



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**KANSER HASTALARINDA FİNANSAL TOKSİSİTE
DÜZEYİ VE SAĞLIK SİSTEMİNE GÜVEN
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Zelal ÖZYILDIZ

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

ANKARA

2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTALARINDA FİNANSAL TOKSİTE DÜZEYİ VE
SAĞLIK SİSTEMİNE GÜVEN ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

Zelal ÖZYILDIZ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

ANKARA

2024

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Kanser Hastalarında Finansal Toksisite Düzeyi ve Sağlık Sistemine Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Zelal Özyıldız

Tarih: 12.01.2024

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında

Zelal Özyıldız tarafından hazırlanan

“Kanser Hastalarında Finansal Toksisite Düzeyi ve Sağlık Sistemine Güven
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı

tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ
ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12.01.2024

Prof. Dr. Fikriye YILMAZ

Başkent Üniversitesi

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

Ankara Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Mehtap Çakmak BARSBAY

Ankara Üniversitesi

Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Fügen AKTAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Kanser Hastalarında Finansal Toksisite Düzeyi ve Sağlık Sistemine Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Çalışmanın amacı, akciğer, meme ve kolon kanseri tanısı almış bireylerde finansal toksisite düzeyini belirlemek, bu bireylerin kanser teşhis ve tedavi sürecinde karşılaştıkları finansal yükün sağlık hizmetleri sistemine duydukları güven ile ilişkisini incelemektir. Çalışmanın alt amacı, hasta ve ailesine ilişkin sosyo-demografik özelliklerin finansal toksisite için risk faktörü oluşturma durumunu değerlendirmektir. Çalışma evrenini 10.03.2023-10.06.2023 tarihleri arasında Ankara’da bir vakıf üniversitesi hastanesinde yatarak tedavi gören 18 yaş üstü, en az 3 aydır kemoterapi alan, Türkçe okuyup yazabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden akciğer, meme ve kolon kanseri tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçilmeyerek ilgili tarihler arasında çalışmaya katılma kriterlerini sağlayan tüm hastalara ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında 105 hastadan veri toplanmıştır. Araştırmada üç bölümden oluşan veri toplama aracı kullanılmıştır. Formun ilk bölümünde “Demografik Özellikler Formu”, ikinci bölümünde de Souza vd. (2014) tarafından geliştirilen “Finansal Toksisite Ölçeği (Comprehensive Score for Financial Toxicity (COST))”, üçüncü bölümünde ise Egede ve Ellis (2008) tarafından geliştirilen “Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği” kullanılmıştır. Katılımcıların COST ölçeği finansal toksisite medyan değeri 17, genel ortalamaları $18,81 \pm 9,38$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların düşük skoru, yüksek düzeyde finansal toksisite yaşadıklarını göstermektedir. Katılımcıların finansal toksisite düzeyleri ile ilişkili risk faktörlerini tespit etmek amacıyla yapılan analizler sonucunda, finansal toksisite ile cinsiyet, öğrenim durumu, özel sigorta durumu, hane içerisindeki finansal rol, aylık hanehalkı geliri, finansal durumda yaşanan değişiklikler, tanı konduktan sonra bir kurumdan destek alma ve aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumu ve cepten harcama yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır ($p < 0,05$). Katılımcıların sağlık hizmetleri sistemi çok boyutlu güven ölçeği toplam puan ortalaması $61,66 \pm 7,56$, sağlık hizmetini sunan profesyonellere duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $41,85 \pm 5,45$, sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi /kurumlara duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $10,22 \pm 3,95$ ve sağlık hizmetini veren kurum /kuruluşlara duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $9,58 \pm 1,87$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada sağlık hizmetleri sistemine güven ve alt boyutları ile cinsiyet, öğrenim durumu, özel sigorta durumu, hane içerisindeki finansal rol, kanser evresi, teşhisten bu yana geçen süre, finansal durumda yaşanan değişiklikler, tanı konduktan sonra bir kurumdan destek alma durumu, aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumu, cepten harcama yapma durumu, hastanenin sağlık hizmetlerinden daha önce faydalanma durumu ve alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıktığı sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,05$). Çalışmada finansal toksisite ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu ($r=782$) arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Finansal toksisite ve sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven alt boyutu ($r=258$) arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Finansal toksisite ve sağlık hizmetleri sistemine çok boyutlu güven ölçeği toplam puanı ($r=504$) arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Finansal toksisite ile ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla ikili lojistik regresyon analizi kullanılarak model geliştirilmiştir. Sosyo-demografik özellikler, ekonomik özellikler, hastalıkla ilgili özellikler ve güven ile oluşturulan modelde bağımsız değişkenlerin finansal toksisitedeki değişimin yaklaşık %67,3’ünü açıklayabildiği ve değişkenlerin doğru sınıflandırma olasılığının %84,8 olduğu belirlenmiştir. Öğrenim durumu en fazla lise olanların en az üniversite olanlara göre ($OR=2,758$), finansal durumunda 3 ve daha fazla şekilde değişiklik olanların en fazla 2 değişiklik olanlara göre ($OR=4,868$), maliyeti karşılayan kuruma güven düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre ($OR=1,578$) yüksek finansal toksisite grubunda yer alma riski daha fazladır ($p < 0,05$). Sonuç olarak katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri arttıkça finansal toksisite düzeylerinin düştüğü saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Finansal toksisite, kanser, maliyet, sağlık hizmetleri sistemine güven

SUMMARY

Examining the Relationship Between Financial Toxicity Level and Trust in the Health System among Cancer Patients

The aim of the study is to determine the level of financial toxicity in individuals diagnosed with lung, breast and colon cancer and to examine the relationship between the financial burden these individuals face during the cancer diagnosis and treatment process and their trust in the health care system. The sub-aim of the study is to evaluate whether the socio-demographic characteristics of the patient and his family constitute a risk factor for financial toxicity. The study population consisted of patients diagnosed with lung, breast and colon cancer who were over the age of 18, received inpatient treatment at a foundation university hospital in Ankara between 10.03.2023 and 10.06.2023, received chemotherapy for at least 3 months, could read and write Turkish and agreed to participate in the study. By not selecting a sample in the study, it was aimed to reach all patients who met the study participation criteria between the relevant dates. Within the scope of the research, data were collected from 105 patients. A data collection tool consisting of three parts was used in the research. In the first part of the form, "Demographic Characteristics Form", in the second part, "Comprehensive Score for Financial Toxicity (COST)" developed by Souza et al. (2014) and the "Multidimensional Trust in Health-Care Systems Scale" developed by Egede and Ellis (2008) were used in the third part. The participants' COST scale financial toxicity median value was found to be 17, and their overall average was 18.81 ± 9.38 . Participants' low score indicates that they are experiencing high levels of financial toxicity. As a result of the analyses conducted to determine the risk factors related to the participants' financial toxicity levels, a statistically significant difference was found among financial toxicity and gender, education status, private insurance status, financial role in the household, monthly household income, changes in financial situation, receiving support from an institution after diagnosis, and the status of one of the family members quitting his job and accompanying and out-of-pocket expenses ($p < 0.05$). The average total score of the participants' health services system multidimensional trust scale was found to be 61.66 ± 7.56 , the average score of the trust sub-dimension for professionals providing health services was 41.85 ± 5.45 , the average score of the trust sub-dimension for individuals /institutions covering the cost of health services was 10.22 ± 3.95 , and the average score of the trust sub-dimension for institutions / organizations providing health services was 9.58 ± 1.87 . It was concluded that the participants had a high level of trust in the health care system. In the study, it was concluded that there was a statistically significant difference between trust in the health services system and its sub-dimensions, among gender, educational status, private insurance status, financial role in the household, cancer stage, time since diagnosis, changes in financial situation, the status of receiving support from an institution after diagnosis, the status of one of the family members quitting work, accompanying out-of-pocket expenses, previous use of hospital health services and satisfaction with the health service received ($p < 0.05$). In the study, a highly positive and significant relationship was found between financial toxicity and the sub-dimension of trust in people/institutions that cover the costs of health services ($r = 0.782$). A very weak positive significant relationship was found between financial toxicity and the sub-dimension of trust in healthcare institutions/organizations ($r = 0.258$). A moderate positive significant relationship was detected between financial toxicity and the total score of the multidimensional trust scale in the health care system ($r = 0.504$). The model was developed using binary logistic regression analysis to identify risk factors associated with financial toxicity. In the model created with socio-demographic characteristics, economic characteristics, disease-related characteristics and trust, it was determined that the independent variables could explain approximately 67.3% of the variation in financial toxicity and the probability of correct classification of the variables was 84.8%. Those with at most high school education compared to those with at least university education ($OR = 2.758$), those with 3 or more changes in their financial situation than those with at most 2 changes ($OR = 4.868$), and those with low level of trust in the institution covering the cost than those with high level of trust in the institution covering the cost ($OR = 1.578$) has a higher risk of being in the high financial toxicity group ($p < 0.05$). As a result, it was determined that as the participants' level of trust in the health care system increased, their financial toxicity levels decreased.

Keywords: Cancer, cost, financial toxicity, trust in the healthcare system

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
Özet	iv
Summary	v
İçindekiler	vi
Önsöz	viii
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	xi
Çizelgeler	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Kanser ve Epidemiyolojisi	6
1.1.1. Dünyada Kanser İstatistikleri	7
1.1.2. Türkiye’de Kanser İstatistikleri	11
1.1.3. Akciğer Kanserinin Etiyolojisi ve İstatistikleri	15
1.1.3.1. Akciğer Kanserinin Etiyolojisi	15
1.1.3.2. Akciğer Kanseri İstatistikleri	16
1.1.4. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve İstatistikleri	19
1.1.4.1. Meme Kanserinin Etiyolojisi	19
1.1.4.2. Meme Kanseri İstatistikleri	20
1.1.5. Kolon Kanserinin Etiyolojisi ve İstatistikleri	22
1.1.5.1. Kolon Kanserinin Etiyolojisi	22
1.1.5.2. Kolon Kanseri İstatistikleri	23
1.2. Kanserin Ekonomik Yüğü	25
1.2.1. Dünyada Kanserin Ekonomik Yüğü	28
1.2.2. Türkiye’de Kanserin Ekonomik Yüğü	32
1.3. Finansal Toksisite Kavramına Genel Bakış	34
1.3.1. Finansal Toksisitenin Bileşenleri	38
1.3.2. Dünyadan Finansal Toksisite Örnekleri	42
1.3.3. Finansal Toksisite ile İlgili Risk Faktörleri	50
1.3.3.1. Demografik Özellikler ve Sosyo-Ekonomik Durum	52
1.3.3.2. Çevresel ve Lojistik Özellikler	56
1.3.3.3. Hastalığa İlişkin Faktörler	57
1.3.4. Türkiye’de Kanser Hastalarına Yönelik Sosyal Güvenlik Politikaları ve Finansal Toksisite	58
1.3.4.1. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihsel Geçmişi	58
1.3.4.2. Türkiye’de Kanser Hastalığının Durumu	61
1.3.4.3. Türkiye’de Finansal Toksisite	64
1.4. Sağlık Sistemine Güvenin Kavramsal Çerçevesi	69
1.4.1. Güven Kavramı	72
1.4.2. Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven	73
1.4.3. Finansal Toksisite ve Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven Arasındaki İlişki	78
2. GEREÇ VE YÖNTEM	82
2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	82
2.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	82
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	87
2.4. Veri Toplama Araçları	88

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi	91
2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	92
3. BULGULAR	94
3.1. Tanımlayıcı Bulgular	94
3.2. Finansal Toksisiteye İlişkin Bulgular	101
3.3. Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven ile İlişkili Bulgular	107
3.4. Finansal Toksisite ile Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven Arasındaki İlişkiye Yönelik	115
3.5. Finansal Toksisite ile İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizine Yönelik Bulgular	115
4.TARTIŞMA	119
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	137
KAYNAKLAR	142
EKLER	163
EK - 1. Uzman Görüşü Değerlendirme Formu	164
EK - 2. Anket Formu	165
EK - 3. Ölçek İzinleri	171
EK - 4. Etik Kurul İzin Belgeleri	173
EK - 5. Hipotez Red/Kabul Tablosu	178
ÖZGEÇMİŞ	186

ÖNSÖZ

Çalışmanın gerçekleştirilme sürecinde yanımda olan ve teşekkür etmek istediğim birçok insan var. Ama öncelikli olarak zorlu tedavi koşullarına rağmen beni kırmayıp çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılara teşekkür etmek istiyorum.

Araştırmanın her aşamasında bana destek olan, bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyip yönlendirmeleri ile tezin daha iyi bir noktaya gelmesini sağlayan kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu'na,

Veri toplama sürecinde desteklerini benden esirgemeyen kıymetli hocam Prof. Dr. Korkut Ersoy'a ve Başkent Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'ndeki değerli hocalarım Prof. Dr. Şahin Kavuncubaşı, Doç. Dr. Çiğdem Baskıcı ve Dr. Öğr. Üyesi Sema Dökme Yağar'a,

Çalışmanın her anına tanık olan, bu zorlu süreçte inancımı her zaman diri tutmamı sağlayan, sabrından, merhametinden ve sevgisinden daha öğrenecek çok şeyim olduğunu bildiğim ve hem çalışmaya hem hayatıma kattığı anlamları hiçbir zaman unutmayacağım yoluma ışık olan kıymetli hocam Prof. Dr. Fikriye Yılmaz'a,

Benim için iyi bir iş arkadaşı olmaktan öte muhteşem bir oda arkadaşı olan ve bu süreçte desteğini bir an olsun benden esirgemeyen, en umutsuz zamanlarımda umudunu benimle paylaşan canım arkadaşım Arş. Gör. Deniz Güngör Özcan'a,

Yoğun iş tempolarına rağmen veri toplama sürecinde olabildiğince bana destek olmaya çalışan Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Onkoloji Bölümü hemşirelerine,

Hayatım boyunca varlıklarına hep şükrettiğim, ellerini her zaman omzumda hissettiğim çok güzel insanlar var hayatımda: Dünyanın en iyi ev arkadaşı olan ve bu süreçte yükümü hafifletmek için elinden gelen her şeyi yapan canım Neval Kurul'a, canım arkadaşlarım Semra Elmas ve Yağmur Eski'ye, yaptığı fedakarlıklarla yolumu kolaylaştıran ve bana her zaman güç veren yol arkadaşım Mehmet Aydın'a teşekkürlerimi borç bilirim.

Ve son teşekkürümü hayatım boyunca bana inanmayı bir an olsun bırakmayan, benim için her zaman ellerinden geleni yapan, emeklerini, desteklerini ve sevgilerini yüreğimde hep hissettiğim annem Emine Özyıldız'a, babam Metin Özyıldız'a ve canım kardeşim Mehmet Özyıldız'a hayatımda oldukları için teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

\$	Dolar
€	Euro
¥	Yen
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACA	The Affordable Care Act (Uygun Fiyatlı Bakım Yasası)
ASCO	The American Society of Clinical Oncology (Amerikan Klinik Onkoloji Derneği)
Bağ-Kur	Esnaflık ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
COST	COMprehensive Score for Financial Toxicity (Kapsamlı Finansal Toksisite Ölçeği)
DALY	Disability-Adjusted Life Year (Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı)
DNA	Deoksiriboz Nükleik Asit
ES	Emekli Sandığı
GLOBOCAN	The Global Cancer Observatory (Küresel Kanser Gözlemevi)
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
IARC	International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı)
INT	International Dollars
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KHAK	Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	Küçük Hücreli Dışı Akciğer
NHS	National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)
NCI	National Cancer Institute (Ulusal Kanser Enstitüsü)
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü)
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	Satın Alma Gücü Paritesi
SSGSSK	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği

TBA	Trakea, Bronş ve Akciğer
TL	Türk Lirası
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UKKP	Ulusal Kanser Kontrol Programı
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



ŞEKİLLER

Şekil 1. 1. Dünyada yeni kanser vakalarının dağılımı (2020)	8
Şekil 1. 2. Cinsiyete göre Dünyada yeni kanser vakalarının dağılımı (2020)	9
Şekil 1. 3. Dünya’da kanser ölümlerinin dağılımı (2020)	10
Şekil 1. 4. Cinsiyete göre Dünyada kanser ölümlerinin dağılımı (2020)	11
Şekil 1. 5. Türkiye’de yeni kanser vakalarının dağılımı (2020)	12
Şekil 1. 6. Türkiye’de cinsiyete göre yeni kanser vakalarının dağılımı (2020)	12
Şekil 1. 7. Türkiye’de kanser ölümlerinin dağılımı (2020)	13
Şekil 1. 8. Türkiye’de cinsiyete göre kanser ölümlerinin dağılımı (2020)	14
Şekil 1. 9. Toplam sağlık harcaması (ABD doları/kışı/2022)	26
Şekil 1. 10. Finansal toksisite ve bileşenleri	38
Şekil 1. 11. Kanser hastaları için doğrudan ve dolaylı mali yük kaynakları	39
Şekil 1. 12. Finansal toksisitenin çerçevesi ve subjektif finansal sıkıntının ilgili yönleri	40
Şekil 1. 13. Finansal toksisitenin nedenleri ve sonuçları	51
Şekil 1. 14. Kanser hastaları ve ailelerinde finansal toksisitenin risk faktörleri ve sonuçları	52
Şekil 1. 15. Türkiye’de sağlık harcamaları, 2013-2022	61
Şekil 1. 16. Sağlık hizmetlerinde güvenin kavramsal çerçevesi	74
Şekil 2. 1. Araştırma modeli	84

ÇİZELGELER

Çizelge 1. 1. Ülkelere göre akciğer kanserinin tahmini morbidite ve mortalite vakaları (2020)	17
Çizelge 1. 2. Akciğer kanserinin tahmini insidans ve mortalite sayıları (2020)	18
Çizelge 1. 3. Ülkelere göre meme kanserinin tahmini morbidite ve mortalite vakaları (2020)	21
Çizelge 1. 4. Ülkelere göre kolorektal kanserinin tahmini morbidite ve mortalite vakaları (2020)	24
Çizelge 1. 5. Avrupa’da ülke ve bileşene göre toplam kanser maliyeti (milyon €, 2018)	29
Çizelge 1. 6. Avrupa’da ülke ve bileşene göre kişi başına düşen toplam kanser maliyeti (€, 2018)	30
Çizelge 1. 7. Finansal toksisite tanımları	37
Çizelge 1. 8. COST ölçeğinde objektif finansal yük ve subjektif finansal sıkıntı ile ilgili ifadeler	41
Çizelge 1. 9. Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri	62
Çizelge 1. 10. Kanser hastalarına yönelik gerçekleştirilen sağlık politikaları	65
Çizelge 1. 11. Kanser hastaları ve yakınlarına yönelik sosyal politikalar	66
Çizelge 1. 12. Sağlık sistemi tipleri ve ayırt edici temel özellikleri	71
Çizelge 1. 13. Güveni olumlu veya olumsuz etkileyen hasta deneyimi kategorileri	75
Çizelge 3. 1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	94
Çizelge 3. 2. Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı	95
Çizelge 3.3. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre dağılımı	97
Çizelge 3. 4. Katılımcıların hastalıktan sonra yaşadıkları değişimlere ilişkin bulguların dağılımı	98
Çizelge 3.5. Katılımcıların sosyal destek alma durumlarına göre dağılımları	98
Çizelge 3. 6. Katılımcıların son 3 ayda cepten harcama yapma durumlarına göre dağılımı	100
Çizelge 3. 7. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumlarına göre dağılımı	101
Çizelge 3. 8. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı	101
Çizelge 3. 9. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı	102
Çizelge 3. 10. Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı	103

Çizelge 3. 11. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı	104
Çizelge 3. 12. Katılımcıların hastalık sonrası yaşadıkları değişimlere göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı	105
Çizelge 3. 13. Katılımcıların sosyal destek durumuna göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı	105
Çizelge 3. 14. Katılımcıların cepten harcama yapma durumuna göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı	106
Çizelge 3. 15. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumuna göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı	106
Çizelge 3. 16. Sağlık hizmetleri sistemi çok boyutlu güven ölçeği ve alt boyutlarının puan dağılımı	107
Çizelge 3. 17. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı	108
Çizelge 3. 18. Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı	109
Çizelge 3. 19. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı	110
Çizelge 3. 20. Katılımcıların hastalıktan sonra yaşadıkları değişimlere göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı	111
Çizelge 3. 21. Katılımcıların sosyal destek durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı	112
Çizelge 3. 22. Katılımcıların cepten harcama yapma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı	113
Çizelge 3. 23. Sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumu göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı	114
Çizelge 3. 24. Korelasyon analizi	115
Çizelge 3. 25. Yüksek finansal toksisite ile ilişkili bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analiz sonuçları	116

1.GİRİŞ

Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, son yüzyılda tüm dünyada meydana gelen hızlı epidemiyolojik geçişi çok iyi yansıtmaktadır (World Health Organization (WHO), 2023c). Sanitasyon, barınma ve beslenmedeki gelişmeler ve daha iyi tedavi, çoğu ülkede ishal, zatürree ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklardan kaynaklı ölüm oranlarını azaltmış (Ezzati ve Riboli, 2012) ve yüksek çocuk ölümleri ve bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerden, kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların yüksek prevalansına doğru değişen bir hastalık yükü oluşmaya başlamıştır (WHO, 2023c).

WHO ölüm nedenlerini; bulaşıcı hastalıklar (bulaşıcı ve paraziter hastalıklar ve anne, perinatal ve beslenme koşulları vb.), Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) ve yaralanmalar olarak üç kategoriye ayırmıştır (WHO, 2020). BOH'lar dünya çapında en yüksek hastalık yükü olmaya devam etmektedir (WHO, 2020). Başlıca BOH'lar, kardiyovasküler hastalıklar (17,9 milyon), kanser (9,3 milyon), kronik solunum hastalığı (4,1 milyon) ve diyabettir (2 milyon). Dört büyük BOH 2019 yılında yaklaşık 33,3 milyon insanın ölümüne neden olmuştur; 2000 yılına kıyasla bu oran %28'lik bir artış göstermiştir (WHO, 2023c). WHO (2023c), BOH'ların önlenmesi ve kontrolünün, 21. yüzyıl için büyük bir gelişme zorunluluğu olduğunu belirtmiştir.

BOH kategorisinde yer alan kanserler dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir (Bray ve Soerjomataram, 2019). Teşhis ve tedavisinde yaşanan gelişmelere rağmen, kanserin tedavi edilebilmesi için daha kat edilmesi gereken uzun bir yol bulunmaktadır. Çünkü farklı kanserlere farklı faktörler neden olduğu için hastalığı önleyebilecek tek bir strateji yoktur. Ayrıca bireyler farklı tedavilere yanıt verdiğinden tek bir tedavi türü herkes için geçerli olmamaktadır (Roy ve Saikia, 2016).

Kanserin toplam maliyeti ve zaman içindeki gelişimi, hastalık yükünün (kanseri insidansı, prevalansı ve mortalitesi) ve teknolojik ilerlemenin bir fonksiyonudur. Örneğin yeni kanser hastalarının sayısının artması, teşhis ve tedaviye yönelik sağlık harcamalarını artırırken, çalışma çağındaki hastalarda ölüm oranlarının azalması üretkenlik kaybını azaltmaktadır. Yeni tedavi yöntemleri hasta sonuçlarını iyileştirebilirken bu durum genellikle ek sağlık harcamasını da beraberinde getirmektedir (Hofmarcher vd., 2020). Ek sağlık harcamalarının oluşumu hastaları, onkologları ve sağlık sistemlerini daha da vahim bir durumla karşı karşıya bırakmaktadır. Harcamaların hastalara yansmasıyla birlikte, yeni

tedavi yöntemlerinin faydalarının yalnızca bunları karşılayabilen az sayıda kişiyle sınırlı kalabileceği problemi ortaya çıkmaktadır (McNulty ve Khera, 2015).

Tıbbi maliyetler, daha yüksek sağlık sigortası primleri ve muafiyetler maliyet paylaşımı yoluyla giderek daha fazla hastaya kaydırılırken, kanser hastaları tedavi ve hayatta kalma sürecinde çok daha büyük finansal sıkıntı ile karşılaşmaktadır (Altice vd., 2017). Birçok kişinin kanser deneyiminin maddi zorluklar nedeniyle değişmiş olabileceği düşünülürken (Zafar ve Abernethy, 2013), özellikle düşük gelirli aileler için durumun daha da karmaşık bir hal alacağı belirtilmektedir (Leng vd., 2019).

Giderek yaygınlaşan bir hastalık olan kanser, duygusal, zihinsel, fiziksel, ruhsal ve finansal durumları değiştirdiği için aslında her şeyi değiştirmektedir (Perkins, 2022; Zengin ve Öztuna, 2018) ve hasta ve yakınlarına biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden sıkıntılar yaratmaktadır (Zengin ve Öztuna, 2018). Hastalar ve aileleri hem kamu hem de özel finansman ortamlarında kanser teşhisi ve tedavisi nedeniyle yüksek oranda finansal yük yaşamaktadır (Longo vd., 2020). Tıbbi bakıma erişim ve tıbbi bakım almanın kaçınılmaz finansal etkileri ile birlikte (Pisu ve Martin, 2022), özellikle hastanın cepten yaptığı harcamalar hastalığın yükünü daha da artırabilmektedir (Bestvina vd., 2014). Yabroff vd. (2021), Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde tüm kanserlerin toplamı için, hastaların cepten ödediği maliyetlerin 16,22 milyar \$ olduğunu ifade etmiştir: en yüksek maliyetleri meme (3,14 milyar \$), prostat (2,26 milyar \$), kolorektal (1,46 milyar \$) ve akciğer (1,35 milyar \$) kanseri oluşturmaktadır. Kanser kontrolünü iyileştirmeye yönelik gelişmelere rağmen, kanser tedavileriyle ilgili maliyetlerin çok yüksek olması, bu kaynakları karşılama kapasitesi ve bütçelerin bu tür harcamaları sürdürüp sürdüremeyeceği konusunu sıklıkla gündeme getirmektedir (Gordon vd., 2017).

Onkoloji literatüründe hastaların maruz kaldığı finansal sıkıntı, kanser deneyimi üzerinde “*Finansal Toksisite (Financial Toxicity)*” şeklinde yeni bir terimi gerektirecek kadar etkili olmuştur (Zafar ve Abernethy, 2013). Finansal toksisite terimi kanser bağlamında ortaya çıkmış (Gordon vd., 2017; Zafar, 2016) ve kanser tanısının hastanın finansal refahı üzerindeki doğrudan veya dolaylı maliyetlerinden kaynaklanan olumsuz etkisi olarak tanımlanmıştır (Lentz vd., 2019). Kanser maliyetlerine ilişkin ilk veriler ABD'den gelse de (Fabian vd., 2023), bu problem ABD ile sınırlı kalmayıp düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeler ile kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin verildiği ortamlarda dahi hastalara ve ailelerine sorun oluşturmaktadır (Honda vd., 2018; Longo vd., 2020).

Kanserli hastalar arasında önemli bir finansal toksisite potansiyeli bulunmaktadır (Zafar vd., 2013). Kanser tedavisi harcamalarından kaynaklanan finansal toksisite bireyin yaşam kalitesini düşürmekte, yaşam tarzı, aktivite, aile rolleri ve kişilerarası ilişkilerini etkilemekte, tıbbi uyumsuzluk sergileme ve olumsuz tıbbi sonuçlar yaşama olasılığını yükseltmekte ve en yüksek kalitede bakımın sağlanmasını engellemektedir (Beeler vd., 2020; Carrera ve Zafar, 2018: sy:132; Zhu vd., 2020).

Finansal toksisite, sadece tedavi sürecinde değil tedavi sonrası süreçte de etkisini göstermektedir (Abrams vd., 2021). Artan sayıda çalışma kanserden kurtulanlar arasında finansal sıkıntının yaygın olduğunu bildirmiştir (Altice vd., 2017; Zhu vd., 2020). Daha fazla hasta kanseri atlatıp iyileştikçe, zaten kötüleşmiş olan ekonomik durum daha da kötüye gitmekte ve tedavideki artan başarının bir yan ürünü olarak yeni bir zorluk ortaya çıkmaktadır (Abrams vd., 2021). Zhu vd. (2020) çalışmalarında, finansal toksisitenin hayatta kalanların fiziksel, sosyal, psikolojik ve sosyo-ekonomik durumları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir. Gordon vd. (2017) kanserden kurtulanlar arasındaki finansal toksisitenin boyutunu belirlemek için yaptıkları bir çalışmada, hastaların %28-48'i maddi ölçümleri kullanarak, %16-73'ü ise subjektif ölçümleri kullanarak finansal toksisite yaşadığını bildirmiştir.

Kanser hastaları için önemli bir problem olan finansal toksisitenin en aza indirilmesi hastalar açısından kritik önem taşıdığı gibi sağlık sistemi yapısı ve reformları açısından da önemlidir (Gordon vd., 2017). Oluşan finansal yükün sadece hastalar ve aileleri üzerinde değil, aynı zamanda sağlık sistemi ve genel olarak bakımın kalitesi üzerinde de geniş kapsamlı sonuçlar doğuracağı ifade edilmektedir (McNulty ve Khera, 2015). Kanser için yapılan yüksek sağlık harcamaları, sağlık sistemleri ve ülkeler için ekonomik yük, morbidite ve erken ölümden kaynaklanan verimlilik kayıpları gibi birçok olumsuz duruma neden olmaktadır (Yabroff vd., 2019). Chen vd. (2023) çalışmalarında, küresel olarak, kanserlerin makroekonomik maliyetinin 2020'den 2050'ye kadar 25,2 trilyon \$ olacağını tahmin etmiştir. Torun ve Kutlar (2018), *“böyle devam ederse Dünya genelinde ve Türkiye’de kanser insidansındaki artışa bağlı olarak kanser harcamalarının devlet bütçesiyle karşılanamayacak boyutlara ulaşacağını”* düşünmektedir.

Sargutan (2005a)’a göre, *“toplumun sağlığı, sağlık hizmetlerinden daha çok, onun ulaşılabilirliğine, kullanılabilirliğine ve kabul edilebilirliğine bağlı olarak gelişmektedir”*. En iyi sağlık sistemi bile, eğer o sisteme katılım etkin bir şekilde sağlanmazsa, kişiye fayda

sağlayamayacaktır (Siminoff ve Ross, 2005). Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen en önemli noktalardan biri güvendir (Gilson, 2003). Güven, kişilerarası ilişkide belirleyici bir unsurdur ve iletişim, güven yaratmanın en etkili ve verimli aracıdır (Pellegrini, 2017). Nal (2021), *“sağlık hizmeti alan bireyler ile etkili iletişimin sağlanması ve hastaların tedaviye uyum sağlaması için sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık profesyonellerine ve sağlık kurumlarına (sağlık hizmeti sistemine) karşı güven duyması”* gerektiğini ifade etmektedir. Birçok çalışma sağlık sistemine duyulan güvenin düşük olmasının; daha kötü sağlık durumuyla (Ahnquist vd., 2010; Nummela vd., 2009; Russell, 2001), sağlık hizmetlerine düşük erişilebilirlik düzeyiyle ve sağlık koşulları kötüleşinceye kadar sağlık hizmeti aramanın gecikmesi ile ilişkili olabileceğini belirtmektedir (Mohseni ve Lindstrom, 2007).

Kanser hastalarının katlanmak zorunda kaldıkları maliyetler sağlık sistemine olan güveni etkileyebilmektedir (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013). Finansal toksisite, hastaları doğrudan ilgilendiren bir konu olmanın yanı sıra, sağlık sistemlerinin organize edilme şekli ile ilgili sistem düzeyindeki ciddi eksiklikleri de ortaya çıkarmaktadır (Gordon vd., 2017). Güveni etkileyen birçok farklı faktör olmakla birlikte ekonomik güvenilirliğin güvenin önemli bir boyutu olarak ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013). Gupta vd. (2020), güvenin finansal yükler ve sağlık hizmetlerinin düşük karşılanabilirliği tarafından zayıflatıldığını belirtmektedir. Yüksek güven düzeyi, hastaları sağlık hizmetlerine erişmeye teşvik edebileceği gibi sağlık sisteminde daha yüksek etkileşim kalitesi ve daha düşük işlem maliyeti de sağlamaktadır (Rogala ve Donesch-Ježo, 2020). Russell (2001), kamu sağlayıcılarıyla kurulan zayıf ilişkilerin, alternatif özel sağlık hizmeti kullanımını teşvik edebileceği için tedavi maliyetlerini artırarak yoksullaşmaya neden olabileceğini belirtmiştir.

Türkiye’de kanser maliyetini hesaplamak için birçok çalışma yapılmasına rağmen (Cicin vd., 2021; Koçkaya vd., 2013; Tekin ve Şahin, 2019; Yiğit, 2022), kanser hastaları için hastalığın ekonomik yönü tam olarak bilinmemekte ve hala belirsizliğini korumaktadır (Ürek, 2021). Bu araştırmada kanser hastalarında finansal toksisite düzeyini belirlemek, bu bireylerin kanser teşhis ve tedavi sürecinde karşılaştıkları finansal yük ile sağlık hizmetleri sistemine duydukları güven arasındaki ilişkiyi incelemek ve hasta ve ailesine ilişkin sosyo-demografik özelliklerin finansal toksisite için risk faktörü oluşturma düzeyini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın giriş bölümünde kanser, Türkiye’de ve Dünyada kanser istatistikleri, kanserin ekonomik yükü, finansal toksisite kavramı ve finansal toksisitenin bileşenleri ve risk faktörleri ve sağlık hizmetleri sistemine güvenin kavramsal çerçevesi ile ilgili genel bilgilere yer verilmiştir. İkinci bölümde, araştırmanın önemi, model ve hipotezleri, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve sınırlılıklar açıklanmıştır. Üçüncü bölümde analizler sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Dördüncü bölümde araştırmadan elde edilen bulgular ile literatürdeki bulgular karşılaştırılmıştır. Son bölümde ise ulaşılan sonuçlar ve konuya yönelik öneriler ortaya konulmuştur.



1.1. Kanser ve Epidemiyolojisi

Kanser geçmişten bu yana insan ve hayvanlarda sık görülen ve ciddi problemlere yol açan bir hastalık olarak görülmüştür. Bilinen en eski kanser kayıtları M.Ö. 3000 yıl öncesine aittir. Kanser kelimesi Latince “canker” ya da “carcinos” kelimelerinden türetilmiştir ve yengeç anlamına gelmektedir. İlk olarak M.Ö. 3. Yüzyılda Hipokrat *“tümörün etrafındaki şişmiş damarları bir yengecin bacaklarına benzeterek”* kanser kelimesini kullanmıştır. Yunan doktor Galen ise şişme anlamına gelen “oncos” terimini kullanmıştır (Baykara, 2016).

Amerika Kanser Topluluğu (American Cancer Society) kanseri, *“tedavi edilmediği takdirde ölümlle sonuçlanabilecek anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve yayılması ile karakterize edilen bir hastalık grubu”* olarak tanımlamıştır (American Cancer Society, 2023). Kanser, kanserli kitle cerrahi olarak çıkarılmadıkça, kemoterapi veya hormon tedavisi gibi kansere özgü başka bir ilaç türü kullanılmadıkça ve radyasyon tedavisi uygulanmadıkça büyümeye devam edeceği ifade edilmektedir. Ayrıca kanser hücreleri küçülüp kendiliğinden de kaybolabilmektedir. Bu durum nadir olmakla birlikte bazı melanomlarda veya bazı böbrek kanserlerinde meydana gelebilir (Roy ve Saikia, 2016). Kanser tespit edilebilmesi için bir cm büyüklüğe ulaşması veya bir milyon hücreden oluşması gerekmektedir. Bu noktada kanser, *“kitle, büyüme, tümör, nodül, yumru veya lezyon”* olarak adlandırılabilir. Kan ve kemik iliği kanserleri (lösemiler ve lenfomalar) bu genel kuralın istisnalarıdır (Roy ve Saikia, 2016).

Kanser oluşumunu etkileyen birçok farklı faktör söz konusudur. Yokuş ve Çakır (2012), kanserlerin %10-15’inin, kalıtsal olduğunu yani ebeveynlerden gelen genlerle aktarıldığını, geriye kalan %85-90’lık kısmının ise yaşam boyunca canlı hücrelerdeki Deoksiriboz Nükleik Asit’e (DNA), mutajenlere maruz kalması, hücre DNA’sındaki hafif progressif değişiklikler ve replikasyonda hatalar oluşması ile şekillendiğini ifade etmiştir. Sağlık Bakanlığı (SB) ise yaşlanmanın, kanser gelişimi için bir başka temel faktör olduğunu belirtmiştir (SB, 2022).

Kalıtsal durumlar için bireylerin yapabileceği pek fazla bir şey olmamasına rağmen, geri kalan faktörlerin yaşam tarzı değişiklikleri gibi bireyin çabasını gerektiren basit eylemler ile birlikte önlenebileceği düşünülmektedir. Amerika Kanser Topluluğu, bütün kullanımı ve diğer sağlıksız davranışlardan kaynaklanan tüm kanserler de dahil olmak üzere, kanserlerin önemli bir kısmının önlenebileceğini ifade etmiştir (American Cancer Society,

2023). Tütün ürünlerinin kullanımının bırakılması, alkol kullanımını sınırlandırmak, sürekli hareket halinde olmak, stresi kontrol etmek, sağlıklı beslenme alışkanlığının kazanılması, aşırı vücut ağırlığından kaçınmak, uzun saatler boyunca güneş ışıklarına maruz kalmamak gibi önlemlerin kanserin oluşmasını engelleyebileceği düşünülmektedir (American Cancer Society, 2023; Baykara, 2016; Islami ve Jemal, 2019; Yokuş ve Çakır, 2012; WHO, 2023).

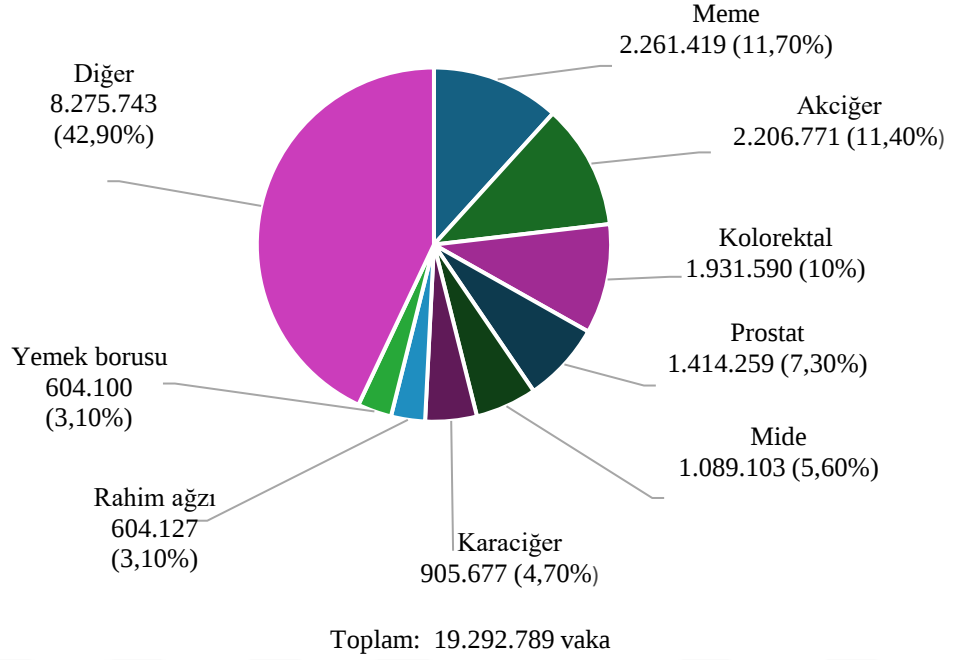
Birçok kanserin erken teşhisi ve etkili tedavisi iyi sonuçlar yaratmaktadır. WHO; *“Şu anda kanserlerin %30 ila 50'si risk faktörlerinden kaçınılarak ve mevcut kanıta dayalı önleme stratejileri uygulanarak önlenebilir.”* şeklinde açıklamalarda bulunmuştur (WHO, 2022a). Amerika Kanser Topluluğu ise melanom dışı cilt kanseri hariç, ABD'de yeni teşhis edilen kanserlerin en az %42'sinin (2023'te yaklaşık 820.000 vaka), sigaranın neden olduğu kanserlerin %19'unun ve aşırı vücut ağırlığının neden olduğu kanserlerin en az %18'inin potansiyel olarak önlenebileceğini ifade etmektedir (American Cancer Society, 2023).

Kanserin, birey üzerinde oluşturduğu yıkıcı etkinin yanında ülkeler için de gittikçe büyüyen önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ve ekonomik yükünün küresel düzeyde giderek arttığı ifade edilmektedir. BOH kategorisinde olan kanserler dünya çapında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir ve 2018 yılında her dört erkekten biri ve beş kadından biri bu hastalığa yakalanmakta ve sekiz erkekten biri ve on bir kadından biri kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Bray ve Soerjomataram, 2019). Hastalık 2020 yılında ise yaklaşık 10 milyon insanın ölümüne, yaklaşık altı ölümden birine, neden olmuştur (Ezzati ve Riboli, 2012; WHO, 2022a). Bray vd., (2018) kanseri, *“21. Yüzyılda her ülkede önde gelen ölüm nedeni ve ortalama yaşam süresinin artmasının önündeki en önemli engel”* olarak tanımlamıştır.

1.1.1. Dünyada Kanser İstatistikleri

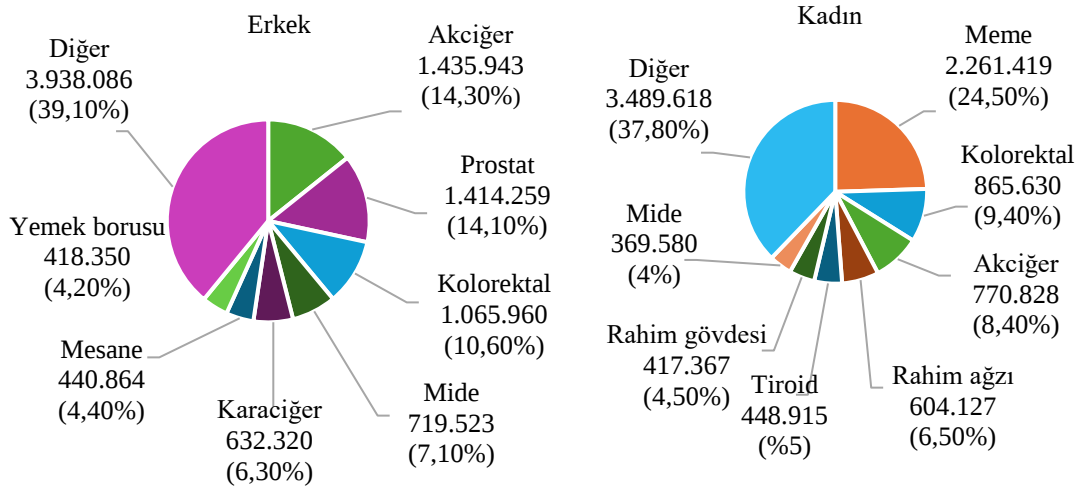
Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (International Agency for Research on Cancer-IARC) tarafından geliştirilen The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) projesi küresel kanser yükü hakkında bilgi sağlamaktadır (Bray vd., 2018). GLOBOCAN verilerine göre 2020 yılında Dünya genelinde yeni kanser vakalarının sayısı 19,3 milyondur (GLOBOCAN, 2020). Meme kanseri, tüm kanser vakalarının %11,7'sini temsil eden tahmini 2,3 milyon yeni vaka ile 2020'de küresel kanser insidansının önde gelen nedeni olarak akciğer kanserini geride bırakmıştır (Sung vd., 2021). Meme kanserini; akciğer (2,20 milyon vaka), kolon ve rektum (1,93 milyon vaka), prostat (1,41 milyon vaka) ve mide (1,09 milyon vaka) kanserleri

takip etmektedir (Şekil 1.1). En fazla görülen on kanser olgusunun 2020 yılında yaşa standardize insidans hızı her 100.000 kişi için: meme 47,8, prostat 30,7, akciğer 22,4, kolorektum 19,5, rahim ağzı 13,3, mide 11,1, karaciğer 9,5, rahim gövdesi 8,7, yumurtalık 6,6 ve tiroid 6,6'dır (GLOBOCAN, 2020).



Şekil 1. 1. Dünyada yeni kanser vakalarının dağılımı (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Cinsiyete göre Dünyada yeni kanser vakalarının dağılımı, erkeklerde 10 milyon ve kadınlarda 9,2 milyondur. Kadınlarda en fazla görülen kanser %24,5 (2,26 milyon vaka) ile meme kanseri iken erkeklerde %14,3 (1,43 milyon vaka) ile akciğer kanseridir (Şekil 1.2) (GLOBOCAN, 2020).



Şekil 1. 2. Cinsiyete göre Dünyada yeni kanser vakalarının dağılımı (2020) (GLOBOCAN, 2020).

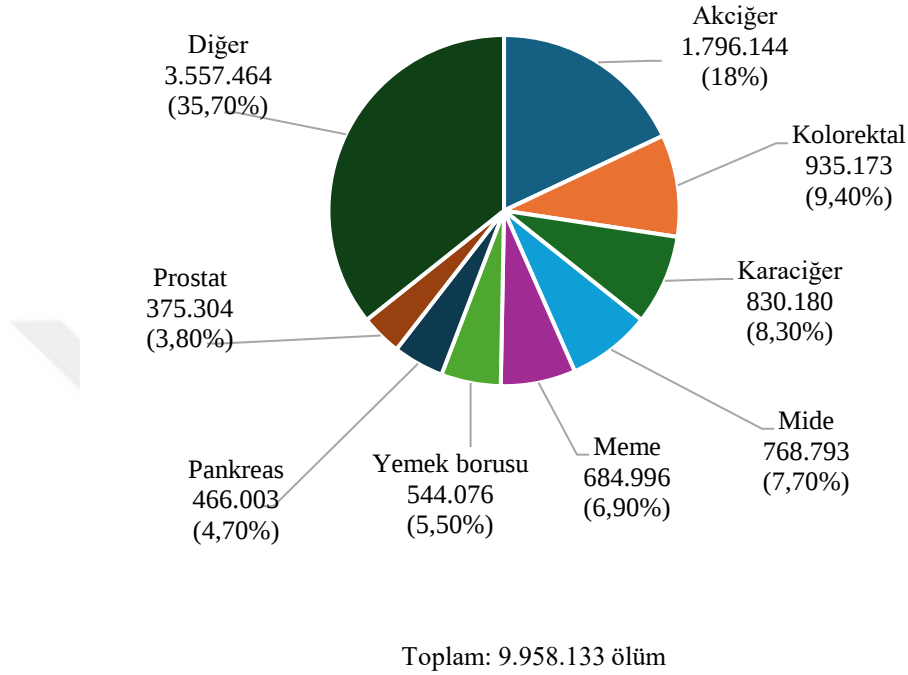
Tüm vakaların yarısı ve kanser ölümlerinin %58,3'ü 2020'de küresel nüfusun %59,5'inin yaşadığı Asya'da meydana gelmiştir (Sung vd., 2021). Asya kıtasını sırasıyla Avrupa %22,8 (4,4 milyon), Kuzey Amerika %13,3 (2,5 milyon), Latin Amerika ve Karayipler %7,6 (1,5 milyon) ve Afrika %5,7 (1,1 milyon) kıtası takip etmektedir (GLOBOCAN, 2020).

Kanserin yaşlanma ile ilişkisinin olduğu ve kanser mortalitesinin de yaşla birlikte arttığı ifade edilmektedir. 2018 yılında beş insidans vakasından üçü (%61) ve dört ölüm vakasından üçü (%76) 65 yaş ve üstü kişilerde meydana gelmiştir (Hofmarcher vd.,2019). Amerika Kanser Topluluğu, ABD'de kanser teşhisi konan kişilerin %88'inin 50 yaş ve üzeri ve %57'sinin 65 yaş ve üzeri olduğunu açıklamıştır. İnsidans yaşla birlikte büyük ölçüde artmasına rağmen, herkes kanser geliştirme riski altındadır (American Cancer Society, 2023).

Dünya çapında 2020 yılında tahmini 19,3 milyondan fazla birey kanser tanısı almışken nüfusun yaşlanması ve büyümesi nedeniyle 2040'a kadar vaka sayısının 30,2 milyona ve erkeklerde 10,1 milyon ve kadınlarda 9,2 milyon olan vaka sayısının ise 2040 yılına gelindiğinde sırasıyla 16,4 milyon ve 13,9 milyona ulaşması beklenmektedir (Bray ve Soerjomataram 2019; GLOBOCAN, 2020).

Kanser nedeni ile 2020 yılında yaklaşık 10 milyon ölüm meydana gelmiştir (GLOBOCAN, 2020). Bray ve Soerjomataram (2019), kanserin dünyanın 134 ülkesinde erken ölümlerin (30-69 yaşları arasında) birinci veya ikinci önde gelen nedeni olduğunu ifade etmiştir. Dünya genelinde en yaygın görülen kanser türü meme kanseri (%11,7)

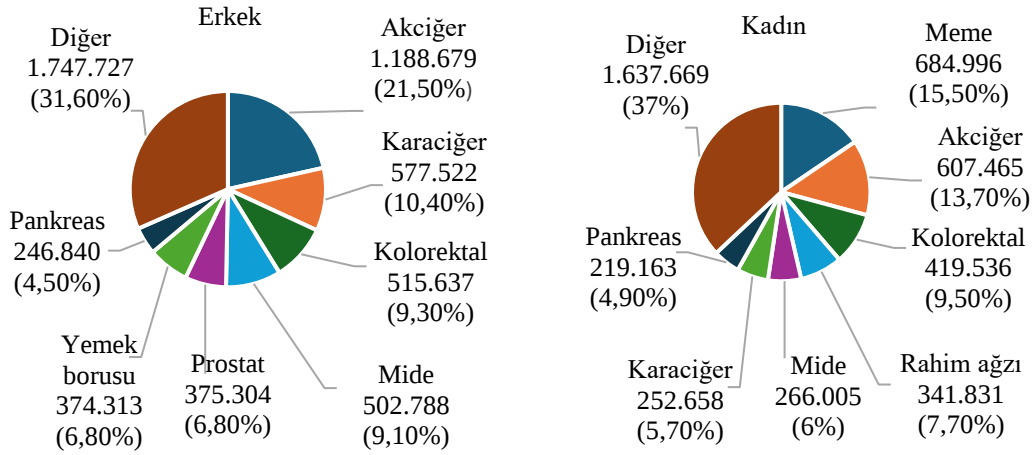
olmasına rağmen, toplam kanser ölümlerinin %18'ini akciğer kanseri oluşturmaktadır. Akciğer kanserini %9,40 ile kolorektal kanser, %8,30 ile karaciğer kanseri, %7,7 ile mide ve %6,9 ile meme kanseri izlemektedir (Şekil 1.3) (GLOBOCAN, 2020).



Şekil 1. 3. Dünyada kanser ölümlerinin dağılımı (2020) (GLOBOCAN, 2020).

GLOBOCAN (2020) verilerine göre, kanser kaynaklı ölümlerin yaklaşık %58,3'ü Asya, %19,6'sı Avrupa, %7,2'si Latin Amerika ve Karayipler, %7,1'i Afrika ve %7'si Kuzey Amerika'da gerçekleşmiştir. Avrupa, küresel nüfusun %9,7'sini temsil etmesine rağmen, toplam kanser vakalarının %22,8'ini ve kanser ölümlerinin %19,6'sını oluşturmaktadır (Sung vd., 2021).

Dünya'da 2020 yılında 5,5 milyon erkek ve 4,4 milyon kadın kanser sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Akciğer kanseri erkeklerde kansere bağlı ölümlerin (%21,5) önde gelen nedenidir, bunu mortalite açısından karaciğer ve kolorektal kanser izlemektedir. Kadınlarda meme kanseri kansere bağlı ölümlerin (%15,5) önde gelen nedenidir, bunu mortalite açısından akciğer ve kolorektal kanser izlemektedir (Şekil 1.4) (Sung vd., 2021).



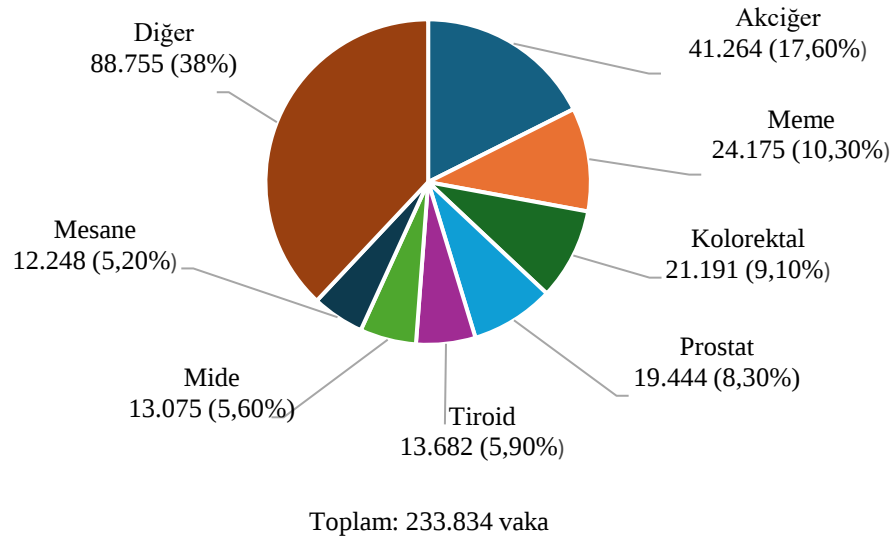
Şekil 1. 4. Cinsiyete göre Dünyada kanser ölümlerinin dağılımı (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Sung vd. (2021) çalışmasında, akciğer kanserini 93 ülkede erkeklerde kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedeni olarak bulmuştur; bunu prostat kanseri (48 ülke) ve karaciğer kanseri (23 ülke) izlemektedir. Kadınlarda ise en sık teşhis edilen kanser meme kanseri (159 ülke) ve rahim ağzı kanseridir (23 ülke). Kadınlardaki ölüm profili daha heterojendir; sırasıyla 110 ve 36 ülkede meme ve serviks kanseri kanser ölümlerinin önde gelen nedenini oluşturmaktadır ve bunu 25 ülkede akciğer kanseri izlemektedir.

Kanser kaynaklı 2020 yılında yaklaşık 10 milyon ölüm meydana gelmişken, 2040 yılına gelindiğinde bu sayının 16,3 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Kadınlarda ve erkeklerde ise bu sayısının 2040 yılına gelindiğinde sırasıyla 7,08 milyon ve 9,2 milyon olacağı tahmin edilmektedir (GLOBOCAN, 2020).

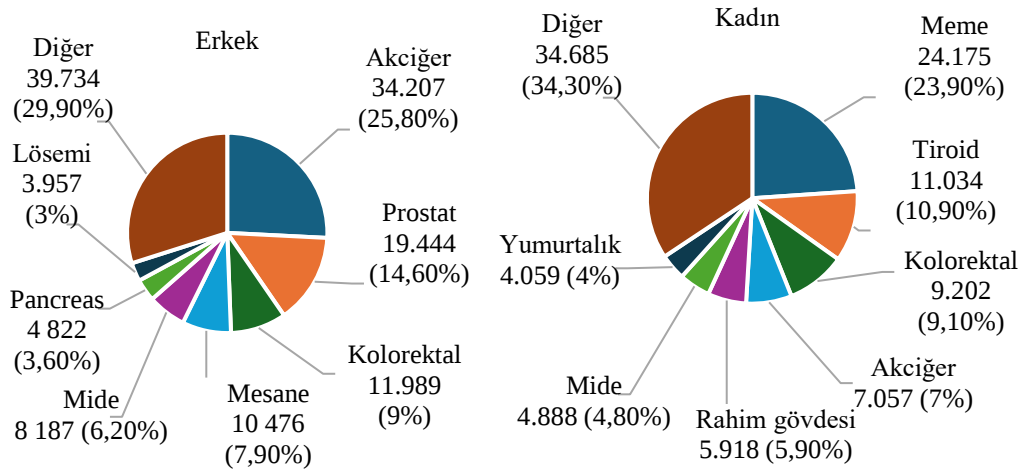
1.1.2. Türkiye’de Kanser İstatistikleri

Türkiye’de 2020 yılında yeni kanser vakalarının toplam 233 bin olduğu tahmin edilmektedir. En fazla görülen kanser türü %17,6 akciğer kanseridir. Akciğer kanserini sırasıyla %10,3 ile meme, %9,10 ile kolorektal, %8,3 ile prostat ve %6 ile tiroid kanseri takip etmektedir (Şekil 1.5) (GLOBOCAN, 2020).



Şekil 1. 5. Türkiye’de yeni kanser vakalarının dağılımı (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Türkiye’de yeni kanser vakaları erkeklerde 132 bin ve kadınlarda 101 bindir. Erkeklerde en fazla akciğer kanseri (%26) görülmektedir. Prostat (%14,6) ve kolorektal kanser (%9) erkeklerde görülme sıklığı yüksek olan diğer kanser türleridir. Kadınlarda en fazla görülen kanser türü meme (%24) kanseridir. Tiroid (%11) ve kolorektal kanser (%9,1) kadınlarda görülen bir diğer önemli kanser türlerindendir. Kolorektal kanser hem kadınlarda hem de erkeklerde üçüncü sırada yer almaktadır (Şekil 1.6) (GLOBOCAN, 2020).



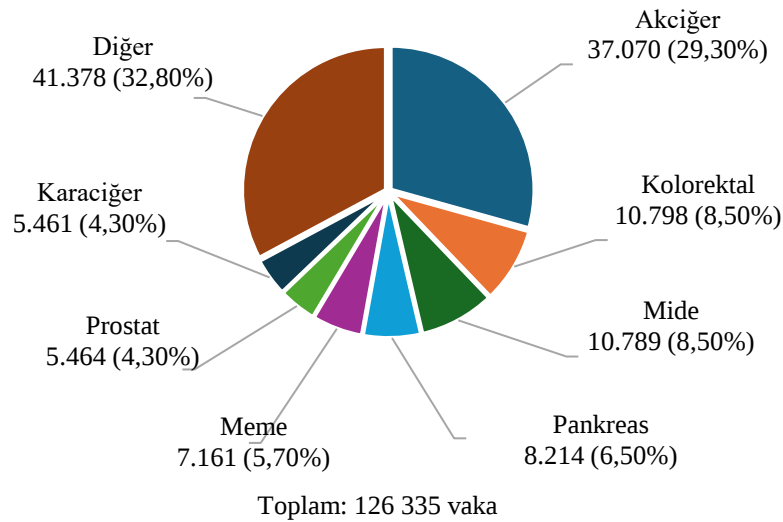
Şekil 1. 6. Türkiye’de cinsiyete göre yeni kanser vakalarının dağılımı (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Türkiye’de 2020 yılında 233 binden fazla birey kanser tanısı almışken 2040’a gelindiğinde vaka sayısının 393 bine ulaşacağı öngörülmektedir. Erkeklerde 133 bin ve

kadınlarda 101 bin olan vaka sayısının ise 2040 yılına gelindiğinde sırasıyla 237 bin ve 156 bine ulaşması beklenmektedir (GLOBOCAN, 2020).

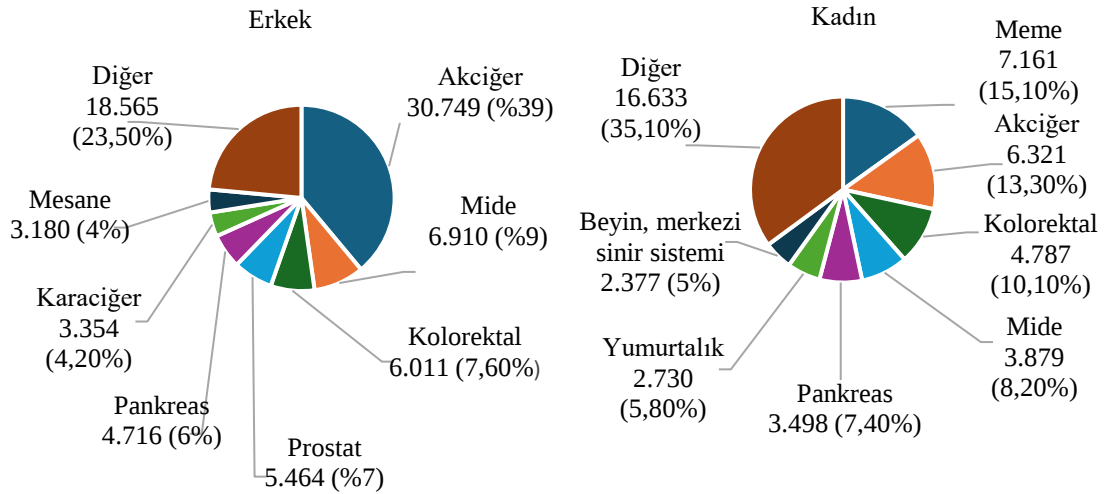
Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2023a) verilerine göre, Türkiye’de 2022 yılında toplam 504 bin 839 ölüm meydana gelmiştir ve kanser ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Her 5 ölümden biri kanser nedeniyle gerçekleşmektedir (SB, 2022). Dolaşım sistemi hastalıkları %35,4 ile ölümlerin temel nedenini oluştururken, onu %15,2 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ve %13,5 ile solunum sistemi hastalıkları izlemiştir. Tümör kaynaklı ölümler alt ölüm nedenlerine göre incelendiğinde, ölenlerin %29,4’ü gırtlak ve soluk borusu/bronş/akciğer, %7,9’u kolon, %7,8’i mide kanserinden dolayı hayatını kaybetmiştir (TÜİK, 2023a).

Türkiye’de 2020 yılında yaklaşık 126 bin kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Akciğer kanseri %29,3 oranıyla en fazla ölümün gerçekleşmesine neden olan kanser türüdür (Şekil 1.7). Akciğer kanseri hem Türkiye’de hem de Dünyada kanser kaynaklı ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020).



Şekil 1. 7. Türkiye’de kanser ölümlerinin dağılımı (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Türkiye’de akciğer kanseri (%39) erkeklerde en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Kadınlarda ise meme kanseri (%15,1) en fazla ölüme neden olmaktadır (Şekil 1.8). Türkiye’deki veriler Dünya genelinde cinsiyete göre en fazla ölüme neden olan kanser türüyle benzerlik göstermektedir (GLOBOCAN, 2020).



Şekil 1. 8. Türkiye’de cinsiyete göre kanser ölümlerinin dağılımı (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Türkiye’de 2020 yılında kanser kaynaklı yaklaşık olarak 126 bin ölüm gerçekleşmiş iken bu sayının 2040 yılında 233 bine ulaşacağı öngörülmektedir. Kadınlarda 47,4 bin olan ölüm sayısının 2040’a gelindiğinde 83,4 bine ve erkekler 78,9 bin olan ölüm sayısının 150 bine ulaşacağı tahmin edilmektedir (GLOBOCAN, 2020).

SB 2022 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu’nda “Türkiye’de erkelerde ve kadınlarda kanser görülme sıklığı Avrupa, Kanada, Amerika, Avusturalya gibi bölgelere göre daha düşüktür. Dünyada ilk sırada görülen kanserler örüntüsü benzerlik göstermektedir. Dünyada kadınların genelinde (160 ülke) meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Afrika bölgesinin belirli bir alanında ise serviks kanseri ilk sıraya yerleşmiştir. Erkeklerde ise Kuzey Amerika, Güney Amerika, Avrupa’nın Batısı, Avustralya ve Afrika bölgelerinde prostat kanseri ilk sırada yer almakta iken; Türkiye’nin de içinde yer aldığı Asya ve Doğu Avrupa bölgelerinde ise akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır.” şeklinde ifade edilmiştir (SB, 2022).

Dünyada ve Türkiye’de en fazla görülen kanserlerden olan meme, deri (melanom olmayan), kolon, prostat, testis ve serviks kanserleri erken teşhis ve iyi bir müdahale ile yüksek oranda tedavi edilebilmektedir (Roy ve Saikia, 2016). SB 2022 yılı Türkiye Kanser İstatistikleri Raporu’nda, kanser epidemiyolojisinin daha iyi anlaşılmasıyla birlikte kanser ile mücadelenin etkinliğinin daha da artacağını ve kanser istatistiklerinin bilinmesinin birçok faydası olabileceği gibi, en büyük faydanın kaynakların yerinde kullanılması noktasında olacağını belirtmiştir (SB, 2022).

Çalışmanın bir sonraki bölümünde uzman görüşünden ve GLOBOCAN'dan faydalanılarak Türkiye'de en fazla görüldüğü düşünülen akciğer, meme ve kolon kanserine dair verilere yer verilmiştir.

1.1.3. Akciğer Kanserin Etiyolojisi ve İstatistikleri

1.1.3.1. Akciğer Kanserin Etiyolojisi

Akciğer kanseri, akciğerlerde anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesiyle, tipik olarak bronşları ve akciğerin bronşiyoller veya alveoller gibi kısımlarını kaplayan hücrelerde başlayan bir kanser türüdür (American Cancer Society, 2022; WHO, 2023b). Akciğer kanserinin en yaygın türleri, küçük hücreli dışı akciğer (KHDAK) ve küçük hücreli akciğer kanseridir (KHAK). KHDAK daha yaygındır ve yavaş büyür; KHAK daha az yaygındır ancak genellikle hızlı büyür (WHO, 2023b). Akciğer kanserlerinin yaklaşık %80 ile %85'i KHDAK'dır. Bu kanser türü kadınlarda erkeklerden daha sık görülür ve diğer akciğer kanseri türlerinden daha genç insanlarda görülme olasılığı daha yüksektir. KHAK ise tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %10-%15'ini oluşturmaktadır. Bu tip akciğer kanseri, KHDAK'den daha hızlı büyüme ve yayılma eğilimindedir (American Cancer Society, 2022). Akciğer kanserlerinin çoğu tedavi seçeneklerinin sınırlı olduğu ileri bir aşamada teşhis edildiği için (Tanoue vd., 2014; WHO, 2023b), tanı ve tedavi arasındaki sürecin kısa olması, hastanın yaşam kalitesini ve sağkalımını etkileyebilmektedir (Özdemir vd., 2007).

Akciğer kanser etyolojisi çok faktörlüdür. Sigara, akciğer kanseri gelişimi için primer kanserojen etkiye sahip en önemli risk faktörü olmaya devam etmekle birlikte (Bade ve Cruz, 2020; Topu vd., 2004), WHO (2022b)'ya göre, *“kanserden ölümlerinin yaklaşık üçte biri tütün kullanımı, yüksek vücut kitle indeksi, alkol tüketimi, az meyve ve sebze alımı ve fiziksel aktivite eksikliğinden kaynaklanmaktadır.”* Tütün dışı risk faktörleri arasında çevresel ve mesleki maruziyetler (asbest, radon ve bazı kimyasallar gibi), hava kirliliği, kronik akciğer hastalığı, akciğer enfeksiyonları, kalıtsal kanser sendromları ve yaşam tarzı faktörleri yer almaktadır (Bade ve Cruz, 2020; WHO, 2023b). Akciğer kanseri gelişimine zemin hazırlayan diğer bir faktör genetik özelliklerdir. Genetik özellikler çevresel karsinojenlere hassasiyeti arttırmak suretiyle, kanserli kişilerin ailelerinde akciğer kanserinin anlamlı derecede yüksek olmasına neden olabilmektedir (Topu vd., 2004).

Tütün, akciğer kanserinde önde gelen risk faktörü olmaya devam ettiği için, tütün kullanmamanın akciğer kanserinin önlenmesinde etkili bir yol olacağı düşünülmektedir. Hastalığı önlemek için diğer tedbirler, sağlıklı beslenme seçimlerini ve fiziksel olarak aktif bir yaşam tarzı sürdürmeyi ve pasif içicilik, hava kirliliği, kimyasallar ve asbest gibi işyeri tehlikelerden kaçınmayı içerir (Bade ve Cruz, 2020; WHO, 2023b). Akciğer kanseri için risk, gelişim, immünolojik kontrol ve tedavi seçenekleri konusundaki ilerlemelere rağmen, hastalık kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olmaya devam etmektedir (Bade ve Cruz, 2020).

Gelecekteki çalışmalar, sigarayı bırakma kampanyalarına ve sigara içmeyenlerde hastalık gelişimi ve tedavi stratejilerinin daha iyi anlaşılmasına odaklanmalıdır (Bade ve Cruz, 2020). Ayrıca akciğer kanserinin erken teşhisi daha iyi tedavilere ve sonuçlara yol açabileceği için (WHO, 2023b), tarama programları, tedavinin genellikle daha az yoğun ve daha başarılı olduğu erken dönemde kanseri tespit ederek akciğer, meme ve prostat kanserleri için ölüm oranını azaltabilmektedir (American Cancer Society, 2022).

1.1.3.2. Akciğer Kanseri İstatistikleri

WHO (2023b) akciğer kanserini, *“dünya çapında çok sayıda ölüme neden olan önemli bir halk sağlığı sorunu”* olarak tanımlamaktadır. Kanser kaynaklı ölüm nedenleri arasında Türkiye’de ve Dünyada ilk sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020). Tahminen 2,2 milyon yeni kanser vakası ve 1,8 milyon ölümlle, akciğer kanseri 2020’de en sık teşhis edilen ikinci kanser ve kanser ölümlerinin önde gelen nedeni olmuştur ve yaklaşık olarak teşhis edilen 10 kanserden birini (%11,4) ve 5 ölümden birini (%18,0) temsil etmektedir (Sung vd., 2021). Yetersiz tütün kontrol politikaları nedeniyle akciğer kanseri ölümleri (Soerjomataram ve Bray, 2019b), 1,2 milyondan 1,8 milyona yükselmiştir ve şu anda önde gelen ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer almaktadır (WHO, 2020). 2020 yılında 2,2 milyon olan Trekea, Bronş ve Akciğer (TBA) kanser vakalarının 2040 yılına gelindiğinde 3,63 milyona ulaşacağı, 1,8 milyon olan ölüm sayısının ise 2040 yılında 3,01 milyon olacağı öngörülmektedir. Türkiye’de ise 41,3 bin olan yeni vaka sayısının 2040 yılına gelindiğinde 75,4 bin ve 37 bin olan ölüm sayısının ise 2040’ta 69 bin olacağı düşünülmektedir (GLOBOCAN, 2020). Tıbbi müdahaleler, kalp hastalığı, inme, meme kanseri ve diğer bazı BOH’ları olan hastaların sağ kalımını iyileştirse de akciğer kanseri gibi hastalıklar hala yüksek ölüm oranına sahiptir (Ezzati ve Riboli, 2012).

Akciğer kanserinde 2020 yılında en fazla vaka %60 (1,3 milyon) oranıyla Asya kıtasında görülmüştür. Bunu; Avrupa %21,6 (477 bin), Kuzey Amerika %11,5 (253 bin), Latin Amerika ve Karayipler %4,4 (97 bin), Afrika %2,1 (46 bin) ve Okyanusya %0,77 (17 bin) takip etmektedir. Mortalite oranlarına bakıldığında da sıralama değişmemektedir. Kanser kaynaklı ölümlerin 2020 yılında en fazla gerçekleştiği kıta %62 (1,1 milyon) oranıyla Asya kıtası olmuştur. Asya kıtasını Avrupa (%21,4), Kuzey Amerika (%9), Latin Amerika ve Karayipler (%5), Afrika (%2,3) ve Okyanusya (%0,67) takip etmiştir (GLOBOCAN, 2020).

Yeni vakaların ve ölümün en fazla görüldüğü 10 ülke Çizelge 1.1’de gösterilmektedir. En fazla yeni vaka ve ölümün gerçekleştiği ülke Çin’dir. Çin’de en sık teşhis edilen beş kanser, ülkede meydana gelen tüm kanser vakalarının %62,9 ’unu oluşturmaktadır. Vakaların neredeyse dörtte biri akciğer kanseridir (Fidler vd., 2016).

Çizelge 1. 1. Ülkelere göre akciğer kanserinin tahmini morbidite ve mortalite vakaları (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Ülke	Morbidite	Ülke	Mortalite
Çin	815.563	Çin	714.699
ABD	227.875	ABD	138.225
Japonya	138.532	Japonya	82.369
Hindistan	72.510	Hindistan	66.279
Almanya	64.804	Rusya	54.368
Rusya	63.883	Almanya	50.282
Birleşik Krallık	51.983	Fransa	37.095
Fransa	48.299	Türkiye	37.070
İtalya	41.953	Birleşik Krallık	36.518
Türkiye	41.264	Brezilya	3.516

Akciğer kanserinin 2020 yılında yaşa standardize insidans hızı her 100.000 kişi için Dünya’da 22,4, Kuzey Amerika’da 32,6, Avrupa’da 29,4, Okyanusya’da 24,0, Asya’da 22,9, Latin Amerika ve Karayiplerde 12,0, Afrika’da 6,2’dir. Dünya’da yaşa standardize insidans hızının en yüksek olduğu ilk 10 ülke; Macaristan 50,1, Sırbistan 47,3, Fransa Yeni Kaledonya 42,9, Fransız Polinezyası 40,4, Türkiye 40,0, Karadağ 39,7, Belçika 38,3, Bosna Hersek 37,8, Kore Demokratik Cumhuriyeti 37,0 ve Danimarka 36,8’dir. Yaşa standardize mortalite hızının en yüksek olduğu ilk 10 ülke ise; Macaristan 42,4, Sırbistan 40,0, Fransız Polinezyası 36,0, Türkiye 35,9, Guam 35,1, Polonya 32,8, Bosna Hersek 32,1, Karadağ 31,6, Fransa Yeni Kaledonya 31,4 ve Hırvatistan 30,9’dur (GLOBOCAN, 2020).

Akciğer kanseri erkeklerde kanser morbidite ve mortalitesinin önde gelen nedenidir. Akciğer kanseri 93 ülkede erkeklerde kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenini

oluşturmaktadır. İnsidans ve mortalite oranları erkeklerde kadınlara göre kabaca 2 kat daha yüksektir (Sung vd., 2021). Dünyada ve belirli bölgelerde kadın ve erkek insidans ve mortalite oranları Çizelge 1.2’de gösterilmektedir. Akciğer kanseri mortalitesi, tanı konulduktan sonra hastalığın nispeten kötü prognozuna bağlı olarak insidansa oldukça benzerdir (Bray ve Soerjomataram, 2019).

Çizelge 1. 2. Akciğer kanserinin tahmini insidans ve mortalite sayıları (2020) (GLOBOCAN, 2020).

	ERKEK		KADIN	
	İnsidans	Mortalite	İnsidans	Mortalite
Dünya	1.435.943	1.188.679	770.828	607.465
Doğu Asya	670.827	558.235	341.194	282.939
Kuzey Amerika	129.086	83.945	124.451	75.696
Merkez ve Doğu Avrupa	111.986	96.769	39.646	33.827
Batı Avrupa	89.646	72.486	56.814	41.038
Güney-Orta Asya	88.130	79.920	33.239	29.436
Güneydoğu Asya	85.795	76.521	37.514	32.999
Güney Avrupa	74.009	61.692	30.382	23.943
Batı Asya	47.146	42.542	11.291	9.925
Güney Amerika	44.878	39.106	31.731	28.206

Akciğer kanserinin yaşa standardize insidans hızının 2020 yılında erkeklerde en yüksek olduğu ülke Türkiye’dir (74,8). Türkiye’yi Sırbistan (68,0), Macaristan (66,6), Bosna Hersek (64,7) ve Karadağ (61,2) takip etmektedir. Kadınlarda ise yaşa standardize insidans hızının en yüksek olduğu ülke Macaristan’dır (38,1). Macaristan’ı Danimarka (36,8), Hollanda (33,5), İrlanda (32,9) ve ABD (30,4) takip etmektedir. Yaşa standardize mortalite hızının erkeklerde en yüksek olduğu ülke Türkiye’dir (67,5). Türkiye’yi Sırbistan (59,6), Macaristan (58,6), Bosna Hersek (55,8) ve Ermenistan (52,4) takip etmektedir. Kadınlarda ise Macaristan (30,6), Danimarka (25,2), Sırbistan (23,6), Hollanda (22,9) ve Guam (22,8) ilk 5’te yer almaktadır. Akciğer kanserinin erkeklerde görülen yaşa standardize insidans ve mortalitesinde Türkiye ilk sırada yer almaktadır. Balkanlarda ise kadınların yaşa standardize insidans ve mortalite oranları daha yüksektir (GLOBOCAN, 2020). *“Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ve ABD gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkeler ile karşılaştırıldığında Türkiye’de genel kanser insidansının daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir. Ancak, Türkiye’de özellikle erkeklerde ilk sırada yer alan akciğer kanseri insidansı ile bahsi geçen ülkelerin akciğer kanseri insidansları karşılaştırıldığında Türkiye’de bu kanser türünün daha sık görüldüğü ortaya çıkmaktadır”* (SB, 2021).

Akciğer kanseri kadınlarda da önemli bir sorundur ve son yıllarda dramatik artışlar söz konusudur (Akkoçlu, 2006). Kadınlarda insidans açısından meme ve kolorektal kanserden

sonra üçüncü ve meme kanserinden sonra mortalite açısından ikinci sırada yer almaktadır Türkiye’de ve Dünya’da kadınlarda kansere bağlı ölüm nedenleri arasında 2.sıradadır (Sung vd., 2021). Avrupa, Kuzey Amerika ve Avustralya’da genç erkekler ve kadınlar arasındaki insidans ve ölüm oranlarında, erkeklerde daha büyük bir düşüş ve kadınlarda sigara içme oranlarının önemli derecede artışı nedeniyle vakalar arasında bir yakınlaşma görülmektedir. Asya, Latin Amerika ve Afrika’da erkekler arasındaki akciğer kanseri yükü, her yaştaki kadınlarınkinden hala büyük ölçüde fazladır (Bray ve Soerjomataram, 2019).

1.1.4. Meme Kanserinin Etiyolojisi ve İstatistikleri

1.1.4.1. Meme Kanserinin Etiyolojisi

Sistemik bir hastalık olan meme kanseri (Aydıntuğ, 2004), memedeki hücreler kontrolden çıkmaya başladığında, memenin glandüler dokusundaki kanalların (%85) veya lobüllerin (%15) astar hücrelerinde (epitel) ortaya çıkar (Waks ve Winer, 2019; WHO, 2021) ve kanser hücrelerinin kan veya lenf sistemine girmesi ve ardından vücudun diğer bölgelerine taşınmasıyla yayılabilmektedir (American Cancer Society, 2021).

Meme kanseri klinik olarak heterojen bir hastalıktır. Çok daha küçük tümörlerin agresif bir davranışla hematojen yolla metastaz yapmaları olanaklıdır. Bu nedenle meme kanseri olan hastalar tüm yaşamları boyunca metastaz yaşama riski altındadır (Aydıntuğ, 2004; Weigelt vd., 2005). Çoğunlukla meme kanserine yakalanan hastalarda ana ölüm nedeni primer tümör değil, uzak bölgelerdeki yaygın metastazlardır (Weigelt vd., 2005; WHO, 2021). Örneğin, ABD’de meme kanseri teşhisi konulan hastaların çoğunun meme kanserinden dolayı hayatını kaybetmediği ve yılda teşhis konulan 250.000 vakayla karşılaştırıldığında, her yıl meme kanserine bağlı 41.000 ölümün meydana geldiği ifade edilmektedir (Waks ve Winer, 2019).

Meme kanserinde, kanserin kalıtsal geçişine ait bazı genler tespit edilmiştir (Yokuş ve Çakır, 2012). Ailede meme kanseri öyküsü meme kanseri riskini artırabilmektedir. Bununla birlikte WHO, meme kanseri teşhisi konan kadınların çoğunda bilinen bir aile öyküsünün olmadığını ve meme kanserinin yaklaşık yarısının, cinsiyet (kadın) ve yaş (40 yaş üstü) dışında tanımlanabilir bir risk faktörü olmayan kadınlarda geliştiğini ifade etmiştir (WHO, 2023a). İlerleyen yaş ve kadın doğmak meme kanseri için en güçlü risk faktörlerindendir (American Cancer Society, 2023; WHO,2021). WHO (2023a), “*obezite,*

aşırı alkol kullanımı, ailede meme kanseri öyküsü, radyasyona maruz kalma öyküsü, üreme öyküsü (adet dönemlerinin başlama yaşı ve ilk gebelik yaşı gibi), tütün kullanımı ve menopoz sonrası hormon tedavisi” gibi faktörlerin de meme kanseri için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (WHO, 2023a).

Her kadının meme kanseri açısından risk altında olduğu (Aydıntuğ, 2004) ve potansiyel olarak değiştirilebilir risk faktörlerinin tümü kontrol edilebilse bile, meme kanseri gelişme riskinin en fazla %30 oranında azalabileceği belirtilmektedir (WHO, 2023a). Bu sayı ülkeden ülkeye önemli ölçüde değişiklik gösterebilse de, Soerjomataram ve Bray (2019a) *“yaklaşık yirmi kadından birine yaşamı boyunca meme kanseri teşhisi konulabilir”* açıklamalarında bulunmuştur. Meme kanserinin %75’inin erken aşamada bulunabildiği göz önüne alındığında (Roy ve Saikia, 2016), hastalığın tedavisi, özellikle hastalık erken teşhis edildiğinde oldukça etkili olabilmektedir (WHO, 2021). Sık görülmesi ve bu sıklığın giderek artması, erken evrelerde teşhis ve tedavisinin olanaklı olması, meme kanserinin önemini daha da artırmaktadır (Aydıntuğ, 2004).

1.1.4.2. Meme Kanseri İstatistikleri

Kanser türleri içerisinde kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir (Arıkan, 2000). Meme kanseri dünyada yeni kanser vakaları açısından ilk sırada yer alırken Türkiye’de akciğer kanserinden sonra 2. sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020). Meme kanseri 685.000 ölümle dünya çapında beşinci önde gelen kanser ölüm nedenidir. Ülkelerin büyük çoğunluğunda insidans (185 ülkenin 159’u) ve 110 ülkede mortalite açısından ilk sırada yer almaktadır (Sung vd., 2021).

Kadınlar arasında meme kanseri, yeni kanser vakalarının neredeyse dörtte birini (Soerjomataram ve Bray, 2019a) ve altı kanser ölümünün birini oluşturmaktadır (Sung vd., 2021). Bununla birlikte meme kanserlerinin yaklaşık %0,5-1’i erkeklerde görülmektedir (WHO, 2023a). Meme kanserinin 2020 yılında 2,26 milyon olan yeni vaka sayısının 2040 yılına gelindiğinde 3,19 milyona ve 685 bin olan ölüm sayısının 2040 yılına gelindiğinde 1,04 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Türkiye’de ise 24 bin olan vaka sayısının 2040 yılına gelindiğinde 33,5 bine ve 7 bin olan ölüm sayısının ise 11 bine ulaşacağı tahmin edilmektedir (GLOBOCAN, 2020).

Meme kanserinde 2020 yılında kadınlarda en fazla vaka %45,4 (1 milyon) oranıyla Asya kıtasında görülmüştür. Bunu; Avrupa %23,5 (531 bin), Kuzey Amerika %12,5 (281 bin), Latin Amerika ve Karayipler %9,3 (210 bin), Afrika %8,3 (186 bin) ve Okyanusya %1,1 (25 bin) takip etmektedir. Mortalitenin en fazla olduğu kıta ölümlerin yarısından fazlasının gerçekleştiği (%50,5) Asya kıtasıdır. Asya kıtasını Avrupa (%20,7), Afrika (%12,5), Latin Amerika ve Karayipler (8,5), Kuzey Amerika (%7,1) ve Okyanusya (%0,74) takip etmektedir (GLOBOCAN, 2020). Yeni vakaların ve ölümlerin en fazla görüldüğü ilk 10 ülke Çizelge 1.3'te verilmiştir.

Çizelge 1. 3. Ükelere göre meme kanserinin tahmini morbidite ve mortalite vakaları (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Ülke	Morbidite	Ülke	Mortalite
Çin	416.371	Çin	117.174
ABD	253.465	Hindistan	90.408
Hindistan	178.361	ABD	42.617
Japonya	92.024	Rusya	23.130
Brezilya	88.492	Endonezya	22.430
Rusya	75.052	Brezilya	20.725
Almanya	69.697	Almanya	20.579
Endonezya	65.858	Japonya	17.081
Fransa	58.083	Nijerya	14.274
İtalya	55.133	Fransa	14.183

ABD’de her yıl 250.000’den fazla kişiye meme kanseri teşhisi konulmaktadır (Waks ve Winer, 2019). Amerika Kanser Topluluğu; “2023 sonuna kadar ABD’de tahmini olarak 297.790 kadın ve 2.800 erkekte invaziv meme kanseri teşhisi konulacaktır ve 2023 yılında tahminen 43.700 meme kanseri ölümü (kadınlarda 43.170, erkeklerde 530) meydana gelecektir.” açıklamalarında bulunmuştur (American Cancer Society, 2023).

Meme kanserinin 2020 yılında yaşa standardize insidans hızı her 100.000 kişi için Dünya’da 47,8, Kuzey Amerika’da 89,4, Okyanusya’da 87,8, Avrupa’da 74,3, Latin Amerika ve Karayipler’de 51,9, Afrika’da 40,7 ve Asya’da 36,8’dir. Dünya’da yaşa standardize insidans hızının en yüksek olduğu ilk 10 ülke; Belçika 113,2, Hollanda 100,9, Lüksemburg 99,8, Fransa 99,1, Fransa Yeni Kaledonya 99, Danimarka 98,4, Avustralya 96, Yeni Zelanda 93, Finlandiya 92,4 ve ABD 90,3’tür. Türkiye’de ise 46,6’dır (GLOBOCAN, 2020). En yüksek insidans oranları (100.000’de >80) Avustralya/Yeni Zelanda, Batı Avrupa (Belçika dünyanın en yüksek insidansı), Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa’dadır ve en düşük oranlar (100.000’de <40) Orta Amerika, Doğu ve Orta Afrika ve Güney Orta Asya’dadır (Sung vd., 2021).

Yaşa standardize mortalite hızının en yüksek olduğu ilk 10 ülke ise insidansın fazla olduğu ilk 10 ülkeden çok farklıdır. Barbados dünyanın en yüksek ölüm oranına sahip ülkesidir (42,2) (Sung vd., 2021). Barbaros'u, Fiji 41, Jamaika 34,1, Bahamalar 31, Papu Yeni Gine 27,7, Somali 27,2, Mali 26,6, Dominik Cumhuriyeti 26,4, Suriye 26,2 ve Samoa 25,6 takip etmektedir. Türkiye'de ise yaşa standardize mortalite 12,9'dur (GLOBOCAN, 2020). En yüksek ölüm oranları Melanezya, Batı Afrika, Mikronezya/Polinezya ve Karayipler'de bulunur (Sung vd., 2021). Yüksek gelirli ülkelerde yaşa göre standardize edilmiş meme kanseri ölüm oranı 1980'ler ile 2020 yılları arasında %40 oranında düşüş göstermiştir (WHO, 2023a). Sahra altı Afrika'da meme kanseri insidansı nispeten düşük olmasına rağmen bölgede hastalıktan sağkalım zayıf olduğu için ölüm oranlarının yüksek olduğu ifade edilmektedir. 17 Sahra altı Afrika ülkesinden 26.788 kadının katıldığı 83 çalışmanın sonucunu özetleyen bir çalışmanın bulguları, Sahra-altı Afrika'daki çoğu hastaya (%77) III/IV evrelerinde teşhis konulduğunu göstermiştir. Sonuçlar yüksek ölüm oranlarının nedeni olarak gösterilebileceği gibi, erken teşhisin önemini anlamak açısından da önemlidir (Jedy-Agba vd., 2016).

Teşhisten sonra meme kanserli birinin en az 5 yıl hayatta kalması, yüksek gelirli ülkelerde %90'ın üzerinde, Hindistan'da %66 ve Güney Afrika'da %40 arasında değişmektedir (WHO, 2023a). Kaynakların kısıtlı olduğu ortamlarda, meme kanseri olan kadınların çoğuna hastalığın ileri bir aşamasında teşhis konulduğu için beş yıllık hayatta kalma oranları düşüktür ve bu oran genellikle %10-40 arasında değişmektedir. Erken teşhis ve temel tedavinin mevcut ve erişilebilir olduğu ortamlarda ise, erken lokalize meme kanseri için beş yıllık sağkalım oranı %80'i aşmaktadır (WHO, 2014).

1.1.5. Kolon Kanserinin Etiyolojisi ve İstatistikleri

1.1.5.1. Kolon Kanserinin Etiyolojisi

Kolorektal kanser kolon veya rektumda başlar ve başladığı yere göre kolon kanseri veya rektum kanseri olarak adlandırılır. Kolon kanseri ve rektal kanser, birçok ortak özelliğe sahip oldukları için genellikle birlikte gruplandırılır. Çoğu kolorektal kanser, kolon veya rektumun iç astarında polip olarak büyüme ile başlamaktadır. Bazı polip türleri zamanla (genellikle uzun yıllar) kansere dönüşebilir, ancak tüm polipler kansere dönüşmemektedir (American Cancer Society, 2020).

Marley ve Nan (2016) çalışmasında, kansere yakalanma riskinin yaklaşık %35'inin genlerden kaynaklandığı sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte kolorektal kanser yükünün önemli bir oranı, değiştirilebilir yaşam tarzı faktörlerine ve çevresel faktörlere bağlanabilir (Senore vd., 2020). Çok sayıda işlenmiş et ve hayvansal yağ tüketimi, düşük meyve ve sebze alımı, şekerle tatlandırılmış içecekler, rafine tahıllar, sedanter yaşam tarzı, obezite, sigara ve aşırı alkol tüketimi gibi çeşitli yaşam tarzı faktörleri kolorektal kanserin oluşmasına zemin hazırlamaktadır (Marley ve Nan, 2016; Senore vd., 2020; WHO, 2023d). Kolorektal kanser ağırlıklı olarak yaşlı bireyleri etkilemektedir ve çoğunlukla 50 yaş ve üstü kişilerde daha sık görülmektedir (WHO, 2023d).

Kolorektal kanser, hastalığın erken evrelerinde semptom göstermediği için genellikle ileri evrelerde teşhis edilir. Çalışmalar, taramanın erken teşhis ve kanser öncesi büyümelerin ortadan kaldırılması yoluyla kolorektal kanserin hem insidansını hem de ölüm oranını azaltabileceğini göstermiştir (WHO, 2023d). Tarama programlarında gaitada gizli kan testi, endoskopik yöntemlerle yapılan tarama, kolonoskopi ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak insidans ve mortalitede azalma sağlanabilir (SB, 2021; Senore vd., 2020). Eren (2017)'ye göre *“kolorektal kanser, sıklığı, mortalitesi, bilinen doğal seyir hikayesi, uzun preklinik fazı, öncül lezyonların görüntüleme ile tespit edilebilmesi, erken evrede tedavinin etkinliği gibi faktörler göz önüne alındığında taramaya en uygun kanser türüdür”*. Kanserinsidansı ve etkisi, sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemek, risk faktörlerinden kaçınmak ve tarama yoluyla erken teşhis uygulamak gibi birincil önleme stratejileri uygulanarak önemli ölçüde azaltılabilmektedir (WHO, 2023d).

1.1.5.2. Kolon Kanseri İstatistikleri

Kolorektal kanser 2020 yılında yaklaşık 1,9 milyon (tüm kanserlerin %10'u) yeni vaka sayısı ile Dünyada en fazla görülen 3. kanserdir. Kadınlarda meme kanserinden sonra 2. sırada (865 bin) ve erkeklerde akciğer ve prostat kanserinden sonra 3. sırada (1 milyon) yer almaktadır. Kolorektal kanser, kanser kaynaklı ölüm nedenleri arasında akciğer kanserinden sonra 2. Sırada (935 bin) yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020). Bu da yaklaşık 10 kanser vakası ve ölümden birini temsil etmektedir (Sung vd., 2021). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kanser kaynaklı ölüm nedenleri arasında kadınlarda ve erkeklerde 3.sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2020). Rektal kansere karşı kolon kanserinden ölümlere ilişkin doğru istatistikler mevcut değildir. Çünkü rektal kanserden birçok ölüm,

ölüm belgelerinde yanlış bir şekilde kolon kanseri olarak geçebilmektedir (American Cancer Society, 2023).

Türkiye’de kolorektal kanser dünyada görülen sıralamasıyla benzerlik göstererek 2020 yılında yeni vaka sayısına göre 3. sırada yer almaktadır. Kadınlarda 9 bin ve erkeklerde 12 bin yeni vaka sayısı ile en fazla görülen 3. kanser olarak belirtilmiştir. Kanser kaynaklı ölüm nedenleri arasında kolorektal kanser akciğer kanserinden sonra Türkiye’de en fazla (11 bin) ölüme neden olan kanser türüdür. Kadınlarda (4,8 bin) ve erkeklerde (6 bin) kanser kaynaklı 3. ölüm nedenidir (GLOBOCAN, 2020).

Kolorektal kanserin 2020 yılında en fazla görüldüğü kıta %52,3 (1 milyon) Asya kıtasıdır. Asya kıtasını; Avrupa %27 (519 bin), Kuzey Amerika %9,3 (180 bin), Latin Amerika ve Karayipler %7 (134 bin), Afrika %3,4 (66 bin) ve Okyanusya %1,1 (20 bin) takip etmektedir. Kanser kaynaklı ölümlerin 2020 yılında en fazla gerçekleştiği kıta Asya (%54,2) kıtasıdır. Asya kıtasını Avrupa (26,2), Latin Amerika ve Karayipler (%7,4), Kuzey Amerika (%7), Afrika (%4,6) ve Okyanusya (%0,81) takip etmektedir (GLOBOCAN, 2020). Yeni vakaların ve ölüm sayılarının en fazla görüldüğü 10 ülke Çizelge 1.4’te verilmiştir. En fazla yeni vaka ve ölümün gerçekleştiği ülke Çin’dir.

Çizelge 1. 4. Ülkelere göre kolorektal kanserinin tahmini morbidite ve mortalite vakaları (2020) (GLOBOCAN, 2020).

Ülke	Morbidite	Ülke	Mortalite
Çin	555.477	Çin	286.162
ABD	155.008	Japonya	59.912
Japonya	148.505	ABD	54.443
Rusya	77.213	Rusya	42.079
Hindistan	65.358	Hindistan	38.161
Almanya	57.528	Almanya	27.077
Brezilya	55.102	Brezilya	26.170
Birleşik Krallık	52.128	İtalya	21.789
İtalya	48.576	Birleşik Krallık	21.682
Fransa	48.061	Fransa	20.953

Kolorektal kanserin 2020 yılında yaşa standardize insidans hızı her 100.000 kişi için Dünya’da 19,5, Avrupa’da 30,4, Okyanusya 29,8, Kuzey Amerika 26,2, Asya 17,6, Latin Amerika ve Karayipler 16,6 ve Afrika 8,4’tür. Dünya’da yaşa standardize insidans hızının en yüksek olduğu ilk 10 ülke; Macaristan 45,3, Slovakya 43,9, Norveç 41,9, Hollanda 41,0, Danimarka 40,9 Slovenya 39,6, Portekiz 39,4, Japonya 38,5, Letonya 36,8 ve Hırvatistan 36,3’tür. Türkiye’de ise 20,6’dır. Yaşa standardize mortalite hızının en yüksek olduğu ilk 10

ülke ise; Slovakya 21,0, Macaristan 20,2, Hırvatistan 19,6, Moldova 17,6, Sırbistan 16,7, Singapur 16,2, Barbados 16,1, Polonya 16,1, Romanya 14,8 ve Bulgaristan 14,7'dir. Türkiye'de ise mortalite hızı 10,1'dir (GLOBOCAN, 2020).

Diyet ve metabolik faktörlerdeki değişiklikler de dahil olmak üzere yaşam tarzı ve çevre ile bağlantılı bir ilişkiye sahip olan kolorektal kanser, sosyoekonomik açıdan gelişmişliğin bir belirteci olarak değerlendirilebilir (Fidler vd., 2016). Bazı ülkelerde kolorektal kanser insidansındaki düşüşler, daha sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine yönelik toplum genelindeki değişikliklere (örneğin, sigara kullanımındaki düşüşler) ve taramanın benimsenmesine bağlanmaktadır (Bray vd., 2018). Kolorektal kanser insidans oranları, büyük ölçüde etkili tarama programlarının bir sonucu olarak, yüksek gelirli ülkelerde azalmaktadır (WHO, 2023d). SB, Türkiye'de kolorektal kanser taramaların kapsama oranının %30-40 arasında olduğunu ve taramaların olumlu sonuçlarına ulaşmak için en az %70 oranında bir kapsama oranının sağlanması gerektiğini belirtmiştir (SB, 2021).

Dünya bölgelerine göre kolon kanseri insidans oranlarında yaklaşık 9 kat farklılık vardır ve en yüksek oranlar Avrupa bölgeleri, Avustralya/Yeni Zelanda ve Kuzey Amerika'dadır; Macaristan ve Norveç erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla birinci sıradadır. Afrika'nın birçok bölgesinde ve Güney Orta Asya'da hem kolon hem de rektal kanser insidansı oranları düşük olma eğilimindedir (Sung vd., 2021). 2020 yılında 1,15 milyon tahmin edilen yeni kolon kanseri vakasının 2040 yılında 1,92 milyona, ölüm sayılarının ise 577 binden 1,02 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. 732 bin olan rektum kanseri vakasının ise 2040'a gelindiğinde 1,16 milyon olacağı, ölüm oranlarının ise 339 binden 571 bine yükseleceği öngörülmektedir (GLOBOCAN, 2020).

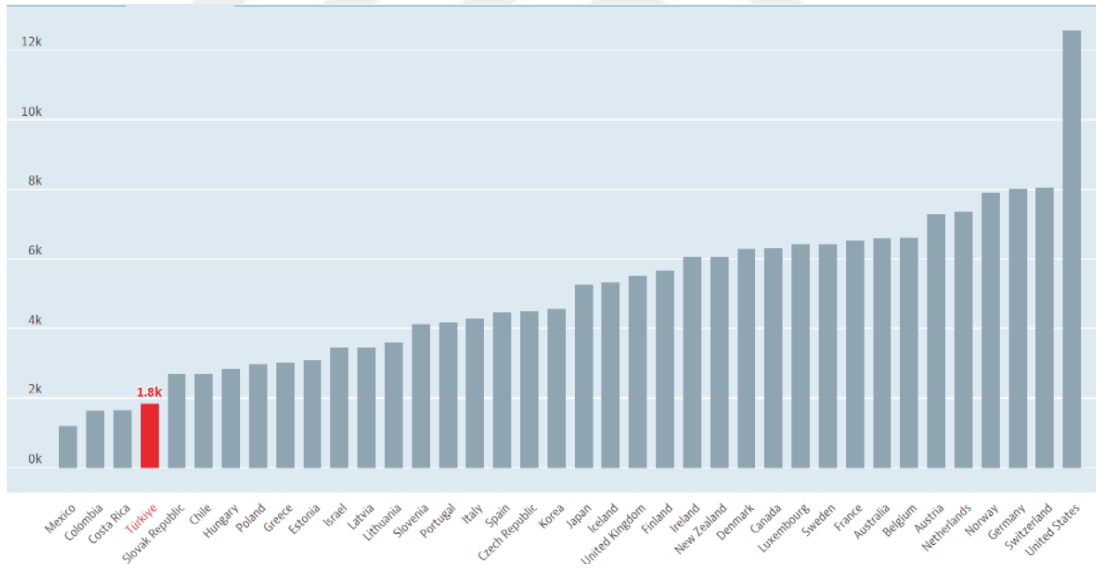
1.2. Kanserın Ekonomik Yüğü

Sağlığa yapılan küresel harcamalar, son yirmi yılda reel olarak iki kattan fazla artarak 2019'da 8,5 trilyon dolara ulaşmış ve 2019 yılında küresel GSYİH'nın (Gayri Safi Yurt içi Hasıla) %9,8'i sağlık harcamalarına ayrılmıştır (WHO, 2021). Bu oran 2020 yılında ise %10,8'e yükselmiştir (World Bank, 2023).

Yüksek gelirli olarak sınıflandırılan 29 ülkede, 2019 yılında kişi başı sağlık harcaması ortalama 4.491 ABD \$ olup, bu oran GSYİH'nın %9'unu oluşturmaktadır (WHO, 2021). ABD GSYİH'sının %16,8'ini sağlık hizmetlerine harcayarak en çok sağlık hizmetlerine

harcama yapan ülkedir. Bu oran %11,7 ile bir sonraki en yüksek harcama yapan ülke olan Almanya'nın oldukça üzerindedir. ABD ve Almanya'dan sonra, aralarında Fransa, Kanada, Japonya ve Birleşik Krallık'ın da bulunduğu on yüksek gelirli ülke GSYİH'lerinin %10'undan fazlasını sağlık hizmetlerine harcamaktadır. GSYİH'lerinin %6 ila %8'ini sağlık hizmetlerine harcayan bir sonraki ülke grubu, birçok Orta ve Doğu Avrupa OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ülkesinin yanı sıra Latin Amerika bölgesinden yeni üyeler olan Kolombiya ve Kosta Rika'yı içermektedir. Çin ve Hindistan gibi bazı ortak ülkelerle birlikte Meksika ve Türkiye, GSYİH'nın %6'sından daha azını sağlığa harcamaktadır (OECD, 2021, s:188).

Avrupa'da, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %9,9 olup kişi başına harcama 3.163 €'dur (Hofmarcher vd., 2019 s:43). Türkiye'de 2022 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 1,827 \$'dır. En fazla harcamanın yapıldığı ülke olan ABD'de kişi başına 12,555 \$, en az harcamanın yapıldığı ülke olan Meksika'da ise 1,181 \$ sağlık hizmeti için harcanmaktadır (Şekil 1.9) (OECD, 2023).



Şekil 1. 9. Toplam sağlık harcaması (ABD doları/kişi/2022) (OECD, 2023).

Ekonomik refah düzeyi daha yüksek olan ülkeler ulusal gelirlerinin daha büyük kısmını sağlık hizmetleri için ayırabilmektedir (Belek, 2016). Torun ve Kutlar (2018), “sağlık sektörüne aktarılan kaynakların yüksek gelirli ülkelerde bile kısıtlı olduğunu, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarını kısıtladığını ve ülkeleri yeni reformlara zorladığını” ifade etmektedir.

Kanserin toplum üzerindeki yükü, yalnızca hastaların ve hasta yakınlarının çektiği acı ile sınırlı olmayıp, aynı zamanda kanserin maliyeti açısından da çok büyüktür (Boyle ve Levin, 2008). Birçok batı ülkesinde yaşlı nüfustaki artış, sigorta şirketlerinin sağlık harcamalarını karşılamasını zorlaştırmaktadır (Aydınluğ, 2004). Kanserin görülme sıklığının ve kanser kaynaklı ölümlerin dünya genelinde artış göstermesi, kansere ayrılan kaynakların da artmasına neden olmaktadır (Yılmaz vd., 2009).

Kanser hastalığı yüksek düzeyde ilaç ve tedavi maliyeti gerektirdiği için artan kaynak kullanımı sağlık sisteminin finansman yapısını ve sunum kalitesini olumsuz yönde etkileyecek önemli bir risk unsuru yaratmaktadır (Yılmaz vd., 2009). Tatar (2009, s:65), kanser tedavisinin sistem üzerindeki etkisini: *“Kanserin teşhis ve tedavisi için kullanılan yöntemler, büyük baskı altındaki sağlık bütçelerini daha da zorlamakta dünyanın her ülkesinde sağlık kaynaklarının etkili ve verimli kullanımı tartışmaları gündemin ana maddesini oluşturmaktadır. Ayrıca kanserin sadece teşhis ve tedavisi için değil aynı zamanda koruma amaçlı geliştirilen programlar için de gereken kaynak miktarının büyük boyutlarda olması, kanserin sağlık politikalarını belirleyenler ve uygulayanlar için önemini artırmaktadır.”* şeklinde ifade etmiştir.

Kanser yükündeki hızlı artış, dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri için gerçek bir krizi temsil etmektedir. Boyle ve Levin (2008), yüksek kaynaklara sahip ülkeler arasında bile, tanı konulacak çok sayıdaki kanser hastasının etkili bir şekilde tedavisi ve bakımı (palyatif, destekleyici) için yeterli fonları temin etmenin önemli bir konu olduğunu belirtmektedir. Kanser bir zamanlar zenginlerin ve yüksek gelirli ülkelerin hastalığı olarak görülse de artık tüm ülkeleri etkileyen küresel bir sorun haline gelmiştir. Ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde kanser yükünün artan büyüklüğü, nüfusun yaşlanması ve büyümesinin yanı sıra sigara içme, fiziksel hareketsizlik ve Batılılaşmış diyetler dahil olmak üzere küreselleşmeyle ilişkili toplumsal, ekonomik ve yaşam tarzı değişikliklerinin de bir sonucudur (Fidler-Benaoudia ve Bray, 2020; Jemal vd., 2011).

Dünya çapında 2020 yılında tahmini 19,3 milyon yeni vakanın olması ve yaklaşık 10 milyon ölümün kanser nedeniyle meydana gelmesi (GLOBOCAN, 2020) ve 2020'den 2050'ye kadar kanserlerin küresel ekonomik maliyetinin 25,2 trilyon \$ (sabit 2017 fiyatlarıyla uluslararası dolar cinsinden) olacağının tahmin edilmesi (Chen vd., 2023), kanseri bir halk sağlığı önceliği haline getirmektedir. Fidler-Benaoudia ve Bray (2020),

kanser yükünü azaltmak için eyleme geçme ihtiyacının giderek daha fazla kabul gördüğünü ifade etmektedir.

1.2.1. Dünyada Kanserın Ekonomik Yüğü

Kanserın maliyetleri, doğrudan tıbbi maliyetler (tüm sağık hizmeti harcamalarının toplamı) ve hastalık veya erken ölüm nedeniyle kaçırılan iş nedeniyle kaybedilen kazançlar gibi dolaylı maliyetler dahil olmak üzere çeşitli şekillerde tahmin edilmektedir (American Cancer Society, 2023). Bazı ölkelerde veriler mevcut olmasına rağmen kanserin küresel ekonomik yüğü bilinmemektedir (Yabroff vd., 2019, s:88).

ABD'de 2017 yılında tahmini kanser sağık harcaması 161,2 milyar \$; hastalık nedeniyle üretkenlik kaybı 30,3 milyar \$ ve erken ölümler 150,7 milyar \$ iken (Yabroff vd., 2019, s:88), National Cancer Institute (NCI), 2020 yılında ABD'de kanserle ilgili tıbbi maliyetlerin 208,9 milyar \$ ve birçok reçeteli ilacın liste fiyatının yılda 100.000 dolardan fazla olduğunu ifade etmiştir. Hastalara ise kanserin maliyetinin 21,1 milyar \$ olduğu tahmin edilmektedir, buna 16,2 milyar \$ cepten yapılan masraflar ve 4,9 milyar \$ hasta zaman maliyetleri (tedaviye gidiş/geliş, tedaviyi bekleme ve alma) dahildir (American Cancer Society, 2023). ABD'de kansere atfedilebilen ulusal bakım maliyetlerinin 2030 yılında hayatta kalma yaygınlığı göz önüne alındığında, yalnızca nüfusunun yaşlanması ve büyümesine bağılı olarak %34 artarak 246 milyar \$'a yükseleceğı düşünölmektedir (Mariotto vd., 2020).

Avrupa'da 2018 yılında kanserin toplam maliyeti (doğrudan maliyetler + dolaylı maliyetler + enformel bakım maliyetleri) 199 milyar €'dur (kişi başına 378 €). Kanser tedavisine yapılan toplam sağık harcaması 103 milyar €'dur ve bu miktar kişi başına 195 € ve toplam sağık harcamalarının %6,2'sine karşılık gelmektedir (Çizelge 1.5 ve Çizelge 1.6) (Hofmarcher vd., 2020).

Çizelge 1. 5. Avrupa’da ülke ve bileşene göre toplam kanser maliyeti (milyon €, 2018)¹ (Hofmarcher vd., 2020, s:44).

Ülke	Doğrudan Maliyetler			Enformel bakım maliyeti	Dolaylı maliyetler		Toplam Maliyetler
	Kanser tedavisi için yapılan sağlık harcamaları	Toplam sağlık harcamaları içindeki payı	Kanser ilaçları		Erken ölümden kaynaklanan üretkenlik kaybı	Morbiditeden kaynaklanan üretkenlik kaybı	
Avusturya	2553	%6,4 ^A	952	398	1080	281	4312
Belçika	3240	%6,9 ^A	1024	693	1406	1244	6583
Bulgaristan	320	%7,1 ^A	216	43	174	49	587
Hırvatistan	249	%6,8 ^A	149	94	200	427	969
Kıbrıs	90	%6,3	–	24	40	9	163
Çekya	1084	%7,0	174	192	436	341	2053
Danimarka	1499	%4,8	513	764	946	726	3934
Estonya	96	%5,8	5	24	61	75	255
Finlandiya	844	%4,0	331	337	559	154	1895
Fransa	18.707	%7,1	5184	3288	7116	4542	33.652
Almanya	25.537	%6,8	7584	5141	11.516	4370	46.564
Yunanistan	942	%6,5	44	314	607	159	2022
Macaristan	618	%7,1	388	167	497	91	1372
İzlanda	69	%3,8	21	20	44	40	173
İrlanda	1139	%5,0 ^A	308	180	526	113	1957
İtalya	10.374	%6,7	4517	5165	4924	284	20.748
Letonya	111	%6,4 ^A	26	33	92	39	274
Litvanya	196	%6,4 ^A	55	34	113	82	426
Lüksemburg	221	%6,9 ^A	7	33	90	37	380
Malta	74	%6,5 ^A	–	12	26	2	114
Hollanda	5309	%6,9	1072	982	2485	1387	10.163
Norveç	1575	%4,2	366	362	609	666	3212
Polonya	2185	%7,0	583	582	1775	784	5327
Portekiz	991	%5,4	404	371	655	192	2208
Romanya	712	%7,1 ^A	351	159	598	160	1629
Slovakya	428	%7,1 ^A	166	72	257	173	930
Slovenya	234	%6,4	105	77	166	139	616
İspanya	5245	%4,9	2841	2529	3440	950	12.164
İsveç	1907	%3,7	572	491	830	960	4189
İsviçre	4366	%6,0	801	597	1716	477	7157
Birleşik Krallık	11.691	%5,0	3249	3213	6633	1465	23.002
Avrupa	102.607	%6,2	32.008	26.389	49.615	20.418	199.029

A: Toplam sağlık harcamaları içindeki pay benzer ülkelerden alınan verilere dayalı olarak tahmini hesaplanmıştır.

Avrupa’da 2018 yılında kanser ilaçları için yapılan harcamalar 32 milyar €’yu (kişi başına 61 €) bulmuştur (Çizelge 1.5 ve Çizelge 1.6) (Hofmarcher vd., 2020). Kanser ilaçları dünya ilaç pazarının en önemli kalemini oluşturmaktadır (Demirer vd., 2014). Piyasa aynı zamanda politik olarak da göze çarptığı için antikanser ilaç pazarı ekonomik açıdan önemlidir. Antikanser ilaçlar, metastatik tümörü olan hastalar için mevcut olan yaşamı uzatan nadir tedaviler arasındadır. Erken evre hastalığı olan hastalar için de ameliyat veya

¹ Avrupa toplamaları ve maliyetler, yuvarlama nedeniyle maliyet toplamalarıyla eşleşmemektedir. Fiyat farklılıkları için düzeltme yapılmamıştır. Kanser ilacı harcamaları, gizli indirimleri içermemektedir. Kıbrıs ve Malta için kanser ilaçlarına ilişkin veriler elde edilememiştir ve Estonya, Yunanistan ve Lüksemburg için yalnızca perakende satışlar verileri mevcuttur, hastane satışlarını içermemektedir.

radoterapi geçirdikten sonra antikanser ilaçlarının uygulanması giderek yaygınlaşmaktadır (Howard vd., 2015).

Enformal bakımın maliyeti 2018'de Avrupa'da 26 milyar €'yu (kişi başına 50 €), erken ölümden kaynaklanan verimlilik kaybı 50 milyar €'yu (kişi başına 94 €) ve hastalıktan kaynaklanan verimlilik kaybı ise 20 milyar €'yu (kişi başına 39 €) bulmuştur (Çizelge 1.5 ve Çizelge 1.6). Enformal bakım, akrabalar ve arkadaşlar tarafından sağlanan hizmetleri ifade etmektedir. Hastaya hastaneye kadar eşlik etmek ve evde hasta bakımı için geçen süreyi içermektedir (Hofmarcher vd., 2020). Her ne kadar doğrudan maliyetler daha fazla olacak gibi görünse de ülkeler için yapılan hesaplamalar aslında dolaylı maliyetin kansere bağlı maliyetlerin %70-80'ini oluşturduğunu göstermiştir (Yılmaz vd., 2009).

Avrupa'da 2018 yılında kişi başına düşen toplam kanser maliyeti 378 €'dur. Kişi başına toplam maliyet 83 € ile Bulgaristan ve Romanya'da en düşük, 840 € ile İsviçre'de on kat daha yüksektir. Avrupa'da kişi başına düşen toplam kanser ilaç maliyeti 61 €'dur. Daha zengin ülkelerin kanser ilaçlarına daha fakir ülkelere göre daha fazla harcama yapma eğilimi olduğu, ancak kanser ilacı harcamalarındaki farkın, kanser tedavisine yapılan genel sağlık harcamalarından daha küçük olduğu ifade edilir. Bu, daha fakir ülkelerin kansere özgü sağlık harcamalarının daha yüksek bir oranını kanser ilaçlarına harcamasının bir sonucudur (Hofmarcher vd., 2020). Avrupa'da kişi başına düşen toplam enformel bakım maliyeti 50 €, erken ölümden kaynaklanan üretkenlik kaybı 94 € ve morbiditeden kaynaklanan üretkenlik kaybı ise 39 €'dur (Çizelge 1.6).

Çizelge 1. 6. Avrupa'da ülke ve bileşene göre kişi başına düşen toplam kanser maliyeti (€, 2018)² (Hofmarcher vd., 2020, s:44).

Ülke	Doğrudan Maliyetler		Enformel bakım maliyeti	Dolaylı Maliyetler		Toplam
	Kanser tedavisi için yapılan sağlık harcamaları	Kanser İlaçları		Erken ölümden kaynaklanan üretkenlik kaybı	Morbiditeden kaynaklanan üretkenlik kaybı	
Avusturya	289	108	45	122	32	488
Belçika	284	90	61	123	109	577
Bulgaristan	45	31	6	25	7	83
Hırvatistan	61	36	23	49	104	236
Kıbrıs	103	–	28	46	11	188
Çekya	102	16	18	41	32	193

² Toplam maliyetler, yuvarlama nedeniyle maliyetlerin toplamıyla eşleşmemektedir. Fiyat farklılıkları için düzeltme yapılmamıştır. Kanser ilacı harcamaları, gizli indirimleri içermemektedir. Kıbrıs ve Malta için kanser ilaçları ile ilgili veriler Estonya, Yunanistan ve Lüksemburg için elde edilememiştir ve bunlar sadece perakende satışları içermektedir, hastane satışlarını içermemektedir.

Çizelge 1. 6. Devam

Danimarka	259	89	132	164	126	680
Estonya	73	4	18	46	57	194
Finlandiya	153	60	61	101	28	344
Fransa	278	77	49	106	68	502
Almanya	308	92	62	139	53	562
Yunanistan	88	4	29	56	15	188
Macaristan	63	40	17	51	9	140
İzlanda	197	60	57	126	115	495
İrlanda	234	64	37	109	23	404
İtalya	172	75	85	81	5	343
Letonya	57	13	17	47	20	142
Litvanya	70	20	12	40	29	152
Lüksemburg	363	12	54	150	61	628
Malta	155	–	25	54	4	238
Hollanda	308	62	57	145	81	591
Norveç	296	69	68	115	126	605
Polonya	57	15	15	47	21	140
Portekiz	96	39	36	64	19	215
Romanya	36	18	8	31	8	83
Slovakya	79	30	13	47	32	171
Slovenya	113	51	37	80	67	298
İspanya	112	61	54	74	20	261
İsveç	187	57	49	82	95	413
İsviçre	511	94	70	202	56	840
Birleşik Krallık	176	49	48	100	22	347
Avrupa	195	61	50	94	39	378

Tüm ülkeler arasında kanserin en büyük ekonomik maliyeti 6,1 trilyon INT \$ (2017 International dollars) ile Çin'dedir. Çin'den sonra ABD (5,3 trilyon INT \$) ve Hindistan (1,4 trilyon INT \$) gelmektedir (Chen vd., 2023). Dünya Bankası bölgelerine göre, GSYİH yüzdesi olarak kanserden kaynaklanan en yüksek ekonomik yükün Kuzey Amerika'da olduğu (yıllık %0,83 vergiye eşdeğer), bunu Avrupa ve Orta Asya (%0,63) ve Doğu Asya ve Pasifik'in (%0,59) izlediği ifade edilmektedir. En düşük yük %0,24 ile Sahra Altı Afrika'dadır. Kişi başına düşen ekonomik maliyet, Sahra Altı Afrika'da 241 INT \$ Kuzey Amerika'da 14 065 INT \$'a kadar, bölgeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Toplam ekonomik maliyet 9,7 trilyon INT \$ ile Doğu Asya ve Pasifik'te en yüksek ve 6,0 trilyon INT \$ ile Avrupa ve Orta Asya'da ikinci en yüksek seviyededir. Sahra Altı Afrika, 395 milyar INT \$ ile en düşük yükle karşı karşıyadır (Chen vd., 2023).

Tüm kanserler arasında, TBA kanseri 3,9 trilyon INT \$ ile en büyük ekonomik maliyeti oluşturmaktadır. Bunu kolon ve rektum kanseri (2,8 trilyon INT \$), meme kanseri (2,0 trilyon INT \$), karaciğer kanseri (1,7 trilyon INT \$) ve lösemi (1,6 trilyon INT \$) izlemektedir. Kanser türleri arasında, TBA kanseri (%15,4), kolon ve rektum kanseri

(%10,9), meme kanseri (%7,7), karaciğer kanseri (%6,5) ve lösemi (%6,3) kanserlerin küresel ekonomik maliyetinin yarısını oluşturmaktadır (Chen vd., 2023).

Kanserin maliyetini hesaplamak için çeşitli çalışmalarda yapılmıştır. Örneğin; Hanly vd. (2022), Avrupa için tahmini kanser erken ölüm maliyetini hesapladıkları bir çalışmada, kanser erken ölüm maliyetini 54,0 milyar € (İnsan Sermayesi Yaklaşımı) ve 1,57 milyar € (Sürtünme Maliyeti Yaklaşımı) olarak bulmuştur. Her iki yaklaşıma göre akciğer, meme ve kolorektal kanserlerinin Avrupa'daki en maliyetli üç kanser olduğu ifade edilmiştir. Marti vd. (2016), İngiltere’de kanserin ekonomik yükünü inceledikleri bir çalışmada kanserin ortalama aylık maliyetini 409 \$ olarak bulmuştur. National Health Service (NHS) ortalama 279 \$ harcama yaparken ve hastaların cepten yaptığı harcamalar ortalama 40 \$ olarak bulunmuştur.

1.2.2. Türkiye’de Kanserın Ekonomik Yüğü

Türkiye’de kanser harcamalarına yönelik çalışma ve veri sınırlılığı bulunmaktadır. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından 2010 yılında “Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu”nun hazırladığı raporda, *“Türkiye için kanser harcamaları hem kamu harcamaları hem de özel harcamaları kapsayacak şekilde iki farklı yöntem kullanılarak tahmin edilmiştir. Birinci yöntemde Wilking ve Jönsson (2007) çalışmasında yer alan ülke ortalamaları kullanılarak kanser harcamaları tahmin edilmiştir. İkinci yöntemde ise kanser harcamaları kanser türlerine göre hesaplanan ortalama maliyetlerin Türkiye’de kanserle yaşayan nüfusun kanser türlerine göre dağıtılan hasta sayısına çarpılması ile elde edilmiştir.”* ifadeleri yer almaktadır (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2010, s:283-284).

Birinci yöntemde, AB ülkeleri ortalaması ile harcamaları Türkiye’ye yakın olan ülkelerin ortalaması alınmak suretiyle toplam sağlık harcamaları (tedavi) içinde kansere yönelik tedavi harcamaları hesaplanmıştır. Bu metodoloji kullanılarak yapılan hesaplama sonrasında Türkiye’de 2006 yılında kansere yönelik yapılan harcamalar toplamı 1,9–2,2 milyar € arasında olduğu tahmin edilmiştir. Dolar cinsinden yapılan hesaplamada ise bu tutar 2,4–2,8 milyar \$ düzeyine çıkmaktadır. Bu tahminde kişi başına harcama ise üst sınırdaki yaklaşık 32 €’dur (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2010, s:283). İkinci yöntemde Türkiye’de 2006 yılında kanser tedavisine yönelik harcama toplamı SGP (Satın Alma Gücü Paritesi) ile standardize edilmiş olarak 2,4–2,7 milyar €, dolar cinsinden ise 3,1–3,4 \$ arasında bulunmuştur. Buna göre kişi başına kanser tedavi harcaması ise 38,3 € seviyesindedir. İki

yöntemle alt ve üst sınırlar çerçevesinde hesaplanan kanser harcamaları ile Wilking ve Jönsson (2007) çalışmasında yer alan ülke sonuçları karşılaştırılmış ve Türkiye'nin AB ülkeleri içinde mutlak büyüklük olarak kansere toplamda en fazla harcama yapan ilk altı ülke arasında yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır(Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2010, s:283-284).

Türkiye'de kanser hastalıklarına yönelik maliyetlerin karşılanmasında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) önemli bir noktadadır. İlaç ödemeleri SGK'nın, en önemli gider kalemleri arasında yer almaktadır. SGK (2021) *"ilaç için 2018'de 30,9 milyar TL, 2019'da 39,6 milyar TL ödeyen Kurumun, 2020 yılındaki harcaması 48,6 milyar liraya ulaşmıştır. SGK'nın 2021 yılı bütçesine göre ilaca 59,2 milyar lira ödeme yapacağı öngörülmektedir. Geri ödeme listesinde toplam 8 bin 933 ilaç bulunmaktadır. Bu ilaçların 8 bin 557'si Türkiye'de ruhsatlı durumdayken, 376'sı yurt dışından tedarik edilmektedir. Listedeki ilaçların 824'ü kanser tedavisinde kullanılmaktadır."* açıklamalarında bulunmuştur. Ayrıca bedeli ödenen ilaçlarla ilgili olarak SGK (2021), *"bedeli ödenen ilaçlar arasında ödeme miktarına göre 6,4 milyar TL ile kardiyovasküler (kalp-damar) hastalıklarının tedavisinde kullanılanlar ilk sırada yer alırken bu grubu 5,6 milyar TL ile kanser izlemektedir."* açıklamalarında bulunmuştur.

Türkiye'de kanserin ekonomik yükünü belirlemek amacıyla yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Ertan (2003) tarafından Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde 83 akciğer kanseri hastasının tanı ve tedavi harcamalarının belirlenmesi ile ilgili yapılan tıpta uzmanlık tezi Türkiye'de kanser harcamaları ile ilgili olarak yapılan ilk çalışmadır (Torun ve Kutlar, 2018). Çalışmada hastanede ilk tanısını alan 50 hastanın ortalama sağlık harcaması 2,22 milyar TL olarak bulunmuştur. Tanı ve tedavi için yapılan sağlık harcamaları birlikte değerlendirildiğinde; 83 hastanın toplam sağlık harcaması 942,74 milyar TL ve kişi başına ortalama sağlık harcaması 11,36 milyar TL olarak bulunmuştur (Ertan, 2003). Cicin vd. (2021) Türkiye'de akciğer kanserinin ekonomik yükünü tahmin etmek amacıyla doğrudan ve dolaylı maliyetleri hesaplandığı bir çalışma yapmıştır. KHAK için hasta başına toplam yıllık doğrudan tıbbi maliyet 8.772 €, KHDAK için ise 10.167 € olarak bulunmuştur. Yıllık toplam doğrudan tıbbi maliyet 497,9 milyon €, yıllık toplam dolaylı tıbbi maliyet 1,1 milyar € ve akciğer kanserinin toplam ekonomik yükü 1,6 milyar € olarak bulunmuştur. Hastaneye yatış/müdahaleler (%41) ve dolaylı maliyetler (%68,6), akciğer kanserinin genel ekonomik yükü için ana maliyet etkenlerini oluşturmaktadır.

Yiğit (2022), Türkiye'de kanser nedeniyle kaybedilen Disability-Adjusted Life Year (DALY) ekonomik kaybını tahmin ettiği bir çalışmada, Türkiye'de 30 farklı kanser türünün erken ölüm, sakatlık ve hastalığa bağlı ekonomik yükünün 1990 yılında 4.522.855.851-\$ olduğu (GSYİH'nın %3'ü), 2019 yılında ise bu ekonomik yükün 21.219.951.335-\$ (GSYİH'nın %2,79'u) yükseldiği sonucuna ulaşmıştır. Yüzdelikler sadece kanserin dolaylı maliyetlerini içermektedir. DALY'lerin en yüksek ekonomik değerini oluşturan ilk 5 kanser 1990 yılında; TBA kanseri (%22,9), mide kanseri (%12,25), lösemi (%12,25), kolon ve rektum kanseri (%7,29), beyin ve merkezi sinir sistemi kanserleri (%6,24) iken, 2019 yılında TBA kanseri (%27,9), kolon ve rektum kanseri (%9,7), mide kanseri (%8,5), meme kanseri (%6,7), pankreas kanseri (%6,2) olarak bulunmuştur. DALY'lerin ekonomik değeri en yüksek olan ilk kanser 5,9 milyar \$ ile akciğer kanseri (%28) olmuştur. Akciğer kanserini 2,1 milyar \$ (%9,7) ile kolon/rektum kanseri ve 1,8 milyar \$ (%8,5) ile mide kanseri izlemiştir.

Koçkaya vd. (2013) tarafından kolon kanserinin maliyetinin araştırıldığı bir çalışmada, yaşam beklentisine bağlı olarak en düşük toplam maliyet 5.359 \$ olarak bulunmuştur. Tekin ve Şahin (2019) tarafından kolon ve rektum kanseri tedavi maliyetinin hesaplandığı başka bir çalışmada ise kolon kanseri maliyeti 3.055,5 TL, rektum kanseri ise 4.146,2 TL olarak bulunmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 1 yıllık verileri ile kolon ve rektum kanseri hastalarının toplam tedavi maliyeti 205.426.182,3TL olarak hesaplanmıştır.

1.3. Finansal Toksisite Kavramına Genel Bakış

Son yıllarda teknolojiye paralel olarak kanserin tanı ve tedavisinde devrim niteliğinde gelişmeler yaşanmasına ve yeni tedavi yöntemleri ile birlikte hasta sonuçları iyileştirilebilir hale gelmesine rağmen, gelişmeler ek sağlık hizmeti gerektirdiği için tedaviler daha pahalı ve karşılanamaz hale gelmiştir (Arıkan, 2000; Carrera ve Olver, 2015; Hofmarcher vd., 2020; Meropol vd., 2009). Onkoloji ilaçlarının yüksek maliyeti, yüksek sigorta primleri, hedefe yönelik tedaviler, immünoterapiler, gelişmiş görüntüleme ve destekleyici bakım, çoklu ve uzun süreli tedavi rejimlerinin yanı sıra nüfusun hızla yaşlanması, yaygın kanserlerin görülme sıklığını artırmış ve bu durum yüksek harcama tahminlerini de beraberinde getirmiştir (Carrera vd., 2018; Chi, 2019; Gordon vd., 2017; Yabroff vd., 2021; Zafar, 2016).

Kanser maliyetleri yıllar içerisinde hızlı şekilde artmayı sürdürmektedir (Kolodziej vd., 2011). Dünya genelinde ikinci ölüm nedeni olan kanser hastalığı, hastalar ve aileleri

üzerinde önemli bir ekonomik yüke neden olmakta ve bu yük giderek artan sayıda hastayı ve ailesini etkisi altına almaktadır (Leng vd., 2019; Zafar ve Abernethy, 2013). Kanser maliyetlerine ilişkin ilk veriler ABD'den gelse de (Fabian vd., 2023), kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin verildiği ortamlarda bile yüksek maliyetler ortaya çıkmaktadır (Longo vd., 2020). Yapılan çalışmalar ve maliyet analizleri, müdahalelerin maliyet etkinliği gibi önemli yönler odaklanırken, hastaların öznel bakış açısını göz ardı etmektedir (Fabian vd., 2023).

Herhangi bir hastalık bile hane halkı arasında mali sıkıntıya neden oluyorken (Gordon vd., 2017), kanserin tedavisinin uzun ve pahalı olması, organ kaybına yol açabilmesi, hastalığın yayılabilir olması ve kimi zaman ölümle sonuçlanabilmesi hasta ve yakın çevresi için ağır psikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir (Arıkan, 2000). Kanserlerin çoğu, kişilerin aktif çalışabileceği 45-60 yaş arasında görüldüğünden, iş gücü kaybı bireysel olarak ailenin maddi durumunu etkilemektedir (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2010).

Hastalar ve aileleri hem kamu hem de özel finansman ortamlarında kanser teşhisi ve tedavisi nedeniyle yüksek oranda finansal yük yaşamaktadır (Longo vd., 2020). Özellikle hastanın cepten yaptığı masraflar (çoğunlukla katkı payı ödemeleri, sigorta, reçeteli ilaçlar ve ücret kaybı vb.) hastalığın yükünü daha da artırabilmektedir (Bestvina vd., 2014). Tedavi kararları ise çoğu zaman bu masraflar dikkate alınmadan verilmektedir (Zafar vd., 2013). Ancak bu tarz eğilimler, özellikle düşük gelirli aileleri, mali stres riskiyle karşı karşıya bırakmaktadır (Schoen vd., 2011).

Kanser bakımının artan maliyeti, karmaşık bir sağlık sistemi içinde rol oynayan birçok paydaşı etkilemektedir. Hastalar en savunmasız gruptur, çünkü sıklıkla eşit olmayan sigorta kapsamıyla karşı karşıya kalmaktadır. Diğer önemli gruplar arasında araştırma, geliştirme ve pazarlama maliyetlerini tüketiciye aktaran ilaç üreticileri, giderek pahalılaşan ilaçlar ve teknolojiler ile hizmet sunan kanser bakım sağlayıcıları ve sonuçta maliyetleri tüketicilere aktaran sigorta sektörü vardır (Meropol vd., 2009). Günümüzde maliyetlere odaklanmaya yönlendiren güçler arasında artan ilaç fiyatları, maliyet paylaşımındaki artışlar ve kanser bakımında klinisyenleri ve hastaları doğrudan etkileyen ekonomik değişiklikler yer almaktadır (Peppercorn, 2017).

Kanser ilaçları, kanserli bir hasta için ilerlemesiz hayatta kalma (genel hayatta kalma olmasa bile) kazanımlarının anahtarı olsa da, bunların kullanımı hastayı aşırı mali yüke ve

sıkıntıya maruz bırakabilmektedir (Carrera vd., 2018). Kanserli insanlara bakım veren doktorlar ve onkoloji uzmanlarına yönelik önde gelen mesleki kuruluş olan Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (The American Society of Clinical Oncology-ASCO), artan ilaç fiyatlarının kanserden etkilenen bireyler üzerindeki etkisinden derin kaygı duyduğunu şu cümleler ile aktarmıştır: *“Biz, bir kişinin hayatındaki en stresli sağlık bakım dönemlerinden biri sırasında, üyeleri sağlık hizmetlerinde en karmaşık ve pahalı tedavi rejimlerinden bazılarını uygulayan, hasta merkezli profesyonel bir topluluğuz. Üyelerimiz bu ilaç rejimlerinin ve tedavi programlarının teknik faydaları ve riskleri konusunda uzmandır ancak aynı zamanda kanser tedavisinin hastalar ve aileler üzerindeki finansal etkisine de tanık oluyoruz.”* (ASCO, 2018).

Hastaların sahip oldukları sigorta tasarımı hasta yükü açısından önemli bir rol oynayabilmektedir (Raborn vd., 2012). Ancak kanser tedavisinin yüksek maliyetinden dolayı, sigortalı hastalar arasında bile yüksek miktarda sağlık harcaması yapma ve finansal sıkıntı yaşama riski bulunmaktadır (Elkin ve Bach, 2010; Meeker vd., 2016; Shen ve McFeeters, 2006; Zafar ve Abernethy, 2013). Başka bir ifadeyle sigortaya sahip olmak yetişkinleri ve ailelerini cepten yapılan yüksek sağlık harcamalarından her zaman koruyamamaktadır (Shen ve McFeeters, 2006). Giderek artan sayıda kanıt, sigortalı kanser hastalarının, kanser deneyimlerinin bir parçası olarak maliyet etkileriyle uğraştıklarını göstermektedir. Cepten yapılan harcamaların kanser deneyimi üzerinde “Finansal Toksisite” şeklinde yeni bir terimi gerektirecek kadar etkisi olabilir (Zafar ve Abernethy, 2013).

Onkoloji literatüründe finansal yük, finansal kaygı ve finansal sıkıntı sıklıkla birbirinin yerine kullanılan kavramlardır (de Souza vd., 2015; Gordon vd., 2017; Meeker vd., 2016) fakat bunların her biri ilk olarak Ratain tarafından ortaya atılan, klinik açıdan daha anlamlı olan finansal toksisite terimine katkıda bulunmaktadır (Meeker vd., 2016). Kavram, onkoloji ilaçlarının ekonomik etkilerini ifade etmek için ilk olarak 2009 yılında, “Personalized Medicine in an Era of Health Care Reform (Sağlık Reformu Döneminde Kişiselleştirilmiş Tıp)” isimli toplantıda Mark J. Ratain’in “Biomarkers and Clinical Care (Biyobelirteçler ve Klinik Bakım)” başlıklı sunumunda kullanılmıştır (Ürek, 2021).

Finansal toksisite terimi, kanser tedavilerinin genellikle yüksek maliyetlerine ve hastalar ve aileleri üzerindeki mali yük ve sıkıntıya dikkat çekmek için ortaya atılmıştır (Pisu ve Martin, 2022). Tıp literatürüne ilk kez kansere bağlı finansal stresin kemoterapi veya diğer kanser tedavilerinin etkileri kadar toksik olabileceğini fark eden ABD’de Duke

Üniversitesi'ndeki araştırmacılar/onkologlar (Zafar ve Abernethy, 2013) tarafından kullanılmıştır (Chi, 2019; Fitch ve Longo, 2021).

Finansal toksisite terimi kanser bağlamında ortaya çıkmıştır (Gordon vd., 2017; Zafar, 2016) ve kanser bakımının neden olduğu olumsuz kişisel mali yükü ifade etmektedir (Zafar vd., 2013). Kavram, tedavinin maliyeti göz önüne alındığında, istenmeyen bir sonuç olarak görülmekte ve kanser hastalarının kanser deneyiminin bir parçası olarak cepten yaptığı harcamaları ifade etmektedir (Carrera ve Zafar, 2018; Zafar ve Abernethy, 2013). Finansal toksisite ayrıca; finansal stres ve gerginlik, finansal sıkıntı, finansal yük, finansal zorluk, ekonomik yük ve ekonomik sıkıntı olarak da adlandırılabilir (Fitch ve Longo, 2021; NCI, 2023). Farklı yazarlar tarafından yapılan finansal toksisite tanımları Çizelge 1.7'de verilmiştir.

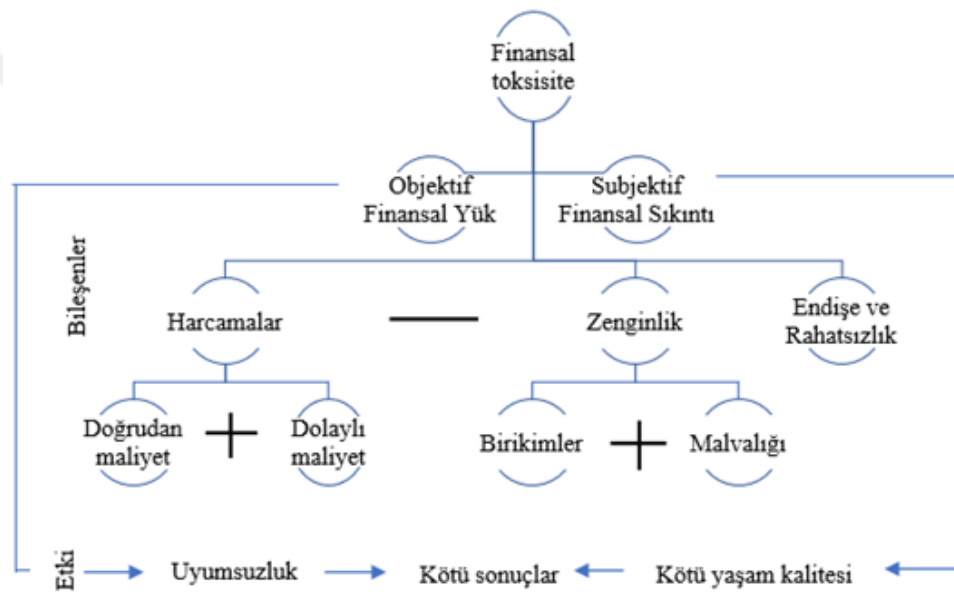
Çizelge 1. 7. Finansal toksisite tanımları.

Finansal Toksisite;
- Kanser tedavisinin bir sonucu olarak hastaların bireysel düzeyde karşılaşılabileceği mali sıkıntılardır (Peppercorn, 2017). - Kanser bakımının yüksek maliyetinden kaynaklanan duygusal stres ile ölçülebilir cepten yapılan harcamaları tanımlamaktadır (Zafar ve Abernethy, 2013). - Cepten ödenen sağlık bakım maliyetlerinin olumsuz etkileridir (Zafar vd., 2013). - Kanser hastalarının tedavisine eşlik eden mali sıkıntıyı tanımlamak için kullanılan yaygın bir terimdir (ASCO, 2018). - Cepten yapılan harcamaların bir hasta için nasıl finansal sorunlara yol açabileceğini tanımlamak için kullanılmaktadır (NCI, 2023). - Kanserle ilişkili (veya beklenen) doğrudan ve dolaylı tedavi maliyetleri nedeniyle hastaların yaşadığı öznel mali sıkıntının potansiyel bir sonucudur (Witte vd., 2019). - Kanser hastalarının ve hayatta kalanların omuzladığı ekonomik yüküdür (Smith vd., 2022).
- Kanser tedavisi maliyetlerinin ve mali yükün yaşam kalitesi ve bakım kalitesi üzerindeki olumsuz etkisidir (Chino ve Zafar, 2019). - Hastaların refahlarını olumsuz yönde etkileyen tüm ekonomik deneyimlerini tanımlamak için kullanılır (Xu vd., 2022). - Kanser tedavisinin potansiyel olarak yıkıcı bir sonucudur ve hastaların çoğu zaman kendi başlarına idare etmeye bırakıldıkları bir durumdur (Carrera vd., 2018).

Kanser bakımının finansal sonuçlarının tanımlanması ve ölçülmesine yönelik araştırmalar son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. Ancak bu araştırma alanındaki terimlerin kavramsallaştırılması ve ölçülmesi her zaman net değildir (de Souza vd., 2015; Tucker-Seeley ve Yabroff, 2016). Bu belirsizliğin yanı sıra, sosyal bilimlerde algılanan ekonomik refah, kişisel finansal refah, finansal tatmin, algılanan gelir yeterliliği, finansal sıkıntı, finansal stres, borç stresi ve ekonomik sıkıntı dâhil olmak üzere kişinin finansal durumuyla ilgili duyguları tanımlamak için kullanılan çeşitli terimler de kullanılmaktadır (de Souza vd., 2015; Prawitz vd., 2006).

1.3.1. Finansal Toksisitenin Bileşenleri

Kanserli birçok kişinin pahalı bakım ve tedavi sonucunda karşı karşıya kaldığı finansal toksisite, kanser hastalarının yaşadığı hem objektif finansal yükü hem de subjektif finansal sıkıntıyı kapsamaktadır (Carrera vd., 2018; Carrera ve Zafar, 2018; Chi, 2019; Zafar ve Abernethy, 2013). Geçtiğimiz 30 yıl boyunca araştırmacılar, bireylerin ve ailelerin finansal durumunu tanımlamak amacıyla hem objektif hem de subjektif ölçümleri incelemiştir (Prawitz vd., 2006). Finansal toksisitenin bileşenleri olan objektif finansal yük ve subjektif finansal sıkıntı Şekil 1.10'da verilmiştir.



Şekil 1. 10. Finansal toksisite ve bileşenleri (Carrera ve Zafar, 2018, sy:128).

Objektif finansal yük, kanser bakımının doğrudan (örneğin daha yüksek harcamalar) ve dolaylı maliyetlerinden (örneğin gelir kaybı) kaynaklanmaktadır (Abrams vd., 2021; Carrera ve Zafar, 2018; Fabian vd., 2023; Gordon vd., 2017; Witte vd., 2019). Doğrudan maliyetler hem doğrudan tıbbi (örneğin; ilaç tedavisi, seçilen müdahale veya testin maliyeti, yatarak ve ayakta tedavi hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, danışmanlık vb.) hem de tıbbi olmayan (örneğin; yemek, temizlik, sigorta primi vb.) ihtiyaçlarla ilişkili maliyetlerin bir sonucudur (Altice vd., 2017; Peppercorn, 2017). Doğrudan maliyetlerdeki artışa sebep olan üç temel eğilim; kanser ilaçlarının artan maliyetleri, sigorta kapsamında hasta katkılarında giderek artan artış ve bakım standardının bir parçası olarak diğer tıbbi hizmetlerin kullanımının yoğunlaştırılması olarak ifade edilebilir (Abrams vd., 2021).

Kanser bakımının dolaylı maliyetleri ise; hasta ve bakıcı zamanı, seyahat masrafları, konaklamayla ilgili maliyetler, ücret ve üretkenlik kayıpları olarak ifade edilebilir (Chino ve Zafar, 2019; Tucker-Seeley ve Yabroff, 2016). Hofmarcher vd. (2020), kanserin dolaylı maliyetlerinin iki tür üretkenlik kaybının sonucu olarak ortaya çıktığını belirtmektedir. Birincisi, erken ölümler nedeniyle gerçekleşen üretkenlik kaybı, çalışma çağına ölen ve aksi takdirde emeklilik yaşına kadar çalışmaya devam edecek hastalardan gelecekte kaybedilecek kazançları temsil etmektedir (Hofmarcher vd., 2020). İkincisi, hastalıktan kaynaklanan üretkenlik kaybı, kanserin ortaya çıkması nedeniyle iş kaybı, zaman ve faaliyetlerde (işle ilgili veya olağan günlük aktiviteler) azalmayla ilişkili kayıpları temsil eder (Altice vd., 2017; Hofmarcher vd., 2020). Kanser hastaları için doğrudan ve dolaylı finansal yük kaynakları Şekil 1.11’de verilmiştir.



Şekil 1. 11. Kanser hastaları için doğrudan ve dolaylı mali yük kaynakları (Abrams vd., 2021).

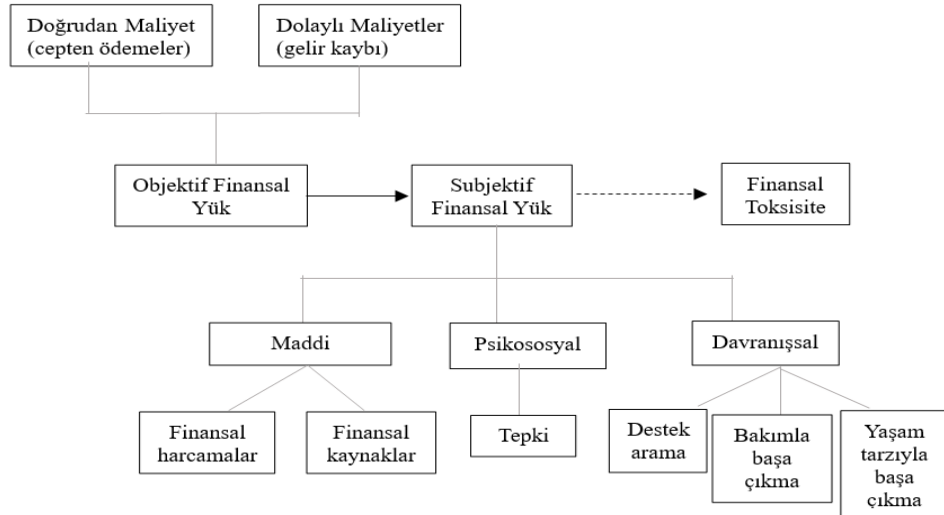
Genel olarak objektif finansal yükün ölçütleri arasında sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamalar, gelir kaybı, kaçırılan iş günleri, varlıklarda azalma, tıbbi veya toplam borç, iflas, olağan faaliyetlere katılamama ve aile üyelerinin işten kişisel izinleri yer almaktadır (Altice vd., 2017; Doroudi vd., 2018; Lentz vd., 2019).

Tedaviyle ilgili cepten yapılan harcamalar, hastalar için önemli bir harcama kalemidir (Zafar ve Abernethy, 2013). Yabroff vd. (2021) ABD’de yaptığı bir çalışmada, kanserin net hasta ekonomik yükünün 2019’da hem cepten hem de zaman maliyetleri açısından ulusal düzeyde 21,1 milyar \$ olduğu tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada ise, özel sağlık sigortası olan bireylerin dahi oral kemoterapi için 15\$ ile 500\$ arasında cepten sağlık harcaması yapabildiği ifade edilmiştir (Raborn vd., 2012).

Objektif finansal yükün yanı sıra, finansal toksisitenin ikinci temel bileşeni subjektif finansal sıkıntıdır (Zafar ve Abernethy, 2013). Subjektif finansal sıkıntı, hasta üzerindeki

hastalıktan kaynaklanan maliyet kaygılarının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Witte vd., 2019). Finansal sıkıntı, kanserin veya hastalık yükünün finansal olmayan kısmını oluşturmaktadır (Carrera ve Zafar, 2018, s:129).

Witte vd. (2019) finansal toksisitenin altında yatan yapının daha iyi anlaşılmasını sağlamak için yaşanan subjektif finansal sıkıntıya ilişkin algıları ve tepkileri temsil eden 6 alt alan belirlemiştir. Bunlar: (i) aktif finansal harcama, (ii) pasif finansal kaynakların kullanımı, (iii) psikososyal tepkiler, (iv) destek arama, (v) bakımla başa çıkma ve (vi) kişinin yaşam tarzıyla başa çıkmadır (Şekil 1.12). Maddi Koşullar Alanı; aktif finansal harcamalar (örneğin; sağlıkla ilgili harcamaların hane halkı gelirine göre yüzdesi) ve pasif finansal kaynakların tüketilmesini (örneğin; mülk satışı veya tasarrufların tüketilmesi) (Witte vd., 2019), Psikososyal Tepkiler Alanı, kansere bağlı artan harcamalara (örneğin; kanser bakımının maliyetlerinden dolayı sıkıntı hissi, mevcut mali durumla ilgili endişeler, kanser bakımının maliyetleriyle ilgili ücret/gelir karşılama masraflarına ilişkin endişe vb.) verilen psikolojik tepkiyi (Witte vd., 2019), Başa Çıkma Davranışları Alanı ise; başkalarından destek arama (örneğin; mali yardım arama), bakım planlarını değiştirme (örneğin; reçeteli ilaçları kesme, ilaçları atlama, doktor ziyaretlerini atlama, maliyet nedeniyle bakımdan vazgeçmek gibi tasarruf stratejileri) ve kişinin yaşam tarzındaki değişiklikleri (başa çıkma yaşam tarzı, örneğin boş zamanları azaltma) temsil etmektedir (Altice vd., 2017; Witte vd., 2019).



Şekil 1. 12. Finansal toksisitenin çerçevesi ve subjektif finansal sıkıntının ilgili yönleri (Witte vd., 2019).

Bireylerin finansal yükü başa çıkma yolları genellikle iki geniş kategoriye ayrılır: geliri artırmak veya harcamaları azaltmak (Gordon vd., 2017). Tedavinin bırakılması, ertelenmesi ve sonlandırılması, kanser hastalarının tedavinin mali yüküyle başa çıkmak için kullandıkları stratejilerin bir parçasını oluşturmaktadır (Carrera vd., 2018).

De Souza vd. (2014) tarafından kanser hastalarında finansal toksisiteyi ölçmek amacıyla geliştirilen COST (COMprehensive Score for Financial Toxicity-Kapsamlı Finansal Toksisite Ölçeği) ölçeğinin objektif ve subjektif yönlerine dair maddeler Çizelge 1.8'de verilmiştir.

Çizelge 1. 8. COST ölçeğinde objektif finansal yük ve subjektif finansal sıkıntı ile ilgili ifadeler (Carrera ve Zafar, 2018, s:129; de Souza vd., 2014).

Objektif Finansal Yük	- Tedavimin maliyetlerini karşılayabilecek yeterli birikim, tasarruf veya malvarlığım olduğunu düşünüyorum. - Cepten yaptığım sağlık harcamalarım, olabileceğini düşündüğümde daha fazladır. - Aylık harcamalarımı karşılayabilirim.
Subjektif Finansal Sıkıntı	- Hastalığımın veya tedavimin gelecekte bana getireceği finansal problemler konusunda endişe duyarım. - Tedaviye harcayacağım para miktarı konusunda başka bir seçeneğimin olmadığını hissedirim. - Her zamanki gibi çalışamayacağım ya da katkı sağlayamayacağım için üzülürüm. - Mevcut finansal durumumdan memnunum. - Finansal olarak kendimi stresli hissediyorum. - Evde çalışıyor olsam bile işimi ve gelirim muhafaza etme konusunda endişe duyarım. - Hastalığım ve tedavisi mevcut finansal durumumdan memnuniyetimi azaltmıştır. - Finansal durumumun kontrol altında olduğunu düşünüyorum.

Finansal toksisite, kanser hastaları için gerçek bir endişe kaynağıdır ve hasta sonuçları üzerinde önemli olumsuz etkilere neden olmaktadır (Chino ve Zafar, 2019). En temelde kanserin mali yükü insanların tedaviye erişmesine veya tedaviye devam etme durumuna etki edebilmektedir (Chi, 2019). Örneğin bakım çok pahalıysa 'erişilemez' hale gelir; bakım çok uzaktaysa ve hastanın ulaşım imkânı yoksa 'erişilemez' hale gelebilir; hastanın sigortası ya da yeterli birikimi yoksa bakım 'erişilemez' hale gelmektedir. Tüm bu faktörlerin bir araya gelmesi, hastalar ve aileleri için 'bakımdan vazgeçilmesine' ve/veya 'finansal sıkıntıya' yol açabilir (Longo ve Margaret, 2021b). Bakıma erişimin, mortalitenin nispeten düşük seviyelere indirilmesini sağlayan önemli bir etken olduğu göz önünde bulundurulduğunda (Lortet-Tieulent vd., 2020), kanser hastalarında finansal toksisiteyi tespit etmek, önlemek veya hafifletmek için güçlü bir gerekçenin olduğu ifade edilebilir (Fabian vd., 2022).

1.3.2. Dünyadan Finansal Toksisite Örnekleri

Kanser tedavisinin giderek daha maliyetli hale gelmesi artan sayıda hasta ve ailesi için artık karşılanamaz bir hal almıştır (Ezeife vd., 2019). Nispeten yakın bir zamanda, kanser tedavisindeki "risk" in bir yönünün sıklıkla gözden kaçırıldığı ve hastalar için “finansal toksisite” riskinin potansiyel olarak ciddi sonuçlar doğurabileceği açıkça ortaya çıkmıştır (Abrams vd., 2021). Finansal toksisite, sağlık sigortası olanlar da dahil, önemli sayıda kanser hastasını etkileyebilmektedir (Gordon vd., 2017). Sigorta kapsamındaki boşluklar ve yüksek bakım maliyetleri nedeniyle özellikle ABD’de şiddetli olabilirken (Abrams vd., 2021; Bhoo-Pathy vd., 2019), düşük ve orta gelirli ülkelerde de zayıflatıcı finansal sonuçlara yol açtığı vurgulanmaktadır (Bhoo-Pathy vd., 2019).

Finansal toksisiteyle başa çıkma stratejileri, bireye ve sağlık sistemine bağlı olarak ülkeler arasında farklılık göstermektedir (Carrera ve Zafar, 2018, s:135; Desai ve Gyawali, 2020). Bazı sistemler kanser tedavisinin maliyetlerinin büyük kısmını kolektifleştirir ve üstlenir, bu durum hastalar için çok düşük cepten harcamalar sağlar (Carrera ve Zafar, 2018, s:135). Bazı sistemlerde ise, geleneksel Amerikan özel sağlık sigortası, yüksek maliyetler çoğunlukla kişilere yüklenmektedir (Gyawali, 2023).

Ulusal sağlık sigortası olan ülkelerde dahi kanser hastalarının karşılaştıkları finansal sorunlar önemli boyutlara ulaşabilmektedir. Örneğin; Japonya, çalışan ve toplum temelli sosyal sağlık sigortası oluşturarak evrensel sağlık güvencesini ülke genelinde uygulamaktadır (Ikegami vd., 2011). Honda vd. (2019), Japon evrensel sağlık sistemi kapsamını, “*her vatandaşın veya yabancı uyruklu kişinin, tüm sağlık bakım masraflarının %70’ini karşılayan ulusal sağlık sigortasına zorunlu olarak katılması gerekmektedir. Geri kalan %30’u hastalar tarafından cepten ödenmektedir.*” olarak ifade etmiştir. Cepten yapılan ödemeler hastanın yaşına göre değişmektedir: 6 yaşın altındakiler için %20, 6-69 yaş arasındakiler için %30, 70-74 yaş arasındakiler için %20 ve 75 yaş üstü kişiler için %10 cepten ödeme gerçekleştirilmektedir (Kodama vd., 2012). Japon sağlık sistemi ayrıca finansal toksisiteye karşı bazı ek korumalara sahiptir. Örneğin, yüksek maliyetli tıbbi harcamalar için benzersiz bir tavan tutarı sistemi bulunmaktadır. Bu sınır hastanın yaşına ve gelirine göre farklılık gösterir ve aylık 10.000 ¥ ile 250.000 ¥ (yaklaşık 90 \$ ile 2.270 \$) arasında değişmektedir. Bu tavan tutar, her hastanın cebinden ödemek zorunda olduğu maksimum tutardır. Hastanın cepten ödediği tıbbi bakım faturasının tavan tutarını aşması durumunda, tavan tutarın üzerindeki tüm masrafların kamu sübvansiyonlarıyla karşılanacağı

anlamına gelmektedir (Honda vd., 2019). Fakat bu sistemler, kanser tedavisi maliyetleri hızla artmaya başlamadan önce 1973 yılında kurulmuştur ve şu anda bunun Japonya için ne kadar sürdürülebilir bir strateji olarak kalacağı konusunda büyük bir tartışma vardır (Honda vd., 2018). Mantıksal olarak hastaların tedavi masraflarını karşılayan kamu sağlık sisteminin, hastaları mali yükten koruması gerekmektedir (Honda vd., 2019). Ancak mevcut evrensel sağlık sigortası sistemine ve yüksek maliyetli tıbbi harcamalar için tavan tutara rağmen, bazı Japon hastalar kemoterapi sırasında finansal toksisite yaşadıklarını belirtmiştir (Honda vd., 2018). Ayrıca Kodama vd. (2012) 577 kronik miyeloid lösemi hastası ile yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların %75,8'inin finansal yük hissettiğini ve %31,7'sinin finansal yük nedeniyle tedaviyi bırakmayı düşündüklerini ifade etmiştir. Japonya gibi hastaların tıbbi masraflarının bir kısmını ödemek zorunda olduğu ülkelerde, pahalı ilaçlara ihtiyaç duyanlar çok büyük bir finansal yüke maruz kalabilmektedir.

Honda vd. (2018) ise Japonya ile ilgili şu örneği vermiştir: *“Son raporlara göre, 60 yaşın üzerindeki yaşlı bir Japon çiftin aylık ortalama gelir düzeyi, esas olarak emekli maaşlarından olmak üzere yaklaşık 180.000 ¥ civarındadır. Ortalama aylık tüketim harcaması yaklaşık 240.000 ¥ olup, bu da ortalama 60.000 ¥ bir açığa yol açmaktadır. Yaşlı Japonlar muhtemelen birikimlerini bu açığı kapatmak için harcıyorlar ve cepten yapılan harcamaların %10'u bile günlük yaşam kalitelerini etkileyebilir. Japonya İçişleri ve İletişim Bakanlığı'nın yakın tarihli bir raporuna göre, yaşlı Japon hastaların %13,2'si tıbbi faturalarının %10'unu kendi cebinden ödiyor. Öte yandan, emekli olmayan yaşlı bir Japon çiftin ortalama aylık gelir düzeyi yaklaşık 500.000 ¥, ortalama aylık tüketim harcaması ise yaklaşık 340.000 ¥ olup, bu da aylık 160.000 ¥ fazlaya yol açmaktadır. Japon sağlık sistemleri hastaları, cepten yapılan harcamalardan özellikle de yaşlıları koruyor; ancak sürekli bir yük, özellikle emekli nüfus arasında finansal toksisiteye neden olabilir. Üstelik finansal toksisite sadece cepten yapılan sağlık harcamalarından kaynaklanmamaktadır. İş kaybı ya da gelecek kaygısı gibi durumlardan kaynaklanabilir.”*

Kanada'da, evrensel sağlık bakım planı bulunmaktadır. Buna rağmen kanser hastaları, bakımın tüm yönleri tam olarak finanse edilmediğinden, finansal toksisite ile karşı karşıyadır (Fitch ve Longo, 2021). Kanada'da bazı programlar, sağlıkla ilgili yükü yüksek olan hastalara yardımcı olmak için tasarlanmıştır. Bunlar arasında özel yöntemlerle test edilmiş ilaç finansman programları, yaşa bağlı programlar, işle ilgili hastalıkları olan hastalar için sağlık hizmetleri finansman programları ve işsiz kişiler için özel sağlık hizmetleri finansmanı yer almaktadır (Longo vd., 2021a).

Kanada Sağlık Yasası (The Canada Health Act), federal hükümetin eyaletlerle kısmen finanse etmeyi kabul ettiği sağlık hizmetlerini (yalnızca tıbbi açıdan gerekli hastane ve doktor hizmetleri) tanımlamaktadır. Hizmetlerin sağlanması ve yeri, öncelikle hastane veya doktor muayenehanesi modelinden, daha toplum temelli, multidisipliner bir modele doğru değişmiştir. Yasa kapsamı dışında sunulan hizmetler arasında ayakta tedavi reçeteli ilaçlar, evde bakım, yardımcı sağlık hizmetleri, tamamlayıcı ve alternatif ilaçlar, vitaminler ve takviyeler, cihazlar, aile desteği ve diğer doğrudan tedaviyle ilgili masraflar (özel hastane odası ücretleri vb.) yer almaktadır. Bu hizmetlerde eksiklikler mevcuttur ve hastalar ve aileleri açısından finansal sonuçlar doğurmaktadır (Fitch ve Longo, 2021). Örneğin, tüm illerde evde bakımın aylık sınırları vardır ve bazı teşhis ve prosedürler eyalet hükümetleri tarafından finanse edilmemektedir. 10 ilin 7'sinde 18-64 yaş arası ayaktan ilaç kapsamına girmemektedir. Hastalar ve aileleri için ortak ödemeler, fonlanmayan bakım ve gelir kaybı mali zorluklarla sonuçlanabilir. Bu nedenle, çoğu ilde hastalar ve ailelerinin maruz kaldığı bu mali sıkıntıları kısmen hafifletmek için gelir ikamesi ve gelire dayalı tıbbi bakım gibi politika ve programlar yürürlükte (Longo vd., 2021a).

Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine erişim, Kanada'da olduğu gibi, finansal yükün kanser tedavisinin sağlanmasını veya tedaviye erişimi sınırlamaması gerektiği anlamına gelmektedir (Longo vd., 2021a). Ancak her zaman durum böyle olmamaktadır. Longo vd. (2021a), Kanada'da ulusal çaptaki yirmi kanser merkezinden (344 meme, 183 kolorektal, 158 akciğer, 216 prostat) 901 kanser hastası ile yaptıkları bir çalışmada, hastaların %33'ünün yüksek düzeyde finansal toksisiteye maruz kaldığı, hane halkı geliri düşük olanlarda ise yükün şiddetinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca katılımcıların yaşa göre algıladıkları finansal yüke bakıldığında, 65 yaşın altındakilerin finansal yükü "biraz, büyük veya mümkün olan en kötü" olarak bildirme olasılıklarının iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ezeife vd. (2019) de evrensel sağlık sigortasından aynı şekilde faydalanmayan bir nüfus olan 65 yaşın altındaki hastalarda finansal toksisite bildirme ihtimalinin 3,6 kat daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Bu durumu etkileyen faktörler arasında 65 yaş üstü hastaların, kanser tedavisi için kamu tarafından finanse edilen tüm reçeteli ilaçlardan evrensel olarak faydalanması yatmaktadır.

Finansal toksisite evrensel sağlık sigortasına sahip üst-orta gelirli ülkelerde de sorun olmaya devam etmektedir. Örneğin Malezya'da uzun zamandır yaşanan sosyo-ekonomik gelişme kamu sağlık sisteminin gelişmesine ve genişlemesine yol açmıştır (Ng vd., 2014). Ülkede hem kamu hem de özel sağlık hizmetlerini içeren karma bir sağlık sistemi bir arada

bulunmaktadır (Yu vd., 2008). Sistem artık ücretsiz veya düşük maliyetle sunulan bir dizi kapsamlı hizmete evrensel erişim sunmaktadır (Azzani vd., 2017). Malezya, hükümetin sağlık hizmetlerinin finansmanına önemli ölçüde katkıda bulunduğu, ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilen bir sistemdir (Yu vd., 2008). Devlet tarafından sağlanan kapsayıcılığa ve kanser gibi maliyetli ve uzun süreli bir hastalık için, kamu hastanelerindeki yüksek sübvansiyonlara rağmen kanser hastalarının ödediği cepten harcama tutarının hala ödeme kapasitelerinin çok üzerinde olduğu ve bu durumun çeşitli felaketlere yol açabileceği belirtilmektedir (Azzani vd., 2017). Bhoo-Pathy vd. (2019), The Association of Southeast Asian Nations Costs in Oncology (ACTION)- Güneydoğu Asya Ülkeleri Onkolojide Maliyetler Derneği projesi aracılığıyla Malezya'nın dokuz eyaletinde bulunan 12 genel devlet hastanesinden (SB'ye ait), bir devlet üniversitesi hastanesinden ve iki özel hastaneden 1294 kanser hastası (Sağlık Bakanlığı hastaneleri n=577, bir devlet üniversitesi hastanesi n = 642, özel hastaneler n = 75) ile bir çalışma gerçekleştirmiş ve finansal toksisite görülme oranını 1 yılda %51 olarak bulmuştur (SB hastaneleri %33; kamu üniversite hastaneleri %65; özel hastaneler %72). Hastaların %33'ü 1 yılda yoksullaştıklarını ve %47'si ekonomik sıkıntı çektiklerini bildirmiştir. Yalnızca geleneksel tıbbi bakıma atfedilen finansal toksisite riski %18 bulunmuştur (SB hastaneleri %5; devlet üniversitesi hastanesi %24; özel hastaneler %67). Tıbbi olmayan mal ve hizmetlere ilişkin harcamaların dahil edilmesi, kamu hastanelerinde finansal toksisite riskini artırmıştır. Çalışma sonucuna göre kanser hastalarının, evrensel sağlık güvencesi olsa bile mali zorluklara karşı tam olarak korunamayacağı tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada, The ACTION Study Group (the Asean CosTs In ONcology (ACTION) study) tarafından Güneydoğu Asya Ülkeleri Birliği (ASEAN) bölgesindeki (Brunei, Kamboçya, Endonezya, Laos, Malezya, Myanmar, Filipinler, Singapur, Tayland ve Vietnam) 9513 yetişkin yeni kanser hastası üzerinde prospektif uzunlamasına bir çalışma başlatılmıştır. Teşhis konulduktan bir yıl sonra hastaların %29'u hayatını kaybetmiştir, %48'i mali felaket yaşamış ve yalnızca %23'ü hiçbir mali felaket olmadan hayatta kalmıştır. Yeni hastaların %75'inden fazlası sadece 12 ay içinde bile yüksek düzeylerde finansal toksisite ile karşılaştıklarını bildirmiştir. Her ülkedeki düşük gelir kategorisindeki katılımcılar, yüksek gelirli katılımcılara göre önemli ölçüde daha yüksek finansal toksisite ve ölüm ihtimaline sahip bulunmuştur. Sigortası olmayanların finansal toksisite yaşama olasılığı sigortalı katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur (The ACTION Study Group, 2015). Azzani vd. (2017) tarafından Malezya'da kolorektal kanser tanısı alan 138 hasta ile prospektif olarak yapılan bir çalışmada ise kamu hastanelerindeki yüksek sübvansiyonlara rağmen, önemli sayıda hasta ve ailelerinin cepten harcama yaşadığı ifade edilmiştir.

Evrensel kapsama dayalı sağlık sistemine rağmen, kanser hastalarında finansal toksisite birçok ülkede olduğu gibi İtalya’da da rapor edilmiştir (Riva vd., 2019). İtalya’da NHS tabanlı bir kamu sağlık sistemi mevcuttur. Yatan hasta, ayakta tedavi hizmetleri ve ilaçlar da dahil olmak üzere kanser hastalarının klinik tedavilerinin çoğu ücretsizdir (Perrone vd., 2016). Buna rağmen İtalya’da kanser hastalarının finansal zorluk yaşadığı belirtilmektedir. Perrone vd. (2016) İtalyan halk sağlığı sistemi içinde gerçekleştirilen 16 prospektif çok merkezli araştırmaya katılan akciğer, meme veya yumurtalık kanseri olan 3670 hastadan veri toplamıştır. Başlangıçta hastaların %26’sı finansal toksisite bildirirken, tedavi sırasında %74,5 hasta sonraki anketleri doldurmuş ve %22,5’inde de finansal toksisite gelişmiştir. Riva vd. (2019) tarafından yapılan bir projenin ilk sonuçları ise, hastalar tarafından seçilen maddelerin çoğunun maddi sıkıntıya neden olan veya bundan kaynaklanan maddi koşullarla ilgili olduğunu göstermektedir.

Sosyal sağlık sigortasına sahip diğer bir ülke olan Çin’de 2009 yılında büyük bir sağlık reformu başlamıştır (Jia vd., 2023; Yip vd., 2019). Bu reform kapsamında tüm vatandaşlara en iyi kalitede ve finansal risk korumasıyla temel sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlamak amaçlanmıştır. Son 10 yılda Çin’de, özellikle düşük sosyoekonomik statüye sahip insanlar için bakıma eşit erişimin sağlanması ve mali korumanın artırılması konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (Yip vd., 2019). Çin’de 2019 yılı itibarıyla, bebekler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler de dahil olmak üzere Çin’de ikamet edenlerin %95’inden fazlası, Kentsel Çalışan Temel Sağlık Sigortası (KÇTSS) veya Kentsel ve Kırsalda İkamet Eden Temel Sağlık Sigortası (KİETSS) tarafından temel sigorta planı kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Ancak bu plan tüm sağlık hizmetlerini kapsamamaktadır (Xu vd., 2022). Çin hükümeti 2015 yılında, birkaç birinci basamak antikanser ilacı da dahil olmak üzere ilaç alımına ilişkin çalışmaları başlatmış ve bu tarihten itibaren, kanser tedavisine yönelik daha fazla ilaç, temel sağlık sigortası programları tarafından karşılanmaya başlanmıştır (Jia vd., 2023). Ancak, kanser tedavileri için geri ödeme oranı (%58), diğer kronik hastalıkların (örneğin, kronik solunum yolu hastalığı (%70), kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar (%66) ve diyabet (%64)) tedavilerine göre daha düşüktür (Xu vd., 2022). Çin’in kanser hastalarına mali koruma sağlamak için gösterdiği çabalara rağmen, hastalar ve ailelerinin kanser bakımını nasıl karşıladığı konusunda yapılan çalışmalar sınırlıdır (Jia vd., 2023). Xu vd. (2022) çalışmalarında, Çinli kanser hastalarının önemli düzeyde finansal toksisite yaşadığını ve prevalansın %6 ile %78 arasında değişiklik gösterdiğini tespit etmiştir. Yu vd. (2021) çalışmalarında hastaların yüksek düzeyde finansal toksisite yaşadığını tespit etmiştir. Çalışmanın medyan COST değeri 18 olup, ABD’li

hastalarda 23 ila 29, Japon kanser hastalarında ve önceki çalışmalarda bulunan COST ortalamasından daha düşük bulunmuştur.

Nepal’de ulusal bir sağlık sigortası planı bulunmamaktadır. Gyawali (2016), Nepal’deki %100 cepten ödeme modelinin, çoğu yoksulluk sınırının çok altında yaşayan hastalara, onkologların en temel hizmetleri bile sağlamasını ciddi şekilde engellediğini belirtmektedir. Gyawali (2023), Nepal hükümetinin kanser hastalarına desteğini şu cümlelerle ifade etmiştir: *“Nepal hükümeti her kanser hastası için 50.000 rupi (yaklaşık 500 \$) tutarında bir ödenek ayırmaktadır ki bu, bir şişe trastuzumab satın almak için bile yeterli değildir.”*

Hoskins vd. (2015) aynı ilacın farklı ülkeler arasında onaylanmasındaki eşitsizliklere ilişkin bir makale yayınlamıştır. Yazarlar Bevacizumab'ın ABD ve Avrupa'da epitelyal yumurtalık kanseri için onaylanmış olmasına rağmen Kanada ve Birleşik Krallık'ta onaylanmadığına dair endişelerini dile getirmiştir. Gyawali (2016) ise, bu duruma dair düşüncelerini şu cümlelerle ifade etmektedir: *“Vurgulamak istediğim konu, sadece Bevacizumab değil, eski ve yeni neredeyse tüm antikanser ilaçlarının düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan insanlar için ulaşılmaz olmasıdır. ASCO toplantısında onkologlar yeni hedefe yönelik ilaçların ve immünoterapilerin değerini ve karşılanabilirliğini tartışırken, Nepal’deki hastalar annelerinin yumurtalık kanserinin paklitaksel ve karboplatin ile tedavisi için evlerini satıp satmayacağına ya da en iyi destekleyici bakımı kabul edip etmeyeceğine karar veriyorlardı.”*

Kanser, yüksek maliyetlerin çoğunlukla kişilere yüklendiği ABD’de yaşayan kişilerin sağlığı ve refahı için de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır (Gyawali, 2023; Siminoff ve Ross, 2005). Ulusal bir sağlık sigortası programının olmayışı, Amerikalıların çoğunun sağlık hizmetleri için özel veya kamu sağlık sigortası planları üzerinden ödeme yapmasını gerektirmektedir (Siminoff ve Ross, 2005). Özel sağlık sigortası, istihdama dayalı (bir işveren aracılığıyla sağlanan plan) ve doğrudan satın alma (doğrudan bir sigorta şirketinden veya federal veya eyalet aracılığıyla satın alınan teminat) ile gerçekleşmektedir (Keisler-Starkey ve Bunch, 2022). Kamu tarafından sağlanan sağlık sigortası ise Medicare (65 yaş ve üzeri kişilerin ve 65 yaş altı uzun süreli engelli kişilerin sağlık bakım masraflarının ödenmesine yardımcı olan federal program) (Keisler-Starkey ve Bunch, 2022) ve Medicaid (eyaletler tarafından yürütülen ve düşük gelirli kişiler ve aileler için tasarlanmış, federal ve eyalet tarafından finanse edilen ortak bir sigorta programı) programlarıdır (Siminoff ve Ross,

2005). ABD’de 2021 yılında insanların % 8,3’ü (27,2 milyon), herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayıp, bireylerin %35,7’si kamu kapsamında bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası kapsamı sırasıyla %66 (bir işveren aracılığıyla sağlanan plan) ve %35,7 (doğrudan bir sigorta şirketinden veya federal veya eyalet aracılığıyla satın alınan teminat) ile kamu sigortasından daha yaygın olmaya devam etmektedir (Keisler-Starkey ve Bunch, 2022).

ABD’deki kanser bakımı teknik açıdan dünyada en üstün olanlardan biridir. Ancak Amerikalıların sağlık sigortası payı artmaya ve daha fazla Amerikalı sigortasız veya yetersiz sigortalı olmaya devam ettikçe, kanser ile verilen mücadele daha zor bir hale gelmektedir (Siminoff ve Ross, 2005). Bununla birlikte yeni tedavilerin, özellikle hedefe yönelik ilaçların ve immünoterapötik ajanların hızla artan maliyetleri, kanser tedavisini çoğunluğun ulaşamayacağı bir noktaya taşımaktadır (Gyawali, 2016).

ABD’deki son reformlar, mevcut özel sigorta sistemi içerisinde evrensel sigorta kapsamını garanti etmeyi amaçlamaktadır (Gyawali, 2023). Uygun Fiyatlı Bakım Yasası (The Affordable Care Act-ACA), Medicaid uygunluğunu genişleterek, sigorta Pazaryerleri oluşturarak ve primleri sübvans ederek sağlık hizmetleri kapsamına erişilebilirliği iyileştirmeyi hedeflemektedir (Davidoff vd., 2018). ACA, 1965’te Medicare ve Medicaid’in kurulmasından bu yana ABD’nin en önemli sağlık mevzuatı olmuştur (Virgo vd., 2010). ACA ayrıca birçok özel sigorta piyasasında prim fiyatlarının sağlık geçmişine dayandırılmasını da yasaklamıştır (Davidoff vd., 2018).

Davidoff vd. (2015) bir çalışmalarında, ACA kapsamında sigortasızların %30’unun ve mali sıkıntı bildirenlerin %39’unun Medicaid’e hak kazanacaklarını ve ACA’nın uygulanmasının, sigorta kullanılabilirliğini önemli ölçüde artırarak kanserden kurtulan savunmasız kişilerin finansal sıkıntılarını azaltacağını belirtmiştir. Davidoff vd. (2018) bir başka çalışmalarında ise, ACA kapsamı hükümlerinin uygulanmasından önce, kanserden kurtulanların %12,4’ünün sigortasız, %68,4’ünün özel sigortalı ve %15,4’ü kamu sigortalı olduğu belirtilerek, öncesi ve sonrası değişikliklerin, sigortasızlık oranında %5,4’lük önemli bir düşüşe ve hem özel hem de kamu sigortalarında sırasıyla %3,1 ve %2,6 puanlık artışa işaret ettiği ifade edilmektedir. Chen vd. (2016), ACA kapsamındaki sağlık sigortası genişletmelerinin, 2013 ile 2015 yılları arasında sigortalı olan kişi sayısının net 16,9 milyon artmasıyla sonuçlandığını ifade etmiştir.

Amerika Kanser Topluluğu, ACA ile ilgili şu açıklamalarda bulunmuştur: “ACA’nın uygulanmasının ardından sağlık sigortası kapsamındaki kazanımlara rağmen, Ulusal Sağlık Görüşme Anketi (National Health Interview Survey) tahminlerine göre 65 yaşın altındaki yetişkinlerin %17’si 2021’in en azından bir bölümünde sigortasız kalmıştır ve bu durum birçok insanın, önlemeden erken teşhis ve tedaviye kadar süreklilik boyunca en uygun kanser bakımı almasını engellemiştir. Sigortasız bireylere ve diğer marjinal popülasyonlardan olanlara, tedavinin genellikle daha kapsamlı, daha maliyetli ve daha az başarılı olduğu geç bir aşamada kanser teşhisi konulması çok daha olasıdır.” (American Cancer Society, 2023). ABD’de 963 kişi ile yapılan bir çalışma, kanserden kurtulanlar arasında, özellikle de hayatta kalan gençlerde tıbbi finansal zorluk ve fedakarlıkların oldukça ciddi boyutlarda olduğunu ifade etmektedir (Han vd., 2020). Huntington vd. (2015) çalışmasında, ABD’deki bir akademik tıp merkezinde multipl miyelom tedavisi gören sigortalı hastalarda finansal toksisitenin yaygın olduğu sonucuna ulaşmıştır. ABD (553-%93,5) ve Kanada’da (38-%6,5) son 6 yılda tiroid kanseri olan toplam 591 hasta ile yapılan bir çalışmada, tiroid kanseri hastalarının önemli bir kısmı finansal toksisite yaşadığını bildirmiştir. Hasta özelliklerinin (cinsiyet, öğrenim, gelir) yanı sıra coğrafi farklılıkların (ABD’de sağlık hizmeti sunumu), tiroid kanseri hastalarında ve hayatta kalanlarda finansal toksisitenin belirleyicileri olduğu ifade edilmiştir (de Souza vd., 2016). ABD’de yapılan başka bir çalışmada kanser geçmişi, özellikle 45-54 yaş arası hayatta kalanlarda daha düşük varlık sahipliği, daha fazla borç ve daha düşük net değer ile ilişkili bulunmuştur (Doroudi vd., 2018). Kazzi vd. (2022) 18-45 yaş aralığındaki kanserli hastalarla yaptığı bir çalışmada, hastaların yüksek düzeyde finansal toksisiteye maruz kaldığı ifade edilmiştir. Kanser geçmişi olmayanlarla karşılaştırıldığında kanser geçmişi olan katılımcıların yüksek finansal yükü başa çıkma mekanizması olarak, bakımdan vazgeçtiği veya bakımı ertelediği sonucuna ulaşılmıştır.

ABD sağlık sistemi, evrensel olmaması ve yüksek maliyeti nedeniyle yaygın olarak eleştirilmektedir. Günümüzde bireylere göre yapılan doğrudan sağlık harcamaları, devletin, özel sektörün ve sivil toplum kuruluşlarının sağlık sistemine yaptığı harcamalardan daha fazladır. Tek bir sağlık krizi bile, pahalı özel bakım masraflarını ödemeye çalışan bir aileyi yoksulluğa sürükleyebilir (Gyawali, 2023). Paydaşların ve politika yapımcıların, genellikle uzun süreli tedavi gerektiren maliyetli bir hastalık olan kanserin sonuçlarına karşı bireylere finansal koruma sağlaması gerektiğinin gerekçeleri güçlü bir şekilde ortaya konmaktadır (Azzani vd., 2017).

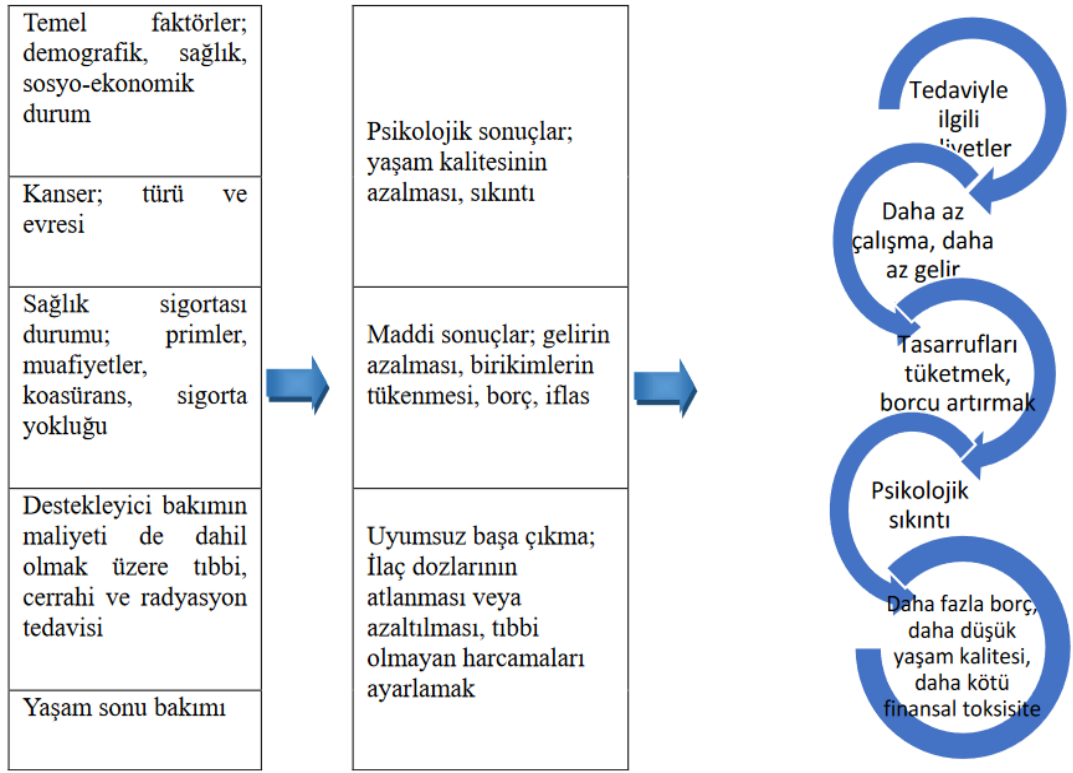
1.3.3. Finansal Toksisite ile İlgili Risk Faktörleri

Kanserin görülme sıklığı arttıkça, sosyal ve ekonomik yükü daha da artmakta (Baykara, 2016) ve kanserli hastalar için ciddi mali zorluklar ortaya çıkmaktadır (Gordon vd., 2017). Birçok profesyonel dernek, hastalarla ilgili finansal toksisite konusunun ele alınmasını tavsiye etmekte (Lentz vd., 2019) ve yetkilileri harekete geçirmeye çağırmaktadır. Kanser tedavisinin getirdiği yüke dair artan farkındalık, bu yükü azaltmaya yönelik girişimleri de tetiklemektedir (Jagsi vd., 2017).

Finansal toksisitenin sigortası olmayan hastalarla birlikte devlet tarafından finanse edilen evrensel kamu sağlık bakım sistemlerinde de önemli bir sorun olması hükümetleri önlemler almaya (Longo vd., 2020) ve en fazla risk altında olan grubu belirlemeye yöneltmiştir. Finansal toksisite açısından en büyük risk altında olanları belirlemek, sorunu hafifletmenin ilk adımıdır (Beeler vd., 2020). Yüksek riskli hastalarda finansal sıkıntının erken tanınması, bu yüklerin en aza indirilmesi ve potansiyel olarak ortadan kaldırılması için sosyal hizmet ve mali yardım programlarından gelen desteğin yoğunlaştırılması teşvik edilmelidir (Ezeife vd., 2019).

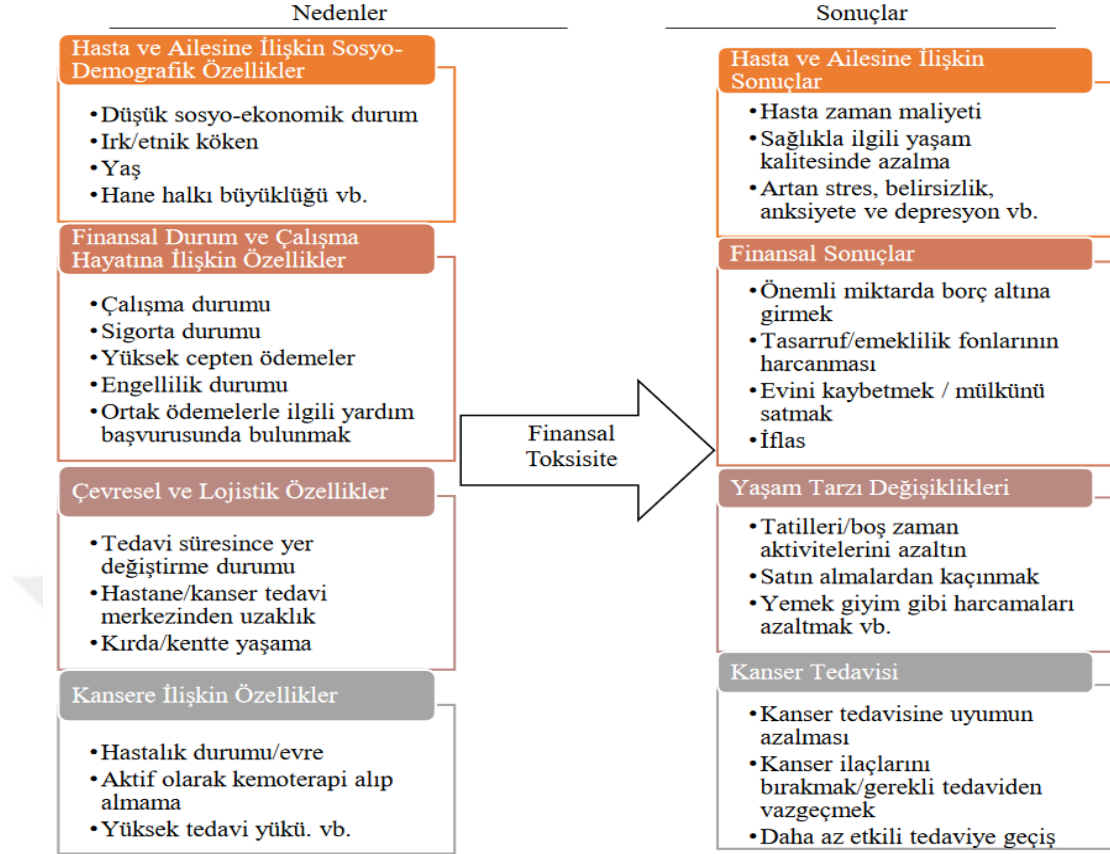
Finansal toksisitenin etiyojisi çok faktörlüdür ve basit bir çözüm yoktur. Riskler hasta demografik özelliklerini, hastalık özelliklerini, tedavi özelliklerini ve sağlık sistemi faktörlerini içerir (Lentz vd., 2019; Longo ve Margaret, 2021b; McNulty ve Khera, 2015). Sağlık sistemi açısından ilaçların geri ödenmesi, piyasa izni, devlet sigorta şirketleri veya hastaneler tarafından satın alma ve kamu sektörü tarafından satın alınmak üzere bütçe tahsisi dahil karmaşık bir süreç dizisini içerir (Carrera ve Zafar, 2018, s:132) ve ilerleme sağlamak için yerel ve ulusal kaynakların koordineli bir çabası gerekmektedir (Lentz vd., 2019).

Yaşanan finansal toksisite deneyimi, hastanın kişisel mali durumu, istihdam durumu, sigorta durumu, mali destek durumu, aile durumu, psikososyal kapasitesi ve demografik faktörler dahil olmak üzere çok boyutlu risk faktörlerinden etkilenmektedir (Zhu vd., 2020). Risk faktörlerinin bilinmesi en fazla ihtiyacı olan kişilerin belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Longo ve Margaret, 2021b). Lentz vd. (2019) finansal toksisitenin nedenini: Demografik özellikler ve sosyoekonomik durum, kanserle ilgili faktörler, sağlık sigortası durumu, tedavi seçimi (tıbbi, cerrahi ve radyasyon tedavisinin yanı sıra destekleyici bakım dahil) ve yaşamın sonu gibi üç temel noktaya dayandırmaktadır (Şekil 1.13).



Şekil 1. 13. Finansal toksisitenin nedenleri ve sonuçları (Lentz vd., 2019).

McNulty ve Khera (2015) ise finansal toksisitenin risk faktörlerini; hasta ve ailesine ilişkin sosyo-demografik özellikler, finansal durum ve çalışma hayatına ilişkin özellikler, çevresel ve lojistik özellikler ve kansere ilişkin özellikler olarak daha geniş bir çerçevede ele almıştır (Şekil 1.14).



Şekil 1. 14. Kanser hastaları ve ailelerinde finansal toksisitenin risk faktörleri ve sonuçları (McNulty ve Khera, 2015).

Belirli sorunlar geliştirme riski taşıyan kişileri kanser deneyimleri sırasında erkenden tespit edebilmek, sorunların ortaya çıkmasını önlemek veya en azından etkilerini azaltabilmek açısından önemlidir (Fitch ve Longo, 2021). Finansal toksisite yaşama riski en yüksek olanları belirleyerek, erken müdahale için gerekli kaynakların yönlendirilmesi sağlanacaktır (Hazell vd., 2020). Bu çalışmada finansal toksisiteyi etkileyen risk faktörleri Lentz vd., (2019) ve McNulty ve Khera (2015)'nın çalışmalarından yola çıkarak 3 temel noktada incelenmiştir. Bu faktörler: Demografik Özellikler ve Sosyo-Ekonomik Durum, Çevresel ve Lojistik Faktörler ve Kanserle İlgili Faktörler'dir.

1.3.3.1. Demografik Özellikler ve Sosyo-Ekonomik Durum

Hasta ve ailesine ilişkin demografik özellikler ve sosyo-ekonomik durum kanser hastalarında finansal toksisite için risk faktörü oluşturan temel faktörlerdir. Bu kategoride; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, etnik kökeni, öğrenim seviyesi, hanehalkı geliri,

sağlık sigortası durumu, cepten yapılan harcamalar ve istihdam durumu yer almaktadır (Lentz vd., 2019; McNulty ve Khera, 2015; NCI, 2023; Ürek, 2021).

Yapılan birçok çalışma, daha genç yaşta kansere yakalanmanın finansal toksisite için önemli bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (Aviki vd., 2022; Carrera vd., 2018; Fabian vd., 2022; Gordon vd., 2017; Xu vd., 2022; Zafar vd., 2013). Genç kanser hastaları, yaşlı kanser hastalarına ve kanser olmayan kişilere göre daha yüksek finansal riske sahiptir (NCI, 2023). Örneğin Huntington vd. (2015), ABD’de üçüncü basamak bir tıp merkezinde multipl miyelom için en az 3 ay boyunca tedavi gören bireyler ile yaptıkları bir çalışmada genç yaşın önemli bir belirleyici olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ezeife vd. (2019), Kanada’da 200 ilerlemiş kanser hastası ile yaptığı bir çalışmada daha genç yaşın daha kötü finansal refahla ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yaş en güçlü ilişkiyi gösterdiği ve klinik olarak anlamlı olduğu için temel belirleyici değişken olarak seçilmiştir. Carrera vd. (2018) yaptığı bir derlemede, orta yaşlı kanser hastaları ile karşılaştırıldığında yaşlıların Medicare kapsamı göz önüne alındığında finansal toksisite riskinin daha düşük olabileceği ifade edilmiştir. The ACTION Study Grup (2015), çalışmasında 65 yaş üstü bireylerin, 45 yaş altındaki hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek finansal toksisite ve ölüm oranına sahip olduğunu bulmuştur.

Finansal toksisite ile ilişkili en sık bildirilen faktörlerden diğerleri de cinsiyet ve medeni durumdur. Finansal toksisitenin belirleyicileri arasında kadın olmak sık bildirilen faktörlerden biridir (Carrera vd., 2018; Gordon vd., 2017; Huntington vd., 2015). Huntington vd. (2015) çalışmasında, hane geliri ve medeni durum ile finansal toksisite skoru arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. The ACTION Study Grup (2015) yaptığı bir çalışmada, bekar olmanın, evli katılımcılarla karşılaştırıldığında daha yüksek finansal toksisite ve ölüm oranıyla ilişkisi olduğunu ifade etmiştir.

İrk/etnik köken de, diğer bir risk faktörüdür (Aviki vd., 2022; Huntington vd., 2015; Zafar ve Abernethy, 2013). Bouberrhan vd. (2019), bireylerin sahip olduğu ırk/etnik kökenin yüksek finansal toksisite bildirme olasılıklarını artıracığı sonucuna ulaşmıştır. NCI, azınlıkların kanser teşhisi konulduktan sonra mali sorunlar yaşama olasılığının daha yüksek olabileceğini göstermiştir. Ancak bu alanda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (NCI, 2023).

Finansal toksisitenin oluşumunda etkili olan bir diğer faktör öğrenim düzeyidir (Zafar ve Abernethy, 2013). De Souza vd. (2016), 591 tiroid kanseri ile yaptığı çalışmada, düşük öğrenim düzeyinin daha kötü finansal toksisitenin önemli bir belirleyicisi olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ürek (2021), öğrenim düzeyi ile ilgili şu açıklamalarda bulunmuştur: *“Düşük öğrenim seviyesine sahip hastalar sosyo-ekonomik statü açısından dezavantajlı konumda olan bireyler oldukları için, bu kişilerin yüksek gelir getirecek işlerde çalışma ihtimalleri ve ihtiyaç duymaları halinde kullanmak üzere birikim yapma ya da malvarlığı edinme ihtimalleri oldukça düşüktür. Bu nedenden dolayı halihazırda kendilerinin ve ailelerinin asgari geçimlerini sağlamada zorlanan düşük öğrenim seviyesine sahip hastaların, tedavi masrafları karşısında daha fazla finansal toksisite yaşadıkları tahmin edilmektedir.”* (Ürek, 2021).

Kanser hastalarının yüksek finansal yükü, kanser yaşamayan kişilerinkinden daha fazladır. Hastalar üzerindeki bu etki hanehalkı açısından yıkıcı olabilir (Gordon vd., 2017). Çünkü kanserde tedavinin finansal yükü yalnızca kanser hastası tarafından değil, bireyin ailesi tarafından da bir sorun oluşturmaktadır (Carrera ve Zafar, 2018, s:132). Hanehalkının bir üyesine kanser teşhisi konulduğunda otomatik olarak diğer üyelerde bu durumdan etkilenmektedir (NCI, 2023). Bu nedenle hanehalkı geliri önemli bir risk faktörüdür. Carrera ve Zafar (2018, s:129) finansal toksisitenin evrensel olmasına rağmen, buna maruz kalmanın hanehalkı koşullarına ve belirli ulusal sağlık finansmanı düzenlemelerine göre farklılık gösterdiğini açıkça ifade etmiştir. The ACTION study group (2015), düşük hanehalkı gelirine sahip olan bireylerin daha yüksek finansal toksisite ve ölüm oranlarıyla karşılaşacağını yaptıkları çalışma sonucunda elde etmiştir. Hazell vd. (2020) 131 akciğer kanseri ile yaptığı çalışmada, 1 aydan daha az miktarda hane halkı tasarrufuna sahip olmanın, artan finansal toksisite ile önemli ölçüde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. 1 ile 6 aylık ve 1 yıldan fazla tasarrufa sahip olanlar ile karşılaştırıldığında, 1 aydan az birikime sahip olanlar daha yüksek finansal toksisite bildirmiştir. ABD’de kolorektal veya akciğer kanserinden sağ kalan 889 kişi ve ilerlemiş ve/veya tekrarlayan kanseri olan 111 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %48’i mevcut hane geliriyle geçinmede zorluk yaşadığını bildirmiştir. Çalışma düşük hanehalkı gelirine sahip olan bireylerin daha yüksek finansal toksisite yaşadığını ortaya koymuştur (Zafar vd., 2015).

Düşük gelir, maddi, psikolojik veya davranışsal finansal toksisite ile ilişkili risk faktörlerinden biridir (Carrera vd., 2018; Gordon vd., 2017; Fabian vd., 2023; Xu vd., 2022). The ACTION Study Group (2015), çalışmasında, düşük gelir kategorisindeki katılımcıların,

yüksek gelirli katılımcılara göre önemli ölçüde daha yüksek finansal toksisite ve ölüm yaşama ihtimali olduğu sonucuna ulaşmıştır. Fitch ve Longo (2021) Kanada’da yaptıkları bir derlemede, temel finansal durumun, finansal durumu yönetme becerisinin ve kaybedilen ücretlerin, hastaların ve aile üyelerinin yaşadığı finansal sıkıntıda önemli faktörler olduğunu belirtmiştir.

Finansal toksisite, kanser tedavisinin hasta düzeyinde karşılanabilirliği ve kanser tedavisinin sağlık sistemi düzeyinde erişilebilirliği ile yakından ilişkilidir (Carrera ve Zafar, 2018, sy:132). Her ne kadar analizlerde ırk/etnik köken, gelir ve istihdam durumu gibi çeşitli değişkenler finansal toksisite ile ilişkilendirilmiş olsa da yüksek finansal toksisite ile önemli ölçüde ilişkili olan en temel faktörün bireyin sigortaya sahip olup olmaması olduğu ifade edilmiştir (Bouberhan vd., 2019). Çünkü birey herhangi bir sağlık sigortasına sahip değilse, özellikle kanser maliyetleri arttığı zaman finansal açıdan daha fazla risk altına girecektir (NCI, 2023). Carrera ve Zafar (2018, sy:134) çalışmalarında, sigorta durumunun güçlü bir risk faktörü olduğu ifade etmiştir. Xu vd. (2022) sistematik analiz (31 çalışma) yaptıkları bir çalışmada, 14 çalışmanın sağlık sigortası ile finansal toksisite arasında önemli bir ilişkisi olduğunu bulmuştur. Çalışmalarda sağlık sigortasının olmayışı daha yüksek doğrudan maliyetler ile ilişkilendirilmiş ve bu durum da daha yüksek finansal toksisite riskini gündeme getirmiştir. Vietnam’da 1141 hasta ile yapılan bir çalışmada, Vietnamlı hanelerin büyük bir kısmının çok yüksek düzeyde sağlık harcaması yaptığı, sağlık hizmetlerinin maliyetleri nedeniyle yoksulluğa sürüklendiği ve kanser tedavi masrafları nedeniyle yoksullaşma yaşadığı ifade edilmiştir. Ayrıca düşük gelirli ailelerde, ücretli işi olmayanlarda ve sağlık sigortasına kayıtlı olmayanlarda kansere yönelik tedavi masrafları nedeniyle finansal sıkıntıya maruz kalma oranı daha yüksek bulunmuştur (Hoang vd., 2017).

Kanser tedavisinin muhtemelen bir takvim yılından daha uzun süreceği göz önüne alındığında, kapsamlı bir sigortaya sahip kanser hastalarının bile tıbbi borçlarla boğuşacağını tahmin etmek zor olmayacaktır (Zafar, 2016). Sağlık sigortasının oluşu birey için güvenceyi ifade etse de sigorta yoluyla sağlanan finansal korumanın kapsamı, hangi sağlık hizmetlerinin kapsandığına ve sunulan sübvansiyon düzeyine bağlıdır (The ACTION Study Group, 2015). ABD’de yapılan bir çalışmada, antikanser tedavisi alan sigortalı hastaların bile, borç alma, birikimleri tüketme ve reçeteli tedaviye uymama dahil maliyetlerle başa çıkma stratejilerine başvurmaya itebilecek finansal sıkıntı yaşadıkları ortaya çıkmıştır (Bestvina vd., 2014). Ezeife vd. (2019) çalışmalarında, özel sigortanın olmayışının daha kötü mali refah ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu belirtmiştir. Hong vd. (2016) Çin’de akut

miyeloid lösemi hastaları ile yaptığı bir çalışmada ise, artan sağlık sigortası kapsamı ile finansal toksisiteye bağlı tedaviyi bırakmanın azalması nedeniyle hayatta kalma oranının artması arasında bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Kanser tedavisinin kendisi, tedaviye bağlı yan etkiler ve eşlik eden hastalıklar için gerekli olan ek tıbbi bakım talepleri, hastaların çalışma yeteneğini etkileyerek sağlık hizmetleri erişimini etkileyebilmektedir (Thomas vd., 2019). Kanser tanısı ve tedavisi, özellikle aktif tedavi sırasında ve sonrasında hastanın istihdamını sektöre uğratabilmektedir (Jagsi vd., 2017). Birçok çalışma istihdam durumunu finansal toksisitenin önemli bir göstergesi olarak belirtmektedir (Pearce vd., 2019) ve bağlantılı olarak kanser tanısı alan çalışma çağındaki bireylerin finansal refahı hakkında önemli sorunlar gündeme gelmektedir (Banegas vd., 2016). Hazell vd. (2020) çalışmasında, normal zamanlarda çalışan ama hastalık nedeniyle çalışmaya ara verip hastalık izninde olan bireylerde yüksek finansal toksisite bulmuştur. Hollanda’da çeşitli kanser türlerine sahip 2931 katılımcının dahil edildiği bir çalışmada, kanser tanısı konulduktan sonra hastaların yalnızca yarısının ücretli işte çalıştığı ve hastaların yaklaşık beşte birinin mali sıkıntı yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca işsiz bireylerin finansal toksisite açısından daha yüksek risk altında olduğu ifade edilmiştir (Pearce vd., 2019).

1.3.3.2. Çevresel ve Lojistik Özellikler

Tedavi merkezlerine uzaklık ve kolaylık gibi özellikler hastaların kararlarını etkileyebileceği gibi (Carrera vd., 2018; Ramsey ve Shankaran, 2012), bireyin bulunduğu coğrafi konum cepten yapılan harcamaların artmasına da neden olabilmektedir (Zafar ve Abernethy, 2013).

De Souza vd. (2016), tiroid kanseri hastaları ve hastalığı atlatanlar ile yaptıkları bir çalışmada, hasta özelliklerinin (cinsiyet, öğrenim, gelir) yanı sıra coğrafi farklılıkların da finansal toksisitenin belirleyicisi olduğunu ifade etmiştir. Ezeife vd. (2019), çalışmalarında kanser merkezine olan mesafenin artmasıyla daha fazla finansal toksisiteye doğru bir eğilim bulmuştur. Huey vd. (2021) tarafından 213 kişi ile yapılan bir çalışmada, hastaların yarısının klinikten en az 300 mil ve %27’sinin klinikten 101-300 mil uzakta yaşadığı ve katılımcıların %37’sinin uçakla, %62’sinin arabayla ve %1’inin otobüsle bakım almak için daha uzaklara seyahat ettiği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda finansal toksisitenin, klinikten 100 milden fazla uzakta yaşamak ve daha uzaklara seyahat etmek ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu

bulunmuştur. Fu vd. (2021), Çin’de kanser tedavisinin neden olduğu hane halkı yoksulluğunun görülme sıklığını belirlemeyi amaçladıkları bir çalışmada, kırsal kesimde yaşayanların kanser tedavisi sonrasında yoksulluğa düşme ihtimalinin kentsel toplumda yaşayanların neredeyse üç katı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Sistematiik analizin yapıldığı başka bir çalışmada, kırsal bölgelerdeki hastalarda kentsel bölgelerdeki hastalara göre daha yüksek finansal toksisite bildirilmiştir (Ouchveridze vd., 2022). Xu vd. (2022), benzer şekilde kırsal kesimde ikametinin, finansal toksisite ile ilişkili risk faktörlerinden biri olduğunu ifade etmiştir.

Leng vd. (2019) 792 yaşam sonu (end-of-life) kanser hastasıyla yaptıkları bir çalışmada, kentsel kanser hastalarının ortalama yaşam sonu sağlık harcamalarının ve cepten yapılan harcamalarının, kırsaldaki hastaların yaklaşık iki katı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Ancak, aylık sağlık harcamalarının ve cepten yapılan harcamaların aile geliri içindeki payı hesaplandığında, kırsal kesimdeki hastaların hanehalkı gelirinin daha yüksek bir oranını sağlık hizmetlerine ve cepten harcamalara ayırdığı görülmüştür. Kentteki aileler için %94,3, kırsaldaki aileler için ise %96,1 katastrofik sağlık harcaması yapıldığı tespit edilmiştir. 118 hasta ile yapılan başka bir çalışmada ise tedavi görmek için yer değiştirmek zorunda kalan, genç, öğrenim seviyesi düşük ve erkek hastalarda daha yüksek finansal toksisite gözlemlenmiştir (Ripamonti vd., 2020).

1.3.3.3. Hastalığa İlişkin Faktörler

Finansal toksisite riskinin artmasıyla ilişkili hastalığa özgü faktörler arasında kanser bölgesi/türü, hastalık evresi, alınan tedavinin türü, teşhisten itibaren geçen süre ve ek tedavi alıp almama gibi etkenler yer almaktadır (Aviki vd., 2022; NCI, 2023; Ürek, 2021). NCI, ileri evre kanser, tekrarlayan kanser, prognozu kötü olan kanser, birden fazla kanser türü ve kansere ek olarak kronik bir hastalığa (kalp hastalığı veya diyabet vb.) sahip olmanın finansal toksisite yaşama ihtimalini daha da yükselteceğini belirtmektedir (NCI, 2023).

Xu vd. (2022), ileri kanser evresi ve eşlik eden hastalığı bulunan kişilerin finansal toksisite açısından daha yüksek risk grubunda olduğunu ifade etmiştir. Jagsi vd. (2017) çalışmasında, agresif tedavi alanların diğerlerine göre daha fazla risk altında olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bireyin eşlik eden bir hastalığı varsa bu durumun cepten yapılan harcamaları artıracığı ve bağlantılı olarak finansal toksisite yaşama ihtimalini de artıracığı beklenmektedir (Zafar ve Abernethy, 2013). Huntington vd. (2015), ABD’de yüksek

maliyetli yeni tedavilerin yaygın olarak kullanıldığı ve tedavi süresinin uzun olduğu bir grup olan multipl miyelomlu hastalar ile yaptıkları bir çalışmada, hastalar arasında finansal toksisitenin çok yaygın olduğu ve finansal toksisite riskinin tanıdan bu yana geçen süre ile anlamlı düzeyde ilişkisinin olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Başka bir çalışmada, tedavi sonrası yoksullaşma ile kanser bölgesi arasında bir ilişki olduğu ve akciğer, yemek borusu ve mide kanseri olan hastaların tedavi sonrası hanede yoksullaşma riskinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca meme kanseri olan hastaların tedavi sonrası hanede yoksullaşma yaşama oranı akciğer kanseri olanlara göre daha düşük çıkmıştır (Fu vd., 2021). Ancak Barbaret vd. (2017) Fransa’da ilerlemiş akciğer, meme, kolorektal veya prostat kanseri olan 18 yaş üstü 143 hasta ile yaptığı başka bir çalışmada, meme kanserli hastalar diğer kanser türlerine sahip hastalara göre daha fazla finansal toksisiteye sahip olduğunu bildirmiştir.

Hoang vd. (2017), yaptıkları bir çalışmada tek başına ameliyat edilen hastaların (yalnızca kemoterapi, radyoterapi, hormonal tedavi veya biyofarmasötik tedavi gören hastalar) birden fazla tedavi gören hastalara göre yoksullaşma ihtimalinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Pearce vd. (2019) tarafından farklı kanser türüne sahip 2931 hastanın dahil olduğu bir çalışmada, bazal hücreli karsinomu olanlarda finansal toksisite riski daha düşükken, hematolojik veya kolorektal kanseri olanlarda finansal toksisite riski daha yüksek bulunmuştur. Üçüncü basamak bir akademik tıp merkezinde 240 jinekolojik onkoloji hastasıyla yapılan bir çalışmada tanı sonrası ilk tedavi ile yüksek finansal toksisite arasında bir ilişki bulunmuş ve rahim ağzı kanseri olan hastaların daha yüksek finansal toksisite bildirdiği ifade edilmiştir (Bouberhan vd., 2019). Genel olarak finansal toksisitenin sonuçları, iflastan düşük yaşam kalitesine ve daha kötü hastalık sonuçlarına kadar uzanan çok geniş bir yelpazeye sahiptir (Lentz vd., 2019).

1.3.4. Türkiye’de Kanser Hastalarına Yönelik Sosyal Güvenlik Politikaları ve Finansal Toksisite

1.3.4.1. Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihsel Geçmişi

Türkiye’de sağlık hizmet sunumu; kamu, yarı-kamu ve özel sağlık kurumları ile dernek ve vakıflar aracılığıyla sağlanmaktadır (Orhaner, 2014, s:56; Tengilimoğlu vd., 2021, s:146). Kamu kesiminde SB, üniversiteler ve belediyeler sağlık hizmet üretimini gerçekleştirirken, Kızılay ve vakıflara ait sağlık kuruluşları da hizmet sunumunda rol

oyunmaktadır. Bunlara ilave olarak kâr amaçlı özel hastaneler ile azınlık ve yabancılara ait hastaneler de hizmet sunumu gerçekleştirmektedir (Tengilimoğlu vd., 2021, s:146).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan yöntem Bismarck modeli olarak ifade edilen sosyal sağlık sigortacılığı yöntemidir. Sosyal sağlık sigortasından yararlanamayan bireylerin sağlık hizmetleri finansmanı için Beveridge modeli olarak tanımlanan vergiye dayalı finansman sistemi kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak cepten ödemeler ve özel sağlık sigortacılığı da az da olsa pay almaktadır (Atasever, 2014, sy:43). Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik finansman kaynaklarının geleneksel sınıflandırmasını dört grup altında toplanır. Bunlar vergilerle finansman yöntemi (Hazine ve Maliye Bakanlığı), sigorta primleri (SGK) ile finansman yöntemi, cepten ödemeler ve diğer finansman yöntemleridir (Orhaner, 2014, s:94).

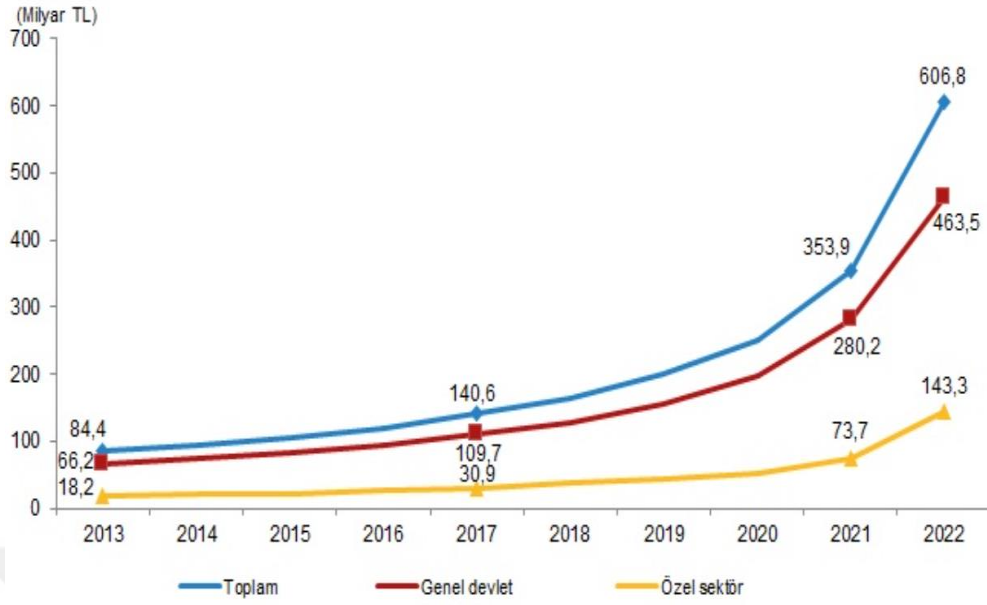
Türkiye sosyal güvenlik sistemi tarihçesinde sosyal sigortalar “Emekli Sandığı (ES), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)” üzerine inşa edilmiştir (Alper, 2011). Tatar (2011) Türkiye’deki sosyal sigortaların gelişimini şu şekilde ifade etmiştir: “*Sosyal sigorta ve sosyal sağlık sigortasının gelişimi ilk olarak, 1934-1947 yılları arasında çeşitli devlet memurlarını kapsayan 11 ayrı emekli sandığının kurulması ile başlamış ve 1950 yılında kurulan ES altında birleştirilinceye kadar bu sandıklar kendilerine bağlı olanlara hizmet vermişlerdir. SSK ise ilk olarak 1945 yılında 4772 sayılı “İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu” ve 4792 sayılı “İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu” yürürlüğe girmiştir. Her iki kanunun kapsamına giren konular 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” ile birleşmiştir. Bu kanunla İşçi Sigortaları Kurumunun adı SSK olarak değişmiştir. Bu kanunla kurulan SSK, 2003 sonrası reform sürecinde SGK’ya devredilinceye kadar özel sektör çalışanlarına ve işçi statüsündeki kamu çalışanlarına hizmet etmiş ve çalışanların bordrosu üzerinden hem işçi hem de işverenden prim toplayarak sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerini finanse etmiştir. Bir diğer kurum olan Bağ-Kur ise 1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulmuş ve 1986 yılından itibaren bu kanuna tabi olanlara sağlık sigortası yardımları verilmeye başlanmıştır*”. Herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve sağlık giderlerini karşılayamayacak durumda olan kişiler için ise 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlamıştır (Güvercin, 2004).

Alper (2011)’e göre “*Türk sosyal sigorta kurumlarının finansman dengesi, her neslin kendi sosyal güvenliğini kendisinin finanse etmesi ilkesine dayanan fon (biriktirim,*

kapitalizasyon) metodu esas alınarak kurulmuştur. Ancak, sistemin aktüeryal dengesini bozan çok sayıda müdahale sonucu sosyal sigorta kurumları 1970’li yıllardan itibaren açık vermeye başlamıştır”. Tatar (2011) 2003 yılına gelindiğinde, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından sorunlar olduğunu, kapsam altında bulunan nüfusun payının düşük olduğunu, sigorta kapsamı arasında eşitsizlikler olduğunu, hakkaniyet, erişim ve kalite açısından sağlık sisteminin sorunları olduğunu belirtmiştir. Türkiye’de 2002 genel seçimleri ile yaşanan değişiklikler sağlık sektöründe de kendini göstermiş ve sağlık sektörü reformlarına ilişkin çalışmalar Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ismiyle hayata geçirilmiştir (Yereli vd., 2014). SDP’nin önemli bileşenlerinden biri de 2006 yılında yasal olarak kabul edilen ve 2008’de yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası uygulaması olmuştur (Gökbayrak, 2010).

Yereli vd. (2014), *“sağlık sistemindeki parçalı yapı, farklı finansman kaynakları ve teminat paketleri, farklı hizmet sunucuları, sürdürülemez mali yapı ve nüfusun büyük bir kesiminin sosyal güvenlik şemsiyesi dışında yer alması”*nın SDP’nin temel politika gerekçelerini oluşturduğunu belirtmektedir. 2006 yılında 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile aktüeryal denge, norm ve standart birliğini sağlamak için SSK, Bağ-Kur ve ES tek çatı altında SGK’da toplanmıştır. Devamında “Genel Sağlık Sigortası (GSS)” sistemine 2008 yılında 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” (SSGSSK) ile geçilmiştir (Güvercin vd., 2016). Yeşil Kart sistemi ise 1 Ocak 2012’de sona ermiş ve büyük bir grup olan yeşil kartlıların 01.01.2012 tarihi itibarıyla GSS kapsamına alınmasıyla, kapsam dışı kalanların sayısı oldukça azalmıştır (Kasapoğlu, 2016).

TUİK 2023 yılında yayınladığı Sağlık Harcama İstatistiklerinde, *“Toplam sağlık harcaması 2022 yılında bir önceki yıla göre %71,5 artarak 606 milyar 835 milyon TL’ye yükseldi. Genel devlet sağlık harcaması %65,4 artarak 463 milyar 516 milyon TL’ye ulaştı. Özel sektör sağlık harcaması ise %94,4’lük bir artış oranı ile 143 milyar 319 milyon TL olarak tahmin edildi.”* açıklamalarında bulunmuştur (TUİK, 2023b). Türkiye’de 2013-2022 yılları arasında yapılan sağlık harcamaları Şekil 1.15’te verilmiştir.



Şekil 1. 15. Türkiye’de sağlık harcamaları, 2013-2022 (TÜİK, 2023b).

1.3.4.2. Türkiye’de Kanser Hastalığının Durumu

GSS’nin temel ilkesi “herkesten gücüne göre prim alıp, herkese gereksinimine göre hizmet vermek”tir (Erol ve Özdemir, 2014). Temmuz 2023 verilerine göre, şu an Türkiye’de nüfusun %99’unun GSS kapsamı içinde bulunduğu ifade edilmektedir (SGK, 2023a). Kapsam oranının artmasıyla beraber sağlık hizmetleri kullanımında gereksiz kullanımı azaltmak, devletin sahip olduğu imkanlarla gerçek hizmet talebinde bulunanlara daha iyi hizmet sunabilmek (Çakır, 2011) ve sağlık hizmetlerinin finansmanında özel kesimin daha fazla katkısını sağlamak için 2009 yılında katılım payı uygulamasına geçilmiş ve hemen her hizmet için belirli düzeylerde cepten ödeme esası getirilmiştir (Yereli vd., 2014). Katılım payı 5510 sayılı SSGSSK “tanımlar” başlıklı 3. maddesinde “Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar” olarak tanımlanmıştır. Çakır (2011) katılım payı uygulaması ile ilgili, “kamu sağlık hizmet sunucuları ve SGK ile anlaşmalı vakıf üniversite hastaneleri ile özel sağlık hizmet sunucularına tedavi olmak için başvuran genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden mevzuatta belirlenen miktar ve oranlarda katılım payı adı altında ücret alınmaktadır.” ifadelerinde bulunmuştur (Çakır, 2011).

Teminat paketi ile ilgili ilkeler zaman zaman yenilenen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile yapılmakta ve bu tebliğde yapılan düzenlemeler SGK’nın hangi hizmetleri hangi kurallarla ödeyeceğini belirlemektedir (Tatar, 2011). Katılım payı uygulanacak sağlık

hizmetleri: “a) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı, b) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, c) Vücut dışı protez ve ortezler, ç) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri”dir (SUT, 2023). Katılım payı alınan sağlık hizmetleri ve katılım payı tutarları Çizelge 1.9’da verilmiştir. Kanser tedavisi, ilaç ve tıbbi müdahaleler için herhangi bir katkı payı ödemededen sağlanmaktadır (Tatar ve Tatar, 2010).

Çizelge 1. 9. Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri* (SUT, 2023; Ürek, 2021).

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmaz. - İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularından 6 TL katılım payı alınır. - Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt polikliniklerinde 7 TL katılım payı alınır. - Tıp Fakülteleri Bulunan Devlet Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde 8 TL katılım payı alınır. - Tıp Fakülteleri Bulunan Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde 8 TL katılım payı alınır. - İkinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL katılım payı alınır. - Birinci basamak sağlık kuruluşları muayeneleri, Kurumca belirlenen kronik hastalıklar, elektronik sevk formu ile sevk edilen hastalar ve acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (beş) TL artırılarak tahsil edilir.
Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı
- Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınır. - Ayrıca her bir reçete için; a) 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 (üç) TL, b) 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 (bir) TL, olmak üzere katılım payı alınır.³
Tıbbi malzeme katılım payı
- Vücut dışı protez ve ortezlerden, a) Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerden, b) Ağız protezlerinden⁴, c) Sağlık raporunda hayati öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler ve ortezlerden, katılım payı alınır. - Vücut dışı protez ve ortezlerden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır.⁵
Yardımcı üreme yöntemi katılım payları
- Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır.

* 19/10/2023 SUT Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT

³ Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayınlanan “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” nde (EK-4/D) yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen katılım payları uygulanmaz ve kutu/kalem hesabında dikkate alınmaz.

⁴ SUT eki “Diş Tedavileri Puan Listesi” nde (EK-2/Ç) yer alan 404.010, 404.020, 404.030, 404.040, 404.050, 404.170, 404.180, 404.181, 404.190, 404.200, 404.201, 404.210, 404.220, 404.230, 404.360, 404.370, 404.380, 404.390, 404.395, 404.400, 404.410, 404.420 kod numarasında sayılanlardan katılım payı alınır.

⁵ Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin %75’ini geçemez.

Bireylerden katkı payı alınmasının yanında ilave ücret de alınabilmektedir. SUT'ta ilave ücretle ilgili; *“Bireylerden katkı payı alınmasının yanında Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri, ikinci ve üçüncü basamak özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir. Yükseköğretim kurumlarına ait sağlık hizmeti sunucularında (vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyeleri tarafından mesai saatleri dışında bizzat verilen sağlık hizmetleri için bir defada asgari ücretin iki katını geçmemek üzere, Kurumca belirlenmiş sağlık hizmetleri bedelinin poliklinik muayenelerinde en fazla iki katı, diğer hizmetlerde en fazla bir katı kadar ilave ücret alınabilir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınmamaktadır.”* ifadeleri yer almaktadır (SUT, 2023).

Türkiye’de ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerinden biri de kanser tedavisi (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedavileri) için sağlanan hizmetlerdir (SUT, 2023). Bireylerin sağlık hizmetine erişimini korumak ve kolaylaştırmak amacıyla acil ve yoğun bakım tedavileri, kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz verilmeye başlanmış ve 2008 yılı Ekim ayında özel hastanelerde yanık, yenidoğan gibi hastalıkların yanında kanser tedavisi için de (radyoterapi, kemoterapi, radyo izotop tedaviler) hastalardan ilave ücret alınmamaya başlanmıştır (Akdağ, 2012; Sahipkiran Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM), 2016; SUT, 2023).

Kanser vakalarını önleyebilmek amacıyla, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi tarafından uzun vadeli plan ve programlardan ve koruyucu önleyici çalışmalardan oluşan (Akyürek ve Kalaycı, 2022, s:46) ve 2009-2015 yılları arasını kapsayan Ulusal Kanser Kontrol Programı (UKKP) (Faz I:2009-2015) başlatılmıştır (Akdağ, 2012; SB, 2021). Faz I ve Faz II (2016-2018) çalışmalarının değerlendirilmesi, sonuçlarının raporlanması ve hizmetin devamlılığının sağlanması için Faz III UKKP da hazırlanmıştır (SB, 2021). WHO yetkilileri ile iş birliği içerisinde yürütülen bu programın beş ana başlığı vardı: Kanser Kayıtlılığı, Kanserden Korunma, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Kanser Tedavisi ve Palyatif Bakım ve Hasta Savunuculuğu ve Farkındalık Programları (Akdağ, 2012).

UKKP’nın en önemli parçası, tütün bağımlılığı ile mücadele, çevreden kaynaklanan etkenlerin azaltılması ve kanser taramalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gibi çeşitli

faaliyetleri bulunan KETEM'in hayata geçirilmesi olmuştur (Akyürek ve Kalaycı, 2022, s:46; Tatar ve Tatar, 2010). Türkiye'de toplum tabanlı tarama çalışmaları SB ve AB MEDA (Mediterranean Development and Aid Programme) programı çerçevesinde yürütülen KETEM projesi ile başlamıştır. Proje kapsamında 11 merkez kurulmuştur. Bakanlık 2008 yılı sonunda kendi imkanları ile 81 ilde 84 merkez kurmuştur (SB, 2009). Türkiye'de 2021 yılı verilerine göre ise 336⁶ KETEM bulunmaktadır (SB, 2023). SB KETEM'lerin amaçlarını şu şekilde açıklamıştır: *"Bu merkezlerde, sağlık personeli ve halk için, kanser konusunda bilgilendirme ve bilinçlendirmeye yönelik eğitimler düzenlenmesi (farkındalığın artırılması), tanımlanmış risk gruplarına, oluşturulmuş tarama standartları doğrultusunda yapılacak toplum tabanlı tarama programlarıyla (meme, serviks (rahim ağzı), kolorektal kanserler, vb.) erken dönemde tanı konulması ve kanser tanısı konan hastalara gerekli tıbbi yönlendirme yapıp tedavi merkezlerine sevk edilmesi, hasta takip ve değerlendirmelerinin yapılması, olanaklar ölçüsünde sosyal, ruhsal ve tıbbi destek sağlanması amaçlanmaktadır."* (SB, 2009).

1.3.4.3. Türkiye'de Finansal Toksisite

Kanser sadece hastayı değil aynı zamanda yakın çevresini, ailesini ve arkadaşlarını da olumsuz şekilde etkilemektedir (Arıkan, 2000). Türkiye'de kanser hastalarının ve yakınlarının sosyo-ekonomik kayıplarının önlenmesi için bir takım hak ve yardımlar tanımlanmıştır (Zengin ve Öztuna, 2018). Bunlardan başlıcaları; "5510 sayılı Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Sosyal Sigorta İşlemleri Yönetmeliği, Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği, SUT ve Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespiti İşlemleri Yönetmeliği" içerisinde yer almaktadır (Akyürek ve Kalaycı, 2022, s:48).

Zengin ve Öztuna (2018), *"kanser hastalarının kendilerine tanınan sosyal haklardan yararlanmaları için öncelikle sağlık kurulu raporu almaları gerekmektedir. Rapor; özür oranları, çalışma gücü kayıp oranları, vücut iş görme gücü kaybı oranları, tüm vücut fonksiyon kaybı oranları gibi kayıpların kanıtlanması ve sosyal destek ve yardım hizmetlerinin belirlenmesinde temel teşkil etmektedir."* açıklamalarında bulunmuştur. 30.03.2013 tarihli 28603 sayılı "Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırılması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik"te belirtilenlere göre ağır özürlü sınıflandırmasına girmek birçok sosyal haktan faydalanmayı beraberinde getirmektedir. Söz konusu yönetmeliğin 4. maddesinde ağır özürlü; *"Özür durumuna göre özür oranı %50 ve*

⁶ *KETEM sayısına, ÇKYS'de kayıtlı 89 sabit KETEM, mobil araçlarda hizmet veren 42 KETEM, Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) faaliyet gösteren 205 KETEM dahildir.

üzerinde olduğu tespit edilenlerden günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceğine özürlü sağlık kurulu tarafından karar verilen kişiler” şeklinde tanımlanmaktadır (Zengin ve Öztuna, 2018). Bununla birlikte kanser hastası ve yakınlarına yönelik politikalar; kanserli hastalara yönelik sağlık politikaları, kanser hastaları ve yakınlarına yönelik sosyal politikalar ve kanser hastaları ve yakınlarına yönelik sosyal güvenlik politikaları olmak üzere üç ana başlık altında ele alınmaktadır (Akyürek ve Kalaycı, 2022, s:45). Kanser hastalarına yönelik gerçekleştirilen sağlık politikalarından bazılarına Çizelge 1.10’da örnekler verilmiştir.

Çizelge 1. 10. Kanser hastalarına yönelik gerçekleştirilen sağlık politikaları

Evde Sağlık Hizmetleri	- Evde sağlık hizmeti alan kanser hastalarının, “muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip vb.” işlem bedelleri SGK tarafından karşılanmaktadır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2021).
Tütün Kontrol Çalışmaları	- Tütün kullanımı ve sigarayla mücadele kanserle mücadelede sağlık politikasının en temel faaliyetlerinden birisidir. Bu konuda yapılan ilk yasal düzenleme 4207 sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ile 1996 yılında yürürlüğe girmiştir (Akyürek ve Kalaycı, 2022, s:46). - En büyük fayda ise tütün kontrolü programları uygulanan ülkelerde akciğer kanserini önlemede en maliyet etkin müdahaleyi oluşturmaktadır (SB, 2021).
Türkiye Alkol Kontrolü Eylem Planı	- “Ulusal Alkol Kontrol Eylem Planı” çerçevesinde 24 Mayıs 2013 tarihinde yürürlüğe giren 6487 sayılı kanunda 10 Haziran 2014 tarihinde yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu yasal düzenlemeyle birlikte alkol kullanımı, alkolün etkisi ve olası zararları ile ilgili koruyucu önleyici çalışmalar yapılmaktadır (Akyürek ve Kalaycı, 2022, s:46).
Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı	- 2010 yılında uygulanmaya başlanan “Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı” ile Türkiye’de görülme sıklığı giderek artan, çocuk ve gençleri etkileyen obezite ile etkin şekilde mücadele etmek, toplumun obezite ile mücadele konusunda bilgi düzeyini artırarak bireylerin yeterli ve dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlıklarını kazanmalarını teşvik etmek ve böylece Türkiye’de obezite ve obezite ile ilişkili hastalıkların (kalp-damar hastalıkları vb.) görülme sıklığını azaltmak amaçlanmaktadır (SB, 2010).

Türkiye’de kanser hastalarına ve yakınlarına yönelik çeşitli sosyal politikalar bulunmaktadır. Politikalardan bazıları Çizelge 1.11’de verilmiştir.

Çizelge 1.11. Kanser hastaları ve yakınlarına yönelik sosyal politikalar

Evde Bakım Ücreti Yardımı	- Hizmetten yararlanmanın ön koşulu özürlü sağlık kurulu raporundan %50 ve üzerindeki özür durumunu ifade eden ağır özürlü sınıflandırması içerisinde yer almaktır. Bir diğer koşul ise 30.07.2006 tarih 26244 sayılı “Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik” kapsamında bakım ihtiyacı olan engelli koşullarına sahip olmaktır (Zengin ve Öztuna, 2018).
Evde Eğitim Hizmetleri ve Hastane Okulları	- Kanserli hastalar eğitim döneminde eğitim yaşamlarından geri kalmamaları için evde eğitim hizmetlerinden yararlanabilirler (Zengin ve Öztuna, 2018). Hastane okulları, kronik hastalıkları nedeniyle okullarda örgün eğitimlerine devam edemeyen, özel eğitime ihtiyacı olanlara, okul öncesi ve ilkokul çağındaki yatan hastalara ve özel eğitime ihtiyaç duyanlara sürekli eğitim vermek amacıyla Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), SB ve üniversiteler arasında imzalanan protokollere göre açılan okullardır (Işıktekiner ve Altun, 2011).
Engelli Aylığı	- Kanser hastalarının genel olarak engelli aylığı olarak bilinen 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun”dan da yararlanması mümkündür (Zengin ve Öztuna, 2018).
Kanserli Hastalara Tanınan Diğer Haklar ve Olanaklar	- 572 sayılı “Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” uyarınca belediyeler toplu taşıma araçlarından %40 ve üzerinde özür raporuna sahip kanser hastası ve refakatçilerini ücretsiz veya indirimli olarak yararlandırmak zorundadır. - Türk Hava Yolları (%50) ve Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları (%20) kanser hastalarına aynı rapor doğrultusunda indirim yapmaktadır. - Kanser hastalarının kullandığı bazı ilaç, araç ve gereçler ekonomik yoksunluk durumunda il ve ilçe sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları tarafından karşılanabilmektedir. - Özür oranı ne olursa olsun bütün kanserli hastalar, hastalıklarına yönelik özel araç ve gereç alımlarında Katma Değer Vergisi (KDV) ödememektedirler. Tüm bunlara ek olarak 26/02/2014 tarih ve 49 sayılı Müze ve Örenyerlerine Girişlerde Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge doğrultusunda Kültür ve Turizm Bakanlığına bağlı tüm müze ve ören yerlerine giriş ve Devlet Tiyatrolarındaki temsiller kanserli hasta ve refakatçilerine özürlü kimliğini göstermeleri suretiyle ücretsizdir (Zengin ve Öztuna, 2018).

Bazı belediyeler kendi inisiyatifleri doğrultusunda özürlü sağlık kurulu raporuna sahip kanser hastalarına bazı vergilerde ve su faturalarında indirim sağlarken bazı belediyeler ise Ankara’daki Ankara Büyükşehir Belediyesi Onkoloji Şefkat Evi örneğindeki gibi kanserli hasta ve yakınlarına ücretsiz barınma imkânı sağlamaktadır (Zengin ve Öztuna, 2018). İzmir Büyükşehir Belediyesi şehir dışında yaşayıp İzmir’de kanser tedavisi gören ancak kalacak yeri olmayan kadınların barınma ihtiyacını Umut Atölyesi ile karşılamaktadır (İzmir Büyükşehir Belediyesi, 2021). Mersin Büyükşehir Belediyesi ise “Umut Yolunu Bulur” sloganıyla başlattığı Onkoloji Transfer Aracı hizmeti ile 4 merkez ilçenin yanı sıra, Tarsus ve

Erdemli’de yaşayan kanser hastalarına da ulaşarak hastaneye transfer hizmeti almak isteyen her vatandaşın talebini gerçekleştirmektedir (Mersin Büyükşehir Belediyesi, 2023).

Sosyal güvenlik sistemi açısından, kanserli hastaların sosyal güvenliği SUT, Malullük Sigortası ve Hastalık Sigortası ile güvence altına alınmaktadır (Zengin ve Öztuna, 2018). Sosyal güvenlik sistemi ile kanserli hastalara yönelik sağlık yardımı yapılmakta ve gelir kaybı karşılanmaktadır. Kanserli hastaların hastalık sigortasından yararlanmaları 5510 sayılı Kanunun 15. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre; 4/a (işçi) ve 4/b (serbest ve bağımsız çalışan) sigortalının, iş kazası ve meslek hastalığı dışında kalan ve iş görmezliğine neden olan rahatsızlıklar, hastalık hali olarak görülmektedir (Zengin ve Öztuna, 2018). SGK (2023b) geçici iş göremezlik ödeneğini *“Sosyal sigortacılık bakımından, iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigorta kollarından istirahatli bulunan sigortalıya işten kaldığı günler için Kurumca ödenen parasal yardımdır.”* şeklinde tanımlamaktadır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler önceki Bakanı Zehra Zümrüt Selçuk, *“Kanser hastalarına kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti sunuyoruz. İlk teşhis tarihinden itibaren kurumumuza başvuruda bulunan kanser hastalarına, 10 yıl sigortalı çalışması, 1800 gün sigorta primi olması, çalışma gücünün yüzde 60’ını kaybetmesi durumunda kanser türüne göre 18 aya kadar malullük aylığı bağlıyoruz. Buna ek olarak hastalık hallerine bağlı ortaya çıkan iş göremezlik süresince günlük geçici iş göremezlik ödeneği veriyoruz.”* açıklamalarında bulunmuştur (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021).

Kanserli hastaların sosyal güvenliğine ilişkin haklarını güvence altına alan bir diğer resmî belge “Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği” dir (Akyürek ve Kalaycı, 2022, s:47). Kanserli hastalar malullük şartları oluşmuşsa malullük sigortasından yararlanabilmektedirler. Malûliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği’nde birkaç istisnai tiroid ve deri kanseri hariç tüm yeni tanı konan kanser vakalarına 18 ay süre ile malûliyet hakkı verilmektedir (Zengin ve Öztuna, 2018).

Kanserli hastaların, tedavi süreçlerindeki yol giderleri, gündelik ve refakatçi hakları ile ilgili giderler ve tedavi masrafları GSS tarafından karşılanmaktadır. Aynı zamanda yol giderleri ile ilgili kanser hastalarının hakları SUT ile güvence altına alınmıştır (Akyürek ve Kalaycı, 2022). SUT’un 2.6.1.A maddesinde *“Sağlık hizmeti sunucuları tarafından yerleşim yeri dışına kanser tedavisi ve/veya kontrolü nedeni ile sevk edilen kişilerin tedavinin yapılabildiği en yakın üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucusunun bulunduğu*

yerleşim yeri mesafesi aranmaksızın sevk edildikleri yer üzerinden hesaplanan yol gideri Kurumca karşılanır.” (SUT, 2023) ifadesi yer almaktadır.

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemine dahil olan vatandaşlar, kamu ve devlet üniversitesi hastanelerinde kanser tedavisinden ücretsiz olarak yararlanabilmektedir (Özmen, 2018). Bu duruma ek olarak 02 Kasım 2010 tarih ve 27747 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile kanserli hastaların; herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında SB tarafından temin edilip dağıtımı yapılacak ağrı tedavisinde kullanılan Morfin Sülfat (MS) Contin tablet, Morfin sülfat (MS) Immediate Release tablet – kapsül ve Elixirs (Roxanol) isimli ilaçlardan ücretsiz yararlanması sağlanmıştır (Atasever, 2014, s: 263).

SUT’ta yatarak tedavilerde (yatan hasta ve günübirlik tedavi) kullanılacak kanser ilaçlarının SGK ile sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları tarafından temini 24/12/2014 tarihli ve 29215 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak zorunlu hale getirilmiştir. SGK başkanlığı tarafından yapılan basın açıklamasında ilgili SUT düzenlemesi SB bağlı sağlık hizmeti sunucuları için 1 Temmuz 2015’te yürürlüğe girmiş olup, diğer sağlık kurum ve kuruluşları için ise yürürlük tarihi 01 Aralık 2015 olarak düzenlenmiştir. Düzenlemelere konu kanser ilaçları yalnızca damar yolu ile uygulanan ilaçları kapsamakta olup ayakta tedavilerde ağızdan kullanımı mümkün olan ilaçları kapsamamaktadır (SGK, 2015a).

SGK başkanlığı tarafından hastanelerde kemoterapi ilaç temini sürecine dair yapılan bir duyuruda; *“SB hastanelerinde kanser ilacı temini ve hastalara ulaştırılmasında göze çarpan sorun yoktur. SB hastaneleri ile “affiliye” üniversite hastanelerinde kanser ilacı temini ve hastalara ulaştırılmasında göze çarpan sorun yoktur.”* açıklamalarında bulunulmuştur (SGK, 2015b).

Kanser hastalarına destek olmaya yönelik çalışmalar yapılıyor olsa bile kanser hastalığının yüksek maliyetinden dolayı bireyler finansal yük taşımaya devam etmektedir. Özellikle ruhsatlandırma ve geri ödeme süreçlerinin uzunluğunun hastaların yeni ilaçlara ulaşımında önemli bir sorun oluşturduğu gündeme gelmektedir (Demirer vd., 2014). İlaç problemlerinin yanında tedavi süreçlerinde yaşanan zorluklar da kanser hastaları için sorun olmakta ve hastaları süreçlerini iyileştirmek için farklı çözüm yolları aramaya itmektedir. Ürek (2021) kanser hastalarının karşılaştığı sorunlarla ilgili; *“Her ne kadar önemli*

iyileşmeler yaşansa da günümüz gerçekliğinde hastanelerde halen randevu almada ve muayene ve/veya tetkikler için sıra beklemede sorunlar yaşanmaya devam etmektedir. Dolayısıyla özellikle kanser gibi hayatı tehdit eden ciddi bir hastalıkla karşılaşan bireyler bu hastanelerde muayene ve tetkikler için randevu almada yaşanabilecek sorunlar ya da alınan randevunun ileri tarihli olması nedeniyle başka yollar aramak zorunda kalabilmektedir.” demiştir.

Türkiye’de kanserin hızlı artışına rağmen (GLOBOCAN, 2020), finansal toksisite ile ilgili çalışmalar çok sınırlıdır. Ulusal literatürde sadece iki çalışmaya ulaşılmıştır. Ürek (2021) *“Kanser Hastalarında Finansal Toksisite Düzeyinin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkileri”* adlı doktora tezinde araştırmaya katılan kanser hastalarının orta düzeyin üzerinde finansal toksisite yaşadığını tespit etmiştir. Bir başka çalışma ise Yücel vd. (2023) tarafından *“Greater Financial Toxicity Correlates With Increased Psychological Distress And Lower Quality Of Life Among Turkish Cancer Patients”* adlı çalışmadır. Çalışmada katılımcıların hafif düzeyde finansal toksisite yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

1.4. Sağlık Sistemine Güvenin Kavramsal Çerçevesi

Günümüz karmaşık dünyasında bir sağlık sisteminin tam olarak ne olduğunu, nelerden oluştuğunu, nerede başlayıp nerede bittiğini söylemek zorlaşmıştır (WHO, 2000). Genel bir ifade ile Sargutan (2005b) sağlık sistemi kavramını *“sağlık hizmetleri arz ve talebinin oluşumunu ve bunun gerçekleştiği düzenleri / süreçleri / yapıları / sistemi”* şeklinde ifade etmiştir.

Bugün çok sayıda insanın hayatı sağlık sistemlerinin elindedir. Sağlıklı bir bebeğin güvenli bir şekilde doğumundan, yaşlıların onurlu bakımına kadar sağlık sistemleri, insanlara karşı yaşam boyu hayati ve sürekli bir sorumluluğa sahiptir (WHO, 2000). Bir sağlık sisteminin en temel amaçlarından biri toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır (Tatar, 2011). Ancak ihtiyaçların karşılanması ve sağlığın iyileştirilmesi açıkça sağlık sisteminin temel hedefi olsa da, tek amaç bu değildir. İyi sağlığın amacı aslında iki yönlüdür: ulaşılabilir en iyi ortalama seviye – iyilik – ve bireyler ve gruplar arasında mümkün olan en küçük farklar – adalet. İyilik, insanların ondan beklentilerine iyi yanıt veren bir sağlık sistemi anlamına gelir; adalet, ayrımcılığa uğramadan herkese eşit derecede iyi yanıt vermek

anlamına gelir. Genel olarak sağlık sistemlerinin üç temel amacı olduğu ifade edilmektedir. Bunlar (WHO, 2000):

- Hizmet ettikleri nüfusun sağlığının iyileştirilmesi
- İnsanların beklentilerine yanıt vermek
- Sağlıksızlık maliyetlerine karşı mali koruma sağlamaktır.

Bu anlamıyla sağlık sistemi kavramı, *“bilinçli olarak oluşturulmuş veya kendiliğinden oluşmuş, son hedefi kişi ve toplum için sağlık elde etmeyi amaçlayan tüm faaliyet ve ürünleri içeren sistemlerin, üst ve alt sistemlerin, diğer sistemlerle çakışan ortak sistem alanlarının tamamı”* olarak ifade edilmektedir (Sargutan, 2005a). Bir ülkenin sağlık sistemi, onu oluşturan çok sayıdaki parçanın çeşitli özelliklerine göre şekillenmektedir. Her ülke kendi tarihini, toplumların sosyal, kültürel ve geleneksel beklentilerini, ekonomik kalkınmasını ve ülkesindeki baskın politik ideolojiyi yansıtan bir ulusal sağlık sistemine sahiptir (Daştan ve Çetinkaya, 2015; Sargutan, 2005a). Ayrıca uluslararası ilişkiler ve finans çevreleri de ülkelerin sağlık sistemlerini doğrudan ya da dolaylı yoldan etkileyebilmektedir (Sargutan, 2005a). Genel bir ifadeyle nüfusun yaşlanması, hane halkı sağlıklı davranış değişiklikleri, sağlık teknolojilerinin gelişimi, bireylerin farkındalık düzeylerindeki artışla birlikte hızlanan kaliteli sağlık bakım talebi ve bilgi çağındaki gelişmeler gibi nedenlerden dolayı sağlık sistemlerinde sürekli reformlar yapılmaktadır (Sungur, 2021).

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımların yıllardır oluşturulmaya çalışıldığı ve bu arayışların bundan sonra da devam edeceği ifade edilir. Tümüyle doğru ve her ülkeyi içine alan kapsamlı bir sınıflandırma yapmak henüz mümkün olmamıştır (Sargutan, 2005a). Ancak ülkeler, giderek daha da kompleks hale gelen hukuksal, finansal ve politik yönetim sistemleri içinde en doğru şekilde sağlık hizmeti sunabilme amacıyla modeller geliştirmişlerdir (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Roemer’e (1993) göre, gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun ülkelerin ulusal sağlık sistemi, beş temel bileşene göre analiz edilebilir. Bunlar: kaynaklar, organizasyon, yönetim, ekonomik destek ve hizmetlerin sunumudur.

Ülkelerin sağlık sistemlerini pek çok farklı türde gruplandıran çalışmalardan biri olan “Milton I. Roemer’in Sağlık Sistemleri Sınıflandırma Modeli”, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması konusunda literatürce en kabul gören, en çok bilinen ve en yaygın başvuru olanlardan biridir (Sargutan, 2005b; Sungur, 2021). Bütün sağlık sistemi

örgütlenmelerinde, niteliği ve özellikleri devletin müdahale derecesine göre değişen, gizli veya açık bir özel sağlık hizmeti piyasasının var olduğuna inanan Roemer, sağlık sistemlerinin tipini devletin sağlık piyasasına müdahale derecesine göre gruplandırmayı tercih etmiştir (Sargutan, 2005a). Roemer dünyanın yaklaşık 165 bağımsız ülkesindeki ulusal sağlık sistemlerini, devletin piyasaya en az müdahale edenden en çok müdahale edene doğru analiz ederek, sağlık sistemi türlerini dört ana gruba ayırmıştır (Roemer, 1993). Bunlar:

- Girişimci ve Serbest Sağlık Sistemi Politikaları
- Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Politikaları
- Genel ve Kapsayıcı Sağlık Sistemi Politikaları
- Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi Politikaları

Roemer sınıflandırmasındaki bazı hususlar da gözetilerek, sağlık sistemi gruplarının incelenmesi amacıyla Sargutan (2005b) tarafından geliştirilip güncelleştirilen yeni bir sınıflandırmadaki sağlık sistemi tiplerinin her birinin özellikleri, Çizelge 1.12’de kısaca tanımlanmıştır.

Çizelge 1.12. Sağlık sistemi tipleri ve ayırt edici temel özellikleri (Sargutan, 2005b).

Model Adı	Ödeme Biçimi	Hizmetin Özelliği	Örnek Ülkeler
Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi	Kişisel doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı ödeme gerçekleştirilen özel (bazen da kamu) sağlık sigortasıdır.	1- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da asıl unsur değildir. 2- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.	ABD
Refah Yönelimli Tip	Tüm bireylere yönelik, kişisel prim ödemeli sağlık sigortasıdır.	1-Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur, arzda daha az bulunabilmektedir. 3- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir.	Almanya
Kapsayıcı / Bütüncü / Tekçil Hizmet Tipi	Tüm bireylere yönelik, kapsamlı, zorunlu, vergilere dayalı sağlık sigortasıdır.	1- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur. 2- Özel sektör de sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkanlar sunabilir.	Büyük Britanya
Sosyalist / Merkezi Planlama Tipi	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak / kolektif sağlık güvencesiyle ücretsiz sağlık hizmet sunumu gerçekleşmektedir.	1- Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur. 2- Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır.	Eski Sovyetler Birliği

Ülke sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması konusunda başta sağlık hizmetlerinin finansman modeli ve merkezi hükümetin sağlık hizmeti sunumu konusunda üstlenmiş olduğu sorumluluk olmak üzere az sayıda bileşen kullanılırken, bazı çalışmalarda ise bu bileşenlere ilaveten toplumun sağlık hizmetini kullanma alışkanlıkları (kamu ya da özel sektör), ağırlıklı olarak kullanılan geri ödeme yöntemi ve diğer bazı sağlık bileşenlerinin ya da göstergelerin yer aldığı görülmektedir (Sungur, 2021).

Sağlık hizmetleri sisteminin sağlık hizmetlerini sunan kurumlar, sağlık hizmeti veren bireyler (sağlık çalışanları) ve sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan kurumların bütünü olarak değerlendirildiği göz önüne alındığında (Nal, 2021), sağlık sistemlerine güven kavramını da sağlık hizmeti sağlayıcılarına, sağlık kurumlarına ve sağlık hizmeti ödeyenlere duyulan güven olarak ele alınabilmektedir (Egede ve Ellis, 2008).

1.4.1. Güven Kavramı

İnsanların sosyal olarak yaşarken iş birliği içinde hareket etmeleri için başkalarına güvenmeleri önemlidir (Simpson, 2012). Psikolojik geçmişleri ve yapılarından dolayı bazı bireyler hayata karşı iyimser bir bakış açısına sahiptir ve başkalarına yardım etmeye, iş birliği yapmaya ve güvenmeye isteklidir. Diğerleri ise kendi erken yaşam deneyimlerinden dolayı daha karamsar ve insan sevgisinden uzaktır. Bu nedenle, korunmaya veya yabancılaşmaya eğilimlidirler, başkalarına karşı daha güvensiz ve temkinli davranırlar. Bu bağlamda güven, temel kişiliğimizin bir parçasını oluşturan duygusal bir yönelim olarak ifade edilebilmektedir (Newton ve Norris, 2000, s:5-6). Türk Dil Kurumu (TDK), güveni “*korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu; emniyet, itimat*” olarak tanımlamaktadır. Güven kavramıyla ilişkili birçok tanım yapılmıştır. Bu tanımlar önemli farklılıklara sahip olsa da ortak temaları da paylaşmaktadırlar (Hall vd., 2001). Whitener vd. (1998), güven kavramını ele alırken üç temel noktaya dikkat çekmiştir. Bunlar: (1) Karşı tarafa duyulan güven, diğer tarafın yardımsever davranacağına dair *beklenti*yi veya *inancı* yansıtır. (2) Güven, *savunmasız* olma isteğini ve diğer tarafın bu beklentiye yerine getirememesi *riskini* içerir. (3) Güven, bir bireyin sonuçlarının diğerinin eylemlerinden etkileneceği şekilde karşı tarafa belli düzeyde *bağımlılık* içerir.

Güven belirli risk sorunlarına yönelik bir çözümdür ve tanıdık bir dünya içerisinde sağlanması gerekir (Luhmann, 2000, s:95). Değirmenci (2009) konuya ilişkin düşüncelerini “*Elektrik düğmesine basıp ışığı açtığımızda ya da musluğu çevirdiğimizde, telefonla*

görüştüğümüzde ya da faks çektiğimizde, bankaya para yatırdığımızda ya da çektiğimizde, vergilerimizi ödediğimizde ya da bir hastaneye gittiğimizde olduğu gibi en basitinden en karmaşığına kadar, modern toplumsal yaşamı olanaklı kılan bir kurumlar dünyası içerisinde yaşamaktayız. Burada her şeyin olması gerektiğı gibi işlediğıne ilişkin soyut bir güven inancı ortaya çıkar.” olarak dile getirmiştir.

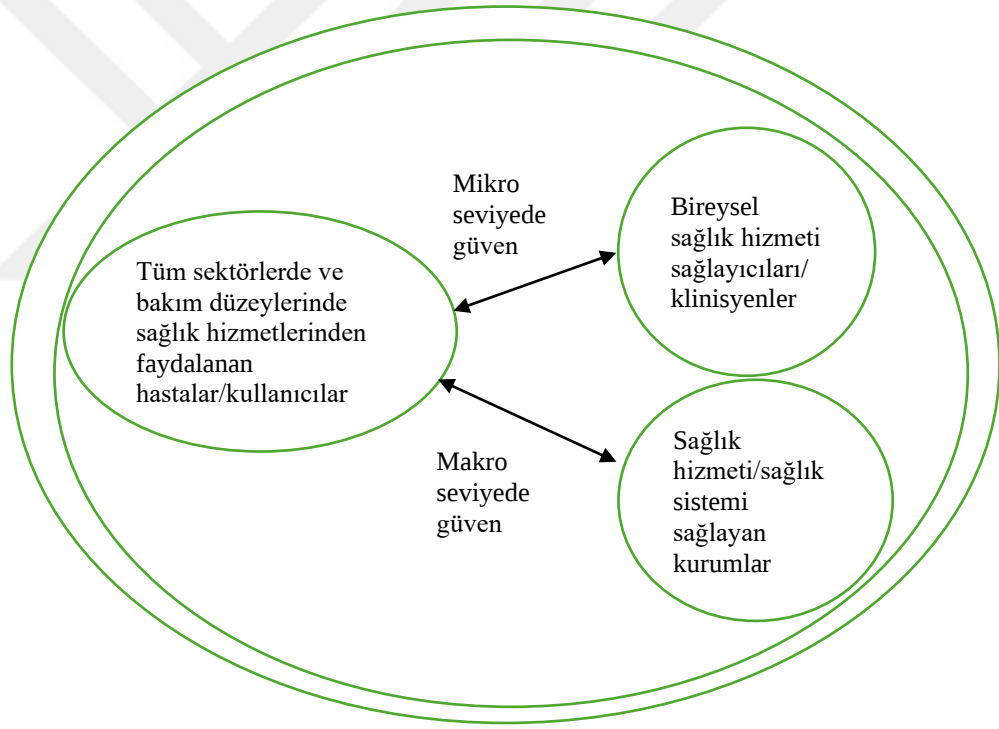
İyi performans gösteren devlet kurumlarının vatandaşların güvenini kazanması muhtemeldir; kötü veya etkisiz performans sergileyenler güvensizlik ve düşük güven duygusu yaratır (Newton ve Norris, 2000, s:7). Toplumun büyük çoğunluğına veya kurumlarına, özellikle de temsili demokrasiye olan güvenin aşınması halinde ise ciddi tehditler oluşabilmektedir (Newton ve Norris, 2000, s:2). Çünkü güvenin eksik olmasının insanların önemli konularda karar verme şeklini değıştirmesi muhtemeldir (Luhmann, 2000, s:103).

1.4.2. Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven

Güven ilişkisel bir kavramdır ve genellikle insanlar, bireyler, kuruluşlar ve olaylar arasında bulunur (Gilson, 2003). Sağlık sistemi, doğası gereğı güvene her alanında ihtiyaç duyan bir yapıya sahiptir (Ertong, 2011). Sağlık hizmeti sunumunun doğası ve ortamı ilişkisel bir temelde oluşur; hizmet sağlayıcılar ve hizmet kullanıcıları arasındaki ilişkiler, sağlık sonuçları ve sağlıklı yaşam üzerinde etkilidir (Rasiah vd., 2020). Tıbbı güven, etkili iletişime, tedavide iş birliğine ve belirsizliklerle baş edebilme becerisine katkıda bulunur (Mechanic vd., 1996).

Egede ve Ellis (2008), sağlık hizmeti ortamında üç ana güven nesnesinin olduğunu belirtmektedir. Bunlar: (1) sağlık hizmeti sunucuları (doktorlar, pratisyen hemşireler, doktor asistanları), (2) sağlık kurumları (hastaneler ve klinikler) ve (3) sağlık hizmetini ödeyenlerdir (yönetilen bakım planları, özel sigortacılar, devlet sigortası). Egede ve Ellis gibi birçok bilim insanı sağlık hizmetlerinde güven kavramını; sağlık çalışanlarına duyulan güven, sağlık kurumlarına duyulan güven, sağlık sigortacılarına güven şeklinde ele almış ve tanımlamaya çalışmıştır (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013; Rogala ve Donesch-Jezo, 2020). Sağlık sistemine güven ise, sağlık hizmeti sunucularına duyulan güven (bireysel güven olarak adlandırılır) ve sağlık kurumlarına duyulan güvenin (kurum güveni olarak adlandırılır) bir kombinasyonu olarak anlaşılmaktadır ve bu da sağlık sistemi güveni olarak adlandırılan kavramsal bir model oluşturur (Rogala ve Donesch-Jezo, 2020).

Güvenin kişilerarası güven ve sosyal güven olmak üzere iki farklı yönü vardır (Egede ve Ellis, 2008; Hong vd., 2018; Pearson ve Raeke, 2000). Aynı zamanda güven ilişkileri mikro ve makro düzeyde de ayırt edilebilmektedir (Rasiah vd., 2020). Mikro düzeyde güven, hasta veya müşteri ile klinisyen arasındaki güven anlamına gelen kişilerarası güven (hekime güven) olarak ifade edilmektedir (Hong vd., 2018; Rasiah vd., 2020). Kişilerarası güven, hastaların doktorların yetkin, sorumlu ve özenli yanıtları konusundaki deneyimine dayanır. Yüksek düzeyde kişilerarası güven, sosyal güvene de katkıda bulunabilir (Mechanic, 1996). Makro düzeyde güven ise; hastalar, toplum ve kurum veya kuruluş arasındaki güveni içeren sosyal güveni (sağlık sistemine güven) içermektedir (Hong vd., 2018; Rasiah vd., 2020). Genel olarak medyadan ve belirli kurumlara duyulan genel sosyal güvenden etkilenen kolektif kurumlara duyulan güvendir (Egede ve Ellis, 2008; Pearson ve Raeke, 2000). Sağlık hizmetlerine güvenin kavramsal çerçevesi Şekil 1.16'da gösterilmiştir.



Şekil 1. 10. Sağlık hizmetlerinde güvenin kavramsal çerçevesi (Rasiah vd., 2020).

Sağlık hizmeti sağlayıcılarına, sağlık kurumlarına ve sağlık hizmeti ödeyenlere duyulan güven, kişilerarası güven ve sosyal güvenden değişen derecelerde etkilenmektedir. Örneğin, hizmet sağlayıcının, kurumun veya ödemeyi yapan kişinin ilgili ve iyi niyetli olduğu algısı varsa, hasta tıbbi hataları affetme eğilimindedir (Egede ve Ellis, 2008). Hekimler diğer hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri hakkında olumlu yorumlar

yaptığında sosyal ve kişilerarası güven artabilir. Öte yandan, eğer hasta sistemde bir eksiklik algılsa, bu muhtemelen sosyal ve kişilerarası güveni zedeleyecektir (Pellegrini, 2017).

Hall vd. 2001 yılında tıbbi ortamlarda güvenin derin ve yaygın önemine rağmen, ne anlama geldiğine dair ortak bir anlayışın olmadığını ve güvenin gerçekte ne gibi bir fark yarattığı, hangi faktörlerin güveni etkilediği ve güvenin diğer benzer tutum ve davranışlarla nasıl ilişkili olduğu hakkında çok az şey bilindiğini ifade ederken (Hall vd., 2001), 2021 yılına gelindiğinde Gille vd. (2021) güven araştırmalarının artmasına rağmen, sağlık sistemine güveni neyin oluşturduğuna dair ortak bir anlayışın olmadığını, mevcut kavramsallaştırmaların büyük ölçüde hasta-doktor ilişkisine odaklandığını belirtmektedir.

Hasta güveni, birçok şekilde tanımlanan karmaşık, çok boyutlu bir yapıdır (Pearson ve Raeke, 2000) ve hasta ve doktor arasındaki ilişki, iyi tıbbi bakım sürecinin merkezinde yer almaktadır (Thom ve Campbell, 1997). Hall vd. (2001) güvenin en güçlü belirleyicisinin hekimin kişiliği ve davranışı olduğunu belirtmektedir.

Thom ve Campbell (1997) tarafından odak grup görüşmesi yapılan bir çalışmada, 29 hastadan hekime karşı duydukları güvenin olumlu ve olumsuz yönlerini belirtmeleri istenmiştir. Katılımcıların bildirdiği deneyimler, alt kategorilere sahip dokuz genel kategoride gruplandırılmıştır. Bu kategorilerden yedisi hekim-hasta etkileşimiyle ilgilidir. Bunlar: (1) değerlendirmede titizlik, (2) hastanın bireysel deneyimini anlamak, (3) ilgili olmak, (4) uygun ve etkili tedaviyi sağlamak, (5) açık ve tam iletişim kurmak, (6) ortaklık kurma ve (7) hastaya dürüstlük/saygıdır. Etkileşimle ilgili olmayan iki ek kategori, predispozan faktörler ve yapısal/personel faktörleridir. Çizelge 1.13'te faktörlere dair bilgi verilmiştir.

Çizelge 1.13. Güveni olumlu veya olumsuz etkileyen hasta deneyimi kategorileri (Thom ve Campbell, 1997, sy:172).

1. Sorunları iyice değerlendirmek Geçmiş dikkatle incelemek Güncel bilginin gösterilmesi Referans verme isteği Ek bilgi arama Testlerin sipariş edilmesi En iyi çabayı göstermek	5. Açık ve eksiksiz iletişim kurmak Aktif dinleme Hastanın endişelerini kabul etmek Tamamen ve dürüstçe açıklamak Soruları yanıtlamak Doğrudan iletişim Hassas olmak Rahat ve sakin olmak
2. Hastanın bireysel deneyimini anlamak Hastanın ihtiyaçlarına cevap vermek Hastayı ve ailesini tanımak Hasta/aile tercihlerinin dikkate alınması	6. Ortaklık oluşturmak/gücü paylaşmak Seçenekler sunmak Hastaya eşit muamele edilmesi

Varsayımlardan kaçınmak Tedaviyi hastaya göre uyarlamak Hastayı eşsiz biri olarak tedavi etmek “Bireyin bütünü” dikkate almak	Hastaya güvenmek Yeni fikirlere açık, esnek
3. İlgii ifade etmek Hastanın konforu için endişelenmek Endişe/empati ifadeleri Yardım etmeyi teklif etmek Güven verici ve rahatlatıcı Umutlu olmak Hastanın çıkarlarını ön planda tutmak	7. Hastaya dürüstlük/saygı göstermek Hataları kabul etmek Taahhütlerin yerine getirilmesi Saygılı, yargılamayan
4. Uygun ve etkili tedavinin sağlanması Durumun ciddiyetinin farkına varılması Doğru tanı koymak İstenilen sonuca ulaşmak Önleyici hizmetlerin kullanımı	8. Predispozan faktörler Eğitim Yaş, cinsiyet Diğer hastaların önerileri Profesyonel görünüm
	9. Yapısal/personel Ofis personelinin nezaketi Doktora mesajlar Laboratuvar sonuçlarının elde edilmesi Doktora erişim Çağrı üzerine düzenlemeler

Güven, doktor ve hastaların bakım hedeflerini belirlemek ve bu hedeflere ulaşmanın makul yollarını aramak için iş birliği içinde çalışabilecekleri bir alan sağlar (Mechanic, 1996). Hastanın tedaviye uyum göstermesi; hekimin tavsiye ettiği tedavi yöntemini benimseme durumu ve hastanın hekime ve diğer sağlık sistemi unsurlarına güvenine bağlıdır (Nal, 2021). Gray (1997), halo etkisi nedeniyle hastaların doktorlarına duydukları güvenin, doktorun çalıştığı hastaneye, kuruma, sağlık planına olan güveni de etkileyebileceğini ifade etmiştir. Aynı zamanda sağlık sistemi faktörleri de hastaların doktorlarına olan güvenini etkileyebilmektedir (Piette vd., 2005). Örneğin, hekim seçiminde hastaların tercihini dikkate almak, bakımın sürekliliği ve geri bildirim fırsatları, hekimlere ulaşılabilirlik, yeterli görüşme süresinin sağlanması ve hastanın kararlara katılımını sağlama güven düzeyini artırabilmektedir (Mechanic, 1996; Piette vd., 2005). Burada karşılıklı bir ilişkinin olduğu ifade edilebilir. Hasta hekimine güvendiği için sağlık kurum ya da kuruluşuna güvenebildiği gibi, sağlık kurumu iyi ve güvenilir olduğu için hasta hekimine güvenebilir.

Güven kişilerarası ilişkiler ile ilgili olduğu gibi aynı zamanda tıptaki kurumlar ve daha büyük sosyal sistemlerle de ilgilidir (Hall vd., 2001). Belirli hastanelere, sigortacılara ve sağlık sistemlerine duyulan güven, hastaların hizmetlere yönelik desteğini ve kullanımını, dolayısıyla bunların ekonomik ve politik sürdürülebilirliğini etkileyebileceğinden, güven kurumsal düzeyde de önemlidir (Rowe ve Calnan, 2006). Kurumsal güven çok boyutlu bir kavramdır (Peters ve Youssef, 2014) ve hastanın bakım aldığı kurum veya sistem ile ilgilidir

(Pellegrini, 2017). Kurumsal güven, herhangi bir sağlık sisteminin performansının temelini oluşturmaktadır (Russell, 2005). Gray (1997) kurumsal güveninin özellikle iki boyutuna dikkat çekmektedir. Bu boyutlar teknik yeterlilik ve hastaların çıkarlarına öncelik vermek ile ilgilidir. Ancak farklı çalışmalarda farklı boyutlar da ele alınmaktadır. Gille vd. (2021) güvenin sistemden kaynaklanan bir bütün olduğunu şu şekilde belirtmektedir: *“Hastalıktan kurtulma beklentisiyle doktorumuzun tavsiyelerine güveniyor ve uyuyoruz; Tıbbi kayıtlarımızın güvenli bir şekilde saklanacağına ve gizli tutulacağına güveniyoruz; Kamuoyu olarak etkin sağlık politikalarının uygulandığına ve sağlık sisteminin hepimizin ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde yönetildiğine inanıyoruz.”*

Gilson’un 2003 ve 2006 yılında yaptığı çalışmalara göre, güvenin sağlık sistemleri açısından neden önemli olduğu sorusunun iki teorik yanıtı vardır (Gilson, 2003; Gilson, 2006). Birincisi, güven mevcut çoklu ilişkilerde gerekli olan iş birliğini mümkün kılar (Gilson, 2006). Hasta ve hizmet sağlayıcı arasındaki güveni etkileyen organizasyonel çevrenin önemli bir yönü, sağlık sistemini oluşturan organizasyon ağları arasındaki ilişkiler dizisidir (Gilson, 2003). Hastalar, doktorlar, hemşireler, eczacılar, sigortacılar, tedarikçiler, düzenleyiciler ve diğer acenteler arasındaki etkileşimler sağlık sisteminde önemli bir rol oynamaktadır (Ozawa ve Sripad, 2013). Bu nedenle güven sağlık sistemleri için önemlidir çünkü sağlık üretimi için sistem genelinde gerekli olan iş birliğinin temelini oluşturur (Gilson, 2003). İkincisi ve belki de daha önemlisi, güvene dayalı ilişkiler üzerine kurulu bir sağlık sistemi, daha geniş toplumsal değer yaratılmasına katkıda bulunabilir. Bu argüman, sağlık sistemlerinin sadece sağlık hizmeti üretmediği, aynı zamanda sağlığı iyileştirme hedefine sahip olduğu anlayışına dayanmaktadır (Gilson, 2006). Ancak güvene dayalı sağlık sistemleri topluma daha fazlasını sunabilir. Güven veren ve inanılan bir sağlık sistemi, yalnızca toplumsal değerlerin değişen temelleri tarafından şekillendirilmek yerine, daha geniş bir toplumsal değer ve toplumsal düzenin inşasına katkıda bulunabilir (Gilson, 2003).

Sağlıkta hizmet sunucusu ve hasta arasındaki güven ilişkisinde kırılabilirlik, incinebilirlik oldukça hassas bir konudur (Ertong, 2011) ve güven yıllar sonra bile her an kırılabilir. Her ne kadar hastalar, diğer insanlar gibi doktorların da iyi ve kötü günler geçirebileceğini takdir ettikleri için küçük hataları dikkate almasalar da ihtiyaç duyulduğunda tepki vermedeki ciddi bir başarısızlık, en güçlü ilişkileri bile paramparça edebilir (Mechanic, 1996).

Birçok çalışma sağlık sistemlerine olan güven erozyonuna işaret etmektedir. Güvenin sarsılmasına sebep, modern sağlık hizmetlerinin ortaya çıktığı tarihsel bağlam ve gelişmekte olan birçok ülkede mevcut olan kritik altyapı ve insan kaynağı eksikliğinden kaynaklanabilmektedir (Peters ve Youssef, 2014). Bununla birlikte sağlık sisteminde yaşanan gelişmeler; örneğin tıbbi bakımın ticarileşmesi, çıkar çatışmaları, medyanın tıbbi belirsizlik ve hatalara gösterdiği ilgi ve yönetilen bakımın büyümesi, güvene meydan okumaktadır (Mechanic, 1996). Ertong (2011) güvendedeki bu değişimi: *“Sağlık işletmelerinin kendi içlerinde bir dönüşüm geçirmesi, kâr amaçlı işletmeler haline gelmesi sağlığı piyasalaştırmakta, hastaları da birer müşteriye dönüştürmektedir. Hastalar artık daha eğitilidirler. Medya da sürekli yeni tedaviler, hekim ve hastalarla ilgili haber yapmaktadır. Hastalar kendilerine yapılan testler ve uygulanan tedaviler konusunda finansal çıkarlar güdüldüğünün farkındadırlar. Artık hastalar şüpheli tüketiciler haline gelmişlerdir.”* olarak ifade etmiştir.

Sağlık, modern çağda daha kritik bir noktaya ulaşarak politik olarak da göze çarpmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinde yaşanan teknolojik gelişmeler ve sağlığın artık bir sektör olarak değerlendirilmesi bireyin güvenini nereye bağlayacağı noktasında belirsizlikleri büyötmektedir. Rasiah vd. (2020), bir kişinin sağlık hizmeti sağlayıcısına olan güvenini etkileyen hususları anlamının önemini vurgulayarak, bu hususların anlaşılmasının sağlık hizmeti sunumunda uygun operasyonel politikaların oluşturulmasına yardımcı olacağı gibi, hizmet sağlayıcılar arasındaki sağlık hizmeti uygulamalarını ve davranışlarını da etkileyebileceğini belirtmektedir.

1.4.3. Finansal Toksisite ve Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven Arasındaki İlişki

Kanser vakalarında yaşanan artış hastalığın sağlık sistemi üzerindeki etkisini daha da artırarak (İnce ve Yılmaz, 2022), sistem için büyük maliyetlere neden olmaktadır (Hofmarcher vd., 2020) ve kanserin sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemleri üzerinde ürettiği baskı da hızla artmaktadır (Boyle ve Levin, 2008). Finansal toksisite, hastaları doğrudan ilgilendiren bir konu olmasının yanı sıra, sağlık sistemlerinin organize edilme şekli ile ilgili sistem düzeyindeki ciddi eksiklikleri de ortaya çıkarmaktadır. Kanser kontrolünü iyileştirmeye yönelik gelişmelere rağmen, kanser tedavileriyle ilgili maliyetlerin çok yüksek olması, bu kaynakları karşılama kapasitesi ve bütçelerin bu tür harcamaları sürdürüp sürdüremeyeceği konusu sıklıkla gündeme gelmektedir (Gordon vd., 2017).

Kanser yönetimi, Avrupa'daki ve dünyanın geri kalanındaki sağlık sistemleri için büyük bir zorluk teşkil etmektedir (Hofmarcher vd., 2019). Hükümetler, karar vericiler, kamu kurum ve kuruluşları ile politika yapımcılar ise kanser kaynaklı sorunlarla başa çıkabilmek ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için politikalar ve planlar geliştirmektedir (İnce ve Yılmaz, 2022). Bazı sağlık sistemleri kanser hastalarını “finansal tehlikeden” koruma konusunda diğerlerinden daha iyidir (Carrera ve Olver, 2015). Ancak tedavi seçeneklerinin hastalar, sağlık sistemleri ve sağlık sigortacıları üzerindeki potansiyel mali etkisini tahmin etmek zor olabilir (Ramsey ve Shankaran, 2012).

Ekonomik durum insanların sağlığı ve refahı üzerinde de önemli bir rol oynamaktadır (Carlson, 2004). Özellikle kanser hastaları için bu durum kritiktir. Çünkü kanser, katastrofik düzeyde sağlık harcaması yapmanın bir sonucu olarak hane halklarının yoksulluğa düşmesinde önemli bir faktör olarak görülmektedir (Mahal vd., 2010, s:45). Birçok ülke özelinde tedavi, hasta ziyaretleri ve reçetelerin ezici ve giderek artan maliyetleri devlet tarafından karşılanırken, tıbbi olmayan diğer tüm doğrudan ve dolaylı maliyetler hâlâ hastaların sırtına yüklenmektedir (Ngan vd., 2023). Kanser hastalarının cepten yaptığı masrafların çokluğu hastalığın yükünün daha da fazla olmasına neden olabilmektedir (Bestvina vd., 2014). Bütün bunların bir sonucu olarak kanser hastalarının yaşadığı finansal toksisite hastalar ve aileleri için bir dizi olumsuz finansal, tıbbi ve sosyal sonuçlara yol açmaktadır (Ngan vd., 2023).

Ahnquist vd. (2012), şimdiye kadarki kıt kanıtlar arasında çoğu çalışma, hem ‘ekonomik’ (örneğin, düşük gelir ve kişinin beyan ettiği finansal stres) hem de ‘sosyal’ sermayenin (örneğin, kişilerarası ve kurumsal güven)’ değişkenleri ile sağlık arasında anlamlı ilişkiler bulmuştur. Bu bulguyu destekleyici şekilde birçok çalışma ekonomik faktörler ile güven arasında bağlantı olabileceğini öne sürmektedir (Gille vd., 2015; Gille vd., 2021; Gopichandran ve Chetlapalli, 2013; Mohseni ve Lindstrom, 2007; Piette vd., 2005). Örneğin Mohseni ve Lindstrom (2007) çalışmalarında, yaş, yaşanılan yer, öğrenim ve ekonomik stres gibi faktörlerin hem erkekler hem de kadınlar için daha düşük güven üzerinde etkiye sahip olduğunu tespit etmiştir. Başka bir çalışmada, cepten maliyetleri daha yüksek olan hastaların, doktora güven seviyelerinin düşük olduğu ve maliyet baskıları nedeniyle ilaçları bırakma olasılığının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Piette vd., 2005).

Sağlık hizmetleri sisteminde yaşanan değişimler güvende erozyona neden olurken bu durumu etkileyen en önemli faktörlerden birinin sağlık hizmetlerinin karşılanabilirliğiyle

ilgili olduğu belirtilmektedir (Gupta vd., 2020). Gille vd., 2015 ve 2021 yıllarında yaptıkları çalışmalarda yüksek düzeyde kamu güvenin düşük işlem maliyetiyle bağlantılı olduğunu tespit etmiştir (Gille vd., 2015; Gille vd., 2021). Yüksek güven düşük maliyet bağlantısı son dönemlerde oldukça sarsılmıştır. Gupta vd. (2020), bu konuyla ilgili şu açıklamalarda bulunmuştur: *“Bugün çoğu hasta, sağlık hizmetine erişebilmek için yüksek miktarlardaki maliyet ile baş etmek zorundadır. Örneğin, Covid-19 salgını sırasında, bazı laboratuvarlar tek bir korona virüs testi için 2.300 dolardan fazla ücret istemiştir. Artan işsizlik ve kaybedilen sağlık sigortasıyla birlikte, fiyat şeffaflığının olmaması, hastaların hastanelerde en savunmasız oldukları zamanlarda aldıkları bakımın hem uygun hem de karşılanabilir olacağına dair güvenini tehdit etmektedir. Bu durum sağlık kurumlarına olan hasta güveni ile sağlık hizmetlerinin karşılanabilirliği arasındaki kötüleşen ilişkiyi vurgulamaktadır.”*

Güvenin birden çok boyutu olduğu ifade edilmiştir (Egede ve Ellis, 2008; Hall vd., 2001). Gopichandran ve Chetlapalli (2013) çalışmalarında, sağlık hizmetlerine güvenin temel boyutlarını: doktorun/sağlık tesisinin algılanan yetkinliği, ödeme gücünden bağımsız olarak-günün herhangi bir saatinde tedavinin güvence altına alınması, hastaların sağlık hizmetindeki eksiklikleri kabul etmeye istekli olması, hekime sadakat ve hekime saygı duymak olarak bulmuştur. Güvenin boyutları, biçimlendirici veya yansıtıcı olarak güven yapısını oluşturan bileşenlerdir, oysa belirleyiciler, bir hastanın yüksek veya düşük güvene sahip olup olmadığını etkileyen faktörlerdir (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013). Gopichandran ve Chetlapalli (2013), hekim ve sağlık kuruluşu ile olan rahatlık (iletişim, dil engellerinin olmaması vs.), hekimin hastayla kişisel olarak ilgilenmesi, hekimin davranış ve yaklaşımı, ekonomik faktörler ve sağlık bilinci, sağlık hizmetine duyulan güveni etkileyen faktörler/güvenin belirleyicileri olarak bulmuştur. Başka bir çalışmada ise sağlık sistemine güveni etkileyen ana unsurlar arasında sosyo-demografik faktörler (ekonomik durum vb.), sağlayıcılar ve kurumlarla önceki deneyimler, kültürel faktörler ve medya etkisi yer almaktadır (Rogala ve Donesch-Jeżo, 2020). Ekonomik temaların güvenin tüm boyutlarını ve sağlık sistemine güveni etkileyen temel bir faktör olduğu ifade edilmektedir (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013).

Güven, hastanın hekimlerin iletişim yolları, hasta hakkındaki bilgisi ve kişilerarası ilişkiler hakkındaki değerlendirmeleriyle ilişkilidir. Bununla beraber, güven, hastanın bakıma finansal erişimi ile de bağlantılıdır (Lee vd., 2019). Gupta vd. (2020), güvenin mali yükler ve sağlık hizmetlerinin düşük karşılanabilirliği tarafından da zayıflatıldığını ifade etmektedir. Maliyet faktörü dikkate alınmadan sağlık hizmetlerine ve

sağlık sistemine duyulan güvene ilişkin hiçbir tartışmanın tamamlanamadığı söylenebilir. Ekonomik güvenilirliğin güvenin önemli bir boyutu olarak ortaya çıktığı ifade edilebilir (Gopichandran ve Chetlapalli, 2013).

Onkolojide, kanserin yaşamı tehdit eden doğası nedeniyle güvenin öneminin daha fazla olduğu varsayılmaktadır (Hillen vd., 2011). Özellikle kronik hastalığı olan bireyler için güven çok önemlidir (Hall vd., 2001) ve güçlü ilişkiler hastaların bu süreçteki korkutucu belirsizliklerle başa çıkmalarına yardımcı olur (Mechanic, 1996). Belirsizliklerle mücadelenin yanı sıra hasta ile sağlık hizmeti sağlayıcısı arasındaki güven, hizmet sağlayıcı-hasta etkileşimi ve uyumunda da önemlidir (Ramsey ve Shankaran, 2012). Örneğin Hong vd. (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık hizmeti sağlayıcılarına güven ve sağlık sistemine güvensizlik, kadınlarda meme kanseri taramasına uyumu doğrudan veya dolaylı olarak etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın amacı ve önemi, model ve hipotezleri, evreni, veri toplama araçları, verilerin analizleri ve sınırlılıklara ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmanın amacı, akciğer, meme ve kolon kanseri tanısı almış bireylerde finansal toksisite düzeyini belirlemek, bu bireylerin kanser teşhis ve tedavi sürecinde karşılaştıkları finansal yükün sağlık hizmetleri sistemine duydukları güven ile ilişkisini incelemektir. Çalışmanın alt amacı, hasta ve ailesine ilişkin sosyo-demografik özelliklerin finansal toksisite için risk faktörü oluşturma durumunu değerlendirmektir.

Türkiye’de yazılı kaynaklarda kanser hastalarının maruz kaldığı finansal toksisite ile ilgili henüz Ürek (2021) ve Yücel vd. (2023) tarafından yapılan iki çalışma bulunmaktadır. Kanser, ülkelerin sağlık sisteminde yarattığı olumsuz etki göz önüne alındığında, finansal toksisite kavramının araştırılmasının hem birey özelinde hem de ülke genelinde önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın, finansal toksisite ve sağlık hizmetleri sistemine güven arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması bakımından alana katkı sağlayacağı, ayrıca onkoloji alanında güven kavramına yönelik çalışmalar da kısıtlı olduğu için literatürdeki bu boşluğu doldurmaya yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

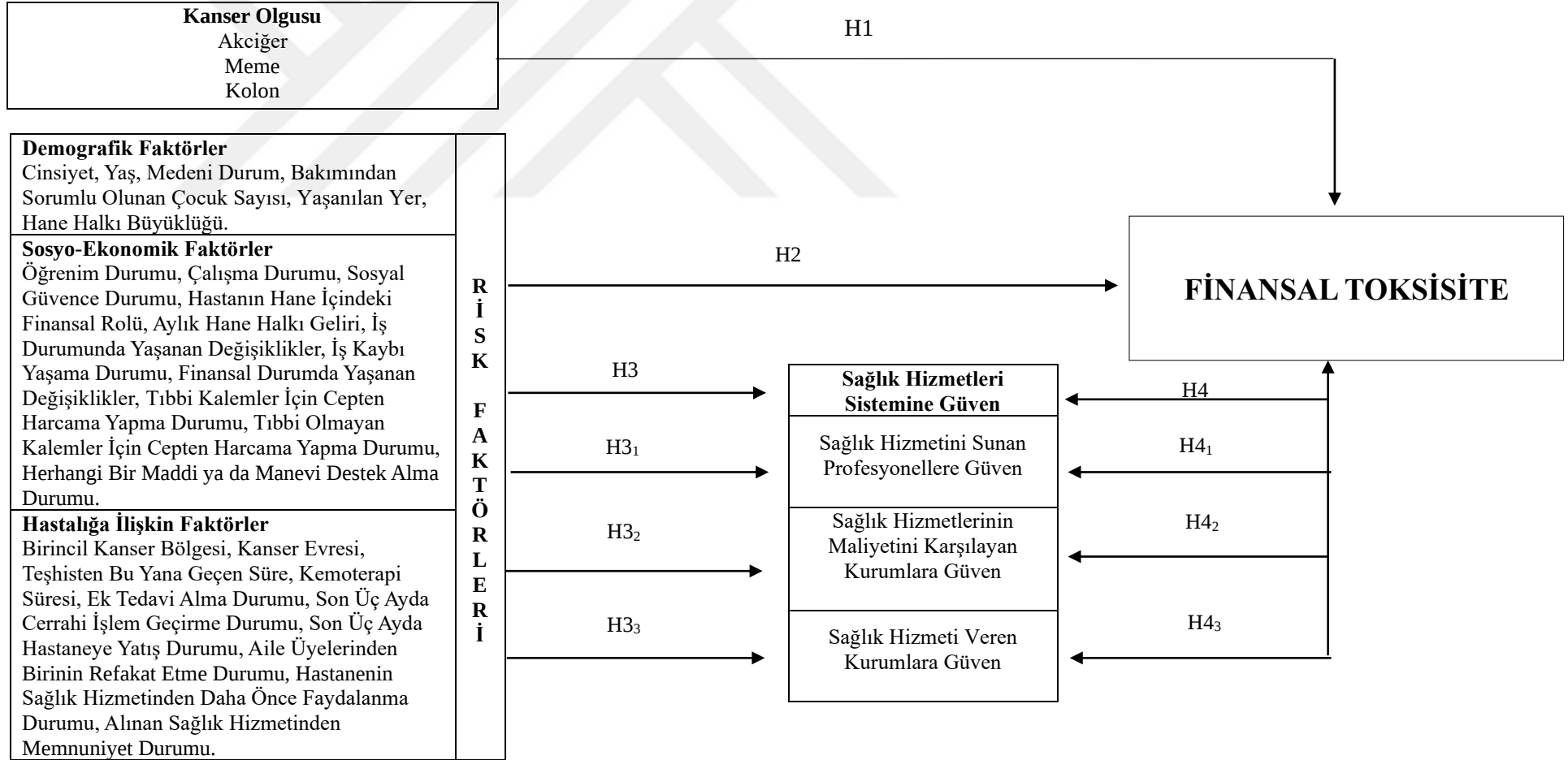
Kanser hastalarının sosyal güvenlik hakları SGK tarafından bazı düzenlemeler ile güvence altına alınmıştır. Türkiye’de sosyal güvenlik sistemine dahil olan kanser hastalarına sağlanan destekler olmasına rağmen, birçok kişinin sosyal destekler konusunda detaylı bilgisi bulunmamaktadır (Ürek, 2021). Çalışmanın uygulama alanına, özellikle hastalar ve geri ödeyici kurumlara, farkındalık sağlama noktasında çeşitli öneriler getirerek katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

2.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Çalışma akciğer, meme ve kolon kanseri tanısı alan bireylerde finansal toksisite düzeyini belirlemek ve bu bireylerin kanser teşhis ve tedavi sürecinde karşılaştıkları finansal yük ile sağlık hizmetleri sistemine duydukları güven arasındaki ilişki düzeyini incelemek amacıyla kesitsel türde, tanımlayıcı ve açıklayıcı modelde tasarlanmıştır.

Çalışmanın bağımlı değişkenleri hastaların finansal toksisite ve sağlık sistemine güven düzeyleri; bağımsız değişkenleri ise hastaların sosyo-demografik özellikleri, ekonomik özellikleri, hastalıklarına ilişkin tanımlayıcı özellikler olarak belirlenmiştir. Araştırma değişkenleri çerçevesinde oluşturulan araştırma modeli Şekil 2.1’de verilmiştir.





Şekil 2. 1. Araştırma modeli

Yapılan araştırmalar sonucunda çalışmanın hipotezleri aşağıdaki gibi oluşturulmuştur:

H1: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H2: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri (a. Cinsiyet, b. Yaş, c. Medeni Durum, ç. Bakımından Sorumlu Olunan Çocuk Sayısı, d. Öğrenim Durumu, e. Yaşanılan Yer, f. Çalışma Durumu, g. Sosyal Güvence Durumu, ğ. Hastanın Hane İçindeki Finansal Rolü, h. Aylık Hane Halkı Geliri, ı. Hane Halkı Büyüklüğü, i. Birincil Kanser Bölgesi, j. Kanser Evresi, k. Teşhisten Bu Yana Geçen Süre, l. Kemoterapi Süresi, m. Ek Tedavi Alma Durumu, n. Son Üç Ayda Cerrahi İşlem Geçirme Durumu, o. Son Üç Ayda Hastaneye Yatış Durumu, ö. İş Durumunda Yaşanan Değişiklikler, p. İş Kaybı Yaşama Durumu, r. Finansal Durumda Yaşanan Değişiklikler, s. Herhangi Bir Maddi ya da Manevi Destek Alma Durumu, ş. Aile Üyelerinden Birinin Refakat Etme Durumu, t. Tıbbi Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu, u. Tıbbi Olmayan Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu ü. Hastanenin Sağlık Hizmetinden Daha Önce Faydalanma Durumu, v. Alınan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H3: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri (a. Cinsiyet, b. Yaş, c. Medeni Durum, ç. Bakımından Sorumlu Olunan Çocuk Sayısı, d. Öğrenim Durumu, e. Yaşanılan Yer, f. Çalışma Durumu, g. Sosyal Güvence Durumu, ğ. Hastanın Hane İçindeki Finansal Rolü, h. Aylık Hane Halkı Geliri, ı. Hane Halkı Büyüklüğü, i. Birincil Kanser Bölgesi, j. Kanser Evresi, k. Teşhisten Bu Yana Geçen Süre, l. Kemoterapi Süresi, m. Ek Tedavi Alma Durumu, n. Son Üç Ayda Cerrahi İşlem Geçirme Durumu, o. Son Üç Ayda Hastaneye Yatış Durumu, ö. İş Durumunda Yaşanan Değişiklikler, p. İş Kaybı Yaşama Durumu, r. Finansal Durumda Yaşanan Değişiklikler, s. Herhangi Bir Maddi ya da Manevi Destek Alma Durumu, ş. Aile Üyelerinden Birinin Refakat Etme Durumu, t. Tıbbi Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu, u. Tıbbi Olmayan Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu ü. Hastanenin Sağlık Hizmetinden Daha Önce Faydalanma Durumu, v. Alınan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H3₁: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri (a. Cinsiyet, b. Yaş, c. Medeni Durum, ç.

Bakımından Sorumlu Olunan Çocuk Sayısı, d. Öğrenim Durumu, e. Yaşanılan Yer, f. Çalışma Durumu, g. Sosyal Güvence Durumu, ğ. Hastanın Hane İçindeki Finansal Rolü, h. Aylık Hane Halkı Geliri, ı. Hane Halkı Büyüklüğü, i. Birincil Kanser Bölgesi, j. Kanser Evresi, k. Teşhisten Bu Yana Geçen Süre, l. Kemoterapi Süresi, m. Ek Tedavi Alma Durumu, n. Son Üç Ayda Cerrahi İşlem Geçirme Durumu, o. Son Üç Ayda Hastaneye Yatış Durumu, ö. İş Durumunda Yaşanan Değişiklikler, p. İş Kaybı Yaşama Durumu, r. Finansal Durumda Yaşanan Değişiklikler, s. Herhangi Bir Maddi ya da Manevi Destek Alma Durumu, ş. Aile Üyelerinden Birinin Refakat Etme Durumu, t. Tıbbi Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu, u. Tıbbi Olmayan Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu ü. Hastanenin Sağlık Hizmetinden Daha Önce Faydalanma Durumu, v. Alınan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H3₂: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri (a. Cinsiyet, b. Yaş, c. Medeni Durum, ç. Bakımından Sorumlu Olunan Çocuk Sayısı, d. Öğrenim Durumu, e. Yaşanılan Yer, f. Çalışma Durumu, g. Sosyal Güvence Durumu, ğ. Hastanın Hane İçindeki Finansal Rolü, h. Aylık Hane Halkı Geliri, ı. Hane Halkı Büyüklüğü, i. Birincil Kanser Bölgesi, j. Kanser Evresi, k. Teşhisten Bu Yana Geçen Süre, l. Kemoterapi Süresi, m. Ek Tedavi Alma Durumu, n. Son Üç Ayda Cerrahi İşlem Geçirme Durumu, o. Son Üç Ayda Hastaneye Yatış Durumu, ö. İş Durumunda Yaşanan Değişiklikler, p. İş Kaybı Yaşama Durumu, r. Finansal Durumda Yaşanan Değişiklikler, s. Herhangi Bir Maddi ya da Manevi Destek Alma Durumu, ş. Aile Üyelerinden Birinin Refakat Etme Durumu, , t. Tıbbi Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu, u. Tıbbi Olmayan Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu ü. Hastanenin Sağlık Hizmetinden Daha Önce Faydalanma Durumu, v. Alınan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H3₃: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri (a. Cinsiyet, b. Yaş, c. Medeni Durum, ç. Bakımından Sorumlu Olunan Çocuk Sayısı, d. Öğrenim Durumu, e. Yaşanılan Yer, f. Çalışma Durumu, g. Sosyal Güvence Durumu, ğ. Hastanın Hane İçindeki Finansal Rolü, h. Aylık Hane Halkı Geliri, ı. Hane Halkı Büyüklüğü, i. Birincil Kanser Bölgesi, j. Kanser Evresi, k. Teşhisten Bu Yana Geçen Süre, l. Kemoterapi Süresi, m. Ek Tedavi Alma Durumu, n. Son Üç Ayda Cerrahi İşlem Geçirme Durumu, o. Son Üç Ayda Hastaneye Yatış Durumu, ö. İş Durumunda Yaşanan Değişiklikler, p. İş Kaybı Yaşama Durumu, r. Finansal Durumda

Yaşanan Değişiklikler, s. Herhangi Bir Maddi ya da Manevi Destek Alma Durumu, ş. Aile Üyelerinden Birinin Refakat Etme Durumu, t. Tıbbi Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu, u. Tıbbi Olmayan Kalemler İçin Cepten Harcama Yapma Durumu ü. Hastanenin Sağlık Hizmetinden Daha Önce Faydalanma Durumu, v. Alınan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

H4: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

H4₁: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

H4₂: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

H4₃: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 10.03.2023-10.06.2023 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 18 yaş üstü, en az 3 aydır kemoterapi alan, Türkçe okuyup, yazabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden akciğer, meme ve kolon kanseri tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmeyip ilgili tarihler arasında çalışmaya katılma kriterlerini sağlayan tüm hastalara ulaşmak amaçlanmıştır.

Çalışma kapsamında yaklaşık 130 hastanın çalışma kriterlerine uygun olduğu onkoloji birimindeki sorumlu hemşire tarafından bildirilmiştir. Ancak 14 hasta yorgunluk, iyi hissetmeme, stres gibi nedenlerle çalışmaya katılmayı kabul etmemiş ve 11 hastaya da ulaşılammıştır. Sonuç olarak araştırma kapsamında 105 hasta ile yüz yüze görüşme yapılarak anketler doldurulmuştur.

Kanser olguları belirlenirken tıbbi onkoloji biriminde çalışan 6 hekimden uzman görüşü alınmıştır. Hekimlerden, Türkiye'de en fazla görülen kanser türlerinden finansal toksisitesinin en fazla olduğunu düşündüğü 3 kanser türünü belirtmesi istenmiştir. 1.cevap 3

puan, 2.cevap 2 puan ve 3.cevap 1 puan olacak şekilde kodlama yapılmış ve verilen cevaplara göre puanlar toplanmıştır. “Uzman Görüşü Değerlendirme Formu” EK-1’de gösterilmiştir. Görüşmeler sonucunda;

1. Sırada 13 puan ile akciğer kanseri
2. Sırada 12 puan ile meme kanseri ve
3. Sırada 9 puan ile kolon kanseri bulunmuştur.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır (EK-2). Formun ilk bölümünde literatür taraması yapılarak oluşturulan “Demografik Özellikler Formu”, ikinci bölümünde de Souza vd. (2014) tarafından ABD’de kanser hastalarının finansal toksisite düzeylerini ölçmek için geliştirilen “Finansal Toksisite Ölçeği (COST)” kullanılmıştır. Ürek (2021) tarafından ölçeğin Türkçeye uyarlaması yapılmış, geçerlik ve güvenirlik analizleri ile değerlendirilmiştir. Formun üçüncü bölümünde ise Egede ve Ellis (2008) tarafından 2008 yılında ABD’de geliştirilen, Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışması 2012 yılında Dinç vd. (2013) tarafından yapılan “Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği” kullanılmıştır.

-Demografik Özellikler Formu

Formun ilk bölümünde, hastaların kişisel ve demografik bilgilerine ulaşabilmek amacıyla “Demografik Özellikler Formu” oluşturulmuştur. Form oluşturulurken ulusal ve uluslararası alandaki çeşitli çalışmalar incelenmiştir. Formda, cinsiyet, yaş, medeni durum, bakımından sorumlu olunan çocuk sayısı, öğrenim durumu, yaşanan yer, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, hastanın hane içindeki finansal rolü, aylık hane halkı geliri, hane halkı büyüklüğü, birincil kanser bölgesi, kanser evresi, teşhisten bu yana geçen süre, kemoterapi süresi, ek tedavi alma durumu, son üç ayda cerrahi işlem geçirme durumu, son üç ayda hastaneye yatış durumu, iş durumunda yaşanan değişiklikler, iş kaybı yaşama durumu, finansal durumda yaşanan değişiklikler, herhangi bir maddi ya da manevi destek alma durumu, aile üyelerinden birinin refakat etme durumu, tıbbi kalemler için cepten harcama yapma durumu, tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapma durumu, hastanenin sağlık hizmetinden daha önce faydalanma durumu, alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu ile ilgili 27 soru yer almaktadır (Aviki vd., 2022; de Souza vd., 2014; de Souza vd.,

2017; Deloitte, 2016; Doğan, 2016; Huey vd., 2021; Jiang vd., 2023; Lentz vd., 2019; Mahon, 2020; McNulty ve Khera, 2015; NCI, 2019; Ouchveridze vd., 2022; The ACTION Study Group, 2015; Timmons vd., 2013; TÜRK-İŞ, 2023; Usta, 2016; Ürek, 2021; Zafar vd., 2013).

- Finansal Toksisite Ölçeği

Anketin ikinci bölümünde de Souza vd. (2014) tarafından ABD’de kanser hastalarının finansal toksisite düzeylerini ölçmek için geliştirilmiş 11 maddelik COST ölçeği yer almaktadır. Ölçeğin psikometrik özellikleri de Souza vd. (2017) tarafından test edilmiştir. Ürek tarafından 2021 yılında ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Literatürde kanser hastalarında finansal toksisiteyi ölçmek için çeşitli araçlar ve tanımlar kullanılmıştır ve tek tip bir fikir birliği yoktur (Desai ve Gyawali, 2020; Witte vd., 2019), aksine finansal toksisiteyi ölçmek için tanımlanan araçların heterojenliği fazladır (Bhoo-Pathy vd., 2019; McNulty ve Khera, 2015). Bazı çalışmalar finansal toksisiteyi, cepten harcamaların bir yüzdesi olarak değerlendirirken, diğerleri doğrudan hastanın tedavi nedeniyle mali yük hissedip hissetmediği ile değerlendirmeye çalışmıştır (Desai ve Gyawali, 2020). COST ölçeği kanser hastalarında finansal toksisiteyi değerlendirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (Altice vd., 2017; Ezeife vd., 2019; Xu vd., 2022). Desai ve Gyawali (2020), şu ana kadar geçerliliği kanıtlanmış tek aracın ABD'deki kanser hastalarında finansal toksisiteyi değerlendirmek için kullanılan COST aracı olduğunu belirtmiştir.

Ölçek; son yedi gün içerisinde kanser tedavisiyle ilişkili olarak finansal memnuniyet, geliri muhafaza etme endişesi, aylık harcamaları karşılama endişesi, cepten yapılan harcamalar ve finansal durum kontrolü konularında hem nesnel hem de öznel ifadelerden oluşan bir araçtır. Kanser bakımıyla ilgili cepten harcamalar gibi doğrudan maliyetler ile gelir kaybı ve istihdamdaki değişiklikler gibi dolaylı maliyetleri de aynı anda değerlendirmektedir. Ölçeğin 11 maddeden oluşan ilk versiyonunda, bakım verenler veya aile üyeleri üzerindeki finansal etki dikkate alınmamakta olup, ölçeğin ikinci versiyonuna finansal zorluğun aile üzerindeki etkisini de değerlendiren özet bir madde dahil edilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin ikinci ve son versiyonu olan 12 maddelik COST-FACIT Version 2 kullanılmıştır (Ürek, 2021).

COST ölçeği tek boyutludur ve ölçekteki seçenekler Hiç (0), Çok Az (1), Biraz (2), Oldukça (3) ve Çok Fazla (4) olmak üzere 0 ve 44 arasında değer almaktadır. Kronik Hastalık Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ölçüm Sistemi (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System-FACIT)'nin önerdiği skorlama prosedürlerine göre 12.madde (son madde) skorlamaya dahil edilmemiştir ve madde 2, 3, 4, 5, 8, 9 ve 10'un ise ters kodlanması gerekmektedir. Sistemin bu ölçek için önerdiği skorlama formülü aşağıda verilmiştir (Ürek, 2021):

[Maddelere verilen puanların toplamı X 11 (ölçekteki madde sayısı)] / Cevaplanan madde sayısı

Bu formüle göre; madde 12 dışında diğer maddelere verilen puanlar toplanmakta ve daha sonra elde edilen puan ölçekteki madde sayısı ile çapılmakta ve ardından çıkan sonuç cevaplanan madde sayısına bölünerek finansal toksisite skoru hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam skor 0-44 arasında değişmektedir ve yüksek skorlar daha düşük finansal toksisite, bir başka deyişle daha iyi finansal refah anlamına gelmektedir. Skor 0 en yüksek finansal toksisiteyi, skor 44 ise en düşük finansal toksisiteyi ifade etmektedir (Ürek, 2021).

Finansal toksisite için literatürde daha önce tanımlanmış standart bir kesim noktası (eşik değer) bulunmamaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda kesim noktası olarak medyan COST değeri kullanılmıştır (de Souza vd., 2014; de Souza vd., 2017; Ezeife vd., 2019; Ürek, 2021).

- Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği

Anketin üçüncü bölümünde “Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek 2008 yılında Egede ve Ellis (Egede ve Ellis, 2008) tarafından ABD’de geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlik güvenirlik çalışması 2012 yılında Dinç vd. (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçek gelişimi iki aşamada gerçekleşmiştir. Birinci aşamada güven literatürünün, odak grupları ve uzman görüşlerinin incelenmesiyle 70 maddelik bir pilot araç oluşturulup 70 madde ve 256 öğrenciden oluşan bir örnekleme pilot testi yapılmıştır. Daha sonra sağlık hizmeti sunucularına güveni ölçen 10 madde, sağlık hizmeti maliyetini karşılayanlara güveni ölçen 4 madde ve hizmeti veren sağlık kurumlarına güveni ölçen 3 maddeden oluşan 17 maddelik bir ölçek geliştirilmiştir. İkinci aşamada, ölçeğin güvenilirliğini ve geçerliliğini değerlendirmek için son ölçek, ABD’nin güneydoğusundaki

bir akademik tıp merkezindeki 301 birinci basamak hastasına uygulanmıştır (Dinç vd., 2013).

Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği, 1 puan “Kesinlikle Katılmıyorum”, 2 puan “Katılmıyorum”, 3 puan “Kararsızım”, 4 puan “Katılıyorum” ve 5 puan “Kesinlikle Katılıyorum” ifadeleri ile oluşan 5’li Likert tiptedir. Ölçeğin 4 ve 15. maddeleri ters puanlı ölçek maddeleridir. Bu ölçek maddelerinde ise 5 puan “Kesinlikle Katılmıyorum” ve 4 puan “Katılmıyorum”, 3 puan “Kararsızım”, 2 puan “Katılıyorum” ve 1 puan “Kesinlikle Katılıyorum” ifadesi ile puanlanmaktadır. Ölçek, sağlık profesyonellerine olan güveni (10 madde), sağlık hizmetinin maliyetlerini karşılayanlara olan güveni (4 madde) ve sağlık hizmeti veren kurumlara olan güveni (3 madde) ölçmeye yönelik 17 soru ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Bireysel maddelerin toplamından oluşan bir özet puan oluşturulmuştur, böylece daha yüksek toplam ve alt ölçek puanları sağlık sistemlerine daha fazla güveni temsil etmektedir. Ölçek toplam puan ortalaması ortalama puanı 63 (SS 8,8), sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt ölçeğinin ortalaması 40 (SS 6,2), sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara güven alt ölçeğinin ortalaması 12,8 (SS 3,0) ve sağlık hizmeti sunan kurumlara güven alt ölçeğinin ortalaması 12,8 (SS 3,0) olarak hesaplanmıştır (Egede ve Ellis 2008).

2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 27.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri hastaların finansal toksisite ve sağlık sistemine güven düzeyleri; bağımsız değişkenleri ise hastaların sosyo-demografik özellikleri, ekonomik özellikleri, hastalıklarına ilişkin tanımlayıcı özellikler olarak belirlenmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, hipotez testleri ve regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri için tanımlayıcı istatistiklerde sürekli nicel değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler; nitel değişkenler için frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır.

Bağımlı değişkenler sürekli nicel değişkenler olduğu için öncelikle Kolmogorov-Smirnov testi ile normallik dağılımına uygunlukları test edilmiştir ve normal dağılıma uygun olmadıkları belirlenmiştir ($p < 0,05$). Araştırmaya katılan kanser hastalarının finansal toksisite

ve sağlık sistemine guven duzeylerini etkileyen sosyo-demografik faktörleri, ekonomik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri belirlemek için iki gruplu bağımsız değişkenlerde Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Üç ve daha fazla gruplu bağımsız değişkenler için ise Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. İkili karşılaştırmalar için post hoc analizlerinde Scheffe testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri olan finansal toksisite ve sağlık sistemine guven duzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesinde korelasyon analizi kullanılmıştır. Değişkenler normal dağılmadığı için Spearman Sıra Farkları katsayısı hesaplanmıştır. Korelasyon katsayısı (r) -1 ile +1 arasında bir değer olup, 0,00-0,25 ilişkinin olmadığını ya da çok zayıf ilişkiyi, 0,26 ve 0,49 arasında zayıf ilişki, 0,50-0,69 arasında orta düzeyde ilişki, 0,70-0,89 arasında yüksek düzeyde ilişki ve 0,90-1,00 arasında ise çok yüksek ilişki olduğu ifade etmektedir (Karagöz, 2016).

Araştırmaya katılan kanser hastalarının finansal toksisite düzeylerini etkileyen sosyo-demografik özellikler ile bir regresyon analizi yapılarak faktörlerin bir arada finansal toksisiteyi etkileme düzeyleri belirlenmiştir. Finansal toksisite ile ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla olabilirlik oranına dayalı geriye doğru yöntemi ile ikili lojistik regresyon analizi kullanılarak model geliştirilmiştir. Model için katılımcılar COST ölçeğinden aldıkları puanlara göre düşük ve yüksek finansal toksisiteye sahip gruplar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu ayrımın gerçekleştirilmesinde puanlar normal dağılmadığı için kesim noktası olarak medyan değeri kullanılmıştır (de Souza vd., 2014; de Souza vd., 2017; Ezeife vd., 2019; Ürek, 2021).

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgular Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde araştırmayı kabul eden akciğer, meme ve kolon kanseri tanısı alan katılımcılardan alındığı için tek bir hastane ve belli kanser olguları üzerinden elde edilen verilere dayanmaktadır. Bu durum, çalışmanın birinci sınırlılığını oluşturmaktadır.

Çalışma SGK ile anlaşması olan bir vakıf hastanesi özelinde yapıldığı için cepten harcama yapma olasılığı yüksek gözükmektedir. Bu nedenle bulguların Türkiye'deki tüm kanser hastaları için genellenmesinin mümkün olmaması ikinci sınırlılıktır. Son olarak çalışmada finansal toksisiteyi ölçmek için en az 3 ay kemoterapi alma sınırı bulunmaktadır.

Bu durum tedaviye yeni başlayan katılımcıların çalışmaya katılmasının önünde engel oluşturduğu için üçüncü sınırlılığı oluşturmaktadır.



3. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümü *Tanımlayıcı Bulgular, Finansal Toksisiteye İlişkin Bulgular ve Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven ile İlişkili Bulgular* olarak üç ayrı başlığı içermektedir.

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların: sosyo-demografik özellikleri, sosyo-ekonomik özellikleri, hastalık ile ilgili özellikleri, hastalıktan sonra yaşanan değişimlere dair özellikleri, sosyal destek alma durumları, cepten harcama yapma düzeyleri ve hizmet kullanımı ve memnuniyet durumlarına ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Katılımcılara ilişkin sosyo-demografik özellikler Çizelge 3.1’de yer almaktadır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Çizelge 3.1’de gösterilmiştir. Katılımcıların %56,2’si kadın, %43,8’i erkektir. Katılımcıların %3,8’i 30-40 yaş, %19’u 41-50 yaş, %21’i 51-60 yaş, %32,4’ü 61-70 yaş ve %21,9’u 71-82 yaş aralığındadır. Katılımcıların %81’i evli, %19’u bekar ve %74,3’ünün bakmakla yükümlü olduğu çocuğu bulunmazken, %25,7’sinin bakmakla yükümlü olduğu çocuğu vardır. Katılımcıların %42,9 Çankaya, %8,6’sı Mamak, %14,3’ü Etimesgut, %13,3’ü Yenimahalle, %5,7’si Keçiören’de yaşarken, %15,2’si sağlık hizmeti almak için şehir dışından gelmektedir. Katılımcıların %15,2’si tek başına yaşarken, %59’u 2 kişilik, %15,2’si 3 kişilik, %9,5’i 4 kişilik ve %1’i 5 kişilik haneye sahiptir (Çizelge 3.1).

Çizelge 3. 1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	59	56,2
Erkek	46	43,8
Toplam	105	100
Yaş		
30-40 yıl	4	3,8
41-50 yıl	20	19,0
51-60 yıl	22	21,0
61-70 yıl	34	32,4
71-82 yıl	25	23,8
Toplam	105	100
Medeni Durum		
Evli	85	81
Bekar	20	19
Toplam	105	100
Bakımından Sorumlu Olunan Çocuk Sayısı		

Çizelge 3.1. Devam

Yok	78	74,3
Var	27	25,7
Toplam	105	100
Yaşanılan Yer		
Çankaya	45	42,9
Mamak	9	8,6
Etimesgut	15	14,3
Yenimahalle	14	13,3
Keçiören	6	5,7
Şehir dışı	16	15,2
Toplam	105	100
Hane Halkı Büyüklüğü		
1 kişi	16	15,2
2 kişi	62	59,0
3 kişi	16	15,2
4 kişi	10	9,5
5 kişi	1	1,0
Toplam	105	100

Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımları Çizelge 3.2’de gösterilmiştir. Katılımcıların %7,6’sı ilkokul, %8,6’sı ortaokul, %23,8’i lise, %48,6’sı üniversite ve %11,4’ü lisansüstü mezunudur. Katılımcıların %5,7’si tam zamanlı, %12,4’ü part-time çalışırken, %7,6’sı çalışmamaktadır. Katılımcıların %61,9’u emekli ve %12,4’ü ev hanımıdır. Katılımcıların tamamı (%100) GSS kapsamında olup sağlık sigortasına sahipken, %13,3’ünün ayrıca özel sigortası ve %2,9’unun tamamlayıcı sağlık sigortası bulunmaktadır. Katılımcıların %86,7’sinin sağlık hizmetine ilişkin maliyeti SGK tarafından karşılanırken, %13,3’ünün sağlık hizmet maliyetleri özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır. Katılımcıların %29,5’i hane içerisindeki esas geliri kazanan kişi iken, %19’u haneye maddi katkı sağlamadığını, %51,4’ü ise eşi ile ortaklaşa para kazandığını belirtmiştir. Katılımcıların %15,2’sinin aylık hanehalkı geliri <9.500 TL, %49,5’inin 9.501-31.000 TL, %35,2’sinin 31.000 TL ve üzeridir. Çalışmanın yapıldığı zaman aralığında açlık sınırı 9.500 TL ve yoksulluk sınırı 31.000 TL olduğu için kesim değeri olarak bu aralıklar kullanılmıştır (TÜRK-İŞ, 2023). Katılımcıların %15,2’si yalnız yaşarken, %59’u 2 kişilik, %15,2’si 3 kişilik, %9,5’i 4 kişilik ve %1’i 5 kişilik aile yapısına sahiptir.

Çizelge 3. 2. Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğrenim Durumu		
İlkokul mezunu	8	7,6
Ortaokul mezunu	9	8,6
Lise mezunu	25	23,8
Üniversite mezunu	51	48,6

Lisansüstü mezunu	12	11,4
Toplam	105	100
Çalışma Durumu		
Tam zamanlı	6	5,7
Part-time	13	12,4
Çalışmıyor	8	7,6
Emekli	65	61,9
Ev hanımı	13	12,4
Toplam	105	100
Sosyal Güvence Durumu*		
SGK	105	100
Özel Sigorta	14	13,3
Tamamlayıcı sağlık sigortası	3	2,9
Hane İçerisindeki Finansal Rol		
Para kazanan	31	29,5
Para kazanmayan	20	19
Eş ile ortaklaşa para kazanan	54	51,4
Toplam	105	100
Aylık Hane Halkı Geliri**		
<9.500 TL	16	15,2
9.501-31.000 TL	52	49,5
31.000 TL ve üzeri	37	35,2
Toplam	105	100

* Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

** Hastaların aylık hane halkı gelirleri değerlendirilirken, kesim değeri olarak TÜRK-İŞ (2023)'ten alınan açıklık sınırı (9.500 TL) ve yoksulluk sınırı (31.000 TL) aralığı kullanılmıştır.

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre dağılımları Çizelge 3.3'te gösterilmiştir. Katılımcıların %36,2 akciğer kanseri, %34,3'ü meme kanseri, %29,5'i kolon kanseridir. Katılımcıların %5,7'si karaciğer, %1'i kolon, %2,9'u akciğer ve %1'i mide olmak üzere toplamda %10,5'i ikincil kanser bölgesi bildirmiştir. Katılımcıların %21,9'u 1.evre, %48,6'sı 2.evre, %23,8'i 3.evre, %5,7'si 4.evre kanser hastasıdır. Katılımcıların %71,4'ü teşhisten itibaren geçen sürelerinin 10 aydan az olduğunu belirtirken, %28,6'sı teşhisten itibaren 10 aydan fazla süre geçtiğini belirtmiştir. Katılımcıların %62,9'unun kemoterapi süresi 6 aydan az, %37,1'inin ise 6 aydan fazladır. Katılımcıların %92,4'ü ek tedavi almadığını belirtirken, %7,6'sı kemoterapiye ek olarak immünoterapi ve radyoterapi aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %10,5'i son 3 ayda cerrahi bir işlem geçirirken, %89,5'i herhangi bir cerrahi işlem geçirmemiştir. Katılımcıların %20'si son 3 ayda hastaneye yatış yaparken, %80'i herhangi bir yatış gerçekleştirmemiştir.

Çizelge 3. 3. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kanser Bölgesi		
Akciğer kanseri	38	36,2
Meme kanseri	36	34,3
Kolon kanseri	31	29,5
Toplam	105	100
Kanser Evresi		
Evre 1	23	21,9
Evre 2	51	48,6
Evre 3	25	23,8
Evre 4	6	5,7
Toplam	105	100
Teşhisten Bu Yana Geçen Süre		
≤10 ay	75	71,4
>10 ay	30	28,6
Toplam	105	100
Kemoterapi Süresi		
≤6 ay	66	%62,9
>6 ay	39	%37,1
Toplam	105	100
Ek Tedavi Geçmişi		
Yok	97	92,4
Var	8	7,6
Toplam	105	100
Son 3 Ayda Cerrahi İşlem Geçirme Durumu		
Geçirdi	11	10,5
Geçirmedi	94	89,5
Toplam	105	100
Son 3 Ayda Hastaneye Yatış Yapma Durumu		
Yatış Yaptı	21	20,0
Yatış Yapmadı	84	80,0
Toplam	105	100

Katılımcıların hastalıktan sonra yaşadıkları değişimler; iş durumu, iş kaybı ve finansal durum değişimleri olarak Çizelge 3.4’te gösterilmiştir. Katılımcıların %16,2’si çalışma saatlerinde azalma olduğunu, %12,4’ü part-time çalışmak durumunda kaldığını, %3,8’i eski iş yerinden ayrılmak zorunda kaldığını, %11,4’ü ücretli hastalık iznine çıkarıldığını, %5,7’si ücretsiz izne çıkarıldığını, %3,8’i işini değiştirmek zorunda kaldığını, %1’i işsiz kaldığını, %3,8’i hastalık nedeniyle emekli olduğunu belirtirken, %72,4’ü herhangi bir değişiklik yaşamadığını belirtmiştir. Katılımcıların %72,4’ü herhangi bir iş kaybı yaşamadığını belirtirken, %12,4’ü 30 günden az iş kaybı yaşadığını, %13,3’ü 30 günden- 6 aya kadar iş kaybı yaşadığını, %1,9’u 6 aydan-3 yıla kadar iş kaybı yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %81,9’u gelir kaybı yaşadığını, %1’i eşinin iş değiştirmek zorunda kaldığını, %43,8’i aile ve arkadaşlarından ödünç para aldığını, %2,9’u kredi çektiğini, %18,1’i yatırımlarını satmak zorunda kaldığını, %59’u tasarruf hesabını kullandığını, %35,2’si emeklilik hesabından para

çektığını belirtmiştir. Katılımcıların %5,7'si ise herhangi bir gelir kaybı yaşamadığını belirtmiştir (Çizelge 3.4).

Çizelge 3. 4. Katılımcıların hastalıktan sonra yaşadıkları değişimlere ilişkin bulguların dağılımı

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
İş Durumunda Yaşanan Değişiklikler*		
Çalışma saatlerinde azalma olan	17	16,2
Part-time çalışmak durumunda kalan	13	12,4
Eski iş yerinden ayrılmak zorunda kalan	4	3,8
Ücretli hastalık iznine çıkarılan	12	11,4
Ücretsiz izne çıkarılan	6	5,7
İşini değiştirmek zorunda kalan	4	3,8
İşsiz kalan	1	1
Hastalık nedeni ile emekli olan	4	3,8
Herhangi bir değişiklik yaşamayan	76	72,4
İş Kaybı		
İş kaybı yaşamayan	76	72,4
30 günden az iş kaybı yaşayan	13	12,4
30 günden- 6 aya kadar iş kaybı yaşayan	14	13,3
6 aydan-3 yıla kadar iş kaybı yaşayan	2	1,9
Toplam	105	100
Finansal Durumda Yaşanan Değişiklikler*		
Gelir kaybı/azalması yaşayan	86	81,9
Eşi iş değiştirmek durumunda kalan	1	1
Aile ve arkadaşlarından ödünç para alan	46	43,8
Kredi çeken	3	2,9
Yatırımlarını (Ev, araba vb.) satmak zorunda kalan	19	18,1
Tasarruf hesabını kullanan	62	59
Emeklilik hesabından para çeken	37	35,2
Diğer**	6	5,7

* Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

**Herhangi bir gelir kaybı yaşanmamıştır.

Katılımcıların sosyal destek alma durumlarına göre dağılımları Çizelge 3.5'te verilmiştir. Katılımcıların %6,7'si tanı konduktan sonra herhangi bir kurumdan destek aldığını belirtirken, %93,3'ü destek almadığını belirtmiştir. Katılımcıların %10,5'inin aile üyelerinden biri işi bırakıp hastaya refakat etmiştir. Katılımcıların %93,3'ünün ise refakat etmek için işi bırakan aile üyesi bulunmamaktadır.

Çizelge 3. 5. Katılımcıların sosyal destek alma durumlarına göre dağılımları

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tanı Konduktan Sonra Herhangi Bir Kurumdan Destek Alma Durumu		
Destek Alındı	7	6,7
Destek Alınmadı	98	93,3
Toplam	105	100
Aile Üyelerinden Birinin İş Bırakıp Refakat Etme Durumu		
Refakat eden	11	10,5
Refakat etmeyen	94	89,5
Toplam	105	100

Katılımcıların son 3 ayda cepten harcama yapma durumları; tıbbi kalemler ve tıbbi olmayan kalemler olarak Çizelge 3.6'te verilmiştir. Katılımcıların %86,7'si muayene için cepten harcama yapmıştır. Muayene için cepten harcama tutarı minimum 1.000 TL ve maksimum 20.000 TL olmak üzere ortalama 3.677 TL'dir. Katılımcıların %13,3'ü ise muayene için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %9,5'i ameliyat için cepten harcama yapmıştır. Ameliyat için cepten harcama tutarı minimum 9.500 TL ve maksimum 30.000 TL olmak üzere ortalama 19.550 TL'dir. Katılımcıların %90,5'i ise ameliyat için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %17,1'i yatış için cepten harcama yapmıştır. Yatış için cepten harcama tutarı minimum 3.000 TL ve maksimum 82.000 TL olmak üzere ortalama 19.638 TL'dir. Katılımcıların %81,9'u ise yatış için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %81,9'u ilaçlar için cepten harcama yapmıştır. İlaçlar için cepten harcama tutarı minimum 500 TL ve maksimum 40.000 TL olmak üzere ortalama 3.272 TL'dir. Katılımcıların %18,1 ise ilaçlar için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %65,7'si laboratuvar hizmetleri için cepten harcama yapmıştır. Laboratuvar hizmetleri için cepten harcama tutarı minimum 240 TL ve maksimum 20.000 TL olmak üzere ortalama 1.179 TL'dir. Katılımcıların %34,3'ü ise laboratuvar hizmetleri için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %47,6'sı görüntüleme hizmetleri için cepten harcama yapmıştır. Görüntüleme hizmetleri için cepten harcama tutarı minimum 700 TL ve maksimum 10.000 TL olmak üzere ortalama 2.216 TL'dir. Katılımcıların %52,4'ü ise görüntüleme hizmetleri için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %8,6'sı tıbbi cihaz ve malzemeler için cepten harcama yapmıştır. Tıbbi cihaz ve malzemeler için cepten harcama tutarı minimum 500 TL ve maksimum 2.000 TL olmak üzere ortalama 1.027 TL'dir. Katılımcıların %91,4'ü ise tıbbi cihaz ve malzemeler için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır.

Katılımcıların %40'ı ulaşım için cepten harcama yapmıştır. Ulaşım için cepten harcama tutarı minimum 500 TL ve maksimum 12.000 TL olmak üzere ortalama 2.155 TL'dir. Katılımcıların %60'ı ise ulaşım için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %1,9'u barınma için cepten harcama yapmıştır. Barınma için cepten harcama tutarı minimum 2.000 TL ve maksimum 45.000 TL olmak üzere ortalama 23.500 TL'dir. Katılımcıların %98,1'i ise ulaşım için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %5,7'si beslenme için cepten harcama yapmıştır. Beslenme için cepten harcama tutarı minimum 1.500 TL ve maksimum 12.000 TL olmak üzere ortalama 5.083 TL'dir. Katılımcıların %94,3'ü ise beslenme için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %10,5'i çocuk ve yaşlı bakımı için cepten harcama yapmıştır. Çocuk ve yaşlı

bakımı için cepten harcama tutarı minimum 1.000 TL ve maksimum 6.000 TL olmak üzere ortalama 1.954 TL'dir. Katılımcıların %94,3'ü ise çocuk ve yaşlı bakımı için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır. Katılımcıların %20'si ev işleri için cepten harcama yapmıştır. Ev işleri için cepten harcama tutarı minimum 700 TL ve maksimum 8.000 TL olmak üzere ortalama 2.361 TL'dir. Katılımcıların %80'i ise ev işleri için herhangi bir cepten harcama yapmamıştır (Çizelge 3.6).

Çizelge 3. 6. Katılımcıların son 3 ayda cepten harcama yapma durumlarına göre dağılımı

Harcama Kalemleri*	Cepten harcama yapma durumu				Cepten Harcama Tutarı (TL)			
	Evet		Hayır					
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Min	Maks	Ort	SS
Tıbbi Kalemler								
Muayene	91	86,7	14	13,3	1.000	20.000	3677,80	2251,94
Ameliyat	10	9,5	95	90,5	9.500	30.000	19550,00	7212,83
Yatış	18	17,1	87	81,9	3.000	82.000	19638,88	23235,24
İlaçlar	86	81,9	19	18,1	500	40.000	3272,32	5692,52
Laboratuvar hizmetleri	69	65,7	36	34,3	240	20.000	1179,13	2424,89
Görüntülem e hizmetleri	50	47,6	55	52,4	700	10.000	2216,32	1641,81
Tıbbi cihaz ve malzemeler	9	8,6	96	91,4	500	2.000	1027,77	475,07
Tıbbi olmayan kalemler								
Ulaşım	42	40	63	60	500	12.000	2155,95	2248,47
Barınma	2	1,9	103	98,1	2.000	45.000	23500,00	30405,59
Beslenme	6	5,7	99	94,3	1.500	12.000	5083,33	3800,21
Çocuk/yaşlı bakımı	11	10,5	94	89,5	1.000	6.000	1954,54	1422,22
Ev işleri	21	20	84	80	700	8.000	2361,90	1702,49

* Birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir.

Min: Minimum, Maks: Maksimum

Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumlarına göre dağılımları Çizelge 3.7'de gösterilmektedir. Katılımcıların %69,5'i poliklinikte birkaç kez muayene olduğunu, %24,8'i hastanede uzun süre tedavi gördüğünü, %5,7'si ise hastanede ilk kez muayene olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %83,8'i aldığı sağlık hizmetinden memnun kalırken, %16,2'si memnun kalmamıştır.

Çizelge 3. 7. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumlarına göre dağılımı

Değişken	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanenin Sağlık Hizmetlerinden Daha Önce Faydalanma Durumu		
Birkaç kez poliklinikte muayene olan	73	69,5
Uzun süreli tedavi gören	26	24,8
İlk kez muayene olan	6	5,7
Toplam	105	100
Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu		
Memnun kalan	88	83,8
Memnun kalmayan	17	16,2
Toplam	105	100

3.2. Finansal Toksisiteye İlişkin Bulgular

Katılımcıların COST Ölçeği ile elde edilen finansal toksisite bulguları incelendiğinde, finansal toksisite medyan değeri 17, genel ortalamaları $18,81 \pm 9,38$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan minimum değer 3 maksimum değer 42'dir. Çalışmaya katılan bireylerin düşük skor aldıkları ve bu nedenle yüksek düzeyde finansal toksisite yaşadığı ifade edilebilir.

Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalık olgularının finansal toksisite düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır (Çizelge 3.8). Analiz sonuçlarına göre anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Analiz sonucuna göre H1 hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3. 8. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı

Değişken	n	Ortalama	SS	H değeri	p
Kanser Bölgesi					
Akciğer kanseri	38	18,60	9,89	1,884	0,390
Meme kanseri	36	17,47	8,55		
Kolon kanseri	31	20,64	9,66		
Toplam	105	18,81	9,38		

SS: Standart Sapma, H: Kruskal Wallis

Hastalık olguları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı için, araştırmanın bundan sonraki analizleri tüm hastalık olguları bir araya getirilerek değerlendirilmiştir. Bu kapsamda aşağıdaki bölümde; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, sosyo-ekonomik özelliklerine göre, hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre, hastalık sonrası yaşadıkları iş değişimlerine göre, sosyal destek durumuna göre, cepten harcama yapma durumuna göre ve sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumuna göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı incelenmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların finansal toksisite ortalamaları ($17,27\pm9,48$), erkeklere göre ($20,80\pm8,96$) daha düşüktür. Analiz sonucuna göre H2a hipotezi kabul edilmiştir. H2b, H2c, H2ç, H2e, H2ı hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.9).

Çizelge 3. 9. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı

Değişken	n	Ortalama	SS	U değeri	p
Cinsiyet					
Kadın	59	17,27	9,48	983	0,016*
Erkek	46	20,80	8,96		
Yaş					
<61 yıl	46	18,73	9,65	1306	0,742
≥61 yıl	59	18,88	9,25		
Medeni durum					
Evli	85	18,78	9,43	825,50	0,841
Bekar	20	18,95	9,40		
Bakımından Sorumlu Olunan Çocuk Sayısı					
Yok	78	18,73	8,75	983	0,607
Var	27	19,07	11,18		
Yaşanılan Yer					
Şehir dışı	16	16,56	8,27	630	0,464
Şehir içi**	89	19,22	9,55		
Hane Halkı Büyüklüğü					
≤2	78	18,66	8,78	1011,50	0,761
>2	27	19,25	11,10		
Toplam	105	18,81	9,38		

SS: Standart Sapma, U: Mann-Whitney

* $p<0,05$

** Çankaya, Mamak, Etimesgut, Yenimahalle ve Keçiören

Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, öğrenim durumu, özel sigorta durumu, hane içerisindeki finansal rol ve aylık hane halkı gelirin'e göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 3.10).

Öğrenim durumu açısından incelendiğinde, en fazla lise mezunu olanların finansal toksisite ortalamaları ($15\pm6,64$), en az lisans mezunu ($21,36\pm10,09$) olanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Özel/tamamlayıcı sigortası olan katılımcıların ($31,76\pm9,27$) özel/tamamlayıcı sigortası olmayan katılımcılara ($16,31\pm7,09$) göre daha yüksek finansal toksisite ortalamalarına sahip olduğu, başka bir ifadeyle daha düşük finansal toksisite yaşadıkları belirlenmiştir ($p<0,05$). Hane içerisindeki finansal rol açısından finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, hane içinde para kazanmayan ($13,25\pm6,54$), para kazanan

(18,96±8,79) ve eş ile ortaklaşa para kazanan (20,79±9,89) katılımcıların finansal toksisite düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Post hoc testlerinden Scheffé ile yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın para kazanmayan katılımcıların finansal toksisite ortalamalarının ortaklaşa para kazanan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Aylık hanehalkı gelirine göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Post hoc testlerinden sonra, farkın geliri 9.501-31.000 TL olanların finansal toksisite ortalaması (16,09±6,71) ile 31.000 TL ve üzeri olanların finansal toksisite ortalaması (23,13±11,69) arasındaki farktan kaynaklandığı anlaşılmıştır ($p<0,05$). Analiz sonucuna göre H2d, H2g, H2ğ, H2h hipotezleri kabul edilmiştir. H2f hipotezi reddedilmiştir (Çizelge 3.10).

Çizelge 3. 10. Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı

Değişken	n	Ortalama	SS	Test İstatistiği	p
Öğrenim Durumu					
En fazla lise mezunu**	42	15	6,64	U = 864	0,003*
En az lisans mezunu***	63	21,36	10,09		
Çalışma Durumu					
Çalışan****	19	18,10	10,25	U = 712	0,382
Çalışmayan*****	86	18,97	9,23		
Özel Sigorta Durumu					
Özel/tamamlayıcı Sigortası Olan	17	31,76	9,27	U = 173	<,001*
Özel/tamamlayıcı Sigortası Olmayan	88	16,31	7,09		
Hane İçerisindeki Finansal Rol					
Para kazanan	31	18,96	8,79	H= 8,485	0,014*
Para kazanmayan	20	13,25	6,54		
Eş ile ortaklaşa para kazanan	54	20,79	9,89		
Aylık Hane Halkı Geliri					
<9.500 TL	16	17,68	7,50	H = 6,102	0,047*
9.501-31.000 TL	52	16,09	6,71		
31.000 TL ve üzeri	37	23,13	11,69		
Toplam	105	18,81	9,38		

* $p<0,05$

**İlkokul, ortaokul ve lise mezunu.

***Üniversite mezunu ve lisansüstü.

**** Tam zamanlı ve part-time çalışanlar dahil edilmiştir.

*****Çalışmıyor, emekli ve ev hanımları dahil edilmiştir.

SS: Standart Sapma

U: Mann-Whitney

H: Kruskal Wallis

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, değişkenler ile finansal toksisite arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kanser evresi, teşhisten bu yana geçen süre, kemoterapi süresi, ek tedavi geçmişi, cerrahi işlem geçmişi ve hastaneye yatış yapma durumu gibi belirleyicilerin hastanın finansal

toksisite yaşamasını etkileyen risk faktörleri olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Analiz sonuçlarına göre H2i, H2j, H2k, H2l, H2m, H2n, H2o hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.11).

Çizelge 3. 11. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı

Değişken	n	Ortalama	SS	Test İstatistiği	p
Kanser Evresi					
Evre 1	23	21,34	10	H = 5,865	0,118
Evre 2	51	17,58	8,88		
Evre 3	25	20,36	9,62		
Evre 4	6	13,16	7,85		
Teşhisten bu yana geçen süre					
≤10 ay	75	19,53	9,29	U= 919,50	0,145
>10 ay	30	17,03	9,52		
Kemoterapi Süresi					
≤6 ay	66	18,71	9,19	U = 1281	0,968
>6 ay	39	19	9,81		
Ek Tedavi Geçmişi					
Yok	97	18,71	9,08	U= 361	0,744
Var	8	20,12	13,17		
Son 3 Ayda Cerrahi İşlem Geçirme Durumu					
Geçirdi	11	19,63	8,84	U = 445	0,451
Geçirmedi	94	18,72	9,48		
Son 3 Ayda Hastaneye Yatış Yapma Durumu					
Yatış Yaptı	21	17,80	9,74	U= 814,50	0,588
Yatış Yapmadı	84	19,07	9,33		
Toplam	105	18,81	9,38		

SS: Standart Sapma, U: Mann-Whitney, H: Kruskal Wallis

Katılımcıların hastalık sonrası yaşadıkları değişimlere göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, finansal durumda yaşanan değişikliklerin bireyin finansal toksisite yaşama durumunu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Finansal durumunda en fazla 2 sorun yaşayanların ($24,35\pm8,98$), 3 ve daha fazla finansal sorun yaşayanlara ($13,17\pm5,73$) göre daha yüksek finansal toksisite ortalamalarına sahip olduğu, başka bir deyişle düşük finansal toksisite yaşadığı tespit edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre H2r hipotezi kabul edilmiştir. H2ö, H2p hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.12).

Çizelge 3. 12. Katılımcıların hastalık sonrası yaşadıkları değişimlere göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı

Değişken	n	Ortalama	SS	U değeri	p
İş Durumunda Yaşanan Değişiklikler					
İş durumunda değişiklik olmayanlar	76	19,11	9,45	987	0,409
İş durumunda değişiklik olanlar	29	18,03	9,31		
İş Kaybı					
İş kaybı olmayanlar	76	19,38	9,30	880,50	0,152
İş kaybı olanlar	29	17,25	9,58		
Finansal Durumda Yaşanan Değişiklikler					
En fazla 2 sorun yaşayanlar	53	24,35	8,98	405,50	<,001*
3 ve daha fazla finansal sorun yaşayanlar	52	13,17	5,73		
Toplam	105	18,81	9,38		

SS: Standart Sapma, U: Mann-Whitney

*p<0,05

Katılımcıların sosyal destek durumuna göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, bir kurumdan destek alma ve aile üyelerinden destek alma durumu ile finansal toksisite arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tanı konulduktan sonra bir kurumdan maddi ya da manevi destek alan katılımcıların ortalamasının ($30,42\pm10,24$), destek almayan katılımcıların ortalamasına ($17,98\pm8,80$) göre daha yüksek olduğu, başka bir deyişle düşük finansal toksisite yaşadığı tespit edilmiştir. Aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumunda kalan katılımcıların finansal toksisite ortalaması ($14,18\pm9,76$), refakatçisi olmayan katılımcıların ortalamalarına ($19,36\pm9,23$) göre daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifadeyle finansal toksisite düzeyleri daha yüksektir. Analiz sonuçlarına göre H2s, H2ş hipotezleri kabul edilmiştir (Çizelge 3. 13).

Çizelge 3. 13. Katılımcıların sosyal destek durumuna göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı

Değişken	n	Ortalama	SS	U değeri	p
Tanı Konduktan Sonra Herhangi Bir Kurumdan Destek Alma Durumu					
Alınmadı	98	17,98	8,80	125,50	0,005*
Alındı	7	30,42	10,24		
Aile Üyelerinden Birinin İş Bırakıp Refakat Etme Durumu					
Refakat Eden	11	14,18	9,76	294	0,020*
Refakat Etmeyen	94	19,36	9,23		
Toplam	105	18,81	9,38		

SS: Standart Sapma, U: Mann-Whitney

*p<0,05

Katılımcıların cepten harcama yapma durumuna göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, hem tıbbi kalemler için hem de tıbbi olmayan kalemler için harcama

yapanlar ile finansal toksisite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tıbbi kalemler için cepten harcama yapanların ortalaması ($16,24\pm7,01$), cepten harcama yapmayanların ortalamasına ($35,57\pm3,91$) göre daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifadeyle tıbbi kalemler için cepten harcama yapanların finansal toksisite düzeyleri daha yüksektir. Tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapanların ($15,87\pm8,55$), cepten harcama yapmayanlara ($21,20\pm9,41$) göre finansal toksisite ortalaması daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifadeyle tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapanların finansal toksisite düzeylerinin daha yüksektir. Analiz sonuçlarına göre H2t, H2u hipotezi kabul edilmiştir (Çizelge 3.14).

Çizelge 3. 14. Katılımcıların cepten harcama yapma durumuna göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı

Harcama Kalemleri**		n	Ort	Ss	U değeri	p
Tıbbi kalemler	Cepten harcama yapmayanlar	14	35,57	3,91	13,50	<,001*
	Cepten harcama yapanlar	91	16,24	7,01		
Tıbbi olmayan kalemler	Cepten harcama yapmayanlar	58	21,20	9,41	862,50	0,001*
	Cepten harcama yapanlar	47	15,87	8,55		

SS: Standart Sapma U: Mann-Whitney

* $p<0,05$

**Harcama kalemleri teşhisten itibaren son üç ayı kapsamaktadır.

Sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumuna göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinden daha önce faydalanma durumu ve sağlık hizmetinden memnuniyet durumu ile finansal toksisite arasından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Analiz sonucuna göre H2ü, H2v hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Çizelge 3. 15. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumuna göre finansal toksisite düzeylerinin dağılımı

Değişken	n	Ortalama	SS	Test İstatistiği	p
Sağlık Hizmetlerinden Daha Önce Faydalanma Durumu					
Birkaç kez poliklinikte muayene olan	73	19,78	9,61	H = 2,854	0,240
Uzun süreli tedavi gören	26	16,23	9,01		
İlk kez muayene olan	6	18,33	6,68		
Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu					
Memnun kalan	88	18,09	8,89	U = 569	0,119
Memnun kalmayan	17	22,58	11,12		
Toplam	105	18,81	9,38		

SS: Standart Sapma U: Mann-Whitney H: Kruskal Wallis

3.3. Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven ile İlişkili Bulgular

Bu bölümde, katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ve sosyo-demografik özellikler ile ilgili oluşturulan hipotezlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bu kapsamda; katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, sosyo-ekonomik özelliklerine göre, hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre, hastalık sonrası yaşadıkları iş değişimlerine göre, sosyal destek durumuna göre, cepten harcama yapma durumuna göre ve sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı incelenmiştir.

Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği ve alt boyutlarının puan dağılımları Çizelge 3.16’da gösterilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi toplam puan ortalaması $61,66 \pm 7,56$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan minimum değer puan 36, maksimum değer puan 79’dur. Ölçekten alınan alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık hizmetini sunan profesyonellere duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $41,85 \pm 5,45$, sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi /kurumlara duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $10,22 \pm 3,95$ ve sağlık hizmetini veren kurum /kuruluşlara duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $9,58 \pm 1,87$ olarak bulunmuştur (Çizelge 3.16).

Çizelge 3. 16. Sağlık hizmetleri sistemi çok boyutlu güven ölçeği ve alt boyutlarının puan dağılımı

Alt boyutlar	N	Ortalama	SS	Min	Maks
Sağlık Profesyoneline Güven	105	41,85	5,45	13	50
Maliyeti Karşılaman Kisi/Kuruma Güven	105	10,22	3,95	4	18
Sağlık Kurumlarına Güven	105	9,58	1,87	3	15
Güven Ölçeği Toplam Puan	105	61,66	7,56	36	79

SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Araştırmaya katılan kanser hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerini etkileyen sosyo-demografik faktörleri belirlemek için iki gruplu bağımsız değişkenlerde Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu bağımsız değişkenler için ise Kruskal-Wallis testi yapılmıştır.

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri incelendiğinde, cinsiyete göre sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan

kişi/kurumlara güven ($p=0,009$) ve sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven ($p=0,007$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre H_{32a} , H_{33a} hipotezleri kabul edilmiştir. H_{3a} , H_{31a} , H_{3b} , H_{31b} , H_{32b} , H_{33b} , H_{3c} , H_{31c} , H_{32c} , H_{33c} , $H_{3ç}$, $H_{31ç}$, $H_{32ç}$, $H_{33ç}$, H_{3e} , H_{31e} , H_{32e} , H_{33e} , H_{31} , H_{311} , H_{321} , H_{331} , hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Çizelge 3. 17. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı

	n	Sağlık profesyonellerine güven (Ort. $\pm$ SS)	Geri ödeyiciye güven (Ort. $\pm$ SS)	Kuruma güven (Ort. $\pm$ SS)	Toplam güven (Ort. $\pm$ SS)
Cinsiyet					
Kadın	59	42,01 $\pm$ 5,06	9,44 $\pm$ 3,77	9,13 $\pm$ 1,80	60,59 $\pm$ 7,47
Erkek	46	41,65 $\pm$ 5,97	11,23 $\pm$ 3,98	10,15 $\pm$ 1,82	63,04 $\pm$ 7,54
p		0,888	0,009*	0,007*	0,068
Yaş					
<61	46	42,78 $\pm$ 3,89	10,17 $\pm$ 4,16	9,67 $\pm$ 1,76	62,63 $\pm$ 7,02
$\geq$ 61	59	41,13 $\pm$ 6,35	10,27 $\pm$ 3,82	9,50 $\pm$ 1,96	60,91 $\pm$ 7,94
p		0,358	0,827	0,768	0,530
Medeni durum					
Evli	85	41,72 $\pm$ 5,85	10,36 $\pm$ 4,02	9,55 $\pm$ 1,78	61,64 $\pm$ 8,01
Bekar	20	42,40 $\pm$ 3,34	9,65 $\pm$ 3,67	9,70 $\pm$ 2,27	61,75 $\pm$ 5,45
p		0,911	0,459	0,386	0,880
Bakımından Sorumlu Olunan Çocuk Sayısı					
Yok	78	41,55 $\pm$ 5,89	10,3 $\pm$ 3,71	9,53 $\pm$ 1,86	61,39 $\pm$ 7,62
Var	27	42,74 $\pm$ 3,87	10 $\pm$ 4,64	9,70 $\pm$ 1,93	62,44 $\pm$ 7,50
p		0,429	0,633	0,721	0,741
Yaşanılan Yer					
Şehir içi**	16	43,43 $\pm$ 3,94	10 $\pm$ 3,61	9,62 $\pm$ 2,18	63,06 $\pm$ 7,07
Şehir dışı	89	41,57 $\pm$ 5,65	10,26 $\pm$ 4,30	9,57 $\pm$ 1,82	61,41 $\pm$ 7,66
p		0,220	0,798	0,772	0,662
Hane Halkı Büyüklüğü					
$\leq$ 2	78	41,55 $\pm$ 5,89	10,28 $\pm$ 3,72	9,56 $\pm$ 1,88	61,39 $\pm$ 7,62
$>$ 2	27	42,74 $\pm$ 3,87	10,07 $\pm$ 4,63	9,62 $\pm$ 1,88	61,39 $\pm$ 7,62
p		0,429	0,756	0,920	0,741
Toplam	105	41,85$\pm$5,45	10,22$\pm$3,95	9,58$\pm$1,87	61,66$\pm$7,56

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

* $p<0,05$

** Çankaya, Mamak, Etimesgut, Yenimahalle ve Keçiören

Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri incelendiğinde, öğrenim durumuna, özel sigorta durumuna ve hastanın hane içerisindeki finansal rolüne göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrenim durumu ile sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,013$). Katılımcıların özel sigorta durumu ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu ($p<0,001$), sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven alt boyutu ($p=0,022$) ve güven toplam ölçek

puanı ($p<,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcının hane içerisindeki finansal rolü ile sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,047$). Post hoc testlerinden Scheffe ile yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın hane içinde para kazanmayan kişilerin ($43,65\pm3,71$), eş ile ortaklaşa para kazanan kişilere ($41,11\pm5,36$) göre sağlık profesyonellerine güven puanı ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Analiz sonuçlarına göre H_{31d} , H_{3g} , H_{32g} , H_{33g} , H_{31g} , hipotezleri kabul edilmiştir. H_{3d} , H_{32d} , H_{33d} , H_{3f} , H_{31f} , H_{32f} , H_{33f} , H_{31g} , H_{3g} , H_{32g} , H_{33g} , H_{3h} , H_{31h} , H_{32h} , H_{33h} hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.18).

Çizelge 3. 18. Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı

	n	Sağlık profesyonellerine güven (Ort. $\pm$ SS)	Geri ödeyiciye güven (Ort. $\pm$ SS)	Kuruma güven (Ort. $\pm$ SS)	Toplam güven (Ort. $\pm$ SS)
Öğrenim Durumu					
En fazla lise mezunu**	42	42,76 $\pm$ 5,90	9,66 $\pm$ 3,81	9,28 $\pm$ 2,11	61,71 $\pm$ 7,32
En az lisans mezunu***	63	41,25 $\pm$ 5,09	10,60 $\pm$ 4,03	9,77 $\pm$ 1,68	61,63 $\pm$ 7,78
p		0,013*	0,266	0,144	0,906
Çalışma Durumu					
Çalışan****	19	42,26 $\pm$ 3,82	9,10 $\pm$ 4,60	9,84 $\pm$ 2	61,21 $\pm$ 7,44
Çalışmayan*****	86	41,76 $\pm$ 5,76	10,47 $\pm$ 3,78	9,52 $\pm$ 1,85	61,76 $\pm$ 7,63
p		0,813	0,158	0,436	0,557
Özel Sigorta Durumu					
Özel/tamamlayıcı Sigortası olan	17	43,29 $\pm$ 4,93	14,82 $\pm$ 2,89	10,47 $\pm$ 1,46	68,58 $\pm$ 5,90
Özel/tamamlayıcı sigortası olmayan	88	41,57 $\pm$ 5,53	9,34 $\pm$ 3,50	9,40 $\pm$ 1,90	60,32 $\pm$ 7,13
p		0,558	<,001*	0,022*	<,001*
Hane İçerisindeki Finansal Rol					
Para kazanan	31	42 $\pm$ 6,35	10,12 $\pm$ 3,50	10,32 $\pm$ 1,85	62,45 $\pm$ 6,56
Para kazanmayan	20	43,65 $\pm$ 3,71	9,60 $\pm$ 3,60	9,20 $\pm$ 1,76	62,45 $\pm$ 6,66
Eş ile ortaklaşa para kazanan	54	41,11 $\pm$ 5,36	10,51 $\pm$ 4,34	9,29 $\pm$ 1,83	60,92 $\pm$ 8,42
p		0,047*	0,689	0,054	0,422
Aylık Hane Halkı Geliri					
<9.500 TL	16	41,81 $\pm$ 8,47	10,87 $\pm$ 3,51	9,31 $\pm$ 1,70	62,00 $\pm$ 8,22
9.501-31.000 TL	52	42,07 $\pm$ 3,81	9,69 $\pm$ 3,28	9,59 $\pm$ 1,80	61,36 $\pm$ 5,80
31.000 TL ve üzeri	37	41,56 $\pm$ 5,94	10,70 $\pm$ 4,89	9,67 $\pm$ 2,06	61,94 $\pm$ 9,45
p		0,465	0,463	0,496	0,640
Toplam	105	41,85$\pm$5,45	10,22$\pm$3,95	9,58$\pm$1,87	61,66$\pm$7,56

* $p<0,05$

** İlkokul, ortaokul ve lise mezunu.

*** Üniversite mezunu ve lisansüstü.

**** Tam zamanlı ve part-time çalışanlar dahil edilmiştir.

***** Çalışmıyor, emekli ve ev hanımları dahil edilmiştir.

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri incelendiğinde, kanser evresine ve teşhisten bu yana geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kanser evresi ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,015$). Post hoc testlerinden Scheffe ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, 1.evrede olan kanser hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven ortalaması 4. evredeki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Teşhisten bu yana geçen süre ile sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu ($p=0,027$) ve sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu ($p=0,016$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre H3_{2j}, H3_{1k}, H3_{2k}, hipotezleri kabul edilmiştir. H3_i, H3_{1i}, H3_{2i}, H3_{3i}, H3_j, H3_{1j}, H3_{3j}, H3_k, H3_{3k}, H3_l, H3_{1l}, H3_{2l}, H3_{3l}, H3_m, H3_{1m}, H3_{2m}, H3_{3m}, H3_n, H3_{1n}, H3_{2n}, H3_{3n}, H3_o, H3_{1o}, H3_{2o}, H3_{3o} hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.19).

Çizelge 3. 19. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı

	n	Sağlık profesyonellerine güven (Ort. ±SS)	Geri ödeyiciye güven (Ort. ±SS)	Kuruma güven (Ort. ±SS)	Toplam güven (Ort. ±SS)
Kanser Bölgesi					
Akciğer kanseri	38	41,31±6,85	10,60±4,29	9,57±2,33	61,50±8,76
Meme kanseri	36	42,72±3,56	9,52±3,48	9,41±1,62	61,66±6,09
Kolon kanseri	31	41,51±5,39	10,58±4,06	9,77±1,52	61,87±7,77
p		0,517	0,537	0,752	0,855
Kanser Evresi					
Evre 1	23	41,26±8,02	11,69±4,17	9,60±2,27	62,56±9,53
Evre 2	51	41,60±4,91	10,19±3,96	9,50±1,84	61,31±7,48
Evre 3	25	42,64±3,83	9,96±3,36	9,84±1,57	62,44±6,27
Evre 4	6	43±4,14	6,00±2,44	9±1,89	58,00±4,28
p		0,855	0,015*	0,641	0,419
Teşhisten Bu Yana Geçen Süre					
≤10 ay	75	41,36±5,04	10,70±3,86	9,58±1,68	61,65±7,10
>10 ay	30	43,10±6,28	9,03±4	9,56±2,31	61,70±8,75
p		0,027*	0,016*	0,960	0,851
Kemoterapi Süresi					
≤6 ay	66	41,45±5,59	10,37±3,89	9,48±1,70	61,31±7,28
>6 ay	39	42,53±5,21	9,97±4,10	9,74±2,14	62,25±8,08
p		0,173	0,300	0,469	0,492
Ek Tedavi Geçmişi					
Yok	97	41,90±5,49	10,29±3,95	9,57±1,77	61,78±7,68
Var	8	41,25±5,33	9,37±4,17	9,62±3,02	60,25±6,22
p		0,705	0,635	0,484	0,414
Son 3 Ayda Cerrahi İşlem Geçirme Durumu					
Geçirdi	11	42,54±2,62	9,81±4,37	9,45±1,57	61,81±6,53
Geçirmedi	94	41,77±5,70	10,27±3,92	9,59±1,91	61,64±7,71
p		0,578	0,950	0,722	0,962

Son 3 Ayda Hastaneye Yatış Yapma Durumu					
Yatış Yaptı	21	42,19±3,38	9,23±4,48	9,47±2,35	60,90±6,98
Yatış Yapmadı	84	41,77±5,87	10,47±3,80	9,60±1,74	61,85±7,73
p		0,884	0,232	0,871	0,446
Toplam	105	41,85±5,45	10,22±3,95	9,58±1,87	61,66±7,56

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

*p<0,05

Katılımcıların hastalıktan sonra yaşadıkları değişimlere göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri incelendiğinde, finansal durumda yaşanan değişikliklere göre sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda ($p<,001$) ve toplam ölçek puanında ($p<,001$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre H3_r, H3_{2r} hipotezleri kabul edilmiştir. H3_ö, H3_{1ö}, H3_{2ö}, H3_{3ö}, H3_p, H3_{1p}, H3_{2p}, H3_{3p}, H3_{1r}, H3_{3r} hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.20).

Çizelge 3. 20. Katılımcıların hastalıktan sonra yaşadıkları değişimlere göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı

	n	Sağlık profesyonellerine güven (Ort. ±SS)	Geri ödeyiciye güven (Ort. ±SS)	Kuruma güven (Ort.±SS)	Toplam güven (Ort. ±SS)
İş Durumunda Yaşanan Değişiklikler					
İş durumunda değişiklik olmayanlar	76	41,56±6	10,57±3,92	9,52±1,92	61,67±7,99
İş durumunda değişiklik olanlar	29	42,62±3,60	9,31±3,97	9,72±1,77	61,65±6,45
P		0,540	0,143	0,654	0,900
İş Kaybı					
İş kaybı olmayanlar	76	41,44±5,89	10,59±3,88	9,44±1,80	61,48±7,83
İş kaybı olanlar	29	43±3,89	9,21±4,04	9,96±2,04	62,17±6,89
P		0,337	0,096	0,287	0,738
Finansal Durumda Yaşanan Değişiklikler					
En fazla 2 sorun yaşayanlar	53	42,07±5,12	12,09±3,72	9,86±1,93	64,03±7,68
3 ve daha fazla finansal sorun yaşayanlar	52	41,63±5,82	8,32±3,23	9,28±1,78	59,25±6,69
P		0,588	<,001*	0,072	<,001*
Toplam	105	41,85±5,45	10,22±3,95	9,58±1,87	61,66±7,56

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

*p<0,05

Katılımcıların sosyal destek durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri incelendiğinde, tanı konduktan sonra herhangi bir kurumdan destek alma

durumuna ve aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tanı konulduktan sonra herhangi bir kurumdan destek alma durumuna göre sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda ($p=0,003$) ve toplam ölçek puanında ($p=0,023$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumuna göre sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutunda ($p=0,003$) ve sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda ($p=0,035$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre H_{3s} , H_{32s} , H_{31s} , H_{32s} hipotezleri kabul edilmiştir. H_{31s} , H_{33s} , H_{3s} , H_{33s} hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.21).

Çizelge 3. 21. Katılımcıların sosyal destek durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı

	n	Sağlık profesyonellerine güven (Ort. $\pm$ SS)	Geri ödeyiciye güven (Ort. $\pm$ SS)	Kuruma güven (Ort. $\pm$ SS)	Toplam güven (Ort. $\pm$ SS)
Tanı Konulduktan Sonra Herhangi Bir Kurumdan Destek Alma Durumu					
Alınmadı	98	41,82 $\pm$ 5,51	9,90 $\pm$ 3,85	9,54 $\pm$ 1,88	61,27 $\pm$ 7,56
Alındı	7	42,28 $\pm$ 4,92	14,71 $\pm$ 2,36	10,14 $\pm$ 1,67	67,14 $\pm$ 5,52
P		0,580	0,003*	0,334	0,023*
Aile Üyelerinden Birinin İşini Bırakıp Refakat Etme Durumu					
Refakat Eden	11	45,81 $\pm$ 4,04	8,18 $\pm$ 4,70	9,18 $\pm$ 3,25	63,18 $\pm$ 9,61
Refakat Etmeyen	94	41,39 $\pm$ 5,42	10,46 $\pm$ 3,81	9,62 $\pm$ 1,66	61,48 $\pm$ 7,33
P		0,003*	0,035*	0,663	0,859
Toplam	105	41,85$\pm$5,45	10,22$\pm$3,95	9,58$\pm$1,87	61,66$\pm$7,56

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

* $p<0,0$

Katılımcıların cepten harcama yapma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri incelendiğinde hem tıbbi hem de tıbbi olmayan kalemler için harcama yapma durumunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Tıbbi kalemler ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda ($p<,001$) ve toplam ölçek puanında ($p<,001$), tıbbi olmayan kalemler için sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda ($p=0,004$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre H_{3t} , H_{32t} , H_{32u} hipotezleri kabul edilmiştir. H_{31t} , H_{33t} , H_{3u} , H_{31u} , H_{33u} hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.22).

Çizelge 3. 22. Katılımcıların cepten harcama yapma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı

Harcama Kalemleri		n	Sağlık profesyonellerine güven (Ort. ±SS)	Geri ödeyiciye güven (Ort. ±SS)	Kuruma güven (Ort. ±SS)	Toplam güven (Ort. ±SS)
Tıbbi kalemler	Cepten harcama yapmayanlar	14	43,42±5,09	16,00±0,00	10,35±1,44	69,78±5,68
	Cepten harcama yapanlar	91	41,61±5,49	9,34±3,48	9,46±1,91	60,41±7,05
	p		0,541	<,001*	0,066	<,001*
Tıbbi olmayan kalemler	Cepten harcama yapmayanlar	58	41,82±5,50	11,13±3,91	9,44±1,78	62,41±6,92
	Cepten harcama yapanlar	47	41,89±5,46	9,10±3,74	9,74±1,98	60,74±8,27
	p		0,943	0,004*	0,411	0,323

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

*p<0,05

Sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri incelendiğinde, hastanenin sağlık hizmetlerinden daha önce faydalanma durumuna ve alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Hastanenin sağlık hizmetlerinden daha önce faydalanma durumuna göre sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda (p=0,016) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Post hoc testlerinden Scheffe ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, farkın uzun süreli tedavi gören kişilerin (8,38±3,47) geri ödeyiciye güven puan ortalamalarının, birkaç kez poliklinikte muayene olan kişilerin (10,82±3,88) puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (p<0,05). Alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumuna göre sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu (p<,001) ve toplam ölçek puanında (p=0,028) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Analiz sonuçlarına göre H3_{2ü}, H3_v, H3_{1v}, hipotezleri kabul edilmiştir. H3_ü, H3_{1ü}, H3_{3ü}, H3_{2v}, H3_{3v}, hipotezleri reddedilmiştir (Çizelge 3.23).

Çizelge 3. 23. Sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumu göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin dağılımı

	n	Sağlık profesyonellerine güven (Ort. $\pm$ SS)	Geri ödeyiciye güven (Ort. $\pm$ SS)	Kuruma güven (Ort. $\pm$ SS)	Toplam güven (Ort. $\pm$ SS)
Hastanenin Sağlık Hizmetlerinden Daha Önce Faydalanma Durumu					
Birkaç kez poliklinikte muayene olan	73	41,50 $\pm$ 5,48	10,82 $\pm$ 3,88	9,53 $\pm$ 1,67	61,86 $\pm$ 7,47
Uzun süreli tedavi gören	26	43 $\pm$ 3,49	8,38 $\pm$ 3,47	10 $\pm$ 2,05	61,38 $\pm$ 5,75
İlk kez muayene olan	6	41,16 $\pm$ 10,75	11 $\pm$ 4,97	8,33 $\pm$ 2,94	60,50 $\pm$ 14,81
p		0,170	0,016*	0,385	0,944
Alınan Sağlık Hizmetinden Memnuniyet Durumu					
Memnun kalan	88	42,80 $\pm$ 4,82	10,07 $\pm$ 3,86	9,77 $\pm$ 1,69	62,65 $\pm$ 6,92
Memnun kalmayan	17	36,94 $\pm$ 6,03	11 $\pm$ 4,44	8,58 $\pm$ 2,45	56,52 $\pm$ 8,86
p		<,001*	0,350	0,068	0,028
Toplam	105	41,85$\pm$5,45	10,22$\pm$3,95	9,58$\pm$1,87	61,66$\pm$7,56

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma

*p<0,05

3.4. Finansal Toksisite ile Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Araştırmanın bağımlı değişkenleri olan finansal toksisite ve sağlık sistemine güven düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesinde korelasyon analizi kullanılmıştır. Değişkenler normal dağılmadığı için Spearman Sıra Farkları katsayısı hesaplanmıştır. Korelasyon katsayısı (r) -1 ile +1 arasında bir değer olup, 0,00-0,25 ilişkinin olmadığını ya da çok zayıf ilişkiyi, 0,26 ve 0,49 arasında zayıf ilişki, 0,50-0,69 arasında orta düzeyde ilişki, 0,70-0,89 arasında yüksek düzeyde ilişki ve 0,90-1,00 arasında ise çok yüksek ilişki olduğu ifade etmektedir (Karagöz, 2016).

Yapılan analizler sonucunda finansal toksisite ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu (r=782, p=0,000), sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven alt boyutu (r=258, p=0,008) ve sağlık hizmetleri sistemine çok boyutlu güven ölçeği toplam puanı (r=504, p=0,000) arasında pozitif yönde ve 0,01 düzeyinde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Çizelge 3.24). Analiz sonuçlarına göre H4, H4₂, H4₃ hipotezleri kabul edilmiştir. H4₁ hipotezi reddedilmiştir.

Çizelge 3. 24. Korelasyon analizi

COST	Sağlık profesyonellerine güven	Geri ödeyiciye güven	Kuruma güven	Toplam güven
Korelasyon katsayısı (r)	-,046	,782	,258	,504
p	,641	,000*	,008*	,000*

*p<0.05

3.5. Finansal Toksisite ile İlişkili Bağımsız Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizine Yönelik Bulgular

Finansal toksisite ile ilişkili risk faktörlerini belirlemek amacıyla olabilirlik oranına dayalı geriye doğru yöntemi ile ikili lojistik regresyon analizi kullanılarak model geliştirilmiştir. Model için katılımcılar COST ölçeğinden aldıkları puanlara göre düşük ve yüksek finansal toksisiteye sahip gruplar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu ayrımın gerçekleştirilmesinde puanlar normal dağılmadığı için kesim noktası olarak medyan değeri kullanılmıştır (de Souza vd., 2014; de Souza vd., 2017; Ezeife vd., 2019; Ürek, 2021).

Katılımcıların COST ölçeği medyan değeri 17 olup, bu değer ve üzerinde puana sahip katılımcılar “düşük”, altında puana sahip katılımcılar ise “yüksek” finansal toksisite kategorisine atanmıştır. Bu doğrultuda finansal toksisiteyi etkileyen faktörleri belirlemek üzere geliştirilen modelde finansal toksisite düzeyi bağımlı değişken, finansal toksisite ölçek puanı ile ilişkili bulunan sosyo-demografik özellikler, ekonomik özellikler, hastalıkla ilgili göstergeler ve güven ölçeği puanı ise açıklayıcı değişkenler olarak analiz edilmiştir. Değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 3. 25. Yüksek finansal toksisite ile ilişkili bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analiz sonuçları

Yüksek finansal toksisite	OR	%95 GA	p	Nagelkerke R²	Doğru Sınıflandırma
Model 1: Sosyo-demografik özellikler				0,15	63,8%
Cinsiyet (Kadın)	2,641	1,152-6,054	0,022*		
Öğrenim durumu (En fazla lise)	3,243	1,380-7,619	0,007*		
Model 2: Sosyo-demografik ve ekonomik özellikler				0,226	66,70%
Cinsiyet (Kadın)	2,378	1,020-5,542	0,044*		
Özel sigorta (Yok)	11,865	2,506-56,165	0,001*		
Model 3: :Sosyo-demografik, ekonomik ve hastalıkla ilişkili özellikler				0,553	80%
Cinsiyet (Kadın)	2,564	0,918-7,160	0,072		
Finansal durum değişikliği (3 ve daha fazla)	7,951	2,841-22,255	0,000*		
Cepte tıbbi harcama (Var)	0,000	0,000	0,997		
Refakat (Evet)	0,000	0,000	0,998		
Model 4: Sosyo-demografik, ekonomik, hastalıkla ilişkili özellikler ve güven				0,673	84,80%
Öğrenim durumu (En fazla lise)	2,758	0,79-9,544	0,109		
Finansal durum değişikliği (3 ve daha fazla)	4,868	1,530-15,489	0,007*		
Cepte tıbbi harcama (Var)	0,000	0,000	0,997		
Refakat (Evet)	0,000	0,000	0,998		
Maliyeti Karşıllayan Kuruma Güven (Düşük)	1,578	1,238-2,011	0,000*		

*p<0,05, OR: Odds Ratio (Odds Oranı), GA: Güven Aralığı

Finansal toksisiteyi etkileyen bağımsız değişkenleri belirlemek üzere geliştirilen ikili lojistik regresyon modelleri Çizelge 3.25'te yer almaktadır. İlk modele sadece katılımcıların finansal toksisite puanında farklılık olan sosyo-demografik özellikler (cinsiyet ve öğrenim durumu), ikinci modele sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra ekonomik özellikler (özel sağlık sigortasının varlığı, ailedeki finansal rol, hanehalkı gelir düzeyi), üçüncü modele hastalıkla ilgili değişkenler (cepten tıbbi ve tıbbi olmayan sağlık harcaması yapma durumu, finansal durumda değişiklik, destek alma durumu, refakatçisi olma durumu) ve son modele güven ölçek puanı (güven ölçeğinin maliyetleri karşılayan kuruma güven boyutu, sağlık hizmeti veren kuruma güven boyutu ve toplam ölçek puanı) da dâhil edilmiştir. Çizelge 3.25'te yer alan Nagelkerke testi sonuçları modele alınan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan finansal toksisitedeki değişimi ne kadar açıkladığını göstermektedir. Çizelge 3.25'te son sütunda geliştirilen modellerle değişkenlerin doğru sınıflandırma olasılığı yer almaktadır.

Bu doğrultuda sosyo-demografik özellikler, ekonomik özellikler, hastalıkla ilgili özellikler ve güven ile oluşturulan 4. modelde bağımsız değişkenlerin finansal toksisitedeki değişimin yaklaşık %67,3'ünü açıklayabildiği ve değişkenlerin doğru sınıflandırma olasılığının %84,8 olduğu belirlenmiştir. Çizelge 3.25'te yer alan model 4'e göre öğrenim durumu en fazla lise olanların en az üniversite olanlara göre (OR=2,758), finansal durumunda 3 ve daha fazla şekilde değişiklik olanların en fazla 2 değişiklik olanlara göre (OR=4,868), maliyeti karşılayan kuruma güven düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre (OR=1,578) yüksek finansal toksisite grubunda yer alma riski daha fazladır ($p<0.05$). Cepten tıbbi harcama yapanlar ve ailelerinden birinin işini bırakıp refakatçi olarak hastanın yanında kalan bireyler arasında düşük finansal toksisite grubunda yer alan hiç kimse olmadığı için bu değişkenler modelde yer almalarına rağmen OR hesaplanamamıştır.

4.TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen veriler temel alınarak çalışmanın en önemli sonuçları bu bölümde benzer çalışmalar ile tartışılmıştır.

Çalışmada, katılımcıların COST ölçeğine ilişkin medyan değeri 17, genel finansal toksisite ortalamaları $18,81 \pm 9,38$ olarak ulusal ve uluslararası literatürdeki çalışmalarda elde edilen ortalamalara göre daha düşüktür. Bu durum çalışmaya katılan kanser hastalarının düşük finansal skora sahip olduğu, başka bir ifadeyle yüksek finansal toksisite yaşadığını göstermektedir. Türkiye’de kanser hastalarından katkı payı, ilave ücret alınmamasına ve bireylerin büyük bir çoğunluğunun (%99) GSS kapsamında olmasına rağmen finansal toksisite yaşama ihtimallerinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Uluslararası literatürde; Thom ve Benedic (2019) çalışmalarında, COST ölçeği medyan değerini 19, ortalama $\pm$ standart sapmayı, $18,8 \pm 10,8$ olarak, Honda vd. (2019) çalışmalarında COST ölçeği medyan değerini 21, ortalama $\pm$ standart sapmayı, $12,1 \pm 8,45$ olarak, De Souza vd. (2014) çalışmalarında, COST ölçeği medyan değerini 21, ortalama $\pm$ standart sapmayı, $22,5 \pm 11,3$ olarak, Durber vd. (2021) COST ölçeği medyan değerini 26, ortalama $\pm$ standart sapmayı, $25,8 \pm 10,3$ olarak, Ezeife vd. (2019) COST ölçeği medyan değerini 21, ortalama $\pm$ standart sapmayı, $21,2 \pm 10,1$ olarak, De Souza vd. (2017) COST ölçeği medyan değerini 23, ortalama $\pm$ standart sapmayı, $22,23 \pm 11,89$ olarak bulmuştur. Ulusal literatürde ise; Ürek (2021) COST ölçeği medyan değerini 24, ortalama $\pm$ standart sapmayı $21,85 \pm 12,02$ olarak, Yücel vd. (2023) COST ölçeği medyan değerini 22 olarak bulmuştur.

Honda vd. (2019), evrensel sigorta sistemine rağmen Japonya’da kanser hastalarının önemli bir kısmının finansal toksisite yaşadığını bildirmiştir. Bhoo-Pathy vd. (2019), kanser hastalarının evrensel sağlık güvencesine sahip olduğu ortamlarda bile finansal zorluklara karşı tam olarak korunamadığını belirtmiştir. Barbaret vd. (2017) kanser tedavisi masraflarının büyük oranda Fransız sağlık sistemi tarafından karşılanmasına rağmen, finansal toksisitenin kanser hastalarında yaygın olduğunu belirtmiştir.

Çalışmada, katılımcıların finansal toksisite düzeyleri ile ilişkili risk faktörlerini tespit etmek amacıyla yapılan analizler sonucunda, finansal toksisite düzeylerinin katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden; cinsiyet, sosyo-ekonomik özelliklerinden; öğrenim

durumu, özel sigorta durumu, hane içerisindeki finansal rol, aylık hane halkı geliri, hastalık sonrası yaşanan değişimlerden; finansal durumda yaşanan değişiklikler, sosyal destek alma durumundan; tanı konduktan sonra bir kurumdan destek alma ve aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumu ve cepten harcama yapma durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

Cinsiyet açısından incelendiğinde, kadınların finansal toksisite ortalamaları erkeklere göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum kadınların daha yüksek finansal toksisite yaşadığını göstermektedir. Araştırma sonucu literatürde yer alan çalışma sonuçları ile tutarlılık gösterse de cinsiyet dağılımları açısından farklılıkların söz konusu olduğu çalışmalar da mevcuttur. Finansal toksisitenin belirleyicileri arasında kadın olmak sık bildirilen faktörlerden biridir (Carrera vd., 2018; Gordon vd., 2017; Huntington vd., 2015). Yücel vd. (2023) Türkiye’de yaptıkları bir çalışmada, kadınların finansal toksisite ortalamalarının ($20,82 \pm 10,20$) erkeklere ($23,10 \pm 10,06$) göre daha düşük olduğunu ve kadın olmanın finansal toksisite ile ilişkisinin olduğunu tespit etmiştir. Fitch ve Longo (2021) Kanada’da yapılan 18 araştırmayı incelerken, en yüksek gelir kaybının kadınlar ve serbest meslek sahibi olanlar için olduğunu tespit etmiştir. Başka bir çalışmada ise finansal toksisite yaşama olasılığının erkeklerde önemli ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pearce vd., 2019). Bazı çalışmalar ise cinsiyet ile finansal toksisite arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır (de Souza vd., 2017; Durber vd., 2021; Ürek, 2021; Thom ve Benedict, 2019).

Finansal toksisitenin oluşumunda etkili olan bir diğer faktör öğrenim düzeyidir (Zafar ve Abernethy, 2013). Çalışmada öğrenim durumu açısından incelendiğinde, en fazla lise mezunu olanların finansal toksisite ortalamaları en az lisans mezunu olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum ilkökul, ortaokul ve lise mezunu olanların, üniversite mezunu ve lisansüstü mezunu olan bireylere göre daha yüksek finansal toksisite yaşadığını göstermektedir. Başka bir ifadeyle daha düşük öğrenim seviyesi daha yüksek finansal toksisite ile ilişkilidir yani bireyin eğitim durumu yükseldikçe finansal toksisitesi düşmektedir. Bu araştırma sonucu literatürde yer alan çalışma sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Esselen vd. (2021) 308 hasta ile yaptıkları çalışmalarında, daha düşük eğitim seviyesinin daha kötü finansal toksisite ile ilişkili olduğunu bulmuştur. Thom ve Benedic (2019) yaptıkları çalışmalarında üniversite diplomasına sahip olmayanların daha fazla finansal toksisite bildirdiğini tespit etmiştir. Xu vd. (2022) tarafından yapılan sistematik bir inceleme, daha yüksek eğitim seviyesine sahip kanser hastalarının daha düşük finansal

toksosite ve tıbbi borç ile karşılaşma olasılığının olduğunu göstermiştir. Düşük öğrenim seviyesinin finansal toksosite için önemli bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çeşitli çalışmalar sigorta durumunun finansal toksosite için güçlü bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (Bouberhan vd., 2019; Carrera ve Zafar, 2018, s:134; Xu vd., 2022). Bu çalışmanın sonuçları özel sigorta durumu açısından incelendiğinde, özel/tamamlayıcı sigortası olan katılımcıların, özel/tamamlayıcı sigortası olmayanlara göre daha yüksek finansal toksosite ortalamalarına sahip olduğu, başka bir ifadeyle daha düşük finansal toksosite yaşadıkları belirlenmiştir. Bu durum özel sigortası olan bireylerin sağlık hizmeti alım sırasında herhangi bir cepten ödeme yapmaması ya da çok az ödeme yapmasıyla bağlantılı olabilir. Rosenzweig vd. (2019) sigorta kapsamının, kanser bakımı sırasında finansal toksositeyi etkileyebildiğini belirtmiştir. Kişilerin bağlı olduğu özel sigorta şirketlerinin, tedavi masraflarını karşılama noktasında kapsayıcılığının yüksek olması, kişilerin geçmiş dönemde ödedikleri primlerin karşılığı olarak tedavi sırasında cepten harcamada bulunmamasına ve bu sebeple finansal toksosite yaşamamalarına ya da hissetmemelerine neden olabilmektedir. Literatürde bu bulguyu destekleyici çalışmalar vardır. Avustralya’da 257 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada özel sağlık sigortasına sahip kişilerin COST puan ortalaması 27,5 ($\pm 10,1$) ve medyan değeri 28, özel sağlık sigortası olmayanların ise COST puanı ortalaması 24,5 ($\pm 10,2$) ve medyan değeri 25 olarak bulunmuştur. Bu durum özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerin düşük finansal toksitesinin olduğunu göstermektedir (Durber vd., 2021). Sharp ve Timmons (2016) çalışmalarında, özel sağlık sigortasına sahip olanların finansal toksosite riskinin, özel sağlık sigortası olmayanlara göre önemli ölçüde daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Jiang vd. (2023) çalışmalarında, özel sigortanın olmayışını finansal toksisitenin önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Ancak farklılıkların söz konusu olduğu çalışmalar da mevcuttur. Fransa’da meme, akciğer, kalın bağırsak veya prostat kanseri olan 143 kanser hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların %90,9’unun özel sigortası olmasına rağmen hastaların %51’i finansal toksosite yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca hastaların %30’u şiddetli finansal toksosite yaşadığını ve %22’si özel sigortanın bekledikleri mali yardımı sağlamadığını ifade etmiştir (Barbarete vd., 2017). ABD’de yapılan bir çalışmada, antikanser tedavisi alan sigortalı hastaların bile, borç alma, birikimleri tüketme ve reçeteli tedaviye uymama dahil maliyetlerle başa çıkma stratejilerine başvurmaya itebilecek finansal sıkıntı yaşadıkları ortaya çıkmıştır (Bestvina vd., 2014). Bouberhan vd. (2019), ABD’de yaptıkları çalışmada, nispeten yüksek gelirli ve iyi sigorta kapsamına sahip jinekolojik onkoloji hastaların dahi yüksek düzeyde

finansal toksisite yaşadığını tespit etmiştir ve gelir ve sağlık sigortası kapsamının finansal toksisite ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulmuştur.

Hanehalkı içerisindeki finansal rol açısından finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, hane içinde para kazanmayan, para kazanan ve eş ile ortaklaşa para kazanan katılımcıların finansal toksisite düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu belirlenmiştir. Post hoc testlerinden Scheffe ile yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın para kazanmayan katılımcıların finansal toksisite ortalamalarının ortaklaşa para kazanan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Kanserin yüksek finansal yükü sebebiyle hastalar hem kendi hastalık durumlarını hem de aileleri için oluşabilecek finansal riskleri düşünebilmektedir. Haneye maddi olarak katkı sağlayamayan bireylerin oluşabilecek yüksek cepten harcamalar gibi, kanser tedavisinin yan etkilerinden dolayı finansal toksisite hissetmesi ve kendini yaşanabilecek finansal sıkıntılardan sorumlu tutması yüksek ihtimaldir. Bu nedenle hane içinde para kazanıp kazanmama durumu finansal toksisiteyi etkileyebilmektedir. Huey vd. (2021) çalışmada, herhangi bir işi olmayan veya ev dışında çalışmayan hastaların yüksek öngörülemeyen tıbbi maliyetleri bildirme olasılıklarını daha yüksek bulmuştur. Puge vd. (2021), sosyal koşullardaki finansal rolün finansal toksisiteyi etkileyebileceğini ifade etmiştir. Ancak Sharp ve Timmons (2016) tarafından yapılan bir çalışmada ise farklı bir sonuca ulaşılmıştır. Çalışmayan (fakat emekli olmayan) kişilerde, teşhis sırasında çalışan kişilere kıyasla kansere bağlı stres ve gerginliğin önemli ölçüde düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu grup ağırlıklı olarak kadınlardan oluşmaktadır. Bu sonuç, bazılarının çalışmaya ihtiyaç duymamış olabileceğini, belki de kendilerini maddi olarak destekleyen bir eşe veya partnere sahip olabileceğini, dolayısıyla kansere bağlı finansal zorluklara karşı koruma sağlayabileceği anlamına gelmektedir. Yücel vd. (2023) çalışmasında benzer sonuçlara ulaşarak hanedeki finansal rolün finansal toksisite için bir risk faktörü olmadığını bulmuştur.

Aylık hanehalkı gelirine göre finansal toksisite düzeyleri incelendiğinde, kategoriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan ikili karşılaştırmalarda farkın, geliri 9.501-31.000 TL olanların finansal toksisite ortalaması ile 31.000 TL ve üzeri olanların finansal toksisite ortalaması arasındaki farktan kaynaklandığı anlaşılmıştır. Düşük gelir grubunda olan bireylerin daha yüksek finansal toksisite yaşadığı tespit edilmiştir. Bireylerin harcamalarının, gelirlerini geçmesi durumunda yaşanan endişe, özellikle kanser gibi yüksek cepten harcama gerektiren hastalıklarda, daha da fazla olabilmektedir. Bireylerin herhangi bir birikimleri yoksa eğer bu endişe gitgide artabilmektedir çünkü yapılacak sağlık

harcamaları azalmayacağı gibi ailenin geliri bu noktada yetersiz olabilir. Gelirin yetersizliği noktasında yaşanan bu endişe doğal olarak finansal toksisitenin yükselmesine neden olabilir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Esselen vd. (2021), daha düşük gelirin daha kötü finansal toksisite ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Başka bir çalışmada düşük gelir diliminde olanların finansal toksisite yaşama durumlarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Durber vd., 2021). Honda vd. (2019) tarafından Japonya’da 156 kanser hastasıyla yapılan bir çalışmada daha yüksek hane halkı kazancının daha yüksek COST puanıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu, yani daha düşük finansal toksisiteyi temsil ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Gordon vd. (2017), düşük gelirin finansal toksisite için anlamlı bir risk faktörü olduğunu tespit etmiştir. De Souza vd. (2017) çalışmalarında, daha yüksek hanehalkı gelirin, daha yüksek COST puanıyla (daha az finansal toksisite) ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Fabian vd. (2022) Almanya’da radyoterapi ile tedavi edilen kanser hastalarında yaptıkları bir çalışmada, benzer şekilde, daha düşük net hanehalkı gelirin daha yüksek öznel finansal sıkıntıyla ilişkili olduğunu bulmuştur. Çalışmanın sonucu literatürde yer alan çalışma sonuçları ile tutarlılık gösterse de, farklılıkların söz konusu olduğu çalışmalar da mevcuttur. Sharp ve Timmons (2016) 698 kişi ile yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların %48’i kanser (kansere bağlı mali stres) nedeniyle hane halkının geçimini sağlamanın daha zor olduğunu belirtmiştir: %26’sı bunu biraz daha zor, %14’ü daha zor ve %8’i çok daha zor bulmuştur. Bouberrhan vd. (2019) tarafından jinekolojik onkoloji tanısı alan katılımcılar ile yapılan bir çalışmada, bireyler nispeten yüksek yıllık gelire sahip olmasına rağmen, yüksek düzeyde finansal toksisite bildirmiştir. Bu durum, gelirin tek başına yetersiz bir tarama aracı olduğunu göstermektedir.

Finansal durumda yaşanan değişiklikler açısından incelendiğinde, katılımcıların hastalık sonrası yaşadıkları değişimlerin finansal toksisite düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir. Finansal durumunda en fazla 2 sorun yaşayanların, 3 ve daha fazla finansal sorun yaşayanlara göre daha yüksek finansal toksisite ortalamalarına sahip olduğu, yani düşük finansal toksisite yaşadığı tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle bireylerin finansal durumunda çok fazla değişiklik yaşaması, hastalık nedeniyle yaşam standardında küçük bir değişimin bile olması daha yüksek finansal toksisiteye neden olabilmektedir. Kaldı ki hastalık, bireylerin tedavi maliyetlerini karşılayabilmek için, beslenme, giyinme gibi temel yaşam ihtiyaçlarından feragat etmesine neden olabilmektedir. McNulty ve Khera (2015), finansal toksisitenin hastaların yaşam kalitelerini etkileyen ve yaşam tarzı değişikliklerine neden olan olumsuz ekonomik sonuçlar yaratabileceğini belirtmektedir. Zafar vd. (2013) çalışmalarında, katılımcıların %68’inin boş zaman aktivitelerinde kesinti yaptığını, %46’sının yiyecek ve

giyecek harcamalarını azalttığını ve %46'sının tasarruflarını cepten yapılan harcamaları karşılamak için kullandığını tespit etmiştir.

Hastalığa yakalandıktan sonra finansal durumda yaşanan değişiklikler incelendiğinde; katılımcıların %81,9'u gelir kaybı yaşadığını, 43,8'i aile ve arkadaşlarından ödünç para aldığını, %2,9'u kredi çektiğini, %18,1'i yatırımlarını satmak zorunda kaldığını, %59'u tasarruf hesabını kullandığını, %35,2'si emeklilik hesabından para çektiğini belirtmiştir. Gelir kaybı, iş değişimi, ödünç para alma, kredi çekme, yatırımlarını (ev, araba vb.) satma, tasarruf hesabını kullanma ve emeklilik hesabından para çekme seçeneklerinden üç ve daha fazlasını işaretleyen kişilerin finansal toksisite belirtme ihtimali daha yüksek bulunmuştur. Finansal durumda yaşanan değişiklikler ile ilgili bulgular literatürle tutarlıdır. Román, vd. (2022) çalışmasında, katılımcıların birçoğunun kanserden önce hiç borcu yokken, hastaların ve yakınlarının önemli bir bölümü (çoğunlukla oğulları, kızları veya kardeşleri) bankalardan, yüksek faizli krediler çektiklerini ve/veya akrabalarından çok sayıda borç almak durumunda kaldığını ifade etmiştir. Deloitte Access Economics, Meme Kanseri Ağı Avustralya tarafından meme kanserinin, meme kanseri teşhisi konan kadınlar ve Avustralya'da yaşayan aileleri üzerindeki mali etkisini tahmin etmeye yönelik bir proje gerçekleştirmiştir. 1.919 meme kanseri hastasının katılımıyla gerçekleşen çalışmada, katılımcıların %67'si birikimlerini kullandıklarını, %8'i emeklilik hesaplarından para çektiklerini, %11'i aile veya arkadaşlarından borç aldıklarını, %3'ü yatırımlarını sattıklarını belirtmiştir (Deloitte, 2016).

Tanı konduktan sonra bir kurumdan destek alma açısından incelendiğinde, bir kurumdan maddi ya da manevi destek alanların finansal toksisite ortalamaları, destek almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yüksek finansal toksisite skoru düşük finansal toksisite ile ilişkili olduğundan, herhangi bir kurumdan destek alan katılımcıların düşük finansal toksisite yaşadıkları tespit edilmiştir. Kanser, tanı ve tedavi süreci uzun olan hem maddi hem de manevi anlamda bireyi ve ailesini etkileyen ciddi bir hastalık olduğu için kişilerden ya da kurumlardan destek almak bireyin tedavi sürecine olumlu katkıda bulunabilir. Duygusal olarak bireylerin hissettiği yalnızlık ve endişe destek görmekle birlikte paylaşılarak azalabilir ve bireyin süreci kabullenmesini kolaylaştırabilir. Işıkhani (2007) konuya ilişkin görüşlerini; *"Kanser hastalarının tıbbi tedaviden en iyi faydayı elde etmelerinde ve hastalık sürecinde yaşanan psikososyal ve ekonomik sorunları en aza indirmelerinde sosyal destek önemli bir role sahiptir."* olarak ifade etmiştir. Ürek (2021) çalışmasında, katılımcıların %7,9'unun tedavi sürecinde çeşitli kamu kurumu ve sivil toplum kuruluşlarından maddi ya da manevi destek aldığını ve destek alan katılımcıların yarısından

fazlasının ise bu desteği yeterli olarak görmediğini bulmuştur. Zhu vd. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, kanserden kurtulanların çok azının ilk tedavi sırasında sağlık kuruluşlarından bilgi desteği aldığını ve çoğunun kendi başına destek aramak ve kaynak bulmak zorunda kaldığını tespit edilmiştir. Zafar vd. (2013) 254 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %75'inin ilaç katkı payına başvurduğunu belirterek katkı payı yardımına başvurmak daha büyük subjektif finansal yük ile ilişkilendirilmiştir. Kanser hastalarının subjektif mali sıkıntı yaşama riski fazla olacağından destekleyici bir sağlık ve sosyal yardım sistemi önemlidir (Pauge vd., 2021).

Aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumu açısından incelendiğinde, refakatçisi olan katılımcıların, refakatçisi olmayanlara göre finansal toksisite ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bu durum, hastaya refakat etmek için aile üyelerinden birinin işi bırakmasının yüksek finansal toksisite yaratabileceğini ortaya koymuştur. Bireye destek olmak için aile üyelerinden birinin işi bırakması, bireyi farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Eğer işi bırakan kişi hane içinde finansal olarak aktifse ve mali sorumluluğun çoğunu taşıyor ise işi bırakması hane içindeki gelir durumunun dengesizleşmesine neden olabilir. Bu olumsuz durum bireyde endişe yaratarak kişinin kendini suçlu hissetmesine sebep olabilir. Finansal toksisite objektif kaygıların yanında subjektif kaygıların da bir yansıması olduğu için yaşanan tüm olumsuzluklar bireyin ve ailesinin finansal toksisite yaşamasını etkileyebilir. Sharp ve Timmons (2010, s: 65) yaptıkları çalışmada, katılımcıların %16'sının, kanser teşhisi nedeniyle ailelerinden birinin çalışma düzeninde bazı değişiklikler yapmak zorunda kaldığını (izin, çalışma saatleri, vardiya değiştirme vb.) ifade etmiştir. Ürek (2021) tarafından yapılan bir çalışmada, katılımcıların %15,5'i kendilerine refakat etmek amacıyla aile üyelerinden birinin işi bırakmak zorunda olduğunu bildirmiştir. Refakat etmek için işinden ayrılan hasta yakınlarının zaten yüksek olan gelir kaybı, tedavi için yapılacak tıbbi ve tıbbi olmayan harcamaların da eklenmesiyle daha da şiddetleneceği belirtilmiştir. Yücel vd., (2023) ise yaptıkları çalışmalarında hastaların %9,3'ünün tedavileri sırasında kendilerine eşlik eden veya işlerini bırakan yakınların olduğunu ancak bu durumun finansal toksisite ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını bulmuştur.

Cepten harcama yapma durumu açısından incelendiğinde, hem tıbbi hem de tıbbi olmayan kalemler için harcama yapanlar ile finansal toksisite arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Tıbbi kalemler için cepten harcama yapanların, cepten harcama yapmayanlara göre finansal toksisite ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bu durum tıbbi kalemler için cepten harcama yapanların daha yüksek finansal toksisite yaşadığını göstermektedir. Benzer

şekilde tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapanların, cepten harcama yapmayanlara göre finansal toksisite ortalaması daha düşük bulunmuştur. Başka bir ifadeyle tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapanlar, yapmayanlara göre daha yüksek finansal toksisite yaşamaktadır. Bireylerin ister tıbbi ister tıbbi olmayan kalemler için cepten ödeme yapması, özellikle kanser gibi tedavisi uzun ve maliyetli olan hastalıklarda finansal durum değişikliklerini daha belirgin hale gelecektir.

Kanser bakımının cepten yapılan masraflarının artmasıyla karşı karşıya kalan hastalar ve yakınları, finansal, mesleki, sosyal ve sağlık davranışlarını düzenleyerek bu durumla mücadele etmeye çalışmaktadır (Thomas vd., 2019). Carrera vd. (2018) belirttiği gibi, finansal toksisitenin tek kaynağı kanser ilaçları değildir. Kanser ilacı fiyatları ve artan sağlık sigortası maliyetlerinin yanı sıra, seyahat ve konaklama masrafları, hastane masrafları ve destekleyici bakım gibi artan ilaç dışı harcamalar da bu süreçte önemli rol oynamaktadır (Desai ve Gyawali, 2020). Tıbbi maliyetler bu yükün önemli bir bileşeni olsa da ortak ödemeler, reçetesiz satılan ilaç ve malzemeler, çocuk bakımı, ulaşım, otopark ve yemek gibi cepten yapılan masraflar, konaklama/kanser merkezlerine seyahat gibi tıbbi olmayan maliyetler veya hasta ve bakıcı için iş ve gelir kaybından kaynaklanan dolaylı maliyetler de önemli bir yer tutmaktadır (McNulty ve Khera, 2015; Rosenzweig vd., 2019). Çalışma bulguları literatürdeki birçok çalışma ile tutarlıdır. Bhoo-Pathy vd. (2019) tıbbi olmayan maliyetlerin finansal toksisitenin önemli risk faktörlerinden biri olduğunu ifade etmiştir. Tucker-Seeley ve Yabroff (2016), çalışmalarında cepten yapılan küçük harcamaların bile özellikle düşük gelirli aileler için önemli bir finansal yüke neden olabileceğini tespit etmiştir. Ezeife vd. (2019) tarafından Kanada’da yapılan bir çalışmada 10.000 Kanada \$ aşan cepten harcamalarla karşı karşıya kalan hastaların finansal toksisitelerinin diğer kişilere göre 9 kat daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 213 kişi ile yapılan başka bir çalışmada hastaların %48’inin aylık cepten harcamalarının en az 1.000 \$ olduğu ve daha kötü finansal toksisitenin yıllık hane gelirinin ≤ 60.000 \$ olmasıyla ve beklenenden çok daha yüksek cepten harcama yapılması ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Huey vd., 2021). Çin’de yapılan bir çalışmada kanser tedavisi için harcama yaptıktan sonra yoksulluk içinde yaşayan hanelerde %5,79’luk bir artış görüldüğü ifade edilmiştir (Fu vd., 2021). Deloitte tarafından gerçekleştirilen bir projede meme kanseri olan kişilerin, kanser teşhis ve tedavileri nedeniyle ceplerinden önemli harcamalar yaptıkları tespit edilmiştir (Deloitte, 2016). Aviki vd. (2022) yaptıkları çalışmada, cepten ödeme yapma, daha fazla görüntüleme hizmetlerini kullanma ve daha fazla poliklinik ziyareti gerçekleştirmenin finansal toksisite için önemli risk faktörlerinden olduğunu tespit etmiştir. Tanısal testlerin ve görüntülemenin finansal toksisite

üzerindeki rolü ve hastaların başa çıkmak için kullandıkları mekanizmaların sonuçları hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Carrera vd., 2018).

Katılımcıların Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği toplam puan ortalaması $61,66 \pm 7,56$ olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan minimum değer 36, maksimum değer 79'dur. Ölçekten alınan alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık hizmetini sunan profesyonellere duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $41,85 \pm 5,45$, sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi /kurumlara duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $10,22 \pm 3,95$ ve sağlık hizmetini veren kurum /kuruluşlara duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $9,58 \pm 1,87$ olarak bulunmuştur.

Bulgular literatürdeki birçok çalışmayla tutarlıdır. Egede ve Ellis (2008) çalışmalarında, güven ölçeğinin toplam ortalamasını $63 \pm 8,8$, sağlık hizmetini sunan profesyonellere duyulan güven alt boyutu puan ortalamasını $40 \pm 6,2$, sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayanlara duyulan güven alt boyutu puan ortalamasını $12,8 \pm 3$ ve sağlık hizmetini veren kurum /kuruluşlara duyulan güven alt boyutu puan ortalamasını $10,3 \pm 2,1$ olarak bulmuştur. Saygılı ve Tekin (2022) çalışmalarında, güven ölçeğinin toplam ortalamasını $59,06 \pm 13,76$ olarak bulmuştur. Sağlık sunucularına güven alt ölçeği puan ortalaması $35,66 \pm 9,05$; sağlık ödeyenlerine güven alt boyutu puan ortalaması $13,45 \pm 4,19$, sağlık kurumlarına güven alt boyutu puan ortalaması ise $9,94 \pm 2,15$ olarak bulunmuştur. Nal (2021) çalışmasında, güven ölçeğinin toplam ortalamasını $55,73$, sağlık profesyonellerine güven toplam puan ortalamasını $33,65 \pm 6,46$, sağlık giderini karşılayan kuruma güven toplam puan ortalamasını $12,57 \pm 3,33$, sağlık kurumuna güven toplam puan ortalamasını ise $9,50 \pm 2,37$ olarak bulmuştur.

Çalışmada katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile ilişkili faktörleri tespit etmek amacıyla yapılan analizler sonucunda, sağlık hizmetleri sistemine güven düzeylerinin katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden; cinsiyet, sosyo-ekonomik özelliklerinden; öğrenim durumu, özel sigorta durumu, hane içerisindeki finansal rol, hastalık ile ilgili özelliklerinden kanser evresi, teşhisten bu yana geçen süre, hastalık sonrası yaşanan değişimlerden; finansal durumda yaşanan değişiklikler, sosyal destek alma durumundan; tanı konulduktan sonra bir kurumdan destek alma ve aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumu, cepten harcama yapma durumundan ve sağlık hizmeti kullanım ve memnuniyet durumundan; hastanenin sağlık hizmetlerinden daha önce

faydalanma durumu ve alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada, cinsiyet açısından incelendiğinde, cinsiyete göre sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven ve sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven ve sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven ortalamaları kadınlara göre daha yüksektir. Bu durum erkeklerin geri ödeyicilere ve sağlık hizmeti sunan kurumlara daha fazla güvendiğini göstermektedir. Bu araştırma sonucu literatürde yer alan çalışma sonuçları ile tutarlılık gösterse de cinsiyet açısından farklılıkların söz konusu olduğu çalışmalar da mevcuttur. Egede ve Ellis (2008) çalışmalarında, cinsiyete göre anlamlı farklılık bulmuş ve güven puan ortalamalarının erkeklerde daha yüksek kadınlarda daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Yeşiloğlu (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, güven ölçeği ve alt boyutlardan sağlık hizmetini sunan profesyonellere güven alt boyutu toplam puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek güven ortalamalarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ancak yapılan ileri post-hoc analizde anlamlılık doğrulanamamıştır. Saygılı ve Tekin (2022) çalışmalarında, cinsiyetin sağlık sistemine güveni etkilediğini ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu tespit etmiştir. Kadınların "sağlık hizmeti maliyetini karşılayan kurumlara" güven düzeyi daha yüksektir bulunmuştur. Dinç vd. (2013) çalışmalarında, cinsiyete göre ortalama puanlarda farklılık olmadığını tespit etmiştir. Peters ve Youssef (2014) çalışmalarında, güvenin beş boyutunu incelemiş (sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta merkezli odağı; politikaların sağlık sistemi içindeki etkisi; sağlayıcıların uzmanlığı; bakım kalitesi; iletişim ve bilgi sağlanması) ve sağlık sistemi için cinsiyetin güven puanları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını tespit etmiştir.

Öğrenim durumu açısından incelendiğinde, öğrenim durumu ile sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. En fazla lise mezunu (ilkokul, ortaokul ve lise mezunu) olan katılımcıların sağlık hizmeti sunan profesyonellere olan güven ortalaması, en az lisans mezunu (üniversite mezunu ve lisansüstü) olan katılımcıların güven ortalamasına göre daha yüksek bulunmuştur. Başka bir ifadeyle eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin sağlık hizmeti sunan profesyonellere olan güveni azalmaktadır. Bu durum, öğrenim düzeyindeki artış ile birlikte algı ve beklentilerin farklılaşmasıyla bağlantılı olabilir. Bireylerin öğrenim düzeyinin yükselmesi bilinç düzeyinin de paralel olarak artmasına olanak sağlayabilir. Artan bilinç düzeyi alınan tedavinin kalitesini

ve teknik özelliklerini değerlendirmede anlamlı farklılık yaratabilir. Bütün bu durumların bileşimi de güveni etkileyebilir. Shea vd. (2008), güvensizliğin çoğu biçiminin, teknik yeterlilik ve değer uyumu alanları da dahil olmak üzere çok boyutlu olduğunu ifade etmektedir. Araştırma sonucu literatürde yer alan çalışma sonuçları ile tutarlılık gösterse de, öğrenim durumu açısından farklılıkların söz konusu olduğu çalışmalar da mevcuttur. Dinç vd. (2013) çalışmalarında, eğitim düzeyi ortalama puanlarında farklılık tespit etmiştir. Sağlık profesyonellerine güven alt ölçeği, sağlık kurumlarına güven alt ölçeği ve toplam güven puanları ve ortalama puanlarında öğrenim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayanlara güven alt boyutu ise öğrenim düzeyine göre farklılık göstermemiştir. İlkokul düzeyinde öğrenim almış katılımcıların güven puan ortalamaları, öğrenim düzeyi daha yüksek olan katılımcıların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yeşiloğlu (2020) tarafından yapılan yüksek lisans tez çalışmasında sağlık hizmetlerine ilişkin çok boyutlu güven ve üç alt boyutunun toplam puan ortalamaları ile öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bardakçı vd. (2023) çalışmalarında, öğrenim düzeyine göre sağlık hizmeti maliyetini karşılayan kişi/kuruma güven puanları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu, ön lisans ve lisans mezunu katılımcıların güven düzeyinin ortaöğretim mezunlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Stacey ve Dempsey (2015) yaptıkları çalışmada, katılımcıların güven düzeyinde öğrenim açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamıştır.

Özel sigorta durumu açısından incelendiğinde, katılımcıların özel sigorta durumu ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu, sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven alt boyutu ve güven toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Özel sigortası olan katılımcıların sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu, sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven alt boyutu ve toplam güven ölçek puan ortalaması daha yüksektir. Bu durum özel sigortası olan bireylerin sağlık sistemine güven düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak unutulmaması gereken bir nokta vardır ki kişilerin özel sigortaya sahip olması kurum kaynaklı olabileceği gibi kişilerin daha fazla cepten harcama yapmamak ve kamu hastanelerinin randevu tarihi alamamak, çok sıra beklemek gibi olumsuz durumlarından kendilerini korumak için yaptıkları bir güvence olarak da düşünülebilir. Bu durum ülkede sağlık sistemine güvenmemekten kaynaklanıyor olabilir. Bu durum kendi içinde bir çelişkiyi barındırmaktadır. Gille vd. (2015) özel sağlık sigortasının, güvenin önemini bir belirleyicisi olabileceğini belirtmektedir. Çünkü birey bir poliçeyi satın aldığı andan itibaren, geleceğe yönelik olumlu bir beklentisi olabilir, bu da korku ve belirsizliğin

azalmasına neden olur. Bu da güveni desteklemektedir. Calnan ve Sanford (2004) ise yaptıkları çalışmalarında, özel sigorta kapsamında olan bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin düşük olduğunu tespit etmiştir. Shan vd. (2016) ise sınırlı sigorta fonlarının, aşırı hizmet sunumu ve artan tıbbi harcamalar nedeniyle, tüketiciler üzerindeki finansal yükü, özellikle katkı payları ile birlikte önemli derecede artırdığını ve bazen nesiller arası yoksulluğa dahi yol açtığını belirterek ve bu durumun güvensizliğin gelişimini şiddetlendirdiğini vurgulamaktadır. Karakuş ve Yılmaz (2022) 406 kişi ile yaptığı çalışmada, güven ile sosyal güvence durumu arasında anlamlı bir fark tespit etmemiştir. Bardakçı vd. (2023) yaptıkları çalışmalarında, sosyal güvence durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit etmemiştir. Shan vd. (2016) hastaların cepten ödemelerini azaltmak için daha güçlü mali destek sağlanmasının ve mevcut sağlık sigortası sisteminde reform yapılmasının, güvensizlik sorunlarının çözümünde anahtar olacağını belirtmektedir.

Hane içerisindeki finansal rol açısından incelendiğinde, katılımcıların hane içerisindeki finansal rolü ile sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. İleri analizde farkın hane içinde para kazanmayan kişilerin, eş ile ortaklaşa para kazanan kişilere göre sağlık profesyonellerine güven puanı ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Literatürde böyle bir ilişki kuran bir çalışmaya rastlamadığımız için tartışma gerçekleştirilememektedir.

Kanser evresi ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Post hoc testlerinden Scheffe ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, 1.evrede olan kanser hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven ortalaması 4. evredeki katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, 1. evre kanser hastalarının tedavi sürecinin başında olmasından dolayı maliyetleri göz ardı ederek karar vermesinden kaynaklanıyor olabilir. Bireyler yaşadıkları stresten dolayı ilk olarak tedaviyi düşünebilmekte ve maliyetlerin ağır yüküyle ilerleyen zamanlarda karşılaşılabilmektedir. Ayrıca ileri evrede tanı almış hastalara uygulanacak tedavi yöntemi daha maliyetli olabilir ve bu durum bireylerin daha fazla harcama yapmasına neden olacağı için güveni etkileyebilir. Davis ve Fugett, erken evre kanserlerin sınırlı sayıda tedavi döngüsü ve ilgili maliyetleri olduğunu; daha sonraki evre kanserlerin ise artan maliyetlerle birlikte uzun vadeli, sürekli tedaviler gerektirdiğini belirtmektedir (Davis ve Fugett, 2018). Sun vd. (2018) yaptıkları bir sistematik derlemede, meme kanserinin Evre I1, III ve IV'teki ortalama tedavi maliyetlerinin

Evre I'e göre %32, %95 ve %109 daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Rosenzweig vd. (2019) ise erken evre hastalıkta bile, hastalık süreci boyunca kanser bakımının kronik ve pahalı olduğunu ve birden fazla tedavi türünün uygulanabileceğini ifade etmiştir. Ayrıca her ne kadar kanserli hastaların tümü mali toksisiteye karşı savunmasız olsa da, ilerlemiş veya metastatik kanseri olan hastalar finansal durumlara özellikle duyarlı olabilmektedir.

Teşhisten bu yana geçen süre açısından incelendiğinde, teşhisten bu yana geçen süre ile sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu ve sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 10 aydan daha uzun süre tedavi gören kişilerin sağlık profesyonellerine olan güven ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kanser gibi tedavisi zor ve uzun olan hastalıklar ile mücadele ederken birey daha savunmasız bir noktada olduğu için destek beklemektedir. Bu süreçte sağlık çalışanına güvenmek bireye kendini daha iyi hissettirerek tedavi üzerinde olumlu sonuçlar yaratabilir. Uzun süreli tedavi alımı sonucu sağlık profesyonelleriyle daha yakın bir bağ kurma da olasıdır. Mechanic ve Meyer (2000), kanserin yaşamı tehdit eden doğası ve tedavinin ciddiyetinin, hastaları neredeyse koşulsuz güvenmeye zorlayabileceğini öne sürmüştür. Rogala ve Donesch-Jezo (2020) ise yüksek derecede kişilerarası güvenin, sağlık birimlerinin ve tüm sağlık sisteminin faaliyetlerine duyulan güvenin artmasını sağladığını ve bu durumun yalnızca kişiler arası değil aynı zamanda güven bağlarına dayalı bir kültürün şekillenmesinde olumlu bir etkisinin olduğunu belirtmektedir. Guy vd. (2013) ABD’de yaptıkları bir çalışmada, kanser hastalarında yıllık ekonomik yükünün yeni tanı alanlarda (≤ 1 yıl) daha yüksek, daha önce tanı almış olanlarda (> 1 yıl) ise daha düşük olduğunu tespit etmiştir.

10 aydan daha az süredir tedavi gören kişilerin maliyeti karşılayan kurumlara güven ortalaması daha yüksek, 10 aydan daha uzun süredir tedavi olan kişilerin ise güven ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni artan tedavi süresi ile birlikte artan maliyetler olarak düşünülebilir. Yeşiloğlu (2020), uzun süreli hastanede bulunmanın sağlık sisteminin işleyişi hakkında daha fazla bilgi sahibi olma ve hizmet alanların beklentilerinde değişme yaşanmasına neden olabileceğini belirtmiştir. Uzun süreli tedavi gören kişilere göre kısa süreli tedavi gören kişiler tedavinin başında olduğundan finansal toksisite yaşamıyor ya da henüz hissetmiyor olabilir. Yaptıkları harcama düzeyleri henüz az olduğu için ya da ilk zamanlarda hastalığın tedirginliği ile toksisitenin farkında olmadığı için sağlık hizmetinin maliyetini karşılayan kurumlara güven düzeyleri bu nedenle yüksek olabilir. Sun vd. (2018)

yaptıkları bir sistematik derlemede, meme kanserinin tedavi maliyetlerinin genellikle tanı anındaki hastalık evresinin ilerlemesiyle birlikte arttığını belirtmektedir.

Finansal durumda yaşanan değişiklikler açısından incelendiğinde, finansal durumda yaşanan değişikliklere göre sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Finansal durumunda en fazla 2 sorun yaşayanların, 3 ve daha fazla finansal sorun yaşayanlara göre güven ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hastalık sonrası bireyin finansal durumlarda yaşadığı değişimler güven düzeylerini etkileyebilmektedir. Katılımcıların %81,9'u gelir kaybı yaşadığını, 43,8'i aile ve arkadaşlarından ödünç para aldığını, %2,9'u kredi çektiğini, %18,1'i yatırımlarını satmak zorunda kaldığını, %59'u tasarruf hesabını kullandığını, %35,2'si emeklilik hesabından para çektiğini belirtmiştir. Gelir kaybı, iş değişimi, ödünç para alma, kredi çekme, yatırımlarını (ev, araba vb.) satma, tasarruf hesabını kullanma ve emeklilik hesabından para çekme seçeneklerinden üç ve daha fazlasını işaretleyen kişilerin güven düzeyleri daha düşüktür. Hissedilen gelir kaybı güvenin azalmasına sebep olabilmektedir ve Lee vd. (2019) güvenin, hastanın bakıma finansal erişimi ile de bağlantılı olduğunu belirtmektedir. Yeşiloğlu (2020) çalışmasında, gelir düzeyi düşük olan katılımcıların sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetinin maliyetini karşılayan kişi ve kuruluşlara güvenleri düşük düzeyde bulmuştur. Başka bir çalışmada gelirinin giderine eşit olduğunu belirten katılımcıların, sağlık profesyonellerine, maliyeti karşılayan kurumlara duyulan güven ve toplam ölçek puan ortalamasında, geliri giderinden az katılımcıların puanlarından anlamlı bir şekilde farklı ve büyük olduğu tespit edilmiştir. Geliri giderinden fazla olan katılımcıların sağlık profesyonellerine güven ölçeği puan ortalaması, geliri giderinden az katılımcıların puan ortalamasından anlamlı şekilde farklı ve büyük bulunmuştur (Karakuş ve Yılmaz, 2022).

Tanı konduktan sonra bir kurumdan destek alma durumu açısından incelendiğinde, tanı konulduktan sonra herhangi bir kurumdan destek alma durumuna göre sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Destek alan kişilerin sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu ve toplam güven ölçek puan ortalaması daha yüksektir. Destek alan kişilerin güven ortalamalarının yüksek olması, kritik durumlarda destek almanın bireyin destek veren kişi ya da kuruma bağlılığını artırmasından kaynaklanıyor olabilir (Işıkhani, 2007). Çünkü kanser uzun süreli ve ölümcül bir hastalık olmakla birlikte, bireylerde duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere de yol

açabilmektedir (Ateşci vd., 2003). Hastaların kansere tepkisi, onların inançlarına, değer ve sosyal destek sistemlerine ve strese verdikleri tepkilere göre de değişmektedir (Işıkhan, 2007). Finansal zorluklar, hastaların başa çıkma sürecini başlatmak için ihtiyaç duyduğu fiziksel ve zihinsel enerjiyi harekete geçirmelerini daha da zorlaştıracığından (Chi, 2019), destek almak yalnızlık hissini paylaşarak bireyin tedavi sürecine olan inancını pekiştirebilir. Egede ve Ellis (2008), daha fazla sosyal desteğe sahip olan ve bakım düzeylerinden memnun olan hastaların daha fazla güven bildirme olasılığının olduğunu tespit etmiştir.

Aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumu açısından incelendiğinde, aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumuna göre sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutunda ve sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Refakatçisi olan katılımcıların sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Refakatçisi olmayan katılımcıların ise sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu ortalaması daha yüksektir. Bu durum ile ilgili sınırlı bilgi olmasıyla birlikte, Labrecque vd. (1991) çalışmasında, kanser hastasının yanında refakatçisi olduğu zaman hekimin hastayla geçirdiği sürenin daha uzun olduğunu ve daha fazla bilgi sağlandığı sonucuna ulaşmış ve refakatçilerin bu etkileşimlerde aktif rol oynadığını öne sürmüştür. Akpınar vd. (2019) 118 hasta refakatçisi ile yaptığı çalışmada, hasta refakatçileri, hastaların bakımında sağlık profesyonellerine güvenme konusundaki endişeleri nedeniyle hastaların yanında kaldıklarını belirtmiştir.

Katılımcıların cepten harcama yapma durumuna göre sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri incelendiğinde, hem tıbbi hem de tıbbi olmayan kalemler için harcama yapma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tıbbi kalemler ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tıbbi kalemler için cepten harcama yapmayanların sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu ve toplam ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Tıbbi olmayan kalemler ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapmayanların sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyut ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bireyler tedavi olurken daha az cepten harcama yapıyorsa ya da hiç yapmıyorsa bu durumla bağlantılı olarak sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayanlara güven duyabilir. Kanser gibi zorlu bir hastalık sürecinde bireyin maliyetleri düşünmeden hareket

ediyor olması içinde bulunduğu sağlık sistemine güven duymasını sağlayabilir. Çünkü bireyler maliyeti düşünerek tedavilerinde değişikliklere gidebilir. Peppercorn (2017), maliyetlerin karar verme temelini bir parçası olarak sürece dahil edilmesinin, hangi müdahalelerin gerçekten faydalı olduğu tartışmasını etkileyerek, hastaların tıbbi ihtiyaçlara göre değil sosyoekonomik durumlarına göre bakım almasına neden olabileceğini belirtmektedir. Shan vd. (2016) Çin’de yaptıkları bir çalışmada daha düşük tıbbi harcama düzeyi ile güven arasında pozitif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Hem tıbbi hem de tıbbi olmayan faktörler göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetleri için cepten harcama yapmanın güven üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu söylenebilir. Rockers vd. (2012) çalışmalarında, finansal risk korumasının, hükümete güven olasılığında %13 puanlık bir artışa neden olduğunu tespit etmiştir.

Hastanenin sağlık hizmetlerinden daha önce faydalanma durumuna göre sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Post hoc testlerinden Scheffe ile yapılan ikili karşılaştırmalarda, farkın uzun süreli tedavi gören kişilerin geri ödeyiciye güven puan ortalamalarının, birkaç kez poliklinikte muayene olan kişilerin puan ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Hastaların bir kurumda uzun süreli tedavi görmesi maliyet problemi hissetmesini daha muhtemel kılabilir. Kişi birkaç defa hizmet alıp gittiğinde aldığı tedavi sonucu katlandığı maliyet kendi ekonomisini sarsan düzeyde olmayabilir bu nedenle finansal toksisite hissetme ihtimali düşük olabilir. Ancak kişi hastalığından dolayı uzun süreli tedavi gördüğünde, başlangıçta görünmeyen yan etkiler zaman ilerledikçe daha fazla ortaya çıkabilir. Daha fazla muayene, tetkik, yatış, ilaç, ameliyat ücreti, bireyin finansal durumunda değişikliklere neden olabilir. Birey tedavinin maliyetinden kaynaklı başka baş etme mekanizmaları düşünmeye başladığında kurumlara olan güven sorgulanmaya başlıyor olabilir. Gilson (2003), kurumların hastanın çıkarlarını dikkate alan davranışlar sergilemesi ve hasta tarafından bunun fark edilmesi ile sağlayıcılara olan güvenin artacağını ifade etmektedir. Shan vd. (2016) hastaların ihtiyaçlarını karşılayan optimal güvenli bakım güvencesinin, sağlayıcıların güvenini artırabileceğini tespit etmiştir.

Alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumuna göre sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyutu ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Alınan sağlık hizmetinden memnun kalan katılımcıların sağlık hizmeti sunan profesyonellere güven alt boyut ve toplam ölçek ortalaması daha yüksektir. Zhao vd. (2018), katılımcıların en son aldığı sağlık hizmetinin, güvenin en güçlü göstergelerinden biri

olduğunu belirtmektedir. Amoah vd. (2021) çalışmalarında, sağlık sistemine güvenenlerin sistemden memnun kalma olasılıklarının %73 daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Akufa vd. (2023), Etiyopya’da 634 kişi ile yaptıkları çalışmada, sağlık hizmetlerinden memnun kalma durumunun sağlık hizmetlerine güven ile pozitif yönde ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Memnuniyet puanındaki bir birimlik artış güven puanı 0,13 düzeyde artırmıştır. Shan vd. (2016) çalışmasında, hasta memnuniyetinin daha yüksek güven düzeyiyle pozitif ilişkisi olduğunu ve hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicisinin "güven" olduğunu tespit etmiştir. Radoi ve Lupu (2014), güven ve sağlık kurumundan memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ve bireylerin aldıkları hizmetlerden memnuniyetinin arttıkça güveninin de artacağını ifade etmektedir. Artan memnuniyet artan güven ile bağlantılı olabileceği gibi artan güven de sağlık sonuçları ile ilişkili olabilir. Nummela vd. (2009), güvenin sağlık üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu ve bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde önemli bir unsur olarak görüldüğünü belirtmektedir.

Çalışmada finansal toksisite ve sağlık sistemine güven düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda finansal toksisite ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu ($r=782$, $p=0,000$) arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin kanser tedavisi nedeniyle maruz kaldığı finansal toksisite sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güvenini yüksek düzeyde etkilemektedir. Finansal toksisite ve sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven alt boyutu ($r=258$, $p=0,008$) arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bireylerin yaşadığı finansal toksisite sağlık hizmeti aldığı kuruma güvenini etkilememekte ya da çok zayıf düzeyde etkilemektedir. Finansal toksisite ve sağlık hizmetleri sistemine çok boyutlu güven ölçeği toplam puanı ($r=504$, $p=0,000$) arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Genel bir ifadeyle bireylerin yaşadığı finansal toksisite sağlık hizmetleri sistemine güveni etkilemektedir.

Sağlık sistemi içindeki finansman düzenlemeleri hasta ile hizmet sağlayıcı arasındaki güveni etkilemektedir. Finansman mekanizmaları, bir düzeyde, sağlayıcı ile hasta arasındaki güvene dayalı ilişkiyi doğrudan destekleyen veya zayıflatan teşvikler sunar (Gilson, 2003). Örneğin, Chino vd. (2023) tarafından Ön İzin (Prior authorization) ile ilgili kişisel deneyimlerini bildiren 178 yetişkin kanser hastası ile yapılan bir çalışmada, ön izindeki gecikmeler-reddedilmeler nedeniyle katılımcıların %20’si önerilen bakımı alamadığını, %9’u önerilen bakımı cepten ödeme yaparak aldıklarını ifade etmiştir. Genel olarak ön izin

katılımcıların %18'inin kanser ekibine, %89'unun sigorta şirketlerine ve %83'ünün de sağlık sistemine daha az güvenmelerine neden olmuştur. Meme kanseri geçmişi olan 297 kişi ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada, kanserle bağlantılı olarak duygusal sorunlar, fiziksel sorunlar, kaynak eksikliği (ekonomik ve bilgi kaynaklarının eksikliği) sorunları ve cinsellik sorunları olmak üzere dört sorun alanı belirlenmiştir. Kaynak eksikliği sorun puanları, daha fazla komorbiditesi olan ve daha yüksek tıbbi güvensizliği olan genç, evli olmayan, işsiz kadınlar için en yüksek bulunmuştur. Çok değişkenli analiz, yaş, eşlik eden hastalıklar ve tıbbi güvensizliğin dört kanser sorunu alanında daha ciddi sorunlar için risk faktörleri olduğunu ortaya çıkarmıştır (Barsevick vd., 2016). Başka bir çalışmada sağlık sistemi güvensizliği, meme kanseri sonrası hekimin önerdiği adjuvan tedavinin başlatılmaması veya tamamlanamaması olarak tanımlanan tedavi uyumsuzluğu ile pozitif yönde ilişkili olarak bulunmuştur. Bununla birlikte daha fazla sağlık sistemi güvensizliğinin ileri yaş, siyahi olmak, üniversiteye gitmek ve istihdam edilmekle önemli ölçüde ilişkili olduğu; daha az sağlık sistemi güvensizliğinin ise daha fazla doktor güveni, evli olmak, sağlık sigortasına sahip olmak ve Pensilvanya'da yaşamakla ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Dean vd., 2017). Thom ve Benedict (2019) yaptıkları çalışmada, yüksek finansal toksisitenin hayatta kalanların psikolojik refahı ve kanserle başa çıkma konusundaki güveni de dahil olmak üzere, kanser deneyiminin birçok yönüyle olumsuz bir ilişkiye sahip olduğunu tespit etmiştir.

Sheppard vd., (2016), 359 meme kanseri ile yaptığı çalışmada, hizmet sağlayıcılara duyulan güvenin üç alanla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu alanlar kişilerarası bakım, mali sorunlar, doktorların teknik derecelendirmeleridir. Sağlayıcıya duyulan güven, bakımı anlama ve bakıma katılma konusundaki öz yeterlik, sigorta engeli ve para engeli, bakımın finansal yönlerinin derecelendirilmesiyle önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre sigorta engeli ve para engeli, katılımcıların memnuniyet düzeylerini sırasıyla %53 ve %54 oranında önemli ölçüde azaltmıştır. Finansal yükün hasta memnuniyetini nasıl etkilediğine dair 174 kanser hastasıyla yapılan başka bir çalışmada, katılımcılar en yüksek memnuniyeti kişilerarası ilişkilerden, en düşük memnuniyeti ise bakımın finansal yönlerinden bildirmişlerdir (Chino vd., 2014). Belirli bir güven düzeyine ulaşmak için klinisyenler ve sağlık hizmetleri sistemleri, her şeyden önce, hastaların çıkarlarını kendi finansal veya finansal olmayan kişisel çıkarlarının üzerinde tuttuklarına hastaları ikna etmelidir (Baker, 2020).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser bazı risk koşulları bir araya geldiğinde kaçınılmaz olarak değerlendirilse de, maliyetlerden kaçınmak ülkenin hastaya tanıdığı destekle birlikte mümkün olabilmektedir. Dünya genelinde kanser vakaları bu kadar hızlı artarken ülkelerin yaklaşan bu tehlikeye karşı kanserin yayılma hızından daha yavaş eylem planları gerçekleştirmesi hastaları sistem içinde savunmasız bırakabilmektedir. Yaşanan teknolojik gelişmelerle birlikte kanser tedavisi için bakım alternatifleri artarken maliyetler de bu ilerlemelerle bağlantılı bir seyir izlemektedir. Maliyetler artmaya devam ettiği sürece kanser hastaları ve aileleri üzerinde bıraktığı etki de artmaya devam edecektir.

Sağlık sistemlerinin yeterli finansal koruma sağlayamadığı durumlarda, insanlar sağlık hizmetleri için ödeme yapmakta zorluk çekebilmektedir (OECD, 2021, s:132). Özellikle dezavantajlı gruplar sağlık hizmeti almak için ödeme yapma noktasında daha kırılgan bir yapıda olabilirler. Bu nedenle sağlık sistemleri yoksulluk içinde yaşayan ve diğer dezavantajlı gruplara özellikle dikkat çekerek gereken politika girişimlerini gündemine almalıdır (Yılmaz, 2020, s:132). Finansal koruma eksikliği sağlık hizmetlerine erişimi azaltabilir, sağlık statüsünü zayıflatır, yoksulluğu derinleştirebilir ve sağlık ve sosyo-ekonomik eşitsizlikleri şiddetlendirebilir (OECD, 2021, s:132). Perkins (2022), finansal toksisiteyi ele almanın, sağlık adaletine ulaşmada önemli bir adım olduğunu belirtmektedir.

Peppercorn (2017), kanser bakımı için daha fazla toplumsal kaynak tahsisinin haklılığını belirtirken, Ramsey ve Shankaran (2012), yüksek kaliteli bakımı sürdürürken kanser tedavisinin finansal yükünü azaltmak için eşgüdümlü bir ulusal strateji gerekliliğini ifade etmektedir. Hazell vd. (2020) finansal sıkıntıyı çözmek için kanser bakımının artan maliyetlerinin altında yatan faktörleri ele alan politika değişikliklerinin gerekliliğini vurgulamıştır. En nihayetinde hepsi devlet müdahalesinin gerekliliğini belirtirken aynı zamanda ortaklaşa bir hareketin ihtiyacına da vurgu yapmaktadır.

Çalışmanın amacı, akciğer, meme ve kolon kanseri tanısı almış bireylerde finansal toksisite düzeyini belirlemek, bu bireylerin kanser teşhis ve tedavi sürecinde karşılaştıkları finansal yükün sağlık hizmetleri sistemine duydukları güven ile ilişkisini incelemektir. Çalışmanın alt amacı, hasta ve ailesine ilişkin sosyo-demografik özelliklerin finansal toksisite için risk faktörü oluşturma durumunu değerlendirmektir. Araştırmadan elde edilen veriler ile ulaşılan sonuç ve öneriler aşağıda verilmiştir.

- Çalışmada, katılımcıların COST ölçeğine ilişkin medyan değeri 17, genel finansal toksisite ortalamaları $18,81 \pm 9,38$ olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kanser hastalarının düşük finansal toksisite puanına sahip olduğu, başka bir ifadeyle yüksek finansal toksisite yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalık olgularının finansal toksisite düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre hastalık olguları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir.
- Çalışmada finansal toksisite ile cinsiyet, öğrenim durumu, özel sigorta durumu, hane içerisindeki finansal rol, aylık hane halkı geliri, finansal durumda yaşanan değişiklikler, tanı konduktan sonra bir kurumdan destek alma ve aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumu ve cepten harcama yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Çalışmada katılımcıların sağlık hizmetleri sistemi çok boyutlu güven ölçeği toplam puan ortalaması $61,66 \pm 7,56$, sağlık hizmetini sunan profesyonellere duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $41,85 \pm 5,45$, sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi /kurumlara duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $10,22 \pm 3,95$ ve sağlık hizmetini veren kurum /kuruluşlara duyulan güven alt boyutu puan ortalaması $9,58 \pm 1,87$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyi yüksek bulunmuştur.
- Çalışmada sağlık hizmetleri sistemine güven ve alt boyutları ile cinsiyet, öğrenim durumu, özel sigorta durumu, hane içerisindeki finansal rol, kanser evresi, teşhisten bu yana geçen süre, finansal durumda yaşanan değişiklikler, tanı konduktan sonra bir kurumdan destek alma durumu, aile üyelerinden birinin işi bırakıp refakat etme durumu, cepten harcama yapma durumu, hastanenin sağlık hizmetlerinden daha önce faydalanma durumu ve alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır.
- Finansal toksisite ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılayan kişi/kurumlara güven alt boyutu arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
- Finansal toksisite ve sağlık hizmeti veren kurum/kuruluşlara güven alt boyutu arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Finansal toksisite ve sağlık hizmetleri sistemine çok boyutlu güven ölçeği toplam puanı arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

- Katılımcıların sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri arttıkça, finansal toksisite oranlarının düştüğü sonucuna ulaşılmıştır.
- Finansal toksisite ile ilişkili bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre, sosyo-demografik özellikler, ekonomik özellikler, hastalıkla ilgili özellikler ve güven ile oluşturulan modelde bağımsız değişkenlerin finansal toksistedeki değişimin yaklaşık %67,3'ünü açıklayabildiği ve değişkenlerin doğru sınıflandırma olasılığının %84,8 olduğu belirlenmiştir.
- Öğrenim durumu en fazla lise olanların, en az üniversite olanlara göre, finansal durumunda 3 ve daha fazla şekilde değişiklik olanların en fazla 2 değişiklik olanlara göre, maliyeti karşılayan kuruma güven düzeyi düşük olanların yüksek olanlara göre, yüksek finansal toksisite grubunda yer alma riskinin daha fazla olacağı saptanmıştır.

Literatür kanser hastalarının yaşadığı objektif ve subjektif yükün anlaşılmasının önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda Türkiye’de kanser hastalarının maruz kaldığı zorlukları tespit etmek ve değerlendirmek daha büyük bir önem taşımaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre çalışma kapsamında geliştirilen öneriler, aşağıda yer almaktadır.

- Araştırma sonucunda kanser hastalarının GSS kapsamında olmasına rağmen yüksek düzeyde cepten harcamaya maruz kaldığı belirlenmiştir. Kanser hastaları için teminat paketi kapsamının genişletilmesi ve yüksek düzeyde cepten ödeme yaptıkları kalemler için farklı uygulamaların geliştirilmesi önerilmektedir.
- Finansal toksisite tedaviyi yarım bırakmak, atlamak ya da ertelemek gibi olumsuz sonuçlara neden olabileceği için tüm hastaların sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması adına sağlık politikalarında iyileştirmeler yapılarak hem tedavi süreçlerinde hem de sonrası için daha fazla maddi desteğin sağlanması önerilmektedir.
- Kanser hastalarına SGK tarafından sağlanan desteklerin daha görünür hale getirilmesi ve hastaların bilinçlendirilmesi için kamuoyu farkındalık çalışmalarının yapılması ve hastanelerin onkoloji birimlerinde kanser hastalarına sağlanan destekler ile ilgili bilgilendirme yazılarının panolara asılması önerilmektedir.
- Hasta ve yakınlarının kanser hastalığı ile ilgili kendilerine tanınan hak ve yardımlardan daha fazla haberdar olması adına kısa bir broşür tasarlanması ve onkoloji birimlerinde bu broşürlerin hasta ve yakınlarına dağıtılması önerilmektedir.

- Hastalara ve yakınlarına sağlanacak maddi yardımların yanında sosyal anlamda bütünlüğün bozulmaması ve kişilerin kendilerini yalnız hissetmemesi adına hastane özelinde sosyal destek grupları oluşturularak, ilgili personelin de katkısı ile çeşitli etkinliklerin yapılması önerilmektedir.
- Hastalar kemoterapi alırken yakınları uzun süre hizmet birimi dışında bekleyebilmektedir. Bu süreçte hasta yakınları için psikolojik destek sağlamak adına konuşma kulüpleri gibi sosyal ortamların oluşturulması önerilmektedir.
- Sağlık çalışanlarının kanserin maliyeti ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyini artırmak adına çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Kanser hastalarının sosyal, psikolojik ve fiziksel durumları göz önünde bulundurularak veri toplamak için oluşturulacak formların ve ölçeklerin daha kısa ve öz şekilde revize edilmesi/oluşturulması önerilmektedir.
- Hastane özelinde mali destek bölümleri oluşturularak hastaların ödemekte zorlandıkları tetkik vb. durumlar için oluşturulan fonlardan hastalara destek sağlanması adına çalışmaların başlatılması önerilmektedir.
- Kanser risk faktörlerine yönelik sosyal pazarlama çalışmaları yapılarak halkın farkındalığını sağlamak ve özellikle tarama programları ile ilgili çalışmalarının yapılması önerilmektedir.
- Kanser hastalığının hem hasta açısından hem de sistem açısından daha maliyetli olan ileri evrelere gelen kadar, erken evrede teşhisinin sağlanabilmesi için tarama programlarının hem aile sağlığı merkezlerinde hem de hastanelerde daha fazla yaygınlaştırılması önerilmektedir.
- Literatürde kanser tedavisinden kaynaklanan maliyetlerin hastanın tedavi sürecini olumsuz yönde etkilediğine dair çalışmalar bulunmaktadır. Buradan yola çıkarak hastalara maliyetlerin devlet desteğiyle karşılayacağına dair güven sağlayarak, sadece tedavi sürecine ve iyileşmeye odaklanması için çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Çalışma sonucunda hane içinde para kazanıp kazanmama durumunun finansal toksisiteyi etkilediği tespit edilmiştir. Yüksek finansal toksisite düzeyinin hane için para kazanmayan kişilerden kaynaklandığı göz önüne alındığında herhangi bir geliri olmayan hastalara aylık (yol, yemek, çocuk bakımı vb.) finansal desteklerin sağlanması önerilmektedir.
- Kanser hastalarında finansal toksisiteyi düşürebilmek adına düşük bütçeli müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

- Özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sağlık hizmetinin maliyetini karşilayan kurumlara gúveni yúysek bulunduğu için, özel sağlık sigortalarının maliyetleri karşılama noktasında sergilediği iyi uygulama örneklerinin SGK tarafından incelenerek değerlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırma konusu ile ilgili gelecek araştırmalar için aşağıdaki öneriler dikkate alınabilir.

- Türkiye’de finansal toksisite ile ilgili yapılan çalışmalar az olduğu için hastalar, sağlık profesyonelleri ve sağlık sistemi açısından finansal toksisitenin önemini tartışmak zorlaşmaktadır. Bu doğrultuda ulusal düzeyde farkındalık oluşturmak için yapılan çalışma sayısının artırılması önerilmektedir.
- Bu konunun Türkiye literatüründe daha fazla araştırılması ve risk grubunda olanların daha iyi belirlenmesi ile en azından öncelik olarak, daha kırılgan yapıda olan hastalar için harekete geçilmesi önerilmektedir.
- Çalışma sadece Ankara’da bulunan bir vakıf hastanesinde gerçekleştirildiği için, ileride yapılacak çalışmaların verilerin karşılaştırılabilir olmasını sağlamak adına kamu ve özel hastanelerde yapılması önerilmektedir.
- Türkiye’de ve Dünya’da en fazla görúlen kanser türlerinin hastalık yükleri de dikkate alınarak daha fazla örneklem ile yapılacak çalışmalar ile değerlendirilmeye alınması önerilmektedir.
- Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı kanser hastaları ile çalışma yapmak finansal yükün boyutunu görmek açısından faydalı olabilir.
- Bireylerin kanser tedavisi için katlandığı maliyetlerin hane geliri açısından katastrofik olup olmadığını belirlemek adına yeni çalışmalar yapılabilir.
- Gelecek araştırmaların, kanser hastalarının sağlık hizmetleri sistemine gúvenini artırmak için neler yapılabileceği konusuna yúnelmeleri önerilmektedir.
- Hastane yöneticilerinin görev yaptıkları hastaneler için bu çalışmanın sonuçlarından yararlanarak kanser hastaları, hasta yakınları ve sağlık alışanları açısından eşitli alışmalar yapması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abrams, H.R., Durbin, S., Huang, C.X., Johnson, S.F., Nayak, R.K., Zahner, G.J. & Peppercorn, J. (2021). Financial toxicity in cancer care: origins, impact, and solutions. *Translational Behavioral Medicine*, 11(11), 2043-2054. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab091>
- Ahnquist, J., Wamala, S.P. & Lindstrom, M. (2012). Social determinants of health – A question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Social Science & Medicine*, 74(6), 930-939. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.026>
- Ahnquist, J., Wamala, S.P. & Lindström, M. (2010). What has trust in the health-care system got to do with psychological distress? Analyses from the national Swedish survey of public health. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(4), 250-258. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq024>
- Akafu, W., Daba, T., Tesfaye, E., Teshome, F. & Akafu, T. (2023). Determinants of trust in healthcare facilities among community-based health insurance members in the Manna district of Ethiopia. *BMC Public Health*, 23:171, 2-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15124-w>
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye sağııkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. Sağıık Bakanlığı Yayınları.
- Akkoçlu, A. (2006). Akciğer kanserleri. *Türk Toraks Derneğı*, 2.
- Akpınar, A., Özcan, M. & Toygar, D.Ü. (2019). Patient's companions as a vulnerable group in Turkish hospitals: A descriptive study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(4), 1196-1204. <https://doi.org/10.1111/jep.13294>
- Akyürek, Ç.E. ve Kalaycı, E. (2022). Sağııkta eşitsizlikler perspektifinden kanser hastalarına yönelik politikalar. Duyan, V., Karataş, M. & Güre, M.D. (Ed), *Onkolojik sosyal hizmet* (ss. 40-52). İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- Alper, Y. (2011). Sosyal güvenlik reformu ve finansmanla ilgili beklentiler. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 7-47.
- Altice, C.K., Banegas, M.P., Tucker-Seeley, R.D. & Yabroff, K.R. (2017). Financial hardships experienced by cancer survivors: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, 109(2), 1-17. <https://doi.org/10.1093/jnci/djw205>
- American Cancer Society. (2020, 29 Haziran). *What is colorectal cancer?* <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/about/what-is-colorectal-cancer.html>
- American Cancer Society. (2021, 19 Kasım). *What is breast cancer?* <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
- American Cancer Society. (2023). *Cancer facts & figures 2023*. Atlanta: American Cancer Society.

- American Cancer Society. (2022, 12 Haziran). *What is lung cancer?* <https://www.cancer.org/cancer/types/lung-cancer/about/what-is.html>
- Amoah, P.A., Nyamekye, K.A. & Owusu-Addo, E. (2021). A multidimensional study of public satisfaction with the healthcare system: a mixed-method inquiry in Ghana. *BMC Health Services Research*, 21:1320, 2-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07288-1>
- Arıkan, R.N. (2000). Travmatik bir yaşantı: Meme kanseri ve mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9(1), 39-46. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000153
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2018). American Society of Clinical Oncology Position Statement on Addressing the Affordability of Cancer Drugs. *Journal of Oncology Practice*, 14(3), 187-192.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Ateşçi, F.Ç., Oğuzhanoglu, N.K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. & Karagöz, N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 145-152. <https://hdl.handle.net/11499/40751>
- Aviki, E. M., Manning-Geist, B. L., Sokolowski, S. S., Newman, T., Blinder, V. S., Chino, F., . . . Abu-Rustum, N. R. (2022). Risk factors for financial toxicity in gynecologic cancer patients. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 226(6), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.012>
- Aydıntuğ, S. (2004). Meme kanserinde erken tanı. *Sted*, 13(6), 226-228.
- Azzani, M., Yahya, A., Roslani, A.C. & Su, T.T. (2017). Catastrophic health expenditure among colorectal cancer patients and families: A case of Malaysia. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 29(6). <https://doi.org/10.1177/1010539517732224>
- Bade, B.C. and Cruz, C.S. (2020). Lung cancer 2020. *Clinics in Chest Medicine*, 41(1), 1-24. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2019.10.001>
- Baker, D.W. (2020). Trust in health care in the time of COVID-19. *JAMA*, 324(23), 2373-2375. <https://doi:10.1001/jama.2020.23343>
- Banegas, M.P., Jr., G.P., de Moor, J.S., Ekwueme, D.U., Virgo, K.S., Kent, E.E., . . . Yabroff, K.R. (2016). For working-age cancer survivors, medical debt and bankruptcy create financial Hardships. *Health Affairs (Millwood)*, 35(1), 54-61. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0830>
- Barbarete, C., Brosse, C., Rhondali, W., Ruer, M., Monsarrat, L., Michaud, P., . . . Filbet, M. (2017). Financial distress in patients with advanced cancer. *Plos One*, 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176470>
- Bardakçı, G.H., Gökteş, M., Sırça, S., Demiralp, İ. & Aslan, Y. (2023). COVID-19 pandemi döneminde sağlık sistemine duyulan güvenin çok boyutlu olarak değerlendirilmesi. *Erzurum Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 25-38. <https://doi.org/10.29157/etusbed.1295876>

- Barsevick, A.M., Leader, A., Bradley, P.K., Avery, T., Dean, L.T., DiCarlo, M. & Hegarty, S.E. (2016). Post-treatment problems of African American breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24, 4979-4986. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3359-z>
- Baykara, O. (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165. <https://doi.org/10.5505/bsbd.2016.93823>
- Beeler, W.H., Bellile, E.L., Casper, K.A., Jaworski, E., Burger, N.J., Malloy, K.M., . . . Swiecicki, P.L. (2020). Patient-reported financial toxicity and adverse medical consequences in head and neck cancer. *Oral Oncology*, 101, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2019.104521>
- Belek, İ. (2016). *Sağlığın politik ekonomisi: Sosyal devletin çöküşü*. İstanbul: Yazılama yayınevi, 4.Baskı.
- Bestvina, C.M., Zullig, L.L. & Zafar, Y. (2014). The implications of out-of-pocket cost of cancer treatment in the USA: a critical appraisal of the literature. *Future Oncology*, 10(14), 2189-2199. <https://doi.org/10.2217/fon.14.130>
- Bhoo-Pathy, N., Ng, C.W., Lim, G.C.C., Tamin, N.I., Sullivan, R., Bhoo-Pathy, N.T., . . . Yip, C.H. (2019). Financial toxicity after cancer in a setting with universal health coverage: a call for urgent action. *Journal of Oncology Practice*, 15(6), 537-546. <https://doi.org/10.1200/JOP.18.00619>
- Bouberhan, S., Shea, M., Kennedy, A., Erlinger, A., Stack-Dunnbier, H., Buss, M.K., . . . Esselen, K. M. (2019). Financial toxicity in gynecologic oncology. *Gynecologic Oncology*, 154(1), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.04.003>
- Boyle, P. and Levin, B. (2008). *World cancer report 2008*. Lyon, France: World Health Organization. International Agency for Research on Cancer Publication.
- Bray, F. and Soerjomataram, I. (2019). The burden of cancer. Jemal, A., Torre, L., Soerjomataram, I. & Bray F. (Ed), *The cancer atlas* (Cilt third edition, s. 36-37). USA: The American Cancer Societ.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R.L., Torre, L.A. & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer Journal for Clinicians*, (68), 394-424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Calnan, M.W. and Sanford, E. (2004). Public trust in health care: the system or the doctor? *BMJ Quality & Safety*, 13(2), 92-97. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.009001>
- Carlson, P. (2004). The European health divide: a matter of financial or social capital? *Social Science & Medicine*, 59(9), 1985-1992. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.003>
- Carrera, P.M. and Olver, I. (2015). The financial hazard of personalized medicine and supportive care. *Supportive Care in Cancer*, 23, 3399–3401. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2922-3>
- Carrera, P.M., Kantarjian, H.M. & Blinder, V.S. (2018). The financial burden and distress of patients with cancer: Understanding and stepping-up action on the financial toxicity of cancer treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(2), 153-165. <https://doi.org/10.3322/caac.21443>

- Carrera, P. and Zafar, S.Y. (2018). Financial Toxicity. Olver, I. (Ed.), *The MASCC textbook of cancer supportive care and survivorship* (s. 127-143). Switzerland: Springer International Publishing AG.
- Chen, S., Cao, Z., Prettnner, K., Kuhn, M., Yang, J., Jiao, L., . . . Wang, C. (2023). Estimates and projections of the global economic cost of 29 cancers in 204 countries and territories from 2020 to 2050. *JAMA Oncology*, 9(4), 465-472. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2022.7826>
- Chi, M. (2019). The hidden cost of cancer: Helping clients cope with financial toxicity. *Clinical Social Work Journal*, 47, 249-257. <https://doi.org/10.1007/s10615-017-0640-7>
- Chino, F. and Zafar, S.Y. (2019). Financial toxicity and equitable access to clinical trials. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 39, 11-18. https://doi.org/10.1200/EDBK_100019
- Chino, F., Baez, A., Elkins, I.B., Aviki, E.M. & Thom, B. (2023). The patient experience of prior authorization for cancer care: Anxiety, delays, and the erosion of trust. *Journal of Clinical Oncology*, 41(16). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.38182>
- Chino, F., Peppercorn, J., Taylor, D.H., Lu, Y., Samsa, G., Abernethy, A. P. & Zafar, S.Y. (2014). Self-reported financial burden and satisfaction with care among patients with cancer. *Oncologist*, 19(4), 414-420. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2013-0374>
- Cicin, İ., Oksuz, E., Karadurmus, N., Malhan, S., Gumus, M., Yilmaz, U., . . . T. R. (2021). Economic burden of lung cancer in Turkey: a cost of illness study from payer perspective. *Health Economics Review*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13561-021-00322-2>
- Çakır, Y. (2011). Sağlık hizmetlerinde katılım payı uygulaması ve bu uygulamanın sosyal devlet ilkesi ve sosyal güvenlik hakkı bakımından incelenmesi. *Sayıştay Dergisi*, (80), 85-109.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2021, 25 Ekim). *Bakan Selçuk: "kanser hastalarımızı tedavi sürecinde yalnız bırakmıyoruz."* <https://www.csgeb.gov.tr/haberler/bakan-selcuk-kanser-hastalarimizi-tedavi-surecinde-yalniz-birakmıyoruz/>
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Davidoff, A.J., Guy, G.P., Hu, X., Gonzales, F., Han, X., Zheng, Z., . . . Jemal, A. (2018). Changes in health insurance coverage associated with the affordable care act among adults with and without a cancer history: Population-based national estimates. *Med Care*, 56(3), 220-227. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000876>
- Davidoff, A.J., Hill, S.C., Bernard, D. & Yabroff, K.R. (2015). The affordable care act and expanded insurance eligibility among nonelderly adult cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute*, 107(9), 1-8. <https://doi.org/10.1093/jnci/djv181>
- Davis, M.E. and Fugett, S. (2018). Financial toxicity: Limitations and challenges when caring for older adult patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(6), 43-48. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.S2.43-48>

- de Souza, J.A., Yap, B.J., Hlubocky, F.J., Wroblewski, K., Ratain, M.J., Cella, D. & Daugherty, C.K. (2014). The development of a financial toxicity patient-reported outcome in cancer: The COST measure. *Cancer*, 120(20), 3245-3253. <https://doi.org/10.1002/cncr.28814>
- de Souza, J.A., Yap, B.J., Wroblewski, K., Blinder, V., Araújo, F.S., Hlubocky, F. J., . . . Cella, D. (2017). Measuring financial toxicity as a clinically relevant patient-reported outcome: the validation of the Comprehensive Score For Financial Toxicity (Cost). *Cancer*, 123(3), 476-484. <https://doi.org/10.1002/cncr.30369>
- de Souza, J.A., Yap, B., Ratain, M.J. & Daugherty, C. (2015). User beware: We need more science and less art when measuring financial toxicity in oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 33(12), 1414-1415. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.59.4986>
- de Souza, J., Grogan, R.H. & Aschebrook-Kilfoy, B. (2016). Financial toxicity in thyroid cancer-an analysis from the north american thyroid cancer survivorship study. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 94(4), 960. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2015.12.320>
- Dean, L.T., Moss, S.L., McCarthy, A.M. & Armstrong, K. (2017). Healthcare system distrust, physician trust, and patient discordance with adjuvant breast cancer treatment recommendations. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 26(12), 1745-1752. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-17-0479>
- Değirmenci, P. (2009). *Kişilerarası ilişkilerde, örgütte, toplumda güven ve işverenlerin güvene bakışını anlamaya yönelik bir araştırma*. [Doktora tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Deloitte. (2016). *Financial impacts of breast cancer in Australia*. Breast Cancer Network Australia.
- Demirer, T., Olgun, N. & Özet, A. (2014). *TÜBA ulusal kanser politikaları çalıştay raporu*. Türkiye Bilimleri Akademisi.
- Desai, A. and Gyawali, B. (2020). Financial toxicity of cancer treatment: Moving the discussion from acknowledgement of the problem to identifying solutions. *EClinicalMedicine*, 20, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100269>
- Dinç, L., Korkmaz, F. & Karabulut, E. (2013). A validity and reliability study of the multidimensional trust in health-care systems scale in a turkish patient population. *Social Indicators Research*, 113(1), 107-120. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0084-y>
- Doğan, D. (2016). *Türkiye'deki sağlık kurumlarında güven olgusunun oluşumu ve güvenin kurumsal itibarla ilişkisi*. [Doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Doroudi, M., Coughlan, D., Banegas, M.P., Han, X. & Yabroff, K.R. (2018). Is cancer history associated with assets, debt, and net worth in the United States? *JNCI Cancer Spectrum*, 2(2), 1-7. <https://doi.org/10.1093/jncics/pky004>
- Durber, K., Halkett, K.B., McMullen, M. & Nowak, A.K. (2021). Measuring financial toxicity in Australian cancer patients – Validation of the COMprehensive Score for financial Toxicity (FACT COST) measuring financial toxicity in Australian cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 17(4), 377-387. <https://doi.org/10.1111/ajco.13508>

- Egede, L.E. and Ellis, C. (2008). Development and testing of the multidimensional trust in health care systems scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23(6), 808-815. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0613-1>
- Elkin, E.B. and Bach, P.B. (2010). Cancer's next frontier: Addressing high and increasing Costs. *JAMA*, 303(11), 1086-1087. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.283>
- Eren, O.Ö. (2017). Kanser taramaları ve kanserden korunma. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(2), 7-14.
- Erol, H. ve Özdemir, A. (2014). Türkiye'de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Ertan, A. E. (2003). *Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi'nde izlenen bazı akciğer hastalarının tanı ve tedavi sağlık harcamaları*. [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Ertong, G. (2011). Niklas Luhmann'ın sosyal sistemler kuramı ve güven tartışmaları bağlamında sağlık sistemi. *Ankyra: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 3-26. https://doi.org/10.1501/sbeder_0000000032
- Esselen, K.M., Gompers, A., Hacker, M.R., Boubherhan, S., Shea, M., Summerlin, S.H., . . . Liang, M.I. (2021). Evaluating meaningful levels of financial toxicity in gynecologic cancers. *International Journal of Gynecological Cancer*, 31, 801-806. <https://doi.org/10.1136/ijgc-2021-002475>
- Ezeife, D.A., Morganstein, B.J., Lau, S., Law, J.H., Le, L.W., Bredle, J., . . . Leighl, N.B. (2019). Financial burden among patients with lung cancer in a publically funded health care system. *Clinical Lung Cancer*, 20(4), 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.clcc.2018.12.010>
- Ezzati, M. and Riboli, E. (2012). Can noncommunicable diseases be prevented? lessons from studies of populations and individuals. *Science*, 337(6101), 1482-1487. <https://doi.org/10.1126/science.1227001>
- Fabian, A., Domschikowski, J., Greiner, W., Bockelmann, G., Karsten, E., Rühle, A., . . . Krug, D. (2022). Financial toxicity in cancer patients treated with radiotherapy in Germany-a cross-sectional study. *Strahlentherapie und Onkologie*, 198(12), 1053-1061. <https://doi.org/10.1007/s00066-022-01936-z>
- Fabian, A., Rühle, A., Domschikowsk, J., Trommer, M., Wegen, S., Becker, J.N., . . . Young DEGRO Group. (2023). Financial toxicity in cancer patients undergoing radiotherapy in a universal health care system - A prospective multicenter study of 1075 patients. *Radiotherapy Oncology*, 183, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.radonc.2023.109604>
- Fidler-Benaoudia, M.M. and Bray, F. (2020). Transitions in human development and the global cancer burden. Wild, C.P., Weiderpass, E. & Stewart, B.W. (Ed), *World cancer report: Cancer research for cancer prevention*. Lyon: World Health Organization. International Agency for Research on Cancer.
- Fidler, M.M., Soerjomataram, I. & Bray, F. (2016). A global view on cancer incidence and national levels of the human development index. *International Journal of Cancer*, 11, 2436-2446. <https://doi.org/10.1002/ijc.30382>

- Fitch, M.I. and Longo, C.J. (2021). Emerging understanding about the impact of financial toxicity related to cancer: Canadian perspectives. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(4), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151174>
- Fu, W., Shi, J., Zhang, X., Liu, C., Sun, C., Du, Y., . . . He, J. (2021). Effects of cancer treatment on household impoverishment: a multicentre cross-sectional study in China. *BMJ Open*, 11, 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044322>
- Gille, F., Smith, S. & Mays, N. (2015). Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1), 62-64. <https://doi.org/10.1177/13558196145431>
- Gille, F., Smith, S. & Mays, N. (2021). What is public trust in the healthcare system? A new conceptual framework developed from qualitative data in England. *Social Theory & Health*, 19, 1-20. <https://doi.org/10.1057/s41285-020-00129-x>
- Gilson, L. (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine*, 56(7), 1453-1468. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9)
- Gilson, L. (2006). Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), 359-375. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260610701768>
- GLOBOCAN. (2020). Cancer today, cancer tomorrow. *The Global Cancer Observatory*. <https://gco.iarc.fr/>
- Gopichandran, V. and Chetlapalli, S.K. (2013). Dimensions and determinants of trust in health care in resource poor settings a qualitative exploration. *Plos One*, 8(7), 1-8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069170>
- Gordon, L.G., Merollin, K.M., Lowe, A. & Chan, R.J. (2017). A systematic review of financial toxicity among cancer survivors: We can't pay the co-pay. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research*, 10(3), 295-309. <https://doi.org/10.1007/s40271-016-0204-x>
- Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye’de sosyal güvenliğin dönüşümü. *Çalışma ve Toplum*, 141-162.
- Gray, B.H. (1997). Trust and trustworthy care in the managed care era. *Health Affairs*, 16, 34-49. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.16.1.34>
- Gupta, R., Binder, L. & Moriates, C. (2020). Rebuilding trust and relationships in medical centers: A focus on health care affordability. *JAMA-Journal of the American Medical Association*, 324(23), 2361-2362. <https://doi:10.1001/jama.2020.14933>
- Guy, G.P., Ekwueme, D.U., Yabroff, K.R., Dowling, E.C., Li, C., Rodriguez, J.L., . . . Virgo, K.S. (2013). Economic burden of cancer survivorship among adults in the united states. *Journal of Clinical Oncology*, 31(30), 3749-3757. <https://doi: 10.1200/JCO.2013.49.1241>
- Güvercin, A., Mil, H.İ. & Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.

- Güvercin, C.H. (2004). Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye'de sosyal güvenliğin tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 57(2), 89-95. https://doi.org/10.1501/Tipfak_0000000105
- Gyawali, B. (2023, 8 Eylül). Argument for a national health insurance system. *Development Advocate Nepal*, 28-33. https://www.researchgate.net/profile/Bishal-Gyawali/publication/280495300_Health_Insurance_System_in_Nepal_An_Urgent_Need/links/55b6dd5d08ae092e9656f4cb/Health-Insurance-System-in-Nepal-An-Urgent-Need.pdf
- Gyawali, B. (2016). Me, too. *Journal of Global Oncology*, 2(3), 99-104. <https://doi.org/10.1200/JGO.2015.000588>
- Hall, M.A., Dugan, E., Zheng, B. & Mishra, A.K. (2001). Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *The Milbank Quarterly*, 79(4), 613-639. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00223>
- Han, X., Zhao, J., Zheng, Z., de Moor, J.S., Virgo, K.S. & Yabroff, K.R. (2020). Medical financial hardship intensity and financial sacrifice associated with cancer in the United States. *Cancer Epidemiology, Biomarkers Prevention*, 29(2), 308-317. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-0460>
- Hanly, P., Ortega-Ortega, M. & Soerjomataram, I. (2022). Cancer premature mortality costs in europe in 2020: A comparison of the human capital approach and the friction cost approach. *Current Oncology*, 29(5), 3552-3564. <https://doi.org/10.3390/curroncol29050287>
- Hazell, S.Z., Fu, W., Hu, C., Voong, K.R., Lee, B., Peterson, V., . . . Hales, R.K. (2020). Financial toxicity in lung cancer: an assessment of magnitude, perception, and impact on quality of life. *Annals of Oncology*, 31(1), 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2019.10.006>
- Hillen, M.A., de Haes, H.C. & Smets, E.M. (2011). Cancer patients' trust in their physician-a review. *Psychooncology*, 20(3), 227-241. <https://doi.org/10.1002/pon.1745>
- Hoang, V.M., Pham, C.P., Vu, Q.M., Ngo, T.T., Tran, D.H., Bui, D., . . . Mai, T.K. (2017). Household financial burden and poverty impacts of cancer treatment in Vietnam. *BioMed Research International*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2017/9350147>
- Hofmarcher, T., Bradvik, G., Svedman, C., Lindgren, P., Jönsson, B. & Wilking, N. (2019). *Comparator report on cancer in Europe 2019: Disease burden, cost and access to medicines*. Sweden: IHE Report 2019:7.
- Hofmarcher, T., Lindgren, P., Wilking, N. & Jönsson, B. (2020). The cost of cancer in Europe 2018. *European Journal of Cancer*, 129, 41-49. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.01.011>
- Honda, K., Gyawali, B., Ando, M., Kumanishi, R., Kato, K., Sugiyama, K., . . . Muro, K. (2019). Prospective survey of financial toxicity measured by the comprehensive score for financial toxicity in japanese patients with cancer. *Journal of Global Oncology*, 5, 1-8. <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00003>

- Honda, K., Gyawali, B., Ando, M., Sugiyama, K., Mitani, S., Masuishi, T., . . . Muro, K. (2018). A prospective survey of comprehensive score for financial toxicity in Japanese cancer patients: Report on a pilot study. *Ecancermedicalscience*, 12:847, 1-8. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.847>
- Hong, D., Zhou, C., He, H., Wang, Y., Lu, J. & Hu, S. (2016). A 10-year follow-up survey of treatment abandonment of children with acute myeloid leukemia in suzhou, China. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 38(6), 437-442. <https://doi.org/10.1097/MPH.0000000000000601>
- Hong, H.C., Ferrans, C.E., Park, C., Lee, H., Quinn, L. & Collins, E.G. (2018). Effects of perceived discrimination and trust on breast cancer screening among korean American women. *Womens Health Issues*, 28(2), 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.11.001>
- Hoskins, P.J., Fung-Kee-Fung, M., Miller, D. & Gotlieb, W. (2015). Time for a level playing field: Inequalities in regulatory/approval processes-the example of bevacizumab in epithelial ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 33(14), 1539-1542. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.58.3690>
- Howard, D.H., Bach, P.B., Berndt, E.R. & Conti, R.M. (2015). Pricing in the market for anticancer drugs. *Journal of Economic Perspectives*, 29(1), 139-162. <https://doi.org/10.1257/jep.29.1.139>
- Huey, R.W., George, G.C., Phillips, P., White, R., Fu, S., Janku, F., . . . Hong, D.S. (2021). Patient-reported out-of-pocket costs and financial toxicity during early-phase oncology clinical trials. *The Oncologist*, 26(7), 588-596. <https://doi.org/10.1002/onco.13767>
- Huntington, S.F., Weiss, B.M., Vogl, D.T., Cohen, A.D., Garfall, A.L., Mangan, P.A., . . . Stadtmauer, E. A. (2015). Financial toxicity in insured patients with multiple myeloma: a cross-sectional pilot study. *The Lancet Haematology*, 2(10), 408-416. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(15\)00151-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(15)00151-9)
- Ikegami, N., Yoo, B.K., Hashimoto, H., Matsumoto, M., Ogata, H., Babazono, A., . . . Kobayashi, Y. (2011). Japanese universal health coverage: Evolution, achievements, and challenges. *Lancet*, 378(9796), 1106-1115. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60828-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60828-3)
- İnce, Ö., ve Yılmaz, F. (2022). Dünyada ve Türkiye'de kanserle ilgili sağlık politikalarına bakış. Duyan, V., Karataş, M. & Güre, M.D. (Ed), *Onkolojik sosyal hizmet* (ss. 20-39). İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- İslami, F., and Jemal, A. (2019). Overview of risk factors. Jemal, A., Torre, L., Soerjomataram, I. & Bray, F. (Ed), *The cancer atlas* (Cilt Third Edition). USA: American Cancer Society.
- İşıkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15-29.
- İşıktekiner, F.S. ve Altun, S.A. (2011). Hastane okullarındaki sorunlar ve yaşantılar. *Eğitim ve Bilim*, 36(161), 319-331.
- İzmir Büyükşehir Belediyesi. (2021, 3 Nisan). *İzmir kanser hastası kadınları Umut Atölyesi'nde ağırılıyor*. <https://www.izmir.bel.tr/tr/Haberler/%E2%80%8Bizmir-kanser-hastasi-kadinlari-umut-atolyesi-nde-agirliyor/44838/156>

- Jagsi, R., Abrahamse, P.H., Lee, K.L., Wallner, L.P., Janz, N.K., Hamilton, A.S., . . . Katz, S.J. (2017). Treatment decisions and employment of breast cancer patients: Results of a population-based survey. *Cancer*, 123(24), 4791-4799. <https://doi.org/10.1002/cncr.30959>
- Jedy-Agba, E., McCormack, V., Adebamowo, C. & dos-Santos-Silva, I. (2016). Stage at diagnosis of breast cancer in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 4(12), 923-935. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30259-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30259-5)
- Jemal, A., Bray, F., Center, M.M., Ferlay, J., Ward, E. & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(2), 69-90. <https://doi.org/10.3322/caac.20107>
- Jia Y., Jiang W., Yang B., Tang S. & Long Q. (2023). Cost drivers and financial burden for cancer-affected families in China: A systematic review. *Current Oncology*. 30(8), 7654-7671. <https://doi:10.3390/curroncol30080555>.
- Jiang, H., Lyu, J., Mou, W., Jiang, L., Zeng, Y., Liu, Y., Hu, A. & Jiang, Q. (2023). Prevalence and risk factors of self-reported financial toxicity in cancer survivors: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Psychosocial Oncology*, 41(4), 457-474. <https://doi.org/10.1080/07347332.2022.2142877>
- Karagöz, Y. (2016). *SPSS 23 ve AMOS 23 uygulamalı istatistiksel analizler*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karakuş, S. ve Yılmaz, F.K. (2022). Sağlık hizmetlerine duyulan güvenin analizi. *Turkish Studies - Economics, Finance, Politics*, 17(4), 1032-1041. <https://doi:10.7827/TurkishStudies.62017>
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kazzi, B., Chino, F., Kazzi, B., Jain, B., Tian, S., Paguio, J. A., . . . Dee, E.C. (2022). Shared burden: the association between cancer diagnosis, financial toxicity, and healthcare cost-related coping mechanisms by family members of non-elderly patients in the USA. *Supportive Care in Cancer*, 30, 8905-8917. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07234-9>
- Keisler-Starkey, K. and Bunch, L.N. (2022). *Health insurance coverage in the United States: 2021*. Washington, DC: United States Census Bureau.
- Koçkaya, G., Polat, M., Wertheimer, A.I., Özet, A., Malhan, S., Vural, İ.M., . . . Kerman, S. (2013). Treatment cost of metastatic colon cancer in Turkey. *Farneconomia. Health economics and therapeutic pathways*, 14(1), 19-25. <https://doi.org/10.7175/fe.v14i1.472>
- Kodama, Y., Morozumi, R., Matsumura, T., Kishi, Y., Murashige, N., Tanaka, Y., . . . Matsui, A. (2012). Increased financial burden among patients with chronic myelogenous leukaemia receiving imatinib in Japan: a retrospective survey. *BMC Cancer*, 12:152, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-152>
- Kolodziej, M., Hoverman, J.R., Garey, J.S., Espirito, J., Sheth, S., Ginsburg, A., . . . Beveridge, R. (2011). Benchmarks for value in cancer care: An analysis of a large commercial population. *Journal of Oncology Practice*, 7(5), 301-306. <https://doi.10.1200/JOP.2011.000394>

- Labrecque, M.S., Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C. & Blanchard, E.B. (1991). The impact of family presence on the physician-cancer patient interaction. *Social Science & Medicine*, 33(11), 1253-1261. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90073-L](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90073-L)
- Lee, T.H., McGlynn, E.A. & Safran, D.G. (2019). A framework for increasing trust between patients and the organizations that care for them. *JAMA*, 321(6), 539-540. <https://doi:10.1001/jama.2018.19186>
- Leng, A., Jing, J., Nicholas, S. & Wang, J. (2019). Catastrophic health expenditure of cancer patients at the end-of-life: a retrospective observational study in China. *BMC Palliative Care*, 18(43), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0426-5>
- Lentz, R., Benson, A.B. & Kircher, S. (2019). Financial toxicity in cancer care: Prevalence, causes, consequences, and reduction strategies. *Journal of Surgical Oncology*, 1-8. <https://doi.org/10.1002/jso.25374>
- Longo, C.J. and Margaret, F.I. (2021b). Unequal distribution of financial toxicity among people with cancer and its impact on access to care: A rapid review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 15(3), 157-161. <https://doi:10.1097/SPC.0000000000000561>
- Longo, C.J., Fitch, M.I., Banfield, L., Hanly, P., Yabroff, K.R. & Sharp, L. (2020). Financial toxicity associated with a cancer diagnosis in publicly funded healthcare countries: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 28, 4645-4665. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05620-9>
- Longo, C.J., Fitch, M.I., Loree, J.M., Carlson, L.E., Turner, D., Cheung, W.Y., . . . Haddad, E. (2021a). Patient and family financial burden associated with cancer treatment in Canada: a national study. *Support Care Cancer*, 29(6), 3377-3386. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05907-x>
- Lortet-Tieulent, J., Georges, D., Bray, F. & Vaccarella, S. (2020). Profiling global cancer incidence and mortality by socioeconomic development. *International Journal of Cancer*, 147(11), 3029-3036. <https://doi.org/10.1002/ijc.33114>
- Luhmann, N. (2000). Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives. Gambetta, D. (Ed.), *Trust: Making and breaking cooperative relations* (s. 94-107). University of Oxford.
- Mahal, A., Karan, A. & Engelgau, M. (2010). *The economic implications of non-communicable disease for India*. Washington: Health, Nutrition and Population Discussion Paper.
- Mahon, K. (2020). *The financial impact of cancer in canadian young adults* [Master thesis]. Memorial University of Newfoundland. Canada.
- Mariotto, A.B., Enewold, L., Zhao, J., Zeruto, C. A. & Yabroff, K.R. (2020). Medical care costs associated with cancer survivorship in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prevention*, 29(7), 1304-1312. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-1534>
- Marley, A.R. and Nan, H. (2016). Epidemiology of colorectal cancer. *International Journal of Molecular Epidemiology and Genetics*, 7(3), 105-114.

- Marti, J., Hall , P.S., Hamilton, P., Hulme, C.T., Jones, H., Velikova , G., . . . Wright, P. (2016). The economic burden of cancer in the UK: A study of survivors treated with curative intent. *Psychooncology*, 25(1), 77-83. <https://doi.org/10.1002/pon.3877>
- McNulty, J. and Khera, N. (2015). Financial hardship-an unwanted consequence of cancer treatment. *Current Hematologic Malignancy Reports*, 10, 205-2012. <https://doi.org/10.1007/s11899-015-0266-1>
- Mechanic, D. (1996). Changing medical organization and the erosion of trust. *The Milbank Quarterly*, 74(2), 171-89.
- Mechanic, D. and Meyer, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51(5), 657-668. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00014-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00014-9)
- Meeker, C.R., Geynisman, D.M., Egleston, B.L., Hall, M.J., Mechanic, K.Y., Bilusic, M., . . . Wong, Y.N. (2016). Relationships among financial distress, emotional distress, and overall distress in insured patients with cancer. *Journal of Oncology Practice*, 12(7), 755-764. <https://doi.10.1200/JOP.2016.011049>
- Meropol, N.J., Schrag, D., Smith, T.J., Mulvey, T.M., Langdon, R.M., Blum, D., . . . American Society of Clinical Oncology. (2009). American society of clinical oncology guidance statement: The cost of cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 27(23), 3868-3874. <https://doi.10.1200/JCO.2009.23.1>
- Mersin Büyükşehir Belediyesi. (2023, 4 Şubat). *Büyükşehir’den kanser hastalarına özel hizmet*. <https://www.mersin.bel.tr/haber/buyuksehirden-kanser-hastalarina-ozel-hizmet-1675492101>
- Mohseni, M. and Lindstrom, M. (2007). Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1373-1383. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.023>
- Nal, M. (2021). Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemine güven. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 1-10. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.863269>
- National Cancer Institute (NCI). (2023, 19 Aralık). *Financial toxicity and cancer treatment (PDQ®)-Health professionals/patients. PDQ Cancer Information Summaries*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82221/>
- National Cancer Institute (NCI). (2019, 20 Eylül). *Financial toxicity (financial distress) and cancer treatment (PDQ®)-Patient version*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/managing-care/track-care-costs/financial-toxicity-pdq>
- Newton, K. and Norris, P. (2000). Confidence in public institutions: Faith, culture or performance? Pharr, S. and Putnam, R. (Ed), *Disaffected democracies: What's troubling the trilateral countries?* (s. 1-33). Princeton: Princeton University Press.
- Ng, W.C., Hairi, M., Naqiah, N., Ng, C.J. & Kamarulzaman, A. (2014). Universal health coverage in Malaysia: issues and challenges. *Working Paper*.

- Ngan, T.T., Tien, T.H., Donnelly, M. & O'Neill, C. (2023). Financial toxicity among cancer patients, survivors and their families in the United Kingdom: A scoping review. *Journal of Public Health*, 1-12. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad143>
- Nummela, O., Sulander, T., Rahkonen, O. & Uutela, A. (2009). The effect of trust and change in trust on self-rated health: a longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(3), 339-342. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.11.010>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2023, 20 Temmuz). *Health spending (indicator)*. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- Orhaner, E. (2014). *Türkiye'de sağlık sigortası*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Ouchveridze, E., Banerjee, R., Desai, A., Aziz, M., Lee-Smith, W., Mian, H., . . . Mohyuddin, G.R. (2022). Financial toxicity in hematological malignancies: A systematic review. *Blood Cancer Journal*, 12:74, 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41408-022-00671-z>
- Ozawa, S. and Sripad, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 91, 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.005>
- Özdemir, T., Başay, N., Mutluay, N., Bayız, H., Berktaş, B. & Berkoğlu, M. (2007). Akciğer kanserinde tanı ve tedavi gecikmesi. *Solum Hastalıklar*, 18, 100-107.
- Özmen, V. (2018). A patient advocacy group summit, cancer care in Turkey and the society of breast health. *European Journal Of Breast Health*, 14(1), 1-4. <https://doi.10.5152/ejbh.2017.1213>
- Pauge, S., Surmann, B., Mehlis, K., Zueger, A., Richter, L., Menold, N., Greiner, W. & Winkler, E.C. (2021). Patient-reported financial distress in cancer: A systematic review of risk factors in universal healthcare systems. *Cancers (Basel)*, 13(19), 1-19. <https://doi.org/10.3390/cancers13195015>
- Pearce, A., Tomalin, B., Kaambwa, B., Horevoorts, N., Duijts, S., Mols, F., . . . Koczwara, B. (2019). Financial toxicity is more than costs of care: the relationship between employment and financial toxicity in long-term cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, 13, 10-20. <https://doi.org/10.1007/s11764-018-0723-7>
- Pearson, S.D. and Raeke, L.H. (2000). Patients' trust in physicians: Many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*, 15(7), 509-513. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.11002.x>
- Pellegrini, C.A. (2017). Trust: The keystone of the patient-physician relationship. *Journal of the American College of Surgeons*, 224(2), 95-102. <https://doi.10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.032>
- Peppercorn, J. (2017). Financial toxicity and societal costs of cancer care: Distinct problems require distinct solutions. *Oncologist*, 22(2), 123–125. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0301>

- Perkins, H. (2022, 22 Aralık). Financial toxicity: The fruits of a broken healthcare system. *Breast Cancer Action*, <https://www.bcaction.org/sabcs-2022-financial-toxicity-the-fruits-of-a-broken-healthcare-system/>
- Perrone, F., Jommi, C., Maio, M.D., Gimigliano, A., Gridelli, C., Pignata, S., . . . Gallo, C. (2016). The association of financial difficulties with clinical outcomes in cancer patients: secondary analysis of 16 academic prospective clinical trials conducted in Italy. *Annals of Oncology*, 27(12), 2224-2229. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw433>
- Peters, D. and Youssef, F.F. (2014). Public trust in the healthcare system in a developing country. *The International Journal of Health Planning and Management*, 31(2), 227-241. <https://doi.org/10.1002/hpm.2280>
- Piette, J.D., Heisler, M., Krein, S. & Kerr, E.A. (2005). The role of patient-physician trust in moderating medication nonadherence due to cost pressures. *Archives of Internal Medicine*, 165(15), 1749-1755. <https://doi.10.1001/archinte.165.15.1749>
- Pisu, M. and Martin, M.Y. (2022). Financial toxicity: A common problem affecting patient care and health. *Nature Reviews Disease Primers*, 8:7, 1-2. <https://doi.10.1038/s41572-022-00341-1>
- Prawitz, A.D., Garman, E.T., Sorhaindo, B., O'Neill, B., Kim, J. & Drentea, P. (2006). In charge financial distress/financial well-being scale: Development, administration, and score interpretation. *Financial Counseling and Planning*, 17(1), 34-50. <https://doi.org/10.1037/t60365-000>
- Raborn, M.L., Pelletier, E.M., Smith, D.B. & Reyes, C.M. (2012). Patient out-of-pocket payments for oral oncolytics: Results from a 2009 US claims data analysis. *Journal of Oncology Practice*, 8(3), 9-15. <https://doi.10.1200/JOP.2011.000516>
- Radoi, M. and Lupu, A. (2014). Trust in the physician and in medical institutions. Modalities of comprehension and analysis. *Postmodern Openings*, 5(4), 57-73. <https://doi.10.18662/po/2014.0504.05>
- Ramsey, S. and Shankaran, V. (2012). Managing the financial impact of cancer treatment: The role of clinical practice guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 10(8), 1037-1042. <https://doi.org/10.6004/jccn.2012.0106>
- Rasiah, S., Jaafar, S., Yusof, S., Ponnudurai, G., Chung, K. P. & Amirthalingam, S. D. (2020). A study of the nature and level of trust between patients and healthcare providers, its dimensions and determinants: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 1, 1-5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028061>
- Ripamonti, C.I., Chiesi, F., Pede, P.D., Guglielmo, M., Toffolatti, L., Gangeri, L. & Allocca, E. (2020). The validation of the Italian version of the COmprehensive Score for financial Toxicity (COST). *Supportive Care in Cancer*, 28, 4477-4485. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05286-y>
- Riva, S., Maio, M.D., Efficace, F., Frontini, L., Gallo, C., Giannarelli, D., . . . Perrone, F. (2019). Measuring financial toxicity of cancer in the Italian health care system: Initial results of the patient reported outcome for fighting financial toxicity of cancer project (proFFiT). *Annals of Oncology*, 30(5), 681. <https://doi.10.1093/annonc/mdz263>

- Rockers, P.C., Kruk, M.E. & Laugesen, M.J. (2012). Perceptions of the health system and public trust in government in low and middle-income countries: Evidence from the World Health Surveys. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 37, 405-437. <https://doi.org/10.1215/03616878-1573076>
- Roemer, M.I. (1993). National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14, 335-353. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003>
- Rogala, M.B. and Donesch-Jezo, E. (2020). Various dimensions of trust in the health care system. *Emerg Med Serv*, 8(4), 296-305. <https://doi.10.36740/EmeMS202004109>
- Rosenzweig, M., West, M., Matthews, J., Stokan, M., Kook, Y.K., Gallups, S. & Diergaard, B. (2019). Financial toxicity among women with metastatic breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 13(46), 83-91. <https://doi.10.1188/19.ONF.83-91>
- Rowe, R. and Calnan, M. (2006). Trust relations in health care-the new agenda. *European Journal of Public Health*, 16(1), 4-6. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl004>
- Roy, P.S. and Saikia, B.J. (2016). Cancer and cure: A critical analysis. *Indian Journal of Cancer*, 53(3), 441-442. <https://doi.10.4103/0019-509X.200658>
- Russell, S. (2001). *Can households afford to be ill? The role of the health system, material resources and social networks in Sri Lanka* [Doctoral thesis]. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.
- Russell, S. (2005). Treatment-seeking behaviour in urban Sri Lanka: Trusting the state, trusting private providers. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1396-1407. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.077>
- Sánchez-Román, S., Chavarri-Guerra, Y., Vargas-Huicochea, I., Alvarez-Del-Río, A., Bernal-Pérez, P., Ramirez-Maza, D., . . . Soto-Perez-de-Celis, E. (2022). Financial toxicity among older mexican adults with cancer and their families: A mixed-methods study. *JCO Global Oncology*, 14(4), 1-11. <https://doi.10.1200/GO.21.00324>
- Sargutan, A.E. (2005a). Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 82-111.
- Sargutan, A.E. (2005b). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 401-428.
- Sahipkiran Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM). (2016). *Sağlık sisteminin güçlendirilmesi: odak grup görüşmeleri raporu*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Saygılı, M. and Tekin, R.N. (2022). Trust in the healthcare system and coronavirus anxiety; A study in the turkish society. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6, 528-538. <https://doi.org/10.30621/jbachs.999359>
- Schoen, C., Doty, M.M., Robertson, R.H. & Collins, S.R. (2011). Affordable care act reforms could reduce the number of underinsured US adults by 70 percent. *Health Affairs*, 30(9), 1762-1771. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0335>

- Senore, C., Segnan, N., Gunter, M., Simons, C. & van den Brandt, P. (2020). Colorectal cancer: Decreasing disparities and promoting prevention are policy priorities. Wild, C.P., Weiderpass, E. & Stewart B.W. (Ed), *World cancer report: Cancer research for cancer prevention*. Lyon: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2015a). *01 Aralık 2015 basın açıklaması (kemoterapi ilaçları)*. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2015b). *Hastanelerde temini zorunlu kemoterapi ilaçları hakkında duyuru*. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2021, 31 Ocak). *SGK 2020 yılında ilaç için 48,6 milyar lira kaynak aktardı*. <https://www.csgeb.gov.tr/haberler/sgk-2020-yilinda-ilac-icin-48-6-milyar-lira-kaynak-aktardi/>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2023a, 20 Ekim). *Aylık istatistik bültenleri. Sigortalı istatistikleri*. <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Aylık/42919466-593f-4600-937d-1f95c9e252e6>
- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). (2023b, 25 Ekim). *Hastalık hali*. <https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/e33ffdb-16b9-4722-a9c1-2bd0a2a220d1/Hastalik-Hali-2023-06-07-10-47-00>
- Shan, L., Ding, D., Wu, Q., Liu, C., Jiao, M., Hao, Y., . . . Ren, J. (2016). Patient satisfaction with hospital inpatient care: Effects of trust, medical insurance and perceived quality of care. *PLoS One*, 11(10), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164366>
- Sharp, L. and Timmons, A. (2010). *The financial impact of a cancer diagnosis*. National Cancer Registry/Irish Cancer Society.
- Sharp, L. and Timmons, A. (2016). Pre-diagnosis employment status and financial circumstances predict cancer-related financial stress and strain among breast and prostate cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 24, 699-709. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2832-4>
- Shea, J. A., Micco, E., Dean, L. T., McMurphy, S., Schwatz, S. & Armstrong, K. (2008). Development of a revised health care system distrust scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 727-732. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0575-3>
- Shen, Y.C. and McFeeters, J. (2006). Out-of-Pocket health spending between low- and higher-income populations who is at risk of having high expenses and high burdens? *Medical Care*, 44(3), 200-209. <https://doi.10.1097/01.mlr.0000199692.78295.7c>
- Sheppard, V.B., Hurtado-de-Mendoza, A., Talley, C.H., Zhang, Y., Cabling, M.L. & Makambi, K.H. (2016). Reducing racial disparities in breast cancer survivors' ratings of quality cancer care: The enduring impact of trust. *Journal for Healthcare Quality*, 38(3), 143-163. <https://doi.10.1097/JHQ.0000000000000046>
- Siminoff, L.A. and Ross, L. (2005). Access and equity to cancer care in the USA: A review and assessment. *Postgraduate Medical Journal*, 81(961), 674-679. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2005.032813>

- Simpson, T.W. (2012). What is trust? *Pacific Philosophical Quarterly*, 93(4), 550-569. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0114.2012.01438.x>
- Smith, G.L., Banegas, M.P., Acquati, C., Chang, S., Chino, F., Conti, R.M., . . . Yabroff, R. (2022). Navigating financial toxicity in patients with cancer: A multidisciplinary management approach. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(5), 437-453. <https://doi.org/10.3322/caac.21730>
- Soerjomataram, I. and Bray, F. (2019a). Breast cancer. Jemal, A., Torre, L., Soerjomataram, I. & Bray, F. (Ed), *The cancer atlas*. USA, Third Edition: American Cancer Society.
- Soerjomataram, I. and Bray, F. (2019b). Lung cancer. Jemal, A., Torre, L., Soerjomataram, I. & Bray (Ed), *The cancer atlas*. USA: American Cancer Society.
- Stacey, R. E. and Dempsey, A. (2015). The influence of trust in health care systems on postabortion contraceptive choice. *Contraception*, 92(5), 458-462. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.07.006>
- Sun, L., Legood, R., Dos-Santos-Silva, I., Gaiha, S. M. & Sadique, Z. (2018). Global treatment costs of breast cancer by stage: A systematic review. *PLoS One*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207993>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A. & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Sungur, C. (2021). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve performans analizi üzerine kavramsal bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(3), 2174-2201. <https://doi.org/10.33437/ksusbd.956240>
- SUT. (2023, 19 Ekim). 19/10/2023 SUT Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT. <https://www.sgk.gov.tr/Arama/Index/SUT>
- Tanoue, L.T., Tanner, N.T., Gould, M.K. & Silvestri, G.A. (2014). Lung cancer screening. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(1), 19-33. <https://doi.org/10.1164/rccm.201410-1777CI>
- Tatar, M. (2009). Türkiye'de sağlık ve kanser harcamaları. Tuncer, M. (Ed.), *Türkiye'de kanser kontrolü* (s. 65-69). Ankara: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye'de gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tatar, M. and Tatar, F. (2010). Colorectal cancer in Turkey: Current situation and challenges for the future. *The European Journal of Health Economics*, 10(Suppl1), 99-105. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0197-7>

- T. C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2021, 2 Nisan). Bakan Selçuk: “Kanser hastalarımızı tedavi sürecinde yalnız bırakmıyoruz.” <https://www.aile.gov.tr/haberler/bakan-selcuk-kanser-hastalarimizi-tedavi-surecinde-yalniz-birakmıyoruz#:~:text=%E2%80%9CEvde%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hizmeti%20alan%20kanser,refakat%C3%A7i%20giderlerini%20SUT%20kapsam%C4%B1nda%20kar%C5%9F%C4%B1%C4%B1yoruz>.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2009). *Ulusal kanser programı 2009-2015*. Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Yayın No:760.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2010). *Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele ve kontrol programı (2010-2014)*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri genel Müdürlüğü.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2021). *Türkiye kanser kontrol programı*. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2022). *Türkiye kanser istatistikleri 2018*. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2023). *Sağlık istatistikleri yılı 2021*. Ankara.
- Tekin, R.N. ve Şahin, B. (2019). Türkiye’de kolon ve rektum kanseri tedavi maliyetinin yukarıdan aşağı maliyet yaklaşımı ile belirlenmesi. *Sosyal Güvence Dergisi*, (16), 140-164. <https://doi.org/10.21441/sosyalguvence.675492>
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2021). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- The ACTION Study Group. (2015). Catastrophic health expenditure and 12-month mortality associated with cancer in Southeast Asia: results from a longitudinal study in eight countries. *BMC Medicine*, 13:190.
- Thom, B. and Benedict, C. (2019). The impact of financial toxicity on psychological well-being, coping self-efficacy, and cost-coping behaviors in young adults with cancer. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 8(3), 236-242. <https://doi.org/10.1089/jayao.2018.0143>
- Thom, D.H. and Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: An exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 169-176.
- Thomas, T., Hughes, T., Mady, L.J. & Belcher, S.M. (2019). Financial toxicity a review of the literature and nursing opportunities. 23(5). <https://doi.10.1188/19.CJON.S2.5-13>
- Timmons, A., Gooberman-Hill, R. & Sharp, L. (2013). It’s at a time in your life when you are most vulnerable: A qualitative exploration of the financial impact of a cancer diagnosis and implications for financial protection in health. *PLoS ONE*, 8(11), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077549>
- Topu, Z., Ülger, F. & Numanoglu, N. (2004). Ailesel kanser hikayesi ve akciğer kanseri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52(2), 130-136.

- Torun, P. ve Kutlar, A. (2018). Türkiye’de kanserin ekonomik maliyetleri: bir hesaplanabilir genel denge modeli yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 87-101.
- Tucker-Seeley, R.D. & Yabroff, K.R. (2016). Minimizing the “financial toxicity” associated with cancer care: Advancing the research agenda. *Journal of the National Cancer Institute*, 108(5), 1-3. <https://doi.org/10.1093/jnci/djv410>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023a). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2022*. SAYI: 49679.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023b). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2022*.
- TÜRK-İŞ. (2023, 29 Mart). *Mart 2023 Açlık ve Yoksulluk Sınırı*. <https://www.turkis.org.tr/mart-2023-aclik-ve-yoksulluk-siniri/#:~:text=G%C4%B1da%20harcamas%C4%B1%20ile%20giyim%2C%20konut,%2C98%20TL%20ye%20y%C3%BCkseldi>.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2010). *Kanser hastalığı konusunun araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu*. Dönem: 23, S. Sayısı: 648, Yasama Yılı:5.
- Usta, D. (2016). *Hastaların sağlık bakım sistemine duydukları güven* [Yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Ürek, D. (2021). *Kanser hastalarında finansal toksisite düzeyinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve tedaviye uyum üzerindeki etkileri* [Doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Virgo, K.S., Burkhardt, E.A., Cokkinides, V.E. & Ward, E.M. (2010). Impact of health care reform legislation on uninsured and medicaid-insured cancer patients. *Cancer J.*, 16(6), 577-583. <https://doi.10.1097/PPO.0b013e31820189cb>
- Waks, A.G. and Winer, E.P. (2019). Breast cancer treatment. *JAMA Patient Page*, 321(3), 316. <https://doi:10.1001/jama.2018.20751>
- Whitener, E.M., Brodt, S.E., Korsgaard, M.A. & Werner, J.M. (1998). Managers as initiators of trust: An exchange relationship framework for understanding managerial trustworthy behavior. *The Academy of Management Review*, 23(3), 513-530. <https://doi.org/10.2307/259292>
- World Bank. (2023, 8 Haziran). *Current health expenditure*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
- World Health Organization (WHO). (2000). *The world health report 2000: Health systems, improving performance*. Switzerland:
- World Health Organization (WHO). (2014). *Who position paper on mammography screening*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2020, 9 Aralık). *The top 10 causes of death*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

- World Health Organization (WHO). (2021, 15 Aralık). *Global expenditure on health: Public spending on the rise?*
- World Health Organization (WHO). (2022a, 3 Şubat). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Health Organization (WHO). (2022b, 12 Temmuz). *Noncommunicable diseases: Key facts* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization (WHO). (2023a, 12 Haziran). *Breast cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
- World Health Organization (WHO). (2023b, 26 Haziran). *Lung cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer#:~:text=Lung%20cancer%20is%20the%20leading,when%20treatment%20options%20are%20limited.>
- World Health Organization (WHO). (2023c). *World health statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.
- World Health Organization (WHO). (2023d, 11 Haziran). *Colorectal cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
- Witte, J., Mehlis, K., Surmann, B., Lingnau, R., Damm, O., Greiner, W. & Winkler, E.C. (2019). Methods for measuring financial toxicity after cancer diagnosis and treatment: a systematic review and its implications. *Annals of Oncology*, 30(7), 1061-1070. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz140>
- Xu, B., Hu, L., Cheng, Q. & So, W.K. (2022). A systematic review of financial toxicity among cancer patients in China. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 9(8), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.04.010>
- Yabroff, K.R., Mariotto, A., Tangka, F., Zhao, J., Islami, F., Sung, H., . . . Ward, E.M. (2021). Annual report to the nation on the status of cancer, part 2: Patient economic burden associated with cancer care. *Journal of the National Cancer Institute*, 113(12), 1670-1682. <https://doi.org/10.1093/jnci/djab192>
- Yabroff, K.R., Zhao, J., Han, X. & Zheng, Z. (2019). The economic burden of cancer. Jemal, A., Torre, L. Soerjomataram, I. & F. Bray (Ed), *The cancer atlas* (cilt third edition). USA: American Cancer Society.
- Yereli, A.B., Köktaş, A.M. & Selçuk, I.Ş. (2014). Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörler. *Sosyoekonomi*, 22(22), 274-296. <https://doi.org/10.17233/se.04288>
- Yeşildal, M., Erişen, M.A. & Kırar, R. (2020). Sağlık sistemlerine güvensizlik: Bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 251-259.
- Yeşiloğlu, H. H. (2020). *Sağlık hizmetleri ve hemşirelik bakımına ilişkin güven* [Yüksek lisans tezi]. Karabük Üniversitesi.

- Yiğit, A. (2022). Economic Burden of Disability Adjusted Life Years (DALYs) of Cancer in Turkey. *International Journal Health Management and Tourism*, 7(3), 377-388. <https://doi:10.31201/ijhmt.1197407>
- Yılmaz, F. (2020). *Yaşam seyri perspektifinden sağlıkta eşitsizlikler*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Yılmaz, H., Yazıhan, N., Tunca, D., Güven, S., Pamuk, H., Arslanhan, S. & Tuncer, M. (2009). Türkiye'de kanser harcamaları ve maliyet etkinlik çalışmaları. Tuncer, M. (Ed), *Türkiye'de kanser kontrolü* (s. 71-94). Ankara: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.
- Yip, W., Fu, H., Chen, A. T., Zhai, T., Jian, W., Xu, R., ... & Chen, W. (2019). 10 years of health-care reform in China: Progress and gaps in universal health coverage. *The Lancet*, 394(10204), 1192-1204. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32136-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32136-1)
- Yokuş, B. ve Çakır, D.Ü. (2012). Kanser biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 7-18.
- Yu, C.P., Whynes, D.K. & Sach, T.H. (2008). Equity in health care financing: The case of Malaysia. *International Journal for Equity in Health*, 7:15, 1-14. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-15>
- Yu, H.H., Yu, Z.F., Li, H., Zhao, H., Sun, J.M. & Liu, Y.Y. (2021). The comprehensive score for financial toxicity in China: Validation and responsiveness. *Journal of pain and symptom management*, 61(6), 1297-1304.
- Yücel, K.B., Özyay, Z.İ., Sütçüoğlu, O., Yazıcı, O., Üner, A., Günel, N., . . . Özdemir, N. (2023). Greater financial toxicity correlates with increased psychological distress and lower quality of life among Turkish cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 31(137). <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07586-w>
- Zafar, S. (2016). Financial toxicity of cancer care: It's time to intervene. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 108(5), 1-4. <https://doi.org/10.1093/jnci/djv370>
- Zafar, S.Y. and Abernethy, A.P. (2013). Financial toxicity, part I: A new name for a growing problem. *Oncology (Williston Park)*, 27(2), 80-149.
- Zafar, S.Y., McNeil, R.B., Thomas, C.M., Lathan, C.S., Ayanian, J.Z. & Provenza, D. (2015). Population-based assessment of cancer survivors' financial burden and quality of life: A prospective cohort study. *Journal Oncology Practice*, 11(2), 145-150. <https://doi:10.1200/JOP.2014.001542>
- Zafar, S.Y., Peppercorn, J.M., Schrag, D., Taylor, D.H., Goetzinger, A.M., Zhong, X. & Abernethy, A.P. (2013). The financial toxicity of cancer treatment: A pilot study assessing out-of-pocket expenses and the insured cancer patient's experience. *Oncologist*, 18(4), 381-390. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2012-0279>
- Zengin, O. ve Öztuna, B. (2018). Kanser hastalarına yönelik sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik düzenlemeleri. *Ufuk Ötesi Bilim Dergisi*, 18(1), 1-14.
- Zhao, D., Zhao, H. & Cleary, P.D. (2018). International variations in trust in health care systems. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(1), 130-139. <https://doi.org/10.1002/hpm.2597>

Zhu, Z., Xing, W., Zhang, X., Hu, Y. & So, W.K. (2020). Cancer survivors' experiences with financial toxicity: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Psycho-Oncology*, 29(6), 945-959. <https://doi.org/10.1002/pon.5361>



EKLER

EK-1. Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

EK-2. Anket Formu

EK-3. Ölçek İzinleri

EK-4. Etik Kurul İzin Belgesileri

EK-5. Hipotez Red/Kabul Tablosu



EK - 1. Uzman Görüşü Değerlendirme Formu

Değerli Katılımcı,

Bu değerlendirme formu, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen “Kanser Hastalarında Finansal Toksisite Düzeyi ve Sağlık Sistemine Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı yüksek lisans tezi kapsamında size ulaştırılmıştır. Aşağıda size ayrılan bölümü kıymetli zamanınızı ayırarak doldurmanız çalışmamız için çok önemlidir.

Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Danışman: Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

Arş. Gör. Zelal ÖZYILDIZ

Finansal Toksisite, kanser tedavisi gören hastaların karşı karşıya kaldığı mali yükü tanımlamak için kullanılmaktadır (Zafar, 2016)⁷. Size göre Türkiye’de yaygın olarak görülen kanser türlerinden hangilerinin finansal toksisite oranı daha yüksektir? 3 kanser türü belirtiniz.

1.Akciğer Kanseri

2.Meme Kanseri

3.Kolon Kanseri

Çalıştığınız Kurum: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

Uzmanlık Alanınız: Tıbbi Onkoloji

⁷ Zafar, S. (2016). Financial Toxicity of Cancer Care: It’s Time to Intervene. *JNCI:Journal of the National Cancer Institute*, 108(5), 1-4.

EK - 2. Anket Formu

ONAM FORMU

Değerli katılımcı,

“Kanser Hastalarında Finansal Toksisite Düzeyi ve Sağlık Sistemine Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı bu çalışma, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu danışmanlığında Arş. Gör. Zelal Özyıldız tarafından yüksek lisans tez çalışması olarak yürütülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, akciğer, meme ve kolon kanserine sahip olan bireylerde finansal toksisite düzeyini belirlemek, bu bireylerin kanser teşhis ve tedavi sürecinde karşılaştıkları finansal yükün sağlık sistemine duydukları güven üzerindeki etkisini incelemektir.

Size sunulacak olan anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. İlk kısımda kişisel bilgileri içeren 26 soruluk Demografik Özellikler Formu, ikinci kısımda 12 soruluk Finansal Toksisite Ölçeği ve son kısımda 17 sorudan oluşan Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği bulunmaktadır. Formların doldurulması yaklaşık olarak 15-20 dakika sürecektir.

Bu araştırmaya katılmak tamamıyla gönüllülük esasına bağlıdır, sizden hiçbir şekilde kimlik bilgisi talep edilmeyecektir. Katılımınızla elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak olup üçüncü taraflar ile paylaşılmayacaktır.

Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Arş. Gör. Zelal Özyıldız

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız yandaki kutucuğu işaretleyiniz.

☐

BÖLÜM-1 Demografik Özellikler Formu

1. **Cinsiyet:** () Kadın () Erkek
2. **Yaş:**
3. **Medeni Durum:** () Evli () Bekar
4. **Bakımından sorumlu olunan çocuk sayısı:**
5. **Öğrenim Durumu:**
() Okuma- yazma bilmeyen () Okur-yazar () İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu () Lise Mezunu () Üniversite Mezunu () Lisansüstü mezunu
6. **Yaşadığınız yer:** (İl-İlçe)
7. **Çalışma Durumu:**
() Tam zamanlı çalışıyor () Part-time çalışıyor () Çalışmıyor
() Emekli () Ev hanımı
8. **Sosyal Güvence Durumu:**
() SGK () Özel sigorta () Tamamlayıcı sağlık sigortası () Yok
9. **Hastanın Hane İçindeki Finansal Rolü:**
() Para kazanıyor () Para kazanmıyor () Ortaklaşa kazanılıyor
10. **Aylık hane halkı geliri:**
() < 9500 TL () 9501-31.000 TL () 31.001 TL ve üzeri
11. **Hane halkı büyüklüğü:**
12. **Birincil kanser bölgesi:** **Varsa ikincil/metastaz bölgesi:**
13. **Kanser evresi:** () 1 () 2 () 3 () 4
14. **Teşhisten bu yana geçen süre:** (ay)
15. **Ne zamandır kemoterapi alıyorsunuz?** (ay)
16. **Şu an almakta olduğunuz ek bir tedaviniz var mı? (Radyoterapi, Hormon tedavisi vb.):** ()
Yok () Var ise belirtiniz Süresi.....
17. **Son 3 ayda büyük bir cerrahi işlem geçirdiniz mi?**
() Geçirdim () Geçirmedim
18. **Son 3 ayda hastaneye yatış yaptınız mı?**
() Yatış yaptım. (Yatış sürenizi belirtiniz) () Yatış yapmadım
19. **Hastalığınızdan sonra iş durumunuzda hangi değişiklikler yaşandı? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)**
() Çalışma saatlerimde azalma oldu.
() Part-time çalışmak durumunda kaldım.
() Eski iş yerimden ayrılmak zorunda kaldım.
() Ücretli hastalık iznine çıkarıldım.
() Ücretsiz izne çıkarıldım.
() İşimi değiştirmek zorunda kaldım.

- ☐ İşsiz kaldım.
- ☐ Emekli oldum.
- ☐ Herhangi bir değişiklik yaşamadım.
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

20. Hastalığınız nedeniyle toplam iş kaybınız ne kadar oldu?

- ☐ İş kaybım olmadı
- ☐ 30 günden az
- ☐ 30 günden- 6 aya kadar
- ☐ 6 aydan - 1 yıla kadar
- ☐ 1 yıldan - 3 yıla kadar
- ☐ 3 yıl ve daha fazla

21. Hastalığınız ile beraber aşağıdaki değişikliklerin hangilerini yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Gelir kaybı/azalması yaşadım.
- ☐ Eşim iş değiştirmek durumunda kaldı.
- ☐ Aile ve arkadaşlarımdan ödünç para almam gerekti.
- ☐ Kredi çekmem gerekti.
- ☐ Yatırımlarımı (Ev, araba vb.) satmak zorunda kaldım.
- ☐ Tasarruf hesabımı kullandım.
- ☐ Emeklilik hesabımdan para çektim.
- ☐ Diğer (Lütfen belirtiniz)

22. Tanı konulduktan sonra herhangi bir maddi ya da manevi destek aldınız mı?

- ☐ Hayır ☐ Evet ise, kurumu belirtiniz

23. Hastalığınız nedeniyle aile üyelerinizden herhangi biri işini bırakıp size refakat etmek zorunda kaldı mı?

- ☐ Evet ise, kim olduğunu belirtiniz..... ☐ Hayır

24. Hastalığınızla ilişkili olarak aşağıdaki kalemlerde son 3 ayda cepten bir harcama yaptınız mı?

Harcama Kalemleri	Cepten harcama yaptınız mı?		Miktarını belirtiniz (TL)
	Evet	Hayır	
Tıbbi Kalemler			
-Muayene			
-Ameliyat			
-Yatış			
-İlaçlar			
- Laboratuvar hizmetleri			
-Görüntüleme hizmetleri			
-Tıbbi cihaz ve malzemeler			
-Alternatif terapiler			
Tıbbi olmayan kalemler			
-Ulaşım			
-Barınma			
-Beslenme			
-Çocuk/yaşlı bakımı			
-Ev işleri			

25. Bu hastanenin sağlık hizmetlerinden daha önce faydalandınız mı?

- () Evet, birkaç kez poliklinikte muayene oldum.
() Evet, bu hastanede uzun süreli tedavi gördüm.
() Hayır, ilk kez muayene oluyorum.

26. Daha önce aldığınız sağlık hizmetinden memnuniyet durumunuz nedir?

- () Memnun kaldım.
() Kısmen memnun kaldım.
() Memnun kalmadım

BÖLÜM-2 Finansal Toksisite Ölçeği (Comprehensive Score for Financial Toxicity (COST))

Aşağıdaki sorular kanser teşhis ve tedavi sürecinde karşılaştığınız mali yükü ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. **Son 7 gününüzü** düşünerek aşağıdaki soruları cevaplayınız.

İFADELER	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
1. Tedavimin maliyetlerini karşılayabilecek yeterli birikim, tasarruf veya malvarlığım olduğunu düşünüyorum.....	0	1	2	3	4
2. Cepten yaptığım sağlık harcamalarım, olabileceğini düşündüğümde daha fazladır.....	0	1	2	3	4
3. Hastalığının veya tedavimin gelecekte bana getireceği finansal problemler konusunda endişe duyarım.....	0	1	2	3	4
4. Tedaviye harcayacağım para miktarı konusunda başka bir seçeneğimin olmadığını hissedirim.....	0	1	2	3	4
5. Her zamanki gibi çalışamayacağım ya da katkı sağlayamayacağım için üzülürüm.....	0	1	2	3	4
6. Mevcut finansal durumumdan memnunum.....	0	1	2	3	4
7. Aylık harcamalarımı karşılayabilirim.....	0	1	2	3	4
8. Finansal olarak kendimi stresli hissediyorum.....	0	1	2	3	4
9. Evde çalışıyor olsam bile işimi ve gelirimi muhafaza etme konusunda endişe duyarım.....	0	1	2	3	4
10. Hastalığım ve tedavisi mevcut finansal durumumdan memnuniyetimi azaltmıştır.....	0	1	2	3	4
11. Finansal durumumun kontrol altında olduğunu düşünüyorum.....	0	1	2	3	4
12. Hastalığım, ailem ve bana finansal bir sıkıntı yaratmaktadır.....	0	1	2	3	4

BÖLÜM-3 Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği

Bu formda sağlık sistemine güveninizi ölçmeyi amaçlayan 17 soru yer almaktadır. 1-10 arasındaki maddeler sağlık hizmeti sunan profesyonellere (hekim, hemşire vb.) olan güveni, 11-14 arasındaki maddeler sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kişi /kurumlara olan güveni (SGK, özel sağlık sigorta şirketi vb.), 15-17 arasındaki maddeler ise sağlık hizmeti veren kuruma (hastane vb.) olan güveni ölçmeye yöneliktir. Görüşünüzü maddelere göre ayrılmış kutuları işaretleyerek belirtiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Sağlık Hizmetini Sunan Profesyonellere Güven					
1.Bana hizmet sunan sağlık profesyoneli, gereksinimlerimi göz önünde bulundurur ve öncelik verir.					
2.Sağlık profesyoneline o kadar çok güvenirim ki, her zaman onun tavsiyelerine uymaya çalışırım.					
3.Sağlık profesyoneli o kadar çok güvenirim ki, o bana ne söylerse doğrudur.					
4.Bazen, sağlık profesyonelinin fikrine güvenmem ve bu yüzden ikinci birine ihtiyaç hissederim.					
5.Sağlık profesyonelinin tıbbi bakımım ile ilgili kararlarına güvenebilirim.					
6.Bana hizmet sunan sağlık profesyoneli ihtiyacım olan tıbbi bakımı bana sunmak için ne gerekiyorsa yapar.					
7.Sağlık profesyoneli bir uzman olduğu için benimki gibi tıbbi sorunları tedavi edebilir.					
8.Hangi tıbbi tedavilerin benim için en iyisi olduğu konusunda bana hizmet sunan sağlık profesyonelinin kararlarına güvenebilirim.					
9.Sağlık profesyoneli bana en kaliteli tıbbi bakımı sunar.					
10.Bunların tümünü göz önüne aldığımda, bana hizmet sunan sağlık profesyoneline tamamen güvenirim.					
Sağlık Hizmetlerinin Maliyetini Karşılayan Kişi /Kurumlara Güven (SGK, özel sağlık sigorta şirketi vb.)					
11.Sağlık hizmetleri giderlerini karşılayanlar yaptıkları işte iyiler.					
12.Sağlık hizmetlerinin giderlerini karşılayanlar gerektiğinde bir uzmana görünmeniz için ödeme yaparlar.					
13.Sağlık hizmetlerinin giderlerini karşılayanlar ne tür tedavilere yer verildiği sorgulandığında dürüst yanıt verirler.					
14.Sağlık hizmetlerinin giderlerini karşılayanlar, tedavi ücreti pahalı bile olsa ödemekle yükümlü oldukları her şey için ödeme yaparlar.					
Sağlık Hizmeti Veren Kurum /Kuruluşlara (Hastane vb.) Güven					
15.Sağlık hizmet kuruluşları sağlığım için gerekli olan tedavilerden ziyade, tıbbi maliyetlerin azaltılmasına önem verirler.					
16.Sağlık hizmet kuruluşları en kaliteli tıbbi bakımı sağlar.					
17.Sağlık hizmet kuruluşları sağlık sorunlarımı tedavi ederken, tıbbi gereksinimlerimi maliyet de dâhil her konudan üstün tutarlar.					

EK - 3. Ölçek İzinleri

Merhaba Dr. Öğr. Üyesi Duygu Ürek Hocam,

Ben Başkent Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Arş. Gör. Zela Özyıldız. Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu danışmanlığında yürütmekte olduğum 'Kanser Hastalarında Finansal Toksisite Düzeyi ve Sağlık Sistemine Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' adlı yüksek lisans tezim için Türkçe uyarlamasını yaptığınız 'Finansal Toksisite Ölçeği (Comprehensive Score for Financial Toxicity-COST)'ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Bilgilerinize sunar, yanıtınızı beklerim.
Saygılarımla.
İyi çalışmalar.

Arş.Gör.Zela Özyıldız
Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü

Merhabalar,

Tanıştığma memnun oldum Zelaçim. KTÜ uzantılı mail adresinden cevap vermeye çalıştım ama olmadı, sistemsel bir hata var sanırım, o yüzden buradan yazıyorum sana. Atıfta bulunmak şartıyla tabi kullanabilirsin.

Ölçeğe ilişkin bilgileri, hem tezinde hem de ekteki makalede bulabilirsin. Yine tez sürecinde aklıma takılan şeyler olursa yardımcı olmaktan mutluluk duyarım.

Şimdiden iyi çalışmalar ve de başarılar dilerim.

Not: Deniz'e selamlar :)

Dr. Öğr. Üyesi Duygu ÜREK
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sağlık Politikası Anabilim Dalı

PDF FT.pdf

Dear Leonard E. Egede,

I am a Research Assistant Zela Özyıldız at Başkent University Health Management Department, in Ankara, Turkey. I am a graduate student at Ankara University Health Management Department and my advisor is Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu. In our master's thesis study titled "Examination of the Relationship between Financial Toxicity Level and Trust in the Health System in Cancer Patients", we would like to use the Turkish version of the Multidimensional Trust in Health-Care Systems Scale, which was adapted to Turkish with a validity and reliability study led by Dinc L., Korkmaz F., Karabulut E. in 2013. In line with our study, we contacted to Dinc L. and co-authors and got the permission from them. We also would like to ask your permission and approval to use the scale stated above.

Thank you,
Yours sincerely
Good work.

Res. Asist. Zela Özyıldız
Baskent University
Faculty of Health Sciences
Department of Health Management

You have my permission to use the scale for your master's thesis. Thanks

Leonard E. Egede, MD, MS
Professor of Medicine
Inaugural Milwaukee Community Chair in Health Equity Research at the Medical College of Wisconsin
Chief, Division of General Internal Medicine
Director, Center for Advancing Population Science (CAPS)
Director, MCW CTSI KL2 Program
Director, MCW CTSI Master's in Clinical/Translational Research

Merhaba Prof. Dr. Leyla Dinç Hocam,

Ben Başkent Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Arş. Gör. Zehra Özyıldız. Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu danışmanlığında yürütmekte olduğum 'Kanser Hastalarında Finansal Toksikite Düzeyi ve Sağlık Sistemine Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' adlı yüksek lisans tezi için Türkçe uyarlamasını yaptığınız 'Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği'ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Bilgilerinde sunar, yanıtınızı beklerim.
Saygılarımla.
İyi çalışmalar.

[Preview attachment: guvenolcek_turkce.docx](#)



[guvenolcek_turkce.docx](#)

16 KB

Sayın Özyıldız

'Sağlık Hizmetleri Sistemine Çok Boyutlu Güven Ölçeği'ni kullanmanız bizleri memnun edecektir.
Ölçeğin türkçesi ektedir.
Çalışmanızda başarılar dilerim

Saygılarımla

Atıf için;

Dinç, L., Korkmaz, F., & Karabulut, E. (2013). A validity and reliability study of the Multidimensional Trust in Health-Care Systems Scale in a Turkish patient population. *Social indicators research*, 113(1), 107-120.

Fatma Korkmaz

Doçent Dr.

Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelik Esasları AD

EK - 4. Etik Kurul İzin Belgeleri

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.02.2023-206601



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-92018189-044-206601
Konu : Araştırma İzni Hk.

16.02.2023

ANKARA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Fakültemiz Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim elemanı Arş. Gör. Zelal Özyıldız'ın yürütücüsü olduğu "Kanser hastalarında finansal toksisite düzeyi ve sağlık sistemine güven arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı araştırması kapsamında, ekte sunulan soru form ve ölçeklerinin Üniversitemiz Ankara Hastanesi Onkoloji Polikliniği (akciğer, meme, kolon) hastalarına 10 Mart-10 Haziran 2023 tarihleri arasında uygulayabilmesi hususunda gereğini müsaadelerinize arz ederim.

Prof. Dr. Berna Simten MALHAN
Dekan

Ek:

- 1- Etik Kurul Onayı
- 2- Demografik Özellikler Formu
- 3- Finansal Toksisite Ölçeği
- 4- Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Sayı :E-50547713-044-209004
Konu : Araştırma İzni Hk.

24.02.2023

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 16.02.2023 tarih ve 206601 sayılı yazınız.

Uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Özden ALTUNDAĞ
Öğretim Üyesi



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Ek-1

Sayı :E-94603339-604.01.02-206434
Konu :Proje Onayı

14.02.2023

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Sağlık Yönetimi Bölümünde görev yapmakta olan Arş. Gör. Zelal Özyıldız tarafından yürütülecek olan KA23/69 nolu "Kanser hastalarında finansal toksisite düzeyi ve sağlık sistemine güven arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08/02/2023 tarih ve 23/43 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini arz ederim.

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA23/69	23/43	08/02/2023

Sağlık Bilimleri Fakültesi / Sağlık Yönetimi Bölümünde görev yapmakta olan Arş. Gör. Zela Özyıldız tarafından yürütülecek olan KA23/69 nolu "Kanser hastalarında finansal toksisite düzeyi ve sağlık sistemine güven arasındaki ilişkinin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Prof. Dr. Ayşe Elif Kıpeli

Prof. Dr. Mehtap AKÇİL OK

Prof. Dr. Neslihan ARHUN

Prof. Dr. Taner SEZER

Doç. Dr. Seda TÜRKOĞLU-BABAĞIRRA

Dr. Öğr. Üyesi Rıfat V. YILDIRIM

ASLI GİRİDİ
Lilifer T. SİLEK
Araştırma Etik Kurulu

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Toplantı Sayısı : 11	Karar Sayısı: 657	Toplantı Tarihi: 09.03.2023
----------------------	-------------------	-----------------------------

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 03.03.2023 tarih ve 848186 sayılı yazısı görüşüldü.

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi ZELAL ÖZYILDIZ'ın tez projesinin, "*Kanser Hastalarında Finansal Toksikite Düzeyi ve Sağlık Sistemine Güven Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*" olarak kabulüne oybirliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
Dilek BADEM
Enstitü Sekreteri

✓ Ayla KILIÇOĞLU
Şef

EK - 5. Hipotez Red/Kabul Tablosu

HİPOTEZ RED/KABUL TABLOSU		
HİPOTEZLER	KABUL	RED
H1: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2a: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>cinsiyet</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2b: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>yaşları</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2c: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>medeni durumları</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2ç: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>bakımından sorumlu olunan çocuk sayısı</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2d: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>öğrenim durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2e: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>yaşanılan yer</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2f: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>çalışma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2g: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>sosyal güvence durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2ğ: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>hastanın hane içindeki finansal rolü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2h: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>aylık hane halkı geliri</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2ı: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>hane halkı büyüklüğü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2i: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>birincil kanser bölgesi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2j: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>kanser evresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2k: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>teşhisten bu yana geçen süre</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2l: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>kemoterapi süresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2m: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>ek tedavi alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2n: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>son üç ayda cerrahi işlem geçirme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2o: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>son üç ayda hastaneye yatış durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2ö: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>iş durumunda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2p: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>iş kaybı yaşama durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2r: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>finansal durumda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	

H2s: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>herhangi bir maddi ya da manevi destek alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2ş: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>aile üyelerinden birinin refakat etme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2t: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>tıbbi kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2u: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H2ü: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>hastanenin sağlık hizmetinden daha önce faydalanma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H2v: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile <i>alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3a: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>cinsiyet</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1a} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>cinsiyet</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2a} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>cinsiyet</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3a} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>cinsiyet</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3b: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>yaş</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1b} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>yaş</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2b} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>yaş</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3b} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>yaş</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3c: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>medeni durum</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1c} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>medeni durum</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2c} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>medeni durum</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3c} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>medeni durum</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3ç: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>bakımından sorumlu olunan çocuk sayısı</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1ç} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>bakımından sorumlu olunan çocuk sayısı</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X

H3 _{2c} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>bakımından sorumlu olunan çocuk sayısı</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3c} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>bakımından sorumlu olunan çocuk sayısı</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _d : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>öğrenim durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1d} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>öğrenim durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{2d} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>öğrenim durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3d} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>öğrenim durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _e : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>yaşanılan yer</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1e} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>yaşanılan yer</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2e} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>yaşanılan yer</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3e} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>yaşanılan yer</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _f : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>çalışma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1f} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>çalışma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2f} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>çalışma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3f} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>çalışma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _g : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>sosyal güvence durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{1g} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>sosyal güvence durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2g} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>sosyal güvence durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3g} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>sosyal güvence durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _ğ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>hastanın hane içindeki finansal rolü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X

H3 _{1g} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>hastanın hane içindeki finansal rolü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{2g} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>hastanın hane içindeki finansal rolü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3g} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>hastanın hane içindeki finansal rolü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _h : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>aylık hanehalkı geliri</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1h} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>aylık hanehalkı geliri</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2h} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>aylık hanehalkı geliri</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3h} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>aylık hanehalkı geliri</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1i} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>hanehalkı büyüklüğü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1i} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>hanehalkı büyüklüğü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2i} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>hanehalkı büyüklüğü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3i} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>hanehalkı büyüklüğü</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _i : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>birincil kanser bölgesi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1i} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>birincil kanser bölgesi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2i} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>birincil kanser bölgesi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3i} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>birincil kanser bölgesi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _j : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>kanser evresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1j} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>kanser evresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2j} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>kanser evresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3j} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>kanser evresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X

H3k: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>teşhisten bu yana geçen süre</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1k} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>teşhisten bu yana geçen süre</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{2k} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>teşhisten bu yana geçen süre</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3k} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>teşhisten bu yana geçen süre</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3l: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>kemoterapi süresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1l} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>kemoterapi süresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2l} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>kemoterapi süresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3l} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>kemoterapi süresi</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3m: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>ek tedavi alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1m} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>ek tedavi alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2m} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>ek tedavi alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3m} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>ek tedavi alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3n: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>son üç ayda cerrahi işlem geçirme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1n} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>son üç ayda cerrahi işlem geçirme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2n} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>son üç ayda cerrahi işlem geçirme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3n} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>son üç ayda cerrahi işlem geçirme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3o: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>son üç ayda hastaneye yatış durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1o} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>son üç ayda hastaneye yatış durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2o} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>son üç ayda hastaneye yatış durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X

H3 ₃₀ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>iş durumunda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 ₆ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>iş durumunda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 ₁₆ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>iş durumunda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 ₂₆ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>iş durumunda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 ₃₆ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>iş durumunda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _p : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>iş kaybı durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1p} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>iş kaybı durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2p} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>iş kaybı durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{3p} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>iş kaybı durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _r : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>finansal durumda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{1r} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>finansal durumda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2r} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>finansal durumda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3r} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>finansal durumda yaşanan değişiklikler</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _s : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>herhangi bir maddi ya da manevi destek alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{1s} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>herhangi bir maddi ya da manevi destek alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2s} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>herhangi bir maddi ya da manevi destek alma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3s} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>aile üyelerinden birinin refakat etme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _ş : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>aile üyelerinden birinin refakat etme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1ş} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>aile üyelerinden birinin refakat etme durumu</i> arasında	X	

istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		
H3 _{2g} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>aile üyelerinden birinin refakat etme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3g} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>aile üyelerinden birinin refakat etme durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _t : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>tıbbi kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{1t} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>tıbbi kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2t} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>tıbbi kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3t} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>tıbbi kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _u : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1u} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2u} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3u} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>tıbbi olmayan kalemler için cepten harcama yapma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _ü : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>hastanenin sağlık hizmetinden daha önce faydalanma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{1ü} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>hastanenin sağlık hizmetinden daha önce faydalanma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _{2ü} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>hastanenin sağlık hizmetinden daha önce faydalanma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{3ü} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>hastanenin sağlık hizmetinden daha önce faydalanma durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H3 _v : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri ile <i>alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{1v} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri ile <i>alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.	X	
H3 _{2v} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri ile <i>alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X

H3 _{3v} : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri ile <i>alınan sağlık hizmetinden memnuniyet durumu</i> arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.		X
H4: Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.	X	
H4 ₁ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sağlık profesyonellerine olan güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.		X
H4 ₂ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sağlık hizmetlerinin maliyetini karşılayan kurumlara olan güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.	X	
H4 ₃ : Akciğer, meme ve kolon kanseri hastalarının finansal toksisite düzeyleri ile sağlık hizmeti veren kuruma olan güven düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır.	X	



ÖZGEÇMİŞ

