



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA
TAMAMLAYICI - ALTERNATİF
TEDAVİ KULLANIMI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Meral KILIÇARSLAN

Antalya, 2012



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GÖĞÜS HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA
TAMAMLAYICI - ALTERNATİF
TEDAVİ KULLANIMI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Meral KILIÇARSLAN

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Ömer ÖZBUDAK

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2012

TEŞEKKÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalındaki uzmanlık eğitimim süresince değerli bilgi ve deneyimlerini aktararak hekimlik görgü ve becerilerimin gelişmesine katkıda bulunan tez hocam Doç.Dr. Ömer ÖZBUDAK'a, gerek bilimsel gerekse manevi desteklerini her zaman yanımda hissettiğim hocalarım Prof.Dr. Tülay ÖZDEMİR'e, Prof.Dr. A.Candan ÖĞÜŞ'e, Prof.Dr. Aykut ÇİLLİ'ye, birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm klinik personelimize, beni yetiştirip, bugünüme gelmemi sağlayan aileme ve tezimin hazırlanması aşamasında desteğini ve sabrını esirgemeyen eşim Gökhan'a

Teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa :</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iv
Tablolar Dizini	v
Şekiller Dizini	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Akciğer Kanseri	3
2.1.1. Epidemiyoloji	3
2.1.2. Etiyoloji	3
2.1.2.1. Sigara	3
2.1.2.2. Etiyolojide rol oynayan diğer faktörler	4
2.1.2.3. Yaş	4
2.1.2.4. Cinsiyet	5
2.1.2.5. Aile öyküsü	5
2.1.2.6. Hava kirliliği	5
2.1.2.7. Asbestos	6
2.1.2.8. Radyasyon	6
2.1.2.9. Mesleksel etmenler	6
2.1.2.10. Beslenme	6
2.1.2.11. Geçirilmiş akciğer hastalıkları	7
2.1.3. Patoloji	7
2.1.4. Klinik bulgular	9
2.1.4.1. Primer tümöre ait belirti ve bulgular	9
2.1.4.2. Tümörün mediastinal yayılımına ait belirti ve bulgular	9
2.1.4.3. Metastazlara ait belirti ve bulgular	10
2.1.4.4. Paraneoplastik sendromlar	10
2.1.5. Tanı yöntemleri	11
2.1.5.1. Radyoloji	11
2.1.5.2. Bilgisayarlı tomografi	12
2.1.5.3. Manyetik rezonans	12
2.1.5.4. Pozitron emisyon tomografi yöntemi	13
2.1.5.5. Balgam sitolojisi	14
2.1.5.6. Bronkoskopi	14
2.1.5.7. Transtorasik İnce İğne Aspirasyonu (TTİİAB)	14
2.1.5.8. Torasentez	15
2.1.5.9. Plevral biopsi	15
2.1.5.10. Mediastinoskopi	15
2.1.5.11. Video eşliğinde torakoskopik cerrahi (VATS)	16
2.1.5.12. Torakotomi	16
2.1.6. Akciğer kanserinde evreleme	16
2.1.7. Tedavi ve prognoz	18
2.2. Yaşam Kalitesi	22
2.3. Depresyon	23
2.4. Tamamlayıcı - Alternatif Tedavi	23

3. MATERYAL VE METOD	32
3.1. Araştırmanın Şekli	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	32
3.4. Veri Toplama Araçları	32
3.5. Verilerin Toplanması	33
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	33
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR	59
7. ÖZET	60
8. ABSTRACT	62
9. KAYNAKLAR	64
10. EKLER	75
EK.1. Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Anketi	75
EK.2. Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği	82
EK.3. Yaşam Kalitesi Ölçeği	85
EK.4. Etik Kurul Onayı	86
EK.5. Bilgilendirilmiş Olur Formu	87

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACCP	American College of Chest Physicians
ASCO	American Society Of Clinical Onkology
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CAM	Complementary Alternative Medicine
CST	Craniosacral Therapy
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status
EORTC-QLQ	European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Questionnaire
HAD	Hastane Anksiyete Depresyon Skalası
IASLC	International Association for the Study of Lung Cancer
KHAK	Küçük Hücreli Akciğer Kanseri
KHDAK	Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KT	Kemoterapi
LEMS	Lambert- Eaton Sendromu
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NLP	Nörolingüistik Programlama
PET	Pozitron Emisyon Tomografi
RT	Radyoterapi
SUV	Standart Uptake Volume
TAPMG	Türk Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu
TAT	Tamamlayıcı Alternatif Tedavi
TBAB	Transbronşiyal Akciğer Biyopsisi
TBİA	Transbronşiyal İğne Aspirasyonu
TM	Traditional Medicine
TTİİAB	Transtorasik İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi
VATS	Video Eşliğinde Torakoskopik Cerrahi

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Akciğer kanseri patolojik sınıflaması	8
2.2. Akciğer kanserinde paraneoplastik sendromlar	11
2.3. Akciğer kanseri TNM sınıflaması	17
2.4. Akciğer kanserinde evreleme	18
2.5. KHDAK’de evrelere göre tedavi yaklaşımı	21
2.6. KHAK’de evrelere göre tedavi yaklaşımı	21
2.7. NCCAM TAT sınıflaması	25
4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	35
4.2. Hastaların tıbbi özellikleri	36
4.3. Hastaların psikiyatrik destek alma sıklığı	36
4.4. TAT kullanımında yaş, cinsiyet farklılıkları	37
4.5. TAT kullanımında sosyodemografik farklılıklar	38
4.6. TAT kullanımında tıbbi farklılıklar	40
4.7. TAT kullanımında konvansiyonel tedavi farklılıkları	40
4.8. TAT kullanımında psikiyatrik destek farklılıkları	41
4.9. TAT kullanımında yaşam kalitesi ve anksiyete – depresyon durumu farklılıkları	42
4.10. Kullanılan TAT yöntemleri	43
4.11. Kullanılan bitkilere göre kullanıcı sayıları	44
4.12. Bitkileri kullanma yöntemleri	44
4.13. TAT kullanımına başlama zamanı-sıklığı	45
4.14. Kullanılan diğer doğal TAT yöntemleri	45
4.15. TAT kullanma nedenleri	46
4.16. TAT kullanımından beklentiler	46
4.17. TAT kullanımı hakkında bilgi edinme kaynakları	47
4.18. TAT kullanıcılarının konvansiyel tedavi durumları ve hasta doktor ilişkileri	48
4.19. TAT kullanımından duyulan memnuniyet durumu	50
4.20. TAT’lerin tedarik edilme yerler	50

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. TAT kullanımında yaş, cinsiyet farklılıkları	37
4.2. TAT kullanımında sosyodemografik farklılıklar	39
4.3. TAT kullanımında sosyodemografik farklılıklar	39
4.4. TAT kullanımında psikiyatrik destek farklılıkları	41
4.5. TAT kullanımında anksiyete puan farklılıkları	42
4.6. TAT kullanımında depresyon puan farklılıkları	42
4.7. TAT kullanımında yaşam kalitesi farklılıkları	42
4.8. TAT kullanımında anksiyete depresyon durum farklılıkları	43
4.9. Hastaların eskiden ve şimdi kullandıkları TAT yöntemleri	44
4.10. Diğer kullanılan TAT yöntemleri	45
4.11. TAT kullanma nedenleri	46
4.12. TAT kullanımından beklentiler	47
4.13. TAT ve konvansiyonel tedavi birlikteliği ve TAT'ın hissedilen yararı	48
4.14. TAT kullanıcıları - doktor ilişkisi	49

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

Geleneksel tıp mensuplarının önerdikleri tıbbi tedavilerden farklı olarak biyomedikal çerçevede yer almayan herhangi bir tedavi olarak tanımlanan tamamlayıcı - alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı dünya çapında giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. Hastalar bu amaçla çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, antioksidanlar, yoga, meditasyon, akupunktur, aromaterapi, dini uygulamalar gibi yöntemler kullanmaktadırlar. Bu yöntemlerin çok azı sınanmış (1), çoğu kanıtlanmamış olarak kaldığı halde popüler olmayı sürdürmüştür (2). Ayrıca ticari anlamda da tamamlayıcı-alternatif tedavi, Avrupa'da ve Amerika'da büyümekte olan bir sektördür. Kanser insidans ve sağ kalım süreleri arttıkça, tamamlayıcı alternatif tedavi hakkında bilgi ve erişim isteminde bulunan populasyon oranlarının da artma olasılığı bulunmaktadır (3).

Kanser hastaları kronik hastalıklara göre, daha fazla korkutucu ve daha az kontrol edilebilir bir durumla karşı karşıya olduklarından tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaya daha meyilli bulunmuşlardır (4). Sıklığı giderek artış gösteren akciğer kanseri hastalarının çoğunun ileri evrede tanı aldıkları ve tanı sırasında çok semptomatik olup, palyasyon tedavisine ihtiyacı oldukları görülmüştür (5-7). Ayrıca akciğer kanser hastalarının, diğer kanser hastalarına kıyasla daha fazla duygusal ve fiziksel semptom yükü olduğu bulunmuştur (8). Hastalık çoğunlukla ileri evrelerde teşhis edilmekte ve en sık uygulanan tedavi ise kemoterapi olmaktadır. Kemoterapi uygulanan hastaların alternatif tedavi kullanım davranışları ile ilgili yayınlanmış veriler ise oldukça azdır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının akciğer kanseri hastalarının tamamlayıcı alternatif tedavi kullanımı yönünde motive eden faktörleri çok önemlidir. Çünkü tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanan hastaların %72'si bu tedavi yöntemini kullandıklarından doktorlarına bahsetmemektedir (9).

Akciğer kanseri hastalarının kanıtlanmamış yöntemleri tercih ederek, tam şifa sağlayabilecek geleneksel yöntemleri ihmal edebileceği yönünde kaygılar yanında, geleneksel olmayan tedavilerle ilişkili toksisiteler ya da kemoterapiyle olası etkileşimler de yer almaktadır. Kullanılan tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemlerinden özellikle bitkisel ve farmakolojik ajanlar içerikleri nedeniyle kemoterapi, radyoterapi veya antikoagülan ilaçlarla beraber uygulandığında ciddi yan etkilere neden olabilmektedir (10-12).

Bu çalışmanın amacı;

1. Akciğer kanseri hastalarında tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanım sıklığını ve kullanılan alternatif tedavi yöntemlerini belirlemek,
2. Akciğer kanseri hastalarında tamamlayıcı-alternatif tedavi kullananlarla kullanmayanların; sosyodemografik, tıbbi, psikososyal değişkenlerini ve yaşam kalitelerini kıyaslamak,
3. Akciğer kanseri hastalarının, tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemleri kullanma sebeplerini saptamak ve tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerine olan yaklaşımlarını belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akciğer Kanseri

2.1.1. Epidemiyoloji

Akciğer kanseri 20. yüzyılın başlarında nadir görülen bir hastalıktı. Günümüzde ise erkeklerde ölüm nedenlerinin başında gelmekte, kadınlarda da sıklığı giderek artmaktadır ve bazı ülkelerde ise kanser ölümlerinin en sık nedenidir. Çoğu kanser türünde ölüm oranlarında azalma varken, akciğer kanseri dünya çapında epidemi yapmıştır. Bununla birlikte tedavideki gelişmelerin minimal düzeyde olması, tütün kullanımının artışı, ileriye yönelik olarak sıklığının ve mortalitenin artacağını göstermektedir. Tüm dünyada kanser olgularının %12,8'inden ve kanser ölümlerinin %17,8'inden akciğer kanseri sorumludur (13,14). Amerika Birleşik Devletleri ve Batı Avrupa toplumlarında sigara karşıtı kampanyalar sonucu akciğer kanseri görülme sıklığı 1980'den sonra erkeklerde azalma eğilimine girmiştir. Kadınlarda sigara kullanımı alışkanlığındaki artış nedeniyle Doğu Avrupa ülkeleri ve ülkemizde akciğer kanseri sıklığı giderek artmaktadır (15). Akciğer kanseri sadece 2001 yılında bir milyondan fazla ölüme neden olmuştur (16,17).

Ülkemizde akciğer kanseri konusunda epidemiyolojik veriler çok yetersizdir. Çok sınırlı sayıda güvenilir çalışma bulunmaktadır. İzmir Kanser İzlem Denetim Merkezi'nin 1993-1994 yıllarını kapsayan çalışmasına göre akciğer kanseri tüm kanserler içinde erkeklerde %38.6'lık oranla en büyük bölümü oluşturmaktadır (18). Kadınlarda ise %5.2'lik oranla 6. sıradadır. Sağlık Bakanlığı verilerinde akciğer kanseri sıklığı gelişmiş batı bölgelerimizde en yüksek (Akdeniz 41.0/100.000, Ege ve İç Anadolu 39.5/100.000) az gelişmiş bölgelerimizde en düşük (Güneydoğu 17.7/100.000, Doğu 11.7/100.000) değerlerdedir. Türkiye için The International Agency for Research on Cancer tarafından yapılan bir yıllık yeni olgu tahmini ise, erkeklerde 12.900, kadınlarda 1.572; toplamda yaklaşık 15.000'dir (19).

2.1.2. Etyoloji

2.1.2.1. Sigara içme

Pek çok toplulukta tütün içiciliği akciğer kanserinin %80-90 nedenidir. Sigara içenlerle içmeyenler karşılaştırıldığında akciğer kanseri riskinin sigara içenlerde 20 kat arttığı görülmüştür (20). Risk artışında, ortalama tütün tüketim miktarı ve süresi, tütüne

başlanılan yaş, tütün ürününün türü, tüketilen dumanı içe çekme şekli ve eğer tütün kullanımı bırakılmışsa bırakıldıktan sonra geçen sürenin de etkili olduğu gösterilmiştir (21,22). Dol ve arkadaşlarının 50 yıllık takip sonuçlarını yayınladıkları bir çalışmada sigarayı bırakmanın hangi yaşta olursa olsun akciğer kanseri riskini azaltacağı saptanmıştır. Ancak uzun süreli sigara içenlerde oluşan mutasyonların kalıcı olması nedeniyle akciğer kanseri riski, hiç sigara içmeyen bireylerin akciğer kanseri riskinden daima yüksektir (23). Çevresel sigara dumanı maruziyeti olarak bilinen pasif içicilikte de akciğer kanseri riskinin arttığı gösterilmiştir. Kendisi sigara içmeyip eşi sigara içen kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda bu kadınların akciğer kanseri olma riskinin %30 daha fazla olduğu gösterilmiştir (24,25).

Sigara dumanının etkisi, karsinojenlerin DNA'ya kadar ulaşması, DNA'da hatalı kodlama ve mutasyon oluşturması yoluyla olmaktadır. Sigara dumanındaki önemli karsinojenler, polisiklik hidrokarbonlar, aromatik aminler, nitrozaminler, piriolin alkaloidler ve radyoaktif bileşenlerdir. Pipo, puro ve çiğneme tütün kullanımında da akciğer kanseri riski artmakla beraber, bu risk karsinojen konsantrasyonuna bağlı olarak sigara kullanımından daha düşüktür (26).

Sigara içen ve içmeyenler arasında akciğer kanserinin histolojik tip dağılımı farklılık göstermektedir. Sigara içmeyenlerde adenokarsinom daha sık görülürken, sigara içenlerde yassı hücreli ve küçük hücreli akciğer karsinomu ön plana çıkmaktadır (27).

2.1.2.2. Etyolojide rol oynayan diğer faktörler

Akciğer kanseri gelişiminde etkili olduğu belirtilen yaş, cinsiyet, ırk, meslek, hava kirliliği, radyasyon, geçirilmiş akciğer hastalığı sekeli, diyet, viral enfeksiyonlar, genetik ve immünolojik faktörlerin tümü %6 oranında etkili bulunmuştur (28).

2.1.2.3. Yaş

Akciğer kanseri insidansı yaşla artmakta, 6.-7. dekadlarda pik yapmaktadır. Genç erişkinlerde sıklığı daha azdır. Tüm akciğer kanserli olguların yalnızca %5-10'u 50 yaş altındadır. Bu grupta genellikle aile öyküsü vardır ve adenokanser en sık izlenen kanser tipidir (16,29). Ülkemizdeki akciğer kanseri özelliklerini belirlemek amacıyla Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu (TAPMG) tarafından yapılan

çok merkezli, hastane bazlı retrospektif çalışmada, 11.849 akciğer kanserli olgunun büyük oranda (%56.7) 46-65 yaşları arasında olduğu tespit edilmiştir (30).

2.1.2.4. Cinsiyet

Tüm dünyada akciğer kanseri insidansı kadınlarda erkeklerden daha düşüktür. Ancak kadınlarda sigara alışkanlığındaki artışa paralel olarak akciğer kanseri sıklığı da artış göstermektedir (13). Türk Toraks Derneği Akciğer ve Plevra Maligniteleri Çalışma Grubu'nun yaptığı retrospektif çalışmada 11.849 akciğer kanserli olgunun %90,4'ü erkek, %9,6'sı kadındır (30).

2.1.2.5. Aile öyküsü

Akciğer kanseri hastalarının sigara içen ve içmeyen akrabalarında akciğer kanseri riskinin 2.4 kat arttığı bildirilmiştir. Artmış ailesel riskin yaş, cinsiyet, mesleksi maruziyet ve sigara içiciliğinden bağımsız olduğu, akciğer kanserine predispozisyon yaratan nadir bir otozomal genin Mendelyen kodominant kalıtımı ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (31).

2.1.2.6. Hava kirliliği

Akciğer kanseri için risk faktörü olan karsinojenler havada çok düşük konsantrasyonda bulunup, lokal ve mevsimsel olarak değişkenlik gösterirler.

Bu karsinojenlere örnek olarak krom, arsenik, nikel gibi metal parçacıkları; radyonükleid partiküller (^{210}Pb , ^{212}Pb , ^{222}Ra); benzen, benzopirin, 1-2 benzaestren gibi organik gaz ve partikül bileşim ürünleri verilebilir. Ancak karsinojenlere maruziyet miktarının ölçülmesi güç olduğundan, hava kirliliğinin akciğer kanseri üzerinde etkisini ölçmekte güç olmaktadır (32). ABD'nde 6 şehirde yapılan bir çalışmada, havada bulunan partikül sayısında her 10 m^3 artışta, akciğer kanseri riskinin %14 arttığı gösterilmiştir. Doll ve Peto 1981 yılında yayınladıkları bir makalede ise hava kirliliğini tüm akciğer kanseri olgularının %1-2'sinden sorumlu tutmuşlardır (33). İç ortam hava kirliliğinin en önemli nedenleri ise sigara dumanı, bina materyalleri, ısıtma ve pişirmede kullanılan yakıtlardır. Bir çalışmada akciğer kanseri riskindeki artışın yemek pişirme ve ısınma yöntemleriyle ilintili olduğu öne sürülmüş, başka bir çalışmada ise akciğer kanseri riski artışının uzun süre yüksek ısıda oluşan yağ dumanına bağlı olduğu belirtilmiştir (34,35).

2.1.2.7. Asbestos

Asbest; doğada bulunan, ısıya ve kimyasal maddelere dayanıklı bir grup fibröz silikatın genel adıdır. Gemi, uçak, otomobil ve inşaat sanayide, ayrıca tekstil endüstrisinde kullanılmaktadır. Ülkemizde İç Anadolu ve Güneydoğu Anadolu başta olmak üzere pekçok bölgede çevresel asbest maruziyeti mevcuttur (36). Asbest liflerinin inhalasyonuna bağlı olarak akciğer kanseri gelişebilmekte ve bu risk kümülatif asbest maruziyetiyle orantılı olarak artmaktadır. Asbest maruziyeti ve sigara içimi birlikteliği akciğer kanseri riskini sinerjistik etkileriyle dahada arttırmaktadır (37).

2.1.2.8. Radyasyon

Yüksek doz radyasyona maruz kalanlarda, akciğer kanser riskinin yüksek olduğuna dair kuvvetli kanıtlar bulunmaktadır. Uranyumun parçalanma ürünlerinden biri olan radon gazı toprağın ya da kayaların havaya saldığı doğal radyoaktif bir gazdır. Özellikle madencilerde akciğer kanser riskinin arttırdığı görülmüştür. Ev içi radon maruziyetinin akciğer kanserlerinin %10'unun nedeni olduğu tahmin edilmektedir (38).

2.1.2.9. Mesleki etmenler

Mesleki bazı ajanların akciğer kanserine yol açtığına dair çalışmalar mevcuttur. Bu ajanlara maruziyet sonucunda akciğer kanserinin 1,3-1,6 kez daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Mesleki akciğer kanserli olguların yarıdan fazlası asbest maruziyeti ile ilişkilidir. Asbestten başka mesleki olarak radon, krom, nikel, kömür, kadmiyum, uranyum parçalanma ürünleri, demir, arsenik, alüminyum ve formaldehite maruz kalmak akciğer kanseri riskini arttırmaktadır (39,40).

2.1.2.10. Beslenme

Akciğer kanserinde diyetin rolü antikarsinojenik etkiye sahip olmasına odaklanmıştır (20) Akciğer kanseri için risk taşıyan gruplarda diyetle beta-karoten ve retinol eklenmesi ile yapılan çalışmalar sonucunda beta-karotenin retinole göre daha koruyucu olduğu saptanmıştır (41). Yine çalışmalarda Vitamin E ve selenyumun, beta-karoten ve retinole benzer şekilde antioksidan etkiyle serbest radikalleri yok edip DNA'yı oksidatif hasardan koruyarak akciğer kanseri riskini azalttığı ileri sürülmekle birlikte, akciğer kanserine karşı koruyucu etkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Yeşil çayın kanserden koruyucu özelliği olduğu ve metastazı önlediği, doymuş yağlardan ve kolesterolden zengin diyetin akciğer kanseri riskini arttırdığı, folat

eksikliğinde bronşiyal epitelde premalign lezyonlara neden olduğu çeşitli çalışmalarda ileri sürülmüştür.

Antropometrik ölçümlerle akciğer kanseri riski arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda ise, düşük vücut kitle indeksli bireylerde akciğer kanseri riskinin arttığı gösterilmiştir (42).

2.1.2.11. Geçirilmiş akciğer hastalıkları

Akciğer kanseri riskini arttıran hastalıklar; KOAH, tüberküloz, silikozis ve akciğer fibrozisidir. Bunun nedeninin, karsinojenlerin hücrelere penetrasyonu sonucu akciğer dokusunda meydana gelen inflamasyon olduğu ileri sürülmektedir (43).

2.1.3. Akciğer kanseri patolojisi

Akciğer tümörlerinin %95'i bronş epitelinden kaynaklanır. Kalan %5'i içinde bronşiyal karsinoidler, mezoteliyomalar, bronşiyal gland neoplazmaları, mezenkimal tümörler (fibrosarkomlar, leiomyomlar), lenfomalar ve bazı benign lezyonlar bulunur (44). Başlıca skuamöz hücreli, küçük hücreli, adenokarsinom ve büyük hücreli karsinom olmak üzere dört histolojik tip vardır. Bazı olgularda bu histolojik tipler kombine bulunabilirler. Tanıda tedavi planı açısından küçük hücreli kanser tanısını doğru koyabilmek en temel amaçtır (45). Akciğer kanseri patolojik sınıflandırması, 2004'te Dünya Sağlık Örgütü tarafından yeniden yapılandırılmıştır (Tablo 2.1) (46).

Squamöz hücreli karsinom, tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %30'unu oluşturur. Uzun yıllar en sık görülen akciğer kanseri olma özelliğini, son dönemlerde ve özellikle gelişmiş ülkelerde sigara içme alışkanlığındaki değişiklikler nedeniyle adenokansere devretmiştir (47). Ülkemiz için resmi veriler olmamakla birlikte en sık görülen akciğer kanseridir. Çoğunlukla proksimal segment bronşlarından köken alır. En erken formu karsinoma insitudur. Radyolojik olarak nekroza bağlı merkezi kavitasyon, mikroskobik olarak da keratin ve intersellüler köprü oluşumu görülebilmektedir (48).

Küçük hücreli karsinom, genellikle sigara içenlerde görülmekte ve akciğer kanserlerinin %20-25'ini oluşturmaktadır. Yoğun nükleuslu, dar sitoplazmalı, düzenli küçük hücrelerden oluşur. Sıklıkla peribronşiyal yerleşimli, submukoza ve periferik parankimal dokuları infiltre eden, erken ve yaygın metastaz gösteren agresif bir tümördür. Primer akciğer kanserleri içinde erken dönemde hematogen ve lenfatik

metastaz yapması ve bu nedenle cerrahi tedaviden çok medikal tedavi uygulanması nedeniyle diğer akciğer kanserlerinden farklı bir grup olarak değerlendirilmektedir (49).

Adenokanser, gelişmiş ülkelerde en sık görülen kanser tipini oluşturmaktadır. Özellikle genç yaş, kadın cinsiyet ve sigara içmeyen grupta daha sık görülür. Klasik olarak alveoler yüzey epiteli ya da mukoza bezlerinden köken alıp, periferik yerleşim gösterir (50).

Büyük hücreli akciğer kanseri, tüm akciğer kanserlerinin %9'unu oluşturmaktadır. DSÖ tarafından sitolojik diferansiyasyon göstermeyen, herhangi bir kategoriye giremeyecek kadar indifferansiye tümör olarak tanımlanmıştır. Genellikle periferik yerleşimlidir. Erken fazda uzak metastaz yapabilir (44).

Tablo 2.1. Akciğer kanseri patolojik sınıflaması.

DSÖ 2004 Akciğer Kanser Sınıflaması	
1. Skuamöz hücreli karsinom Papiller Berrak hücreli Küçük hücreli Bazaloid	5. Adenoskuamöz karsinom
2. Küçük hücreli karsinom Kombine küçük hücreli karsinom	6. Sarkomatoid karsinom Pleomorfik karsinom İğ hücreli karsinom Dev hücreli karsinom Karsinosarkom Pulmoner blastom
3. Adenokarsinom Adenokarsinom, mikst subtip Asiner adenokarsinom Papiller adenokarsinom Bronkoalveoler karsinom Müsinöz Nonmüsinöz Mikst Müsin salgılayan solid adenokarsinom Fetal Kolloid (musinoz) Müsinöz kistadenokarsinom Taşlı yüzük adenokarsinom Berrak hücreli adenokarsinom	7. Karsinoid tümör Tipik karsinoid Atipik karsinoid
4. Büyük hücreli (BH) karsinom BH Nöroendokrin karsinom BH Kombine nöroendokrin karsinom Bazaloid karsinom Lenfoepitelyoma benzeri karsinom Berrak hücreli karsinom Rabdoid fenotipinde BH karsinom	8. Tükürük bezi tipindeki karsinomlar Mukoepidermoid karsinom Adenoidkistik karsinom Epitelyal-miyoeptelyal karsinom
	9. Preinvaziv lezyonlar Skuamöz hücreli insitu karsinom Atipik adenomatöz hiperplazi Diffüz idiyopatik pulmoner nöroendokrin hücre hiperplazisi

2.1.4. Klinik

Akciğer kanserli hastaların %90'ından fazlası başvuru sırasında lokal, metastatik yada tümörün sistemik etkilerine bağlı olarak semptomatiktirler. Semptom ve klinik bulgular, primer tümörün gelişmesi ve büyümesine, tümörün mediastene bölgesel yayılımına, uzak metastazlara ve paraneoplastik sendromlara ilişkin olabilir (51).

2.1.4.1. Primer tümöre ait belirti ve bulgular

Öksürük, balgam, hemoptizi, nefes darlığı ve göğüs ağrısı primer tümörle ilgili olabilecek semptomlardır. Ayrıca trakea veya ana bronşların parsiyel obstruksiyonu ile wheezing veya stridor meydana gelebilir. Öksürük, tanı anında akciğer kanserli hastaların %50-75'inde vardır. Öksürük reseptörleri havayollarında yerleştikleri için akciğer parankimini tutan tümörlerden ziyade havayollarında yerleşenlerde daha çok görülür (52). Hemoptizi ise %25-50 oranında saptanır. Genellikle tümör içindeki lokal nekroz ve inflamasyon sorumludur. Nefes darlığı özellikle ilerlemiş akciğer kanserli olgularda yaygın görülen bir semptomdur. Tanı anında hastaların yaklaşık %25'inde saptanır. Hava yoluna dıştan bası veya obstruksiyon, obstruktif pnömoni, atelektazi, lenfatik yayılım, tümör embolisi, pnömotoraks, plevral-perikardiyal efüzyon gibi nedenlerle nefes darlığı oluşmaktadır. Göğüs ağrısı %50'den fazla görülüp tümörün lokal veya metastatik yayılımına bağlı olabilir (53).

2.1.4.2. Tümörün mediastinal yayılımına ait belirti ve bulgular

Akciğer kanserinin intratorasik yayılımına ait bulgular tümörün yeri ve büyüklüğüne bağlıdır. Rekürren laringeal sinir tutulumu nedeniyle oluşan ses kısıklığı genellikle sol üst lob tümörlerinde görülmektedir. Tümörün özafagusa yayılımı veya basısı disfajiye neden olabilmektedir. Süperior sulcus tümörlerinde C8 ve Th1-2 sinir kökleri yaygın olarak infiltre olup bu durum kol ve omuzda ağrıya, ciltte ısı değişikliklerine ve kas yorgunluğuna neden olabilir. Apikal bölgede görülen pancoast tümörü sempatik zincirin tutulumu ile tek taraflı enoftalmi, ptozis, miyozis, anhidrozisle karakterize Horner sendromuna neden olabilir. Tümörün vena kava süperioru invaze etmesi yada bası yapması en sık KHAK'de görülüp; yüz, boyun ve göz kapaklarında ödem; ekstremiteler, göğüsün üst bölümleri ve boyunda genişlemiş venler ile karakterize Vena Kava Superior Sendromu gelişmesine yol açabilmektedir. Tümörün göğüs duvarı ve plevraya invazyonu künt vasıflı göğüs ağrısına, hiler ve mediastinal

lenf nodlarına invazyonu ise retrosternal göğüs ağrısına neden olabilmektedir (51,53).

2.1.4.3. Metastazlara ait belirti ve bulgular

Yaklaşık 1/3 hastada uzak metastaz ile ilişkili semptomlar vardır (53). Akciğer kanserinin sık uzak metastaz yaptığı yerler; kemik, karaciğer, adrenal bezler, intraabdominal lenf nodları, beyin, spinal kord, skalen lenf nodları ve deridir. Vertebralar, pelvis, kaburgalar ve femur başta olmak üzere tüm kemiklere metastaz olabilmektedir. Kemik tutulumunun başlıca semptomu lokalize kemik ağrısıdır. Karaciğer metastazında sağ üst kadran hassasiyeti, bulantı, kilo kaybı görülebilmektedir. Adrenal bezlerin tutulumu genellikle asemptomatiktir. Masif tutulum olduğunda ciddi abdominal ağrı, nadiren de adrenal yetmezlik tablosu görülebilir (54). Merkezi sinir sistemi tutulumu ise asemptomatik olabileceği gibi başağrısı, konvülziyon, paralizi ve pareziye neden olabilmektedir (55). Palpabl lenfadenopatilerin sıklıkla bulundukları bölge supraklavikular fossadır. Tanı ve evrelemede yardımcıdır (56).

2.1.4.4. Paraneoplastik sendromlar

Paraneoplastik sendromlar, tümör ve metastazının olmadığı organlarda; polipeptid hormonlar, antikorlar, immun kompleksler, prostaglandinler yada sitokinler gibi tümör hücrelerinden salınan ürünlerle oluşan belirti ve bulgulardır (51). Akciğer kanserli hastaların %10-20'sinde paraneoplastik sendrom görülebilir.

Endokrin paraneoplastik sendromlardan uygunsuz antidiüretik hormon salınımı, KHAK'lerinin %10'unda görülür, evre ve prognozla korelasyon göstermez (57). Ektopik adrenokortikotrofik hormon salınımına bağlı hiperadrenokortisizm, KHAK'lerinin %5'inde görülür, kısa sağkalım süresiyle ilişkilidir (58). Kemik metastazı olmadan görülen hiperkalsemi, parathormon benzeri bir proteine bağlı olup, en sık epidermoid karsinomda görülmektedir (59).

Nörolojik paraneoplastik sendromlar, otoimmün mekanizmalarla gelişmekte ve en sık KHAK'de görülmektedir. KHAK'de %3 oranında görülen Lambert-Eaton sendromu (LEMS) proksimal kaslarda kuvvet kaybına yol açan psödomyastenik sendromdur (60). Subakut duyusal nöropati, opsoklonus, myoklonus KHAK'lerinde daha sık görülen paraneoplastik sendromlardır.

Çomak parmak ve hipertrofik osteoartropati, sıklıkla KHDAK'de görülmektedir.

El bileği, diz ve topuk eklemlerinde simetrik poliartrit, uzun kemiklerde proliferatif periostit, el ve ayaklarda nörovasküler değişikliklerle karakterize hipertrofik pulmoner osteoartropati çomak parmakdan daha az görülen paraneoplastik sendromlardır.

Tablo 2.2. Akciğer kanserinde paraneoplastik sendromlar (61).

Endokrin	Nörolojik
Hiperkalsemi Hiponatremi Cushing sendromu Jinekomasti Galaktore Hipoglisemi Akromegali	Lambert – Eaton Miyastenik sendrom Periferik nöropati Serebellar dejenerasyon Limbik ensefalit Ensefalomyelit Stiff- Man sendromu Opsoklonus/Myoklonus Retinopati
Hematolojik	Kas –iskelet
Anemi Otoimmunhemolitik anemi Lökositöz, monositöz, trombositöz Eozinofili İdiyopatik trombositopenik purpura Trousseau sendromu Nonbakteriyal trombotik endokardit Vaskülit Yaygın damariçi pıhtılaşma Polisitemi Disproteinemi	Çomaklaşma Hipertrofik pulmoner osteoartropati Dermatomyozit Polimiyozit Miyopati
	Deri
	Pigmente deri lezyonları Akantozis nigrikans Tilosis
	Diğer
	Nefrotik sendrom, amiloidoz Hiperürisemi Diyare, hiperamilazemi, bulantı, kusma, laktik asidoz, hiperlipidemi Hiper / hipotansiyon Anoreksi, kaşeksi Ateş

2.1.5. Tanı yöntemleri

2.1.5.1. Radyoloji

Posteroanterior ve lateral akciğer grafileri, akciğer kanserinin görüntülenmesinde ilk başvurulacak tanı yöntemidir. Belirgin lezyonlar net bir şekilde seçilebileceği gibi bazı olgularda lezyonlar gözden kaçabilmektedir. Santral yerleşim baskın olsada, periferik yerleşimde görülebilir. Eşlik eden atelektazi, postobstruktif pnömoni, kot erozyonu, plevral efüzyon ve hiler dolgunluk akciğer kanserini düşündüren diğer grafi bulgularıdır (62).

2.1.5.2. Bilgisayarlı tomografi (BT)

Torax BT, tümör saptanan olguların evrelendirilmesinde; primer tümör, hiler ve mediastinal lenf bezleri, mediastinal invazyon, göğüs duvarı invazyonu ve plevral tutulum hakkında bilgi verebilmesi nedeniyle sıklıkla kullanılır. Primer kitlenin radyolojik olarak saptanması ve özelliklerinin belirlenmesi en iyi BT ile mümkündür (63). Toraks BT’de lenfadenopati değerlendirmesinde, genelde lenf bezi çapının 1 cm’nin üzerinde olması patolojik olarak kabul edilmektedir. Ancak mediasteni BT ile değerlendirilen KHDAK hastalarında; BT kriterlerine göre malign olduğu kabul edilen tüm lenf nodlarının yaklaşık %40’ının gerçekte benign olduğu, benign olarak kabul edilen tüm lenf nodlarında yaklaşık %20’sinin gerçekte malign olduğu saptanmış, bu durumun da hastalığın evresini değiştirebileceği belirtilmiştir (64). Özellikle obstruktif pnömoni ile birlikte olan primer tümörlerde patolojik boyuttaki mediastinal lenf bezlerinin reaktif olabileceği gözardı edilmemelidir. BT ile mediastinal invazyon %60 ile 90 arasında değişen oranlarda doğru sonuçla gösterilebilmektedir. Mediastinal yayılımın en güvenilir bulgusu; bronşlar, büyük damarlar ya da özofagusun tümör dokusu tarafından sarıldığı görülmektedir. BT ile mediasten invazyonu varlığını göstermede kullanılabilecek diğer kriterler, tümör ile mediasten arasında temasın 3 cm’den fazla olması veya tümörün 180 dereceden daha fazla mediastene dayanması, mediasten ile arasında yağ planlarının izlenememesi, mediastene doğru belirgin kitle etkisi oluşturması, komşuluğundaki perikard ve plevrada kalınlaşmanın olması ve aortayı 90 dereceden fazla çevrelemesidir. Toraks BT ile göğüs duvarı invazyonu varlığını kemik destrüksiyonu olmadan saptayabilmek zor olmakla birlikte kitle ile plevra arası temasın 3 cm’den daha fazla olması, göğüs duvarı ile arasında geniş aç olması ve eşlik eden plevral kalınlaşma, plevral çekinti olması kullanılabilecek kriterlerdir. BT ile plevral tutulum inspiryum ve ekspiryumda alınan kesitlerde, lezyonun hareketine bağlı hacim ve şekil değişiklikleri incelenerek değerlendirilebilir. Ancak BT ile saptanan plevral sıvının karakterizasyonunun yapılabilmesi mümkün değildir (65,66).

2.1.5.3. Manyetik rezonans

Göğüs duvarının kavis yaptığı apeks ve diyafragma bölgelerinde, koronal ve sagittal düzlemde görüntüleme ve ince ekstraplevral yağ çizgisini daha iyi gösterme özelliklerinden ötürü MRG, BT’den üstündür. Özellikle pankoast tümörlerinde vasküler

ve brakial pleksus tutulumunu en iyi gösteren tanı yöntemidir. Günümüzde daha çok kuşku kemik, karaciğer, beyin ve adrenal metastazların tutulumunu tayin etmede kullanılmaktadır (67).

2.1.5.4. Pozitron emisyon tomografi yöntemi

PET-BT son yıllarda akciğer kanseri tanı -ayırıcı tanı sürecinde kısmen, ancak evrelemede standart olarak kullanılan bir yöntem haline gelmiştir (68). Entegre pozitron emisyon tomografisi ve bilgisayarlı tomografinin birlikte kullanıldığı neoplastik hücrelerin biyolojik aktivitesine dayanan bir görüntüleme yöntemidir. Malign hücrelerde glukoz transport ve metabolizması artmıştır. Bir glukoz analogu olan FDG (18-Fluoro deoksi glukoz) fosforile edildiği zaman daha fazla metabolize edilemez ve hücre içinde kalır. Bu biyokimyasal değişkenliğe dayanan PET-BT’de glukoz tüketimi standart uptake volume (SUV) adlı bir birimlendirme ile ölçülür. Standart uptake değerinin <2,5 olması normal için eşik değer olarak kullanılır. PET-BT’in standardizasyon eksikliklerine rağmen neoplastik hücreleri normal hücrelerden ayırdığı gösterilmiştir. Ancak küçük boyutlu lezyonlar (<7 mm) FDG uptakenin az olması nedeniyle PET-BT ile tespit edilemeyebilir. Ayrıca iyi differansiye düşük gradeli malignansilerde, özellikle bronkoalveolar karsinom ve tipik karsinoid tümörlerde glukoz tüketimi düşük olduğundan yanlış negatif PET-BT görüntüleri; granulamatoz infeksiyonlarda ve diğer inflamatuvar hastalıklarda ise yanlış pozitif PET-BT görüntüleri olabilmektedir (69-71).

Konvansiyonel evrelemeye PET BT eklendiğinde önemli oranlarda evrelemenin değiştiği birçok seride ortaya konmuştur. Akciğer parankimindeki diğer tümör odaklarını, malign plevral efüzyonu, BT’de farkedilmesi zor olan santral tümörleri ve atelektazik zeminlere gizlenmiş olan tümöral odakları ortaya koyarak T evreleme de rol oynayabilir. PET ile boyuttan bağımsız olarak bütün mediastinal ve hiler lenfatik istasyonlardaki invazyon durumu yüksek doğruluk oranları ile ortaya konabilmektedir. Hemen hemen bütün karşılaştırmalı serilerde mediasten evrelemede PET’in BT’ye göre daha yüksek doğruluk verdiği ortaya konmuştur. Ayrıca PET bir seferde tüm vücudu görüntülemesi ve malignitelerde yüksek lezyon kontrastı vermesi nedeniyle, akciğer kanserlerinin toraks dışı uzak metastazlarının gösterilmesinde etkin bir yöntemdir. Özellikle adrenal ve kemik metastazlarının ortaya konmasında etkinliği gösterilmiştir. Karşılaştırmalı araştırmalarda kemik metastazlarını tespit etmedeki duyarlılığı kemik

sintigrafisine yakın, özgüllüğü ise daha yüksek bulunmuştur (72). Ancak beyin metastazlarını göstermede gri korteksteki yoğun ve fizyolojik FDG tutulumundan dolayı yetersiz kalmaktadır.

2.1.5.5. Balgam sitolojisi

Balgam sitolojisi, akciğer kanserinin tanısında invaziv olmayan ve duyarlılığı %20-90 arasında değişen bir yöntemdir (16). Tümörün santralde ve üst lobda yer alması, olgunun hemoptizisinin olması tanı olasılığını arttırmaktadır. Sitolojik değerlendirme ayrı günlerde 3 kez tekrar edilmelidir. Postbronkoskopik balgamın sitolojik incelemesi de tanıya önemli katkılar sağlayabilir.

2.1.5.6. Bronkoscopi

Endoskopik muayene akciğer kanseri tanısında en önemli yöntemdir. Bronkoscopi aracılığı ile tümörün lokalizasyonu, yaygınlığının belirlenmesi, evreleme ve insitu kanserlerin tespiti yanında endobronşiyal tedavilerde yapılabilir. Bronkoskopik işlem esnasında endobronşiyal bronş lavajı, forseps biyopsi, fırçalama, transbronşiyal iğne aspirasyonu (TBİA) ve transbronşiyal akciğer biyopsisi (TBAB) gibi akciğer kanseri tanısında önemli çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Tanı başarısı tümörün yerleşimi ve boyutu ile ilişkilidir. Santral tümörlerde histopatolojik tanı oranı %78-98 iken, periferik tümörlerde bu oran %48-80'dir. Transbronşiyal iğne aspirasyonu, mediastinal ve hiler lenf bezlerinin örneklenmesinde kullanıldığında duyarlılığı %50, özgüllüğü %96 ve doğruluğu %78'dir. Duyarlılık, anatominin çok iyi bilinmesi ve işlem öncesi BT ile planlama yapılmasıyla artırılabilir. Endoskopik ultrasonografi ile girişim yerinin saptanması ile duyarlılık %87-92 ve özgüllük %100'e çıkarılabilmektedir (55,73).

2.1.5.7. Transtorasik İnce İğne Aspirasyon Biopsisi (TTİAB)

Fluoroskopi, ultrasonografi ve BT eşliğinde uygulanan perkütan transtorasik iğne aspirasyonu, toraks malignitelerinin tanısında etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Özellikle 3 cm'den küçük tümörlerde tanı oranı %80 ile %95'dir. BT rehberliğinde girişimin özgüllüğü %96-100, duyarlılığı %89-92'dir. Yanlış negatiflik veya yetersiz tanı oranı %10 ile %30 arasında değişebilir. Tekrarlanan girişimlerde ise tanı konma oranı %35-65'dir. Tanı değerini etkileyen faktörler ise lezyonun lokalizasyonu, çapı, yapısı, patoloji uzmanının operasyon odasında olup olmaması ve kullanılan iğnenin çapıdır (65,66).

2.1.5.8. Torasentez

Akciğer kanserlerinde %50-60 oranında plevral sıvı bulunabilmektedir. Torasentez ile alınan plevral sıvının sitolojik incelenmesi %60-75 oranında tanı değerine sahiptir. Sitolojik tanı tümörün tipine bağlıdır. En iyi sonuçlar adenokarsinomada elde edilirken, küçük hücreli akciğer karsinomu, lenfoma ve mezotelyomada tanı oranı daha düşüktür. Tekrarlayan torasentezler ile hücre ekfoliyasyonu nedeniyle %30 hastada plevral tutulum kanıtlanabileceğinden, torasentez 3 kez tekrarlanmalı ve tanı konamaz ise sonraki basamakta kapalı plevra biyopsisi ve torakoskopiye geçilmelidir (74).

2.1.5.9. Plevral biopsi

Pariyetal plevradan Abram's veya Cope iğneleri ile yapılan plevra biyopsisinin tanı oranı %40-70 (ortalama %46) olarak bildirilmektedir. Tekrarlayan torasentezler ile tanı konamayan malign plevra sıvılarında plevra biyopsisinin tanıya katkısının %10'un altında olduğu bildirilmiştir. Tekniğin başarısı tümörün yaygınlığı ve dağılımı ile ilişkilidir. Biyopsinin malignite alanına denk gelmesi %40-69, tanı konma şansı %46'dır. Plevral biopsinin torasenteze göre tanı yüzdesinin daha düşük olmasının nedeni; pariyetal plevra tutulumunun viseral plevraya göre daha geç ve yama şeklinde olmasıdır (74).

2.1.5.10. Mediastinoskopi

Mediastinoskopi, mediasteninin toraks girişi olan manubrium sterninin üzerinden ufak bir insizyon yapılarak buradan içeri itilen endoskop aracılığı ile araştırılmasıdır. Mediastinoskopi ile trakea, karina ve vena kava superior komşuluğundaki lezyonlar ile paratrakeal, hiler, karinal, supraaortik, ipsilateral N2 ve kontrateral N3 lenf bezleri örneklenilerek preoperatif evreleme yapılabilir. Ancak mediastinoskopi ile subkarinal lenf bezlerinin üst kısımlarının daha distaline ulaşamaz. BT'de mediastende 1 cm'den büyük lenf bezleri varsa ve cerrahi rezeksiyon ön planda düşünülüyorsa cerrahi öncesi mediastinoskopi yapılmalıdır. Mediastinoskopinin gereksiz torakotomileri %20'den fazla oranda azalttığı saptanmıştır (74).

2.1.5.11. Video eşliğinde torakoskopik cerrahi (VATS)

VATS, mediastinoskop ile ulaşılabilen plevra, akciğer lezyonları, mediastinal kitlelerde, AP pencere, sağ periazigos, subkarinal lenf bezlerinde %100 sensitivite ve spesifiteye sahiptir. Torakotomiye göre daha az invaziv, maliyeti daha düşük, hastanede kalış süresi ve morbidite daha azdır (75).

2.1.5.12. Torakotomi

Torokotomi, radyolojik bulguları ve mevcut risk faktörleri akciğer kanserini düşündüren, fakat tüm yapılan tetkiklerle kesin tanı konulamamış olgularda tanı amacıyla; metastaz taramaları negatif olup, operasyon düşünülen olgularda ise rezeksiyon amacıyla yapılabilmektedir. Tanı için en son başvurulacak işlem olmalıdır (74).

2.1.6. Akciğer kanserinde evreleme

Akciğer kanserinin tanıyı takiben uygun bir şekilde evrelendirilmesi, tedavi yönteminin seçilmesi ve prognoz açısından önemlidir. KHDAK evrelemesinde TNM sistemi kullanılmaktadır. Bu evreleme sistemi hastalığın anatomik yayılımı bazında olup T primer tümörü, N bölgesel lenf bezlerini ve M uzak metastazını tanımlar. Sınıflamanın 7. Baskısı 2009'da yayınlanmıştır. TNM sınıflaması Tablo 2.3'de, TNM sınıflamasına göre evreleme ise Tablo 2.4'de belirtilmiştir (76-79).

Tablo 2.3. Akciğer kanseri TNM sınıflaması (80).

Primer Tümör (T)	
T1	En geniş çapı ≤ 3 cm, akciğer veya visseral plevra ile çevrili, bronkoskopik olarak lob bronşundan daha proksimalde invazyon kanıtı olmayan tümör (örneğin: ana bronşta olmayan)
T1a	En geniş çapı ≤ 2 cm tümör
T1b	En geniş çapı >2 cm fakat ≤ 3 cm tümör
T2	>3 cm fakat ≤ 7 cm (veya) Aşağıdaki özelliklerden en az biriyle birlikte olan tümör (bu özellikleri olan T2 tümör eğer ≤ 5 cm ise T2a olarak sınıflandırılır.) Karinaya ≥ 2 cm uzaklıkta ana bronş tutulumu
	Visseral plevra invazyonu
	Hiler bölgeye uzanan ancak tüm akciğeri kapsamayan atelektaz veya obstruktif pnömoni
	En geniş çapı >3 cm fakat ≤ 5 cm tümör
T2a	En geniş çapı >5 cm fakat ≤ 7 cm tümör
T2b	>7 cm (veya)
T3	Göğüs duvarı(superiyor sulkus tümörleri dahil), diyafragma, frenik sinir, mediastinal plevra, pariyetal perikarddan birini direkt invaze eden tümör (veya) karinaya 2 cm'den daha yakın fakat karinayı utmayan ana bronştaki tümör (veya)
	Tüm akciğeri kapsayan atelektazi veya obstruktif pnömoni ile birlikte olan tümör (veya)
	Aynı lobda ayrı tümör nodül(leri) olan tümör
	Tümörün herhangi bir büyüklükte olup mediasten, kalp, büyük damarlar, trakea, rekurren laringeal sinir, özafagus, vertebral cisim, karina gibi yapılardan herhangi birini invaze etmesi veya) Aynı taraf farklı lobda ayrı tümör nodül(leri)
T4	Tümörün herhangi bir büyüklükte olup mediasten, kalp, büyük damarlar, trakea, rekurren laringeal sinir, özafagus, vertebral cisim, karina gibi yapılardan herhangi birini invaze etmesi veya) Aynı taraf farklı lobda ayrı tümör nodül(leri)
N (Bölgesel Lenf Nodu)	
N0	Aynı taraf peribronşiyal ve/veya hiler ve intrapulmoner lenf nodlarında direkt yayılımı da içeren metastaz
N1	Aynı taraf mediastinal ve/veya subcarinal lenf nodlarında <i>metastaz</i>
N2	Karşı taraf mediastinal, hiler, aynı veya karşı taraf supraklavikuler veya skalen lenf nodlarında metastaz
N3	Karşı taraf mediastinal, hiler, aynı veya karşı taraf supraklavikuler veya skalen lenf nodlarında metastaz
M (Uzak Metastaz)	
M0	Uzak metastaz yok
M1a	Karşı tarafta ayrı tümör nodül(leri), plevral nodül veya malign plevral (veya perikardiyal) sıvı
M1b	Uzak metastaz

KHAK ise, biyolojik ve klinik davranışı ile KHDAK’nden oldukça farklıdır. “Sınırlı” ve “yaygın” olarak ikili evreleme sistemi pratikte çok daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Tümör bir hemitoraksa sınırlı; aynı ya da karşı taraf hiler, mediastinal ve supraklavikular lenf bezi metastazı; aynı taraf plevral effüzyon (sitoloji +/-) “sınırlı hastalık” (TNM’ye göre Evre I, II, III) olarak değerlendirilirken, sınırlı hastalık kapsamına girmeyen tümör ise “yaygın hastalık” (TNM’ye göre Evre IV) olarak belirtilmiştir (81).

Tablo 2.4. Akciğer kanserinde evreleme (76-79).

Evreleme			
Evre IA	T1a-T1b	N0	M0
Evre IB	T2a	N0	M0
Evre IIA	T1a,T1b,T2a	N1	M0
	T2b	N0	M0
Evre IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
Evre IIIA	T1a,T1b,T2a,T2b	N2	M0
	T3	N1,N2	M0
	T4	N0,N1	M0
Evre IIIB	T4	N2	M0
	Herhangi bir T	N3	M0
Evre IV	Herhangi bir T	Herhangi bir N	M1a veya M1b

2.1.7. Tedavi ve prognoz

Prognoza etki eden en önemli 3 temel faktör; hastalığın tipi, evresi ve performans durumudur. KHAK hızla ilerleyen oldukça agresif bir tümördür. Tedavisiz medyan sağ kalım 2-4 ay gibi kısa olmaktadır (82). KHAK’nin kemoterapi ve radyoterapiye verdiği yanıt ise KHDAK’dan daha iyidir. Ancak nüksler ve gelişen ilaç direnci sağ kalımı önemli oranda etkiler (83,84). IASLC’nin yeni evreleme sistemin datasına göre KHDAK’de medyan sağkalım süreleri; evre 1A’da 60 ay, 1B’de 43 ay, 2A’da 34 ay, 2B’de 18 ay, 3A’da 14 ay, 3B’de 10 ay ve evre 4’de 6 ay olup evrenin en önemli prognostik faktör olduğu ve sağkalımı direkt olarak etkilediği görülmektedir (79). Ayrıca ileri performans durumu (ECOG:3,4), kilo kaybı ve hastalık yükünün çok artmış olması diğer önemli prognostik faktörlerdir. Sınırlı evre, ECOG0-2, kadın cinsiyet, 70 yaş altı olmak, LDH seviyesinin normal olması, tek metastaz olması iyi

prognostik özelliklerdir. Yaş bağımsız olarak daha az önemli olmakla birlikte yaşla artan komorbid durumlar daha belirleyicidir.

Mevcut bilgiler ışığında uygulanması önerilen güncel tedavi yaklaşımları Tablo 2.5 ve Tablo 2.2’de özetlenmiştir. Bu bölümde verilen algoritmalar Türk Toraks Derneği’nin 2006 rehberi önerilerinin ACCP 2007, NCCN 2009 ve ASCO rehberlerinin ışığında tekrar yorumlanmasıyla hazırlanmıştır.

KHDAK Tedavi

Evre IA-IB’de tedavi

Evre IA ve IB tümörlerinin tedavisinde standart yaklaşım, cerrahi olarak tümörün ilgili akciğer dokusuyla beraber çıkartılması ve hiler, mediastinal lenf bezi diseksiyonu ile tam rezeksiyonudur (85). Postoperatif torasik RT veya sistemik KT’nin yaşam süresini uzattığı gösterilememiştir. Bu nedenle tam olarak rezeke edilmiş evre I hastalıkta postoperatif torasik RT veya sistemik KT önerilmez. Tam olmayan rezeksiyonda (cerrahi sınır pozitifliğinde), olgunun kardiyopulmoner rezervleri uygunsa tamamlayıcı cerrahi, uygun değilse RT uygulanır. Medikal inoperabl olan ya da operasyonu kabul etmeyen olgularda torasik RT uygulanır (86,87).

Evre IIA ve IIB tümörlerde tedavi

Bu evredeki tümörlerin seçkin tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Lenf bezi diseksiyonunun rutin olarak yapılması önerilmektedir. N1 olgularda tam rezeksiyon yapıldığında postoperatif radyoterapi önerilmemektedir. Adjuvan radyoterapinin sağ kalımı etkilemediği ancak lokal nüksleri azalttığı rapor edilmiştir. Postoperatif kemoterapide tam rezeksiyon yapılmış olgularda hastaya özel olarak değerlendirilmelidir. T3N0 olgularda da cerrahi tedavi tercih edilmelidir. Bu olgularda komplet rezeksiyon yapılmışsa adjuvan tedavi uygulanması önerilmemektedir. Parietal plevradan daha derine invazyon gösteren T3 olgularda “an blok” rezeksiyon uygulanmalıdır. Evre II olgularda neoadjuvan kemoterapi uygulanması yönünde yeterli veri yoktur. Medikal olarak inoperabl olan bu evre hastalarda radyoterapi önerilmektedir (88-90).

Evre IIIA tümörlerde tedavi

T3N1 olgularda önerilen tedavi yöntemi cerrahi rezeksiyondur. Bu olgularda adjuvan radyoterapinin lokal nüksleri azalttığı ancak sağ kalım üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir. N2 hastalığın torakotomi sırasında saptandığı olgulara tümörün ve lenf bezlerinin cerrahi rezeksiyonu önerilmektedir. Adjuvan radyoterapinin lokal nüksleri azalttığı ancak sağ kalım üzerine etkisi olmadığı rapor edilmiştir. Bu olgulara adjuvan kemoterapi ve kemoradyoterapinin rutin uygulanması önerilmemektedir. N2 hastalığın operasyon öncesi saptandığı olgulara neoadjuvan tedavi verilmesi önerilmektedir. Böyle olgularda bimodal veya trimodal tedavilerin tek başına cerrahi tedaviden üstün oldukları saptanmıştır. Neoadjuvan tedavi sonrası down stage sağlanan olgularda cerrahi yapılması aksi halde kemoradyoterapi verilmesi kabul edilen yaklaşımdır (91).

Evre IIIB tümörlerde tedavi

Bazı seçilmiş T4N0 olgulara (satellit nodül, karina tutulumu gibi) cerrahi rezeksiyon uygulanabilir. Malign plevral efüzyon varlığında seçilecek tedavi yöntemi kemoterapidir. Malign plevral efüzyonun olmadığı evre IIIB olgulara sıklıkla ardışık kemoradyoterapi uygulanır (91,92).

Evre IV tümörlerde tedavi

Evre IV olguların standart tedavisi kemoterapidir. Bu olgularda bazı durumlarda palyatif amaçlı radyoterapi uygulanabilir (93).

KHAK Tedavi

Sınırlı Hastalıkta Tedavi: Sınırlı hastalıkta seçilecek tedavi kemoterapi ve radyoterapinin eş zamanlı uygulanmasıdır. Sadece kemoterapi alan olgularda %50-90 oranında lokal nüks saptanır. Eş zamanlı radyoterapi hem lokal kontrolü sağlar ve hem de yaşam süresini uzatmaktadır (94).

Yaygın Hastalıkta Tedavi: Yaygın hastalık evresinde kemoterapi mutlaka yapılmalıdır. Çünkü küçük hücreli akciğer kanserinin kemoterapi yanıtı çok iyidir. Hastada yaşam kalitesi oldukça düzelir. Yaygın hastalıkta kemoterapiye ilave olarak metastazlara palyatif radyoterapi yapılmalıdır.

Kemoterapi yapılan küçük hücreli hastalarda yaşam kalitesi düzelmekte, yanıt iyi olmakta ancak ilaçlar kan beyin bariyerini geçemediği için ilerde beyin metastazları sık görülmektedir. Bu nedenle sınırlı evre küçük hücreli olgulardan kemoterapi ve toraks radyoterapi ile tam yanıt sağlananlarda koruyucu kranial radyoterapi yapılırsa beyin metaztazı oranı belirgin olarak azalmakta, hastalıksız yaşam süresi uzamakta ve önemli bir nörotoksisite oluşmadığı kabul edilmektedir (94).

Tablo 2.5. KHDAK’de evrelere göre tedavi yaklaşımı (95).

Evre 1A	Cerrahi-→Gözlem	
Evre 1B	Cerrahi-→Gözlem	
Evre 2A	Cerrahi-→Adjuvan KT	
Evre 2B	Cerrahi-→Adjuvan KT	
Evre 3A T3N1M0	Cerrahi-→Adjuvan KT	
Evre 3A T1-3 N2 Mo		
Preop yada postop N2	Cerrahi-→Adjuvan KT→sonra Adjuvan RT	
Preop N2	PS:0-1	Eş zamanlı KT+RT
	PS>1	Ardışık KT+RT
Evre 3A T4 N0-1 M0	PS:0-1	Eş zamanlı KT+RT
	PS>1	Ardışık KT+RT
Evre 3B T4 N2 M0	PS:0-1	Eş zamanlı KT+RT
Evre 3B T1-4 N3M0	PS>1	Ardışık KT+RT
Evre 4 TNM1a (semtomatik plevral sıvı)	Plöredez→PS 0/1→KT	
Evre 4 TNM1 (asemptomatik plevral sıvı dahil)	+ PS 0/1→KT	

Tablo 2.6. KHAK’de evrelere göre tedavi yaklaşımı (95).

Sınırlı Hastalık (Evre1-3)	Eş zamanlı KT+RT→Tam yanıt→Proflaktik kranial RT
Yaygın Hastalık (Evre 4)	KT →Tam yanıt→Proflaktik kranial RT+Torasik RT

2.2. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, genellikle bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu olarak tanımlanır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir (96-98). Kanserli hastalar hastalık sürecinden kaynaklanan semptomlar kadar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeni ile ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, alopesia, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete gibi fiziksel ve emosyonel semptomları da yoğun bir şekilde yaşamaktadır (99). Dolayısıyla kanser hastalarında söz konusu bu yaşam alanları olumsuz yönde etkilenmekte, birey ve ailenin yaşam kalitesi azalmakta, tedaviye uyumu zorlaşmaktadır (100-103). Kanser hastalarında yaşam kalitesinde bozulma tamamlayıcı alternatif tedavi kullanımının önemli nedenlerindendir (104). Değişik çalışmalarda hastaların tamamlayıcı alternatif tedaviye yönelmelerinde konvansiyonel tedaviden memnuniyetsizlik (105), psikolojik stres (106), yaşam kalitesinde bozulma (104) gibi nedenler gösterilmiştir. Yaşam kalitesinin sorgulanması, tedavinin palyatif etkisini ya da tedavi ile ilgili sorunları değerlendirmede ve klinik gidişe karar vermede sağlık çalışanları açısından önemli bir kriter haline gelmiştir (97,98,100). Bu bağlamda hastaların yaşam kalitesini ölçmek için ölçekler (Quality of life, QOL) geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi ölçekleri; hastalık veya semptomların genel yaşam kalitesine daha açık ve net olarak yorum yapma kolaylığı dışında, ilaçların hastalar üzerinde yan etkilerinin yorumunda, yaşam süreleri üzerine eşit etkileri olan tedaviler arasında seçim yapılmasında, yeni ilaç geliştirilmesinde, prognoz yorumunda kolaylık sağlamaktadır.

ABD’de Gıda ve İlaç Örgütü (FDA) ve Amerika Klinik Onkoloji Derneği (ASCO), Kanada’da Ulusal Kanser Enstitüsü; tedavi protokollerinin geliştirilmesinde mutlaka yaşam kalitesine etkilerini araştırmayı şart koşmaktadır. Yaşam kalitesi belirlenmesinde geniş hasta grupları için düzenlenmiş genel ölçekler ve hastalıklara özel ölçekler bulunmaktadır.

2.3. Depresyon

Kanser, tedavi sürecinde depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları başta olmak üzere çeşitli derecelerde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu bir hastalıktır (107). En sık görülen psikiyatrik problemler uyum bozukluğu ve majör depresyondur. Anksiyete ve major depresyon kanser hastalarında dikkate alınması gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup hastanın tedavi sürecinde yaşanması olası semptomları daha çok artırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, kendine bakımını, tedaviye uyumunu ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir (108-110). Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve sağaltımı, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttırabilecektir (111). Bu anlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyumunu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemlidir.

2.4. Tamamlayıcı Alternatif Tedavi

Tamamlayıcı ve alternatif tıp, geleneksel tıbbın kapsamı dışında kalan ve genellikle hakkında bilimsel verilerin yetersiz olduğu tüm teşhis ve tedavi yöntemlerini içeren bir kavramdır. İnsanoğlu var olduğundan beri tamamlayıcı tedavileri kullanmaktadır. Bununla birlikte yirminci yüzyılın ortalarından itibaren; hastalıkların tanı, bakım ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmeler, yaşam süresindeki artış, bakım ve tedavisi güç, kronik, dejeneratif ve malign hastalıklardaki artış, yeni teknolojilerin yüksek maliyeti ile bu olanaklara ulaşılmasındaki güçlükler, sağlık ekibi üyelerinin hastaya yeterli zaman ayıramayışı ve güncel bakım ve tedavi yöntemlerine karşı duyulan kuşku ve bu tedavilerin olası yan etkilerinden olan korku tamamlayıcı tedavi yöntemlerine olan ilgiyi büyük ölçüde arttırmıştır (112,113).

Geçtiğimiz yüzyıl, modern tıbbın ve alternatif tıbbın karşılıklı birbirini ret eden yaklaşımı ile geçmiş, ancak 20. yüzyılın sonlarında bu iki yaklaşım kısmen bir barış içine girmiş ve birbirlerini sorgular olmuştur. Yüzyılın son yarısında modern tıp uygulamalarındaki ciddi gelişmeler, alternatif tedavi uygulayıcılarını kendi uygulamaları ile modern tıp yöntemlerini entegre etmeye zorlamıştır. Aynı zamanda modern tıp uygulayıcıları ise alternatif tedavi yöntemlerini doğrudan ret etmek yerine bilimsel çerçevede sorgulamaya ve hastaya katkı sağlayabilecek kanıtlanmış

uygulamaları (özellikle yaşam kalitesine katkı sağlayan yöntemleri) klinik pratiklerine entegre etmeye başlamışlardır. Bu durum ABD’de zaman içinde artan ve son yıllarda 40 milyar dolar maliyeti aşan TAT yöntemleri (vitaminler, bitkisel ürünler, çeşitli beyin-vücut teknikleri) için ulusal stratejilerin gelişmesine ve bu yöntemlerin bilimsel çerçevede sorgulanmasına neden olmuş, bu alan için Ulusal Kanseri Enstitüsü (National Cancer Institute)’ne bağlı Kanseri Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ofisi (OCCAM) ve Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institute of Health)’ne bağlı Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuş ve bu kurumlar aracılığı ile bilimsel çerçevede çok sayıda yöntem sorgulanmıştır (114,115).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri konusunda bir kavram karmaşası yaşanmaktadır. Bu nedenle bu kavramlar birbirinden ayrı kullanılmalı ve açıkça tanımlanmalıdır. Tamamlayıcı tıp yöntemleri, bilimsel yöntemler ile yapılan karşılaştırmalı klinik çalışmalar sonrası güvenli ve etkin bulunan, doğrudan hastalığın tedavisini hedeflemeden hastalık ve tedavilerinin yan etkilerini azaltmayı hedefleyen uygulamalardır. Günümüz batı tıbbıyla birlikte, onun etkisini azaltmadan, hastanın durumunu iyileştirmek üzere kullanılır. Dünyada kabul gören bu tür uygulamalar çoğunlukla destek tedavi uygulamaları ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik uygulamalar ile sınırlıdır. Buna güzel bir örnek olarak, radyoterapi veya kemoterapiyle birlikte akupunktur, Reiki ve biyoenerji kullanılması gösterilebilir. Alternatif tıp yöntemleri ise çoğunlukla modern tıp uygulamalarını ret eden ve/veya ikinci planda tutan iyi klinik çalışmalar ile kanıtlanmamış, hastalık tedavisinde başarılı olduğu iddiası ile hastalara sunulan yöntemlerdir. Geleneksel doğu tıbbı bu gruba girer. Dünya Sağlık Örgütü, Geleneksel Tıp (Traditional Medicine, TM) ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı (CAM) birbirinden ayırmak için TM/CAM kısaltmasını kullanmaktadır. Bu ayrımın temelinde, Çin, Ayurvedik (Hint) ve Tibet Tıbbı’nın kendi bağımsız teori ve pratikleriyle tam birer tıp sistemi olmaları yatmaktadır (115).

NCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine) Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp’ı; ‘günümüzde alışlagelmiş tıbbın içinde sayılmayan farklı sağlık sistemleri, uygulamalar ve ürünlerden oluşan bir grup’ olarak tanımlamış, TM/CAM olarak sınıflandırılan birçok değişik alan ve uygulama türlerini anlamak için faydalı bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir.

Tablo 2.7. NCCAM TAT sınıflaması (115).

Alternatif Tıp Sistemleri	Ayurvedik Tıp, Geleneksel Çin Tıbbı, Geleneksel Tibet Tıbbı, Homeopati, Naturopati
Zihin-Beden Tıbbı	Sanat Terapisi, Biyo-geridönüş, Meditasyon, NLP (Nörolingüistik Programlama), Rahatlama, Maneviyatçılık, Yoga
Biyoloji Bazlı Terapiler	Bitkiler, vitaminler ve diğer doğal ürünleri
Manipülatif ve Beden Bazlı Yöntemler	Bedenin manipüle veya hareket ettirilmesine dayanır. Alexander Tekniği, Kayropratik (Chiropractic), CST (Kranial Sakral Terapi), Masaj, Osteopati
Enerji Terapileri	Akupunktur, Biyoenerji, Nefes çalışması, Çakra Terapisi, Duygusal Özgürleştirme Teknikleri (EFT), Family Constellations, Labirent, Qi Gung, Refleksoloji, Reiki, Shiatsu, Tai Chi

1) Alternatif Tıp Sistemleri

Dünyanın çeşitli bölgelerinde binlerce yıl içinde evrimleşmiş olan ve geleneksel batı tıbbının dışında kalan tüm tıp sistemlerini kapsar. Bu sistemler; nefes çalışması, masaj, bitkiler, rejim ve meditasyon gibi çok geniş yelpazedeki bir çok entegre tekniğe sahip olduklarından, NCCAM tarafından oluşturulan kategorilerin hepsindekilerle uyumlu, tam bir şifa uygulaması sunar. Alternatif tıp sistemleri geleneksel doğu tıbbı dışında aynı zamanda Homeopati ve Naturopati gibi batı tıp sistemlerini de içerir.

Alternatif tıp uygulamalarının çoğu, organizmanın doğası ve nasıl çalıştığına dair oldukça radikal bir modelle çalışmaktadır. Bilinen anatomi dışında, her hastalık için esas neden olan bir de “sübtıl enerji” anatomisi olduğu düşünülür. Bu anatomi, örneğin akupunkturda olduğu gibi “meridyen sistemlerini” içerir. Meridyenler, sübtıl enerjinin beden içinde akmasını sağlayan ve fiziksel organların doğru çalışması için gerekli yaşam gücünü tedarik eden bir kanallar sistemidir. Hastalıklar bu enerjinin doğal akışında meydana gelebilecek blokajlar sebebiyle oluşur ve bu blokajlar ortadan kaldırıldığında tekrar sağlığa kavuşulur. Enerji blokajlarının ana sebepleri, hormon salgılanmasını ve kasların gerilmesini tetikleyen şiddetli olumsuz düşüncelerdir. Zamanla olumsuz düşünceler, bedendeki sübtıl enerjinin normal akışında blokajlar oluşmasına sebebiyet verir, sonunda da organları etkileyerek fiziksel hastalığın ortaya çıkmasına neden olur. Bu sebeple alternatif tedavi yöntemleri, tüm fiziksel belirtilerin altında, duygusal bir sebep olduğunu savunur. Bu bakış açısı Ayurvedik, Çin ve Tibet tıbbı, Qi Gung, Yoga ve Tai Chi dışında, biyoenerji, nefes çalışması ve meditasyonun birçok türü ve diğer tüm biyo-alan enerji terapileri tarafından da paylaşılmaktadır. Hint, Tibet ve Çin meditasyon uygulamaları, tipik olarak sübtıl enerjinin ana meridyenlerdeki

akışını sağlamayı (örneğin klasik taoist mikrokozmosmik yörünge meditasyonunda olduğu gibi) veya sübtıl enerjiyi merkezi kanalda toplamayı amaçlar.

Alternatif tedavilerin bir başka temel özelliği de; zihin, beden ve ruhu kapsaması anlamında bütüncü bakış açısıdır. Alternatif tedaviler bedene kendini doğal olarak tedavi edebilen bir mekanizma olarak bakar ve tedavi kapasitesinin çalışması amacıyla gereken gücün açığa çıkması için yollar arar. Bu anlayışla alternatif tedaviler hastanın duygusal problemlerinin su yüzüne çıkartılması ve yaşam tarzının daha sağlıklı bir yola sokulması esasına göre çalışır. Tedaviyle, bedendeki sübtıl enerji akışının yeniden dengelenmesi ve bu yeni dengenin korunması için gerekli olan arka plandaki sorunların iyileştirilmesi amacı güdölür. Tarihsel olarak bakıldığında da doğu gelenekleri hastalıkları önlemeye daha fazla önem verme eğilimi göstermişlerdir ve alternatif tedavilerinde çoğu doğudan türediği için, spesifik fiziksel hastalıkları ortadan kaldırmaktansa, dengeli ve sağlıklı bir hayat tarzı geliştirmek ve bunu muhafaza etmek eğiliminde oldukları görülür (116-119).

Batı tıp sistemlerinden olan homeopati tarihte ilk defa doktor, kimyager ve eczacı olan Samuel Hahnemann (1755-1843) tarafından geliştirilmiş ve uygulanmış şıfa yöntemidir. 'Homeos' (benzer) ve 'pathos' (acı çekme) kelimelerinden türetilmiştir. Dr. Hahnemann yıllar süren araştırmaları sonucu: "Sağlıklı bir insan, doğal bir maddeyi, mümkün olan en yüksek dozda aldığında ortaya çıkabilecek belirtiler ile alınan maddenin karakteristik özellikleri aynıdır." görüşüne varmış, homeopatinin temeli olan "benzeri benzer ile şıfalandırma" ilkesini bu gözleme dayandırmıştır. 1790 yılında ilk deneyini kına kına ağacının kabuğundan elde edilen, sıtma tedavisinde kullanılan kinini ard arda içerek kendi üzerinde yapmış, sıtma belirtilerinin tamamının kendinde ortaya çıktığını gözlemiştir. Günümüzde doğal maddelerden elde edilen homeopatik ürünlerin sayısı 2500'ü aşmaktadır. Homeopati; artrit, astım, soğuk algınlığı, alerji gibi kronik ya da geçici hastalıkların büyük bir kısmında kullanılabilmektedir (120).

Naturopati veya natural tıp ise diğer alternatif tıp yöntemlerinde olduğu gibi bedenin kendini sağaltabilme ve bu durumu sürdürebilme kabiliyetinde olduğu düşüncesinden hareket eder. Naturopatlar sentetik ilaçlar ve cerrahiden ziyade bitki ve yiyecek/içecek gibi doğal çareleri kullanmayı tercih etmekte ancak bazı durumlarda hastalarına konvansiyonel tedavilerin de naturopatik tedaviyle birlikte uygulanmasını önerebilmektedirler (116).

2) Zihin-Beden Tıbbı

Bu uygulamalar beden sağlığını zihinle uğraşarak etkilemeyi hedefler. Sanat Terapisi, Biyo-geridönüş, Meditasyon, NLP (Nörolingüistik Programlama), Rahatlama, Maneviyatçılık, Yoga bu gruba girer.

Meditasyon; Kişinin iç huzuru, sükunet, değişik şuur halleri elde etmesine ve öz varlığına ulaşmasına olanak veren, zihnini denetleme teknikleri ve deneyimlerine verilen ad olarak tanımlanır. Birçok kültürde ve dinde uygulanan manevi bir arınma tekniğidir. Meditasyon tekniklerine, ait oldukları inanç sistemleri ve izledikleri yöntemlere göre Budizm (Hindistan), Taoizm (Çin), Bön (Tibet), Zen (Japonya) ve Tefekkür (İslamiyet) gibi adlar verilmiştir. Ayrıca günümüzde mevcut farklı inanç sistemleri, mezhepler ve ekoller meditasyonu farklı olarak yorumlamakta ve farklı şekillerde uygulamaktadır. Bu bakımdan standart ya da tek biçimli bir meditasyondan söz etmek olanaksızdır.

NLP (Neuro-Linguistique Programlama/Duyu-Dil Programlama); Kişilerin amaçlarına ulaşmaları için "nörolojik programlarını" keşfetmelerini ve en iyi şekilde kullanmalarını sağlamayı hedefleyen, tartışmalı bir psikolojik terapi anlayışıdır. Üç temel kavrama dayanmaktadır.

1. Neuro: Bütün davranışlar nörolojik bir sürecin sonucudur.
2. Linguistik: Nörolojik süreçler dil ve iletişim sistemleri yoluyla modeller ve stratejiler halinde temsil edilir, düzenlenir ve sıralanır.
3. Programlama: Bir sistemin unsurları belirli sonuçlara ulaşmak için düzenlenir ve programlanır.

Metodolojiye yer veren, bir seri teknik müdahalenin yer aldığı bir yaklaşım olan NLP'de metodoloji modellemeye dayanır. Özel bir alanda başarılı sonuç alan kişilerin tecrübelerini biçimleme ve çözmeyi hedefler. Bu grup içinde sıklıkla kullanılan diğeri bir TAT yöntemi yogadır. Yoga, vücudun bir araç, beynin bu aracın sürücüsü, ruhun ise aracın modeli olarak görüldüğü farklı hareketlerin bir araya gelmesiyle oluşan binlerce yıl önce Hindistan'da doğmuş bir kendini geliştirme sistemidir. Amaç, vücudun tüm bölümlerini esnetip çalıştırarak zihni ve ruhu dinlendirmeye ve tüm bedenin huzura kavuşmasına yardımcı olmak; böylece yüksek seviyede enerji akışını sağlayabilmektir (121-125).

ACCP Akciğer Kanseri Tamamlayıcı Terapiler Ve Entegre Onkoloji Rehberinde akciğer kanseri hastalarında, zihin-beden modalitelerini anksiyete,

duygudurum bozuklukları ve kronik ağrıyı azaltmakta multidisipliner bir yaklaşımın bir parçası olarak önerilmiştir(126)

3) Biyoloji Bazlı Terapiler

Bitkiler, vitaminler ve diğer doğal ürünleri bu gruba girer.Biyolojik bazlı TAT'ın kullanımı kanser hastaları arasında çok popülerdir. Bitkisel terapiler hastalıkların bakım ve tedavisinde, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde bitki ve bitki özlerinin kullanılmasıdır (116). Uygarlığın başından beri dünyadaki her kültür bitkileri ilaç olarak kullanmıştır. Örneğin Amerikan yerlilerinin şifa yöntemleri, Hint Ayurveda sistemi ve geleneksel Çin Tıbbını icine alan geleneksel tıp sistemlerinin hepsi tedavi yaklaşımlarına bitkileri de dahil etmişlerdir. Günümüzde ise çoğu hasta birey herhangi bir profesyonel rehberle danışmadan hastalık tedavisine ek olarak bitkisel ürünleri kullanmaktadır (118). Çoğu kullanıcı, biyolojik bazlı terapilerden kanser tedavisine yardımı olmasını, geleneksel tedavinin yan etkilerini azaltmasını ummaktadır. Üreticiler tarafından hastalığı tedavi edeceği, önleyeceği gibi ortaya atılan iddiaların çoğu geçmiş tecrübelerle dayanmakta, klinik çalışmalarla kanıtlanmamıştır. Birçok bitki in vitro veya hayvan deneylerinde direkt antitümör aktivite gösterir, fakat prelinik kullanımdan klinik kullanıma geçişte genellikle başarısız olunur. Bu durum bilinmeyen aktif bileşenlerin hedefe ulaşmadan metabolize edilmesine bağlanmıştır. Ayrıca beklenen faydanın sağlanamayışı yanı sıra, kemoterapi ya da radyasyon tedavisi sürecinde ilaçlarla etkileşip, farmakokinetiğini değiştirerek etkilerini arttırıp azaltabilirler, düzgün kullanılmadıklarında toksik etki gösterebilirler.

ACCP Akciğer Kanseri Tamamlayıcı Terapiler Ve Entegre Onkoloji Rehberinde, tedaviye cevap vermeyen ya da tedaviyi reddeden hastalarda sadece klinik deneylerin içeriğinde olan bitkisel ajanları kullanmalarını önermiştir (126).

4) Manipülatif ve Beden Bazlı Yöntemler

Bedenin manipüle veya hareket ettirilmesine dayanır. Alexander Tekniği, Şiropraksi (Chiropractic), CST (Kranial Sakral Terapi), Masaj, Osteopati bu gruba girer.

Alexander Tekniği

Vücudun ve zihnin uyum içinde olmasına odaklanan duruş eğitimi olarak tarif edilir. Hastaya vücudun öğrenilmiş, sonradan eklenmiş hareketlerden kurtarıp, kendi temel, doğal duruşu ve hareket biçimlerini kazandırmayı hedefler (116)

Siropraksi

Siropraksi; kas, eklem, kemik, tendon, kıkırdak ve ligamentlerin yer aldığı bağ dokuların ve kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının giderilmesinde kullanılan boyun çektirme hareketidir. Siropraksi, vücut yapıları ile sinir sisteminin işlevleri arasındaki bağlantıya ve sağlığın yeniden kazanılması için kemik ve eklemlerin maniplasyonuna odaklanmıştır (127).

Kraniosacral Terapi

Terapistin vücuttaki “kranial ritmi” kontrol ederek kuyruk sokumundan kafatasına kadar olan bölgenin belirli noktalarına hafif basınç uyguladığı bir yöntemdir. CST, kasların ve yumuşak dokuların rahatlaması, kemiklerdeki hareketliliğin sağlanması ile vücudun kendi kendini iyileştirmesi durumunun öne çıkmasını sağlar (128).

Masaj

Vücudun yumuşak dokularının elle ya da mekanik olarak uyarılmasıdır. Masaj uygulaması ile ciltte bulunan reseptörler uyarılmakta ve uyarılar, spinal kord yolu ile beyne ulaşmaktadır. Masajın etkisi kan ve lenf dolaşımının hızlanması, kaslarda gevseme ve arteriollerde dilatasyon şeklinde kendini göstermektedir. Pek çok hastalığın tedavisinde tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır. Kanseri hastalarında masaj, lenf nodu diseksiyonunun ardından oluşan lenf ödemi, kas gerginliğini, uykusuzluğu, anksiyete ve depresyonu tedaviye yardımcı olmaktadır (116,129).

Osteopati

Kas, kemik, eklem ve sinirlerdeki düzensizliklerin belli rahatsızlıkların temelini oluşturduğu anlayışına dayanır. Elle manipüle yada mobilize edilerek harekete geçirilen kas, eklem, organ, kemik ve sinirler, bedenin iyileştirme gücünü ortaya çıkarır. Nedeni bir türlü açıklanamayan sırt, bel, boyun, eklem ve baş ağrıları için kullanılmaktadır (116).

ACCP Akciğer Kanseri Tamamlayıcı Terapiler Ve Entegre Onkoloji Rehberinde, manipülatif-beden bazlı yöntemlerden biri olan masajı, onkoloji hakkında eğitilmiş masaj terapisti tarafından uygulanmak koşuluyla anksiyete yada ağrısı olan hastalara multidisipliner tedavi yaklaşımının bir parçası olarak önermiştir. Ancak kanama eğilimi olan hastalarda kanser lezyonlarına yakın lokalizasyona ya da postoperatif değişiklikler gibi anatomik bütünlüğün bozulduğu lokalizasyonlara güçlü ve derin basınç uygulanması önerilmemiştir (126).

5) Enerji Terapileri

Bedenin biyo-elektromanyetik enerji alanıyla çalışan ve "biyoalan" veya "sübtıl enerji" alanıyla çalışan olmak üzere iki tür enerji terapisi vardır. Bedenin biyo-elektromanyetik enerji alanının varlığı batı bilimi tarafından ispatlanmış ve bu bilgi; EEG, EKG gibi günümüz teşhis ve tedavi yöntemlerine ve daha az kullanılan mıknatıslar, değişken ya da doğrudan akım alanları gibi alternatif tedavi yöntemlerine temel oluşturmuştur. "Biyoalanlar"ın veya "sübtıl enerji" alanlarının varlığı ise, tüm doğu tıbbı ve birçok alternatif tedavi yöntemi için ve ayrıca kişisel ve ruhsal gelişim yaklaşımları için büyük önem teşkil eden bir kavram olmasına rağmen hala batı bilimi tarafından ispat edilememiştir (128,116).

- a) Biyo-elektromanyetik Terapiler: Mıknatıslar, değişken ya da doğrudan akım alanları
- b) Biyo-alan Terapileri: Akupunktur, Akupresür, Biyoenerji, Nefes çalışması, Çakra Terapisi, Duygusal Özgürleştirme Teknikleri (EFT), Family Constellations, Labirent, Qi Gung, Refleksoloji, Reiki, Shiatsu, Tai Chi

Akupunktur: Vücudun belli noktalarına çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin batırılması ile uygulanan bir yöntemdir. “Acu-Puncture” yani iğne-batırmak kelimesinden dilimize uyarlanmıştır. Akupunkturun temel amacı, endokrin, limbik ve otonom sinir sistemlerinin bir uyum içerisinde çalışmasını sağlamaktır. Ana felsefesi, bütün evrende canlı cansız her yerde ve her şeyde var olan enerji akışları arasındaki birlik, denge ve uyuma dayanır (130,131).

Refleksoloji: Ayaklara uygulanan özel ovma hareketleriyle, vücudun belli bölgelerinde bloke olmuş enerjiyi çözerek, bedenin kendi kendisini iyileştirme gücünü harekete geçirmesi esasına dayanır. Özel el ve parmak teknikleriyle bu refleks noktalarına uygulanan baskı, stresin azaltılmasını sağlayarak bedende fizyolojik değişikliklere yol açmaktadır (132)

EFT: Duygusal Arınma Tekniğı

Vücudumuzun belli bölgelerinde bloke olmuş enerjinin fiziksel hastalıklara yol açmasının yanı sıra duygularımızı da etkilemesinden yola çıkarak, bu enerji sistemindeki blokajları açıp, bu tıkanmaların yol açtığı olumsuz duyguları yok etmeye odaklanan bir yöntemdir. Duygusal sorunları tespit edip odaklanarak ve bu odaklanma sırasında

vücudumuzdaki meridyen noktalara parmak uçlarımızla, belli sayılarda hafif hafif vurmakla uygulanır.

Reiki

Evrensel yaşam enerjisi anlamına gelmektedir. ‘Yaşam enerjisi düşük olan insanlar daha kolay ve sık hasta olur’ düşüncesinden yola çıkarak yaşam enerjisini arttırıp vücut dengesinin ve uyumunun korumasını sağlamaya odaklanmıştır (116).

Shiatsu

İğnesiz akupunktur ya da diğer adıyla Shiatsu, Japonca shi "parmak" ve atsu "basınç" kelimelerinden oluşur. Parmak ve avuç içleri ile uygulanan bir masaj tekniğidir. Chi denilen hayat enerjisinin aktığı meridyenler (kanallar) üzerindeki belirli noktalara uygulanan basınç sayesinde vücudun çeşitli bölgelerinde bulunan gerginliklerin ve kasılmaların giderilmesini sağladığı öne sürülmektedir (117).

Tai Chi

Temeli; yanlış duruş, yanlış beslenme ve stresten kaynaklanan blokajların, evrensel yaşam enerjisi olan Chi enerjisinin vücut içerisindeki akışına engel olması ve bu durumun, uzun vadede sağlıkta bozulmalar meydana getirmesi görüşüne dayanır. Tai Chi’nin nihai amacı, bu enerji akışını yeniden sağlamaktır. Çin’de uygulanan 300 tarz dövüş sanatı ve fiziksel egzersizlerin, yoga ve meditasyon çalışmalarıyla bir karması olarak uygulanmaktadır (118).

ACCP Akciğer Kanseri Tamamlayıcı Terapiler Ve Entegre Onkoloji Rehberinde, akciğer kanseri hastaları için bioenerji alanlarının manipulasyonlarına dayanan terapiler önerilmemiştir. Çünkü bu alanların varlığını kanıtlayan ikna edici bilimsel kanıt yoktur. Ayrıca bu terapilerin kanser tedavisinde ya da semptom kontrolünde etkili olduğunu gösteren bir bildiri de yoktur.

Rehber akupunktur; kontrol edilemeyen ağrılarda, kemoterapiyle ilişkili bulantı-kusmanın kontrol edilemediği durumlarda ve kemoterapi ile ilişkili nöropatide komplementer tedavi olarak tavsiye etmiş; ayrıca diğer seçenekleri kullanmasına rağmen sigarayı bırakamayan akciğer kanseri hastalarında; dispne, yorgunluk, posttorakotomi ağrısı olan hastalarda denenmesi önermiştir. Kanama eğilimi olan hastalarda dikkatli kullanılması gerektiği bildirilmiştir (126).

3. MATERİYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma akciğer kanseri hastalarında TAT kullanım sıklığını bulmak, TAT kullanan hastaların sosyodemografik, tıbbi farklılıklarını saptamak, yaşam kalitesinin ve depresyon - anksiyete düzeyinin TAT kullanımına olası etkisini belirlemek ve hastaların TAT hakkındaki düşüncelerini daha iyi anlamak için tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Medikal Onkoloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde; Haziran 2012 – Eylül 2012 tarihleri arasında en az 3 ay önce akciğer kanseri tanısı almış hastalarla yüzyüze görüşerek anket çalışması şeklinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, İç Hastalıkları Medikal Onkoloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde tedavi alan hastalar oluşturmuştur. En az 3 ay önce kanser tanısı almış, kendisini sözel olarak ifade edip yeterli iletişim kurabilen hastalar çalışmaya alınmış, görüşmeyi tamamlayamayacak kadar ağır kliniği olan ve görüşmeyi kabul etmeyen hastalar çalışmaya alınmamıştır. Haziran 2012-Eylül 2012 tarihleri arasında toplam 186 Akciğer kanseri hastası görülmüş, 7 hasta görüşmeyi kabul etmediği için, 12 hasta yeterli iletişim kurulamadığı için, 2 hasta ise örneklem özelliğine uymadığı için çalışmaya alınmamış, çalışma kalan 165 hasta ile yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tamamlayıcı - Alternatif Tedavi soru formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği(HAD) ve akciğer kanseri için yaşam kalitesi ölçeği olan yaşam kalitesi anket formu (EORTC QLQ - LC13) kullanılmıştır.

Tamamlayıcı- Alternatif Tedavi Soru Formu

Literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan bu form (Ek-1), hastaların sosyodemografik özelliklerini, tedavilerini, tıbbi özelliklerini, tamamlayıcı alternatif

tedavi kullanımını, kullandıkları yöntemleri, kullanmayı etkileyen faktörleri, TAT'lerden beklentilerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

HAD ölçeği (Ek-2) Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilip geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan (133), ülkemizde ise Aydemir ve ark. (134) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini içeren toplam 14 sorudan oluşan, kesme noktaları anksiyete için 10, depresyon için 7 olarak saptanan bir ölçektir.

EORTC QLQ-LC13 Ölçeği

Anket 13 sorudan oluşmakta ve çeşitli semptom öğelerini (dispne, öksürük, hemoptizi, ağız yarası, disfaji, periferik nöropati, alopesi, göğüs ağrısı, kol ve omuz ağrısı ve diğer bölgeler, ağrı için ilaç kullanımı) içermektedir. Semptomlar hiç (1), biraz (2), oldukça (3) ve çok (4) olarak skorlanmaktadır. Ülkemizde F.Ataman ve ark. (135) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, yapılan çalışmayı hastalara tamamlayıcı alternatif tedavi kullanımı hakkında bilgi edinme taraması olarak tanıtıp, onay sürecinin bir parçası olarak çalışmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri, sorulardan istediklerini atlayabilecekleri söylenerek izin alındıktan sonra, araştırmacı tarafından birebir görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Hastalardan görüşme yapmak üzere bilgilendirilmiş yazılı onam alındıktan sonra yaklaşık 20 dakika süren anket formlarını doldurmaları istenmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, frekans, oran değerleri kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov simirnov testi ile kontrol edildi. Niceliksel verilerin analizde bağımsız örneklem t test ve mann-whitney u test kullanıldı. Niteliksel verilerin analizinde ki-kare test, ki-kare koşulları sağlanamadığında fischer test kullanıldı. Analizlerde SPSS 20.0 programı kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması 62.65 olan, 24 kadın (%14.5) 141 erkek (%85.5) toplam 165 hasta alındı. Hastalara uygulanan anket sonucunda, bazı hastaların bazı soruları cevaplamadığı görüldü.

Hastaların eğitim durumuna göre; 29'u (%17.6) eğitimsiz, 101'i ilköğretim (%61.2), 33'ü lise (%20), 2'si (%1.2) üniversite mezunuydu. Meslek dağılımına bakıldığında 38 olgunun (%23.3) çiftçi, 37 olgunun (%22.4) işçi, 34 olgunun (%20.6) memur, 26 olgunun (%15.8) serbest meslek sahibi, 23 olgunun (%13.9) ev hanımı, 7 olgunun ise (%4.2) şoför olduğu görüldü. Hastaların 122'si (%73.9) evli, 42'si (%25.5) dul, 1'inin (%0.6) ise bekar olduğu saptandı. 165 hastanın 82'si (%49.7) il merkezinde, 68'i (%41.2) ilçede, 15'i ise (%9.1) köyde yaşadığını; 91 hasta (%55.8) aylık gelirin 1000 TL'nin altında olduğunu, 68 hasta (%41.7) 1000-3000 TL arasında aylık geliri olduğunu, 4 hasta ise (%2.5) 3000 TL üstünde aylık geliri olduğunu belirtti. 101 hasta (%61.2) emekli olduğunu, 52 hasta (%31.5) çalışmadığını, 12 hasta ise (%7.3) halen aktif çalıştığını ifade etti. Hastaların 76'sı (%46.1) SSK, 36'sı (%21.8) Emekli Sandığı, 52'si (%31.5) Bağkur, 1'i (%0.6) yeşil kart güvencesi altındaydı (Tablo 4.1).

Hastaların patolojik tanılarına göre 58'i (%35.2) adenokarsinom, 53'ü (%32.1) yassı epitel hücreli karsinom, 23'ü (%13.9) küçük hücreli karsinom, 14'ü (%8.5) büyük hücreli karsinom, 17'si ise (%10.3) malign epitelyal tümör olarak saptandı. Evre dağılımları en çok 72 hastayla (%43.6) evre 4 olmak üzere, sırasıyla; 42 hastayla (%25.5) evre 3, 33 hastayla (%20) evre 2, 18 hastayla (%10.9) evre 1 akciğer kanseriydi. Çalışmadaki hastalar en çok sadece kemoterapi alan hastalardı (64 hasta-%38.8). 51 hastanın (%30.9) kemoterapi+radyoterapi aldığı, 21 hastanın (%12.7) sadece cerrahi tedavi olduğu, 10 hastanın (%6.1) cerrahi+ kemoterapi, 9 hastanın (%5.5) cerrahi+kemoterapi+radyoterapi, 5 hastanın (%3) sadece radyoterapi, 3 hastanın cerrahi+radyoterapi (%1.8) tedavi rejimi aldığı, 2 hastanın ise (%1.2) herhangi bir tedavi almadığı belirlendi (Tablo 4.2.).

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.

		Ort.±s.s. / n-%	
Yaş		62,65 ± 9,5	
Cinsiyet	Kadın	24	14,5%
	Erkek	141	85,5%
Eğitim Durumu	Eğitimsiz	29	17,6%
	İlköğretim	101	61,2%
	Lise	33	20,0%
	Üniversite	2	1,2%
Meslek	İşçi	37	22,4%
	Memur	34	20,6%
	Çiftçi	38	23,0%
	Ev Hanımı	23	13,9%
	Şoför	7	4,2%
	Serbest meslek	26	15,8%
Medeni Durum	Evli	122	73,9%
	Bekar	1	0,6%
	Dul	42	25,5%
Gelir Düzeyi	<1000TL	91	55,8%
	1000-3000 TL	68	41,7%
	>3000 TL	4	2,5%
İkametgah Yeri	Köy	15	9,1%
	İlçe	68	41,2%
	İl merkezi	82	49,7%
Çalışma Durumu	Evet	12	7,3%
	Hayır	52	31,5%
	Emekli	101	61,2%
Sağlık Güvencesi	SSK	76	46,1%
	Emekli Sandığı	36	21,8%
	Bağkur	52	31,5%
	Yeşil Kart	1	0,6%

Tablo 4.2. Hastaların tıbbi özellikleri.

		n	%
Patoloji	Yassı epitel	53	%
	Küçük hücreli	23	32,1%
	Adenokarsinom	58	13,9%
	Büyük hücreli	14	35,2%
	Malign epitelyal	17	8,5%
Evre	1	18	10,9%
	2	33	20,0%
	3	42	25,5%
	4	72	43,6%
Daha önce uygulanan tedaviler	Cerrahi	21	12,7%
	Kemoterapi	64	38,8%
	Radyoterapi	5	3,0%
	Tedavi Almamış	2	1,2%
	Cerrahi + Kemoterapi	10	6,1%
	Cerrahi + Radyoterapi	3	1,8%
	Cerrahi+Kemoterapi+Radyoterapi	9	5,5%
	Kemoterapi+Radyoterapi	51	30,9%

Hastalara psikiyatrist ve antidepresan ilaç desteği sorulduğunda %15.2 si psikiyatrik destek aldığını,%17'si antidepresan ilaç kullandığını belirtti.Hastaların %96.4'ü sigara içmişti (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Hastaların psikiyatrik destek alma sıklığı.

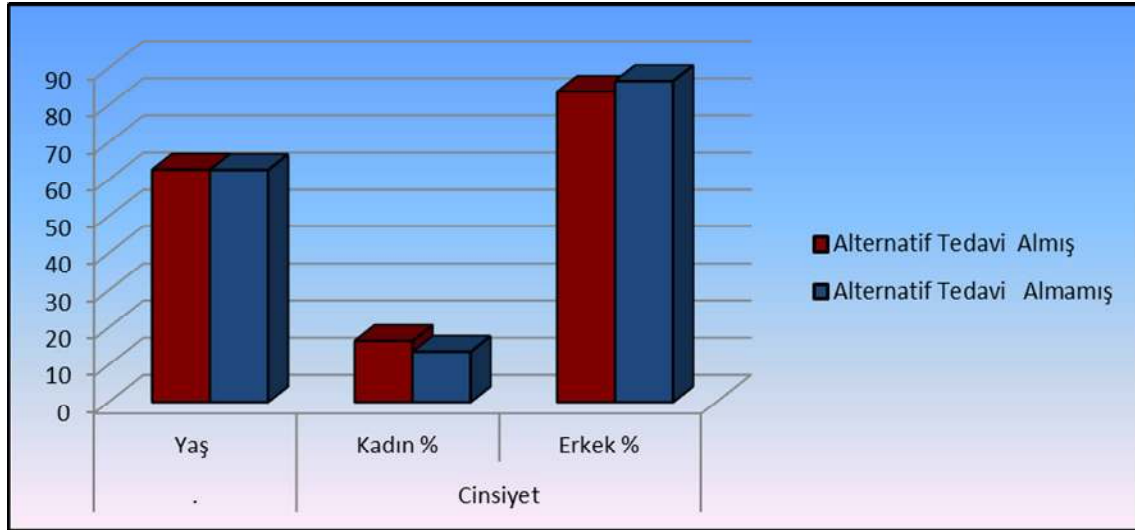
Hastalığınız sırasında psikiyatriste başvurdunuz mu ?	Evet	25	15,2%
	Hayır	140	84,8%
Hastalığınız sırasında psikiyatri ilaçları aldınız mı ?	Evet	28	17,0%
	Hayır	137	83,0%
Sigara	Kullanmıyor	6	3,6%
	Kullanıyor	159	96,4%

Çalışmaya katılan 165 hastadan 10'u kadın 51'i erkek olmak üzere toplam 61 hastanın (%36.96) alternatif tedavi kullandığı görülmüştür. Alternatif tedavi alan ve almayan hastaların yaşları ve cinsiyet dağılımları anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 4.4., Şekil 4.1).

Tablo 4.4. TAT kullanımında yaş, cinsiyet farklılıkları.

		Alternatif Tedavi			
		<i>Almış</i> Ort.±s.s. / n-%		<i>Almamış</i> Ort.±s.s. / n-%	
Yaş		62,7±9,8		62,6±9,4	
Cinsiyet	<i>Kadın</i>	10	16,4%	14	13,5%
	<i>Erkek</i>	51	83,6%	90	86,5%
					0,927
					0,606

Ki-kare test / Bağımsız örneklem t test

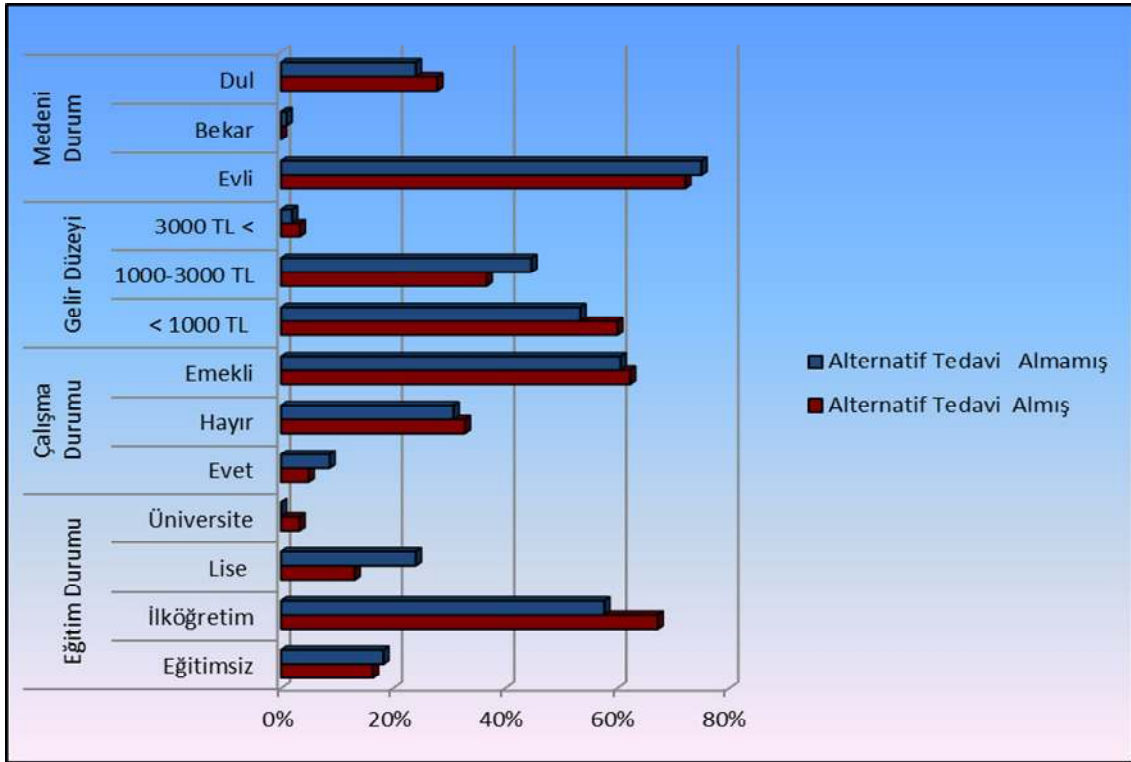


Şekil 4.1. TAT kullanımında yaş, cinsiyet farklılıkları.

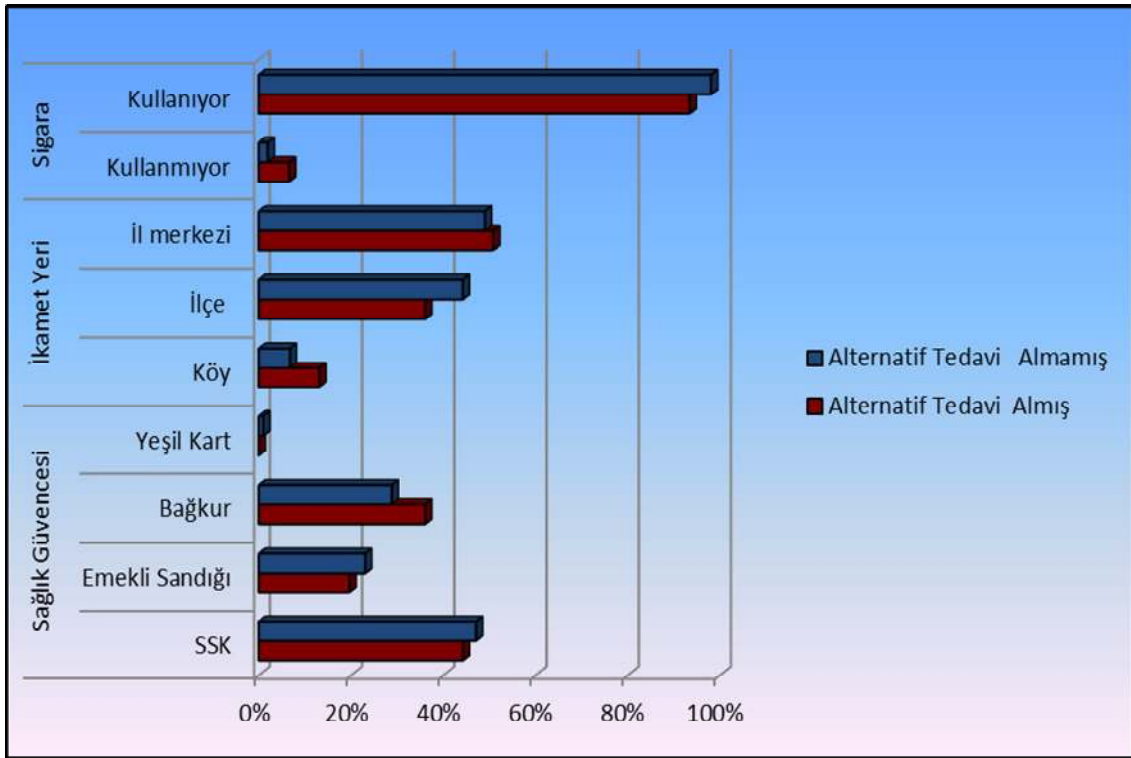
Alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan grubun diğer sosyodemografik özellikleri olan eğitim durumları, meslekleri, çalışma durumları, gelir düzeyleri, medeni durumları, sağlık güvenceleri, ikametgah yerleri ve sigara kullanma durumları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4.5, Şekil 4.2 ve Şekil 4.3).

Tablo 4.5. TAT kullanımında sosyodemografik farklılıklar.

		Alternatif Tedavi				
		<i>Almış</i> Ort.±s.s. / n-%		<i>Almamış</i> Ort.±s.s. / n-%		p
Eğitim Durumu	Eğitimsiz	10	16,4%	19	18,3%	p>0,05
	İlköğretim	41	67,2%	60	57,7%	
	Lise	8	13,1%	25	24,0%	
	Üniversite	2	3,3%	0	0,0%	
Meslek	0	15	24,6%	22	21,2%	0,259
	1	12	19,7%	22	21,2%	
	2	13	21,3%	25	24,0%	
	3	10	16,4%	13	12,5%	
	4	3	4,9%	4	3,8%	
	5	8	13,1%	18	17,3%	
Çalışma Durumu	Evet	3	4,9%	9	8,7%	0,608
	Hayır	20	32,8%	32	30,8%	
	Emekli	38	62,3%	63	60,6%	
Gelir Düzeyi	< 1000 TL	36	60,0%	55	53,4%	0,555
	1000-3000 TL	22	36,7%	46	44,7%	
	3000 TL <	2	3,3%	2	1,9%	
Medeni Durum	Evli	44	72,1%	78	75,0%	0,685
	Bekar	0	0,0%	1	1,0%	
	Dul	17	27,9%	25	24,0%	
Sağlık Güvencesi	SSK	27	44,3%	49	47,1%	p>0,05
	Emekli Sandığı	12	19,7%	24	23,1%	
	Bağkur	22	36,1%	30	28,8%	
	Yeşil Kart	0	0,0%	1	1,0%	
İkamet Yeri	Köy	8	13,1%	7	6,7%	0,306
	İlçe	22	36,1%	46	44,2%	
	İl merkezi	31	50,8%	51	49,0%	
Sigara	Kullanmıyor	4	6,6%	2	1,9%	0,195
	Kullanıyor	57	93,4%	102	98,1%	
Sigara paket/yıl		37,0	20,9	35,7	18,8	0,637



Şekil 4.2. TAT kullanımında sosyodemografik farklılıklar.



Şekil 4.3. TAT kullanımında sosyodemografik farklılıklar.

Hastalar, patolojik tanı ve evreleri ile alternatif tedavi alan ve almayan gruplar arasında yeterli sayı sağlanmadığı için karşılaştırılmadı.(Tablo 4.6, Şekil 4.4)

Tablo 4.6. TAT kullanımında tıbbi farklılıklar.

		Alternatif Tedavi			
		<i>Almış</i>		<i>Almamış</i>	
		n	%	n	%
Patoloji	Yassı epitel	23	37,7%	30	28,8%
	Küçük hücreli	13	21,3%	10	9,6%
	Adenokarsinom	18	29,5%	40	38,5%
	Büyük hücreli	1	1,6%	13	12,5%
	Malign epitelyal	6	9,8%	11	10,6%
Evre	I	4	6,6%	14	13,5%
	II	13	21,3%	20	19,2%
	III	16	26,2%	26	25,0%
	IV	28	45,9%	44	42,3%

Hastalar, aldıkları tedavi rejimleri açısından alternatif tedavi alan ve almayan gruplarda, uygulanan tedavi seçeneklerinde yeterli sayı sağlanmadığı için karşılaştırılmadı.

Tablo 4.7. TAT kullanımında konvansiyonel tedavi farklılıkları.

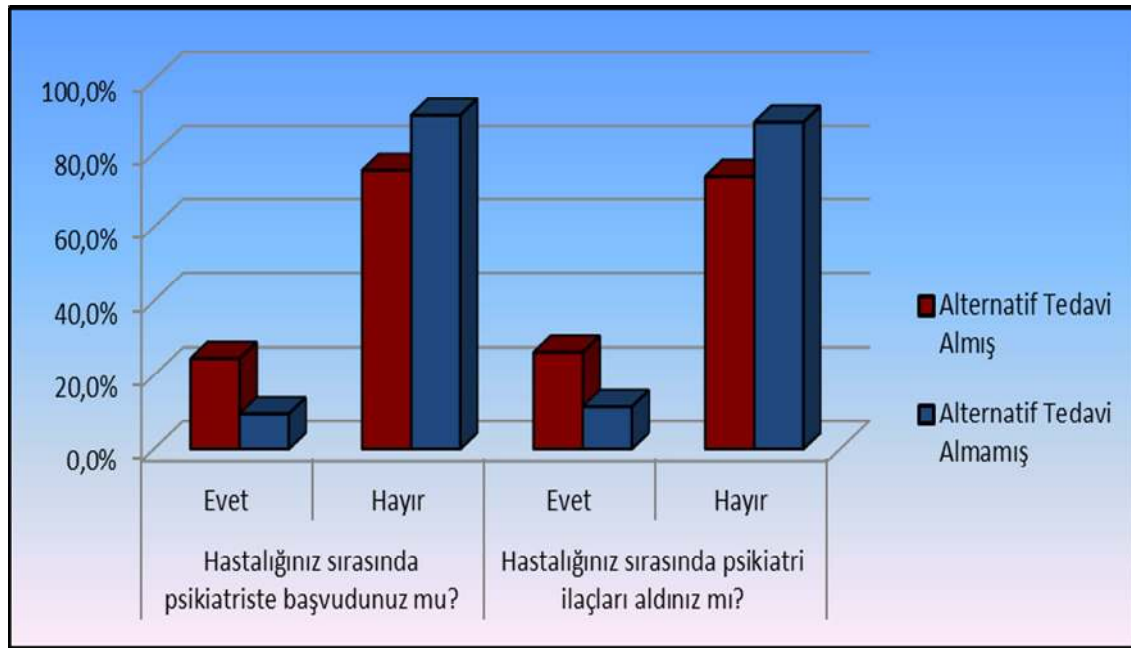
		Alternatif Tedavi			
		<i>Almış</i>		<i>Almamış</i>	
		n	%	n	%
Daha önce uygulanan tedaviler	Cerrahi	4	6,6	17	16,3
	Kemoterapi	22	36,1	42	40,4
	Radyoterapi	1	1,6	4	3,8
	Tedavi Almamış	2	3,3	0	0,0
	Cerrahi + KT	3	4,9	7	6,7
	Cerrahi + RT	3	4,9	0	0,0
	Cerrahi+KT+RT	4	6,6	5	4,8
	KT+RT	22	36,1	29	27,9

Alternatif tedavi kullanan hastaların psikiyatriste başvurma oranı, alternatif tedavi kullanmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti. Aynı zamanda alternatif tedavi kullanan grupta psikiyatri ilacı kullanma oranı alternatif tedavi kullanmayan gruba göre anlamlı oranla yüksekti.

Tablo 4.8. TAT kullanımında psikiyatrik destek farklılıkları.

		Alternatif Tedavi				p
		Almış		Almamış		
		n	%	n	%	
<i>Hastalığınız sırasında psikiyatriste başvurdunuz mu?</i>	Evet	15	24,6%	10	9,6%	0,010
	Hayır	46	75,4%	94	90,4%	
<i>Hastalığınız sırasında psikiyatri ilaçları aldınız mı?</i>	Evet	16	26,2%	12	11,5%	0,015
	Hayır	45	73,8%	92	88,5%	

Ki-kare test



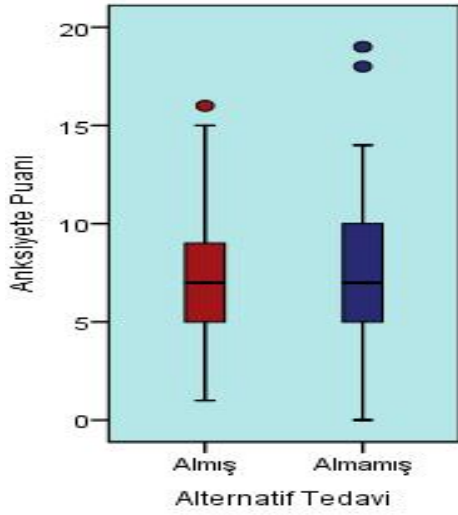
Şekil 4.4. TAT kullanımında psikiyatrik destek farklılıkları.

Alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan hastaların EORTC QLQ-LC13 Yaşam Kalitesi Ölçeğinden aldıkları ortalama toplam puan, Hastane Anksiyete Depresyon Skalasından aldıkları ortalama toplam anksiyete puanı ve depresyon puanları ortalaması arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Alternatif tedavi kullanan hastalarla kullanmayan hastalar arasında depresyon görülme oranı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Alternatif tedaviye başvuran hastalarda anksiyete görülme oranı alternatif tedavi kullanmayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü. (Tablo 4.9, Şekil 4.5, 4.6, 4.7 ve Şekil 4.8).

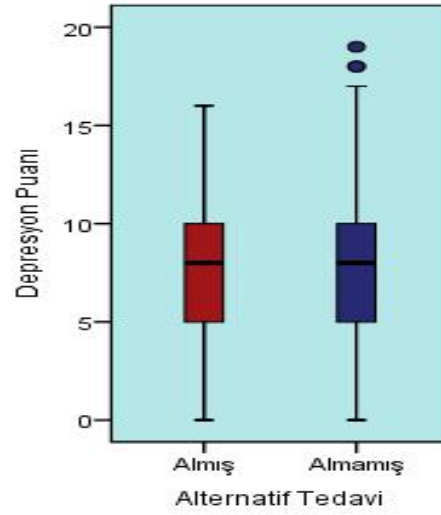
Tablo 4.9. TAT kullanımında yaşam kalitesi ve anksiyete – depresyon durumu farklılıkları.

		Alternatif Tedavi				
		<i>Almış</i> Ort.±s.s. / n-%		<i>Almamış</i> Ort.±s.s. / n-%		p
<i>Yaşam Kalitesi İndeksi</i>		22,1±3,2		22,8±3,9		0,227
<i>Anksiyete Puanı</i>		7,0±3,2		7,4±3,8		0,531
<i>Anksiyete</i>	Yok	58	95,1%	88	84,6%	0,042
	Var	3	4,9%	16	15,4%	
<i>Anksiyete Puanı</i>		7,0±3,2		7,4±3,8		0,531
<i>Depresyon</i>	Yok	34	55,7%	58	55,8%	0,997
	Var	27	44,3%	46	44,2%	

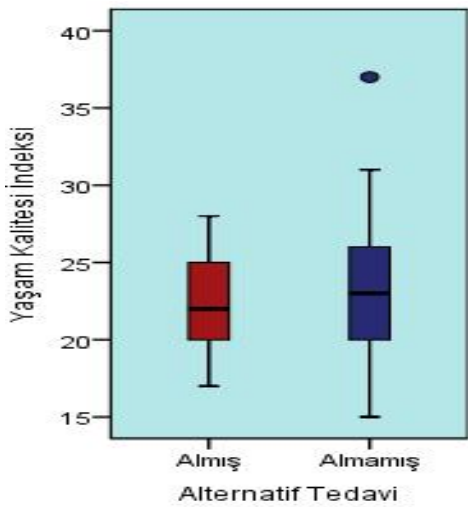
Ki-kare test / Bağımsız örneklem t test / Mann-whitney u test



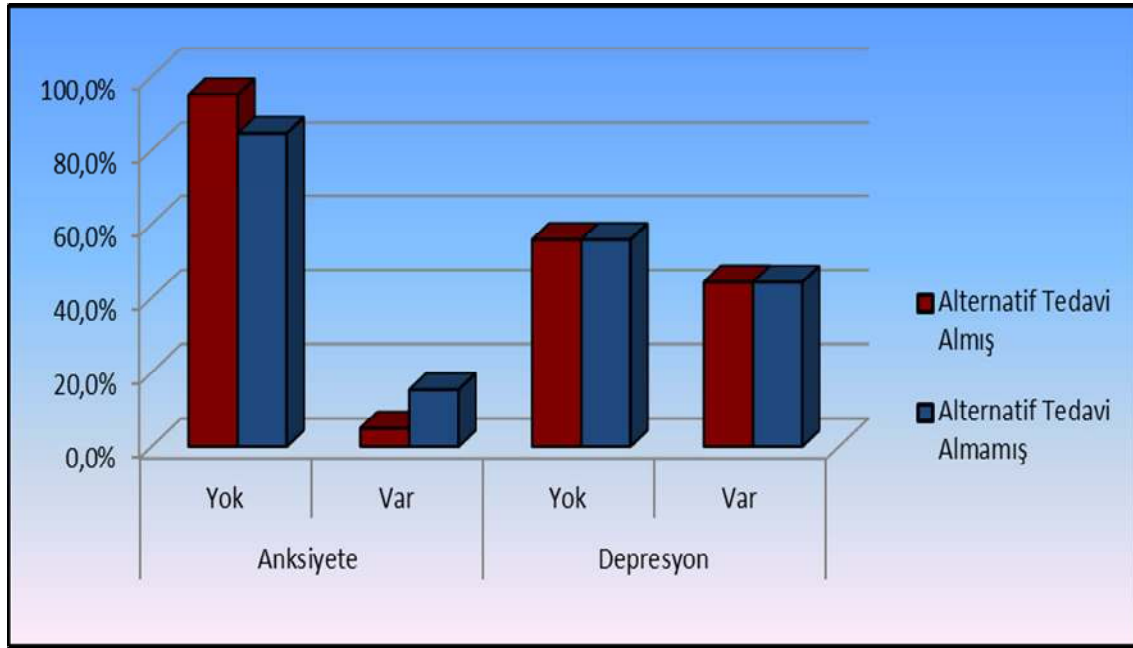
Şekil 4.5. TAT kullananlarda anksiyete puan farklılığı



Şekil 4. 6. TAT kullananlarda depresyon puan farklılığı



Şekil 4.7. TAT kullananlarda yaşam kalitesi farklılığı

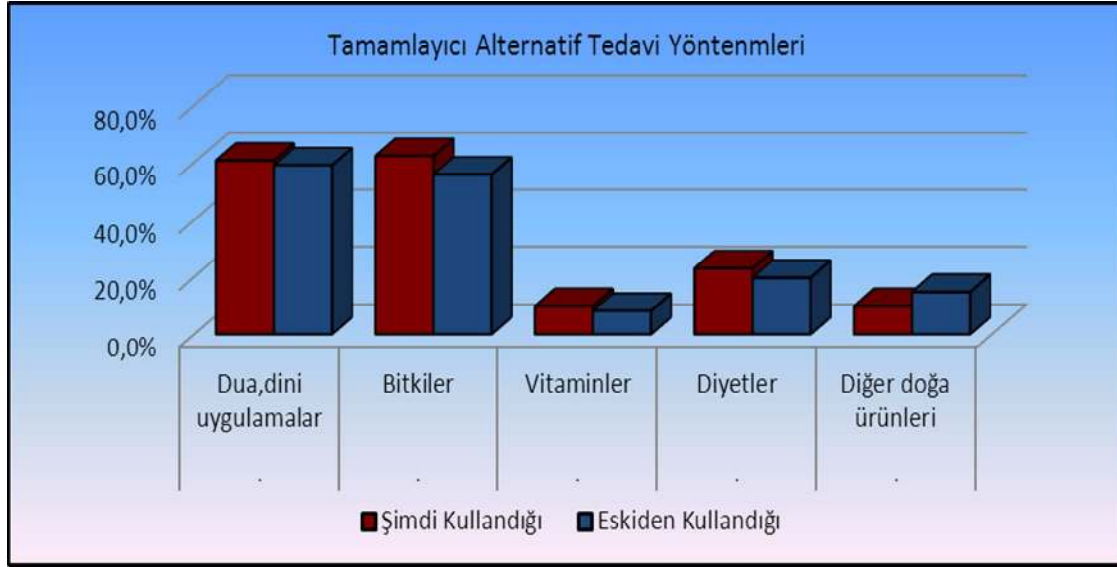


Şekil 4.8. TAT kullanımında anksiyete depresyon durum farklılıkları.

Alternatif tedavi kullanan hastaların en çok başvurdukları alternatif tedavi yönteminin bitkiler ve dua, dini uygulamalar olduğu saptandı. Diğer kullanılan alternatif tedavi yöntemleri diyetler, vitaminler ve doğa ürünleri olarak bulundu (Tablo 4.10, Şekil 4.9).

Tablo 4.10. Kullanılan TAT yöntemleri.

Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Yöntemleri					
Şimdi Kullandığı	n	%	Eskiden Kullandığı	n	%
Ayurvedik tıp	0	0,0%	Ayurvedik tıp	0	0,0%
Homeopati	0	0,0%	Homeopati	0	0,0%
Naturapati	0	0,0%	Naturapati	0	0,0%
Sanat terapisi	0	0,0%	Sanat terapisi	0	0,0%
Meditasyon	0	0,0%	Meditasyon	0	0,0%
Nlp	0	0,0%	Nlp	0	0,0%
Yoga	0	0,0%	Yoga	0	0,0%
Dua,dini uygulamalar	37	60,7%	Dua,dini uygulamalar	36	59,0%
Bitkiler	38	62,3%	Bitkiler	34	55,7%
Vitaminler	6	9,8%	Vitaminler	5	8,2%
Diyetler	14	23,0%	Diyetler	12	19,7%
Diğer doğa ürünleri	6	9,8%	Diğer doğa ürünleri	9	14,8%
Şiropatik	0	0,0%	Şiropatik	0	0,0%
Kraniosacral terapi	0	0,0%	Kraniosacral terapi	0	0,0%
Akupunktur	0	0,0%	Akupunktur	0	0,0%
Reiki	0	0,0%	Reiki	0	0,0%
Shiatsi	0	0,0%	Shiatsi	0	0,0%



Şekil 4.9. Hastaların eskiden ve şimdi kullandıkları TAT yöntemleri.

Hastaların en çok kullandıkları alternatif tedavi olarak bitkiler bulundu. Tablo 4.11’de kullanılan bitkiler özetlendi. Hastalar en çok ısırgan otu, tohumunu kullandıkları bulundu.

Tablo 4.11. Kullanılan bitkilere göre kullanıcı sayıları.

	n	%		n	%
Isırgan Otu,Tohumu	17	27,9%	Buğday	1	1,6%
Çörekotu	9	14,8%	Ekinezya	1	1,6%
Papatya	5	8,2%	İhlamur	1	1,6%
Adaçayı	4	6,6%	Karaüzüm Çekirdeği	1	1,6%
Keten Tohumu	4	6,6%	Keçi Boynuzu	1	1,6%
Ot Karışımı	4	6,6%	Kuş Burnu	1	1,6%
Karabaş Otu	2	3,3%	Yeşil Çay	1	1,6%
Kekik	2	3,3%	Zencefil	1	1,6%
Sinameki	2	3,3%			

Hastalara bitkileri nasıl kullandıkları sorulduğunda kaynatıp içtiklerini ifade etti. Tablo 4.12’de bitkileri nasıl kullandıkları özetlendi.

Tablo 4.12. Bitkileri kullanma yöntemleri.

Kullanılan Bitkiler					
Bitkiye kullanma şekli	n	%	Yöntem	n	%
Ağızdan alarak	48	78,7%	Kaynatma	18	29,5%
Tümörlü Bölgeye Sürerek	0	0,0%	Suda bekletme	1	1,6%
Damardan	0	0,0%	Bal ile karıştırarak	1	1,6%
Diğer	0	0,0%			

Hastaların çoğu (%65.6) kullandıkları alternatif tedavi yöntemini tanı anından itibaren kullandığını belirtmiş, %13.1'i ise kullanıp bıraktığını ifade etmişti (Tablo 4.13). Alternatif tedavi kullanma sıklığı sorusuna çoğu hergün (%42.6) ve haftada bir gün (%41) olarak yanıtlamıştı (Tablo 4.14).

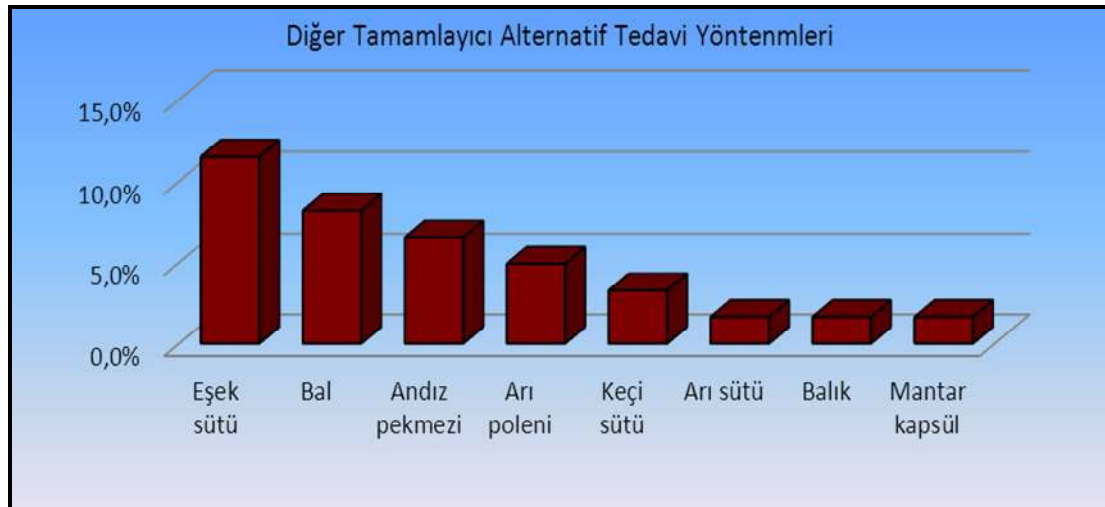
Tablo 4.13. TAT kullanımına başlama zamanı-sıklığı.

Eğer herhangi bir tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemi kullanıyorsanız kaç aydır kullanıyorsunuz?			Bu tedavi yöntemini ne sıklıkta kullanıyorsunuz?		
	n	%		n	%
Tanı anından itibaren	40	65,6%	Hergün	26	42,6%
Son 1 yıldır	4	6,6%	Haftada bir	25	41,0%
Son 6 aydır	5	8,2%	Nadiren	6	9,8%
Son 3 aydır	4	6,6%	Sadece Bir defa	4	6,6%
Kullandım bıraktım	8	13,1%			

Hastalar diğer doğa ürünleri adı altında en sık eşek sütü, bal ve andız pekmezi kullanmışlardı (Tablo 4.14, Şekil 4.10).

Tablo 4.14. Kullanılan diğer doğal TAT yöntemleri.

Diğer Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Yöntemleri					
	n	%		n	%
Andız pekmezi	4	6,6%	Balık	1	1,6%
Arı poleni	3	4,9%	Eşek sütü	7	11,5%
Arı sütü	1	1,6%	Keçi sütü	2	3,3%
Bal	5	8,2%	Mantar kapsül	1	1,6%

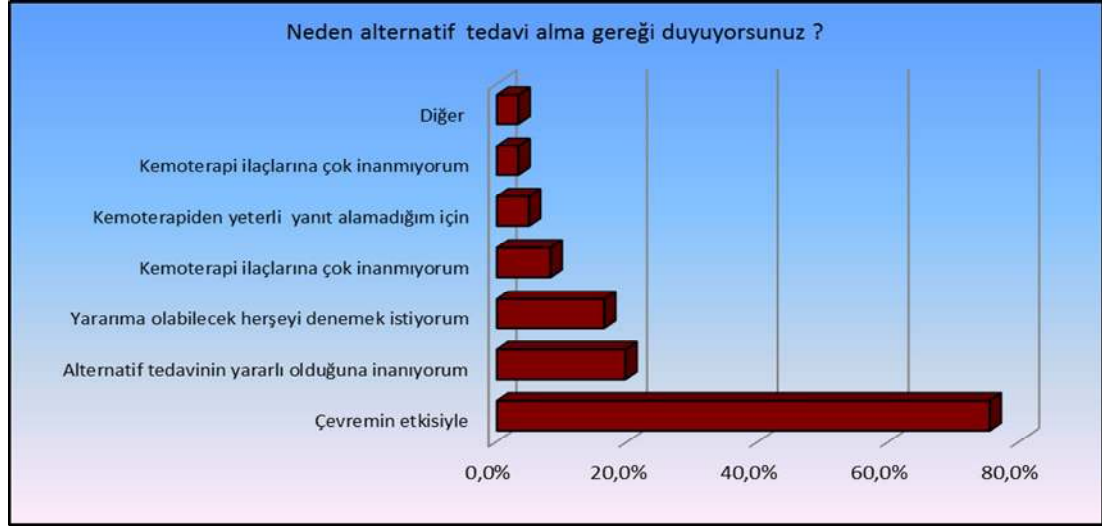


Şekil 4.10. Diğer kullanılan TAT yöntemleri.

Hastalara neden alternatif tedavi alma gereği duydukları sorulduğunda daha çok çevrelerinin etkisi altında alternatif tedaviye yöneledikleri görüldü (Tablo 4.15, Şekil 4.11).

Tablo 4.15. TAT kullanma nedenleri.

Neden alternatif tedavi alma gereği duyuyorsunuz ?	n	%
Kemoterapiden yeterli yanıt alamadığım için	3	4,9%
Kemoterapi ilaçlarına çok inanmıyorum	5	8,2%
Alternatif tedavinin yararlı olduğuna inanıyorum	12	19,7%
Kemoterapi ilaçlarına çok inanmıyorum	2	3,3%
Çevremin etkisiyle	46	75,4%
Yaranıma olabilecek herşeyi denemek istiyorum	10	16,4%
Diğer	2	3,3%



Şekil 4.11. TAT kullanma nedenleri.

Hastalara alternatif tedavi kullanmaktaki beklenti sorulduğunda çoğunlukla (%65.6) hastalıklarına şifa sağlamak olarak yanıtlandı. En az beklenti ise psikolojik olarak iyi hissetmek olarak bulundu (Tablo 4.16, Şekil 4.12).

Tablo 4.16. TAT kullanımından beklentiler.

Alternatif tedavi kullanırken beklentiniz nedir ?	n	%
Bağıışıklık sistemini güçlendirmek	7	11,5%
Doktorumun verdiği tedaviye destek ve yardımcı olmak	3	4,9%
Şikayetlerimi azaltmak	12	19,7%
Hastalığıma şifa sağlamak	40	65,6%
Hastalığının nüksetmesini önlemek	7	11,5%
kemoterapinin yan etkilerini azaltmak	3	4,9%
Psikolojik olarak iyi hissetmek	2	3,3%
Fiziksel olarak iyi hissetmek	3	4,9%



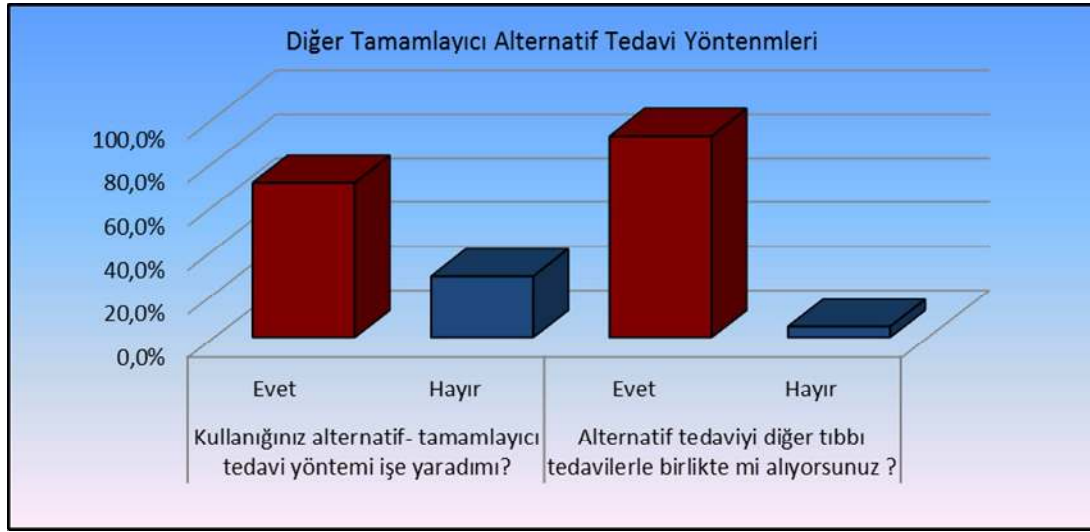
Şekil 4.12. TAT kullanımından beklentiler.

Hastaların bilgi edindikleri ve alternatif tedavi kullanımına sevk edilme kaynakları aşağıdaki tabloda görülmektedir (Tablo 4.17). Hastaların en çok yakınları, 1. Derece akrabaları ve diğer kanser hastalarının etkisi altında alternatif tedaviye yöneldikleri bulundu. Hastaların eşlerinin, medyanın ve internetin bu konudaki etkileri eşit olarak bulundu.

Tablo 4.17. TAT kullanımı hakkında bilgi edinme kaynakları.

Alternatif tedavi kullanmanızda aşağıdakilerden hangisi etkili oldu ?	n	%
Medya (gazete,dergi,televizyon proramları,radio programları gibi)	8	13,1%
İnternet	8	13,1%
Kanser uzmanları	0	0,0%
Diğer branşlardaki doktorlar	1	1,6%
Bu konuyla ilgilenen kişiler (herbalistler)	4	6,6%
Eşim	8	13,1%
1. Derece akrabalar	14	23,0%
Diğer yakınlarım	26	42,6%
Baharatçılar aktarlar	1	1,6%
Diğer kanser hastaları	12	19,7%
Hemşireler	0	0,0%
Diğer	1	1,6%

Hastalara kullandıkları alternatif tedavi yöntemini diğer tıbbi tedavilerle birlikte alıp almadıkları sorulduğunda çoğunun (%91.8) birlikte aldığı görüldü. Hastalara kullandıkları alternatif tedavi yöntemi işe yaradı mı? diye sorulduğunda %70.5'inin işe yaradığını düşündüğü görüldü (Şekil 4.13).

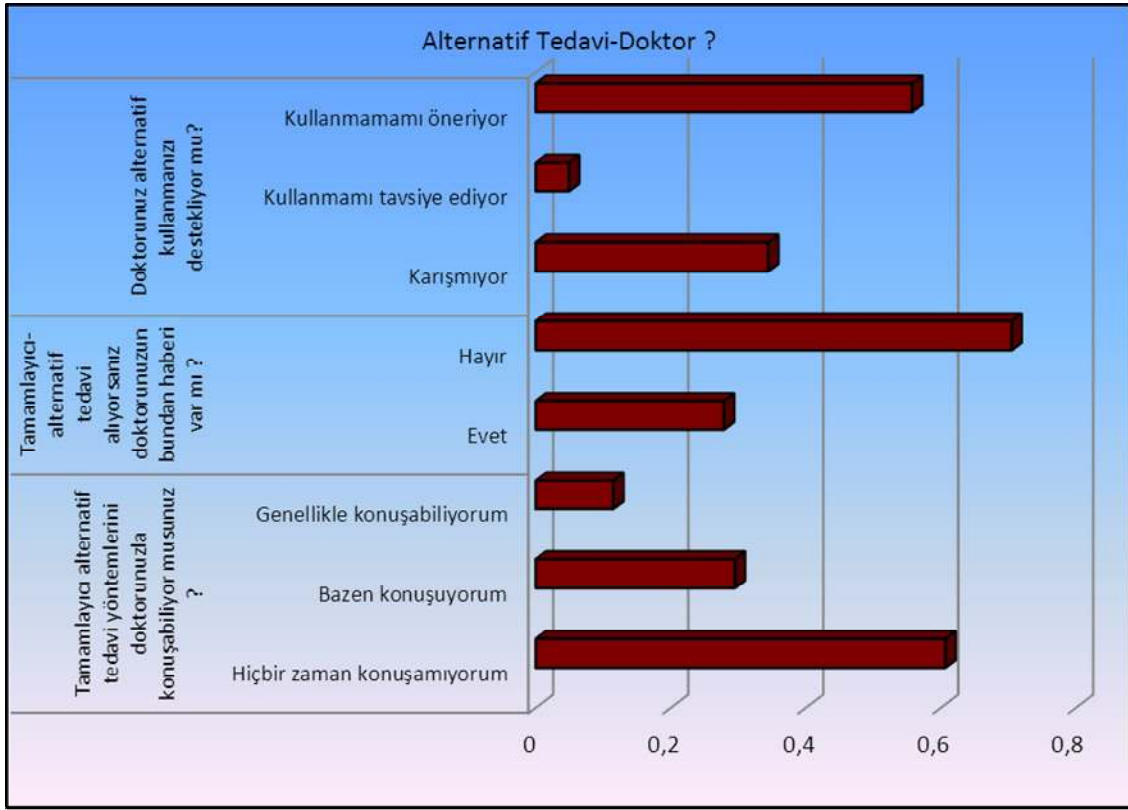


Şekil 4.13. TAT ve konvansiyonel tedavi birlikteliği ve TAT'ın hissedilen yararı.

Takibindeki sorularla çoğu hastanın doktorunun, hastasının alternatif tedavi kullandığını bilmediği, yine çoğu hastanın alternatif tedavi yöntemlerini doktoruyla hiçbir zaman konuşmadığı, çoğu doktorun da alternatif tedavi yöntemini hastalarına önermediği görüldü (Tablo 4.18, Şekil 4.14).

Tablo 4.18. TAT kullanıcılarının konvansiyel tedavi durumları ve hasta doktor ilişkileri.

		n	%
Alternatif tedaviyi diğer tıbbi tedavilerle birlikte mi alıyorsunuz ?	Evet	56	91,8%
	Hayır	3	4,9%
Kullanığınız alternatif- tamamlayıcı tedavi yöntemi işe yaradı mı?	Evet	43	70,5%
	Hayır	17	27,9%
Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerini doktorunuzla konuşabiliyor musunuz ?	Hiçbir zaman konuşamıyorum	37	60,7%
	Bazen konuşuyorum	18	29,5%
	Genellikle konuşabiliyorum	7	11,5%
Tamamlayıcı-alternatif tedavi alıyorsanız doktorunuzun bundan haberi var mı ?	Evet	17	27,9%
	Hayır	43	70,5%
Doktorunuz alternatif kullanmanızı destekliyor mu?	Karışmıyor	21	34,4%
	Kullanmamı tavsiye ediyor	3	4,9%
	Kullanmamamı öneriyor	34	55,7%



Şekil 4.14. TAT kullanıcıları-doktor ilişkisi.

Hastalar kullanılan alternatif tedavi yönteminin istenmeyen etkisini gördünüz mü sorusunu sadece 1 kişi evet şeklinde yanıtlamış, %93.4'ü yan etki görmediğini belirtmişti. Hastalara alternatif tedaviden kalınan memnuniyet derecesi sorulduğunda %6.6 sı çok memnun kaldığını, %19,7'si ise hayal kırıklığını yaşadığını belirtmiş, en çok alınan cevap %47,5 ile memnun kaldım ve %23 ile biraz memnun kaldım şeklinde olmuştu. Alternatif tedavi kullanan hastaların %57.4'ü kullandıkları yöntemi diğer akciğer kanseri hastalarına tavsiye edebileceğini söylemiş, %41'i ise bu konuda diğer hastalara tavsiyede bulunmak istememişti. Hastalardan sadece 1 kişi alternatif tedavi kullanmak için tıbbi tedavi yöntemi bırakılmalı görüşünü savunmuş, %96.7'si bu soruyu hayır şeklinde yanıtlamıştı (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. TAT kullanımından duyulan memnuniyet durumu.

		n	%
Kullandığınız alternatif - tamamlayıcı tedavi yönteminin istenmeyen yan etkisini gördünüz mü?	Hayır	57	93,4%
	Evet	1	1,6%
Kullandığınız alternatif - tamamlayıcı tedavi yönteminden ne kadar memnun kaldınız?	Çok memnun kaldım	4	6,6%
	Memnun kaldım	29	47,5%
	Biraz memnun kaldım	14	23,0%
	Hayal kırıklığı yaşadım	12	19,7%
Alternatif - tamamlayıcı tedavi yöntemi tavsiye eder misiniz?	Evet	35	57,4%
	Hayır	25	41,0%
Tamamlayıcı - alternatif tedavi kullanmak için tıbbi tedavi bırakılmalı mı ?	Evet	1	1,6%
	Hayır	59	96,7%

Hastaların alternatif tedaviyi temin etme yerleri sırasıyla %49.2 baharatçılardan, %23'ü doğadan, %13.1'i sosyal ilişkilerle, %6.6'sı diğer yerlerden %4.9'u eczanelerden olmuştur (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. TAT'lerin tedarik edilme yerleri.

		n	%
Alternatif-tamamlayıcı tedavi yöntemlerini nasıl tedarik ediyorsunuz ?	Baharatçılar	30	49,2%
	Eczaneler	3	4,9%
	Doğa	14	23,0%
	Sosyal ilişkiler	8	13,1%
	Diğer	4	6,6%

5. TARTIŞMA

Kanser tıp dünyasının uzun yıllardır üzerinde uğraştığı, erken tanı konulmadığı ve tedavi edilmediği takdirde ölüme yol açabilen bir hastalıktır. Hastalığa uyum sağlamada kanserin yerleşim yeri ve evresi, hastalık belirtilerinin özelliği ve şiddeti, hastalığın gidişi, uygulanan tedavi ve yan etkileri, hastada yeti yitimine neden olup olmaması kadar; hastalığı algılayış biçimi ve içinde yaşanan toplumun hastalığa bakış açısı da önemlidir. Hastalar tarafından kanser yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak algılanmakta ve tedavideki önemli gelişmelere karşın en fazla korkulan hastalık olmaya devam etmektedir. Birçok toplum ise kanseri; tedavi edilemez, acı ve ağrı çekilen, hastaların yalnız kaldığı, terkedildiği, bulaşıcı bir hastalık gibi damgalamaktadır. Bu nedenlerle kanser hastaları diğer kronik hastalıklara göre, daha fazla korkutucu ve daha az kontrol edilebilir bir durumla karşı karşıya olduklarından depresyona daha fazla meyillidir. Bu duygu durumu, hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırmakta, tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerini kullanmaya yöneltilmektedir.

Akciğer kanserinin yüksek prevalansına bakılarak, akciğer kanseri hastalarının TAT kullanımını araştıran az sayıda klinik çalışma bulunmaktadır (136,137). Diğer kanser hastalarında TAT kullanımı hakkında niteleyici çalışmalar çok olsa da, bunlar hastalığın farklı bir seyri ve yaşattığı farklı bir klinik olduğundan akciğer kanseri hastalarına genellenmemelidir (136,138). Ayrıca, çalışmalar akciğer kanseri popülasyonunun daha derinlemesine araştırılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermiştir, çünkü yüksek semptom yükü ve kötü prognoz, yüksek oranda TAT kullanımıyla sonuçlanabilmektedir (139).

Türkiye’de sağlıklı popülasyonda gerçekleştirilen bir çalışmada, paramedikal yöntemlerin (bitkiler, kaplıca ve halk arası tıbbi yöntemler) hastaların %80.2’si tarafından kullanıldığı saptanmıştır (140). Toplumumuzda bu tip uygulamalara küçük sağlık problemlerinde (soğuk algınlığı, baş ağrısı, mide ağrısı) sıkça başvurulduğunu söyleyebiliriz. Kanser hastalarının, hastalıklarının seyri ve tedavilere ilişkin olası yan etkileri hakkında daha kolay ve hızlı bilgi sahibi olabilmeleri de TAT kullanımını giderek arttırmaktadır (3,141). Kanser hastalarında ülkemizde yapılan çalışmalarda TAT kullanım sıklığı %36 ile %60.1 arasında değişmektedir(142,142). Ancak akciğer kanseri için veriler ülkemiz içinde sınırlıdır. Akyürek ve ark yaptıkları çalışmada TAT kullanım sıklığını %63 (144), Erbaycu ve ark. ise %27.4 olarak bildirmişlerdir (145). 8 Avrupa

ülkesinde 111 akciğer kanseri hastasıyla yapılan ankette hastaların %26.6 sının TAT kullandığı tespit edilmiş (136), Avrupa'da yapılan diğer bir anket çalışmasında radyasyon tedavisi alan 120 akciğer kanseri hastasından %54'ünün TAT kullandığı görülmüştür (146). Bizim çalışmamızda ise TAT kullanım oranı %36.96 olarak bulunmuştur. TAT kullanımında; coğrafi lokalizasyona, etnik kökene, eğitim, sosyoekonomik ve kültürel faktörlere, dini inanışlara ve zamana göre farklılık olabileceğinden, çalışmalardaki farklı sonuçlar olağandır.

Batı ülkelerinde en sık kullanılan TAT türleri; multivitaminler, meditasyon, hipnoterapi, homeopati, gevşeme egzersizleri ve aromaterapi iken, doğuda daha çok bitkisel karışımlar ön planda kullanılmaktadır. ABD'de en popüler yaklaşımlar manevi tedaviler (%35), vitaminler ve şifalı bitkiler (%41), zihin/beden yaklaşımları (%10) olarak bulunmuştur (114). Ülkemizde ise en sık TAT yöntemleri bitkisel tedavilerdir. Türkiye'de kültürel bir alışkanlık olarak, bitkisel tedavilere diğer TAT yöntemlerine kıyasla daha sık olarak başvurulmakla birlikte, bitkisel tedavilerin daha popüler olmalarının nedeni, daha kolaylıkla bulunmaları ve nispeten ucuz olmaları olabilir. Birçok insan bitkisel tedavileri, 'doğal' olanın güvenli olduğuna dair inanca bağlı olarak kullanmaktadır.

Çalışmamızda hastaların yöneldikleri alternatif tedaviler bitkisel tedaviler, dini uygulamalar, diyetler, vitamin ve diğer doğa ürünleri olarak bulundu. Bunlar arasında bitkisel tedaviler literatürle uyumlu olarak en sık kullanılan TAT yöntemi idi. Bitkisel tedavi alanların %27.9'u ısırgan otu-tohumu kullanmaktaydı. Bu bulgu da ülkemizdeki diğer çalışmalarla uyum göstermektedir (147,148). Molassiotis ve ark. Avrupa'da yaptığı çalışmada benzer şekilde en fazla kullanılan TAT yönteminin bitkisel tedaviler olduğu görülmüştür (136) Wells ve ark.'nın ABD'de akciğer kanserli 189 kadın hasta üzerinde yaptıkları çalışmada ise en fazla kullanılan alternatif tedavi yöntemlerinin sırasıyla dua-dini uygulamalar, meditasyon, çaylar, bitkiler, masaj ve akupunktur olduğu görülmüştür (137). Çalışmamızda akciğer kanseri hastalarının gelişmiş batı ülkelerinde yaygın olan gevşeme teknikleri ve homeopati gibi yöntemleri kullanmaması; bu tekniklerle ilgili yeterli bilginin olmaması, erişimlerinin nispeten zor olması ve maliyetlerinin de bitkilere kıyasla yüksek olması ile açıklanabilir.

TAT kullanımı ve sosyodemografik-sosyoekonomik veriler arasındaki ilişki incelendiğinde ABD'de TAT kullanıcılarının beyaz ırk, daha zengin, daha eğitilmiş, 30-50 yaşında ve ülkenin batı ya da kuzeydoğu bölümlerinde yaşayanlardan oluştuğu

bildirilmiştir(149). Birkaç istisna dışında literatür genç hastalarda TAT kullanımının daha fazla olduğunu göstermektedir(150). Literatürde TAT kullanımı üzerine cinsiyetin etkisi ise değişkendir. Hiç ilişki bulunamamış yada kadınlarda daha fazla kullanım gözlenmiştir. Ülkemizde ise genel olarak TAT kullanımının kadın cinsiyette, düşük eğitim düzeylilerde, bir çalışmada da yüksek eğitim düzeyi ve erkeklerde daha fazla olduğu bulunmuştur. Akciğer kanserine spesifik veriler sınırlıdır. Akciğer kanserinde yaş ve cinsiyet ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiye bakıldığında Molassiotis ve ark. (136) ile Wells ve ark. (137) yaptıkları çalışmalarda TAT kullanıcılarının daha genç olduklarını saptamışlar, Wyatt ve ark. yaptıkları meme, kolon, prostat ve akciğer kanserini içine alan 699 hastanın katıldığı çalışmada kadın cinsiyette TAT kullanım sıklığı daha fazla bulmuşlardır (151). Ülkemizden Akyürek ve ark. ile Erdoğan ve ark.'nın çalışmalarında ise yaş ve cinsiyet ile TAT kullanımı arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür (144,145). Bizde çalışmamızda yaş ve cinsiyet ile TAT kullanımı arasında ilişki bulmadık. Bunun nedeni akciğer kanserli hastaların çalışmamızda da olduğu gibi çoğunlukla ileri yaştaki erkeklerden oluşması ve dolayısıyla az sayıda kadın hastanın ve az sayıda genç hastanın verileri ile analiz yapılması olabilir.

Akciğer kanserini de içine alan 1027 hastanın katıldığı bir çalışmada eğitim düzeyi daha yüksek kanser hastalarında TAT kullanımının yaygın olduğu ifade edilmiş (152) yine benzer şekilde Wyatt ve ark. ile Molassiotis ve ark. yaptıkları çalışmalarda TAT kullanıcılarının eğitim seviyesini daha yüksek saptamışlardır (151,136). Ülkemizde Akyürek ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi düşük olan hastalarda TAT kullanımı daha sık bulunmuş, Erbaycu ve ark. çalışmasında eğitim düzeyi ile TAT kullanım sıklığı arasında ilişki bulunmamıştır (144,145). Biz de çalışmamızda eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında ilişki saptamadık. TAT kullanımı ve eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin ülkemizde diğer gelişmiş ülkelerden farklı olmasının nedeni, bizim geleneksel bir toplum olarak alternatif tedaviyi, çalışmamızda da gösterdiğimiz gibi daha çok sosyal çevrede bulunan kişilerin önerisiyle kullanıyor olmamızdan kaynaklanmış olabilir.

Ülkemizdeki çalışmalarda ve literatürde birçok çalışmada gösterildiği gibi TAT kullanımı ve medeni durum arasında ilişki saptanmazken, bu durum akciğer kanser hastalarında da sınırlı sayıda veri olmasına rağmen benzerdir. Akyürek ve ark. da bulduğu gibi, biz de akciğer kanseri hastalarında medeni durum ile TAT kullanımı arasında anlamlı ilişki saptamadık (144).

Literatüre göre Amerika’da ve Avrupa ülkelerinde yüksek gelir düzeyi olanların daha sık TAT kullandıkları saptanmıştır. Ülkemizdeki çalışmalarda ise TAT kullanımı Tas F. ve ark. yaptığı çalışma hariç daha ziyade düşük gelir düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (143). Akyürek ve ark ile Erbaycu ve ark. (144,145) yaşanan yer ile TAT kullanımı arasında ilişki saptamamışlardır. Bizde çalışmamızda gelir düzeyi ve yaşanan yer ile anlamlı ilişki saptamadık. Çoğu hastanın gelir düzeyinden ve yaşanan yerden bağımsız konservatif tedaviye ulaşabilmesi ve TAT’yi konservatif tedavi ile birlikte kullanması bunun nedenleri arasında gösterilebilir. Ayrıca popüler TAT yöntemlerinin maliyetlerinin az olup, herkes tarafından kolayca ulaşılabilmesi de bir diğer nedendir.

Akciğer kanseri hastalarında hastalığın evresi ve tümör tipinin TAT kullanımı ile ilişkisi Erbaycu ve ark. gösterdiği gibi bizim çalışmamızda anlamsızdır (145). Bu durum hastanın yaşadığı tıbbi durumdan çok bulunduğu duygu durumu nedeniyle çevresi etkisi altında kalıp TAT’ye yönelmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tüm bunlara baktığımızda çalışmamız terminal dönemde olan, eğitimsiz, gelir düzeyi düşük kişilerin daha fazla TAT kullandığı şeklindeki düşüncüyü doğrulamamaktadır. Çalışmamızda hastaların; tıbbi özellikler, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum gibi sosyodemografik ve sosyoekonomik faktörler dışında sebeplerle TAT kullanımına yöneldikleri görülmüştür.

Kanser hastalarının yalnızca fiziksel değil, psikososyal alanda da sorunları bulunmaktadır. Kanserli hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur ve psikiyatrik morbidite %38-47 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir. Kansere karşı hissedilen çaresizlik duygusu ve yaşanan kontrol kaybı sonucunda hastaların benlik saygısı düşebilmekte ve depresyonun ortaya çıkması kolaylaşabilmektedir. Akciğer kanseri hastalarının daha fazla fiziksel ve duygusal semptom yükü olduğu da bilinen bir gerçektir. Çalışmamızda HAD ölçeğine göre hastaların anksiyete ölçek puan ortalaması $7,0 \pm 3,2$ (normal), depresyon ölçek puan ortalaması $7,6 \pm 3,9$ (normal) olarak belirlenmiştir. HAD ölçeği ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiye baktığımızda anksiyetesi olan hastaların daha fazla TAT kullanımına yöneldikleri görülmüştür. Depresyon ile TAT kullanımı arasında ise ilişki saptanmamıştır. Anksiyetesi yüksek olan hastaların TAT yi daha fazla kullanmasının nedeni; hastanın, hastalığı ve tedavi süresince yaşayacağını düşündüğü olumsuzlukların yarattığı kaygıyla yararına olabilecek herşeyi denemek istemesi olabilir. Bilgi eksikliği pek çok kanser hastası

tarafından anksiyete ve korku kaynağı olarak değerlendirilmektedir. Tedavi sürecinin her aşamasında ve sonrasında hasta ve hasta yakınlarının gereksinim duydukları konularda bilgilendirilmesi duyulan anksiyeteyi azaltabilir. Depresyondaki kişi ise umutsuz bir şekilde tüm tedavilere karşı güvenini yitirmiş olup yeni bir arayış içine girmek istemiyor olabilir.

Literatüre bakıldığında, psikolojik destek ve tedavilerinin kullanımı ile TAT kullanımı arasında ilişki bulunmuş, TAT kullanıcılarının bireysel yada grup psikolojik desteğini daha fazla kullandığı saptanmıştır (12). Akciğer kanseri için veriler kısıtlıdır. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak psikiyatriste giderek ve psikiyatri ilacı kullanarak psikolojik destek alan hastalarda TAT kullanım sıklığını daha fazla bulduk. Aslında bu durum hastanın hissettiği çaresizliğin ve yardım arayışının açık bir göstergesidir.

Schuster ve ark. yaptığı çalışmada hastaların TAT kullanmasının amacının sadece hastalığı önlemek olmadığı, aynı zamanda varolan hastalığı iyileştirmek olduğu saptamıştır (153). Literatüre baktığımızda da ilerlemiş hastalığı olan kişilerin konvansiyonel tedaviler başarısız olunca eski sağlıklarına kavuşmak umuduyla TAT kullanımına yönelebildikleri görülmüştür. Ayrıca kişisel kontrol ve kişinin kendi bakımı için aldığı sorumluluk, tedaviyi uygulayanla daha yakın ilişki arayışı içinde olma, semptom kontrolü ve fizyolojik-psikososyal iyilik halinin geliştirilmesi gibi bir çok farklı amaçla tat kullanıma yöneldikler bildirilmiştir (118).

TAT kullanımının daha iyi anlaşılması için kanser tanısı aldıktan sonra, hastanın kendi sağlığı hakkındaki inançlarını daha iyi anlamak zorunludur. Çünkü inançlar, tecrübeler ve sosyokültürel etkileşimlerle şekillendirilir ve inançların gelişiminin anlaşılması TAT kullanımının daha iyi kavranmasına olanak sağlar (154,155,156). Burstein ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kanserlerinin iyileşeceğine inanan hastaların TAT kullanımına daha yatkın olduklarını saptamışlardır (157). Brown ve Carney, 20 kanser hastasıyla yaptıkları çalışmada, TAT kullanıcılarının sağlıkları ve hastalıkları hakkındaki inançlarının tanıdan sonra değiştiğini, kullanmayanların ise inançlarının tanı sonrası değişmediğini saptamışlar, hastaların sağlık seçimlerinin anlaşılmasında inançların önemini vurgulamışlardır (158). Hastalıklarının iyileşeceğine inanan hastaların TAT'yi daha fazla kullanmalarının yanı sıra hastaların tanı sonrası TAT'a olan bakış açılarının değişmesi durumunda da, sağlıkları hakkındaki inançları indirek olarak etkilenmektedir. Hastaların TAT kullanınca plasebo etkisi olarak ifade

edilen “Hatırlanan sağlık” aracılığıyla sağlıklarını kısmen iyileştirebildikleri görülmüştür (154). Bu durum psikonöroimmünolojik bakış açısıyla, bazı TAT tedavilerinin; inançlar, duygular ve düşüncelerle, otonomik ve immun sistem dahil olmak üzere biyolojik sistemlerin çalışması arasında bulunan bağlantıyla ilişkilendirilmiş, bu bağlantılarla fizyolojik iyilik halini artırabildiği şeklinde açıklanmıştır. Örneğin, yeşil çay içmenin antioksidan etkileri olabilirken, yeşil çayın sağlığı iyileştirdiğine inanan hasta inandıklarına bağlı olarak kendini daha iyi hissedecektir. Benson and Friedman plasebo etkisi olarak bilinen bu psikolojik potansiyeli 'kullanmak' için üç kriterin zorunlu olduğunu belirtmiştir. Bunlar hastanın alternatif tedavi için pozitif inanç ve beklentileri, hasta ve doktorunun ilişkilerinin iyi olması ve doktorun alternatif tedavi için olan pozitif inanç ve beklentileridir (154). Bu duruma bir örnekte bizim çalışmamızdan verilebilir. Hastalara kullandıkları alternatif tedaviden memnuniyetleri sorulduğunda çoğunun memnun kaldığı, ancak hangi şikayetinize iyi geldi sorusuna çoğunun cevap veremediği görülmüştür. Aslında memnuniyet daha çok psikolojik boyuttadır. Bu bağlamda, ACCP Akciğer Kanseri Tamamlayıcı Terapiler Ve Entegre Onkoloji Rehberinde akciğer kanseri hastalarında, zihin-beden modalitelerini anksiyete, duygudurum bozuklukları ve kronik ağrıyı azaltmakta multidisipliner bir yaklaşımın bir parçası olarak önermiştir.

Literatürde yaşam kalitesi ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran çok fazla veri yoktur. İki çalışmada yaşam kalitesini daha düşük ve daha kısa sağ kalım süresi olan hastaların TAT ye daha çok yöneldikleri görülmüştür. Bir başka çalışmada ise TAT alan ve almayan gruplarda toplam yaşam kalitesi puanları arasında fark saptanmamıştır (159). Biz de TAT kullanımı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptamadık. Bu durum; çok ağır kliniği olup yaşam kalitesi çok kötü olan hastaların çalışmaya alınamamış olması ve dolayısıyla çalışma hastalarının yaşam kalitelerinin genelde benzer olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hastalar alternatif tedavileri daha çok çevre baskısıyla kullandıklarını belirtmiş, daha az sayıda hasta alternatif tedaviyi yararına inandığı için kullandığını, yararlarına olabilecek herşeyi denemek istedikleri söylemiş, az sayıda hasta ise konvansiyonel tedaviden memnuniyetsizlik ve konvansiyonel tedavilere olan inanç eksikliğinden ötürü TAT'lere yöneldiğini belirtmişti. Bu sonuç ülkemizdeki literatürle uyumluydu. Hastaları TAT'ye en çok yönlendiren grubun yakınları, 1.derece akrabaları ve diğer kanser hastaları oldukları görüldü. Medya, internet ve eşin bu

konudaki etkisi eşit bulunmuştu. ABD’de ise bir çalışmada hastalar kitaplardan ya da broşürlerden ve doktorlardan bilgi edinme talebinde bulunmuşlardır. Batıda ise medya ve internet TAT hakkında en önde gelen bilgi edinme yöntemleridir. ABD ve Avrupa ülkeleri ile aramızdaki bu farklılık, eğitim seviyemizdeki ve sosyal ilişkilerimizdeki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. TAT kullanımından beklentiniz nedir sorusunu ise çoğu hasta hastalığına şifa sağlamak olarak cevaplandırmış, ikinci en sık beklenti ise şikayetleri azaltmak olmuştu. Bu cevaba göre, hastaların nihai amaçlarının hastalığa şifa sağlamak olması yanında hastalığın şikayetlerini azaltmak istemeleri, aslında palyatif tedavilerinin yeterince karşılanmadığını göstermektedir. Bu sonuç akciğer kanseri gibi semptom yükü çok ağır olan hastalara daha çok palyasyon yapmak gerektiğini vurgulamaktadır.

Literatürde birkaç çalışmada; TAT kullanıcılarının doktorlara daha az güvendiği, doktorların kendisini terk ettiklerini düşündükleri ve konvansiyonel tedaviden daha az memnun kaldıkları bildirilmiştir. Cassileth ve ark. doktor-hasta ilişkilerinin konvansiyonel tedavi ve TAT’yi birlikte alan hastalarda, tek başına konvansiyonel tedavi alan hastalardan daha kötü olduğunu bildirmişlerdir (139). Çalışmamızda, çoğu doktorun aslında tedavinin başında hastayı TAT kullanmaması için uyardığı, çoğu hastanın doktordan habersiz şekilde TAT kullandığı ve durumu doktoruyla konuşmadığı bulundu. Bu sonuç literatürle uyumludur. Doktorların, hastalarıyla onları tıbbi ve psikososyal boyutta bir bütün olarak algılayıp daha güçlü empati duygusuyla daha yakın iletişim kurmaları hastanın doktora olan güvenini arttıracak, aradaki bilinmezleri ortadan kaldıracaktır. Çalışmamızda hiçbir doktorun hastasını alternatif tedavi kullanımı konusunda yönlendirmediği görüldü. Aslında ACCP Akciğer Kanseri Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi rehberinde akciğer kanseri hastaları için bazı durumlarda önerilen masaj, akupunktur gibi yöntemlerin çalışmamızda hiç önerilmemesinin nedeni, bu yöntemlerin uzman ekip gerektirmesi ve maliyetinin nispeten daha fazla olması, hastaların daha çok düşük sosyoekonomik düzeyi olması, kültürel olarak alternatif tedaviden daha çok bitkisel ürünleri ve besin takviyelerini algılayışımız ile doktorun ve hastanın bu konudaki bilgilerinin yetersizliği, iletişimin zayıflığı ile bağlantılı olabilir. Bu konudaki iletişimi engelleyen bir diğer durum da hastaların doktorların TAT’leri küçümseyen tavrı olduğuna inanması olabilir.

Hastaların çoğunun literatürle uyumlu olarak alternatif tedaviyi konvansiyonel tedavi ile birlikte aldığı, konvansiyonel tedavinin terkedilmemesi gerektiğini düşündüğü

saptandı. Literatürde ve ülkemizdeki çalışmalarda olduğu gibi hastaların çoğu bu tedavileri alternatif olarak değil, tamamlayıcı tedavi olarak kullanmaktadır.

Hastalar kullandıkları TAT'yi diğer hastalara tavsiye eder misiniz sorusuna çoğu evet şeklinde yanıtlamıştı. Bu durum hastaları tat ye yönlendirenler içinde diğer kanser hastalarının varlığını doğrulamaktadır. Hastaların kendilerine yararlı olduğunu ve yan etkisini görmediğini düşündüğü TAT'leri kendi durumunda olan hastalara tavsiye ediyor olması bizim gibi ilişkilerin daha sıcak olduğu toplumlarda yadırganmaz bir durumdur.

Çalışmamızın katılımcılarının tamamına yakını TAT'ın zararlı etkisini bildirmemiş olmasına karşın, zararlı ilaç-şifalı bitki-vitamin etkileşimleri potansiyeli vardır. Bu durum doktorlarla daha fazla iletişim kurulması gereğine işaret etmektedir. Şifalı bitkiler ya da vitaminler yan an etkileri arttırabilir ya da azaltabilir. Bu konuda kesin kanıtlar bulunmadığı için tartışmalı olmaya devam edecektir. ACCP Akciğer Kanseri Tamamlayıcı Terapiler Ve Entegre Onkoloji Rehberinde, tedaviye cevap vermeyen ya da tedaviyi reddeden hastalarda sadece klinik deneylerin içeriğinde olan bitkisel ajanları kullanmalarını önermiştir.

Son yıllarda alternatif tedavilerde bir canlanma yaşanmaktadır. Bunun sebebi kısmen kişilerin kendi sağlık bakımına katılma arzusu ve kanser ile yaklaşık 40 yıla varan bir süredir savaş sürmesine karşın tıpın kansere bir çare bulamadığı şeklindeki algılamadır. Çalışmamızda akciğer kanseri hastalarının sosyodemografik, sosyoekonomik, tıbbi özelliklerinden bağımsız bir şekilde hastalığı algılayışları ve dolayısıyla yaşadıkları anksiyete ile çevrelerinin etkisi altında kalarak konvansiyonel tedavileri yanında başka arayışlara yöneldikleri, çoğunlukla doktorlarından habersiz TAT kullandıkları görülmüştür. Çalışmamız hastaya hizmet sunanların hasta ile daha nitelikli iletişim kurması ve TAT hakkında hasta eğitiminin iyileştirilmesi gerektiğini ve hastalara daha fazla psikolojik destek ile daha fazla palyasyon sağlamak gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, düzenli alternatif tedavi kullanımının kemoterapiye yanıtı etkileyip etkilemediğine, hastalığın prognozu üzerine etkisine bakılmamıştır. Kullanılan alternatif tedaviler kantitatif olarak ölçülemediğinden ve sadece hasta beyanına dayalı olarak öğrenildiğinden TAT yöntemlerinin etkinliğinin bilimsel olarak ortaya konabilmesi için bu konuda iyi planlanmış klinik çalışmalara gereksinim vardır.

6. SONUÇLAR

Alternatif tedavi kullanan hastaların psikiyatriste başvurma ve antidepresan kullanma oranları, alternatif tedavi kullanmayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti. Alternatif tedavi kullanan hastalarla kullanmayan hastalar arasında depresyon görülme oranı açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Alternatif tedaviye başvuran hastalarda anksiyete görülme oranı ise alternatif tedavi kullanmayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü.

Alternatif tedavi kullanan hastaların en çok başvurdukları alternatif tedavi yönteminin bitkiler ve dua, dini uygulamalar olduğu saptandı. Diğer kullanılan alternatif tedavi yöntemleri diyetler, vitaminler ve doğa ürünleri olarak bulundu. Hastaların; bitkisel ürün olarak en çok ısırgan otu - tohumunu kullandıkları, diğer doğa ürünleri adı altında da en sık eşek sütü, bal ve andız pekmezini kullandıkları görüldü. Hastalar, daha çok çevrelerinin etkisi altında alternatif tedaviye yöneldikleri belirtti. Alternatif tedavi kullanan hastaların beklentilerinin çoğunlukla hastalıklarına şifa sağlamak olduğu tespit edildi. Alternatif tedavi kullanan hastaların büyük kısmının doktorlarına bilgi vermedikleri saptandı.

Çalışmamızda son yıllarda giderek yaygınlaşan TAT yöntemlerinin akciğer kanseri hastalarında da sıkça kullanıldığını, bu durumun hastanın sosyoekonomik, sosyokültürel ve tıbbi özelliklerinden çok yaşadıkları anksiyete düzeyi ile korele olduğunu bulundu. Çalışmamız hastaya hizmet sunanların hasta ile daha nitelikli iletişim kurması ve TAT hakkında hasta eğitiminin iyileştirilmesi gerektiğini ve hastalara daha fazla psikolojik destek ile daha fazla palyasyon sağlamak gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda TAT yöntemlerinin kemoterapiye yanıtı etkileyip etkilemediğine, hastalığın prognozu üzerine etkisine bakılmamıştır. Kullanılan alternatif tedaviler kantitatif olarak ölçülemediğinden ve sadece hasta beyanına dayalı olarak öğrenildiğinden TAT yöntemlerinin etkinliğinin bilimsel olarak ortaya konabilmesi için bu konuda iyi planlanmış klinik çalışmalara gereksinim vardır.

7. ÖZET

AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA TAMAMLAYICI – ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI

Geleneksel tıbbın kapsamı dışında kalan ve genellikle hakkında bilimsel verilerin yetersiz olduğu tüm teşhis ve tedavi yöntemlerini içeren bir kavram olan tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerine birçok kanser hastası tarafından gittikçe artan sıklıkla başvurulmaktadır. Bu çalışmada akciğer kanseri hastalarının tamamlayıcı alternatif tedavi kullanımı ve bu davranışı etkileyen unsurlar araştırılmıştır.

Bu amaçla Haziran 2012 – Eylül 2012 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Medikal Onkoloji ve Göğüs Hastalıkları Kliniğinde; en az 3 ay önce akciğer kanseri tanısı almış hastalarla yüzyüze görüşerek Tamamlayıcı - Alternatif Tedavi soru formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve EORTC QLQ - LC13 anketleri uygulanmıştır.

Yaş ortalaması 62.65 olan 24 kadın, 141 erkek olmak üzere toplam 165 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılan 165 hastadan 10'u kadın, 51'i erkek olmak üzere toplam 61 (%36.96) hasta en az bir çeşit TAT kullanıcısıydı. Alternatif tedavi kullanan hastaların en çok başvurdukları TAT yöntemi bitkiler ve dua, dini uygulamalardı. En sık kullanılan bitkisel ürün ısırgan otuydu. Hastaların bitkisel ajan dışında en sık kullandıkları doğal ürün eşek sütü olarak bulundu. Hastaları TAT yöntemlerini kullanmaya sevk eden başlıca neden yakın çevresindeki kişilerin etkisi olmuştu. Hastaların çoğunun TAT yöntemlerinden beklentisinin hastalıklarına şifa sağlamak olduğu, en az beklenti ise psikolojik olarak iyi hissetmek olduğu görüldü. Hastaların TAT yöntemlerini genellikle konvansiyonel tedavilerle birlikte aldıkları görüldü. Çalışmaya katılan hastaların çoğu konvansiyonel tedavinin bırakılmaması gerektiğini ifade etti. TAT kullanıcılarının çoğu kullandıkları TAT yöntemlerinin herhangi bir yan etkisini görmeyip memnun kaldıklarını, başka hastalara da tavsiye edebileceklerini belirtti. Yine çoğu hasta doktorunu TAT kullandığından haberdar etmemişti. TAT kullanan ve kullanmayan hasta grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşadıkları yer, patolojik tanı, hastalıklarının evreleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Psikiyatrik destek alan hastalarda TAT kullanım sıklığı psikiyatrik destek almayan hastalardan daha fazlaydı. Ayrıca anksiyetesi olan hastaların

TAT kullanım sıklığı anksiyetesi olmayan hastalara göre daha fazlaydı. TAT kullanan ve kullanmayan hastaların yaşam kalite puan ortalamaları benzerdi. Sonuç olarak hastaların TAT kullanımında sosyodemografik, sosyoekonomik, tıbbi unsurlardan çok, anksiyete düzeylerinin etkili olduğunu saptadık.

Anahtar kelimeler: Tamamlayıcı alternatif tedavi, akciğer kanseri, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi.

8. ABSTRACT

USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN LUNG CANCER PATIENTS

Complementary alternative therapy methods, a concept contains all diagnosis and treatment methods which is out of traditional medicine comprehension and have insufficient scientific data, are resorted increasingly by many cancer patients. In this study, we investigated lung cancer patients' use of complementary alternative therapies and the factors that affect this situation.

For this purpose, from 2012 June to 2012 September, in Akdeniz University Faculty of Medicine Department of Internal Medicine Medical Oncology and Respiratory Medicine Clinic; we had interviews with patients who was diagnosed as lung cancer at least 3 months ago, we used complementary-alternative treatment question form, Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and EORTC QLQ-LC13 questionnaires.

24 women and 141 men, 165 patients in total are included in this study and mean age was 62.65. Among this patients, 10 women and 51 men, 61 in total (36.96%) are CAM users for at least 1 type of CAM. Patients using alternative therapies mostly applied for religious methods, prying and herbs as CAM method. Mostly used herbal product was stinging nettle. It was found that except herbal products, patients mostly used donkey milk as a natural product. The main reason was the influence of close people around patients that lead them to use CAM. From CAM therapies Most of these patients expected provision of healing, the least expectation was feeling well psychologically. We saw that patients used CAM therapies with their conventional treatments. Most of the patients stated that they were satisfied from CAM methods, they had no side effects and they could offer this methods to other patients too, but they pointed out that it was necessary to continue conventional treatment besides CAM therapy. Also, most of the patients didn't inform their doctors about using CAM. Among the patient groups that used or didn't use CAM, we didn't find any significant difference in terms of age, sex, educational situation, the level of income, place of residence, pathological diagnosis and stage of diseases. CAM use in patients who had psychiatric support was more than the patients who didn't have this support. Also patients with

anxiety used CAM more than patients without anxiety. Patients with or without CAM use had similar life quality scores. Finally, we determined that in using of CAM, anxiety levels were much more important than sociodemographics, socioeconomical and medical factors.

Key words: Complementary alternative medicine, lung cancer, anxiety, depression, quality of life

9. KAYNAKLAR

1. Angell M, Kassirer JP. Alternative medicine-The risks of untested and unregulated remedies (editorial). *N Engl J Med* 1998; 339: 839-41.
2. Brigden ML. Unproven cancer therapies: A multiheaded hydra. *Ann Roy Coll Physicians Surg Can* 1998; 31: 9-14.
3. Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, Greisinger A, Singletary SE. Complementary / Alternative Medicine Use in a Comprehensive Cancer Center and the Implications for Oncology. *Journal of Clinical Oncology* 2000; 18(13): 2505-14.
4. Slevin ML. Quality of life: Philosophical questions or clinical reality. *BMJ* 1992; 304: 466-9.
5. Carlsen K, Jensen AB, Jacobsen E, Krasnik M, Johansen C. Psychosocial aspects of lung cancer. *Lung Cancer* 2005; 47(3): 293-300.
6. Lövgren M, Levealahti H, Tishelman C, Runesdotter S, Hamberg K. Timespans from first symptom to treatment in patients with lung cancer-the influence of symptoms and demographic characteristics. *Acta Oncologica* 2008; 47(3): 397-405.
7. Lövgren M, Tishelman C, Sprangers M, Koyi H, Hamberg K. Symptoms and problems with functioning among women and men with inoperable lung cancer-a longitudinal study. *Lung Cancer* 2008; 60(1): 113-24.
8. Canadian Society Group 2011.
9. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993; 328: 246-52.
10. Soon SL, Crawford RI. Recurrent erythema nodosum associated with Echinacea herbal therapy. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 298-9.
11. Grouhi M, Sussman G. Pseudoallergic toxic reaction. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000; 85: 269-71.
12. Shannon M. Alternative medicines toxicology: a review of selected agents. *J Toxicol Clin Toxicol* 1999; 37: 709-13.
13. Parkin DM, Ferlay BF, Pisani JP. Global Cancer Statistics 2002. *Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108.
14. Postmus PE. Epidemiology of Lung Cancer. In: Fishman AP, Elias JA.
15. Jemal A. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2004; 54(1): 8-29.
16. Spiro SG, Porter JC. Lung cancer-Where are we today? Current advances in staging and non surgical treatment. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 1166-96.
17. Ferlay J. Cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide. In: Globan 2000. Lyon: IARC Press 2001.

18. <http://www.ism.gov.tr/kidem/Tdoc1.htm>. Ulaşım: 1.11.2009
19. Eser SY. Türkiye’de kanser insidansı. İç: Türkiye’de kanser kontrolü. Tuncer M (Ed). T.C. Sağlık Bakanlığı No:707, Ankara 2007: 17-45.
20. Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of Lung Cancer. Chest 2007; 132: 29-55.
21. Dünya Sağlık Örgütü: Dünya Kanser Raporu 2008 (çeviri), Uluslararası Kanser Araştırma Kurumu, Boyle P, Levin B (eds), Lyon Cedex 08, Fransa 2008; 390-6.
22. Thurston SW, Liu G, Miller DP. Modeling lung cancer risk in case-control studies. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2005; 14: 2296-302.
23. Doll R, Peto R, Boreham J. Mortality in relation to smoking: 50 years’ observations on male British Doctors. BMJ 2004; 328: 1519.
24. Hecht SS. Tobacco smoke carcinogens and lung cancer. J Natl Cancer Inst 1999; 91(14): 1194-210.
25. Janerich DT, Thompson WD, Varella LR, Greenwald P, Chorost S, Tucci C, et al. Lung Cancer and exposure to tobacco smoke in the household. N Eng J Med 1990; 323: 632-6.
26. Asami S, Hirano T, Yamogachi R, Tomioka Y, Itah H, Kasai H. Increase of A Type of Oxidative DNA Damage, 8-Hydroxyguanine and Its Repair Activity in Human Leukocytes by Cigarette Smoking. Cancer Research 1996; 56: 2546-9.
27. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Samuels A, Thun MJ. Cancer Statistics, 2006. CA Cancer J Clin 2006; 56: 106-30.
28. Halilçolar H, Tatar D, Ertuğrul G. Epidemiyoloji. In: Akkoçlu A, Öztürk C; eds. Akciğer kanseri multidisipliner yaklaşım. Toraks Kitapları, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi 1999; 17-22.
29. Radzikowska E, Raszkowski K, Glaz P. Lung cancer in patients under 50 years old. Lung Cancer 2001; 33: 203-11.
30. Turkish Thoracic Society, Lung and Pleural Malignancies Study Group. Pattern of lung cancer in Turkey 1994-1998. Respiration 2002; 69: 207-10.
31. Littman AJ, Thornquist MD, White E, Jackson LA, Goodman GE, Vaughan TL. Prior Lung Disease and Risk of Lung Cancer in a Large Prospective Study. Cancer Causes and Control 2004; 15: 819-27.
32. Speizer FE. Assessment of the epidemiological data relating lung cancer to air pollution. Environ Health Perspect 1983; 47: 33-42.
33. Doll R, Peto R. The causes of cancer: quantitative estimates of avoidable risks of cancer in the United States today. J Natl Cancer Inst 1981; 66: 1191-308.
34. Hosgood III HD, Chapman R, Shen M, Blair A, Chen E, Zheng T, Lee K-M, He X and Lan Q. Portable stove use is associated with lower lung cancer mortality risk in lifetime smoky coal users. British Journal of Cancer 2008; 99: 1934-9.

35. Xu ZY, Blot WJ, Xiao HP, Wu A, Feng YP, Stone BJ, Sun J, Ershow AG, Henderson BE, Fraumeni Jr JF. Smoking, air pollution, and the high rates of lung cancer in Shenyang, China. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 1800-6.
36. Metintaş S, Metintaş M, Kalyoncu C, Ak G. Lung cancer risk among villagers who had been environmentally exposed to asbestos due to the use of whitw soil. *ERS Annual Congress, Munich* 2006; 454.
37. Nelson HH, Kelsey KT. The molecular epidemiology of asbestos and tobacco in lung cancer. *Oncogene* 2002; 21: 7284-8.
38. Bilgel N. Akciğer kanserlerinin epidemiyolojisi. In: Engin K, Özyardımcı N; eds. 6. Uludağ Onkoloji Sempozyumu Kitabı ve Konsensus Raporu. Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları 2001; 35-8.
39. Smith AH, Lopipero PA, BarrogaVR. Meta-analysis of studies of lung cancer among silicotics. *Epidemiology* 1995; 6: 617-24.
40. Çelik P. Risk Faktörleri. *Türkiye Klinikleri Göğüs Hastalıkları* 2004; 2: 172-6.
41. The effect of vitamin E and beta carotene on the incidence of lung cancer and other cancers in male smokers: the Alpha-Tocopherol, Beta Carotene Cancer Prevention Study Group. *N Engl J Med* 1994; 330: 1029-35.
42. Goodman MT, Kolore LN, Yoshizawa CN, Hankin JH. The Effect of dietary cholesterol and fat on the risk of Lung Cancer in Hawaii. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 1241-55.
43. Schotfend D. Etiology and epidemiology of lung cancer. In: Pass HI, Mitchell JB, Johnson DH, Turrisi AT, Minna JD, Ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins 2000; 367-86.
44. Robbins K (çeviri: U Çevikbaş). *Solunum sistemi*. 2th. İstanbul: Nobel & Yüce; 1995: 385-437.
45. Travis WD. Pathology of Lung Cancer. *Clinics in Chest Medicine* 2002; 23: 65-81.
46. Travis WD. IASLC Staging Committee. Reporting lung cancer pathology specimens. Impact of the anticipated 7th Edition TNM classification based on recommendations of the IASLC Staging Committee. *Histopathology* 2009; 54: 3-11.
47. Toyooka S, Maruyama R, Toyooka KO. Smoke exposure, histologic type and geography-related differences in the methylation profiles of non-small cell lung cancer. *Int J Cancer* 2003; 103: 153-60.
48. Anthony J, Alberg D, Rex C, Jonathan M. Epidemiology of lung cancer. In: Mason J, Murray JF, Broaddus VC, Nadel JA (Eds.). *Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine* Philadelphia: Elsevier Saunders 2005; 1328-54.
49. Bordow RA, Ries AL, Morris TA (Çeviri: S Gönüllü, A Kaya). *Akciğer kanseri: sınıflama, patoloji ve epidemiyoloji. Akciğer hastalıklarında klinik sorunlar el kitabı*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi 2001; 606-9.

50. Kaiser LR. Non-small cell lung cancer- clinical aspects, diagnosis, staging, and treatment. In: Fishman AP (Ed.). Fishman's Manual of Pulmonary Disease and Disorders. 3th Philadelphia: McGraw Hill 2002; 615-42, 8: 280-7.
51. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer. *Chest* 2003; 123: 97-104.
52. Kvale PA. Chronic cough due to lung tumors. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006; 129: 147-53.
53. Spiro SG, Gould MK, Colice GL. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, paraneoplastic syndromes. ACCP Evidence – Based clinical Practice Guidelines (2 nd edition). *Chest* 2007; 132: 149-60.
54. Pagani JJ. Normal adrenal glands in small cell lung carcinoma: CT-guided biopsy. *AJR Am J Roentgenol* 1983; 140: 949.
55. Akciğer kanseri tanı ve tedavi rehberi. *Toraks Dergisi* 2006; 7: 1-37.
56. Rodwedder JJ, Handley JA, Kerr D. Rapid diagnosis of lung cancer from palpabl metastases by needle thrust. *Chest* 1990; 98: 1393-6.
57. List AF, Hainsworth JD, Davis BW. The syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone in small cell lung cancer. *J Clin Oncol* 1986; 4: 1191-8.
58. Mazzone PJ, Arroliga AC. Endocrine paraneoplastic syndromes in lung cancer. *Curr Opin Pulm Med* 2003; 9: 313-20.
59. Hiraki A, Ueka H, Bessho A. Parathyroid hormone related protein measured at the time of first visit is an indicator of bone metastases and survival in lung carcinome patients with hypercalcemia. *Cancer* 2002; 95: 1706-13.
60. Honnorat J, Antoine JC. Paraneoplastic neurologicalsyndromes. *Orphanet J Rare Dis* 2007; 2: 22.
61. Atıcı AG, Erkan L, Fındık S, Uzun O, Kandemir B. Küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastaların klinik özellikleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52: 150-8.
62. Tunacı A. Akciğer kanserinin görüntülenmesinde güncel yaklaşımlar. Hastürk S, Yüksel M. Ed. Akciğer Kanseri. İstanbul: Özlem Grafik Matbaacılık 2000; 57-77.
63. Verschakelen JA, De Wever W, Bogaert J. Role of computed tomography in lung cancer staging. *Curr Opin Pulm Med* 2004; 10(4): 248-55.
64. Çakan A, Şahin B, Aksel N, Erbaycy A, Özsöz A, Soy Ö. Akciğer kanseri tedavisine yanıtın değerlendirilmesinde bronkoskopi ve bilgisayarlı tomografi bulgularının analizi. *Solunum* 2005; 7(3): 107-14.
65. Gerard A, Silvestri, Michael K, Gould, Mitchell L, Lynn T, et al. Noninvasive staging of non-smallll cell lung cancer: ACCP Evidence-based clinical practice guidilines (2nd edition). *Chest* 2007; 132: 178-201.

66. Gould MK, Kuschner WG, Rydzak CE, Maclean CC, Demas AN, Chan JK, et al. Test performance of positron emission tomography and computed tomography for mediastinal staging in patients with nonsmall-cell lung cancer: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 2003; 139: 879-92.
67. Pass HI, Carbone DP, Minna JD, Johnson DH, Turrisi AT (eds). *Lung Cancer*, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2005; 339.
68. Deterbeck FC, Falen S, Rivera MP, Halle JS, Socinski MA. Seeking a home for a PET: part 2. Defining the appropriate place for positron emission tomography imaging in the staging of patients with suspected lung cancer. *Chest* 2004; 125: 2300-8.
69. Gould MK, Maclean CC, Kuschner WG, Rydzak CE, Owens DK. Accuracy of positron emission tomography for diagnosis of pulmonary nodules and mass lesions. *Jama* 2001; 285(7): 914-24.
70. Kim BT, Kim Y, Lee KS, Yoon SB, Cheon EM, Kwon OJ. Localized form of bronchioloalveolar carcinoma: FDG PET findings. *AJR Am J Roentgenol* 1998; 170: 935-9.
71. Higashi K, Ueda Y, Seki H, Yuosa K, Oguchi M, Naguchi T. Fluorine-18-FDG PET imaging is negative in bronchioloalveolar lung carcinoma. *J Nucl Med* 1998; 39: 1016-20.
72. Lardinois D, Weder W, Hany TF, Kamel EM, Korom S, Seifert B, et al. Staging of non-small-cell lung cancer with integrated positron-emission tomography and computed tomography. *N Engl J Med* 2003; 348: 2500-7.
73. Riviera MP, Metha CA. Initial diagnosis of lung cancer: ACCP Evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 2007; 132: 131-48.
74. Sakıncı Ü. Mediastinal Girişimler. Gkter Ökten, Adem Göngür (eds). *Göğüs Cerrahisi*, 1. Baskı, Ankara I, Sinem Matbacılık 2003; 221-9.
75. Yim APC, Shioe ADL. Video assisted thoracic surgery as a diagnostic tool. Shields TW, Locicero III J, Poon RB, Rusch VW. *General thoracic surgery*, 6th ed. Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins 2005; 314-26.
76. Rami-Porta R, Ball D, Crowley J. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the T descriptors in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification for lung cancer. *J Thorac Oncol* 2007; 2: 593-602.
77. Rusch VW, Crowley J, Giroux DJ. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the N descriptors in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification for lung cancer. *J Thorac Oncol* 2007; 2: 603-12.
78. Postmus P, Brambilla E, Chansky K. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the M descriptors in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification for lung cancer. *J Thorac Oncol* 2007; 2: 686-93.

79. Goldstraw P, Crowley J, Chansky K. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumors. *J Thorac Oncol* 2007; 2: 706-14.
80. Rami-Porta R, Crowley JJ, Goldstraw P. The revised TNM staging system for lung cancer. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2009; 15: 4-9.
81. Stahel RA, Ginsberg R, Haveman K. Staging and prognostic factors in small cell lung cancer: a concensus report. *Lung Cancer* 1989; 5: 119-26.
82. Samson DJ, Seidenfeld J, Simon GR. Evidence for management of small cell lung. ACCP evidenced-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 2007; 132: 314-23.
83. Ruyscher DD, Pöttgen C, Groen HJM. Treatment of limited disease-small cell lung cancer. In: Spiro SG, Huber RM, Janes SM, Eds, *Thoracic Malignancies, European Respiratory Monograph* 2009; 299-309.
84. Postmus PE, Smit EF. Management of extensive disease- small cell lung cancer. In: Spiro SG, Huber RM, Janes SM, Eds, *Thoracic Malignancies, European Respiratory Monograph* 2009; 310-7.
85. Symthe WR. Treatment of Stage I Non-small Cell Lung Carcinoma. *Chest* 2003; 123: 181-7.
86. Morita K, Fuwa N, Suzuki Y. Radikal radiotherapy for medically inoperable non-small cell lung cancer in clinical stage I: a retrospective analysis of 149 patients. *Radiother Oncol* 1997; 42: 31-6.
87. Kupelian PA, Komaki R, Allen P. Prognostic factors in the treatment of node -negative nonsmall cell lung carcinoma with radiotherapy alone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996; 36: 607-13.
88. Okado M, Yamagashi H, Satake S. Survival related to lymph node involvement in lung cancer after sleeve lobectomy compared with pneumonectomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 119: 814-9.
89. Scott WJ, Howington J, Feigenberg S. Treatment of Nonsmall Cell Lung Cancer Stage I and Stage II. *Chest* 2007; 132: 234-42.
90. Stephens RJ. The role of post-operative radiotherapy in non-small cell lung cancer: a multicentre randomised trial in patients with pathologically staged T1-2 N1-2 M0 disease. MRC Lung Cancer Working Party. *Br J Cancer* 1996; 74: 632-9.
91. Robinson LA, Wagner H, Ruckdeschel JC. Treatment of Stage IIIA Non-small Cell Lung Cancer. *Chest* 2003; 123: 202-20.
92. Goldstraw P, Mannam GC, Kaplan DK. Surgical management of non-small cell lung cancer with ipsilateralmediastinal node metastases (N2 disease). *Thorac Cardiovasc Surg* 1994; 107: 19-27

93. Socinsk MA, Morris DE, Masters GA. Chemotherapeutic management of stage IV non-small-cell lung cancer. *Chest* 2003; 123: 226-43.
94. Simon GR, Turrisi A. Management of small cell lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2007; 132: 324.
95. Göksel T. Akciğer kanserinde tedavi kararı ve prognoz. *Solunum sistemi ve hastalıkları temel başvuru kitabı*; 1423-27.
96. Telatar T, Özcebe H. Yaşlı nüfus yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7: 162-5.
97. Tüzün E, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. *Sağlık ve Toplum* 2003; 2: 3-8.
98. Şahin H. Eski bir kavram yeni bir ölçüm: yaşam kalitesi. *Toplum ve Hekim* 1997; 12: 40-6.
99. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006; 26: 488-99.
100. Goksel T, Guzelant A. Akciğer kanserinde yaşam kalitesi değerlendirmeleri. In: Hasturk S, Yuksel M; eds. *Akciğer kanseri*. İstanbul, Bilmedya Grup 2000; 359-75.
101. Ferrer M, Alonso J, Morera J. Chronic obstructive pulmonary disease stage and healthrelated quality of life. *Ann Intern Med* 1997; 127: 1072-9.
102. Yeşilbalkan OU, Akyol AD, Çetinkaya Y. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi HYO Dergisi* 2005; 21: 13-31.
103. Myrdal G, Valtysdotir S, Lambe M, Stahle E. Quality of life following lung cancer surgery. *Thorax* 2003; 58: 194-7.
104. Verhoef MJ, Hagen N, Pelletier G. Alternative therapy use in neurologic diseases: use in brain tumor patients. *Neurology* 1999; 52: 617-22.
105. Shannon M. Alternative medicines toxicology: a review of selected agents. *Toxicol Clin Toxicol* 1999; 37: 709-13.
106. Richarson MA, Ramirez T, Nanney K. Alternative/complementary medicine: Implications for patient-provider communication. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1999; 18:590a, (abstr2279)
107. Berard RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *J Clin Psychiatry* 2001; 62[suppl 8]: 58-61.
108. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin* 2010; 60(5): 277-300.
109. Andrykowski MA, Manne SL. Are psychological interventions effective and accepted by cancer patients? I. Standards and levels of evidence. *Ann Behav Med* 2006; 32(2): 93-7.

110. Lee JI, Kim SH, Tan AH, Kim HK, Jang HW, Hur KY, et al. Decreased health-related quality of life in disease-free survivors of differentiated thyroid cancer in Korea. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 15(8): 101.
111. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res* 1989; 33(2): 235-9.
112. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemflirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8(2): 124-30.
113. Muslu KG, Ozturk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51: 62-7.
114. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998; 280: 1569–75.
115. National Center for Complementary and Alternative medicine, 2009. NCCAM's mandate and mission. In: *Expanding Horizons of Health Care: Strategic Plan 2005e2009*.
116. Nazlıkul H, Eraltan EH. Tamamlayıcı Tıp. *Nobel Tıp Kitabevleri* 2002; 4-51, 62-67.
117. Yıldırım YY, Fadiloğlu C, Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. *Ağrı* 2006; 18(1): 26-32.
118. Cassileth RA, Deng G, Vickers A, Yeung KS, Chwistek M, Garrity D, et al. *PDQ Onkoloji Kanserde Tamamlayıcı Tıp*. İstanbul:İstanbul Medikal Yayıncılık 2007.
119. Ernst E. Complementary therapies in palliative cancer care. *Cancer* 2001; 91(11): 2181-5.
120. Guyot DM, Oliver GM. Complementary Therapies. In, Martinson IM, Jamieson M, editorso *Home Health Care Nursing and The health Care System*. Second Edition, WB Saunders Company 2002; 180-96.
121. Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: Complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA Cancer J Clin* 2005; 55(2): 109-16.
122. Kunkel E, Bakker J, Myers RE, Oyesanmi O, Gomella LG. Biopsychosocial aspects of prostate cancer. *Psychosomatics* 2000; 41: 85-94.
123. Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Phillips RS. Use of Mind-Body Medical therapies. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 43-50.
124. Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia: NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *JAMA* 1996; 276: 313–8.
125. Bower JE, Woolery A, Sternlieb B, Garet D. Yoga for cancer patients and survivors. *Cancer Control* 2005; 12(3): 165-71.

126. Complementary Therapies and Integrative Oncology in Lung Cancer*ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (2nd Edition) Downloaded From: <http://journal.publications.chestnet.org/> on 10/30/2012
127. Karagoz G. Sirt, boyun, bel ağrıları olan ve ameliyat programına alınan nöroşirürji hastalarının ağrı gidermede kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. Cerrahi Hastalıkları 2006.
128. Yavuz M. Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Aslan FE. Eds. Ağrı Doğası ve Kontrolü. İstanbul: Mart Matbaacılık 2006; 135-47.
129. Ahles TA, Tope DM, Pinkson B. Massage therapy for patients undergoing autologous bone marrow transplantation. J Pain Symptom Manage 1999; 18: 157-63.
130. Horasanlı E, Usta B, Yeşilay A. Medikal akupunktur. Yeni Tıp Dergisi 2008; 25: 70-5.
131. Cherkin DC, Sherman KJ, Deyo RA. A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy, and spinal manipulation for back pain. Ann Intern Med 2003; 138: 898-906.
132. Stephenson NL, Weinrich SP, Tavakoli AS. The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer. Oncol Nurs Forum 2000; 27:67-72.
133. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavia 1983; 67: 361-70.
134. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1997.
135. Ataman F, Songur N. Kaya Ş, Özdilekcan Ç. Türk hasta popülasyonunda EORTC QLQ-LC13 Akciğer Kanserine Spesifik Yaşam Kalitesi Modulunun Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. Toraks Derneği 12. Yıllık Kongresi 2009.
136. Molassiotis A, Panteli V, Patiraki E, Ozden G, Platin N, Madsen E, et al. Complementary and alternative medicine use in lung cancer patients in eight European countries. Complementary Therapies in Clinical Practice 2006; 12: 34-9.
137. Wells M, Sarna L, Cooley ME, Brown JK, Chernecky C, Williams RD, et al. Use of complementary and alternative medicine therapies to control symptoms in women living with lung cancer. Cancer Nursing 2007; 30(1): 45-55.
138. Hill KM, Amir Z, Muers MF, Connolly CK, Round CE. Do newly diagnosed lung cancer patients feel their concerns are being met? European Journal of Cancer Care 2003; 12: 35-45.
139. Cassileth B, Deng G, Gomez J, Johnstone P, Kumar N, Vickers A. Complementary therapies and integrative oncology in lung cancer ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest 2007; 132: 340-54.
140. Oğuz S, Pınar R. Which complementary therapies are preferred the most?!. International & VIII. National Nursing Conference Proceedings, 29 October -2 November 2000; 358-9.

141. Maskarinec G, Gotay C, Tatsumura Y, Shumay D, Kakai H. Perceived cancer causes: use of complementary an alternative therapy. *Cancer Practice* 2001; 9: 183-90.
142. Gözüm S, Tezel A, Koç M. Complementary alternative treatments used by patients with cancer in Eastern Turkey. *Cancer Nursing* 2003; 26(3): 230-6.
143. Tas F, Karagöl H, Üstüner Z, Yazar A, Can G. Prevelance and indicators of complementary and alternative therapies used by cancer patients in Turkey. XV.National Cancer Congres Abstract Book,23-27 April 2003; Antalya, Turkey; 68.
144. Akyürek S, Önal C, Kurtman C. Akciğer kanserli hastalarda alternatif tedavi kullanımı. *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2005; 15: 73.
145. Erbaycu AE, Özsöz A, Çakan A. Akciğer kanserinde tanı gecikmesine hastanın ve hekimin etkisi. *Solunum Hastalıkları* 2005; 16: 161-5.
146. Micke O, Buntzel J, Kisters K, Schafer U, Micke P, Mucke R. Complementary and alternative medicine in lung cancer patients: a neglected phenomenon? *Frontiers of Radiation Therapy and Oncology* 2010; 42: 198-205.
147. Samur M, Bozcuk HŞ, Kara A and Savaş B. Factors associated with utilization of nonproven cancer therapiesa in Turkey, *Supportive Care in Cancer* 2001; 6(5): 452-8.
148. Ceylan S, Hamzaoglu O, Kömürcü S, Beyan C and Yalçın A. Survey of the use of complemantary and alternative medicine among Turkish cancer patients, *Complementary Therapies in Medicine* 2002; 10(2): 94-9.
149. Lerner IJ, Kennedy BJ. The prevelance of questionable methods of cancer treatment in United States. *CA Cancer J Clin* 1992; 42: 181-91.
150. Sollner W, Zingg-Schir M, Rumpold G. Attitude toward alternative therapy, compliance with standart treatment, and need for emotional support in patients with melanoma. *Arch Dermatol* 1997; 133: 316-21.
151. Wyatt GK, Friedman LL, Given BA, Beckrow KC. Complementary therapy use among older cancer patients. *Cancer Pract* 1999; 7: 136-44.
152. Paltiel O, Avitzour M, Peretz T, Cherny N, Kaduri L, Pfeffer RM, et al. Determinants of the use of complementary therapies by patients with cancer. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2439-48.
153. Schuster TL, Dobson M, Jauregui M, Blanks RH. Wellness lifestyles I: a theoretical framework linking wellness, health lifestyles, and complementary and alternativemedicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2004; 10: 349-56.
154. Benson H, Friedman R. Harnessing the power of the placebo effect and renaming it “remembered wellness”. *Annual Review of Medicine* 1996; 47: 193-9.
155. Richer M, Ezer H. Understanding beliefs and meanings in the experience of cancer: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32: 1108-15.

156. Wright LM, Watson WL, Bell JM. Beliefs: The Heart of Healing in Families and Illness. Basic Books, New York 1996.
157. Burstein HJ, Gelber S, Guadagnoli E, Weeks JC. Use of alternative medicine by women with early-stage breast cancer. New England Journal of Medicine 1999; 340: 1733-9.
158. Brown PJ, Carney PA. Health beliefs and alternative medicine: a qualitative study of breast cancer patients. Journal of Cancer Education 1996; 11: 226-9.
159. Cassileth BR, Lusk EJ, Guerry D. Survival and quality of life among patients receiving unproven as compared with conventional cancer therapy. N Engl J Med 1991; 324: 1180-5.

10. EKLER

EK-1. Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Anket Formu

Tarih :
Protokol No :
Tel :

Bu anket hastanemizde akciğer kanseri hastalarının tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanma oranını bulmak için tasarlanmıştır. Sadece bir araştırma çalışmasıdır. Burada vereceğiniz cevaplar hiçbir şekilde hastalığınızın tedavi sürecini değiştirmeyecektir. Bu araştırmanın sonuçları bize kanser hastalarını daha iyi anlamak ve hasta bakımını geliştirmek için yardımcı olacaktır. Cevaplarınızın gizliliğini garanti ediyoruz. Her soruya mümkün olduğunca dürüst bir şekilde cevap vermenizi istiyoruz. Cevap vermek istemediğiniz soruları atlayabilirsiniz.

Demografik Veriler

Adı Soyadı :

Yaş :

Cinsiyet: a)Kadın b)Erkek

Doğum Tarihi :

Eğitim Durumu: a)eğitimsiz b)ilköğretim c)lise d)üniversite

Mesleğiniz:

Medeni Durum: a)evli b)bekar c)dul yada boşanmış

Çalışma Durumu :a)evet b)hayır c)emekli

Sağlık Güvencesi :a)SSK b)Emekli Sandığı c)Bağ-Kur d) Yeşil kart
e) Özel sağlık sigortası f)ücretli

Gelir Düzeyi: a)1000 TL altı b)1000-3000 TL arası c)3000 TL üstü

İkamet ettiği Yer: a)köy b)ilçe c)il merkezi

Konvansiyonel Kanser Tedavisi

Tanı Tarihi:

Patolojik Tanı :

Evre:

Daha Önce uygulanan tedaviler:

a)cerrahi b)kemoterapi c) radyoterapi d)radyoterapi+kemoterapi
e)cerrahi+kemoterapi f)cerrahi+radyoterapi g)tedavi almadım

Hastalığınız sırasında psikiatrliste başvudunuz mu ? a)evet b) hayır

Hastalığınız sırasında psikiatri ilaçları aldınız mı ? a)evet b)hayır

Ağrı kesici kullanıyor musunuz? a)evet b)hayır

Sigara içme durumu:

Eşlik eden başka hastalıklar:

Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanımı

1) Hastalığınızın tedavisi esnasında doktorunuzun önerdiği tedavi dışında alternatif tedavi yöntemleri kullandınız mı ? a)evet b)hayır

2)Aşağıda kanser hastalarının kullandığı tamamlayıcı –alternatif tedavi yöntemleri verilmiştir. Geçmişte kullanmış olduğunuz, halen kullanmakta olduğunuz tedavi yöntemlerini işaretleyiniz.

Alternatif Tıp Sistemi	Geçmişte	Halen
Ayurvedik Tıp		
Geleneksel Çin Tıbbı		
Geleneksel Tibet Tıbbı		
Homeopati		
Naturapati		
Sanat Terapisi		

Meditasyon		
NLP		
Yoga		
Maneviyatçılık		
Bitkiler		
Vitaminler		
Diyetler		
Diğer Doğa Ürünleri		
Şiropraktik		
Osteopati		
Kraniosacral Terapi		
Alexandar tekniği		
Akupunktur		
Reiki		
Shiatsu		
Taichi		
Biyoenerji		

3)Yukarıdaki listede belirtilmeyen kullandığınız tedavi yöntemi var mı ?Varsa belirtiniz

a)Evet:

b)hayır

4)Kullandığınız bitkiler nelerdir?

.....

5) Bu bitkileri ne şekilde kullanıyorsunuz?

a)Ağızdan alıyorum

b)Dışardan tümörlü bölgeye tatbik ediyorum

c)damardan alıyorum

d)diğer

6) Bu bitkileri kullanmadan önce herhangi bir işleme tabi tutuyor musunuz?

.....

7)Eğer herhangi bir tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemi kullanıyorsanız ne zamandır kullanıyorsunuz?

- a)tanı anından itibaren b)son 3 aydır c)hastalığım ilerleyince

8)Bu tedavi yöntemini ne sıklıkta kullanıyorsunuz?

- a) hergün b)haftada bir c)nadiren d)sadece bir defa

9)Alternatif tedaviyi diğer tıbbi tedavilerle birlikte mi alıyorsunuz ?

- a)kemoterapi ile birlikte alıyorum.
b)Kemoterapi tamamlandıktan sonra almaya başladım.
c)Kemoterapi+radyoterapi ile birlikte alıyorum.
d) Kemoterapi+radyoterapi tamamlandıktan sonra almaya başladım
e)Radyoterapi ile birlikte alıyorum
f)Radyoterapi tamamlandıktan sonra almaya başladım
g)Cerrahi tamamlandıktan sonra almaya başladım.
h)cerrahi+radyoterapi tamamlandıktan sonra almaya başladım
ı)Cerrahi+kemoterapi tamamlandıktan sonra almaya başladım
j)sadece alternatif tedavi alıyorum.

10)Neden alternatif tedavi alma gereği duyuyorsunuz ? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a)Kemoterapiden yeterli yanıt alamadığım için
b)Kemoterapi çok toksik olduğu için
c) Alternatif tedavinin yararlı olduğuna inanıyorum
d)Kemoterapi ilaçlarına çok inanmıyorum
e)Çevremin etkisiyle
f)Yararıma olabilecek herşeyi denemek istiyorum
g)Diğer. Açıklar mısınız ?

11)Alternatif tedavi kullanırken beklentiniz nedir ?

- a)Bağıışıklık sistemini güçlendirmek
b)Doktorumun verdiği tedaviye destek ve yardımcı olmak
c)Şikayetlerimi azaltmak

- d)Hastalığıma şıfa sağlamak
- e)Hastalığımın nüksetmesini önlemek
- f)kemoterpainin yan etkilerini azaltmak
- g)Psikolojik olarak iyi hissetmek
- h)fiziksel olarak iyi hissetmek
- i)diğer. Belirtiniz

12)Alternatif tedavi kullanmanızda aşağıdakilerden hangisi etkili oldu ?

- a)medya (gazete,dergi,televizyon proramları,radyo programları gibi)
 - b)internet
 - c)kanser uzmanları
 - d)diğer branşlardaki doktorlar
 - e)bu konuyla ilgilenen kişiler (herbalistler)
 - f)yakınlarım
 - g)baharatçılar - aktarlar
 - h)diğer kanser hastaları
 - i)hemşireler
 - j)diğer.
- Belirtiniz.

13)Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerini doktorunuzla konuşabiliyor musunuz ?

- a)Hiçbir zaman konuşamıyorum
- b)Bazen konuşuyorum
- c)Genellikle konuşabiliyorum

14)Tamamlayıcı-alternatif tedavi alıyorsanız doktorun bundan haberi var mı ?

- a)evet b)hayır

15)Doktorunuz alternatif kullanmanızı destekliyor mu?

- a)karışmıyor
- b)kullanmamı tavsiye ediyor.
- c)kullanmamı önermiyor.
- d)diğer Açıklarmısınız?.....

16)Tamamlayıcı-alternatif tedavi kullandınız yada halen kullanıyorsanız ve doktorunuz bilmiyorsa bunu doktorunuza açıklamaya neden isteksizsiniz?

.....

17)Kullanığınız alternatif- tamamlayıcı tedavi yöntemi işe yaradımı?

a)evet b)hayır

18)Nefes darlığı, öksürük, balgam, kanlı balgam, ağrı, iştahsızlık, kilo kaybı şikayetleriniz için hangi tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemi işe yaradı?

Nefes darlığı için, 'den fayda gördüm.

Öksürük için, 'den fayda gördüm.

Balgam için , 'den fayda gördüm.

Kanlı balgam için, 'den fayda gördüm.

Ağrı için, 'den fayda gördüm.

İştahsızlık için, 'den fayda gördüm.

Kilo kaybı için , 'den fayda gördüm.

19)Kullandığınız alternatif-tamamlayıcı tedavi yönteminin istenmeyen yan etkisini gördünüz mü?

a)hayır

b)evet Yöntem: Yan etki:

20)Kullandığınız alternatif-tamamlayıcı tedavi yönteminden ne kadar memnun kaldınız?

a)çok memnun kaldım

b)memnun kaldım

c)hayal kırıklığı yaşadım

21)Denemiş olmanıza rağmen hangi tedavi yöntemi işe yaramadı? Belirtiniz.

.....

22)Tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemini diğer kanser hastalarına tavsiye eder misiniz?

a)evet b)hayır

23)Tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanmak için tıbbi tedavi bırakılmalı mı ?

a)evet b)hayır

24)Alternatif-tamamlayıcı tedavi yöntemlerini nasıl tedarik ediyorsunuz ?

a)baharatçılar

b)eczaneler

c)doğa

d)sosyal ilişkiler

e)Muayenehaneler-Tıp merkezleri-Labaratuvarlar

f)diğer. Belirtiniz.

25)Hastalığınızın başından beri tamamlayıcı-alternatif tedavi yöntemi için ne kadar harcama yaptınız?

Hastalığın tanı tarihi:..... Toplam harcanılan tutar:

26)Tamamlayıcı –alternatif tedavi kullanırken herhangi biri rehberlik/denetmelik yapıyor mu?

a)evet b)hayır

EK-2. Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği

A 1. Kendimim gergin ya da huzursuz hissediyorum

3 () Çoğu zaman

2 () Sıklıkla

1 () Bazen

0 () Hiçbir zaman

D 2. Daha önceden zevk aldığım hoşlandığım şeylerden hala zevk alıyorum

0 () Tamamen eskisi gibi

1 () Pek o kadar değil

2 () Yalnızca biraz

3 () Hemen hemen hiç

A 3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir duyguya kapılıyorum

3 () Çok belirgin ve oldukça kötü

2 () Evet fakat çok şiddetli değil

1 () Biraz, fakat beni endiselenndirmiyor

0 () Böyle bir korku hiç olmuyor

D 4. Gülebiliyor ve olayların iyi yönlerini görebiliyorum

0 () Eskisi gibi

1 () Su sıralar eskisi gibi değil

2 () Eskisine göre çok az

3 () Artık gülemiyorum bile

A 5. Aklımdan endiseli düşünceler geçiyor

3 () Zamanın büyük kısmında

2 () Sık olarak

1 () Zaman zaman ama sık değil

0 () Nadiren

D 6. Kendimi iyi hissediyorum

0 () Çogu zaman

2 () Sık değil

1 () Bazen

3 () Hiçbir zaman

A 7. Sakin oturabiliyor ve kendimi rahat hissediyorum

0 () Her zaman

1 () Genellikle

2 () Bazen

3 () Hiçbir zaman

D 8. Üzerimde bir durgunluk var

3 () Hemen her zaman

2 () Sıklıkla

1 () Ara sıra

0 () Hiçbir zaman

A 9. Yüregim pır pır ediyor huzursuzum

3 () Çok sık

2 () Sıklıkla

1 () Bazen

0 () Hiç bir zaman

D 10. Görünümüme ilgimi kaybettim

3 () Kesinlikle

2 () Kendime gerektiği kadar ilgi duymuyorum

1 () Kendime eskisi kadar ilgi gösterecek durumda değilim

0 () Görünüşüme her zaman ki gibi dikkat ediyorum

A 11. Huzursuzum, yerimde duramıyorum

3 () Gerçekten çok fazla

2 () Oldukça fazla

1 () Fazla değil

0 () Hiç

D 12. Her şeye nese ile yaklaşıyorum

0 () Her zamanki gibi

1 () Eskisinden biraz daha az

2 () Eskisinden kesinlikle daha az

3 () Artık hiç bir zaman

A 13. Birden paniğe kapılıyorum

3 () Çok sık, her zaman 2 () Oldukça sık

1 () Pek sık değil, nadiren

0 () Hiç bir zaman

D 14. İyi bir kitap veya radyo-televizyon programından hoşlanıyorum.

0 () Her zaman

1 () Ara sıra eskisinden biraz daha az

2 () Pek sık değil, nadiren

3 () Oldukça seyrek

EK 3. Yaşam Kalitesi Ölçeği

Hastalar bazen aşağıdaki belirtiler yada sorunları olduğunu belirtmektedir. Eğer geçen hafta içinde aşağıdaki problemleri yaşadıysanız ne ölçüde olduğunu daire içine alarak cevaplayınız.

Geçtiğimiz Hafta	Hiç	Biraz	Oldukça	Çokfazla
Ne kadar öksürdünüz?	1	2	3	4
Kanlı öksürüğünüz oldu mu?	1	2	3	4
Dinlenme durumunda nefes darlığınız oldu mu ?	1	2	3	4
Yürürken nefes darlığınız oldu mu ?	1	2	3	4
Merdiven çıkarkan nefes darlığınız oldu mu ?	1	2	3	4
Ağzınızda dilinizde acı tat oldu mu ?	1	2	3	4
Yuma probleminiz oldu mu ?	1	2	3	4
Ellerde ve ayaklarda karıncalanma oldu mu ?	1	2	3	4
Saç dökülmesi oldu mu ?	1	2	3	4
Göğüs ağrısı oldu mu ?	1	2	3	4
Kol veya omuz ağrısı oldu mu ?	1	2	3	4
Vücudunuzun herhangi bir yerinde ağrı oldu mu ?	1	2	3	4
Evetse nerede ?				
.....				
Ağrı için ilaç aldınız mı ?				
1 hayır 2 evet				
Tedavi aldıysanız ne kadar işe yaradı ?	1	2	3	4

EK-4. Etik Kurul Onayı.

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/
Konu:

04/09/2012

KARAR

Kurulun Adı, Adresi

:Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ,
Dumlupınar Bulvarı Kampüs
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi ve Karar No

: 04.09.2012/244

Araştırmanın tam Adı

:“ Akciğer Kanseri Hastalarında Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanımı”

Sorumlu araştırmacının ismi

: Doç.Dr. Ömer ÖZBUDAK

Sorumlu Araştırmacı Doç.Dr. Ömer ÖZBUDAK tarafından yürütülecek olan “Akciğer Kanseri Hastalarında Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanımı” adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.

Prof.Dr. Şahin YAZAR
Başkan

Prof.Dr. Muzaffer SİNDEL
Başkan Yardımcısı

Öğr.Gör.Dr. M. Cumhur İZGİ
Raportör

Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM
Üye (Başka toplantıda)

Prof.Dr. Cemil APAYDIN
Üye

Prof.Dr. Metin ERKİLİÇ
Üye (Başka toplantıda)

Prof.Dr. A. Gökhan ARSLAN
Üye

Prof.Dr. Burhan SAVAŞ
Üye (İzinli)

Prof.Dr. Hakan ÖZDEMİR
Üye

Prof.Dr. Aykut ÇILLI
Üye

Doç.Dr. Aygen YILMAZ
Üye

Yrd.Doç.Dr. Hakan GÜLKESEN
Üye (Kongrede)

EK-5. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya velisinin,

Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı: Meral Kılıçarslan

İmzası: