferences: A Systematic Review of Psychological Instruments Used in Patients' Preference and Decision Studies. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 22(4), 491–501. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2018.12.007>

Ryan, M. (2004). Discrete choice experiments in health care. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7436), 360–361. <https://doi.org/10.1136/BMJ.328.7436.360>

Ryan, M., & Gerard, K. (2003). Using discrete choice experiments to value health care programmes: current practice and future research reflections. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2(1), 55–64. <https://europepmc.org/article/MED/14619274>

- Saad, T. C. (2018). The history of autonomy in medicine from antiquity to principlism. *Medicine, health care, and philosophy*, 21(1), 125–137. <https://doi.org/10.1007/S11019-017-9781-2>
- Salzburg Global Seminar. (2011). Salzburg statement on shared decision making. *BMJ*, 342. <https://doi.org/10.1136/BMJ.D1745>
- Schmidt, K., Damm, K., Prenzler, A., Golpon, H., & Welte, T. (2016). Preferences of lung cancer patients for treatment and decision-making: a systematic literature review. *European journal of cancer care*, 25(4), 580–591. <https://doi.org/10.1111/ECC.12425>
- Shrestha, A., Martin, C., Burton, M., Walters, S., Collins, K., & Wyld, L. (2019). Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: A systematic literature review. *Psycho-oncology*, 28(7), 1367–1380. <https://doi.org/10.1002/PON.5054>
- Shuster, E. (1998). The Nuremberg Code: Hippocratic ethics and human rights. *Lancet (London, England)*, 351(9107), 974–977. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)60641-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)60641-1)
- Siegler, M. (2019). Clinical Medical Ethics: Its History and Contributions to American Medicine. *The Journal of clinical ethics*, 30(1), 17–26. <https://doi.org/10.1086/JCE2019301017>
- Siminoff, L. A., Rogers, H. L., Thomson, M. D., Dumenci, L., & Harris-Haywood, S. (2011). Doctor, what's wrong with me? Factors that delay the diagnosis of colorectal cancer. *Patient education and counseling*, 84(3), 352–358. <https://doi.org/10.1016/J.PEC.2011.05.002>
- Stiggelbout, A. M., Van Der Weijden, T., De Wit, M. P. T., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., Trevena, L., & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344(7842). <https://doi.org/10.1136/BMJ.E256>
- Sullivan, D. R., Eden, K. B., Dieckmann, N. F., Golden, S. E., Vranas, K. C., Nugent, S. M., & Slatore, C. G. (2019). Understanding patients' values and preferences regarding early stage lung cancer treatment decision making. *Lung cancer (Amsterdam, Netherlands)*, 131, 47–57. <https://doi.org/10.1016/J.LUNGCAN.2019.03.009>
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *A.M.A. archives of internal medicine*, 97(5), 585–592. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.1956.00250230079008>
- Szinay, D., Cameron, R., Naughton, F., Whitty, J. A., Brown, J., & Jones, A. (2021). Understanding Uptake of Digital Health Products: Methodology Tutorial for a Discrete Choice Experiment Using the Bayesian Efficient Design. *Journal of medical Internet research*, 23(10). <https://doi.org/10.2196/32365>
- European Patients Forum (EPF). (2016) *The Patients' Charter on Patient Empowerment*. www.eu-patient.eu
- Torrance, G. W., Feeny, D., & Furlong, W. (2001). Visual analog scales: do they have a role in the measurement of preferences for health states? *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making*, 21(4), 329–334. <https://doi.org/10.1177/0272989X0102100408>
- Towle, A., & Godolphin, W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ (Clinical research ed.)*, 319(7212), 766–771. <https://doi.org/10.1136/BMJ.319.7212.766>
- Tyldesley, S., Boyd, C., Schulze, K., Math, M., Walker, H., & Mackillop, W. J. (2001). Estimating the need for radiotherapy for lung cancer: an evidence-based, epidemiologic approach. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 49(4), 973–985. [https://doi.org/10.1016/S0360-3016\(00\)01401-2](https://doi.org/10.1016/S0360-3016(00)01401-2)
- Veatch, R. M. (2006). How philosophy of medicine has changed medical ethics. *The Journal of medicine and philosophy*, 31(6), 585–600. <https://doi.org/10.1080/03605310601009315>
- Veatch, R. M. (1972). Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *Hastings Center Report*, 2(3), 5–7. <https://doi.org/10.2307/3560825>
- Waller, A., Wall, L., Mackenzie, L., Brown, S. D., Tattersall, M. H. N., & Sanson-Fisher, R. (2021). Preferences for life expectancy discussions following diagnosis with a life-threatening illness: a discrete choice experiment. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(1), 417–425. <https://doi.org/10.1007/S00520-020-05498-7>

- Wang, J.-D., & Hwang, J.-S. (2014). Quality-Adjusted Survival. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*, 5322–5325. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2388
- Wenger, N. K., Mattson, M. E., Furberg, C. D., & Elinson, J. (1984). Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies. *The American Journal of Cardiology*, 54(7), 908–913. [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(84\)80232-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(84)80232-5)
- NCI (2024). *What Is Cancer?* <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- Whitney, S. N., McGuire, A. L., & McCullough, L. B. (2004). A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Annals of internal medicine*, 140(1), 54–59. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-1-200401060-00012>
- The World Health Organization (WHO) (2024) *WHOQOL - Measuring Quality of Life* <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Witteman, H. O., Scherer, L. D., Gavaruzzi, T., Pieterse, A. H., Fuhrel-Forbis, A., Chipenda Dansokho, S., Exe, N.,..., Fagerlin, A. (2016). Design Features of Explicit Values Clarification Methods: A Systematic Review. *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making*, 36(4), 453–471. <https://doi.org/10.1177/0272989X15626397>
- Yamazaki, A., & Ishikawa, S. (1976). Abnormal pupillary responses in myasthenia gravis. A pupillographic study. *The British journal of ophthalmology*, 60(8), 575–580. <https://doi.org/10.1136/BJO.60.8.575>

ÖZGEÇMİŞ

<u>Kişisel Bilgiler</u>	
Ad Soyad	Eda YİRMİBEŞOĞLU ERKAL
Doğum Yeri ve Tarihi	
İletişim Adresi	
Telefon	
E-posta	
Eğitim Bilgileri	Lisans/ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (1993-1999) Tıpta Uzmanlık/ Gazi Üniversitesi (2002-2007)
Mesleki Deneyim/ İşyeri Bilgileri	2008-2009 Uzman Hekim Balıkesir Devlet Hastanesi, Devlet Hizmet Yükümlülüğü, (Diğer) 1999-2002 Pratisyen Hekim Türkiye Taşkömürü Kurumu, (Diğer) Doçent/ Kocaeli Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Dahili Tıp Bilimleri 24.12.2009-01.09.2021 Bölümü/Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Yardımcı Doçent/ Kocaeli Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Dahili Tıp Bilimleri 2009-2015 Bölümü/Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Yardımcı Doçent University Of North Carolina At Chapel Hill/School Of Medicine/Department Of 2010-2011 Radiation Oncology (Research Fellow) Araştırma Görevlisi/ Universiteit Utrecht/Faculteit Geneeskunde/Department Of Radiation Oncology 2006-2006 (Observer) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Ümraniye/İstanbul
Yabancı Dil Bilgileri	
Üye Olduğu Mesleki/ Sosyal Kuruluşlar	American Society for Radiation Oncology, Üye , 2010 Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği, Üye , 2004 European Society for Radiotherapy and Oncology, Üye , 2003
<u>Bilimsel Etkinlikler</u>	
Makaleler	YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,ERSOY NERMİN (2020). İbtisam Lale Atahan (1946-2007): The first female Turkish physician in the discipline of radiation oncology. JOURNAL OF MEDICAL BIOGRAPHY(null), Doi: 10.1177/0967772020948504 (Yayın No: 6785049) 2. KANYILMAZ GÜL,sarıcanbaz irem,BORA HÜSEYİN,KARAHACIOĞLU ERAY,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA (2019). Adjuvant radiotherapy for Stage I seminoma: A Single-institutional experience. Journal of Cancer Research and Therapeutics, 0(0), 0, Doi: 10.4103/jcrt.JCRT_916_16 (Yayın No: 4622837) 3. KANYILMAZ GÜL,önder hatice,AKTAN MERYEM,KOÇ MEHMET,BORA HÜSEYİN,KARAHACIOĞLU ERAY,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA (2018). Prognostic Importance of Ki-67 Labeling Index in Grade II Glial Tumors. Turkish Journal of Oncology, Doi: 10.5505/tjo.2018.1752 (Yayın No: 4622814) 4. KANYILMAZ GÜL,ÖNDER HATİCE,AKTAN MERYEM,KOÇ MEHMET,BORA HÜSEYİN,KARAHACIOĞLU ERAY,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA (2017). Prognostic Importance of Ki-67 Labeling

	Index in WHO Grade II Glial Tumors. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics, 99(2), 116, Doi: 10.1016/j.ijrobp.2017.06.873 (Yayın No: 3629856) 5. Diao Kevin,Lobos Emily A,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,Basak Ram,Hendrix Laura H,Barbosa Brittney,Miller Seth M,Goldin Gregg H,Wang Andrew Z,Chen Ronald C (2017). Patient-reported quality of life during definitive and postprostatectomy image-guided radiation therapy for prostate cancer. Practical Radiation Oncology, 7(2), 117-124., Doi: 10.1016/j.prro.2016.08.004 (Yayın No: 6. KARABEY Mehmet Sinan,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,YOLCU Ahmet,BAKKAL BEKİR HAKAN,AY Özlem,AKSU MAKSUT GÖRKEM,SARPER EMİNE BİNNAZ,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2017). Radiation therapy for biliary tract tumors: the joint experience of three centers. TURKISH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, 47, 412-416., Doi: 10.3906/sag-1511-6 (Yayın No: 3594391) 7. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,KARABEY SİNAN,KARABEY AYŞEGÜL,HAYRAN KADİR MUTLU,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2015). Defining the Hostile Pelvis for Intensity Modulated Radiation Therapy The Impact of Anatomic Variations in Pelvic Dimensions on Dose Delivered to Target Volumes and Organs at Risk in Patients With High Risk Prostate Cancer Treated With Whole Pelvic Radiation Therapy. International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics, 92(4), 894-903., Doi: 10.1016/j.ijrobp.2015.03.014 (Yayın No: 1898347) 8. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,BORA HÜSEYİN,DEMİREL MERİH,AKMANSU MÜGE (2014). Role of Vascular Endothelial Growth Factor in Clinically Localized Prostate Cancer Treated with Radiation Therapy. Balkan Medical Journal, 31(1), 43-49., Doi: 10.5152/balkanmedj.2014.13055 (Yayın No: 1137854) 9. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,Canoğlu Doğu,KAYA AHMET,AKSU MAKSUT GÖRKEM,SARPER EMİNE BİNNAZ,AKANSEL GÜR,Meydancı Tülay,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2014). Assessment of early and late dysphagia using videofluoroscopy and quality of life questionnaires in patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. Radiation Oncology, 9(1), 137, Doi: 10.1186/1748-717X-9-137 (Yayın No: 1137867) 10. Erkal Eda Yirmibesoglu, Akgül Asli G., Halis Hatice, Liman Tuba, Sarper Binnaz, Topçu Salih, Aksu Gökem (2014). Thymic Epithelial Tumors Analysis of Prognostic Factors with Emphasis on the Role of Adjuvant Radiation Therapy. Oncology Research and Treatment, 37(7-8), 396-399., Doi: 10.1159/000364894 (Yayın No: 1137900) 11. Erkal Eda Yirmibesoglu, Karabey M. Sinan, Vural Çiğdem, Mutlu Fatih, Aksu Gökem, Sarper Binnaz, Akansel Gür (2013). Solitary angiokeratoma of the tongue in an adult patient treated with intensity modulated radiation therapy. American Journal of Otolaryngology, 34(5), 582-585., Doi: 10.1016/j.amjoto.2013.01.011 (Yayın No: 1137843) 12. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,David Fried,Carol Shores,Julian
--	--

	Rosenman,Julian,Trevor Hackman,Bhishamjit S Chera (2013). Incidence of Subclinical Nodal Disease at the Time of Salvage Surgery for Locally Recurrent Head and Neck Cancer Initially Treated With Definitive Radiation Therapy. American Journal of Clinical Oncology, 36(5), 475-480., Doi: 10.1097/COC.0b013e3182568f9a (Yayın No: 1137742) 13. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,David V Fried,Mark Kostich,Julian Rosenman,Mark Weissler,Adam Zanation,Bhishamjit Chera (2013). Dosimetric evaluation of an ipsilateral intensity modulated radiotherapy beam arrangement for parotid malignancies. Radiology and Oncology, 47(4), 411-418., Doi: 10.2478/raon-2013-0010 (Yayın No: 1137807) 14. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,KARAHACIOĞLU ERAY,KILIÇ DİCLEHAN,LORTLAR ÜNLÜ NEŞE,AKBULUT KAZİME GONCA,ömeroğlu suna (2012). The protective effects of Ginkgo biloba extract EGb 761 on radiation induced dermatitis an experimental study. Clinical and Experimental Dermatology, 2 Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler: 37(4), 387-394., Doi: 10.1111/j.1365-2230.2011.04253.x (Yayın No: 1137684) 15. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,Daniel S Higginson,FAYDA MERDAN,M Patricia Rivera,Jan Halle,Julian Rosenman,Liyi Xie,Lawrence B Marks (2012). Challenges scoring radiation pneumonitis in patients irradiated for lung cancer. Lung Cancer, 76(3), 350-353., Doi: 10.1016/j.lungcan.2011.11.025 (Yayın No: 1137726) 16. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,TEKİN ERCÜMENT HAYRİ,MEMİŞ LEYLA,Yamaç Deniz,TANERİ FERİT,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2005). A patient with occult breast cancer presenting with an axillary lymph node metastasis and a synchronous contralateral breast cancer. The Breast, 14(2), 157-162., Doi: 10.1016/j.breast.2004.05.006 (Yayın No: 1137560) 17. Konuk Onur, Pehlivanli Zeynep, Yirmibesoglu Eda, Erkal Haldun Sukru, Erekul Selim, Unal Mehmet (2005). Compressive Optic Neuropathy Due to Orbital Metastasis of a Sacral Chordoma Case Report. Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery, 21(3), 245-247., Doi: 10.1097/01.IOP.0000159175.89287.1F (Yayın No: 1137646) B. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında (proceedings) basılan bildiriler : Yirmibesoglu Eda, İren Sevilay, Memiş Leyla, Tokgöz Nil, Pak Yücel Irradiation after incomplete resection in benign central nervous system tumors two cases with central neurocytoma. 5th Meeting of The Asian Society For Neuro-oncology (/) (Yayın No: 1145107) 1.Yirmibesoglu E., Kostich M., Fried D., Rosenman J., Shockley W., Weissler M., Zanation A., Chera B. Dosimetric Evaluation of an Ipsilateral Intensity Modulated Radiotherapy Beam Arrangement for Parotid Malignancies. ASTRO's 53rd Annual Meeting, 81(2), 527-528., Doi:10.1016/j.ijrobp.2011.06.816 (/) (Yayın No: 1145444) 2.Erkal E. Yirmibesoglu, Akgül A.G., Halis H., Liman T., Aksu G., Topçu S., Sarper B. An Analysis of Patients Treated for Thymic Epithelial Tumors. 31st Annual ESTRO Meeting, 103, 475, Doi: 10.1016/S0167-8140(12)71573-6 (/) (Yayın No: 1145570)
--	---

	3.Marks Lawrence, Yirmibeşoğlu Eda Predictors and Management of Late Radiation Injury to the Chest Wall and Bronchus. 14th World Conference on Lung Cancer (/) (Yayın No: 1145903) 4.Fayda M., Riguera D., Yirmibesoglu E., Lawrence M., Rivera P., Xie L., Stefanescu M., Marks L. The Lack of Association between Cardiopulmonary Dosimetric Parameters and Short term Changes in Quality of Life Following Thoracic Irradiation. ASTRO's 53rd Annual Meeting, 81(2), 604-605., Doi: 10.1016/j.ijrobp.2011.06.1136 (/) (Yayın No: 1145285) 5.Bora Hüseyin, Yirmibeşoğlu Eda, Demirel Merih, Akmansu Müge Role of vascular endothelial growth factor in the treatment of locally advanced prostate cancer. ASTRO 51th Annual Meeting (/) (Yayın No: 1145181) 6.Yirmibesoglu E., Fried D., Rosenman J., Weissler M., Shores C., Hackman T., Chera B. Incidence of Subclinical Nodal Disease at the Time of Salvage Surgery for Locally Recurrent Head and Neck Cancer Initially Treated with Definitive Radiation Therapy. ASTRO's 53rd Annual Meeting, 81(2), 176, Doi: 10.1016/j.ijrobp.2011.06.1690 (/) (Yayın No: 1145424) 7.Karabey Mehmet Sinan, Erkal Yirmibeşoğlu Eda, Yolcu Ahmet, Bakkal Hakan, Ay Özlem, Sarper Binnaz, Aksu Görkem, Erkal Haldun Şükrü Radiation therapy for biliary tract tumors Joint experience of three centers. 33rd Annual ESTRO Meeting (/) (Yayın No: 1149596) 8.Diao K., Yirmibesoglu E., Hoffman L.G., Hendrix L.H., Holmes J.A., Hou Y., Xu Z.S., Wang Z.A., Chen R.C. Patient Reported Quality of Life QOL during Image Guided Intensity Modulated Radiation Therapy IGRT for Localized Prostate Cancer. ASTRO's 53rd Annual Meeting, 81(2), 679, Doi: 10.1016/j.ijrobp.2011.06.942 (/) (Yayın No: 1145317) 9.Yirmibeşoğlu Eda, Karahacıoğlu Eray, Ünsal Diclehan, Lortlar Uçankuş Neşe, Akbulut Gonca, Ömeroğlu Suna The effects of ginkgo biloba on skin damage induced by radiation anexperimental study. 27th Annual Meeting of the European-Society-for-Therapeutic-Radiology-and-Oncology (ESTRO 27) (/) (Yayın No: 1145142) 10.Yirmibeşoğlu Eda, Demirel Merih, İren Seviyalı, Bora Hüseyin, Akmansu Müge Radiotherapy in aggressive meningiomas and role of Ki67 Mib 1 Proliferation. 5th Meeting of The Asian Society For Neuro-oncology (/) (Yayın No: 1145074) 11.Yirmibeşoğlu Eda, Yaka Elif, Karabey Sinan, Aksu Görkem, Yılmaz Serkan, Sarper Binnaz, Pekdemir Murat Outcome of patients with brain metastases referred for radiation therapy following emergency admission. II. Eurasian Emergency Medicine Congress (/) (Yayın No: 1145238) Kılıç Diclehan, Yirmibeşoğlu Eda, Lordlar Neşe, Ömeroğlu Suna St John s Wort SJW decreases the severity of radiotherapy related gastrointestinal toxicity an experimental study. 34th ESPEN Congress, 7(1), 82 (/) (Yayın No: 1158450) 3.YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA, AKPINAR ASLIHAN, ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2019). Radyasyon onkolojisinde yapay zeka kullanımında karşılaşılan klinik etik konular. 8. Uluslararası İslam
--	---

	Tıp Tarihi ve Etiği Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 5901851) 14.Çevik Nasırlıer Gülten,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,ERSOY NERMİN (2019). Kurtuluş Savaşı Yıllarında İzmit'xte Amerikalı İki Hemşire: Leila Priest ve Grisell McLaren. Uluslararası Milli Mücadelede Servetiye Cephesi ve Kocaeli Tarihi-Kültürü Sempozyumu-VI (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No: 5031201) 15.YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,karabey sinan,AKSU MAKSUT GÖRKEM,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2018). Evaluation of Sleep Quality in Breast Cancer Patients Receiving Radiation Therapy. RADIOTHERAPY AND ONCOLOGY, 127(null), 732-733. (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 4622911) 16.KANYILMAZ GÜL,ÖNDER HATİCE,AKTAN MERYEM,KOÇ MEHMET,BORA HÜSEYİN,KARAHACIOĞLU ERAY,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA (2017). Prognostic Importance of Ki-67 Labeling Index inWHO Grade II Glial Tumors. American society for radiation oncology 2017 Annual Meeting, 99(2), 116, Doi: 10.1016/j.ijrobp.2017.06.873 (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 3629795) 17.YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,Çelik Deniz,Özmen Sevdâ,AKSU MAKSUT GÖRKEM,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2017). THE EVALUATION OF SLEEP QUALITY IN CANCER PATIENTS RECEIVING RADIOTHERAPY FOR THE FIRST TIME FOLLOWING THE DIAGNOSIS OF A METASTATIC SITE. ESTRO36 (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 3594421) 18. Yetimoglu Eylem, Cabuk Devrim, Karaoz Erdal, Kaya Serap, Temiz Süleyman, Acikgoz Ozgur, Uygun Kazım, Canturk Zafer, Yirmibesoglu Eda, Aksu Gorkem (2012). The percentage of CD44 CD24 LIN cells in primary breast tumors and correlation between prognostic factors. 37th Congress of the European-Society-for-Medical-Oncology (ESMO, 23, 110-111. (/) (Yayın No: 1145539) 19. Yirmibeşoğlu Eda, Bora Hüseyin, Akmansu Müge, Karahacıoğlu Eray, Pak Yücel, Ünsal Diclehan (2006). Radiation therapy for extramedullary plasmocytoma a retrospective evaluation. 25th Annual Meeting of the European-Society-for-Therapeutic-Radiology-and-Oncology (ESTRO 25), 81(1), 402-403. (/) (Yayın No: 1145039) 20. Yirmibeşoğlu Eda, Öztürk Ayşen Sevgi, Erkal Haldun Şükrü, Egehan İbrahim (2004). Internet utilization among cancer patients and their families and the status of web pages for radiation oncology facilities in Turkey. 23rd Annual Meeting of the European-Society-for-Therapeutic-Radiology-and-Oncology (ESTRO 23), 73(1), 358, Doi: 10.1016/S0167-8140(04)82705-1 (/) (Yayın No: 1139634) C. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplar veya kitaplardaki bölümler:
--	--

	C2. Yazılan ulusal/uluslararası kitaplardaki bölümler: Türkiye Klinikleri Hematoloji (2020)., ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA, Türkiye Klinikleri, Basım sayısı:1, ISBN:978-625-401-124-5, Türkçe(Bilimsel Kitap) (Yayın No: 6872869) 1. Yoğunluk ayarlı radyoterapinin uygulama esasları (2015)., YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,AKSU MAKSUT GÖRKEM,Ay Civelek Özlem,Çelik Deniz, Dünya tıp kitapevi, Türkçe(Kitap Tercümesi) (Yayın No: 2273658) D. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler : 1. halis hatice,AKSU MAKSUT GÖRKEM,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,SARPER EMİNE BİNNAZ (2019). Assessment of Treatment Response and Survival in Patients Diagnosed with Locally Advanced Head and Neck Cancer Treated with Chemoradiotherapy As Part of An Organ-Preservation Treatment Protocol. Sakarya Medical Journal (Kontrol No: 5746608) 2. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2016). Germ Hücreli Tümörler. Türkiye Klinikleri Radiat Oncol-Special Topics, 2(2), 42-47. (Kontrol No: 3402134) 3. Yirmibeşoğlu Eda, Aksu Görkem (2014). İnvaziv Mesane Kanseri Mesane Koruyucu Tedavi Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics, 7(2), 80-85. (Kontrol No: 1154373) 4. Yirmibeşoğlu Eda, Aksu Görkem (2013). Kemik metastazlarında güncel tedavi seçenekleri. Selçuk Tıp Dergisi, 29(1), 16-18. (Kontrol No: 1154317) 5. Ensaroğlu Fatih, Dolaşık İlhan, Halis Hatice, Gülecan Turgay, Temiz Süleyman, Yirmibeşoğlu Eda, Aksu Görkem, Yılmaz Kürşat (2011). Mesane Anterior Duvarında Küçük Hücreli Karsinom Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Bolu Tıp Dergisi, 6(2), 40-43. (Kontrol No: 1154213) 6. İren Seviay, Yirmibeşoğlu Eda, Bora Hüseyin, Akmansu Müge, Pak Yücel (2010). Erkek meme kanseri ve postoperatif adjuvan radyoterapi Retrospektif değerlendirme. Meme Sağlığı Dergisi, 6(1), 22-25. (Kontrol No: 1154171) 7. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,Öztürk Ayşen Sevgi,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ,Egehan İbrahim (2009). The attitudes of Turkish women with breast cancer towards using the Internet for obtaining information concerning their disease. Meme Sağlığı Dergisi, 5(4), 200-203. (Kontrol No: 1154089) 8. Yirmibeşoğlu Eda, Öztürk Ayşen Sevgi, Erkal Haldun Şükrü, Egehan İbrahim (2008). Türkiye de bulunan Radyasyon Onkolojisi merkezlerinin internet üzerinden ulaşılabilirlikleri. Türk Onkoloji Dergisi, 23(4), 189-195. (Kontrol No: 1154010) D. Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler : 9. Ünsal Diclehan, Yirmibeşoğlu Eda, Oktar Suna, Karakuş Sema, Pak Yücel (2006). Polisitemia vera ya bağlı gelişen semptomatik splenomegalide splenik radyoterapinin yeri Bir olgu nedeniyle literatürün gözden geçirilmesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 4(16), 199-204. (Kontrol No: 1153977) 10. Yirmibeşoğlu Eda, Ünsal Diclehan (2005). Küçük hücreli dışı akciğer kanseri radyoterapi planlamasında FDG PET in yeri. Remisyon, Güncel Onkoloji Dergisi, 7, 205-207. (Kontrol
--	--

	No: 1158749) 11. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,Öztürk Ayşen Sevgi,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ,Egehan İbrahim (2005). Kanser hastalarının bilgi arayışında internet kullanımı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12, 125-128. (Kontrol No: 1153795) 12. Yirmibeşoğlu Eda, Ünsal Diclehan (2005). Erken evre küçük hücreli akciğer kanserinde güncel arayışlar. Remisyon, Güncel Onkoloji Dergisi, 7, 97-98. (Kontrol No: 1158610) 13. Öztürk Ayşen Sevgi, Yirmibeşoğlu Eda, Erkal Haldun Şükrü, Egehan İbrahim (2005). Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecini etkileyen değişkenler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12, 83-87. (Kontrol No: 1153817) E. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında 1. Karabey Mehmet Sinan, Yirmibeşoğlu Erkal Eda, Yolcu Ahmet, Bakkal Hakan, Ay Özlem, Sarper Binnaz, Aksu Görkem, Erkal Haldun Şükrü Safra yolu tümörlerinde radyoterapi Üç merkezin ortak deneyimi. 11nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1150221) 2. Pamuk Ayşe, Yirmibeşoğlu Eda, Hocaoglu Hasan Baş boyun ve toraks radyoterapisinde beslenme ve yaşam kalitesi Hemşirelik hizmetinin önemi. 9ncu Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1150039) 3. Erkal Haldun Şükrü, Öztürk Ayşen Sevgi, Yirmibeşoğlu Eda, Egehan İbrahim Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecini etkileyen değişkenler. 6ncı Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1145975) 4. Yirmibeşoğlu Eda, Sönmez Aydan, Demircioğlu Fatih, Sucak Gülsan, Bilgin Ugur Aynur, Çatlı Serap, Aydal Ceren, Akmansu Müge, Pak Yücel Hematolojik malignansilerde üç boyutlu tedavi planlaması ile tüm beden ışınlaması sonuçlarımız. 8nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1145664) 5. Yirmibeşoğlu Eda, Hayran Mutlu, Kanyılmaz Gül, İren Sevilay, Pak Yücel Türkiyede kanser hastalarının radyoterapi sırasında alternatif tıp kullanımı ve prediktif faktörler. 8nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1149997) 6. Yirmibeşoğlu Eda, Göktay İrem, Bora Hüseyin, Karahacıoğlu Eray, Pak Yücel Erken evre seminoma tanılı hastalarda radyoterapinin yeri Retrospektif değerlendirme . 8nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1145748) 7. Sarper Binnaz, Tırpancı Berna, Aksu Görkem, Ay Özlem, Canoğlu Doğu, Yirmibeşoğlu Eda Serviks tümörlerinde üç boyutlu brakiterapi sonuçlarımız. 10ncu Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1184988) 8. Yirmibeşoğlu Eda, Yamaç Deniz, Memis Leyla, Tekin Ercüment, Taneri Ferit, Erkal Haldun Şükrü Aksiller lenf nodu tutulumu ile başvuran primeri saptanamayan meme kanserli olgunun sunumu. İstanbul Meme Kanseri Konferansı (/) (Yayın No: 1145954) 9. Ünsal Diclehan, Yirmibeşoğlu Eda, Lordlar Uçankuş Neşe, Ömeroğlu Suna Radyoterapiye ikincil gelişen
--	--

	alt gastrointestinal sistem toksisitesi üzerinde St Johns Wort etkisi Deneysel çalışma. 8nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1145767) 10. Karabey Mehmet Sinan, Yirmibeşoğlu Eda, Sarper Binnaz, Aksu Görkem, Bayramgürler Dilek, Erçin Cengiz Uzun süreli aromataz inhibitörü kullanımına bağlı gelişen eritroderm Olgu sunumu. 9ncu Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1184919) 11. Tırpancı Berna, Sarper Binnaz, Aksu Görkem, Halis Hatice, Karabey Sinan, Yirmibeşoğlu Eda Endometrium tümörlerinde üç boyutlu brakiterapi sonuçlarımız. 10ncu Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1185004) 12. Yirmibeşoğlu Eda, Canoğlu Doğu Mehmet, Sarper Binnaz Emine, Aksu Görkem Vulva Kanselerinde radyoterapinin yeri 5 olgu nedeni ile literatürün gözden geçirilmesi. 9ncu Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1184955) 13. Bora Hüseyin, Yirmibeşoğlu Eda, İren Sevilay, Akmansu Müge, Pak Yücel Radikal prostatektomi sonrası adjuvant radyoterapi uygulanan yüksek riskli hastalarda radyoterapi sonrası yetersizlik üzerine etki eden faktörler. 7nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1149786) 14. İren Sevilay, Yirmibeşoğlu Eda, Bora Hüseyin, Akmansu Müge, Pak Yücel Erkek meme kanseri ve postoperatif adjuvan radyoterapi Retrospektif değerlendirme. 9ncu Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi (/) (Yayın No: 1149847) 15. Yirmibeşoğlu Eda, Canoğlu Mehmet Doğu, Aksu Maksut Görkem, Sarper Emine Binnaz Pankreas kanserinde postoperatif kemoradyoterapi Retrospektif değerlendirme. 9ncu Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1150058) 16. Halis Hatice, Aksu Görkem, Yirmibeşoğlu Eda, Sarper Binnaz, Aydın Ömer, Keskin Gürkan, İşeri Mete Küratif radyoterapi veya kemoterapi uygulanan baş boyun kanserli hastalarda tedavi yanıtının nüks özelliklerinin ve sağkalımın değerlendirilmesi. 20nci Ulusal Kanser Kongresi (/) (Yayın No: 1150139) 17. Bora Hüseyin, Yirmibeşoğlu Eda, Demirel Merih, Akmansu Müge, Pak Yücel Lokal ileri evre prostat kanseri tedavisinde vasküler endotelial büyüme faktörünün önemi. 17nci Ulusal Kanser Kongresi (/) (Yayın No: 1145637) 18. Yirmibeşoğlu Eda, Öztürk Ayşen Sevgi, Ünsal Diclehan, Karahacıoğlu Eray, Bora Hüseyin, Akmansu Müge, Pak Yücel Yumuşak doku sarkomu tanısı ile radyoterapi uygulanan hastaların retrospektif değerlendirilmesi. 16nci Ulusal Kanser Kongresi (/) (Yayın No: 1149737) 19. Yirmibeşoğlu Eda, İren Sevilay, Bora Hüseyin, Akmansu Müge, Pak Yücel Agresif meningioma tanılı hastaların tedavisinde radyoterapinin rolü. 17nci Ulusal Kanser Kongresi (/) (Yayın No: 1149818) 20. Yirmibeşoğlu Eda, Demircioğlu Fatih, Poyraz Aylar, Demircioğlu Özlem, Bora Hüseyin, Akmansu Müge Gangliogliomada radyoterapinin rolü iki vaka sunumu. 8nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1149936) 21. Yirmibeşoğlu Eda, Demirel Merih, Bora Hüseyin, İren Sevilay, Memiş Leyla Radyoterapi uygulanan
--	--

	düşük gradeli beyin tümörü tanılı hastalarda Ki 67 Mib 1 . 8nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1149972) 22. Meydancı Tülay, Yirmibeşoğlu Erkal Eda, Görkem Aksu, Ay Özlem, Sarper Emine Binnaz Lenfoma kanserinin tedavisinde IMRT nin yeri üzerine bir paylaşım. 14ncü Ulusal Medikal Fizik Kongresi (/) (Yayın No: 1220353) 23. Ay Özlem, Sarper Emine Binnaz, Çakır Özgür, Gürbüz Yeşim, Yirmibeşoğlu Erkal Eda, Aksu Maksut Görkem Lokal ileri evre rektum kanserinde neoadjuvan tedavi yanıtının klinik patolojik ve radyolojik olarak değerlendirilmesi. 11nci Ulusal Radyasyon onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1220617) 24. Yirmibeşoğlu Eda, Demircioğlu Fatih, Bora Hüseyin, Akmansu Müge Paraganglioma tanılı hastalarda radyoterapinin etkisi Retropektif değerlendirme. 8nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1149876) 25. Sönmez Aydan, Yirmibeşoğlu Eda, Kurugöl Ceren, Bora Hüseyin, Pak Yücel Orbital bölge radyoterapi planlaması İnflamatuvar orbital pseudotümör tanılı bir vaka. 10ncu Ulusal Medikal Fizik Kongresi (/) (Yayın No: 1149755) 26. Erkal Haldun Şükrü, Yirmibeşoğlu Eda, Öztürk Ayşen Sevgi, Egehan İbrahim Kanser hastalarının bilgi arayışlarında internet kullanımı. 6ncı Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1145990) 27. Erkal Haldun Şükrü, Yirmibeşoğlu Eda, Öztürk Ayşen Sevgi, Egehan İbrahim Radyasyon onkolojisi merkezlerinin web sayfaları. 6ncı Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1146016) 28. Yirmibeşoğlu Eda, Canoğlu Doğu, Kaya Ahmet, Aksu Görkem, Sarper Binnaz, Akansel Gür, Meydancı Tülay Baş boyun kanserli hastalarda üç boyutlu konformal radyoterapi sonrasında erken ve geç disfajinin videofloroskopi EORTC C30 ve H N35 ölçekleriyle değerlendirilmesi Yutma ile ilişkili anatomik yapıların doz volüm ilişkisi. 10ncu Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1145805) 29. Aksu Görkem, Dolaşık İlhan, Ensaroğlu Fatih, Yirmibeşoğlu Eda, Sarper Binnaz, Çabuk Devrim, Temiz Süleyman, Uygun Kazım Yüksek emetojenik kemoterapi ve veya radyoterapi alan hastalarda oral nörokinin 1 antagonisti olan aprepitant ın hayat kalitesi ve bulantı kusma üzerindeki etkinliğinin fonksiyonel yaşam bulantı indeksi FLIE ile değerlendirilmesi. 10ncu Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1185031) 30. Karakaş Zülfiye, Yirmibeşoğlu Eda, Hocaoğlu Hasan Devlet hastanelerinin onkoloji bölümlerinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik sendromu varlığının ve iş tatmininin araştırılması. 18nci Ulusal Kanser Kongresi (/) (Yayın No: 1150028) 31. Yirmibeşoğlu Eda, Bora Hüseyin, İren Sevilay, Akmansu Müge, Pak Yücel Lokal ileri evre prostat kanseri tanısı ile radyoterapi uygulanan hastalarda biyokimyasal ve klinik yetersizlik Retrospektif değerlendirme. 7nci Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi (/) (Yayın No: 1149778) 32. Halis Hatice, Aksu Maksut Görkem, Ay Civelek Özlem, Karabey Mehmet Sinan, Sarper Emine Binnaz,
--	---

	Yirmibeşoğlu Erkal Eda, Müezzinoğlu Bahar Nüks pigmente villonodüler sinovitte radyoterapinin etkinliği. 20nci Ulusal Kanser Kongresi (/) (Yayın No: 1150177) 33. KANYILMAZ GÜL,ÖNDER HATİCE,AKTAN MERYEM,KOÇ MEHMET,BORA HÜSEYİN,KARAHACIOĞLU ERAY,YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA (2017). WHO Grad II Glial Tümörlerde Ki-67 Proliferasyon İndeksinin Prognostik Önemi. 22. Ulusal Kanser Kongresi (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 4128226) 34. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,Karayel Sinan,Karayel Ayşegül,HAYRAN KADİR MUTLU,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2016). Prostat kanseri için pelvik radyoterapi Helikal tomoterapi ve step and shoot IMRT teknikleri arasında tercih yaparken pelvimetrik ölçümlerden yararlanılabilir mi . UROK2016 (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No: 3402177) 35. YİRMİBEŞOĞLU ERKAL EDA,KARABEY SİNAN,KARABEY AYŞEGÜL,ERKAL HALDUN ŞÜKRÜ (2015). Tüm pelvise radyoterapi uygulanan lokal ileri prostat kanserli hastalarda vücut kitle indeksinin tedavi süresine etkisinin iki farklı yoğunluk ayarlı radyoterapi tekniği için değerlendirilmesi . 21. ULUSAL KANSER KONGRESİ (/) (Yayın No: 1898901) 36. Erkal Yirmibeşoğlu Eda, Akgül Aslı Gül, Halis Hatice, Liman Şerife Tuba, Aksu Görkem, Topçu Salih, Sarper Binnaz (2012). An analysis of patients treated for thymic epithelial tumors. 15nci Yıllık Kongre, Türk Toraks Derneği (/) (Yayın No: 1166852) 37. Erbağ Gökhan, Çabuk Devrim, Temiz Süleyman, Kaya Serap, Açıkgöz Özgür, Yirmibeşoğlu Eda, Canoğlu Doğu, Uygun Kazım, Demir Hakan (2012). Aromataz inhibitörü kullanan erken evre meme kanserli hastalarda osteoporoz gelişme riski. 4ncü Tıbbi Onkoloji Kongresi, 236-237. (/) (Yayın No: 1166670) 38. Yetimoğlu Eylem, Çabuk Devrim, Karaöz Erdal, Kaya Serap, Temiz Süleyman, Açıkgöz Özgür, Uygun Kazım, Cantürk Zafer, Yirmibeşoğlu Eda, Aksu Görkem (2012). Meme kanseri olgularında CD44 CD24 LİN kanser kök hücre dağılımı ve prognostik faktörlerle ilişkisi. 4ncü Tıbbi Onkoloji Kongresi, 103-104. (/) (Yayın No: 1166490)
--	--

EKLER

EK-1- Sosyodemografik Özellikler Formu

I. Kişisel özellikler

1. Cinsiyet
2. Yaş
3. Eğitim durumu
4. Çalışma durumu: Çalışıyor..... Çalışmıyor.... Emekli.....
5. Çocuğunuz var mı? Var..... Yok....
6. Kiminle yaşıyorsunuz?
7. Hayatınıza ait kararları kim alıyor?
8. Hastalığınızla beraber kararları kim alıyor?
9. Ailede, yakın çevrenizde benzer hastalığı yaşayan oldu mu?

II. Tıbbi bilgi (Bilgiler dosya kayıtlarından alınacağı için dosya numarası alınacaktır. Hakkında tıbbi

bilgiler alınacak, kimlik bilgileri kullanılmayacak)

Evre

Tedavi

ECOG

III. Tedavi kararında öncelediği değerler (A: çok önemli, B: az önemli, C: önemsiz)

- a. Doktor ve hastane rutin ziyaretlerini yapmak zorunda kalmamak
- b. Tedavi masrafları
- c. Tedavinin fiziksel yan etkileri
- d. Tedavinin duygusal yan etkileri
- e. Yoğun bakım ihtiyacımın olmaması
- f. Kendi kendime bakabilmem
- g. Hastalığın tekrarlama ihtimali
- h. Eşime, aileme veya arkadaşlarıma yük olmak

- i. Kendi evimde yaşabilir olmak
- j. Hastaliksız sağkalım süresinin uzaması
- k. Genel sağkalım süresinin uzaması
- l. Kalite ayarlı sağkalım (kaliteli yaşanan süre) süresinin uzaması

**EORTC QLQ-C30** (version 3.0)

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

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum tarihiniz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31

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

Geçtiğimiz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4
16.	Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4

[Lütfen sonraki sayfaya geçiniz](#)

Geçtiğimiz hafta zarfında:

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>aile</u> yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz <u>sosyal</u> aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız

29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel



EORTC QLQ – INFO25

Sağlık hizmetinizi geliştirmek için hastalığınız ve tedaviniz hakkında aldığınız bilgiler ile ilgileniyoruz. Lütfen size en uygun sayıyı daire içine alarak bütün soruları yanıtlayınız. Yanıtlar doğru veya yanlış değildir. Verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Mevcut hastalığınız veya tedaviniz sırasında, aşağıdaki hususlarda ne kadar bilgi aldınız:	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Hastalığınızın tanısı?	1	2	3	4
32. Hastalığınızın yayılımı?	1	2	3	4
33. Hastalığınızın olası sebepleri?	1	2	3	4
34. Hastalığınızın kontrol altında olup olmadığı?	1	2	3	4
35. Geçirmiş olduğunuz veya geçirebileceğiniz herhangi bir tıbbi testin amacı?	1	2	3	4
36. Bu tıbbi testlerin prosedürleri?	1	2	3	4
37. Geçirmiş olduğunuz tıbbi testlerin sonuçları?	1	2	3	4
38. Tıbbi tedavi (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi veya diğer tedavi modaliteleri)?	1	2	3	4
39. Tedaviden beklenen fayda?	1	2	3	4
40. Tedavinin olası yan etkileri?	1	2	3	4
41. Tedavinin hastalık semptomları üzerine beklenen etkileri?	1	2	3	4
42. Tedavinin sosyal ve aile yaşamı üzerine etkileri?	1	2	3	4
43. Tedavinin cinsel aktivite üzerine etkileri?	1	2	3	4
44. Hastane dışı ek yardım (günlük aktivitelere yardım, kendi kendine yardım grupları, bölge hemşiresi vs.)?	1	2	3	4
45. Rehabilitasyon servisleri (fizyoterapi, iş uğraşı terapisi)?	1	2	3	4

Lütfen sonraki sayfaya geçiniz

Mevcut hastalığınız veya tedaviniz sırasında, ne kadar bilgi aldığınız üzerine:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
46.	Evde hastalığınızı yönetme boyutları?	1	2	3	4
47.	Olası profesyonel psikolojik destek?	1	2	3	4
48.	Farklı bakım yerleri (hastaneler/ ayakta tedavi hizmetleri/ev)?	1	2	3	4
49.	İyileşmenize yardım etmek için kendinizin yapabileceği şeyler (dinlenme, diğer kişilerle iletişim)?	1	2	3	4
50.	Yazılı bilgi aldınız mı?	Evet		Hayır	
51.	CD veya videoda bilgi aldınız mı?	Evet		Hayır	
		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
52.	Aldığınız bilgi miktarından memnun kaldınız mı?	1	2	3	4
53.	a) <u>Daha fazla</u> bilgi almak ister misiniz?	Evet		Hayır	
	b) Cevabınız evet ise lütfen hangi konular üzerine olduğunu belirtiniz.				
54.	a) <u>Daha az</u> bilgi almış olmak ister miydiniz?	Evet		Hayır	
	b) Cevabınız evet ise lütfen hangi konular üzerine olduğunu belirtiniz.				
		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
55.	Genel olarak aldığınız bilgiler yardımcı oldu mu?	1	2	3	4