

Kanser hastalarıyla çalışan hekimlerin yaşam kalitesine yönelik inanç ve tutumları: Karşılaştırmalı bir çalışma

Beliefs and attitudes of physicians dealing with cancer patients about quality of life: a comparative study

Ömer Aydemir,¹ Pınar Çelik,² Talha Müezzinoğlu³

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Psikiyatri Anabilim Dalı, ²Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

Özet

Amaç: Bu çalışmada, ülkemizde kanser hastalarıyla uğraşan hekimlerin yaşam kalitesine yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Hekimlerin yaşam kalitesine yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek amacıyla, Bezjak ve ark. tarafından geliştirilmiş anketten esinlenerek 32 sorulu bir anket geliştirildi. İki grup hekimden oluşan araştırma örneklemine 44 üroloji uzmanı, 73 göğüs hastalıkları uzmanı alındı.

Bulgular: Tüm hekimlerin yaşam kalitesi ölçümü konusunda olumlu düşüncelere sahip oldukları, ancak değerlendirmede kendi klinik kanaatlerini ölçek kullanımına yeğledikleri gözlemlendi. İki grup karşılaştırıldığında, göğüs hastalıkları uzmanlarının üroloji uzmanlarına kıyasla yaşam süresini uzatmaya ve tedavi seçiminde biyolojik parametrelere daha fazla önem verdikleri görüldü.

Sonuç: Kanserle uğraşan hekimler genel olarak yaşam kalitesi ölçümüne olumlu bakmaktadırlar. Göğüs hastalıkları uzmanları üroloji uzmanlarına göre kanser hastalarının bakımında yaşam kalitesine daha geri planda yer vermektedirler. Bunun nedeni uğraştıkları kanser türlerinin daha yüksek mortaliteye sahip olması olabilir.

Anahtar sözcükler: Sağlık personelinin davranışı; sağlık araştırması; hekimin rolü; yaşam kalitesi; anket.

Abstract

Objective: This study was designed to determine the beliefs and attitudes of physicians dealing with cancer patients about quality of life.

Materials and methods: For determining the beliefs and attitudes of physicians about quality of life, a 32-item questionnaire was developed, inspired by the questionnaire developed by Bezjak et al. Two diverse specialties of physicians were enrolled, including 44 urologists, and 73 chest physicians.

Results: It was found that all physicians had positive beliefs about quality of life, but they mainly relied on their own clinical experience instead of scales. When the two groups were compared, chest physicians seemed to accord more importance to prolong the patients' survival and to biological parameters in choosing the treatment than did urologists.

Conclusion: All physicians dealing with cancer care have positive attitudes towards quality of life assessments. Chest physicians weight quality of life as a low-rank issue compared to urologists in the care of cancer patients. This seems to be due to high mortality rates of lung cancer.

Key words: Attitude of health personnel; health surveys; physician's role; quality of life questionnaires.

Geliş tarihi (Submitted): 12.01.2009 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision): 14.06.2009

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'de sağlığı sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal tam iyilik hali olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi konusu sağlık bakım uygulamalarında ve araştırmalarda önem kazanmaya başlamıştır.^[1]

Özellikle kanser alanında yaşam kalitesine ilgi artarken, bunun araştırma alanı olması ötesinde klinik bakıma yansımaları merak konusudur. Kanser alanında

yaşam kalitesi çalışmaları hastaların algıladıkları sağlık durumlarını ortaya koyarken, çeşitli girişimlerin kanser hastalarının günlük yaşamlarına etkisini belirlemektedir. Bütün bunlara karşın gündelik tıp uygulamasında hastanın tedavisinin planlanması sırasında yaşam kalitesi değişkenleri daha geri plana gitmektedir.^[2]

Onkologların %80'i tedaviye başlamadan önce yaşam kalitesi verilerinin toplanması gereğini

vurgularken, ancak %50'si fiilen ölçüm yapmaktadır.^[3] Aslında onkologların %59'u yaşam kalitesi verisi toplamayı arzu ettiklerini belirtmektedirler. Ancak, onkologlar yaşam kalitesinin palyatif kemoterapi seçiminde bile en önemli değişken olmadığını vurgulamaktadırlar.^[4] Yaşam kalitesinin hastalığın hangi karar aşamasında seçildiği sorulduğunda, %31 oranında palyatif kemoterapi ilk sırada, %18 ile tedavi seçeneğinin belirlenmesi ikinci sırada yer almaktadır. Aslında, gündelik uygulamadaki duruma bakıldığında, hekimlerin yaşam kalitesi yerine hastaların işlevsellik durumunu sorguladıkları ortaya çıkmaktadır.^[3] Hekimler yaşam kalitesi kavramını ve ölçümünü kabul etseler bile, %77 oranında gündelik uygulamalarında yaşam kalitesini klinik deneyimleriyle ölçtüklerini bildirmektedirler.^[5] Bu sonuçlar, hekimlerin gerek yaşam kalitesi gerekse onu ölçme yöntemiyle ilgili farklı eğilimlerine dikkat çekmektedir.

Bu araştırmada, ülkemizde çalışmakta olan ve kanser hastalarıyla uğraşan hekimlerin yaşam kalitesine yönelik inanç ve tutumlarının belirlenmesine çalışıldı.

Gereç ve yöntem

Veri toplama formu

Hekimlerin yaşam kalitesine yönelik inanç ve tutumlarını belirlemek amacıyla, Bezjak ve ark.^[5,6] tarafından geliştirilmiş anketten esinlenerek 32 sorulu bir anket formu geliştirildi. Ankete hekimlerin bu ifadelerle yönelik olarak "tamamen katılıyorum", "katılıyorum", "kısmen katılıyorum" ve "hiç katılmıyorum" biçiminde dördümlü Likert tipinde (sıralı) değerlendirmesi eklendi. Anket formu, hekimlerin gündelik tıp uygulamalarında yaşam kalitesi, hastanın tedavi şansı ve yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin gündelik tıp uygulamasındaki konumu ve yaşam kalitesinin ölçüm yöntemleri gibi alanları kapsamaktaydı. Temel ifadelerden oluşan ankette hekimlerin ilk anda kendilerine en yakın gelen yanıtı işaretlemeleri istendi. Anket formunda yer alan ifadeler Tablo 1'de görülmektedir.

Oluşturduğumuz anketin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.6483 ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.6199-0.6577 arasında bulundu. Bu bulgular anketin güvenilir olduğunu gösterdi. Geçerlilik analizinde ise, yapı geçerliliği için varimax rotasyonu ile ana bileşenler yöntemiyle faktör analizi uygulandı. Toplam varyansın %68.46'sını açıklayan toplam 12 faktör elde edildi. Bu faktörlerde tüm ölçek maddelerinin faktör yükü 0.4'ün üzerinde

bulundu faktör yükünün üstünde alarak en az bir faktörde temsil edilmişlerdir. Birinci faktör ölçek kullanımını, ikinci faktör hekimin karar sürecini, üçüncü faktör yaşam kalitesi konusunun konuşulması, dördüncü ve dokuzuncu faktör tedavi seçiminde yaşam kalitesinin yeri, beşinci ve on birinci faktör kür şansında yaşam kalitesinin geri plana düşmesi, altıncı faktör yaşam kalitesi verilerinin önemi, yedinci faktör yaşam kalitesinin önemi, sekizinci faktör yaşam kalitesi kavramı, onuncu faktör tedavi ve onkolojide yaşam kalitesinin yeri, on ikinci faktör yaşam kalitesinin olumsuz getirileri temalarını içermekteydi. Bu faktörler hazırlanan anketin kullanımdaki çeşitli boyutları temsil ettiğini, yapı olarak geçerli olduğunu ve psikometrik açıdan kullanılabilir olduğunu gösterdi.

Örneklem grubu

Araştırma örneklemini iki grup hekimden oluşturuldu: üroloji ve göğüs hastalıkları uzmanları. Bu iki uzmanlık alanında özellikle kanser hastalarıyla çalışan hekimlerin eğilimleri belirlenmeye çalışıldı. Bu amaçla, Üroonkoloji Derneği tarafından düzenlenen yıllık toplantı sırasında, özellikle üroonkoloji alanında çalışan 44 ürolog seçildi ve bunlar çalışmaya gönüllü olarak katıldı. Göğüs hastalıkları uzmanlarına ise ağırlıklı olarak elektronik posta yoluyla anket uygulandı; çok az bir kesimine ise anket elden ulaştırıldı. Sonuçta, özellikle akciğer kanserleri ile ilgilenen 73 göğüs hastalıkları uzmanı çalışmaya alındı. Üroloji uzmanlarının yaş ortalaması 44.6 ± 5.8 idi ve tamamı erkekti. Göğüs hastalıkları uzmanlarının ise yaş ortalaması 43.0 ± 7.8 idi ve 40 (%55.6) erkek ve 32 (%44.4) kadından oluşmaktaydı (1 katılımcının cinsiyeti öğrenilemedi). Üroloji uzmanlarının uzmanlık süresi ortalama 14.7 ± 6.5 yıldır ve 38'i (%92.7) bir eğitim kurumunda çalışmaktaydı. Göğüs hastalıkları uzmanlarının ise uzmanlık süresi 12.4 ± 7.7 yıldır ve 59'u (%80.8) bir eğitim kurumunda, dokuzu (%12.3) hizmet kurumunda çalışmaktaydı.

İstatistiksel analiz

Verilerin karşılaştırılmasında sosyodemografik verilerden yaş, uzmanlık süresi gibi sayısal değerler için Student t-testi, cinsiyet gibi oransal değerler için ki-kare testi uygulandı. İki uzmanlık dalının katılımcılarını anket maddeleri açısından karşılaştırmak amacıyla ki-kare testi uygulandı. Anket maddelerinin uzmanlık dalları arasında nasıl bir sınıflandırma oluşturduğunu ortaya koymak amacıyla doğrusal regresyon analizi yapıldı. Bu amaçla, uzmanlık dalları bağımsız değişken, anket maddeleri ise bağımlı değişken olarak atandı. İstatistiksel analizlerde güven

aralığı %95 olarak alındı, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. İstatistiksel analizler SPSS paketi sürüm 10.0 ile yapıldı.

Bulgular

Her iki grubun anket sonuçları Tablo 1’de sunuldu. Buna göre uzmanlık alanları arasında farklılık göstermeyen ve hekimlerin genel olarak benimstedikleri eğilimlere bakıldığında, hekimlerin hemen tamamı hastalara iyi bakım vermek için yaşam kalitesine inandıklarını ve önemini hep koruyacağını düşündüklerini bildirdi. Hekimlerin azımsanmayacak bir bölümü küratif değil ama palyatif tedavi seçimlerinde yaşam kalitesini daha ön plana aldıklarını, yaşamı uzatmak pahasına yaşam kalitesinden vazgeçebileceklerini, tedavi seçiminde yaşam kalitesinin kısmen bir baskı oluşturduğunu ve tedavi seçimini kısmen de olsa zorlaştırdığını belirtti. Hastalarda yaşam kalitesinin ölçümü göz önüne alındığında ise, hekimlerin kendi kanaatleri ile değerlendirdikleri, ölçek kullanımına da genel anlamda olumlu baktıkları, ama yaşam kalitesi ölçümünün pek anlaşılır olmadığı ve bu nedenle yaşam kalitesi ölçeklerini kullanmaya her zaman gönüllü olmadıkları görüldü.

İki uzmanlık grubu karşılaştırıldığında, yaşam kalitesine yapılan vurgunun kanser tedavisinde yaşam süresinin uzatılmasına bağlı olduğu ($p=0.039$), kür olasılığı düştükçe yaşam kalitesinin daha da fazla dikkate alındığı ($p=0.015$), tedavi seçiminde yaşam kalitesinden çok ilaç yan etkilerinin yönlendirici olduğu ($p=0.045$) ve şartlar daha uygun olsa yaşam kalitesinin daha fazla değerlendirileceği ($p=0.035$) düşünceleri göğüs hastalıkları uzmanları tarafından daha fazla ifade edildi. Üroloji uzmanlarında ise, yaşam kalitesinde kötüleşmeye karşın yaşam süresinin uzatılmasının başarı olduğu ($p=0.024$) ve onkolojideki birinci görevlerinin hastaların yaşamlarını kurtarmak olduğu ($p < 0.0001$) düşünceleri daha düşük oranda ifade edildi.

İki uzmanlık grubunun anket sonuçlarına göre sınıflandırıldığı regresyon analizinde elde edilen model, varyansın %59.9’unu (R^2) açıklamaktaydı ve istatistiksel olarak anlamlıydı ($F=2.302$, $p=0.002$). İki grubu sınıflandıran maddelerin, “Yaşam kalitesine yapılan vurgu, kanser tedavisinde yaşam süresinin uzatılmasına bağlıdır.” ($\beta=0.318$, $p=0.004$), “Onkolojideki birinci görevim hastaların yaşamını kurtarmaktır.” ($\beta=0.247$, $p=0.037$), “Hastalarım sormadıkça, yaşam kalitesi konularına girmem.”

($\beta=0.271$, $p=0.032$) ve “Şartlar daha uygun olsa, yaşam kalitesini daha fazla değerlendiririm.” ($\beta=0.242$, $p=0.047$) olduğu görüldü.

Tartışma

Tıpta gelişen teknoloji ve ilaç endüstrisinin başarılı çalışmalarıyla kanser tanı ve tedavisinde çok yol alınmıştır. Kanser tedavisinde seçenekler artmış ve bu seçenekler içinde hastaya en uygun olanının araştırılıp bulunması gereği doğmuştur. Bu sayede hastaların yaşam sürelerinde uzama sağlanmış; ancak, bu da uzayan yaşamda yaşamın niteliğinin sorgulanmasını gündeme getirmiştir. Tedavi seçiminde fizyolojik ve patofizyolojik parametrelerin yanı sıra yaşam kalitesi değişkenlerinin de dikkate alınması gereği vurgulanmaktadır. Çalışmamızda, kanser hastalarıyla ilgilenen göğüs hastalıkları ve üroloji uzmanlarının yaşam kalitesi konusundaki inanç ve tutumları ortaya konmuştur. Bu amaçla, yaşam kalitesi alanında kanserle uğraşan hekimlerin tutum ve davranışlarını en kapsamlı olarak araştıran Bezzak ve ark.^[5] tarafından hazırlanan anket tercih edilmiştir. Her iki uzmanlık alanındaki hekimler genellikle yaşam kalitesine olumlu bakmakta ve hastaların yaşam kalitesini dikkate almaktadırlar. Hekimler, yaşam kalitesini dikkate almanın hastayı bir bütün olarak ele almak anlamına geldiğini bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda kanser tedavisiyle uğraşan hekimler yaşam kalitesi ölçümüne genellikle olumlu yaklaşım göstermekte ve hastalarda yaşam kalitesinin geliştirilmesi gereğine inandıklarını belirtmektedirler.^[7,8]

Yaşam kalitesi parametrelerinin gündelik tıp uygulamasında hasta bakımı için kullanılması çalışma grubumuzdaki her iki grup hekim tarafından da kabul görmektedir. Hastalar talep etmeseler dahi, hekimler yaşam kalitesini araştırmaya gönüllü olmakta ve zaman ayırmaktadırlar. Bu amaçla, günlük uygulamalarını yönlendirmek üzere yaşam kalitesi çalışmalarını takip etmektedirler. Aynı anketle Kuzey Amerika’da (Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada) yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.^[5] Ancak, hastanın durumu dikkate alındığında, hekimlerin yaşam kalitesi konusundaki tutumları, inançlarına göre bazı farklılıklar göstermektedir. Hastanın kür şansının bulunması durumunda yaşam kalitesinden kolayca vazgeçilebileceği ifade edilmektedir ve hekimler tedavi seçiminde yaşam kalitesi parametrelerinin işlerini zorlaştırdığını ve üzerlerinde baskı yarattığını belirtmektedirler. Yani yaşam süresinin uzatılması olasılığının daha yüksek olduğu hastalarda yaşam

Tablo 1. Grupların özellikleri ve biyopsi öncesi ve sonrası idrar mikroskopisi ve kültür sonuçları

	Hiç katılmıyorum		Pek katılmıyorum		Kısmen katılıyorum		Tamamen katılıyorum	
	Göğüs	Üroloji	Göğüs	Üroloji	Göğüs	Üroloji	Göğüs	Üroloji
1. Yaşam kalitesi verileri kanserli hastalara iyi bakım verebilmek için gereklidir.*	0.0	0.0	2.7	0.0	28.8	14.0	68.5	86.0
2. Yaşam kalitesi ölçmesi olanaksız bir öznel kavramdır.	32.9	29.5	39.7	45.5	27.4	25.0	0.0	0.0
3. Yaşam kalitesi verileri gerçek hasta bakımı için kullanışlı değildir.	35.6	51.2	45.2	27.9	19.2	16.3	0.0	4.7
4. Yaşam kalitesine şu an yapılan vurgu zaman içinde sönecektir.	53.4	50.0	37.0	40.9	6.8	6.8	2.7	2.3
5. Onkolojideki tüm randomize klinik çalışmalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gereklidir.	6.8	2.3	6.8	13.6	27.4	40.9	59.8	43.2
6. Yaşam kalitesi karar verici konumdaki hekimin üzerinde baskı yaratmaktadır.	18.1	9.3	41.7	32.6	31.9	51.2	8.3	7.0
7. Yaşam kalitesine yapılan vurgu, kanser tedavisinde yaşam süresinin uzatılmasına bağlıdır.*	8.2	23.3	35.6	44.2	39.7	25.6	16.4	7.0
8. Randomize klinik çalışmalarda yaşam kalitesi parametresinin eklenmesi hastaların katılımını artıracaktır.	5.6	4.7	18.1	18.6	45.8	51.2	30.6	25.6
9. Hastalarının çoğu, en ufak kür/iyileşme şansı için yaşam kalitesinden vazgeçebilirler.	12.5	11.6	34.7	48.8	44.4	39.5	8.3	0.0
10. Yaşam kalitesi ile ilgili konuşmak, hastaların hastalığı yanında kendileriyle de ilgilenildiği duygusunu yaratır.	1.4	0.0	2.8	0.0	25.0	29.5	70.8	70.5
11. Onkolojideki birinci görevim hastaların yaşamını kurtarmaktır.*	2.3	6.8	9.1	23.3	34.1	52.1	54.5	17.8
12. Yaşam kalitesini dikkate almak tedavi seçimini zorlaştırmaktadır.	20.5	15.9	39.7	38.6	32.9	34.1	6.8	11.4
13. Bana göre, yaşam kalitesinin kötüleşmesine karşı yaşam süresini uzatmak yine de başarıdır.*	11.4	24.7	38.6	50.7	38.6	21.9	11.4	2.7
14. Yaşam kalitesinin en önemli getirisi hastayı bir bütün olarak tedavi etme olanağıdır.	0.0	0.0	2.7	0.0	26.0	15.9	71.2	84.2
15. Küratif tedavi durumunda yaşam kalitesi konuşmaya başladığımda, hasta kür şansının olmadığını düşünür.	19.2	34.1	54.8	40.9	23.3	20.5	2.7	4.5
16. Hastalara yaşam kalitesini ölçmelerini doldurmalarını öneririm.	8.2	4.5	9.6	15.9	32.9	31.8	49.3	47.7
17. Yaşam kalitesini kendi klinik kanaatimle değerlendiririm.	15.5	26.2	25.4	28.6	43.7	35.7	15.5	9.5
18. Günlük uygulamayı yönlendirmek için yaşam kalitesi üzerine çalışmaları okurum.	2.7	4.7	11.0	18.6	49.3	53.5	37.0	23.3
19. Tedavi seçiminde yaşam kalitesinden çok, ilaç yan etkileri beni yönlendirir.*	11.0	9.1	34.2	59.1	50.7	27.3	4.1	4.5
20. İster küratif ister palyatif olsun, yaşam kalitesini her tedavi seçiminde dikkate alırım.	1.4	4.5	8.2	13.6	37.0	47.7	53.4	34.1
21. Hastalarla yaşam kalitesi konusunda konuşacak zaman bulamam.	35.6	36.4	32.9	43.2	26.0	18.2	5.5	2.3
22. Kür olasılığı düştükçe, yaşam kalitesini daha fazla dikkate alırım.*	2.7	13.6	16.4	20.5	26.0	29.5	54.8	36.4
23. Hastalarım sormadıkça, yaşam kalitesi konularına girmem.	43.8	52.3	41.1	36.4	11.0	6.8	4.1	4.5
24. Bana göre yaşam kalitesi konuşulması önemliyse, hasta talep etmese bile konuşurum.	1.4	4.5	5.6	4.5	31.9	25.0	61.1	65.9
25. Geçerli-güvenilir yaşam kalitesi ölçekleri olsa bile, sonuçlarını hastalarım uygulamak istemem.	52.1	63.6	41.10	29.5	4.1	6.8	2.7	0.0
26. Şartlar daha uygun olsa, yaşam kalitesini daha fazla değerlendiririm.*	1.4	2.3	0.0	9.1	35.6	40.9	63.0	47.7
27. Hasta insanlardan yaşam kalitesi ölçekleri doldurmayı isteyemem.	52.1	65.9	32.9	25.0	15.1	6.8	0.0	2.3
28. Ben klinik bakıma zaman ayırıyorum, yaşam kalitesi işini başkasına bırakırım.	65.3	62.8	20.8	14.0	12.5	20.9	1.4	2.3
29. Yaşam kalitesi bulguları daha anlaşılır olsa, daha fazla kullanırdım.	11.0	11.4	20.5	18.2	45.2	50.0	23.3	20.5
30. Makalelerde yaşam kalitesi ölçümleri klinik olarak önerile bile, ben pek kullanacağımı sanmıyorum.	47.9	46.5	32.9	44.2	16.4	7.0	2.7	2.3
31. Yaşam kalitesinin karmaşıklığı görüldükçe, daha az kullanılacaktır.	31.5	37.2	46.6	37.2	19.2	23.3	2.7	2.3
32. Çalıştığım kurum ya da mevzuat gerekli görse, ancak o zaman yaşam kalitesi ölçümü yaparım.	56.2	61.4	30.1	27.3	12.3	11.4	1.4	0.0

* p<0.05

kalitesini dikkate almaya gönüllü değildirler. Benzer şekilde, İtalyan onkologlar kanser hastalarında kür şansı var olduğunda yaşam kalitesi parametrelerini geri plana atabilmektedirler.^[9] Yani, yaşam kalitesi konusuna yaklaşımları koşulludur ve kür şansı

bulunan hastalarda etkili ama toksik tedavileri yaşam kalitesinin kötüleşmesi riskine karşı seçebilmektedirler. Aslında hekimlerin hastanın klinik durumu ve tedavi ihtiyacı ne olursa olsun, yaşam kalitesi parametrelerini hastalarıyla paylaşmaları

ve hastanın katılımını artırmaları en doğrusu gibi görünmektedir.

Hekimlerin yaşam kalitesi ölçümü ile ilgili genel yaklaşımları olumlu olsa bile, hastalar üzerinde değerlendirilmesi konusunda bazı kuşkuları bulunmaktadır. Çalışma grubumuzun yaklaşık dörtte biri kısmen de olsa yaşam kalitesinin ölçülemez olduğuna inanmaktadırlar ve bu nedenle kendi yargılarını kullanmaktadırlar. Bunun altında yatan neden olarak ise yine hekimlerin yaklaşık üçte birinin yaşam kalitesi kavramını anlaşılır olarak görmemeleri kabul edilebilir. Ancak, yine de hekimler hastalarından yaşam kalitesi ölçeklerini doldurmalarını isteyebileceklerini ve bu ölçeklerin sonuçlarını hastalarına uygulayabileceklerini belirtmektedirler. Başka çalışmalarda da benzer durumla karşılaşmıştır. Örneğin, Avrupa Kanser Birliği araştırmasında hekimlerin %94'ü yaşam kalitesi ölçeklerinin sonuçlarını kullanabileceklerini belirtirken, aynı hekimlerin %77'si yaşam kalitesi değerlendirmesinde kendi klinik kanaatlerini kullandıklarını belirtmişlerdir.^[10] Çelişkili gibi görünen bu bulgu aslında yaşam kalitesi ölçeklerinin verdiği kavramların karmaşıklığından ve anlaşılır olmamasından kaynaklanmaktadır. Sonuçta, yaşam kalitesi ölçeklerinin gündelik uygulamaya giremediği bilinmektedir.^[3,11] Hekimlerin yaşam kalitesi ölçeklerini daha iyi tanımaları ve ölçeklerin üstünlükleri ve sınırlılıklarını bilmeleri hem kullanımlarını artıracak, hem de araştırma dışında gündelik tıp uygulamalarında da kullanımını sağlayacaktır.

Aynı anketi kullanmanın verdiği avantajla, bu çalışmadan elde edilen sonuçlar Bezjak ve ark.nın^[2] elde ettiği sonuçlarla karşılaştırılmıştır. Öncelikle belirtmek gerekir ki, çalışmamızda hekim grubunu kanser hastalarıyla çalışan onkoloji dışı hekimler oluştururken, Bezjak ve ark.nın çalışmasını ise doğrudan onkologlar oluşturmaktadır. Karşılaştırmalar istatistiksel olarak değil, oransal olarak yapılmıştır. Kuzey Amerika'daki onkologlar karar aşamasında yaşam kalitesi ile ilişkili olarak üzerlerinde Türkiye'deki hekimlerden daha fazla baskı hissetmektedirler. Yine Kuzey Amerika'daki onkologlar yaşam kalitesine yapılan vurgunun yaşam süresini uzatamamaya bağlı olduğunu daha fazla ileri sürmektedirler. Kuzey Amerika'daki onkologların ancak üçte biri görevlerinin yaşam kurtarmak olduğunu ifade etmektedirler, oysa bu oran ülkemiz hekimlerinde çok daha yüksektir. Ülkemiz hekimlerinin yaklaşık %40'ı yaşam kalitesinin tedavi seçimini zorlaştırdığını belirtirken, bu oran Kuzey Amerika'daki onkologlarda üçte birdir. Yine Kuzey

Amerika'daki onkologların %90'ı yaşam kalitesindeki kötüleşmeye karşın yaşam süresini uzatmanın başarı olmadığını düşünmektedir; oysa ülkemiz hekimleri buna çok daha fazla inanmaktadır. Kuzey Amerika'daki onkologlar da yaşam kalitesini dörtte üç oranında kendi klinik kanaatleriyle değerlendirmektedirler ve ülkemiz hekimleri ile aynı oranda yaşam kalitesi bulgularını anlaşılabilir bulmaktadırlar. Kuzey Amerika'daki onkologların ancak yarısı günlük uygulamalarını yönlendirmek amacıyla yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmaları izlemektedirler; oysa ülkemiz hekimlerinde bu oran çok daha yüksektir. Ülkemiz hekimlerinin neredeyse %85'i her tedavi seçiminde yaşam kalitesini dikkate alırken, bu oran Kuzey Amerika'daki onkologları için %60 civarındadır. Bütün bu farklar gözden geçirildiğinde, Kuzey Amerika'daki onkologlar büyük olasılıkla sağkalımı daha düşük hastalarla çalıştıklarından yaşam kalitesini kendi tıbbi koşulları ve sınırlılıkları içinde dikkate almaktadırlar ancak önemsemektedirler. Diğer yandan, ülkemiz hekimleri yaşam süresini uzatmak söz konusu olduğunda yaşam kalitesini geri plana atabilmektedirler. Tüm hekimler yaşam kalitesi verilerini anlaşılması zor bulmakta ve bu nedenle değerlendirmede kendi klinik kanaatlerini beklenenden daha fazla kullanmaktadırlar.

Çalışmamızdaki iki hekim grubunun karşılaştırılmasında bazı önemli farklılıklar dikkat çekmektedir. Göğüs hastalıkları uzmanları kendi görevlerini öncelikle yaşam kurtarmak olarak görmek ve bu çerçevede üroloji uzmanlarına kıyasla yaşam süresini uzatmak adına yaşam kalitesinden vazgeçebileceklerini, tedavi seçiminde kemoterapotiklerin kimyasal özelliklerini diğer özelliklerinden daha fazla hesaba katacaklarını ve ancak çalışma şartları daha uygun olduğunda yaşam kalitesini daha fazla dikkate alacaklarını belirtmektedirler. Regresyon analizi ile iki grup sınıflandırıldığında modele uyan maddeler, ortalamaların karşılaştırdığı varyans analizine paralel şekilde elde edilmiştir ve göğüs hastalıkları uzmanları grubuna ait olmak, yaşam kalitesine yapılan vurgunun yaşam süresini uzatamamaya bağlı olduğu ve hekimlerin birinci görevlerinin yaşam kurtarmak olduğu inancı ile, ancak hastaları talep edince yaşam kalitesi konularına değineceği ve şartları ancak daha uygun olsa yaşam kalitesini daha fazla değerlendireceği davranışı ile oluşmaktadır. İki grup genel olarak karşılaştırıldığında ise, göğüs hastalıkları uzmanları üroloji uzmanlarına göre kanser hastalarının bakımında yaşam kalitesine daha geri planda yer vermektedirler. Bunun nedenleri olarak

akciğer kanserlerinin genellikle ileri evrede saptanması, ileri evrede tanı konan kanserli hastalarda tedavi yöntemlerinin ağırlıklı olarak kemoterapi ve radyoterapi olması ve sağkalım oranlarının oldukça düşük olması sayılabilir.^[12,13] Bir diğer neden ise, üroloji uzmanlarının cerrahi tedaviyle önemli oranda başarı sağlayıp yaşam kalitesini çok fazla bozan tedavilerle uğraşma gereksinimi hissetmemeleri; ama diğer yandan göğüs hastalıkları uzmanları ise hızlı ilerleyen, kemoterapi ve radyoterapi toksisitelerinin söz konusu olduğu bir alanda çalışıyor olmaları temel tercihlerde farklılık yaratıyor olabilir. Zaten üroonkolojide yer alan durumlar yaşam kalitesini ileri derecede bozmamaktadır.^[14]

Bu çalışmanın kısıtlılığı sadece yanıt veren uzmanlarla sınırlı olması ve bu nedenle de genellemeye sınırlı olanak tanınmasıdır. Genelleme yapabilmek için evreni temsil eden daha geniş örneklem grubuyla çalışmak gerekir. Diğer yandan, anket tekniği yerine derinlemesine görüşmelerle uzmanların inanç ve tutumlarının ayrıntılı biçimde anlaşılması da bulguların yorumlanabilirliğini artıracaktır. Bir diğer konu, her iki klinisyen grubuna aynı ve eşit şartlarda anket doldurulmamış olması, sonuçları etkileyebileceğinden, okuyucuların bunu göz önünde bulundurmaları gerekir. Anket uygulanan iki uzmanlık alanının hem ilgilendikleri organ sistemi hem de uyguladıkları tedavi yöntemleri açısından ayrışmaları da sonuçların karşılaştırılabilirliği yönünden dikkatli olmayı gerektirmektedir. Her iki örneklemin de cerrahi dallardan seçilmesi sonuçların nesnellliğini arttırdı. Ayrıca, iki uzmanlık dallarında farklı deneyim düzeyinde hekimlerin yer alması yöntem açısından bir sınırlama getirmektedir. Araştırmamızın üstünlüğü ise, oldukça ayrıntılı bir soru listesi ile her iki alanın kanser hastalarıyla çalışan uzman hekimleri hedeflenerek yapılan bir eğilim belirleme çalışması olmasıdır.

Sonuç

Kanser seyrinin daha iyi gitmesi ve bakımının gün geçtikçe önem kazanması hekimlerin biyolojik parametreler dışında psikososyal parametreleri dikkate almalarını gerektirmektedir. Bu çalışma bu yönde ülkemizde ilk kez yapılan bir eğilim belirleme çalışmasıdır. Durumun belirlenmesi ve geliştirilmesi için stratejilerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada bazı noktalar dikkat çekicidir. Her iki uzmanlık alanının hekimleri yaşam kalitesine önem vermektedirler. Ancak, yaşam kalitesi ölçeklerinin karmaşık yapısı hekimleri ölçek yerine kendi kanaatlerini kullanmaya itmektedir. Hekimlerin çalışma

koşulları zorlaştıkça ve hastaların kür şansı belirdikçe yaşam kalitesi parametreleri ihmal edilebilmektedir. Daha yüksek mortaliteye sahip kanser hastalarıyla çalışan göğüs hastalıkları uzmanları yaşam süresini uzatmak pahasına yaşam kalitesinden daha kolayca vazgeçebilmektedirler. Bu çalışmadan elde edilen çıkarımlar ise, yaşam kalitesi ölçeklerinin tüm hekimlere daha iyi tanıtılması, kanserin evresinden bağımsız olarak tüm hastalarda tedavi planlanmasında karşılıklı işbirliğinin artırılması ve bu aşamada yaşam kalitesinin de dikkate alınması için hekimlerin eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekliliğidir.

Kaynaklar

1. The first ten years of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1958.
2. Till JE, Osoba D, Pater JL, Young JR. Research on health-related quality of life: dissemination into practical applications. *Qual Life Res* 1994;3:279-83.
3. Morris J, Perez D, McNoe B. The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res* 1998;7:85-91.
4. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaronson NK. Role of health-related quality of life in palliative chemotherapy treatment decisions. *J Clin Oncol* 2002;20:1056-62.
5. Bezjak A, Ng P, Skeel R, Depetrillo AD, Comis R, Taylor KM. Oncologists' use of quality of life information: results of a survey of Eastern Cooperative Oncology Group physicians. *Qual Life Res* 2001;10:1-13.
6. Bezjak A, Ng P, Taylor K, MacDonald K, Depetrillo AD. A preliminary survey of oncologists' perceptions of quality of life information. *Psychooncology* 1997;6:107-13.
7. Gough IR, Dalglish LI. What value is given to quality of life assessment by health professionals considering response to palliative chemotherapy for advanced cancer? *Cancer* 1991;68:220-5.
8. Walsh DL, Emrich LJ. Measuring cancer patients' quality of life. A look at physician attitudes. *N Y State J Med* 1988;88:354-7.
9. Belli G, Tamburini M, Paci E. What do Italian hospital physicians know about quality of life assessment in oncology? *Tumori* 1994;80:24-7.
10. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: are available health status surveys adequate? *Qual Life Res* 1995;4:293-307.
11. Feinstein AR. Benefits and obstacles for development of health status assessment measures in clinical settings. *Med Care* 1992;30(5 Suppl):MS50-6.
12. Groome PA, Bolejack V, Crowley JJ, Kennedy C, Krasnik M, Sobin LH, et al; IASLC International Staging Committee; Cancer Research and Biostatistics; Observers to the Committee; Participating Institutions. The IASLC Lung Cancer Staging Project: validation of the proposals for revision of the T, N, and M descrip-

- tors and consequent stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification of malignant tumours. J Thorac Oncol 2007;2:694-705.
13. Postmus PE, Brambilla E, Chansky K, Crowley J, Goldstraw P, Patz EF Jr, et al; International Association for the Study of Lung Cancer International Staging Committee; Cancer Research and Biostatistics; Observers to the Committee; Participating Institutions. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for revision of the M descriptors in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification of lung cancer. J Thorac Oncol 2007;2:686-93.
14. Zorlu F, Müezzinoğlu T. Üroonkolojide yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2005;1:105-12.
- Yazışma (Correspondence):** Dr. Talha Müezzinoğlu. Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, 45010 Manisa.
Tel: 0236 - 232 31 33 e-posta: talhadr@yahoo.com