

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**KÖTÜ HABER VERME SÜRECİNİN MEME KANSERİ HASTALARI
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MERVE DÖKÜMCÜ ÇAKAN

DANIŞMAN

PROF. DR. GÜLER BAHADIR

**PREVANTİF ONKOLOJİ ANA BİLİM DALI
PSİKO-SOSYAL ONKOLOJİ VE EĞİTİMİ PROGRAMI**

İSTANBUL -2019

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı,
Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Merve
DÖKÜMCÜ ÇAKAN tarafından Prof.Dr.Güler BAHADIR'ın danışmanlığında hazırlanan
“Kötü Haber Verme Sürecinin Meme Kanseri Hastaları Açısından Değerlendirilmesi” başlıklı
tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 12/09/2019 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında
başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Jüri Başkanı

Prof.Dr.Rasim MERAL
İ.Ü.Onkoloji Enstitüsü
Klinik Onkoloji Anabilim Dalı
Radyasyon Onkolojisi B.Dalı



Jüri-Danışman

Prof.Dr.Güler BAHADIR
İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı



Jüri

Dr.Öğr.Üyesi Nevin KILIÇ
Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi
Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim
Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

“Merve Dökümcü Çakan”

(İmza)



İTHAF

Aileme ve babamın anısına ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜRLER

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, bana her konuda gerek destek olan, anlayışlı ve yapıcı tez danışmanım değerli hocam Profesör Psikolog Güler Bahadır'a

Hayatım boyunca sürekli yanımda olduğunu hissettiren, hayata bakışımı güzelleştiren ve psikoloji mesleğini seçmemde ışık olan canım annem ve dostum Figen Dökümcü' ye, sevgisini ve varlığını hep hissettiğim bir tanem babam Recai Dökümcü' ye, hayatımın her noktasında beni tamamlayan, iyi ki benim kardeşim dediğim diğer yarım canım Kübra Üzey' e,

Karşılaştığım tüm zorluklarda yanımda yer alarak beni her daim destekleyen, yaşamı birlikte keyifle paylaştığım ve her anımda sevgisiyle güçlendiğim sevgili eşim, dostum, canım Hakan Çakan' a

Her zaman ve bu süreçte desteklerini ve sevgilerini hep hissettiğim sevgili babam Hıdır Çakan, annem Menekşe Çakan ve ablam Arzu Çakan' a

Tez çalışmam boyunca akademik anlamda bana ışık olan ve bütün bu süreci benimle birlikte özenle yürüten, arkadaşlık desteğini hiç esirgemeyen tezin her bölümünde gerek motivasyon kaynağım, gerek manevi danışmanım olarak yol gösteren Tuğba Pirinçcioğlu' na

Son olarak bu tezin ortaya çıkmasını değerli katılımlarıyla mümkün kılan saygılı meme kanseri tedavisi tamamlamış kontrole gelen hastalarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Merve Dökümcü Çakan

2019

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜRLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	İX
SEMBOLLER /KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	İİ
1.1. Araştırmanın Amacı	2
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. Tıpta Kötü Haber Verme.....	4
2.1.1. Hasta Açısından.....	5
2.1.2. Hasta Yakını Açısından	7
2.1.3. Hekim ve Sağlık Çalışanı Açısından.....	8
2.2. Kötü Haber Verme Protokolleri	10
2.2.1. ABCDE Protokolü.....	11
2.2.2. SPIKES Protokolü	14
2.2.3. BREAKS Protokolü	18
2.2.4. Girgis ve Sanson-Fisher Çalışması.....	21
2.2.5. Ani Ölüm Haberi Verme GRIEV_ING Protokolü.....	22
2.3. Meme Kanseri	24
2.3.1. Tanımı	24
2.3.2. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Psikolojisi ve Tepkileri.....	25
2.4. Kanser Hastalarının Kötü Haberi Almaya İlişkin Tutum ve Algıları	27
3. GEREÇLER VE YÖNTEM	İİ
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.2. Örneklemenin Seçilme Yöntemi İşleme ve Dışlama Ölçütleri.....	30

3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçek Form ve Testler	30
3.3. 1. Yarı Yapılandırılmış Anket Formu	31
3.3.2. Poliklinik Görüşme Formu.....	31
3.3.3. Beck Depresyon Envanteri.....	32
3.3.4. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği	32
3.3.5. Eysenck Kişilik Envanteri	33
3.4. İstatistiksel İşlemler	34
4. BULGULAR.....	36
4.1. Poliklinik Görüşme Form Soru Cevaplarına İlişkin Bilgiler	36
4.2. Yarı Yapılandırılmış Anket Soru Cevaplarına İlişkin Bilgiler	41
4.3. Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	45
4.4. Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Birbirleri Arasındaki Korelasyon	45
4.5. Demografik Değişkenlere Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
4.6. Kötü Haberin Verilme Tarzına Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	52
4.7. Kötü Haberin Verilme Tarzı Hastanın Hastalığa Olan Tepkilerini Etkiler mi?	56
4.8. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlar Hastanın Kötü Haberi Alma Memnuniyetini Etkiler mi?	63
4.9. Kötü Haberin Verilme Tarzı Duyguları İfade Etme Fırsatının Verilmesini Etkiler mi?	72
4.10. Teşhisin Verildiği Yer ve Ortamı Hastalar Nasıl Algılamıştır?.....	74
5. TARTIŞMA	75
5.1. Sonuç.....	80
5.2. Öneriler	80
5.3. Sınırlılıklar	81
6.KAYNAKLAR	82

FORMLAR	90
ETİK KURUL KARARI	110
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	111
ÖZGEÇMİŞ	114



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sosyo Demografik Bilgiler.....	36
Tablo 2. Yaş ve Evlilik Sürelerine İlişkin Bilgiler.....	37
Tablo 3. Dosya Bilgileri.....	37
Tablo 4. Tıbbi Hastalık Öyküsü.....	38
Tablo 5. Hastaların hastalıkla ilgili algıları	38
Tablo 6. Psikososyal Değerlendirme.....	39
Tablo 7. Hastalığın Yaşam Alanlarını Etkileme Durumları.....	40
Tablo 8. Teşhisi Öğrenme Süreci (1).....	41
Tablo 9. Teşhisi Öğrenme Süreci (2).....	42
Tablo 10. Teşhisi Öğrenme Süreci (3).....	43
Tablo 11. Teşhis Söylendiğinde Hissedilen Duygu.....	44
Tablo 12. Hastalık Hakkında Araştırma Yapma.....	44
Tablo 13. Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	45
Tablo 14. Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Birbirleri Arasındaki Korelasyon.....	46
Tablo 15. Yaş ve Evlilik Süreleri ile Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon.....	47
Tablo 16. Eğitim Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 17. Medeni Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 18. Ekonomik Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	50

Tablo 19. Yaşadıkları Yerlere Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
---	----

Tablo 20. Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi İle İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olmasına Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
--	----

Tablo 21. Bilgilendiren Kişi O An Yaşanılan Duygu Durumunu Anlayıp Ona Göre Davranma, Anladığı Gösteren Konuşma Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
--	----

Tablo 22. Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilme Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
---	----

Tablo 23. Empatik Yaklaşıldığını Düşünme Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
---	----

Tablo 24. Ümitsiz Mesaj Verilme Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
--	----

Tablo 25. Kötü Haberin Verilme Tarzına Göre İlk Konuşmanın En Moral Bozucu yanı.....	58
---	----

Tablo 26. Kötü Haberin Verilme Tarzına Göre Tedavi Hakkında Daha Fazla Bilgilendirilmek İsteme.....	60
--	----

Tablo 27. Kötü Haberin Verilme Tarzına Göre Teşhisin Söylendiği Zamanki Duygu Durumları.....	62
---	----

Tablo 28. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Konuşma Süresini Yeterli Bulma.....	64
--	----

Tablo 29. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Teşhisin Öğrenildiği Ortamı Rahat ve Uygun Bulma.....	66
--	----

Tablo 30. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Teşhis ve Uygulanacak Tedavi İle İlgili Verilen Bilgileri Açıklayıcı Bulma.....	68
--	----

Tablo 31. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Tedavi Hakkında Daha Fazla Bilgilendirilmek İsteme.....	70
--	----

Tablo 32. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Empatik Yaklaşılma72

Tablo 33. Kötü Haberin Verilme Tarzı Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilmesini Etkiler mi?.....73

Tablo 34. Teşhisin Öğrenildiği Yere Göre Ortamın Rahat ve Uygun Olduğunu Düşünme.....74



KISALTMALAR LİSTESİ

ABCDE: Advance preparation, Build a therapeutic environment, Communicate well, Deal with patient and the family reactions, Encourage and validate emotions

BREAKS: Background, Rapport, Explore, Announce, Kindling, Summarize.

GRIEV_ING: Gather, Resources, Identify, Education, Verify, Space, Inquire, Nuts and bolts, Give

SPIKES: Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy and Summary

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

Ss: Standart sapma

BDI: Beck Depression Inventory (=BDE)(=TS) Beck Depresyon Envanteri

EPI: Eysenck Personality Inventory (=EKE)(=TS) Eysenck Kişilik Envanteri

STAI 2: State-Trait Anxiety Inventory (=SKÖ)(=TS) Sürekli Kaygı Envanteri

WHO: World Health Organisation

ÖZET

Dökümcü Çakan M. (2019). Kötü Haber Verme Sürecinin Meme Kanseri Hastaları Açısından Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikososyal Onkoloji ve Eğitim/Prevantif Onkoloji ABD, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışmada meme kanseri hastalarının kötü haberi öğrenme sürecindeki durum ve koşullarının neler olduğu, görüşmenin içeriğinin nasıl gerçekleştiği, hastalar açısından görüşmenin nasıl gerçekleştirildiği değerlendirilmiş ve elde edilen veriler hastaların kişilik özellikleri ve duygu durumları dikkate alınarak çeşitli açılardan incelenmiştir. Katılımcılar meme kanseri teşhisi konulduktan sonra herhangi bir tedavi şeklini en az altı ay önce tamamlamış, 18-70 yaş arası, görüşmeye katılmayı kabul eden, mental yeterliliğe sahip 53 kişiden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak Poliklinik Görüşme Formu, Eysenck Kişilik Envanteri, Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, Beck Depresyon Envanteri, Sürekli Kaygı Envanteri sırasıyla hastalar ile görüşmecinin birebir kaldıkları görüşme odasında, hastalara soru cevap şeklinde ölçeklerin görüşmeci tarafından doldurulması ile gerçekleşmiştir. Araştırmada hastalardan %94,32'si tanının söylendiği görüşme süresince hiçbir kesintiye uğramadıklarını ifade etmektedirler. Haberin verilme aşamasında hastaların %62,3'ü en moral bozucu yanın “teşhisin söylendiği an” olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların en çok yaşadığı duygunun üzüntü olduğu, hastaya duyguları ifade etme fırsatı verilmediğinde ise üzüntü ile birlikte korku duygusunun arttığı görülmüştür. Aklından geçenleri sorma fırsatı bulan 28 kişiden 22'si, görüşmede verilen bilgilerin açıklayıcı olduğunu düşünmektedir. Doktorun açıklamalarının anlaşılır ve açıklayıcı olduğunu düşünen hastalardan 32 kişiden 27'si ve açıklamaları yeterli değerlendiren 43 hastadan 31'i, hekimlerin empatik yaklaşıtlarını düşünmektedirler. Hastalar akıllarından geçen soruları sorma fırsatı bulduklarında verilen bilgilerin açıklayıcı olduğunu düşünmektedirler. Verilen bilgiler açıklayıcı olduğunda doktorun yaklaşımını empatik olarak değerlendirmektedirler. Sordukları sorulara açıklayıcı ve yeterli cevap alamadığını düşünen hastaların çoğu görüşmenin süresini de yeterli bulmamışlardır. Hastaların neredeyse tamamına yakını %85'i hastalığın ortaya çıkış nedeni olarak psikolojik faktörlerin etkili olduğunu ifade etmektedirler. Hastaların kötü haberi öğrenme koşul ve durumları ile kişilik özellikleri, genel kaygı ve depresyon değerleri arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelime: Kötü haber, kanser, meme kanseri, empati, kişilik özellikleri

ABSTRACT

Dökümcü Çakan M. (2019). Evaluation of The Process of Delivering Bad News to Breast Cancer Patients. Istanbul University Health Science Institute, Psychosocial Oncology and Educational/Preventative Oncology USA. Master's Thesis, Istanbul.

In this study, the circumstances and conditions of breast cancer patients during the process of learning the bad news, content of how the communication took place, evaluation of how the communication took place from the patients' perspective and the obtained data, were examined from various perspectives by taking into consideration the personality traits and emotions and moods of the patients. The 53 participants consisted of mentally competent individuals aged between 18-70 years who had agreed to participate in the interview and at least six months had passed after any form of treatment had been completed following their breast cancer diagnosis. Clinic Interview Form, Eysenck Personality Questionnaire, Semi-Structured Interview Form, Beck Depression Inventory, and STAI Anxiety Inventory were used as data collection tools in the interview room where patients and interviewer met one to one. 94.34% of the patients said that they were not interrupted during the session, in which they were given their diagnosis. During the notification phase, 62.3% of the patients said that the most demoralizing part was "the moment when the diagnosis was given." The most common feeling shared by the patients was sadness and when the patients were not given the opportunity to express themselves, it was observed that fear was also added to the feeling of sadness. 22 out of 28 patients, who were given the opportunity to ask questions, thought that the information given to them during the session was explanatory. 27 out of 32 patients who thought the doctors' descriptions were clear and explanatory, and 31 out of 43 patients who found them sufficient, thought that the doctors had shown empathy. When the patients were given the opportunity to ask questions that were on their minds, they thought that the given information was explanatory. If the given information was explanatory, they evaluated the bedside manner as empathetic. Most of the patients who thought they could not get explanatory and adequate answers, did not find the appointment sufficient. 85% of patients, almost all of them, stated that psychological factors had an effect on the occurrence of an illness. When considering the relationship between the patients' conditions, circumstances of learning the bad news and personality traits, general anxiety and depression levels; it was concluded that there was no significant difference.

Key words: Cancer, breast cancer, bad news, empathy, personality traits

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıkta iletişimin nasıl kurulduğu pek çok açıdan önemlidir. İletişim kavramının genel tanımında duygu, düşünce, bilgi ve anlayış aktarılması ifadeleri yer almaktadır. Bu ifadeler iletişimin sağlık alanında sürecin ilk basamaklarından biri olduğunu göstermektedir. Hasta- hekim iletişiminde ulaşılmak istenen nokta; iyi iletişim kurulması, bilgi akışının kolaylaşması, hastalarla tedavi için ortak karar alınabilmesi, hastanın sağlığına kavuşması ve iyi olma durumunun devam etmesidir (Dilfuruz, 2018). İletişim sürecindeki önemli konulardan bir diğeri ise kötü haber vermedir. Kötü haber, kişinin geleceğe yönelik planlarını ciddi oranda değiştirme olasılığı olan bir bilgidir (Buckman, 1984). Sağlık merkezlerinde tanı konması, nüks yaşanması ve tedavinin başarılı sonuçlanmaması gibi bilgiler kötü haber olarak adlandırılmaktadır. Kötü haber vermek kelime anlamı olarak haberin olumsuzluğunu barındırır ve haberin kötü olması beklentilerin ne yönde olduğuna ve sağlık çalışanlarının haberi vermedeki deneyimlerine bağlı değildir bu nedenle haberi vermek kolay olmamaktadır (Stephanie ve ark., 2006). Özellikle hastaya kötü olarak nitelendirilen bir teşhis, belirsiz gelecek ya da buna benzer bilgiler verildiği zaman etkili iletişim ihtiyacının önemi artmaktadır. Klinik uygulamalarda ve doktor iletişiminde kötü haberin hasta merkezli verilmesinde sıklıkla eksiklikler olduğu görülmektedir (Namer ve ark., 2005).

Hastanın kötü haberi alma sürecinin fiziksel koşulları, iletişim biçimi ve hastaların kötü haberi nasıl öğrenmeyi tercih ettiklerini anlamak oldukça önemlidir (Fujimori ve ark., 2006) Yapılan bir çalışma, hastaların kötü haberi aldıktan sonra duygularını paylaşmakta zorluk yaşadıkları ve destek almakta zorlandıklarını göstermektedir (Hatice ve ark., 2011). Hastaların kanser ile baş edebilmeleri ve tedaviye uyum sağlamalarında sağlık çalışanlarının hastalarla olan iletişim düzeyi son derece önem arz etmektedir (Stephanie ve ark., 2006; Zachariae, 1998). Bu konuda pek çok klinik pratik yapılmasına rağmen kötü haber verme sürecinin sağlık çalışanları için kolay olmadığı bilinmelidir. Sağlık çalışanlarıyla hastalar arasındaki iletişimin etkin olabilmesi için hasta tercihlerinin bilinmesi ve gerekli olan girişimlerin de buna göre planlanması gerekmektedir (Schofield ve ark., 2003). Sağlık personelinin bu konuda yeterli bilgiye sahip olması, onlara süreci yönetme konusunda yardımcı olacaktır.

Hastalara tetkik ve teşhisler sırasında kötü haberlerin verilme süreci, son derece hassas bir dönemdir. Kötü haber vermek günümüzde sadece bir durum değil bir süreç olarak kabul edilmektedir. Kötü, üzücü ya da zor bilgiler içeren bir haber almak, hastaların bugün ve gelecek algılarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Warnock, 2014). Yardım ve Şenol (2018) çalışmalarında bu dönemin hassasiyetini şu şekilde ifade etmişlerdir: “Kötü haber verme sürecinin kurallara uygun ve kaliteli yapılmaması nedeniyle hasta memnuniyeti azalır, tedaviye uyum bozulur, hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarıyla ilişkileri olumsuz yönde değişir, hastanın iyileşme süreci ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenir.”. Tüm bu hususlara karşın hastaların kötü haber almaya yönelik tercihlerinin ve düşüncelerinin ne olduğu tam manasıyla bilinmemekte olup mevcut bilgiler de uzman görüşlerine dayanmaktadır (Fujimori ve ark., 2007). Hastaların kötü haberi öğrenirken neler yaşadıklarının anlaşılması ve ne gibi ihtiyaçlarının olduğunun saptanması hastalara haberi aktarırken doğru yaklaşımın geliştirilmesi için önemli katkılar sağlayacaktır (Parker ve ark., 2016) Bu durum hastanın süreçle ilgili görüş ve duygularının öğrenilmesini ve beklentilerinin anlaşılmasını sağlayacak çalışmaların önemini göstermektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Kötü haber almaya ilişkin olarak hasta görüşleri üzerine yapılan çalışmalar son derece kısıtlıdır. Kanser hastalarının kötü haber almaya dair görüşlerinin bilinmesinin, bu alanda çalışmakta olan hekim ve diğer sağlık çalışanlarını bu zorlu görevde destekleyeceği ve onlara rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Hekimlerin kötü haberi verdikleri esnada iletişim biçimleri ve tepkilerinin hastayı nasıl etkilediğini bilmeleri bu süreci daha uygun şekilde yönetebilmelerini sağlayacaktır. Bu sebeple kötü haber alma sürecinin etkilerinin daha iyi anlaşılabilmesi için, hastaların kötü haber algıları, bu habere ilişkin duygularının ve değerlendirilmelerinin bilinmesi, uygun protokollerin geliştirilmesi ve uygulanması açısından önemlidir. Böylece kötü haber verme uygulamalarının hasta beklentileri ve yaşantıları açısından değerlendirilmesi, sağlık çalışanları açısından olduğu kadar hasta açısından da sürecin doğru yapılandırılması için katkı sağlayacaktır. Araştırmada kötü haber alma tercihlerinin kapsamlı olarak öğrenilmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada, hastaların kötü haberi alma sürecinin hastalığın kabul ve tedavi sürecini nasıl etkilediği ve kişilik özelliklerinin bu sürece nasıl bir etkisinin olduğu

konuları araştırılacaktır. İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde tedavi görmüş kadın meme kanseri hastalarının, tanıyı (kötü haberi) nasıl öğrendikleri ve nasıl öğrenmek istediklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada elde edilecek verilerin kötü haber alma sürecinin uygun şekilde yapılandırılmasına ve uygulanmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Araştırmada kötü haber alma sürecinde haberin verildiği ortam, bilgilendirme düzeyi, haberi veren kişinin tutumu, hastanın kötü haberi alma beklentileri, hastanın hastalık süreci özellikleri gibi boyutlar incelenmiştir. Ayrıca hastaların kişilik özelliklerinin tanıyı öğrenme sürecinde etkili olup olmadığı araştırılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tıpta Kötü Haber Verme

Kötü haber, Ptacek ve Eberhardt (1996) tarafından fiziksel ve ruhsal iyilik halini engelleyen, ümit duygusunun sarsıldığı, kişinin yaşam biçimini olumsuz etkileyen ya da bireye ait yaşamsal seçimleri azaltan mesaj olarak tanımlanmıştır.

Tıp alanında kötü haberin verilmesi, sağlık personeli tarafından hastalara olumsuz durumun açıklandığı bilgi olarak ifade edilebilir. Sağlık çalışanları ve hekimlerin rutin olarak uğraşmaları gereken zor ama önemli bir iştir. Kötü haber verme, hem hasta ve hem de sağlık çalışanına önemli etkileri olan bir iletişim anıdır. Bu konuda son dönemde yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarında fiziksel ve ruhsal etkilerin, hastalarda ise psikolojik etkilerin araştırılmasına odaklanılmaktadır (Prado ve ark., 2013).

Haberin kötü veya zor bilgi olması hangi beklentileri içerdiğine, önceki deneyimlere ve genel kişilik eğilimleri gibi pek çok farklı faktöre bağlıdır. Kişiler kötü haberi alma ve bununla başa çıkma sürecinde şok, korku, öfke, kabul, inançsızlık ve inkâr gibi tüm olası tepkilere ve duygulara ihtiyaç duymaktadır. Hasta ve hasta yakınları aynı habere aynı cevapları ve tepkileri vermez. Hastanın tepkileri; kişilik özellikleri, sosyal destek sistemleri, eğitimleri, verilen haberin içeriği gibi çeşitli faktörlere göre değişebilmektedir ve o an oluşan duruma özgü görüşme yapmak gerekmektedir. Kötü haberin iletilme şekli, hastanın sağlık çalışanlarına yönelik duygu, inanç ve tutumlarını değiştirebilmekte ve geleceklerine yönelik bakış açılarının farklılaşmasına neden olabilmektedir (Fallowfield ve ark., 2004; Kantarcıoğlu, 2018).

Kötü haber verme sürecinde hastaların bireysel iletişim gereksinimleri; ilgi düzeyi, sınır koyma, yakın desteğine ihtiyaç duyma gibi açılardan farklılaşabilmektedir. Bununla birlikte doktorlar kötü haberlerin hastaya aktarılmasıyla ilgili karmaşık taleplerle karşı karşıya kalabilmektedir. Hastaların kansere özgü rahatsızlık düzeyleri daha yüksek olduğunda, iletişim ihtiyaçları daha da fazla olabilmektedir (Goebel ve Mehdorn, 2018).

Hastaların duygularını empatik bir şekilde dinleme sorumluluğu, hekim için zaman almaktadır. Hastalara göre bir görüşmeyi yetersiz hale getiren en önemli faktörlerden biri, bilgilendirme için gereken sürenin kısıtlılığıdır. Hekimlerin kısa süre içerisinde yeterli açıklamayı yapamadıkları durumlarda, hastalar hekimlerin duyarsız, tedavi sürecinde ümitsiz ve destekleyici olmadıklarını düşünmektedirler (Back ve ark., 2003).

Kötü haberin verilmesinde duyarsız bir yaklaşım; kötü haber alıcılarının sıkıntılarını artırır, adaptasyon ve alışma yeteneklerini olumsuz etkileyebilir, hastada öfke duygusunu ortaya çıkarabilir. Birçok doktor bu etkileşimi çok stresli bulur. Sağlık çalışanlarının bu konuda etkili bir eğitim almamaları, kötü haberleri iletmek için uygun olmayan yöntemler kullanmalarına yol açabilir. Bu durumda hastaların duygusal düşüş yaşamalarına ve stresle başa çıkamama durumlarına yol açar (Fallowfield ve ark., 2004).

Kötü haberi vermek, doğru yöntemlerle yapıldığında başarılı şekilde yönetilebilen çok yönlü bir iştir. Özellikle hasta ile doktor teşhis sürecinden önce birincil bakım uygulamasını birlikte yürütmüşler ise etkileşim çok yönlü olarak devam ettirilebilmektedir. Kötü haber öncesinde hasta ve sağlık çalışanının sağlıklı iletişim kurması, hastanın zihinsel olarak hazırlanmasına destek olmaktadır. Sağlık çalışanının aynı zamanda bu süreci sadece bilgiyi iletme olarak gerçekleştirmemesi, hastanın duygusal durumunu gözlemlemesi, aile üyelerini bilgilendirmesi, tedavi ve destek sürecini planlaması kötü haber sürecini hastalar için kolaylaştırmaktadır. Her ne kadar kötü haber verme sürecini kolaylaştırma adına çeşitli yöntemler uygulansa da kötü haber süreci kendi içerisinde zorluklar barındırır bu yüzden sürece ailenin ve hastanın kaygılarını farkederek yaklaşmak en önemlisidir. Bu nedenledir ki kötü haberi iletirken bir prosedür veya iletişim protokolü kullanmak, bu zorlu iletişim sürecine empati ve uygun yaklaşım geliştirilmesine yardımcı olacaktır (Rosenzweig, 2012).

Sonuç olarak baktığımızda kanser tanısı alan hastalara kötü haber vermenin doktorlar için kolay bir iş olmadığı bilinmektedir. Teşhisin açıkça belirtilmesinin, prognozun hastalarla paylaşılmasının, hastaların ve ailenin durumu anlamasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Açıklamaların, hastaların tüm umutlarını yitirmeyecekleri ve çok bunalmayacakları bir şekilde yapılması önemlidir. Kötü haber yaşam görüşlerinde ani bir değişiklik geçirmelerine neden olabilir (Alshammary ve ark. 2018). Sağlık çalışanlarının ve toplumun kanser ile ilgili inançlarının daha iyi anlaşılması için kaliteli bakım, halkın eğitimi ve kanser hastalığı eğitimleri gibi konuların önemi görülmekte ve bu konuda politika geliştirilmesi gerekmektedir (Doan ve ark., 1993).

2.1.1. Hasta Açısından

Hastaların genelinde kötü haber alma karşısında görülen psikolojik tepkiler şaşkınlık, kabul edememe, doğruluğuna şüphe duyma, inkâr etme, öfkeye kapılma ve “neden ben” sorularını içermektedir. Günlük yaşamına olumsuz etkileri ise uyku, yeme

içme gibi fizyolojik alışkanlıklarında bozulmalar şeklinde görülen tepkilerdir (Bilgin ve ark., 2008).

Hastalar kötü haberi aldıklarında yaşadığı genel olumsuz duygu durum ve düşünceler dışında beklenmedik duygusal tepkiler de vermektedir. Çaresizlik duygusu ile hasta olmadığına yönelik bilgi alma ihtiyacı, hastalığı reddetme isteği ile tanı yüzünden darmadağın olma, mutlu görünüm ardında saldırganca bir neşe izlenimi verme, tanıyı öğrenmeyi istememe ve tedavi sürecini duymayı reddetme davranışları ile karşılaşma durumları ortaya çıkmaktadır (Brewin, 1977).

Hastanın kötü haberi alma sürecinin fiziksel koşulları ve iletişim biçimi önemlidir. Hastalar özellikle verilen bilgi, kendilerini üzen ve/veya hayrete düşüren türde olduğunda bunları zihinlerine kaydetmekte ve hatırlamakta zorlanırlar. Bununla birlikte eksik bilgi verilmesi, yaşanan stres ve kaygıyı büyük ölçüde artırmaktadır (Hogbin ve Fallowfield, 1989).

Hastalar sağlıkları ile ilgili neler olup bittiğini gerçekten öğrenmeden önce, sağlık çalışanının duruşu, yüz ifadesi ve konuşma anında olası tereddütleri gözlemleyerek ipuçları aramaktadırlar. Bununla birlikte, ailelerinin ve çevrelerindeki insanların davranışlarına da dikkat kesilirler çünkü herhangi biri teşhisi bilirse etrafında her zamankinden farklı davranabilir (Prado ve ark., 2013).

Kötü haber verildiğinde hastalar beklenmedik bilgileri duymaya hazır olmadıkları için vücutlarını kapatabilirler. Haberi aldıktan sonra bayılabilir veya şok durumuna girebilirler. Mors ve arkadaşları (2011) bunu “duygu ezici biliş” olarak tanımlamışlardır. Şok ve bayılma durumları yanında hastalar kötü haberi ilk duyduklarında farklı fiziksel ve psikolojik tepkiler verebilirler. Bunlardan bazıları vücutlarında soğukluk veya sıcaklık hissi, vücutlarının kontrolsüz bir şekilde titremesi, organların fiziksel olumsuz tepkileri mide sıkışması, mide krampı, göğüs sıkışması, bedenin hakaretsiz donakalması, zihnin çok hızlı hareket etmesi, duydukları şeyleri anlamakta zorlanma gibi belirtileri ifade etmektedir (Mors, 2011).

Hastalar kötü haberi, hayatlarını tehdit edici bir bilgi olarak görmektense bilginin önemini inkâr etme, hastalığı küçümseme veya küçültme biçimlerinde tepki verebilirler (Baile ve ark., 2000).

Morse (2011), çoğu kişinin kötü haberi duydukları anı şu metaforlarla tanımladığını fark etmiştir: “gerçek dışılık (haberi anlayamaması), tehlike, zarar ve fiziksel kuvvet hissetmek (darbe almak, yumruk yemiş gibi olmak), zaman karmaşası (haber anlaşılmaması için ihtiyaç duyduğu yeterli zamanı bulamama), kırılganlık duyguları (kişiliği ve bedeni için), kelimelerin sadece duyulması değil aynı zamanda hissedilebilmesi, beden ve zihin arasında uyumsuzluğun doğurduğu karmaşada haberi anlamak için mücadele etmesi”.

2.1.2. Hasta Yakını Açısından

Kanser aile ve hasta yakınları için de zorluklar barındırır. Hastalık sadece kişinin yalnız başına yaşadığı bir olay ve durum olmaktan çok aile bireylerinin de etkilendiği bir süreçtir. Meme kanseri hastalarının yakınları, hastaların yaşadıkları kadar olumsuz durumlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Hastaların yaşadıkları duygusal süreci hasta yakınları da yaşamakta ve buna ek olarak hastanın bakım yükleri ve yaşam kaliteleri konusunda desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Hasta yakınlarının sosyoekonomik durumları göz önüne alınarak sosyal açıdan desteklenmelidirler. Sorunları göz ardı edilmeyen ve destek gören hasta yakını hastanın tedavi sürecini ve hastalıkla başa çıkabilme çabalarını da olumlu yönde etkileyecektir (Çeler ve ark., 2018).

Yapılan bir çalışmada elde edilen verilere göre kötü haber görüşmesine hasta ile birlikte bir aile üyesinin katılımının önemli olduğu görülmüştür (Rassin ve ark., 2006). Hasta ve aile merkezli bir yaklaşımda ise doktor, bilgiyi hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarına göre iletir. Bu ihtiyaçların belirlenmesi, ailenin kültürel, manevi özelliklerini, dini inanç ve uygulamalarını dikkate alır (Fine, 1991).

Yapılan bir çalışmada aile desteğinin önemi vurgulanmakta, bu desteğin hasta için ilgili olması ve aşırı kaygılı olmaması gerektiğine dikkat çekmektedir. Aşırı kaygı beraberinde aşırı koruyuculuğu getirmekte, bu durum da hastanın tedavi ve tedavi sonrası sürecine uyumunu zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte ailenin olumlu desteği hastanın hastalığını kabul etme evresinde pozitif bir etki yaratmakta ve tedavi sürecine geçişte yararlı olmaktadır (Gemalmaz ve Avşar, 2014).

Hastalığın henüz kabullenme evresine gelmeden hastalar yaşadıkları duygu durumlarını daha çok aile ve yakınlarına yansıtma eğilimindedirler. Yaşadıkları olumsuz duyguların çoğunu onlara yansıtabilir, tepkileri olumsuzlaşabilir, beceriksiz ve ilgisizlikle suçlayabilirler. Eğer aile ya da yakınları bu olumsuz duyguları kişisel olarak

algılsa hasta onlara daha öfkeli hale dönüşebilir. Bu durum tepkilerinin daha da sertleşmesine, aileye düşmanca davranmaya ve sonucunda hastanın yalnız kalmasına neden olabilir (Özkan ve Alçalar, 2009). Buna benzer olumsuz bildirimlerin alındığı başka bir çalışmada Ateşçi ve arkadaşları (2003) “hastaların duygusal destek kaynağı olan eş veya çocuklarının kendilerini yeterince anlamadıkları, tedavi aşamasında kendilerine yardımcı olmadıkları ve yalnız bırakıldıklarını ifade ettiklerini” bildirmiştir. Bu nedenledir ki hasta yakınlarıyla hastaları anlamaya yönelik yapılacak çalışmaların, stres ve ilişkili psikiyatrik sorunların azaltılmasında yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Hastalarda bu dönem en çok gözlemlenen üzüntü, keder, öfke, suçluluk yoğun olarak ailenin maruz kaldığı duygu durumlarından. Ailenin bu duyguların sağlıklı atlatılabilmesi için doğru saptamaları yapıp hastaya yardım edebilmesi önemlidir. Hastada, bu dönem gösterdiği olumsuz tepkilerden ötürü suçluluk ve pişmanlık duyguları gelişebilir. Ailenin hastaya bu süreçte sunulabileceği desteklerden birisi de hastanın uygunsuz davranışlarını suçlamamayı başarmasıdır. Bu durum hastalarda ortaya çıkabilecek depresyonu önlemeye de yardımcı olabilir (Kocaman, 2008).

Ailenin varlığı önemli bir değişkendir ve bu nedenle kötü haberi verme evresinde aile ve yakın akrabaların haberi iletme sürecine dâhil edilmesi önemli bir unsurdur. Hasta için aile, hem kolaylaştırıcı hem de engel olarak bazı etkiler içermektedir. Ailenin varlığı sıklıkla daha hızlı bilgi aktarımına neden olur, özellikle aile, hastanın haberin duygusal yüküyle başa çıkmasına yardım ettiği zaman olumlu bir destek olmaktadır (Bousquet, 2015).

2.1.3. Hekim ve Sağlık Çalışanı Açısından

Kötü haber vermek; sağlık çalışanları için tercih dahilinde olmayan, kazanılması gereken bir beceridir. Hasta haklarına yönelik son dönemde çıkan yasalar ve protokollerin uygulanması gerekliliği bilinmektedir. Bu zorunlulukların ötesinde kötü haberi doğru şekilde hastaya verebilmek, sağlık çalışanı için mesleki bir doyum da yaratmaktadır. Haberin doğru şekilde aktarılması veya aktarılamaması kötü haberin hem hasta hem de sağlık çalışanı için olumsuz izler bırakacak bir durumdur (Oflaz, 2007).

Kötü haberden bahsetmek, hiç kimse için kolay değildir. Hastaların tepkileri ile ilgili pek çok yayın olmasına rağmen, doktorların tepkileri ve duyguları hakkında çok az yayınlanmış bilimsel yayın vardır (Buckman, 1984). Sağlık alanında kötü haberin verilmesi, ihtiyaç duyulan beceriler arasındadır (Prado ve ark., 2013).

Dilfuruz'un (2018) yaptığı çalışmaya göre, “kötü haber verme konusunda hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitimlerinin yetersiz olduğu ve kendilerini yeterli görmedikleri tespit edilmiştir”. Pek çok klinisyen hastaya kötü haberi etkili şekilde verme konusunda kendini hazırlıksız hissetmektedir. Bu konuda yazılan makaleler klinisyenlerin hastanede yatan hastalar ile kötü haber verme pratiklerini yapabileceklerini ifade etmektedirler. Bunun nedeni hasta ile etkileşimde, hastane ortamının kötü haberi anlama ve algılama açısından daha anlamlı olduğunu düşünmeleridir (Dwamena, 2008).

Güncel araştırmalara bakıldığında sağlık çalışanları açısından kötü haber vermenin, psikolojik ve fizyolojik stres tepkilerini arttırdığı anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanının iletişim performansları iyi olsa da kötü haber vermek stres içerir ve doktorların kendi iletişim uygulamalarını değerlendirme yetenekleri, görüşmenin içeriğindeki stresten etkilenebilir. Stres faktörü dışında kötü haberin verilme sürecinde tıbbi hataların gelişmesi, haberin verilmesini zorlaştırmaktadır (Mors, 2011). Doktorlar gerçeği açıklama işleminden rahatsız olduklarında, rahatsız edici bilgilere (örneğin kötü prognoz) dikkat çekmekten kaçınabilir veya haberi aşırı iyimser bir şekilde iletebilir (Maguire, 1985). Bununla birlikte sağlık çalışanlarına kötü haberin en zor veriliş durumlarından biri nedir diye sorulduğunda, palyatif hastalara ve hastane bakımı gereken hastalara verilen kötü haber sürecinin olduğunu ifade etmişlerdir (Baile ve ark., 2002).

Brewin'in (1991) klinisyenin kötü haberi vermesi hakkında yaptığı çalışmada, klinisyenleri kötü haber verme özelliklerine göre sınıflandırmıştır. Bu konuda klinisyenleri üç prototipe ayırarak; “künt ve profesyonel, nazik ve hüzünlü, anlayışlı ve pozitif” klinisyen olarak isimlendirmiştir. Bu prototipler üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcılar pozitif ve anlayışlı klinisyen prototipini gördüklerinde onu duygusal, baskıcı olmayan, umut veren ve en uygun kişi olarak algıladılar. Diğer iki modeli izleyen katılımcılara göre pozitif ve anlayışlı klinisyen prototipini gören hastalar olumsuz duygularda azalma ve daha fazla memnuniyet göstermişlerdir (Schmid ve ark., 2005).

Kötü haberi vermek, hekimlerin sürekli olarak farklı etkenlere adapte olmalarını gerektiren zorlayıcı bir eylemdir. Hasta ile bireysel ilişkileri, hastanın ailesi, kurumsal ve sistemik çevre ve kültürel ortamı birlikte düşünerek hareket etmek gerekmektedir. Hasta ile kurulacak terapötik ilişkinin hastaya göre kişiselleştirme ve uyarlanması için hekimin iletişim yeteneğinin geliştirilmesi gerekmektedir. Tedavi alanına yönelik kişiselleştirme

ve uyarlama yeteneğinin geliştirilmesi ileriye dönük yöntemler için atılmış önemli bir adım olacaktır (Bousquet ve ark., 2015).

Hekimler için zor bir görev olan kötü haber verme; hasta ile iletişiminin nasıl gerçekleşeceği, hastaların tepkilerini, konuşmanın içeriğini, koşulların doğru oluşturulmasını ve bütün bunlarla nasıl baş edebileceğini bilememe durumları ile açıklanabilir. Sağlık çalışanları için kötü haber verme konusundaki becerilerin yeterli olmaması kendisini hazır hissetmemesine neden olmakta, oluşan yetersizlik düşünceleri anksiyete gibi olumsuz duyguları ciddi düzeyde arttırmaktadır. Bu konuda gerekli olan mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerin yeterli düzeyde olmadığı bilinmektedir. Kötü haberi verme konusunda yeterli bilgi ve becerilere sahip olmayan sağlık çalışanları ise kendi kaygılarını ve olumsuz duygularını bastırabilmek için haberi duyarsız ve empatik olmayan biçimlerde, hızlı ve kısa şekilde, aşırı tıp bilgisi içeren kelimeler ve olumsuz mesajlarla vermekte ve hastaların yaşadıkları travmanın çok daha fazla artmasına neden olmaktadır (Güner, 2006).

Literatür bilgilerine bakıldığında klinisyenlerin en çok zorlandığı alanların; haberi vermede başarısızlık, suçlanacağına yönelik düşünceler, kendi duygularını görüşme içerisinde nasıl yöneteceğini bilememe, sorulacak sorulara cevap verememe, kişisel olarak ölüm ve hastalık konusundan korkma gibi durumlar olduğu görülmektedir (Okuyuz, 2013). Bu durumların temel noktalarından biri, hekimlerin birey olarak kötü haber verme sürecinde yaşadıkları ve baş etmekte zorlandıkları olumsuz duyguların etkisidir. Klinisyenler, zor sağlık konuşmaları sırasında duyguların önemli etkilerini kabul eder ve çoğu klinik deneyime ve disipline bakmaksızın duygusal durumlarının, bakım hizmetlerinin kalitesini etkilediğini bilirler. En sık bildirilen duygular; kaygı, üzüntü, empati yetersizliği, hayal kırıklığı ve güvensizlik/yetersizliktir. Klinisyenlerin kendi duygularını tanıma, duygularını yansıtmama/yansıtmama kontrolü ve duyguları yönetebilme becerisi için geliştirilen eğitim planlarının oluşması kötü haber konuşmaları için yararlı olacaktır (Shaw ve ark., 2013).

2.2. Kötü Haber Verme Protokolleri

Kötü haber verme hastaların yaşadıkları zorlu süreç kadar sağlık çalışanlarının baş etmekte zorlandıkları bir durumdur. Bu konu üzerine yapılmış çalışmalar ve sorunun çözümü literatürde hâlâ tartışılmaktadır. Kötü haberi vermek, sağlık çalışanı için kolay

olmayan bir görevdir ve bu durumun hem hasta hem de sağlık çalışanı açısından daha verimli hâle gelmesi için bu konuda çeşitli araştırmalar ve çalışmalar yapılmıştır.

Tıp eğitimine genel çerçevede bakıldığında iletişim becerilerinden ziyade, teknik alanlarda yeterli olmanın daha değerli olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık personeli teknik becerilerde olduğu kadar, iletişim becerilerinde kendilerini yeterli hissetmemektedir. Rabow ve McPhee (1999) bu görüşü destekleyerek “klinisyenlerin hastaların bedensel ağrılarını hafifletmeye yöneldiklerini, onların duygusal sorunları ve neler yaşadıkları ile daha az ilgilendiklerini” ifade etmektedirler. Kişinin duygusal sorunları ile ilgilenmek konusunda yeterince bilgi ve deneyimi olmadığında kötü haber vermeyi sadece teknik bilgi ile sınırlı tutmaya çalışmakta ve görevi yerine getirmekten kaçınmaktadırlar çünkü kötü haber sadece haberi alan kişiyi değil, haberi veren kişiyi de çok derinden ve uzun süre etkilemektedir.

Bu soruna çözüm bulma amacıyla literatürde kötü haberin nasıl verilmesi gerektiği konusunda bazı öneriler getirilmekte, bunun için genel bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmaktadır. Kötü haber vermede hastalar için oluşturulan genel prensipler, ailelere haberi verme için de geçerlidir. Aynı genel prensipler, hem hastalar hem de aileler için dikkate alınarak kötü haber verilebilir (Ungar ve ark., 2001). Oluşturulan genel prensiplerin tıbbi bilgileri içeren hümanist bir yaklaşımla duygu ve düşüncelere odaklanarak planlanmış olmaları gereklidir. Bu nedenle etkili iletişim tekniklerini kullanmak genel prensipler için ilk adımdır.

Sağlık çalışanlarının daha uygun bir şekilde kötü haberi iletebilmeleri için bazı teknikler geliştirilmiştir. Bu teknikler sert kurallarla tasarlanmamış, her kültür ve topluma adapte olabilecek esnekliğe sahiptir. Protokoller sağlık çalışanları için kötü haber verme sürecinde onlara rehberlik edecek olup bu zor sürecin hasta açısından daha olumlu geçmesini sağlayacak profesyonel bir yaklaşım ile hazırlanmışlardır. Bu stratejik yaklaşım hastanın ihtiyaçlarına, isteklerine, dirençlerine ve baş etme becerilerine destek olabilecek stratejiler içermektedir (Dilfiruz, 2018). Şimdiye kadar yapılan çalışmalar ve ortaya çıkan kötü haber verme protokolleri kronolojik sıra ile aşağıda yer almaktadır.

2.2.1. ABCDE Protokolü

A. Hazırlık Aşaması (Advanced Preparation):

- Görüşme için gerekli olan zaman ve mekân uygun olmalı, görüşmeyi kesebilecek iletişim cihazları gibi engeller ortadan kaldırılmalıdır.
- Görüşmeden önce hasta hakkında güncel klinik bilgileri edinilmelidir.
- Görüşmede hastaya destek verebilecek bir kişinin ya da ailesinden bir yakınının olması planlanmalıdır.
- Hastanın önceden ne bildiği ve ne anladığı sorgulanmalı, hastanın baş etme tarzı anlaşılmaya çalışılmalıdır.
- Hastaya kötü haberi vermeden önce haberin nasıl verileceğine yönelik sağlık çalışanı kendisini endişeli hisseder ise öncesinde hangi kelime ve cümleleri kullanacağına karar vererek kötü haber verme provası yapabilir.
- Kötü haberi verecek kişi kendisini endişeli ve gergin hissediyor ise haberi vermeyi ertelemeli ve duygusal olarak kendini hazır hissettiğinde haberi vermelidir.

B. Terapötik Çevre ve İlişkinin Oluşması (Build a Therapeutic Relationship and Environment):

- Hastanın neyi ne kadar bilmek istediği belirlenmelidir.
- Aile ve yakınlarından birinin destek vermek için bulunması önemlidir.
- Kötü haberi verecek kişinin, görüşme anında odada bulunan herkese kendini tanıtmaması.
- Hastaya haberin kötü olduğu yansıtılmalıdır.
- Haber, hasta ile göz hizasında durarak yüz yüze verilmelidir.
- Hasta ile iletişimin sağlıklı olması için göz ilişkisi kurulması, sözünün kesilmemesi, dikkati hastaya vermek gibi sözsüz iletişimlere dikkat etmek gerekmektedir.
- Hasta ile konuşurken sözsüz iletişime dikkat etmek ve onu dinlemek önemlidir.
- İhtiyacı olduğunda ve teması istediğini anladığınızda hastaya dokunarak destek olunabilir.
- Gerçek ifadeler kullanılmalı, ifadeler dolaylı anlatılmamalı ve ortamı rahatlatmak için gerekli olmayan şakalar yapılmamalı.

C. İletişimin İyi Kurulması (Communication Well):

- Hastaya kendisinin ve ailesinin ne bildiğini sorarak ne kadar bilgiye sahip olduğu öğrenilir.
- Hastalığa ait bilgiyi tıbbi terminoloji kullanmadan açıklamaların sade ve hastanın anlayabileceği bir dil ile verilmesi gerekir.
- Sağlık çalışanı hastanın yaşadığı duygu durumunu anlamalı ve ihtiyaç hâlinde sessiz kalmasına fırsat vermelidir.
- Hastanın anlatılanlardan ne anladığı sorulmalı ve geri bildirim ile durum hakkındaki algısı öğrenilmelidir
- Hastaya ifade edilen kelimeler dikkatle seçilmeli, umutsuzluk içeren cümleler yerine gerçekçi, durumu net bir şekilde ifade eden ve hastaya destek sağlayacak cümleler kurulmalıdır.
- Hastanın sözsüz tepkilerini gözlemleyip duruma uygun davranılmalıdır.
- Hastaya kötü haberi iletirken empatik yaklaşmak önemlidir. Anlaşıldığını hisseden hasta yaşadığı kötü durumda destek gördüğünü hissetmektedir.
- Görüşme sırasında yazılı açıklamaları kullanmak, söylenenleri tekrar etmek, hastanın soru sorabilmesi için ona yeterli zamanı tanımak hastanın durumu anlaması açısından destekleyici olmaktadır.
- Yeni bir görüşme planlanması ve konuşulanların özet hâline getirilmesi hastanın durumu daha iyi anlayabilmesi açısından önemlidir.

D. Hasta ve Ailesinin Tepkileri ile İlgilenmek (Deal with Patient and Family Reactions):

- Hasta ve ailesinin duygusal yönlerini her görüşmede değerlendirmek ve cevap verebilmek önemlidir.
- Her ziyarette ifade ve tepkileri anlayıp ihtiyaç duyulan tepkilere göre yaklaşım sergilenmelidir.
- Karşı tarafı anladığınızı gösteren davranışlarda ve tepkilerde bulunulmalı, destekleyici rolde, empatik olunmalıdır.
- Meslektaşlara yönelik eleştiri ve tartışma, hasta veya hasta yakınları ile yapılmamalıdır.

E. Duyguları Kabul Etme ve Duygulanımların Cesaretlendirilmesi (Encourage and Validate Emotions):

- Hastanın duygularını ifade etmesi için gerekli süre ve koşullar sağlanmalıdır.
- Hastaya tanının ne ifade ettiğini anlamak önemlidir.
- Hastaya hedefleri doğrultusunda gerçekçi bir umut sunulmalıdır.
- Hastanın gösterdiği tepkileri ve duygu durumu kabul edilmeli ve hasta anlaşıldığını hissetmelidir.
- Hastaya bilgi aktarımında multidisipliner yaklaşımlar ve bilgiler kullanılmalıdır. Hastanın ihtiyaçları kadar kötü haber veren kişinin de (sağlık çalışanı ve hastane çalışanları) kendi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurması gerekmektedir (Rabow and Mcphee, 1999 ; Vandekieft, 2001).

2.2.2. SPIKES Protokolü

Kötü haber verme yöntemlerinde izlenmesi gereken aşamaları Baile ve arkadaşları kısaltması SPIKES olan bir yöntem ile belirlemişlerdir. Kötü haber verme modellerinden en çok bilinenlerden biri SPIKES Protokolüdür. SPIKES adı protokolün altı alt maddesindeki isimlerden belirlenmiştir.

S- Görüşmeyi Düzenlemek (**Setting** Up the Interview)

P- Hastanın Algısını Değerlendirmek (Assessing the Patient's **Perception**)

I- Hastanın Durumun Ne Kadarını Öğrenmek İsteddiğini Belirlemek (Obtaining the Patient's **Invitation**)

K- Hastaya Bilgi Vermek (Giving **Knowledge** and Information To the Patient)

E- Hastanın Duygularına Hitap Etmek ve Empatik Tepkiler Vermek (Addressing the Patient's **Emotions** with Empathic Responses)

S- Strateji Belirlemek ve Özetlemek (Strategy and **Summary**)

1) Görüşmeyi Düzenlemek (Setting Up the Interview):

Kötü haber vermek stresli ve zor bir durumdur, bu nedenle haberi vermeden önce söyleneceklerin provasının yapılması hem söyleyen kişinin kaygısını azaltabilir hem de haberi duyacak hastanın durumu anlayabilmesi için daha iyi bir zemin hazırlar. Hastanın duygusal reaksiyonlarına karşı hazırlıklı olunmalıdır. Kötü haberin verilmesi özel bir

durumdur. Bu nedenle koşulların haber için uygun olmasına dikkat edilmelidir. Hasta haberi alırken yanında ailesi ya da yakınlarından istediği kişilerin bulunması yararlıdır. Kötü haber hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanının olduğu, mahremiyetin sağlandığı uygun bir ortamda söylenmelidir. Kötü haberi hastayı uzun süredir hastayı takip eden hekimin vermesi çok daha iyi olacaktır. Haber söylenirken hasta ve söyleyen kişi oturmuş olmalı, hasta ve yakını ile göz teması kurulmalı, ihtiyaç duyarsa hastaya dokunabilmelidir. Hastanın ve yakınlarının sorularına cevap verebilecek uygun zaman olması önemlidir. Görüşme kesintiye uğramamalıdır (Baile ve ark., 2000; Mualler, 2002).

2) Hastanın Algısını Değerlendirmek (Assessing the Patient's Perception):

Bu kısımda daha çok hastanın var olan bilgisi ve hastalığa karşı algısını öğrenmeye odaklanılmaktadır. Bu durumu empatik bir iletişim şekli ile hastalığı tanımlamadan önce ya da tedavi planı yapmadan önce hasta ve yakınlarından ne kadarını bilmek istiyorlar ve tıbbi durum hakkındaki algıların neler olduğuna bakılır. Hastanın yaşadığı duygu durumunu anlama, hastanın ne bildiğini öğrenme, bu tanının kendisi için ne anlama geldiğini ortaya çıkarma ve geleceğine yönelik neler düşündüğü hakkında fikirlerini anlamamız önemlidir. Bütün bunları öğrenmek için açık uçlu sorular sormak hastaya yardımcı olmaktadır. Bu sorular örneğin; Şu ana kadar olan tıbbi durumunuz hakkında size neler söylendi? PET/CT yaptırdınız mı? "MR'ı neden yaptığımız hakkında bir bilginiz var mı? Süreç hakkında endişeleriniz var mı?" gibi hem yaşadığı durum hakkındaki bilgisini hem de bu duruma karşı algısını yani öğrenme isteğini, kötü haberi nasıl karşılayabileceğini, hastalığı inkâr edip etme durumu gibi koşulları önceden öğrenebilme fırsatı sağlar (Kaplan, 2010).

3) Hastanın, Durumun Ne Kadarını Öğrenmek İstediğini Belirlemek (Obtaining the Patient's Invitation):

Hastanın ne kadar ve ne tür bilgi almayı tercih ettiği, sürecin devamını etkileyebilecek durum yaratması açısından dikkat edilmesi gereken bir süreçtir. Bu bölümü önemsemeden kötü haberi vermek hastanın güvensizlik yaşamasına neden olabilir. Bunun nedeni hastaların bilgi alma ile ilgili tercihleri ve tutumları, farklılıklar göstermektedir. Hastaların bazıları teşhis, tedavi süreci ve prognoz hakkında detaylı bilgi öğrenmek ister, bazı hastalar ise herhangi bir bilgi duymayı reddedebilir. Hastaların ne kadar ve ne tür bir bilgiye ihtiyaçlarının olduğunu belirlemek için doğrudan bilgiyi alma

tercihlerini sormak gerekmektedir. Örneğin; “teşhis hakkındaki tüm bilgileri detayları ile açıklamamı istiyor musun? Sadece tedavi planını mı öğrenmek istersin yoksa tüm ayrıntıları ile kötü durumların nelerde oluştuğunu bilmek ister misin? Siz durum hakkında ne kadarını bilgiye sahip olmak istersiniz, size anlatmamı tercih etmediğiniz durumları bir yakınınız ile paylaşmamı ister misin?” gibi sorular bilgiyi aktarmadan önce hastanın tercihlerini anlamamızı kolaylaştıracaktır (Baile ve ark., 2000; Mualler, 2002).

4) Hastaya Bilgi Vermek (Giving Knowledge and Information To the Patient):

Bu evre, hasta ile hasta yakınlarına haberin paylaşıldığı zor evre olarak ifade edilir. Bilgi paylaşılırken hastanın yaşı, eğitimi, sosyokültürel düzeyi ve inancı dikkate alınmalıdır. Hasta ile kötü haber ifadelerini nazikçe paylaşmak gerekir, ‘size söylemem gereken ciddi haberler var’ gibi cümleler hastayı habere psikolojik olarak hazırlar ve gelecek bilgiyi anlayabilmesine olanak sağlar. Hastalık ve derecesi hakkındaki bilgi hastaya küçük kısımlar hâlinde doğrudan ve dürüstçe verilmelidir. Bilgi verilirken kullanılan dil sert olmamalı, olumsuz cümlelerden kaçınılmalıdır. Hastaya “kanserin durumu çok kötü hemen tedavi olmazsan öleceksin” gibi sert ve olumsuz bir cümle hasta için bilgiyi anlamaktan çok bilgiyi vereni suçlamasına neden olabilir. Hasta ve yakınlarına her küçük bölümde verilen bilgiyi anlayıp anlamadıkları sorulmalı, isterler ise daha açıklayıcı ifadeler ile ek bilgiler verilebileceği paylaşılabilir. Açık, anlaşılır, tıbbi olmayan, daha basit yaygın olan kelimeleri kullanarak açıklama yapılmalıdır. Haber paylaşıldıktan sonra hastaya zaman tanınmalıdır. Hasta bilgiyi dinler, anlamaya çalışır, anlamadığı noktalar hakkında isterse sorular sorabilir ve sorulan sorulara cevap verir böylece hastanın bilgiyi özümseme süreci gözlemlenmiş olur. Hasta anladığını ifade etse bile farklı anlamlar çıkarıyor olabilir, bu nedenle söylenenleri genel hatlarıyla tekrar etmesi, kendi cümleleri ile ifade etmesi önemlidir. Görüşme sürecinde hastanın tanıyı dinleme, tedaviyi kabul ya da reddetme, duygularını ifade etme ve tepki gösterme sürecine sadık kalınması hastanın durumu kabullenmesine yardımcı olacaktır (Ptacek 1996), (Baile ve ark., 2000; Kaplan, 2010; Mualler, 2002).

5) Hastanın Duygularına Hitap etmek ve Empatik Tepkiler Vermek (Addressing the Patient's Emotions with Empathic Responses):

Hastalar kötü haberi duyduklarında duygusal ve bilişsel tepki ve reaksiyonlar göstermektedirler. Bunlar genellikle şok, inkâr, ağlama, suçlama, kızgınlık, utanma gibi

duygu ve davranışlarla ifade edilir. Kötü haber her birey için farklı tepkiler ortaya çıkarır. Bu tepkileri etkileyen önemli unsur haberi verenin empatik yaklaşım sergilemesidir. Haberin hastayı nasıl etkilediğini anlamak ve hasta ile iş birliğini devam ettirebilmek için onun duygularını anlaması ve bu duygulara uygun tepki ve iletişim kurması gerekir. Hastanın haberi duyduğu an hasta ile sessizce bir süre beklemek ve “bu haberi duymak sizin için kolay değil biliyorum” gibi durumu anladığını ifade eden cümleler kurmak, hastaya ne düşündüğünü ve hissettiğini sormak, hastanın destek gördüğünü ve yalnız olmadığını hissetmesine yardımcı olur. Hastanın duygulanımını yakalamak ve bunu dile getirmek haberin hastayı ne şekilde etkilemiş olduğunu önemsedğini gösterir. Hastaların genel inancı, hekimlerinin en büyük psikolojik destekçileri olduğu yönündedir. Bu destek doğru sağlandığında hastaların hekim ile aralarındaki güven oluşumuna etki eder, duygularını ifade edebilmelerini fırsat tanır, hekim ile iş birliklerini artırır (Mualler, 2002; Baile ve ark., 2000; Mack ve ark., 2009).

6) Strateji Belirlemek ve Özetlemek (Strategy and Summary):

Hastalar kötü haberi öğrendikten sonra geleceğe ait belirsizlik ve umutsuzluğa kapılma gibi düşüncelere sahip olabilirler. Kurulan iletişimde empati ile yaklaşılması ve hastanın duygularına duyarlı olunması hastaya etki edebilmek için yeterli olmayabilir bu nedenle görüşme sonunda konuşulanların özetlenmesi ve tartışılan alanların özetle sade ve anlaşılabilir olması gerekir. Hastanın yaşadığı duygusal ve bilişsel süreci göz önüne alarak gerekli özeti hastaya aktarmak ve tedavi için gerekli olan klinik bilgi ve rehberliğinin hastaya verileceği gösterilmelidir. Doktorun klinik süreci yönetme becerilerini ortaya çıkardığı kısım bu bölümdür. Hastalar, hekim ve sağlık çalışanının durum ile ilgili plan ve stratejilerinin olduğunu bilmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Tedavi planı belirlerken hastaya tedavi seçenekleri sunulmalı, hasta ile birlikte tedavi sürecine karar verilmelidir. Tedaviye yönelik sorumluluğun paylaşılması hekim içinde olumlu olacaktır. Birlikte planlanan tedavi süreci geleceğe yönelik olumsuz düşünceleri durdurmaya ve güven ortamı içerisinde harekete geçebilmeye katkı sağlar. Hastaya tedavi planı ile ilgili sorulabilecek “bir sonraki aşama hakkında net misin? Bu kararı verirken yeterince bilgiye sahip olduğunu düşünüyor musun?” Soruları hastanın kendisini hastalığı ve tedavi süreci hakkında söz sahibi olduğunu aynı zamanda hekim ile birlikte hareket edebildiğini hissettirecektir. Hekimin gösterdiği desteğin ve iş birliğinin yanında hastanın kendi başa çıkma stratejilerini değerlendirmek de önemlidir. Hastanın kendi kişilik

yapılarına, mevcut psikolojik kaynaklarına ve kendisi için neler yapabileceğine dikkat ederek destek sistemini yapılandırmak gerekmektedir. Kendi sosyal destek sistemi olmayan ve baş etme stratejileri yeterli olmayan hastalar için sosyal hizmetlerden yararlanılması için gerekli yönlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Görüşmenin hasta için özetlenmesi ve bir sonraki görüşme planını yapılması gerekir. Özeti ana hatları hastaya verilen klinik bilgilendirmelerle birlikte hastanın yaşamış olduğu duyguların neler olduğu ve endişelerin fark edildiğinin gösterilmesi açısından önemlidir (Baile ve ark., 2000; Mualler, 2002; Ptacek, 1996).

2.2.3. BREAKS Protokolü

Kötü haber verme yöntemlerinden bir diğeri de BREAKS protokolüdür. İngilizce alt başlıklarının ilk harfleri ile oluşan protokol; “BREAKS” B - Arka Plan(back ground), R - Uyum (Rapport), E - Keşfet (Explore), A - Bildir (Announce), K - Harekete geçirmek (Kindling) ve S - Özetle (Summarize) etkin olarak da uygulanabilmektedir.

B - Arka Plan:

Hasta ile etkili iletişimi kurmak çok önemli bir adımdır. Hasta hastalığı hakkındaki bilgilere elektronik ortamdan ulaşsa bile bu bilgiler doğruluğu şüphelidir, bu nedenle en doğru bilgiyi alacağı hekimin hastalığı hakkında soracağı sorulara net ve açıklayıcı cevaplar vermesi önemlidir. Tüm soruları cevaplamak mümkün olmasa bile ana hatları ile hastanın şüpheleri giderilmelidir. Hekimin hastalıkla ilgili önceden hazırlık yapması bu süreci daha sağlıklı hale getirecektir. Hastalık hakkındaki tıbbi bilgilerin paylaşılması kadar hastanın duygusal durumu, baş etme becerileri, eğitim seviyesi ve mevcut destek sistemi de gözden geçirilmelidir. Hastanın kültürel ve etnik arka planı da çok önemlidir. Hekim, hastanın kültürel yönüne duyarlı olmalı ve saygı gösterilmelidir. Bireyin düşüncesi ve eylemleri kültürel yöneliminden etkilenir. Hasta ile görüşmede koşullar da dikkat edilmesi gereken noktalardır. Hasta ile uygun ortamda bulunmak, göz teması kurmak, yaşadığı duygusal ve bilişsel tepkilere doğru yaklaşımda bulunmak, hastayla görüşme için süreyi yeterli olarak planlamak gibi durumlara dikkat edilmelidir.

R - Uyum:

Uyum inşa etmek profesyonel mesleki ilişki için temel koşuldur. Hekim hastası ile uyumlu bir ilişki kurmalıdır. Hastanın koşulsuz olumlu saygıya ihtiyacı vardır, hekim

üstünlük hissinden uzak durmalıdır. İletişimin devam etmesi hasta ile uyumu yakalamak açısından anahtar olarak durumu kolaylaştıracaktır. Aceleci davranmak ve sağlıklı ilişki kurmamak iletişimi zorlaştıracak ve kötü haber verme sürecini sağlıksız hale getirecektir. Hastanın kendini ifade edebilmesi için uygun ilişki kurulmalıdır. Hastaya açık uçlu sorular sorarak mevcut durumunu öğrenmek gerekir. Hasta ile görüşmek için uygun ortamın yaratılması ve hastanın hazırlıklı olması sağlanmalıdır. Eğer hasta kötü habere hazırlıklı değilse, şimdiye kadar olan belirtiler ve durumundan bahsetmesine izin vermek gerekir. Ve sonrasında gerçekleşecek konuşma için ipuçları vermek yararlı olacaktır.

E - Keşfetmek:

Kötü haberi verilirken hekimin hastanın hastalığı hakkında bildiklerinden başlaması konuşmayı daha kolay hale getirecektir. Haberi öğrendiklerinde tanının ciddiyetini farkedeceklerdir, bazı hastalar ise tanı söylenmeden durumu biliyor olabilir. bu durumda hekim kötü haberi söylemeye çalışmak yerine hastanın ifade ettiklerini onaylama pozisyonunda olabilir. Hekim hastanın hastalık hakkında ne düşündüğünü, teşhisi araştırma sürecini ve hastanın tanı ile kendi inanç sistemi arasında kurduğu bağı hastadan öğrenmesi gerekir. Bununla birlikte hastanın ailesinin dinamikleri ve hastanın başa etme becerileri kötü haberi vermek süreci için dikkate alınması gereken durumlardır. Kötü haber verme aşamasında eğer hasta isterse hastanın yakınları ve diğer önemli kişilerde sürece dahil edilmelidir. Hastaların kötü haberi karşılama biçimleri farklıdır bu nedenle her hasta için farklı noktaların dikkate alınması ve araştırılması gerekir. Kötü haber verilirken görülen yaygın bir hata hastanın endişelerinin farkedilmemesidir. bu durumda hasta söylenen bilgileri daha felaketleştirici algılar ve haberi gerçekçi algılamasını zorlaştırır. Hastaya gerçeğe dayanan mevcut bilgiler verilirken hastanın endişe ve gerginlik düzeyi dikkate alınmalıdır.

A - Bildirmek:

Haber direk söylenmeden önce hastayı haberin ciddiyetine yönelik hazırlayacak cümleler kurulmalı ya da sorular sorulmalıdır. Birşeyler farketmesi sağlanabilir ancak kafa karışıklığı yaratılmamalıdır. Hastanın tanıyı bilme hakkı kadar tanıyı öğrenmeme hakkıda vardır. Bu nedenle tanıyı hastadan alınan onaydan sonra söylemek zorunludur. Hem hastanın hemde hekimin beden dili bu süreçte çok önemlidir. Bu süreçte hekim hastanın aynadaki görüntüsü olduğu ifade edilir. Hastanın yaşadığı utanç, üzüntü ve korkularını hekime yansıtır böylece hekim onun için yakın onu anlayan bir kişi olarak

görülebilecektir. Bu durum hastanın yalnız hissetmemesine ve anlaşıldığını hissetmesine olanak sağlar. Hekimin kötü haberi verirken tıbbi bir dil kullanmaması basit ve anlaşılır olması çok önemlidir. Çok uzun süreli, ayrıntılı açıklamalar ve tek yönlü iletişim hastanın öğrenme süreci için uygun değildir. Bilgiler kısa ve kolay anlaşılır cümlelerle ifade edilmelidir.

K - Harekete geçirmek:

İnsanlar kötü haberi aldıklarında farklı tepki ve reaksiyonlar verebilirler. Bazıları gözyaşlarına boğulabilirler, bazıları tamamen sessiz kalabilir, bazıları ise kalkmaya ve odaya ayak uydurmaya çalışır. Bazen hasta alacağı yanıtla baş edemeyeceği için gerçekliği inkar edebilir. Bazı durumlarda baş etmek için mizah da beklenen bir davranıştır. Bunların hepsi tahmin edilebilir tepkilerdir. Hastalara duyguların serbest akışı için yeterli alan verilmelidir. Hastalar çoğu zaman, durumun açıklanmasından sonra doktorun söylediklerini aktif olarak dinlemeyecektir. Öğrendikleri bilginin zorluğu nedeniyle haberden sonraki bilgileri hasta görmezden gelebilir. Bu nedenle, hastaya “buraya kadar anlattıklarımın kafanıza takılan bir şey var mı?”, “dikkatinin dağıldığını hissediyorum cümlelerime tekrar odaklanabilir misin?” Gibi sorular sorarak, söylenenleri dinlemesini sağlaması önerilir. Hastadan ne anladığını anlatmasını istemek de yararlı olacaktır. Hastanın hastalığının doğasını, durumunun ciddiyetini, hastalığının seyrini ve tedavi seçeneklerinin neler olduğunu anlayıp anlamadığından emin olmak gerekir. Hastanın yaşadığı olumsuz duyguları hafifletmeye çalışırken gerçekçi olmayan cümleler ve tedavi seçeneklerinin kullanılmamasına özen gösterilmelidir. Hastanın sorularına uygun açıklayıcı ve basit cevaplarla yaklaşılmalı ortak bir sorunla yüzyüze olduğu ve birlikte baş edileceği imajı verilmelidir. Hasta duymak isteyeceği bilgileri dinleyeceğinden hastayı gözlemlemeyi ve geri dönütler alarak neyi anladığını farketmeye çalışmak önemlidir.

S - Özetlemek (summerize):

Hekim görüşmenin sonunda kendi dile getirdiği bilgileri ve hastanın yaşamış olduğu duygu durumunu özetlemelidir. Görüşmenin ana noktalarının vurgulanması ve tedavi planının anlatılması çok önemlidir. Hem duygusal yönüne hem de strese neden

olan durumların düzeltilmeleri yapılmalıdır. Hastalar endişeli olduklarında daha az bilgi hatırladıkları ve anladıkları için yazılı bir özet kabul edilebilir. 24 saat ulaşılabilir olmak ve hastayı aklına takılan herhangi bir soru ya da nedenden dolayı aramaya teşvik etmek çok yararlıdır. İyimser bir bakış açısı sürdürülmeli ve hasta haberin akrabalarına bildirilmesini istiyorsa hekim bilgiyi paylaşmakta gönüllü olmalıdır. Gözden geçirme tarihi de oturumu tamamlamadan önce belirlenmelidir. Seans sonunda, odadan çıktıklarında hastanın güvende olduğuna emin olunmalıdır. Eve yalnız dönmesi ve evde birisinin destek sağlayıp sağlayamayacağını sorulmalıdır. Eğer hasta son derece çaresiz hissederek çok yoğun olumsuz duygularla görüşmeden çıkarsa intihar etmeye bile çalışabilir. Hastaya, kötü haberden sonraki süreçte hekimin aktif rol alacağına ve hastanın yanında süreçle baş etmesine destek olunacağına hasta ikna edilmelidir (Norayana ve ark., 2010).

2.2.4. Girgis ve Sanson-Fisher Çalışması

Girgis ve Sanson - Fisher (1995) çalışmalarında kötü haber vermenin özelliklerini aşağıdaki maddeler ile sıralamışlardır;

1. Kötü haberin verildiği ortam sakin ve özel bir yer olmalıdır.
2. İlk görüşme kesintiye uğramamalı ve yeterli zaman ayrılmalıdır.
3. Hasta haberi doğru anlayıp algıladığı gözlenmeli, duygusal süreci değerlendirilmelidir.
4. Verilen bilgilerin dürüst ve yakın olmasına dikkat edilmelidir.
5. Hasta görüşme sürecinde kendisini ve duygularını ifade etmesine fırsat verilmelidir.
6. Hastaya empatik yaklaşılmalı, süreçle ilgili kesin zaman verilmemelidir.
7. Esnek bir zaman dilimi prognoz için ayrılmalıdır.
8. Bir şey yapılamaz gibi ümitsiz mesajlardan kaçınılmalıdır.
9. Yeni bir görüşme zamanı belirlenerek durumun tekrar görüşüleceği belirtilmelidir.
10. Tedavi seçenekleri hasta ile görüşülmeli, tanının açıklanacağı diğer kişiler belirlenmelidir.
11. Destek kaynaklar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
12. Görüşme süresince verilen bilgiler yazılı belge halinde hastaya verilmelidir (Girgis ve Sanson – Fisher, 1995).

2.2.5. Ani Ölüm Haberi Verme GRIEV_ING Protokolü

Kötü haber verme ile ilgili bir diğer yöntem 2005 yılında geliştirilen ani ölüm haberi verme (GRIEV_ING) protokolüdür. Protokol dokuz alt başlığının kısaltmaları ile oluşturulan ismin içerikleri şu şekildedir:

G : Bir araya toplamak (Gather)

R : Kaynaklar (Resources)

I : Tanımla (Identify)

E : Eğitim (Education)

V : Doğrula (Verify)

_ : Boşluk (Space)

I : Bilgi alışverişi (Inquire)

N : Temel görevler (Nuts and bolts)

G : Verme (Give)

G -Bir Araya Toplama:

- Hasta ve aile bireylerini görüşmenin yapılacağı sakin bir odaya almak
- Hasta haricinde hastaya yakın ve destek verebilecek aile üyelerinin odada bulunması
- Acil serviste bulunan personel ve destek sağlayabilecek personelinden yardım almak

R – Kaynaklar:

- Hastanede bulunan destek olabilecek sosyal hizmet uzmanı, tercüman, din görevlisi gibi personeli hasta yakınlarına yas sürecinde yardımcı olması için organize etmek

I –Tanımla:

- Ölen kişinin kimlik bilgilerinin kesin olarak belirlenmiş olması
- Ölen hastanın kimlik bilgileri ve isminin belirtilmesi

- Hasta yakınlarının süreç hakkındaki bilgilerinin öğrenilmesi
- Ölüm haberine hazırlıklı olup olmadıklarının anlaşılması
- Haber hiç beklemedikleri bir durum olup olmadığının değerlendirilmesi

E – Eğitim:

– Aile olay yerinde olanlar, ambulans ve acil serviste yaşananlar hakkında bilgilendirilmelidir.

- Kötü haber verileceğini önceden fark ettirecek bilgiler verilmelidir.
- Mevcut durum hakkında bilgi paylaşılmalı
- Hastanın kaybedildiği bilgisi aile ile paylaşılır.

V – Doğrula:

- Kesin ve net bir dil kullanarak aileye hastanın öldüğü bilgisi verildiğinden emin olunur.
- Öldü ve ölüm kelimeleri kullanılır.
- Aileye başsağlığı dilenir.

_ - Boşluk:

- Aile bireylerinin yaşadığı duygusal durum için zaman tanınır.
- Olayın anlaşılması ve kabul edilmesi için zaman verilir.

I - Bilgi Alışverişi:

- Sormak istedikleri soru var mı öğrenilir.
- Sordukları soruları cevaplamak önemlidir
- Soruları cevaplarken karşı tarafın güvenini zedelememeli, gerçek olmayan şeylerden kaçınılmalı

N -Temel Görevler:

- Halledilmesi gereken evrak işleri aileye bildirilmeli ve yapılacaklarla ilgili aile bilgilendirilmelidir.

- Şüpheli ölüm olduğunda adli tabibe bilgi verilmelidir.
- Yapılacaksa otopsi, organ bağı, cenaze işleri, ölünün kişisel eşyaları, cenazenin görülmek isteniyorsa görülmeden önce hazırlanması işlerinin tamamlanması gerekir.

G – Verme:

- Aile ile iletişim bilgileri paylaşılmalı
- Sonrasında sormak istedikleri soru olursa ulaşılabilecekleri bilgisi verilmelidir.

- Aileye ve yakınlarına baş sağlığı dilenmelidir.

Acil haber verme yöntemi olarak hazırlanmış planlamadır (Hobgood ve ark. 2015).

2.3. Meme Kanseri

2.3.1. Tanımı

Kanser, toplumda hasta veya hasta yakınına etkileyen, hastalık sürecinde kişilerin fiziksel ve psikolojik zorluklarla karşı karşıya kaldığı önemli bir sağlık problemidir. Kanser süreçte kişilere fiziksel, psikolojik ve sosyo ekonomik sorunlar yol açması nedeni ile kişilerin yaşamlarını olumsuz etkilemektedir.

Hastalığın klinik seyrinin belirsizliği ve tedavi sürecinde karşılaşılabilecek zorluklar hastada umutsuzluğu çağrıştırmaktadır. Bu durum hastalarda aşırı duyarlılık, kırılganlık, çaresizlik ile ilişkili korkulara neden olmaktadır (Fujimori ve ark., 2006).

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkene bağlıdır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitimi, kişilik özelliklerinin yanı sıra sağaltıma ait değişkenler ile çevresel özellikler kanser tanısı ile baş etmeyi önemli ölçüde etkiler.

Ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır (Özkan, 1999, Kaynak: Aynur Bahar, 2007 p.1). Belirsizliğin psikolojik ve fiziksel sonuçlarının yüksek stres kaynağı olduğunu destekleyen deneysel kanıtlar mevcuttur. Araştırma sonuçlarına göre, belirsizliğin yüksek olarak algılandığı

durumlarda kaygı ve depresyonun yüksek; hayat kalitesinin ise düşük olduğu bulunmuştur (Bailey ve ark., 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından açıklanan 2018 yılı verilerine göre 18,1 milyon kanser vakasının olduğu ve 9,6 milyon kanser kaynaklı ölüm meydana geldiği görülmektedir. Dünya çapında her beş erkekten biri ve altı kadından biri hayatları boyunca kansere yakalanmaktadır. Her sekiz erkekten biri ve on bir kadından biri de bu hastalık nedeni ile ölmektedir. Kanser türleri arasında akciğer kanseri, meme kanseri ve kolorektum kanseri yaygınlık açısından ilk üç sıradadır. Bu üç kanser türü mortalite açısından da ilk beş sırada yer almaktadır (sırasıyla birinci, beşinci ve ikinci). Cinsiyete göre baktığımızda kadınlar arasında en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Kadınlarda görülen kanser vakalarında her dört kadından biri (%24) meme kanseri tanısı almaktadır. Kadınlarda meydana gelen kanser ölümlerinin başında meme kanseri olduğu görülmektedir (%15) (WHO, 2018). Türkiye kansere yakalanma sıklığı dünyada kansere yakalanma sıklığından daha yüksektir. Bunun yanında Amerika ve Avrupa birliği ülkeleri gibi gelişmişlik düzeyleri yüksek ülkelere oranla daha düşük sıklıkta olduğu görülmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Verileri, 2016).

Hastalığın yaygınlığına rağmen etiyojisi belirsizliğini korumaktadır ve önlenabilir sebeplerin belirlenmesi çalışmaları devam etmektedir. Kanser istatistiklerinde görülen sayılar ve oranların ülkemizde çok sayıda hastanın ve yakınlarının hayatını maddi ve manevi yönden etkileyen ve uzun süreli mücadele gerektiren bir hastalık olduğunu göstermektedir. Kanser kesin bir sonu olan hastalık olarak değerlendirilmemelidir. Bu sürecin içerisinde yer alan kötü haber almanın, kanser hastalığı ve tedavi sürecinin önemli bir parçası olduğu düşünüldüğünde bu konuda yapılması gereken çalışmaların önemi görülmektedir. Bunun yanında meme kanserinin erken saptanabilmesi hastaların hayatta kalma oranlarında dramatik iyileşmeye neden olmaktadır (Kayhan ve ark., 2012).

2.3.2. Meme Kanseri Tanılı Hastaların Psikolojisi ve Tepkileri

Meme kanseri hastaların ilk tepkileri acı çekme ve ölüm kaygısı nedeni ile ortaya çıkmakta iken diğer psikolojik tepkiler cerrahi tedavilerle oluşacak meme kaybı, memede estetik bozukluk ile ilgili olmaktadır (Özkan, 1990). Meme tarih boyunca kadında annelik, cinsellik, estetik kavramlarını temsil etmiştir. Bu organın kaybedilmesi kadınlığın yitirilmesi olarak algılanmaktadır. Bununla birlikte genç kadınlarda meme kaybının yol açtığı ruhsal problemlere daha fazla rastlanılmaktadır. Cerrahi operasyon

sonrasında kadının beden imgesini olumsuz etkilemekte, cinsellikte, yakın ilişkilerinde ve evlilikte bozulmalar görülmektedir (Henson, 2002).

Kanserli hastalarda normal popülasyona göre çok daha yüksek oranlarda psikiyatrik morbiditenin görüldüğü, psikiyatrik hastalıkların bireyi olumsuz yönde etkilediği, tedaviye uyumu zorlaştırdığı, hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir (Tavil, 1996; Turan, 1992). Tavil'in bildirdiğine göre, Derogatis ve arkadaşları kanserli hastalarda yaygın olarak görülen psikiyatrik bozuklukları; uyum bozukluğu, majör depresyon, organik beyin sendromu, anksiyete bozukluğu ve kişilik bozukluğu olarak sıralamışlardır (Tavil, 1996).

Seven ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada, “kanser hastalarının yarısından fazlasının depresif belirtiler yaşadığı, uykusuzluk, yorgunluk, iştahsızlık, nefes darlığının en fazla hissedilen semptomlar olduğu” belirlenmiştir.

İnsanların ölümlü olmak gerçeğini en çok hissettikleri anlardan birisi kanser tanısı ile yüzleşme anıdır (Bilgin ve ark., 2008).

Doktorların çoğu için zorluk barındıran dürüst olmada dengeyi yakalama önemlidir. Aynı zamanda cesaret verici, umutlu ve destekleyici olmaları da beklenir. Yapılan bir çalışmada kanserli 351 hastanın kötü haber alma tercihleri belirlenmiş ve hastaların ‘duygusal desteğe ihtiyaç duyduğu bilgisi en yüksek puanı aldı’ sonucuna varılmıştır. Hastalar tedaviye yönelik uygun karar verebilmeleri için kötü haber verme sürecinde dürüst olunması gerektiğini düşünmektedirler (Fallowfield ve ark., 2004).

Kötü haber etkisi altındaki hastalarda bu tür reaksiyonların büyüklüğü ve kalitesi hala araştırmayı hak ediyor. Bu alandaki bir sınırlamanın, hastalarının fizyolojik yönlerini, kötü haberi alırken, cevaplarına müdahale etmeden izlemenin oldukça imkansız olduğu düşünülmelidir (Prado ve ark., 2015).

Kötü haberi verme aşamasından sonra tanıyı öğrenen hastalar belirli duygusal ve davranışsal tepkiler vermektedir. Tanımlanan pek çok duygu ve düşünce ile birlikte, kötü haberlerin verilmesi hastalarda sayısız farklı etki ve reaksiyona neden olabilir. Hastaların ifadelerinden alından bilgilere göre Morse (2011) tarafından “duygusal ezici biliş” olarak ifade edilen bu tepkiler, pek çok araştırmacı tarafından tanımlanmış ve gruplandırılmıştır. Bunlardan en çok kabul gören çalışma Elizabeth Kübler Ross’un saptadığı evrelerdir. Bu

evreler hem kötü haber alma sürecinden sonra hemde yas evrelerinde görülmektedir. Evreler sırası ile görülebilir, birlikte iki evre görülebilir ya da bazen hiç yaşanmayabilir.

Bu evreler sırası ile:

1) İnkâr : Hasta hastalığı veya önemini reddeder. Burada kendisini yüksek dereceli bir anskiyete, korku, panik ve depresyondan koruma eğilimi vardır. Bu durum anlaşılabilir ve süre tanınabilir. Hasta teşhis ve tedavi sürecini aksatacak bir inkar sürecine girdiğinde muhakkak aile ve sağlık çalışanlarından destek alınmalıdır (Miller, 1995).

2) Öfke: Hasta hastalık tanısı koyan hekime, aile ve yakınlarına bazen de sağlıklı kişilere karşı öfke ve kızgınlık hissedebilir (Ross, 2010).

3) Pazarlık: Bu evrede hasta inkar ve öfke evrelerini yaşamamış veya atlatmış olabilir. Hastalığı henüz tam olarak kabullenmemiştir ancak sağlık ekibi ile uyum içerisinde gerekenleri yapabilir ve tedavi için çaba gösterebilir. (Zisook ve Zisook, 2000).

4) Depresyon: Hasta bu dönemde yaşanan belirsizlikler, kontroller ve incelemelerle yorulmuş, kaybettikleri için yas tutar hale gelmiştir. Burada var olan depresyon majör değil daha yaşanan sürece ait bir durumdur. Bu dönem kabullenme dönemi için gerekli olan bir dönemdir (Ross, 2010).

5) Kabullenme: Bu dönemde hasta yaşayacağı pek çok duyguyu atlatmış ve var olan durumun ciddiyetinin farkına varmıştır. Kabullenme bir umutsuzluk durumu değildir (Zisook ve Zisook, 2000).

2.4. Kansere Hastalarının Kötü Haberi Almaya İlişkin Tutum ve Algıları

Hastalık algısı, hastaların genel olarak hastalıkları ile ilgili inançları ve hastalığın kişideki bilişsel görünümü olarak ifade edilebilir. İnanç ve bilişsel durumlar hastalıkla ilgili algı ve düşünceleri şekillendiren etkenlerdir. Hastalık algısı hastalığın yorumlanması, hastalık ile baş etme ve hastalığı değerlendirme bölümlerini içerir. Hastalık belirtileri hakkındaki inanışlar, hastalığın süresi, tedavi evresinin etkileri, hastalığın kontrol edilebilirliği ve nedenlerini içermektedir (Karabulutlu ve Karaman, 2015).

Kansere ilişkin tutumlar üzerine yapılmış araştırmalarda kanserin neden ortaya çıktığı, önlenilebilir olup olmadığı ve tedavi edilebilirliği durumlarında farklı inanç ve

görüşler olduğu görülmüştür. Kanserde psikolojik faktörlerin nasıl ve ne ölçüde dahil olduğu konusunda farklı disiplinler farklı görüşler sunmuşlardır. Bu disiplinlerden bazıları fiziksel sağlık üzerindeki psikolojik etkileri algılarlar, ancak kanser üzerindeki spesifik etkileri inkar ederler. Bazı disiplinler ise kanserde psikolojik etkilerin önemli olduğunu savunur (Doan ve ark., 1993). En yaygın görüş, psikolojik faktörlerin kanser seyrini etkileyebileceği ve hastalığa neden olan etmenlerden biri olabileceğidir. Bir sonraki en popüler bakış açısı, kanserin ilerlemesinde psikolojik değişkenler olarak ifade edilir.

Yapılan bir araştırmada çoğu hastanın kötü haberi öğrenme sürecindeki tutumlarını, sağlık çalışanının becerisi ve haberin verildiği ortamın uygunluğunun belirlediği görülmüştür. Hastalar yetenekli ve deneyimli bir hekim tarafından kendilerinin psikolojik durumlarının göz önünde bulundurulması ve tıbbi durumları hakkındaki bütün bilgilerin paylaşılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Aynı zamanda, katılımcılar kötü haberi sakin ve uygun bir ortamda öğrenmenin acil bölümünde ya da hastane koridorunda öğrenmekten çok daha uygun olduğunu belirtmişlerdir (Aminiahidashti ve ark., 2016).

Başka bir çalışmada ise hastalar teşhisleri hakkındaki gerçeği öğrenmeyi doktor ve ailelerinin fikirlerini öğrenmeye tercih ediyorlar (Fumis ve ark., 2010).

Hastalık algısı ile ilgili yapılan başka bir çalışma farklı kanser türüne sahip hastaların hastalıklarını nasıl algıladıklarını öğrenmeyi amaçlamıştır. Yapılan çalışmada pek çok eski kanser hastasının hastalıklarını kronik bir durum olarak algıladıkları ve kanser tedavisinin etkisine güçlü bir inandıkları görülmüştür. Farklı baş etme becerileri kullanmalarına rağmen hastalıklarını algılamalarının yolu belirli bir strateji benimsemelerine bağlıdır. Belirli bir strateji benimsemeleri genel yapısal bir planlama ortaya çıkarmak için kullanılabilir. Ortaya çıkan sonuçlara göre hastalığın tehdidi ve algılanan şiddetini hafifletmekle uğraşmaktansa, inançları yapısal bir strateji ile güçlendirmek çok daha yararlıdır (Hopman ve Rijken, 2015).

“Kanser” tanısı almak hasta için zor ve kaygı verici bir durumdur. Kansere yüklenen anlam ve hastalığı algılama biçimi hastanın hastalığa psikososyal uyumunu etkiler. Genel olarak meme kanseri bedensel yetersizlikleri, cinsel sorunları ve psikolojik problemleri artıran, kısa ve uzun süreli uyum bozukluklarını ortaya çıkaran hastalık olarak algılanır (Özçakır, 2002).

Hastalar kötü haber verme süreci ile ilgili beklenti ve algıları ile ilgili olarak özellikle değinilen nokta şudur; hekimin ya da sağlık çalışanının bilgiyi dürüst ve şefkatli bir şekilde verebilmesi çok önemlidir (Ishaque ve ark., 2010).

Yapılan bir çalışmada görülmüştür ki geleneksel toplumlarda bile hastaların neredeyse yarısı, kötü haberlerin tam olarak açıklanmasını istemektedir. Bu özelliklerin sağlık çalışanları tarafından doğru değerlendirilmesi ve uygulanması için eğitim sisteminde doktorların kötü haber ifade etme becerisi ve empati becerileri gibi konularda eğitilmeleri önemlidir (Jameel ve ark., 2011).



3. GEREÇLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Katılımcıları:

Bu çalışmada örneklem seçimi için derinlemesine görüşme ve nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada sayısal ve sözel değerlerin beraber kullanımı, açıklamaların anlam kuvvetinin güçlenmesine ve açıklama kolaylığının artmasına destek olacaktır; araştırma sonuçlarının farklı yöntemlerle desteklemesi açısından da katkı sağlayacaktır.

Her yıl ortalama 5000 kişinin İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsüne başvurduğu bilinmektedir. Bu çalışmada, meme polikliniğine kontrol hastası olarak gelen, araştırma kriterlerine uyan en az 50 hastanın örneklem grubunu oluşturmalarına karar verilmiştir. Çalışmamıza toplam 53 meme kanseri tanı ve tedavisi almış olan kişi katılmıştır. Hastalar rutin doktor kontrolleri için poliklinik alanlarında bekledikleri süre içerisinde, uygun boş bir poliklinik odasında bire bir görüşme ile ölçekleri araştırmacı ile birlikte tamamlamıştır. Derinlemesine görüşme ve nicel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanılması bu araştırmanın örneklem seçiminin temel ilkesini oluşturmaktadır.

3.2. Katılımcıların Seçilme Yöntemi İşleme ve Dışlama Ölçütleri

Araştırmanın örneklem grubu İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde meme kanseri tanısı almış ve tedavileri tamamlandıktan sonra en az 6 ay geçen ve kontrol için polikliniğe gelen 53 kontrol hastası oluşturmaktadır. Araştırma örnekleme belirleme aşamasında, çalışmanın yapıldığı dönemde polikliniğe gelen, araştırma kriterlerine uygun, kontrol hastalarından çalışmaya katılmayı kabul etmeleri göz önüne alınmıştır. Araştırmada katılımcıları İstanbul ve çeşitli illerinden gelen meme kanseri tanısı almış 18-70 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme formu ve poliklinik görüşme formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Beck depresyon envanteri, sürekli kaygı formu, eysenck kişilik envanteri katılımcılar tarafından işaretlenmiştir, ancak eğitim düzeyi nedeni ile uygulamayı kendisi yapmakta zorlanan katılımcılara uygulayıcı tarafından yardım edilmiştir. Araştırmaya görüşmeyi engelleyici herhangi bir fiziksel ve mental problemi olmayan kadınlar dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmada Kullanılan Ölçek Form ve Testler

Araştırmanın örneklem grubunu oluşturan hastalar, araştırmanın amacı çerçevesinde değerlendirmeleri yapabilmek amacıyla, yarı yapılandırılmış anket formu,

Poliklinik Görüşme Formu, Beck Depresyon Envanteri, STAI-2 Sürekli Kaygı Ölçeği ve Eysenck Kişilik Envanteri kullanılmıştır.

3.3.1. Yarı Yapılandırılmış Anket Formu

Meme kanseri hastalığını geçirmiş kadınlarda kötü haberi alma süreçleri hakkında bilgiler içeren yarı-yapılandırılmış görüşme formu oluşturmak için literatür bilgisinden yararlanılmıştır. Form açık uçlu ve kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. Formun içeriğinde yer alan ilk bölümde araştırmaya katılacak hastanın sosyo-demografik özellikleri; yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sosyoekonomik durumu soruları yer almaktadır. Formun ikinci kısmı ise geçmişe dönük bilgileri içerir. Bu bilgileri iki kısımda aktaracak olursak ilki; kötü haberi alma sürecini içeren hastalara kötü haberi kimin verdiği, nerede verildiği, kötü haberi verirken sağlık çalışanı tarafından nasıl bir yaklaşım olduğu gibi haberi iletene ait yaşadıkları ve düşünceleri sorulur. Diğer kısım ise yaklaşımdan ne hissettiği, haberi alırken hissettiği duygu ve düşünceleri, kötü haberi alma süreci hakkında beklentileri, kötü haberi almaya ilişkin bireysel tercihleri, kötü haber verilme süreci konusunda bireysel görüşleri oluşturur. Bu bölümler hem kendi yaşadığı süreci hem de genel anlamda bu alandaki yaklaşımın nasıl olması gerektiğine yönelik kişisel görüşlerini içermektedir. Formda çoktan seçmeli sorular ve hastanın birebir ifadelerinin yer aldığı açık uçlu sorular görüşmeyi yapan görüşmeci tarafından doldurulmuştur.

3.3.2. Poliklinik Görüşme Formu

Poliklinik görüşme Formu İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde uygulanmak üzere oluşturulmuş bir formdur. Dört bölüm başlığı altında kişinin sosyodemografik özellikleri, dosya bilgileri, tıbbi hastalık öyküsü ve psikososyal değerlendirmesi hakkında bilgi alınmaktadır. Formun her bölümde açık uçlu ve kapalı uçlu sorular bulunmaktadır.

Sosyodemografik özellikleri bölümünde, hastanın yaşı, medeni durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu gibi sorular sorulmuştur. Dosya bilgileri bölümünde hastalığının tipi, uygulanan tedaviler, diğer mevcut tıbbi hastalıkları hakkında bilgiler alınmaktadır. Tıbbi hastalık öyküsü bölümünde ise hastanın ifadesi ile fiziksel hastalığı, hastalığın süresi, hastalığın ortaya çıkışı, alternatif tedaviye yönelim soruları bulunmaktadır. Psikososyal değerlendirmesinde kendisinde veya ailesinde psikiyatrik hastalık öykü olup olmadığı, hastalığın kişinin yaşam alanlarını nasıl etkilediği, sosyal

destek sistemleri ve hastalık sürecinde psikolojik yardım alıp almadığı hakkında bilgi alınmaktadır. Form kişiden alınan verilerle tıbbi hastalığı ve psikolojik süreci hakkında bilgi almak amaçlı uygulanmıştır.

3.3.3. Beck Depresyon Envanteri

Envanter Depresyonda görülen klinik belirtilerin neler olduğunu içerecek şekilde oluşturulan Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Beck Depression Inventory), Beck tarafından geliştirilmiştir. BDE 'nin maddeleri veri ve klinik gözlemlere dayalı olarak planlanmıştır. 4'lü Likert tipi 21 belirti kategorisi olan (0= Depresyonla ilgili olumlu ifadeler -3=Depresyonla ilgili olumsuz ifadeler) kendini değerlendirme ölçeğidir. Depresyonun bedensel, duygusal, bilişsel ve güdüsel belirtilerini değerlendirmektedir. BDE Dünyada psikiyatri hastanelerinde ve normal örneklemelerde en yaygın kullanılan depresif belirtilerin şiddetini ölçen araçlardan biri olarak ifade edilmiştir (Beck ve ark., 1988). Ölçek alt boyut olarak bulunmuş ancak dört tanesi yorumlanmıştır. Dokuz madde umutsuzluk boyutunu (depresif ruh durumunu), üç madde kişinin kendisine yönelik olumsuz duygular boyutunu (kendi suçlama), iki madde bedensel kaygılar boyutunu (bedensel imaj), iki madde suçluluk duygulanım boyutunu (suçluluk duyguları), dört madde yorumlanmayan boyutları (uyku bozukluğu) maddelerini kapsamaktadır. Her bir belirti kategorisi 0-3 arasında değişen puanlarla ele alınmaktadır. BDE değerlendirmesi 10-16 puan arası hafif, 17-29 puan arası orta ve 30-63 puan arası şiddetli depresif belirtiler olarak belirlenmiştir. Ölçek kesme puanı 17'dir. Üzeri puanlamada anlamlı düzeyde depresif olarak belirtmektedir. Puanlamada seviyenin yüksek olması depresyon şiddetinin ve seviyesinin yüksekliğini gösterir (Hisli, 1988). Ülkemizde güvenilirlik geçerlilik çalışmaları ve çevirisi Hisli tarafından (1989) tarafından yapılmıştır. Beck Depresyon Envanteri depresif belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek uygun bir ölçüm aracı olduğunu yapılan güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları ile göstermiştir (Hisli, 1988).

3.3.4. Durumluk- Sürekli Kaygı Ölçeği:

1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen likert tipi bir ölçektir. Bir öz değerlendirme türü olan envanter her biri 20 maddeden oluşan iki ayrı ölçek olarak planlanmıştır. Toplamında 40 maddeden oluşmaktadır. İlk ölçek durumluluk kaygı ölçeğinde her soru için şıklar "hiç", "biraz", "çok", ve "tamamıyla" seçenekleri ile belirlenir. Süreklilik kaygı ölçeğinde ise

ifadelerin sıklık derecesini belirlemek için şıklar “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman”, “hemen her zaman” olarak işaretlenmesi istenmektedir. Her iki ölçekte doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler bulunmaktadır. Olumsuz duyguları anlatan cümleler doğrudan ifadeler ile olumlu duyguları anlatan cümleler ise tersine dönmüş ifadeler ile gösterilir. Durumluluk kaygı envanterinin tersine dönmüş ifadeleri 1, 2, 5, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeleridir. Sürekli kaygı envanterinin tersine dönmüş ifadeleri ise 21, 26, 27, 30, 33, 36, 29. maddeleridir. İki farklı tür ifadenin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunur daha sonrasında doğrudan ifadelerin toplam puanından ters ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Sonrasında bu puana her iki tür ifadenin değişmeyen değeri ilave edilir. Durumluluk kaygı envanterinin önceden saptanmış değişmeyen değeri 50, sürekli kaygı envanterinin önceden saptanmış değişmeyen değeri 35 olarak belirlenmiştir. Sonuçta ortaya çıkan puan kişinin kaygı puanıdır. Ölçeğin ilk kısmı olan Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) aniden değişen heyecansal tepkileri değerlendirir, Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ise kişinin yaşadığı kaygının sürekliliğinin belirlenmesini amaçlar. Bu çalışmada envanterin ikinci kısmı olan Sürekli Kaygı Ölçeği (SDÖ) kullanılmıştır. Yüksek puan olması kaygı seviyesinin yüksek olduğunu, düşük puan olması ise kaygı seviyesinin düşük olduğunu gösterir. Skorlar 20 (düşük anksiyete) 80 (yüksek anksiyete) olarak belirtilmektedir (Öner ve Le Compte, 1983). Envanter Öner ve Le Compte tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır ve ülkemizde kullanılmaktadır (Le Compte ve Öner, 1975).

3.3.5. Eysenck Kişilik Envanteri

Eysenck Kişilik Envanteri günümüzde dışadönüklük kişilik yapısının ölçülmesine yönelik uygulanmaktadır. H. J. Eysenck ve S. B. G. Eysenck tarafından 1964 yılında geliştirilmiştir ve son formu dört ayrı ölçeğe ait alt boyutları psikotizm, dışadönüklük, nörotizm ve yalan olarak belirlenmiştir. Ölçek 90 asıl ve 11 yedek olmak üzere 101 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin 23 tanesi nörotizm, 21 tanesi dışadönüklük, 25 tanesi psikotizm ve 21 tanesi de yalan ölçeğine aittir (Cantez, 1984). Öncesinde sadece nörotizm ve dışa dönüklük ölçeklerine dayalı Maudsly Personality Inventory (MIP) olarak bilinen ölçek sonrasında Eysenck tarafından geliştirilerek yalan boyutu eklenmiş ve Eysenck Personality Inventory (EPI) olarak adlandırılmıştır. Yapılan çalışmalarla), H. J. Eysenck ve S. B. G. Eysenck tarafından geliştirilerek psikotizm boyutu eklenen ölçeğin son ismi Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) olarak değiştirilmiş ve ölçek bu dört

boyutla tamamlanmıştır. Her bir madde de “evet” ve “hayır” seçenekleri mevcuttur. Eysenck Kişilik Envanteri’nin Türkçe’ye uyarlama çalışmaları (Topçu, 1982) tarafından yapılmıştır. 1092 kişilik Türk örneklem grubundan 566 erkek ve 526 kadın olmak üzere uygulanmış ve testin Türkçe formlarının tüm ölçekleri kabul edilir düzeyde güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Tüm boyutların test-tekrar test güvenilirlik katsayıları 0.78 ve 0.90 olarak bildirilmiştir. Elde edilen tüm güvenilirlik katsayıları $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Test ilgili kişilik boyutlarının ölçülmesinde Eysenck Kişilik Envanterinin güvenle kullanılabileceği bildirilmiştir (akt. Tokgöz, 1997).

Eysenck Kişilik Envanterinde yer alan dört alt boyut sırasıyla:

- Psikotiklik Boyutu (Psychoticism-P): İnsanlara karşı ilgisiz, uyumsuz davranan, yalnız olan, sürekli zorluk yaşayan, zalimce davranabilen, duygusuz olduğunu hissettiren, öfkelenildiğinde saldırganca davranabilen, diğer insanların mutsuz olmasından haz duyan kişiliktir (Yavuzer, 1982).
- Dışa Dönüklük Boyutu (Extraversion-E): Sosyal, eğlence ve toplantılardan keyif alan, güdüsel davranan, gamsız, rahat olmaya önem veren, iyimser bakan, duygularını kontrol etmekte zorlanan, çabuk sinirlenip öfkelenen, karşı tarafa güven vermeyen, insancıl, cana yakın, kendi başına kalmaktansa insanlarla olmaktan hoşlanan, içinden geldiği gibi hareket eden, hareketli, çok konuşan, şakacı, gülmekten hoşlanan kişilerdir (Köknel, 1986).
- Nevrotiklik Boyutu (Neuroticism-N): Dengesiz duygusal davranışları ve tepkileri olan, ruh durumu değişken, çoğunlukla kaygılı ve çöküntülü kişilerdir. Uykusuzluk ve sindirim problemi yaşarlar, duygusal çöküntülerde toparlanmakta zorlanırlar. Genel kaygı sorunu yaşarlar. Depresyona girme olasılıkları yüksektir. Şüpheli, endişeli, gergin, duygusal ve tepkileri sert kişiliklerdir (Yavuzer, 1982).
- Yalan Boyutu (Lie-L): Ölçeği cevaplarırken kendisine iyi bir görüntü verebilmek için yanıltıcı cevaplar verildiğini ifade eder. Kendilerini oldukları gibi göstermek yerine olmaları uygun kişilikler olarak gösterme eğilimindedirler. Kişilerin envanterden çıkacak sonuca yönelik kaygıları arttıkça yalan puanları da yükselmektedir (Eysenck, 1978).

3.4. İstatistiksel İşlemler

Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 24.00 programı kullanılmıştır. Hipotezlerin analizinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişki düzeyleri için ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir



4. BULGULAR

4.1. Poliklinik Görüşme Form Soru Cevaplarına İlişkin Bilgiler

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilere göre 53 hastanın %13,2'sinin okur-yazar olduğu, %49,1'inin ilköğretim, %24,5'inin lise, %13,2'sinin üniversite mezunu olduğu; %71,7'sinin evli, %7,5'inin bekar, %15,1'inin dul, %5,7'sinin boşanmış olduğu; %5,7'sinin yalnız yaşadığı, %7,5'inin anne/babası ile yaşadığı, %79,2'sinin eşi ve çocukları ile yaşadığı, %7,5'inin diğer kişiler ile birlikte yaşadığı; %11,3'ünün çalıştığı, %7,5'inin hastalık nedeni ile çalışamadığı, %5,7'sinin başka nedenlerden dolayı çalışamadığı, %35,8'inin emekli olduğu, %39,6'sının ev hanımı olduğu; %9,4'ünün ekonomik durumunun düşük, %67,9'unun ekonomik durumunun orta, %22,6'sının ekonomik durumunun iyi olduğu; %1,9'unun tedavi masraflarını kendilerini karşıladığı, %98,1'inin sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılandığı; %81,1'inin İstanbul'da yaşadığı ve %18,9'unun İstanbul dışında başka bir şehirde yaşadığı gözlenmiştir (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Sosyo-Demografik Bilgiler Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu

		n	%
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	7	13,2
	İlköğretim	26	49,1
	Lise	13	24,5
	Üniversite ve Üzeri	7	13,2
Medeni Durum	Evli	38	71,7
	Bekar	4	7,5
	Dul	8	15,1
	Boşanmış	3	5,7
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız Yaşıyor	3	5,7
	Anne/Baba ile	4	7,5
	Eşi ve Çocukları ile	42	79,2
	Diğer	4	7,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	11,3
	Hastalık Nedeniyle Çalışmıyor	4	7,5
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	3	5,7
	Emekli	19	35,8
	Ev Hanımı	21	39,6
Ekonomik Durum	Düşük	5	9,4
	Orta	36	67,9
	İyi	12	22,6
Tedavi Masraflarını Karşılayan Kişi	Kendileri	1	1,9
	Sosyal Güvenlik Kurumu	52	98,1
Yaşadığı Yer	İstanbul	43	81,1
	İstanbul Dışı	10	18,9

Hastaların yaş ortalamasının 52 olduğu ve evlenen hastaların ortalama 26,96 yıl evli kaldığı gözlenmiştir (Bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Yaş ve Evlilik Sürelerine İlişkin Bilgiler Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu

	n	Ort.	S.sapma	En büyük değer	En küçük değer
Yaş	53	52,28	11,35	21	70
Evlilik Süresi	49	26,96	11,23	3	49

Hastaların dosya bilgilerine ilişkin bilgilere göre hastaların %26,4'ünün metastazının olduğu, %84,9'unun cerrahi tedavilerinin olduğu, %22,2'sinin operasyona bağlı yan etkilerinin olduğu, %66,0'sının radyoterapi gördüğü, %50,9'unun kemoterapi gördüğü, %37,7'sinin mevcut tıbbi başka hastalığının olduğu gözlenmiştir (Bkz. Tablo 3).

Tablo 3. Tıbbi Dosya Bilgileri Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu

		n	%
Metastaz	Yok	39	73,6
	Var	14	26,4
	Toplam	53	100,0
Cerrahi Tedavi	Yok	8	15,1
	Var	45	84,9
	Toplam	53	100,0
Operasyona Bağlı Yan Etki	Yok	35	77,8
	Var	10	22,2
	Toplam	45	100,0
Radyoterapi	Yok	18	34,0
	Var	35	66,0
	Toplam	53	100,0
Kemoterapi	Yok	26	49,1
	Var	27	50,9
	Toplam	53	100,0
Mevcut Tıbbi Diğer Hastalık	Yok	33	62,3
	Var	20	37,7
	Toplam	53	100,0

Hastaların tıbbi hastalık öykülerine ilişkin bilgilere göre hastaların %30,2'sinin ailesinde ya da yakın çevresinde benzer hastalığa sahip birinin olmadığı, %66,0'sının yakın akrabasında, %3,8'sinin dost ve arkadaşının benzer hastalığının olduğu; %88,7'sinin alternatif tedavilere yönelmediği ve %11,3'ünün alternatif tedavilere yöneldiği gözlenmiştir (Bkz. Tablo 4).

Tablo 4. Tıbbi Hastalık Öyküsü Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu

		n	%
Ailesinde ya da Yakın Çevresinde Benzer Hastalığa Sahip Biri	Yok	16	30,2
	Yakın Akriba	35	66,0
	Dost, Arkadaş vs.	2	3,8
Alternatif Tedavilere Yönelme	Hayır	47	88,7
	Evet	6	11,3

Hastaların hastalık ile ilgili algılarına ilişkin bilgilere göre hastaların %26,4'ünün hastalığı hakkında bilgisinin yetersiz olduğu, %73,6'sının hastalığı hakkında yeteri kadar bilgisinin olduğu; %84,9'unun hastalığının ortaya çıkış nedenini psikolojik atıflara, %9,4'ünün risk etkenlerine, %1,9'unun bağışıklık sistemine, %3,8'inin kaza veya şansına bağladığı gözlenmiştir (Bkz. Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Hastalıkla İlgili Algıları Sayı, Yüzden Dağılım Tablosu

		n	%
Hastalık Hakkında Bilginin Yeterliliği	Yetersiz	14	26,4
	Yeterli	39	73,6
Hastalığın Ortaya Çıkış Nedeni	Psikolojik Atıflar	45	84,9
	Risk Etkenleri	5	9,4
	Bağışıklık Sistemimle İlgili	1	1,9
	Kaza veya Şans	2	3,8

Hastaların psikososyal değerlendirmelerine ilişkin bilgilerine göre hastaların %20,8'inin psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu, %15,1'inin psikiyatrik hastalık tedavisi gördüğü, %11,3'ünün ailesinde psikiyatrik özgeçmişinin olduğu, %84,9'unun hastalığı hakkında rahatlıkla konuşabildiği, %75,5'inin sosyal destek sistemlerini yeterli bulduğu, %11,3'ünün hastalığı süresince psikolojik yardım aldığı gözlenmiştir (Bkz. Tablo 6).

Tablo 6. Psikososyal Değerlendirme Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu

		n	%
Psikiyatrik Hastalık yks	Yok	42	79,2
	Var	11	20,8
Psikiyatrik Hastalık Tedavisi	Yok	45	84,9
	Var	8	15,1
Ailede Psikiyatrik zgemiř	Yok	47	88,7
	Var	6	11,3
Hastalık Hakkında Rahat Konuřabilme	Hayır	8	15,1
	Evet	45	84,9
Sosyal Destek Sistemleri	Yetersiz	13	24,5
	Yeterli	40	75,5
Hastalık Süresince Psikolojik Yardım Almayı İsteme	Evet Aldım	6	11,3
	İstedim Ama Olmadı	10	18,9
	Hayır İstemedim	37	69,8

Hastalıklarının yaşam alanlarını etkileme durumlarına ilişkin bilgilere göre hastaların %14,6'sının eş ile ilişkilerini, %9,1'inin çocukları ile ilişkilerini, %11,3'ünün sosyal ilişkilerini, %28,3'ünün beden imajını, %34,1'inin cinsel yaşamlarını olumsuz etkilediği gözlenmiştir (Bkz. Tablo 7).

Tablo 7. Hastalığın Yaşam Alanlarını Etkileme Durumları Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu

		n	%
Eş İlişkileri	Etkilemedi	23	56,1
	Olumsuz Etkiledi	6	14,6
	Olumlu Etkiledi	12	29,3
	Toplam	41	100,0
Çocuklarla İlişki	Etkilemedi	22	50,0
	Olumsuz Etkiledi	4	9,1
	Olumlu Etkiledi	18	40,9
	Toplam	44	100,0
Sosyal İlişki	Etkilemedi	30	56,6
	Olumsuz Etkiledi	6	11,3
	Olumlu Etkiledi	17	32,1
	Toplam	53	100,0
Beden İmajı	Etkilemedi	37	69,8
	Olumsuz Etkiledi	15	28,3
	Olumlu Etkiledi	1	1,9
	Toplam	53	100,0
Cinsel Yaşam	Etkilemedi	29	65,9
	Olumsuz Etkiledi	15	34,1
	Olumlu Etkiledi	0	0,0
	Toplam	44	100,0

4.2. Yarı Yapılandırılmış Anket Soru Cevaplarına İlişkin Bilgiler

Hastaların %92,5'i teşhisi ilk doktordan öğrendiğini, %98,1'i tedaviye başlamadan önce teşhisin söylendiğini, %77,4'ü teşhisin söylenirken ki konuşma süresinin 15 dk 'dan az sürdüğünü, %62,3'ü konuşma süresinin yeterli olduğunu, %94,3'ü görüşmesinin kesintiye uğramadığını, %52,8'i teşhisi doktorun odasında öğrendiğini, %69,8'i teşhisin öğrendiği ortamın rahat ve uygun olduğunu, %90,6'sı doktorun açıklama yaparken ki kullandığı dilin basit ve anlaşılabilir olduğunu, %66,0'ı doktor teşhisi ilk söylerken yanında başka birisinin olduğunu belirtmiştir (Bkz. Tablo 8).

Tablo 8. Teşhisi Öğrenme Süreci Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu (1)

		n	%
Teşhisi İlk Kimden Öğrendiği	Doktor	49	92,5
	Aile	2	3,8
	Diğer	2	3,8
Teşhisin Söylendiği Zaman	Tedavi Başlama Öncesi	52	98,1
	Tedaviden Sonra	1	1,9
Teşhisin Söylenirken Ki Konuşma Süresi	Kısa Süre (15dk.dan az)	41	77,4
	Ortalama (15-30dk arası)	9	17,0
	Uzun Süre (30dk ve üzeri)	3	5,7
Konuşma Süresinin Yeterli Olması	Evet	33	62,3
	Kısmen	5	9,4
	Hayır	13	24,5
	Diğer	2	3,8
Görüşmenin Kesintiye Uğraması	Evet	3	5,7
	Hayır	50	94,3
Teşhisin Öğrendiği Yer	Doktor Odası	28	52,8
	Poliklinik Odası	20	37,7
	Diğer	5	9,4
Teşhisin Öğrenildiği Ortamın Rahat ve Uygun Olduğunu Düşünme	Evet	37	69,8
	Emin Değilim	5	9,4
	Hayır	11	20,8
Doktorun Açıklama Yaparken Kullandığı Dil	Basit ve Anlaşılabilir	48	90,6
	Kısmen Anlaşılır	1	1,9
	Çok Tıbbi ve Anlaşılmaz	2	3,8
	Diğer	2	3,8
Doktor Teşhisi İlk Söylerken Yanında Başka Biri Olma	Evet	35	66,0
	Hayır	18	34,0

Hastaların %75,5'i teşhisin ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilginin açıklayıcı olduğunu, %58,5'i bilgilendiren kişi o an yaşanan duygu durumunu anlayıp ona göre davranış, anladığını gösteren konuşma sergilediğini, %49,1'i tedavi seçeneklerinin konuşulmadığını, %62,3'ü ilk konuşmanın en moral bozucu yanının teşhisin söylendiği aşamanın olduğunu, %52,8'i tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istediğini, %62,3'ü konu ile ilgili bilgilerin yazılı veya sesli kayıt şeklinde verilmemesini ve daha sonra onları tekrar incelemek istemediğini belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 9).

Tablo 9. Teşhisi Öğrenme Süreci Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu (2)

		n	%
Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi ile İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olması	Evet	40	75,5
	Hayır	11	20,8
	Kısmen	2	3,8
Bilgilendiren Kişi O An Yaşanılan Duygu Durumunu Anlayıp Ona Göre Davranma, Anladığı Gösteren Konuşma	Evet	31	58,5
	Hayır	18	34,0
	Kısmen	4	7,5
Tedavi Seçeneklerini Konuşma, Önerilen Tedaviyi Hemen Kabul Etme	Konuşuldu	25	47,2
	Kısmen Konuşuldu	2	3,8
	Konuşulmadı	26	49,1
İlk Konuşmanın En Moral Bozucu Yanı	Teşhisten Önceki Aşama	8	15,1
	Teşhisi Söylediği Aşama	33	62,3
	Tedavi Seçenekleri Konuşulurken	12	22,6
Tedavi Hakkında Daha Fazla Bilgilendirilmek İsteme	Evet	28	52,8
	Hayır	25	47,2
Konu ile İlgili Bilgilerin yazılı veya Sesli Kayıt Şeklinde Verilmesini ve Daha Sonra Onları Tekrar İncelemeyi İsteme	Evet	20	37,7
	Hayır	33	62,3

Hastaların %52,8'i aklından geçenleri sorma fırsatını bulduğunu, %81,1'i soruların açıklamasının yeterli olduğunu, %54,7'si duygularını ifade etme fırsatının verildiğini, %84,9'u dürüst ve yakın bilgilerin verildiğini, %60,4'ü empatik yaklaşıldığını, %79,2'si ümitsiz mesaj verilmediğini, %56,6'sı durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanının belirlendiğini, %94,3'ü destek alınacak kaynaklar hakkında bilgi verilmediğini, %94,3'ü verilen bilgilerin yazılı açıklama, belge veya broşür halinde verilmediğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 10).

Tablo 10. Teşhisi Öğrenme Süreci Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu (3)

		n	%
Aklından Geçenleri Sorma Fırsatı Bulma	Evet	28	52,8
	Kısmen	5	9,4
	Hayır	20	37,7
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	43	81,1
	Kısmen	4	7,5
	Hayır	6	11,3
Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilme	Evet	29	54,7
	Kısmen	6	11,3
	Hayır	18	34,0
Dürüst ve Yakın Bilgilerin Verilmesi	Evet	45	84,9
	Kısmen	3	5,7
	Hayır	5	9,4
Empatik Yaklaşıldığını Düşünme	Evet	32	60,4
	Kısmen	1	1,9
	Hayır	20	37,7
Ümitsiz Mesaj Verilme	Evet	6	11,3
	Sayılr	5	9,4
	Hayır	42	79,2
Durumu Tekrar Gözden Geçirmek İçin Yeni Bir Görüşme Zamanının Belirlenmesi	Evet	30	56,6
	Hayır	23	43,4
Destek Alınacak Kaynaklar Hakkında Bilgi Verilme	Evet	3	5,7
	Hayır	50	94,3
Verilen Bilgilerin Yazılı Açıklama, Belge veya Broşür Halinde Verilme	Evet	3	5,7
	Hayır	50	94,3

Teşhis söylendiği zaman hastaların %64,2'sinin üzüntü, %37,7'sinin korku, %26,4'ünün endişe, %15,1'inin kaygı, %7,5'inin çaresizlik, %5,7'sinin küntlük ve hayal kırıklığı hissine kapıldıkları gözlenmiştir (Bkz. Tablo 11).

Tablo 11. Teşhis Söylendiğindeki Hissedilen Duygu Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu

	n	%
Korku	20	37,7
Endişe	14	26,4
Kaygı	8	15,1
Üzüntü	34	64,2
Küntlük	3	5,7
Hayal Kırıklığı	3	5,7
Çaresizlik	4	7,5
Diğer	10	18,9

Hastaların %39,6'sının teşhis söylendiğinde hastalığı hakkında kitap, internet veya başka bir kaynaktan araştırma yaptığı ve araştırma yapan hastaların %4,8'inin kitap, %76,2'sinin internet ve %19,0'unun diğer şekillerde araştırma yaptığı gözlenmiştir (Bkz. Tablo 12).

Tablo 12. Hastalık Hakkında Araştırma Yapma Sayı, Yüzde Dağılım Tablosu

		n	%
Teşhis Söylendiğinde Hastalık Hakkında Kitap, İnternet veya Başka Bir Kaynaktan Araştırma	Evet	21	39,6
	Hayır	32	60,4
	Toplam	53	100,0
Araştırmanın Yapılma Şekli	Kitap	1	4,8
	İnternet	16	76,2
	Diğer	4	19,0
	Toplam	21	100,0

4.3. Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Hastaların Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanter puanlarının istatistiki dağılımları ile ilgili bilgilere göre Eysenck Kişilik Envanteri alt boyutlarına baktığımızda; psikotizm puan ortalamasının 4,15, dışadönüklük puan ortalamasının 11,91, nörotiklik puan ortalamasının 5,51, yalan puan ortalamasının 15,38 olduğu gözlenmiştir. Sürekli kaygı puan ortalamasının 38,98 ve Beck depresyon puan ortalamasının 7,23 olduğu gözlenmiştir. (Bkz. Tablo 13)

Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre Eysenck Kişilik Envanteri alt boyutlarının ve Beck depresyon puanlarının normal dağılım göstermediği ($p<0,05$), sürekli kaygı puanlarının normal dağılım gösterdiği ($p>0,05$) gözlenmiştir (Bkz. Tablo 13).

Tablo 13. Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarına İlişkin Kolmagorov Smirnov Testi Sonuçları

		Ort.	S.sapma	Min	Max	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	4,15	2,13	1	9	0,01
	Dışadönüklük	11,91	4,64	3	19	0,04
	Nörotiklik	11,28	5,51	0	21	0,02
	Yalan	15,38	3,21	6	20	0,00
Sürekli Kaygı Ölçeği		38,98	10,16	24	68	0,20*
Beck Depresyon Envanteri		7,23	6,37	0	25	0,03

* Normal Dağılım Göstermekte

4.4. Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Birbirleri Arasındaki Korelasyon

Meme kanser teşhisi konulan hastaların Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanter puanlarının birbirleri arasındaki korelasyonlarına ilişkin bilgilere göre Eysenck Kişilik Envanteri alt boyutlarından psikotizm puanı ile dışadönüklük ($r=0,03$; $p>0,05$), yalan ($r=0,09$; $p>0,05$), Beck depresyon ($r=0,24$; $p>0,05$) puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; nörotiklik ($r=0,52$; $p<0,01$) puanı arasında aynı yönde orta düzeyde; sürekli kaygı ($r=0,44$; $p<0,01$) puanı arasında aynı yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla hastaların psikotizm puanları arttıkça nörotiklik ve sürekli kaygı puanlarının arttığı söylenebilir. (Bkz. Tablo 14)

Eysenck Kişilik Envanteri alt boyutlarından dışadönüklük puanı ile nörotiklik ($r=-0,17$; $p>0,05$) puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; yalan ($r=-0,53$; $p<0,01$) puanı arasında ters yönde orta düzeyde; sürekli kaygı ($r=-0,31$; $p<0,05$), Beck depresyon ($r=-$

0,27; $p<0,05$) puanları arasında ters yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla hastaların dışadönüklük puanları arttıkça yalan, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanlarının azaldığı söylenebilir. (Bkz. Tablo 14)

Eysenck Kişilik Envanteri alt boyutlarından nörotiklik puanı ile yalan ($r=0,22$; $p>0,05$) puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; sürekli kaygı ($r=0,78$; $p<0,01$), Beck depresyon ($r=0,72$; $p<0,01$) puanları arasında aynı yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla hastaların nörotiklik puanları arttıkça sürekli kaygı ve Beck depresyon puanlarının arttığı söylenebilir. (Bkz. Tablo 14)

Eysenck Kişilik Envanteri alt boyutlarından yalan puanı ile sürekli kaygı ($r=0,26$; $p>0,05$), Beck depresyon ($r=0,17$; $p>0,05$) puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. (Bkz. Tablo 14)

Sürekli kaygı puanı ile Beck depresyon ($r=0,74$; $p<0,01$) puanı arasında aynı yönde yüksek düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla hastaların sürekli kaygı puanları arttıkça Beck depresyon puanlarının arttığı söylenebilir (Bkz. Tablo 14).

Tablo 14. Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Arasındaki Spearman Korelasyon Testi Sonuçları

		Eysenck Kişilik Envanteri				Sürekli Kaygı Ölçeği	Beck Depresyon Envanteri
		Psikotizm	Dışadönüklük	Nörotiklik	Yalan		
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm						
	Dışadönüklük	0,03					
	Nörotiklik	0,52**	-0,17				
	Yalan	0,09	-0,53**	0,22			
Sürekli Kaygı Ölçeği		0,44**	-0,27*	0,78**	0,26		
Beck Depresyon Envanteri		0,24	-0,31*	0,72**	0,17	0,74**	

** $p<0,01$; * $p<0,05$: İlişki Var

4.5. Demografik Değişkenlere Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Karşılaştırılması

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların yaş ve evlilik sürelerine ile Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri puanları arasındaki korelasyonlarına ilişkin bilgilere göre hastaların yaşları ile psikotizm ($r=0,05$; $p>0,05$), dışadönüklük ($r=0,02$; $p>0,05$), nörotiklik ($r=-0,07$; $p>0,05$), yalan ($r=-0,03$; $p>0,05$), sürekli kaygı ($r=-0,08$; $p>0,05$), Beck depresyon ($r=-0,01$; $p>0,05$) puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. (Bkz. Tablo 15)

Hastaların evlilik süreleri ile dışadönüklük ($r=0,14$; $p>0,05$), yalan ($r=-0,13$; $p>0,05$), Beck depresyon ($r=-0,15$; $p>0,05$) puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; psikotizm ($r=-0,30$; $p<0,05$), nörotiklik ($r=-0,31$; $p<0,05$), sürekli kaygı ($r=-0,28$; $p<0,05$) puanları arasında ters yönde zayıf düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla hastaların evlilik süreleri arttıkça psikotizm, nörotiklik, sürekli kaygı puanlarının azaldığı söylenebilir. (Bkz. Tablo 15)

Tablo 15. Yaş ve Evlilik Süreleri ile Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanları Arasındaki Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları

		Yaş (n=53)	Evlilik Süresi (n=49)
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	0,05	-0,30*
	Dışadönüklük	0,02	0,14
	Nörotiklik	-0,07	-0,31*
	Yalan	-0,03	-0,13
Sürekli Kaygı Ölçeği		-0,08	-0,28*
Beck Depresyon Envanteri		-0,01	-0,15

* $p<0,05$

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların eğitim durumlarına göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanter puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgilere göre hastaların eğitim durumlarına göre psikotizm, dışadönüklük, nörotiklik, yalan ve sürekli kaygı puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği ($p>0,05$) belirlenmiştir (Bkz. Tablo 16).

Beck depresyon puanı arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiş olup lise ve üstünde eğitimi olan hastaların, lise altında eğitimi olan hastalara kıyasla Beck depresyon puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 16).

Tablo 16. Eğitim Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Eğitim Durumu	n	Ort.	S.sapma	Sıra Ort.	Z	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	< Lise	33	3,91	2,04	25,67	-0,817	0,41
		≥ Lise	20	4,55	2,26	29,20		
	Dışadönüklük	< Lise	33	11,52	4,68	25,68	-0,802	0,42
		≥ Lise	20	12,55	4,63	29,18		
	Nörotiklik	< Lise	33	10,45	5,33	24,44	-1,556	0,12
		≥ Lise	20	12,65	5,65	31,23		
	Yalan	< Lise	33	15,45	3,31	27,76	-0,464	0,64
		≥ Lise	20	15,25	3,13	25,75		
Sürekli Kaygı Ölçeği		< Lise	33	37,30	10,70	23,94	-1,855	0,06
		≥ Lise	20	41,75	8,75	32,05		
Beck Depresyon Envanteri		< Lise	33	5,70	5,57	23,35	-2,219	0,03*
		≥ Lise	20	9,75	6,94	33,03		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların medeni durumlarına göre Eysenck Kişilik Envanteri, sürekli kaygı ve Beck depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgilere göre hastaların eğitim durumlarına göre psikotizm, dışadönüklük, yalan, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği ($p>0,05$);

Bekar/dul/boşanmış gruplarının nörotiklik toplam ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır; $Z=2.149$; $p< 0,05$. Evli grubun nörotiklik toplam puan ortalaması bekar/dul/boşanmış grubun nörotiklik toplam puan ortalamasından daha düşüktür (Bkz. Tablo 17).

Tablo 17. Medeni Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Depresyon Envanter Puanlarının Karşılaştırılması

		Medeni Durum	n	Ort.	S. sapma	Sıra Ort.	Z	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	Evli	38	3,79	1,93	24,71	1,738	0,08
		Bekar/Dul/Boşanmış	15	5,07	2,37	32,80		
	Dışadönüklük	Evli	38	12,16	4,98	27,83	0,625	0,53
		Bekar/Dul/Boşanmış	15	11,27	3,71	24,90		
	Nörotiklik	Evli	38	10,24	5,63	24,14	2,149	0,03*
		Bekar/Dul/Boşanmış	15	13,93	4,30	34,23		
	Yalan	Evli	38	14,87	3,54	24,88	1,609	0,11
		Bekar/Dul/Boşanmış	15	16,67	1,68	32,37		
Sürekli Kaygı Ölçeği		Evli	38	37,39	10,12	24,70	1,729	0,08
		Bekar/Dul/Boşanmış	15	43,00	9,40	32,83		
Beck Depresyon Envanteri		Evli	38	6,42	6,31	24,71	1,724	0,09
		Bekar/Dul/Boşanmış	15	9,27	6,27	32,80		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların ekonomik durumlarına göre Eysenck Kişilik Envanteri, sürekli kaygı ve Beck depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgilere göre hastaların ekonomik durumlarına göre psikotizm, dışadönüklük, nörotiklik, yalan, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği sonucuna varılmıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 18).

Tablo 18. Ekonomik Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Ekonomik Durum	n	Ort.	S.sapma	Sıra Ort.	χ^2	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	Düşük	5	4,20	2,17	28,00	1,962	0,38
		Orta	36	3,89	2,04	25,13		
		İyi	12	4,92	2,35	32,21		
	Dışadönüklük	Düşük	5	10,60	3,36	22,60	0,980	0,61
		Orta	36	11,75	5,01	26,53		
		İyi	12	12,92	4,01	30,25		
	Nörotiklik	Düşük	5	12,80	5,98	32,10	1,593	0,45
		Orta	36	10,69	5,62	25,19		
		İyi	12	12,42	5,14	30,29		
	Yalan	Düşük	5	16,20	1,64	29,50	0,318	0,85
		Orta	36	15,36	3,33	27,26		
		İyi	12	15,08	3,48	25,17		
Sürekli Kaygı Ölçeği		Düşük	5	35,60	6,88	22,70	0,441	0,80
		Orta	36	39,36	10,78	27,31		
		İyi	12	39,25	9,74	27,88		
Beck Depresyon Envanteri		Düşük	5	9,00	2,55	35,50	1,685	0,43
		Orta	36	7,19	6,98	26,07		
		İyi	12	6,58	5,71	26,25		

χ^2 : Kruskal Wallis H Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların yaşadıkları yerlere göre Eysenck Kişilik Envanteri, sürekli kaygı ve Beck depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgilere göre hastaların eğitim durumlarına göre psikotizm, dışadönüklük, nörotiklik, yalan, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği sonucuna varılmıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 19).

Tablo 19. Yaşadıkları Yerlere Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Yaşadığı Yer	n	Ort.	S.sapma	Sıra Ort.	Z	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	İstanbul	43	4,28	2,10	27,88	-0,874	0,38
		İstanbul Dışı	10	3,60	2,27	23,20		
	Dışadönüklük	İstanbul	43	12,33	4,36	28,44	-1,416	0,16
		İstanbul Dışı	10	10,10	5,59	20,80		
	Nörotiklik	İstanbul	43	11,05	5,52	26,34	-0,650	0,52
		İstanbul Dışı	10	12,30	5,64	29,85		
	Yalan	İstanbul	43	15,42	3,25	27,24	-0,242	0,81
		İstanbul Dışı	10	15,20	3,19	25,95		
Sürekli Kaygı Ölçeği		İstanbul	43	38,98	10,44	26,92	-0,080	0,94
		İstanbul Dışı	10	39,00	9,37	27,35		
Beck Depresyon Envanteri		İstanbul	43	7,19	6,40	26,85	-0,148	0,88
		İstanbul Dışı	10	7,40	6,57	27,65		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

4.6. Kötü Haberin Verilme Tarzına Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların teşhisin ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulma durumlarına göre Eysenck Kişilik Envanteri, sürekli kaygı ve Beck depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgilere tabloda yer verilmiştir (Bkz. Tablo 20).

Hastalara teşhisin ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulma durumlarına göre psikotizm, dışadönüklük, nörotiklik, yalan, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği sonucuna varılmıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 20).

Tablo 20. Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi İle İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olmasına Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi İle İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olması	n	Ort.	S.sapma	Sıra Ort.	Z	p
Eysenck Kişilik	Psikotizm	Evet/Kısmen	42	4,12	2,13	26,62	-0,355	0,72
		Hayır	11	4,27	2,20	28,45		
	Dışadönüklük	Evet/Kısmen	42	12,43	4,57	28,56	-1,443	0,15
		Hayır	11	9,91	4,57	21,05		
	Nörotiklik	Evet/Kısmen	42	10,83	5,50	25,51	-1,375	0,17
		Hayır	11	13,00	5,46	32,68		
	Yalan	Evet/Kısmen	42	15,19	3,01	25,51	-1,387	0,17
		Hayır	11	16,09	3,99	32,68		
Sürekli Kaygı Ölçeği		Evet/Kısmen	42	37,45	8,95	24,88	-1,954	0,051
		Hayır	11	44,82	12,68	35,09		
Beck Depresyon Envanteri		Evet/Kısmen	42	6,64	5,94	25,87	-1,045	0,30
		Hayır	11	9,45	7,71	31,32		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaları bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve anladığını gösteren konuşma yapma durumuna göre Eysenck Kişilik Envanteri, sürekli kaygı ve Beck depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgilere tabloda yer verilmiştir (Bkz. Tablo 21).

Hastaları bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve anladığını gösteren konuşma yapma durumuna göre psikotizm, dışadönüklük, nörotiklik, yalan, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği sonucuna varılmıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 21).

Tablo 21. Bilgilendiren Kişi O An Yaşanılan Duygu Durumunu Anlayıp Ona Göre Davranma, Anladığı Gösteren Konuşma Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Bilgilendiren Kişi O An Yaşanılan Duygu Durumunu Anlayıp Ona Göre Davranma, Anladığı Gösteren Konuşma	n	Ort.	S.sapma	Sıra Ort.	Z	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	Evet/Kısmen	35	4,11	1,76	27,20	-0,133	0,89
		Hayır	18	4,22	2,76	26,61		
	Dışadönüklük	Evet/Kısmen	35	12,80	4,33	29,76	-1,821	0,07
		Hayır	18	10,17	4,85	21,64		
	Nörotiklik	Evet/Kısmen	35	10,71	5,59	25,14	-1,225	0,22
		Hayır	18	12,39	5,32	30,61		
	Yalan	Evet/Kısmen	35	14,80	3,59	24,64	-1,568	0,12
		Hayır	18	16,50	1,95	31,58		
Sürekli Kaygı Ölçeği	Evet/Kısmen		35	38,31	9,27	26,14	-0,564	0,57
	Hayır		18	40,28	11,87	28,67		
Beck Depresyon	Evet/Kısmen		35	6,77	6,05	26,10	-0,594	0,55
	Hayır		18	8,11	7,05	28,75		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların duygularını ifade etme fırsatı verilme durumuna göre Eysenck Kişilik Envanteri, sürekli kaygı ve Beck depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgilere tabloda göstermiştir (Bkz.22).

Hastaların duygularını ifade etme fırsatı verilme durumuna göre psikotizm, dışadönüklük, nörotiklik, yalan, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği sonucuna varılmıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 22).

Tablo 22. Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilme Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilme	n	Ort.	S.sapma	Sıra Ort.	Z	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	Evet/Kısmen	35	4,34	2,04	28,23	-0,817	0,41
		Hayır	18	3,78	2,29	24,61		
	Dışadönüklük	Evet/Kısmen	35	12,66	4,33	29,33	-1,538	0,12
		Hayır	18	10,44	5,00	22,47		
	Nörotiklik	Evet/Kısmen	35	11,14	5,64	26,56	-0,292	0,77
		Hayır	18	11,56	5,39	27,86		
	Yalan	Evet/Kısmen	35	14,71	3,60	24,17	-1,882	0,06
		Hayır	18	16,67	1,72	32,50		
Sürekli Kaygı Ölçeği		Evet/Kısmen	35	39,46	9,77	27,94	-0,620	0,54
		Hayır	18	38,06	11,10	25,17		
Beck Depresyon Envanteri		Evet/Kısmen	35	6,94	6,21	26,37	-0,415	0,68
		Hayır	18	7,78	6,82	28,22		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların empatik yaklaşıldığını düşünme durumuna göre Eysenck Kişilik Envanteri, sürekli kaygı ve Beck depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgilere tabloda yer verilmiştir (Bkz. Tablo 23).

Hastaların empatik yaklaşıldığını düşünme durumuna göre psikotizm, dışadönüklük, nörotiklik, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği ($p>0,05$); yalan puanı arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiş olup empatik yaklaşıldığını düşünmeyen hastaların yalan puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 23).

Tablo 23. Empatik Yaklaşıldığını Düşünme Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Empatik Yaklaşıldığını Düşünme	n	Ort.	S.sapma	Sıra Ort.	Z	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	Evet/Kısmen	33	4,30	2,04	28,32	-0,808	0,42
		Hayır	20	3,90	2,29	24,83		
	Dışadönüklük	Evet/Kısmen	33	12,67	4,41	29,55	-1,549	0,12
		Hayır	20	10,65	4,86	22,80		
	Nörotiklik	Evet/Kısmen	33	10,61	5,69	25,06	-1,178	0,24
		Hayır	20	12,40	5,13	30,20		
	Yalan	Evet/Kısmen	33	14,39	3,55	22,26	-2,907	0,00*
		Hayır	20	17,00	1,59	34,83		
Sürekli Kaygı Ölçeği		Evet/Kısmen	33	39,48	9,79	28,15	-0,698	0,49
		Hayır	20	38,15	10,94	25,10		
Beck Depresyon Envanteri		Evet/Kısmen	33	6,64	6,01	25,68	-0,801	0,42
		Hayır	20	8,20	6,98	29,18		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

Meme kanseri teşhisi konmuş kadınların ümitsiz mesaj verilme durumuna göre Eysenck Kişilik Envanteri, sürekli kaygı ve Beck depresyon ölçek puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bilgiler tabloda yer almaktadır (Bkz. Tablo 24).

Hastaların ümitsiz mesaj verilme durumuna göre psikotizm, yalan, sürekli kaygı ve Beck depresyon puanları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmediği ($p>0,05$); dışadönüklük, nörotiklik puanı arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiş olup ümitsiz mesaj verildiğini düşünmeyen hastaların dışadönüklük puanlarının daha yüksek, nörotiklik puanlarının daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 24).

Tablo 24. Ümitsiz Mesaj Verilme Durumuna Göre Eysenck Kişilik Envanteri, Sürekli Kaygı ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Ümitsiz Mesaj Verilme	n	Ort.	S.sapma	Sıra Ort.	Z	p
Eysenck Kişilik Envanteri	Psikotizm	Evet/Sayılr	11	4,36	2,11	28,82	-0,444	0,66
		Hayır	42	4,10	2,15	26,52		
	Dışadönüklük	Evet/Sayılr	11	9,09	3,73	17,91	-2,203	0,03*
		Hayır	42	12,64	4,61	29,38		
	Nörotiklik	Evet/Sayılr	11	14,00	6,02	35,18	-1,980	0,04*
		Hayır	42	10,57	5,21	24,86		
	Yalan	Evet/Sayılr	11	16,18	2,60	29,95	-0,721	0,47
		Hayır	42	15,17	3,35	26,23		
Sürekli Kaygı Ölçeği		Evet/Sayılr	11	42,00	10,41	31,77	-1,153	0,25
		Hayır	42	38,19	10,06	25,75		
Beck Depresyon Envanteri		Evet/Sayılr	11	9,82	8,07	32,32	-1,287	0,20
		Hayır	42	6,55	5,77	25,61		

Z: Mann Whitney U Testi, * $p<0,05$: İlişki Anlamlı

4.7. Kötü Haberin Verilme Tarzı, Hastanın Hastalığa Olan Tepkilerini Etkiler mi?

Meme kanseri teşhisi konmuş hastalardan doktorun açıklama yaparken kullandığı dili basit ve anlaşılır bulan 48 kişiden 30 kişi, kısmen anlaşılır bulan 1 kişi, çok tıbbi ve anlaşılmaz bulan 2 kişi, ilk konuşmanın en moral bozucu yanının teşhisin söylendiği aşama olduğunu ifade etmişlerdir (Bkz. Tablo 25).

Teşhisi ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgiyi açıklayıcı bulan 40 kişinin 23'ü, açıklayıcı bulmayan 11 kişiden 8'i, kısmen açıklayıcı bulan 2 kişi, konuşmanın en moral bozucu yanı olarak teşhisin söylendiği aşama olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 25).

Bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve anladığını gösteren konuşma yaptığını belirten 31 kişiden 17 kişi, bu şekilde davranış ve konuşma yapmadığını belirten 18 kişinin 15'i ilk konuşmanın en moral bozucu yanı olarak teşhisin söylendiği aşama olduğunu ifade etmiştir. Bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve anladığını gösteren konuşmayı kısmen yaptığını belirten 4 kişinin yarısı ilk konuşmanın en moral bozucu yanı olarak tedavi seçenekleri konuşulurken ki aşama olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 25).

Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulan 43 kişinin 25'i kısmen yeterli bulan 4 kişinin yarısı, yeterli bulmayan 6 kişinin tamamı ilk konuşmanın en moral bozucu yanı olarak teşhisin söylendiği aşama olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 25).

Duygularını ifade etme fırsatı verilen 29 kişinin 17'si kısmen fırsat verilen 6 kişiden 4'ü fırsat verilmeyen 18 kişiden 12'si ilk konuşmanın en moral bozucu yanı olarak teşhisin söylendiği aşama olduğunu ifade etmiştir. Dürüst ve yakın bilgilerin verildiğini belirten 45 kişinin 25'i, kısmen verildiğini belirten 3 kişinin tamamı, verilmediğini belirten 5 kişinin tamamı ilk konuşmanın en moral bozucu yanı olarak teşhisin söylendiği aşama olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 25).

Empatik yaklaşıldığını düşünen 32 kişinin 19'u, empatik yaklaşılmadığını düşünen 20 kişinin 14'ü, ilk konuşmanın en moral bozucu yanı olarak teşhisin söylendiği aşama olduğunu ifade etmiştir. Kısmen empatik yaklaşıldığını düşünen 1 kişi ilk konuşmanın en moral bozucu yanı olarak tedavi seçenekleri konuşulurken ki aşama olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 25).

Ümitsiz mesaj verildiğini belirten 6 kişiden 5'i, kısmen ümitsiz mesaj verildiğini belirten 5 kişiden 3'ü, ümitsiz mesaj verilmediğini belirten 42 kişinin 25'i ilk konuşmanın en moral bozucu yanı olarak teşhisin söylendiği aşama olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 25).

Tablo 25. Kötü Haberin Verilme Tarzına Göre İlk Konuşmanın En Moral Bozucu Yanı

		İlk Konuşmanın En Moral Bozucu Yanı						Toplam	
		Teşhisten Önceki Aşama		Teşhisi Söylediği Aşama		Tedavi Seçenekleri Konuşulurken			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Doktorun Açıklama Yaparken Kullandığı Dil	Basit ve Anlaşılabilir	8	16,7	30	62,5	10	20,8	48	90,6
	Kısmen Anlaşılır	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,9
	Çok Tıbbi ve Anlaşılmaz	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	3,8
	Diğer	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	3,8
Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi İle İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olması	Evet	8	20,0	23	57,5	9	22,5	40	75,5
	Hayır	0	0,0	8	72,7	3	27,3	11	20,8
	Kısmen	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	3,8
Bilgilendiren Kişi O An Yaşanılan Duygu Durumunu Anlayıp Ona Göre Davranma, Anladığı Gösteren Konuşma	Evet	6	19,4	17	54,8	8	25,8	31	58,5
	Hayır	1	5,6	15	83,3	2	11,1	18	34,0
	Kısmen	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	7,5
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	8	18,6	25	58,1	10	23,3	43	81,1
	Kısmen	0	0,0	2	50,0	2	50,0	4	7,5
	Hayır	0	0,0	6	100,0	0	0,0	6	11,3
Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilme	Evet	7	24,1	17	58,6	5	17,2	29	54,7
	Kısmen	0	0,0	4	66,7	2	33,3	6	11,3
	Hayır	1	5,6	12	66,7	5	27,8	18	34,0
Dürüst ve Yakın Bilgilerin Verilmesi	Evet	8	17,8	25	55,6	12	26,7	45	84,9
	Kısmen	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3	5,7
	Hayır	0	0,0	5	100,0	0	0,0	5	9,4
Empatik Yaklaşıldığını Düşünme	Evet	5	15,6	19	59,4	8	25,0	32	60,4
	Kısmen	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	1,9
	Hayır	3	15,0	14	70,0	3	15,0	20	37,7
Ümitsiz Mesaj Verilme	Evet	0	0,0	5	83,3	1	16,7	6	11,3
	Sayılr	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	9,4
	Hayır	7	16,7	25	59,5	10	23,8	42	79,2

Meme kanseri teşhisi konmuş kadınlara kötü haberin verilme tarzına bağlı olarak tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek isteme durumlarına göre doktorun açıklama yaparken kullandığı dili basit ve anlaşılır bulan 48 kişinin 25'i, çok tıbbi ve anlaşılmaz bulan 2 kişinin tamamı tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir. Doktorun açıklama yaparken kullandığı dili kısmen basit ve anlaşılır bulan 1 kişi ise tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. (Bkz. Tablo 26)

Teşhisi ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgiyi açıklayıcı bulan 40 kişinin 21'i tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. Tedavi ile ilgili verilen bilgiyi açıklayıcı bulmayan 11 kişinin 7'si, kısmen açıklayıcı bulan 2 kişinin tamamı tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir. (Bkz. Tablo 26)

Bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve anladığını gösteren konuşma yaptığını belirten 31 kişinin 16'sı, bu şekilde davranış ve konuşma yapmadığını belirten 18 kişinin 11'i tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir. Bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve anladığını gösteren konuşmayı kısmen yaptığını belirten 4 kişinin 3'ü tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir (Bkz. Tablo 26).

Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulan 43 kişinin 22'si tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. Sorularına ilişkin açıklamaları kısmen yeterli bulan 4 kişinin yarısı, yeterli bulmayan 6 kişiden 5'i tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir (Bkz. Tablo 26).

Duygularını ifade etme fırsatı verilen 29 kişinin 15'i, fırsat verilmeyen 18 kişinin 12'si tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir. Kısmen duygularını ifade etme fırsatı verilen 6 kişinin 5'i tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. Dürüst ve yakın bilgilerin verildiğini belirten 45 kişinin 24'ü tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. Dürüst ve yakın bilgilerin kısmen verildiğini belirten 3 kişiden 2'si, verilmediğini belirten 5 kişinin tamamı tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir. Empatik yaklaşıldığını düşünen 32 kişinin 18'i, kısmen empatik yaklaşıldığını düşünen 1 kişi tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. Empatik yaklaşılmadığını düşünen 20 kişinin 14'ü tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir (Bkz. Tablo 26).

Ümitsiz mesaj verildiğini belirten 6 kişinin yarısı, kısmen ümitsiz mesaj verildiğini belirten 5 kişinin 4'ü tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. Ümitsiz mesaj verilmediğini belirten 42 kişinin 24'ü tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir (Bkz. Tablo 26).

Tablo 26. Kötü Haberin Verilme Tarzına Göre Tedavi Hakkında Daha Fazla Bilgilendirilmek İsteme

		Tedavi Hakkında Daha Fazla Bilgilendirilmek İsteme				Toplam	
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%	n	%
Doktorun Açıklama Yaparken Kullandığı Dil	Basit ve Anlaşılabilir	25	52,1	23	47,9	48	90,6
	Kısmen Anlaşılır	0	0,0	1	100,0	1	1,9
	Çok Tıbbi ve Anlaşılmaz	2	100,0	0	0,0	2	3,8
	Diğer	1	50,0	1	50,0	2	3,8
Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi İle İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olması	Evet	19	47,5	21	52,5	40	75,5
	Hayır	7	63,6	4	36,4	11	20,8
	Kısmen	2	100,0	0	0,0	2	3,8
Bilgilendiren Kişi O An Yaşanılan Duygu Durumunu Anlayıp Ona Göre Davranma, Anladığı Gösteren Konuşma	Evet	16	51,6	15	48,4	31	58,5
	Hayır	11	61,1	7	38,9	18	34,0
	Kısmen	1	25,0	3	75,0	4	7,5
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	21	48,8	22	51,2	43	81,1
	Kısmen	2	50,0	2	50,0	4	7,5
	Hayır	5	83,3	1	16,7	6	11,3
Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilme	Evet	15	51,7	14	48,3	29	54,7
	Kısmen	1	16,7	5	83,3	6	11,3
	Hayır	12	66,7	6	33,3	18	34,0
Dürüst ve Yakın Bilgilerin Verilmesi	Evet	21	46,7	24	53,3	45	84,9
	Kısmen	2	66,7	1	33,3	3	5,7
	Hayır	5	100,0	0	0,0	5	9,4
Empatik Yaklaşıldığını Düşünme	Evet	14	43,8	18	56,3	32	60,4
	Kısmen	0	0,0	1	100,0	1	1,9
	Hayır	14	70,0	6	30,0	20	37,7
Ümitsiz Mesaj Verilme	Evet	3	50,0	3	50,0	6	11,3
	Sayılr	1	20,0	4	80,0	5	9,4
	Hayır	24	57,1	18	42,9	42	79,2

Meme kanseri teşhisi konmuş hastalara kötü haberin verilme tarzına bağlı olarak teşhisin söylendiği zamanki duygu durumlarına göre doktorun açıklama yaparken kullandığı dili basit ve anlaşılır bulan 48 kişinin 32'si, teşhisin söylendiği zaman üzüntü hissettiklerini; kısmen basit ve anlaşılır bulan 1 kişi korku, endişe, üzüntü hissettiklerini; çok tıbbi ve anlaşılmaz bulan 2 kişiden 1'i korku, endişe, üzüntü, hayal kırıklığı hissettiklerini belirtmiştir (Bkz. Tablo 27).

Teşhisi ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgiyi açıklayıcı bulan 40 kişinin 28'i, açıklayıcı bulmayan 11 kişinin 5'i, kısmen açıklayıcı bulan 2 kişiden 1'i teşhisin söylendiği zaman üzüntü hissettiklerini belirtmiştir (Bkz. Tablo 27).

Bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve anladığını gösteren konuşma yaptığını belirten 31 kişinin 20'si, bu şekilde davranış ve konuşma yapmadığını belirten 18 kişinin 12'si, kısmen yaptığını belirten 4 kişiden 2'si teşhisin söylendiği zaman üzüntü hissettiklerini belirtmiştir (Bkz. Tablo 27).

Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulan 43 kişiden 27'si, kısmen yeterli bulan 4 kişiden 2'si, yeterli bulmayan 6 kişiden 5'i teşhisin söylendiği zaman üzüntü hissettiklerini belirtmiştir.

Duygularını ifade etme fırsatı verilen 29 kişinin 20'si, kısmen duygularını ifade etme fırsatı verilen 6 kişiden 4'ü, fırsat verilmeyen 18 kişinin 10'u teşhisin söylendiği zaman üzüntü hissettiklerini belirtmiştir. Dürüst ve yakın bilgilerin verildiğini belirten 45 kişinin 30'u, kısmen verildiğini belirten 3 kişiden 2'si teşhisin söylendiği zaman üzüntü hissettiklerini belirtmiştir. Dürüst ve yakın bilgilerin verilmediğini belirten 5 kişiden 4'ü teşhisin söylendiği zaman korku hissettiklerini belirtmiştir. Empatik yaklaşıldığını düşünen 32 kişinin 21'i, empatik yaklaşılmadığını düşünen 20 kişinin 13'ü teşhisin söylendiği zaman üzüntü hissettiklerini belirtmiştir (Bkz. Tablo 27).

Ümitsiz mesaj verildiğini belirten 6 kişiden 4'ü, kısmen ümitsiz mesaj verildiğini belirten 5 kişiden 3'ü, ümitsiz mesaj verilmediğini belirten 42 kişinin 27'si teşhisin söylendiği zaman üzüntü hissettiklerini belirtmiştir (Bkz. Tablo 27).

Tablo 27. Kötü Haberin Verilme Tarzına Göre Teşhisin Söylendiği Zamanki Duygu Durumları

		Teşhisin Söylendiği Zamanki Duygu Durumu (Çoklu Seçmeli Bir Soru)														Toplam	
		Korku		Endişe		Kaygı		Üzüntü		Küntlük		Hayal Kırıklığı		Çaresizlik			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Doktorun Açıklama Yaparken Kullandığı Dil	Basit ve Anlaşılabilir	17	35,4	11	22,9	7	14,6	32	66,7	3	6,3	2	4,2	3	6,3	48	90,6
	Kısmen Anlaşılır	1	100,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9
	Çok Tıbbi ve Anlaşılmaz	1	50,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	3,8
	Diğer	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	3,8
Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi İle İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olması	Evet	16	40,0	12	30,0	8	20,0	28	70,0	1	2,5	2	5,0	4	10,0	40	75,5
	Hayır	4	36,4	2	18,2	0	0,0	5	45,5	2	18,2	1	9,1	0	0,0	11	20,8
	Kısmen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8
Bilgilendiren Kişi O An Yaşanılan Duygu Durumunu Anlayıp Ona Göre Davranma, Anladığı Gösteren Konuşma	Evet	12	38,7	9	29,0	6	19,4	20	64,5	3	9,7	2	6,5	4	12,9	31	58,5
	Hayır	8	44,4	4	22,2	2	11,1	12	66,7	0	0,0	1	5,6	0	0,0	18	34,0
	Kısmen	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	7,5
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	16	37,2	13	30,2	7	16,3	27	62,8	3	7,0	2	4,7	4	9,3	43	81,1
	Kısmen	0	0,0	1	25,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	7,5
	Hayır	4	66,7	0	0,0	1	16,7	5	83,3	0	0,0	1	16,7	0	0,0	6	11,3
Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilme	Evet	11	37,9	9	31,0	4	13,8	20	69,0	3	10,3	2	6,9	3	10,3	29	54,7
	Kısmen	1	16,7	0	0,0	2	33,3	4	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	11,3
	Hayır	8	44,4	5	27,8	2	11,1	10	55,6	0	0,0	1	5,6	1	5,6	18	34,0
Dürüst ve Yakın Bilgilerin Verilmesi	Evet	15	33,3	13	28,9	8	17,8	30	66,7	3	6,7	2	4,4	4	8,9	45	84,9
	Kısmen	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7
	Hayır	4	80,0	1	20,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	5	9,4
Empatik Yaklaşıldığını Düşünme	Evet	12	37,5	9	28,1	4	12,5	21	65,6	3	9,4	2	6,3	3	9,4	32	60,4
	Kısmen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9
	Hayır	8	40,0	5	25,0	4	20,0	13	65,0	0	0,0	1	5,0	1	5,0	20	37,7
Ümitsiz Mesaj Verilme	Evet	3	50,0	0	0,0	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0,0	0	0,0	6	11,3
	Sayılr	2	40,0	2	40,0	1	20,0	3	60,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	5	9,4
	Hayır	15	35,7	12	28,6	6	14,3	27	64,3	2	4,8	3	7,1	3	7,1	42	79,2

4.8. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlar Hastanın Kötü Haberi Alma Memnuniyetini Etkiler mi?

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların konuşma süresini yeterli bulmaları, meme kanseri teşhisinin öğrenildiği aşamada 41 kişinin 22'si kısa süre (15 dk'dan az); 9 kişinin 8'i ortalama süre(15-30 dk arası) ve 3 kişi uzun süre (30 dk ve üzerinde) olarak konuşma süresini yeterli bulmuştur. Görüşmesi kesintiye uğrayan 3 kişinin tamamı, görüşmesi kesintiye uğramayan 50 kişinin 30'u konuşma süresini yeterli bulmuştur (Bkz. Tablo 28).

Tedavi seçenekleri ve önerilen tedaviyi hemen kabul etme konusunu konuşan 25 kişinin 15'i, kısmen konuşan 2 kişi, konuşmayan 26 kişinin 16'sı konuşma süresini yeterli bulmuştur (Bkz. Tablo 28).

Aklından geçenleri sorma fırsatı bulan 28 kişinin 23'ü, sorma fırsatı bulmayan 20 kişinin 9'u konuşma süresini yeterli bulmuştur. Aklından geçenleri kısmen sorma fırsatı bulan 5 kişiden 2'si konuşma süresini kısmen yeterli bulmuştur (Bkz. Tablo 28).

Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulan 43 kişinin 30'u, konuşma süresini yeterli bulmuştur. Sorularına ilişkin açıklamaları kısmen yeterli bulan 4 kişiden 2'si, yeterli bulmayan 6 kişiden 4'ü konuşma süresini yeterli bulmamıştır. Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanı belirleyen 30 kişinin 19'u, yeni bir görüşme zamanı belirlemeyen 23 kişinin 14'ü konuşma süresini yeterli bulmuştur (Bkz. Tablo 28) .

Verilen bilgilerin yazılı açıklama, belge veya broşür halinde verildiğini belirten 3 kişiden 2'si, verilmediğini belirten 50 kişinin 31'i konuşma süresini yeterli bulmuştur (Bkz. Tablo 28).

28. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Konuşma Süresini Yeterli Bulma

		Konuşma Süresinin Yeterli Olması								Toplam	
		Evet		Kısmen		Hayır		Diğer			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Teşhisin Söylenirken Ki Konuşma Süresi	Kısa Süre (15dk.dan az)	22	53,7	5	12,2	12	29,3	2	4,9	41	77,4
	Ortalama (15-30dk arası)	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	9	17,0
	Uzun Süre (30dk ve üzeri)	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7
Görüşmenin Kesintiye Uğraması	Evet	3	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7
	Hayır	30	60,0	5	10,0	13	26,0	2	4,0	50	94,3
Tedavi Seçeneklerini Konuşma, Önerilen Tedaviyi Hemen Kabul Etme	Konuşuldu	15	60,0	1	4,0	7	28,0	2	8,0	25	47,2
	Kısmen Konuşuldu	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8
	Konuşulmadı	16	61,5	4	15,4	6	23,1	0	0,0	26	49,1
Aklından Geçenleri Sorma Fırsatı Bulma	Evet	23	82,1	1	3,6	2	7,1	2	7,1	28	52,8
	Kısmen	1	20,0	2	40,0	2	40,0	0	0,0	5	9,4
	Hayır	9	45,0	2	10,0	9	45,0	0	0,0	20	37,7
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	30	69,8	4	9,3	7	16,3	2	4,7	43	81,1
	Kısmen	1	25,0	1	25,0	2	50,0	0	0,0	4	7,5
	Hayır	2	33,3	0	0,0	4	66,7	0	0,0	6	11,3
Durumu Tekrar Gözden Geçirmek İçin Yeni Bir Görüşme Zamanının Belirlenmesi	Evet	19	63,3	2	6,7	7	23,3	2	6,7	30	56,6
	Hayır	14	60,9	3	13,0	6	26,1	0	0,0	23	43,4
Verilen Bilgilerin Yazılı Açıklama, Belge veya Broşür Halinde Verilme	Evet	2	66,7	0	0,0	0	0,0	1	33,3	3	5,7
	Hayır	31	62,0	5	10,0	13	26,0	1	2,0	50	94,3

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların kötü haberin verildiği durumsal şartlara bağlı olarak teşhisin öğrenildiği ortamı rahat ve uygun bulma durumlarına göre meme kanseri teşhisinin öğrenildiği aşamadaki konuşma süreci kısa süre (15 dk'dan az) süren 41 kişinin 15-30 dk arası süren 9 kişinin tamamı 30 dk ve üzerinde süren 3 kişinin tamamı teşhisi öğrendikleri ortamı rahat ve uygun bulmuştur (Bkz. Tablo 29).

Görüşmesi kesintiye uğrayan 3 kişiden 1 'i, görüşmesi kesintiye uğramayan 50 kişinin 36'sı teşhisi öğrendikleri ortamı rahat ve uygun bulmuştur (Bkz. Tablo 29).

Tedavi seçenekleri ve önerilen tedaviyi hemen kabul etme konusunu konuşan 25 kişinin 17's'i, kısmen konuşan 2 kişinin tamamı, konuşmayan 26 kişinin 18'i teşhisi öğrendikleri ortamı rahat ve uygun bulmuştur (Bkz. Tablo 29).

Aklından geçenleri sorma fırsatı bulan 28 kişinin 21'i, kısmen sorma fırsatı bulan 5 kişinin tamamı, sorma fırsatı bulmayan 20 kişinin 11'i teşhisi öğrendikleri ortamı rahat ve uygun bulmuştur (Bkz. Tablo 29).

Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulan 43 kişinin 32'si, kısmen yeterli bulan 4 kişiden 2'si, yeterli bulmayan 6 kişiden 3'ü teşhisi öğrendikleri ortamı rahat ve uygun bulmuştur (Bkz. Tablo 29).

Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanı belirleyen 30 kişinin 21'i, yeni bir görüşme zamanı belirlemeyen 23 kişinin 16'sı teşhisi öğrendikleri ortamı rahat ve uygun bulmuştur (Bkz. Tablo 29).

Verilen bilgilerin yazılı açıklama, belge veya broşür halinde verildiğini belirten 3 kişinin 2'si, verilmediğini belirten 50 kişinin 35'i teşhisi öğrendikleri ortamı rahat ve uygun bulmuştur (Bkz. Tablo 29).

Tablo 29. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Teşhisin Öğrenildiği Ortamın Rahat ve Uygun Bulma

		Teşhisin Öğrenildiği Ortamın Rahat ve Uygun Olduğunu Düşünme						Toplam	
		Evet		Emin Değilim		Hayır			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Teşhisin Söylenirken ki Konuşma Süresi	Kısa Süre (15dk.dan az)	25	61,0	5	12,2	11	26,8	41	77,4
	Ortalama (15-30dk arası)	9	100,0	0	0,0	0	0,0	9	17,0
	Uzun Süre (30dk üzeri)	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7
Görüşmenin Kesintiye Uğraması	Evet	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	5,7
	Hayır	36	72,0	4	8,0	10	20,0	50	94,3
Tedavi Seçeneklerini Konuşma, Önerilen Tedaviyi Hemen Kabul Etme	Konuşuldu	17	68,0	2	8,0	6	24,0	25	47,2
	Kısmen Konuşuldu	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8
	Konuşulmadı	18	69,2	3	11,5	5	19,2	26	49,1
Aklından Geçenleri Sorma Fırsatı Bulma	Evet	21	75,0	3	10,7	4	14,3	28	52,8
	Kısmen	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	9,4
	Hayır	11	55,0	44	10,0	7	35,0	20	37,7
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	32	74,4	5	11,6	6	14,0	43	81,1
	Kısmen	2	50,0	0	0,0	2	50,0	4	7,5
	Hayır	3	50,0	0	0,0	3	50,0	6	11,3
Durumu Tekrar Gözden Geçirmek İçin Yeni Bir Görüşme Zamanının Belirlenmesi	Evet	21	70,0	4	13,3	5	16,7	30	56,6
	Hayır	16	69,6	1	4,3	6	26,1	23	43,4
Verilen Bilgilerin Yazılı Açıklama, Belge veya Broşür Halinde Verilme	Evet	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	5,7
	Hayır	35	70,0	5	10,0	10	20,0	50	94,3

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların kötü haberin verildiği durumsal şartlara bağlı olarak teşhisin ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulma durumlarına göre meme kanseri teşhisinin öğrenildiği aşamadaki konuşma süreci kısa süre (15 dk'dan az) süren 41 kişinin 29'u (%70,7), ortalama süre (15-30 dk arası) süren 9 kişiden 8'i (%88,9), uzun süre (30 dk ve üzerinde) süren 3 kişinin tamamı teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmuştur (Bkz. Tablo 30).

Görüşmesi kesintiye uğrayan 3 kişiden 2'si, görüşmesi kesintiye uğramayan 50 kişinin 38'i teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmuştur (Bkz. Tablo 30).

Tedavi seçenekleri ve önerilen tedaviyi hemen kabul etme konusunu konuşan 25 kişinin 22'si, kısmen konuşan 2 kişinin tamamı, konuşmayan 26 kişinin 16'sı teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmuştur (Bkz. Tablo 30).

Aklından geçenleri sorma fırsatı bulan 28 kişinin 25'i, kısmen sorma fırsatı bulan 5 kişiden 4'ü, sorma fırsatı bulmayan 20 kişinin 11'i teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmuştur (Bkz. Tablo 30).

Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulan 43 kişinin 36'sı, kısmen yeterli bulan 4 kişiden 2'si teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmuştur. Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulmayan 6 kişiden 4'ü teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmamıştır (Bkz. Tablo 30).

Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanı belirleyen 30 kişinin 25'i, yeni bir görüşme zamanı belirlemeyen 23 kişinin 15'i teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmuştur (Bkz. Tablo 30).

Verilen bilgilerin yazılı açıklama, belge veya broşür halinde verildiğini belirten 3 kişiden 2'si, verilmediğini belirten 50 kişinin 38'i teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmuştur (Bkz. Tablo 30).

Tablo 30. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Teşhis ve Uygulanacak Tedavi ile İlgili Verilen Bilgileri Açıklayıcı Bulma

		Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi ile İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olması						Toplam	
		Evet		Hayır		Kısmen			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Teşhisin Söylenirken Ki Konuşma Süresi	Kısa Süre (15dk.dan az)	29	70,7	10	24,4	2	4,9	41	77,4
	Ortalama (15-30dk arası)	8	88,9	1	11,1	0	0,0	9	17,0
	Uzun Süre (30dk ve üzeri)	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	5,7
Görüşmenin Kesintiye Uğraması	Evet	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	5,7
	Hayır	38	76,0	10	20,0	2	4,0	50	94,3
Tedavi Seçeneklerini Konuşma, Önerilen Tedaviyi Hemen Kabul Etme	Konuşuldu	22	88,0	2	8,0	1	4,0	25	47,2
	Kısmen Konuşuldu	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	3,8
	Konuşulmadı	16	61,5	9	34,6	1	3,8	26	49,1
Aklından Geçenleri Sorma Fırsatı Bulma	Evet	25	89,3	3	10,7	0	0,0	28	52,8
	Kısmen	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	9,4
	Hayır	11	55,0	7	35,0	2	10,0	20	37,7
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	36	83,7	6	14,0	1	2,3	43	81,1
	Kısmen	2	50,0	1	25,0	1	25,0	4	7,5
	Hayır	2	33,3	4	66,7	0	0,0	6	11,3
Durumu Tekrar Gözden Geçirmek İçin Yeni Bir Görüşme Zamanının Belirlenmesi	Evet	25	83,3	4	13,3	1	3,3	30	56,6
	Hayır	15	65,2	7	30,4	1	4,3	23	43,4
Verilen Bilgilerin Yazılı Açıklama, Belge veya Broşür Halinde Verilme	Evet	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	5,7
	Hayır	38	76,0	10	20,0	2	4,0	50	94,3

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların kötü haberin verildiği durumsal şartlara bağlı olarak tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek isteme durumlarına göre meme kanseri teşhisinin öğrenildiği aşamadaki konuşma süreci kısa süre (15 dk'dan az) süren 41 kişinin 22'si, uzun süre (30 dk ve üzerinde) süren 3 kişiden 2'si tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir. Meme kanseri teşhisinin öğrenildiği aşamadaki konuşma süreci ortalama (15-30 dk arası) süren 9 kişiden 5'i tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir (Bkz. Tablo 31).

Görüşmesi kesintiye uğrayan 3 kişiden 2'si, görüşmesi kesintiye uğramayan 50 kişinin 26'sı tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir (Bkz. Tablo 31).

Tedavi seçenekleri ve önerilen tedaviyi hemen kabul etme konusunu konuşan 25 kişinin 15'i tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir. Tedavi seçenekleri ve önerilen tedaviyi hemen kabul etme konusunu kısmen konuşan 2 kişinin tamamı, konuşmayan 26 kişinin 13'ü tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir (Bkz. Tablo 31).

Aklından geçenleri sorma fırsatı bulan 28 kişinin 16'sı tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. Aklından geçenleri kısmen sorma fırsatı bulan 5 kişiden 4'ü, sorma fırsatı bulmayan 20 kişinin 12'si tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir (Bkz. Tablo 31).

Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulan 43 kişinin 22'si tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istememiştir. Sorularına ilişkin açıklamaları kısmen yeterli bulan 4 kişiden 2'si, yeterli bulmayan 6 kişiden 5'i tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir (Bkz. Tablo 31).

Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanı belirleyen 30 kişinin 16'sı, yeni bir görüşme zamanı belirlemeyen 23 kişinin 12'si tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir (Bkz. Tablo 31).

Verilen bilgilerin yazılı açıklama, belge veya broşür halinde verildiğini belirten 3 kişiden 2'si, verilmediğini belirten 50 kişinin 26'sı tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemiştir (Bkz. Tablo 31).

Tablo 31. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Tedavi Hakkında Daha Fazla Bilgilendirilmek İsteme

		Tedavi Hakkında Daha Fazla Bilgilendirilmek İsteme				Toplam	
		Evet		Hayır			
		n	%	n	%	n	%
Teşhisin Söylenirken Ki Konuşma Süresi	Kısa Süre (15dk.dan az)	22	53,7	19	46,3	41	77,4
	Ortalama (15-30dk arası)	4	44,4	5	55,6	9	17,0
	Uzun Süre (30dk ve üzeri)	2	66,7	1	33,3	3	5,7
Görüşmenin Kesintiye Uğraması	Evet	2	66,7	1	33,3	3	5,7
	Hayır	26	52,0	24	48,0	50	94,3
Tedavi Seçeneklerini Konuşma, Önerilen Tedaviyi Hemen Kabul Etme	Konuşuldu	15	60,0	10	40,0	25	47,2
	Kısmen Konuşuldu	0	0,0	2	100,0	2	3,8
	Konuşulmadı	13	50,0	13	50,0	26	49,1
Aklından Geçenleri Sorma Fırsatı Bulma	Evet	12	42,9	16	57,1	28	52,8
	Kısmen	4	80,0	1	20,0	5	9,4
	Hayır	12	60,0	8	40,0	20	37,7
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	21	48,8	22	51,2	43	81,1
	Kısmen	2	50,0	2	50,0	4	7,5
	Hayır	5	83,3	1	16,7	6	11,3
Durumu Tekrar Gözden Geçirmek İçin Yeni Bir Görüşme Zamanının Belirlenmesi	Evet	16	53,3	14	46,7	30	56,6
	Hayır	12	52,2	11	47,8	23	43,4
Verilen Bilgilerin Yazılı Açıklama, Belge veya Broşür Halinde Verilme	Evet	2	66,7	1	33,3	3	5,7
	Hayır	26	52,0	24	48,0	50	94,3

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların kötü haberin verildiği durumsal şartlara bağlı olarak empatik yaklaşılma durumlarına göre meme kanseri teşhisinin öğrenildiği aşamadaki konuşma süreci kısa süre (15 dk'dan az) süren 41 kişinin 21'i (%51,2), ortalama (15-30 dk arası) süren 9 kişiden 8'i (%88,9), uzun süre (30 dk ve üzerinde) süren 3 kişinin tamamı kendisine karşı empatik yaklaşıldığını düşünmüştür (Bkz. Tablo 32).

Görüşmesi kesintiye uğrayan 3 kişiden 2'si, görüşmesi kesintiye uğramayan 50 kişinin 30'u kendisine karşı empatik yaklaşıldığını düşünmüştür (Bkz. Tablo 32).

Tedavi seçenekleri ve önerilen tedaviyi hemen kabul etme konusunu konuşan 25 kişinin 15'i, kısmen konuşan 2 kişinin tamamı, konuşmayan 26 kişinin 15'i kendisine karşı empatik yaklaşıldığını düşünmüştür (Bkz. Tablo 32).

Aklından geçenleri sorma fırsatı bulan 28 kişinin 22'si kendisine karşı empatik yaklaşıldığını düşünmüştür. Aklından geçenleri kısmen sorma fırsatı bulan 5 kişiden 3'ü, sorma fırsatı bulmayan 20 kişinin 12'si kendisine karşı empatik yaklaşılmadığını düşünmüştür. Sorularına ilişkin açıklamaları yeterli bulan 43 kişinin 31'i kendisine karşı empatik yaklaşıldığını düşünmüştür. Sorularına ilişkin açıklamaları kısmen yeterli bulan 4 kişiden 3'ü, yeterli bulmayan 6 kişinin tamamı kendisine karşı empatik yaklaşılmadığını düşünmüştür (Bkz. Tablo 32).

Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanı belirleyen 30 kişinin 20'si, yeni bir görüşme zamanı belirlemeyen 23 kişinin 12'si kendisine karşı empatik yaklaşıldığını düşünmüştür. Verilen bilgilerin yazılı açıklama, belge veya broşür halinde verildiğini belirten 3 kişiden 2'si, verilmediğini belirten 50 kişinin 30'u kendisine karşı empatik yaklaşıldığını düşünmüştür (Bkz. Tablo 32).

Tablo 32. Kötü Haberin Verildiği Durumsal Şartlara Göre Empatik Yaklaşılma

		Empatik Yaklaşıldığını Düşünme						Topla m	
		Evet		Kısmen		Hayır			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Teşhisin Söylenirken Ki Konuşma Süresi	Kısa Süre (15dk.dan az)	21	51,2	1	2,4	19	46,3	41	77,4
	Ortalama (15 30dk arası)	8	88,9	0	0,0	1	11,1	9	17,0
	Uzun Süre (30dk ve üzeri)	3	100, 0	0	0,0	0	0,0	3	5,7
Görüşmenin Kesintiye Uğraması	Evet	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	5,7
	Hayır	30	60,0	1	2,0	19	38,0	50	94,3
Tedavi Seçeneklerini Konuşma, Önerilen Tedaviyi Hemen Kabul Etme	Konuşuldu	15	60,0	1	4,0	9	36,0	25	47,2
	Kısmen Konuşuldu	2	100, 0	0	0,0	0	0,0	2	3,8
	Konuşulmadı	15	57,7	0	0,0	11	42,3	26	49,1
Aklından Geçenleri Sorma Fırsatı Bulma	Evet	22	78,6	1	3,6	5	17,9	28	52,8
	Kısmen	2	40,0	0	0,0	3	60,0	5	9,4
	Hayır	8	40,0	0	0,0	12	60,0	20	37,7
Soruların Açıklamasının Yeterliliği	Evet	31	72,1	1	2,3	11	25,6	43	81,1
	Kısmen	1	25,0	0	0,0	3	75,0	4	7,5
	Hayır	0	0,0	0	0,0	6	100,0	6	11,3
Durumu Tekrar Gözden Geçirmek İçin Yeni Bir Görüşme Zamanının Belirlenmesi	Evet	20	66,7	0	0,0	10	33,3	30	56,6
	Hayır	12	52,2	1	4,3	10	43,5	23	43,4
Verilen Bilgilerin Yazılı Açıklama, Belge veya Broşür Halinde Verilme	Evet	2	66,7	0	0,0	1	33,3	3	5,7
	Hayır	30	60,0	1	2,0	19	38,0	50	94,3

4.9. Kötü Haberin Verilme Tarzı Duyguları İfade Etme Fırsatının Verilmesini Etkiler mi?

Meme kanseri teşhisi konmuş hastalardan kötü haberin verilme tarzına bağlı olarak (duygularını ifade etme fırsatının verilmesine göre), teşhisi ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulan 40 kişinin 24'ü duygularını ifade etme fırsatının verildiğini belirtmiştir. Teşhisi ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgileri açıklayıcı bulmayan 11 kişinin 6'sı, kısmen açıklayıcı bulan 2 kişiden 1'i duygularını ifade etme fırsatının verilmediğini belirtmiştir (Bkz. Tablo 33).

Bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve anladığını gösteren konuşma yaptığını belirten 31 kişinin 26'sı duygularını ifade etme fırsatının verildiğini belirtmiştir. Bilgilendiren kişinin o an yaşadığı duygu durumunu anlayıp ona göre davranış ve konuşma yapmadığını belirten 18 kişinin 14'ü, kısmen yaptığını belirten 4 kişiden 2'si duygularını ifade etme fırsatının verilmeyişini belirtmiştir (Bkz. Tablo 33).

Dürüst ve yakın bilgilerin verildiğini belirten 45 kişinin 29'u duygularını ifade etme fırsatının verildiğini belirtmiştir. Dürüst ve yakın bilgilerin kısmen verildiğini belirten 3 kişiden 2'si, verilmeyişini belirten 5 kişinin tamamı duygularını ifade etme fırsatının verilmeyişini belirtmiştir (Bkz. Tablo 33).

Empatik yaklaşıldığını düşünen 32 kişinin 27'si duygularını ifade etme fırsatının verildiğini belirtmiştir. Kısmen empatik yaklaşıldığını düşünen 1 kişi duygularını ifade etme fırsatının kısmen verildiğini belirtmiştir. Empatik yaklaşılmadığını düşünen 20 kişinin 16'sı duygularını ifade etme fırsatının verilmeyişini belirtmiştir (Bkz. Tablo 33).

Tablo 33. Kötü Haberin Verilme Tarzına Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilmesini Etkiler mi?

		Duyguları İfade Etme Fırsatı Verilme						Toplam	
		Evet		Kısmen		Hayır			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Teşhisin ve Uygulanacak Tedavi İle İlgili Verilen Bilginin Açıklayıcı Olması	Evet	24	60,0	5	12,5	11	27,5	40	75,5
	Hayır	5	45,5	0	0,0	6	54,5	11	20,8
	Kısmen	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	3,8
Bilgilendiren Kişi O An Yaşanılan Duygu Durumunu Anlayıp Ona Göre Davranma, Anladığı Gösteren Konuşma	Evet	26	83,9	3	9,7	2	6,5	31	58,5
	Hayır	2	11,1	2	11,1	14	77,8	18	34,0
	Kısmen	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	7,5
Dürüst ve Yakın Bilgilerin Verilmesi	Evet	29	64,4	5	11,1	11	24,4	45	84,9
	Kısmen	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	5,7
	Hayır	0	0,0	0	0,0	5	100,0	5	9,4
Empatik Yaklaşıldığını Düşünme	Evet	27	84,4	3	9,4	2	6,3	32	60,4
	Kısmen	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	1,9
	Hayır	2	10,0	2	10,0	16	80,0	20	37,7

4.10. Teşhisin Verildiği Yer ve Ortamı Hastalar Nasıl Algılamıştır?

Meme kanseri teşhisi konmuş hastaların, teşhisin öğrenildiği yere göre teşhisi doktor odasında öğrenen 28 kişinin 26'sı, poliklinik odasında öğrenen 20 kişinin 11'i teşhisi öğrendiği ortamı rahat ve uygun bulmuştur. Teşhisi başka yerde (koridor,hemşire odası,laboratuvar vb) öğrenen 5 kişinin tamamı teşhisi öğrendiği ortamı rahat ve uygun bulmamıştır (Bkz. Tablo 34).

Tablo 34. Teşhisin Öğrenildiği Yere Göre Ortamın Rahat ve Uygun Olduğunu Düşünme

		Teşhisin Öğrenildiği Ortamın Rahat ve Uygun Olduğunu Düşünme						Toplam	
		Evet		Emin Değilim		Hayır			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Teşhisin Öğrendiği Yer	Doktor Odası	26	92,9	0	0,0	2	7,1	28	52,8
	Poliklinik Odası	11	55,0	5	25,0	4	20,0	20	37,7
	Diğer	0	0,0	0	0,0	5	100,0	5	9,4

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada meme kanseri tanısı almış 53 hastanın kötü haber alma sürecini nasıl değerlendirdiklerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır. Kötü Haber verme uygulamalarının hastaların beklentileri ve yaşantıları açısından değerlendirilmesi hem hastalar hem de sağlık çalışanları için katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada hastaların kötü haberi alma deneyimlerinin kapsamlı olarak öğrenilmesi ve kötü haber alma tercihlerinin anlaşılması amaçlanmaktadır. Araştırmada meme kanseri ile ilişkili olabilecek sosyodemografik bilgiler, kişilik özellikleri ve depresyon kaygı düzeyleri ile kötü haberi alma sürecinin nasıl gerçekleşmiş olduğu bilgisi yarı yapılandırılmış görüşme soruları ile değerlendirilmiştir. Bu değişkenlerin uygulanan ölçeklere etkileri karşılaştırılmıştır. Deneklerin çoğunluğu orta yaşlı, evli, ev hanımı, ilk ve orta düzeyde eğitim almış, eş ve çocukları ile büyük şehirde yaşayanlardan oluşmaktadır. Hastalık tanısı aldıktan sonra %84,9'u cerrahi operasyon geçirmiş ve %50,9'u kemoterapi tedavilerini tamamlamıştır.

Çalışmada elde edilen sonuca göre hasta ile kötü haberin verilmesi süresince görüşmenin kesintiye uğramaması, hastanın duruma odaklanabilmesi için oldukça önemlidir. Yapılan görüşmelerden tamamına yakınının (%94,32) görüşme süresince hiçbir kesintiye uğramadığı ifade edilmiştir. Bu durum doktorların önemli bir haber verirken hastanın dikkatini dağıtmamak için gereken önemi verdiğini gösterir. Kesintiye uğramayan görüşme ve hasta ile birlikte tedavi seçeneklerinin konuşulması hastaya empatik yaklaşıldığını hissettirmektedir. Bu bulgularla aynı sonucu gösteren bir çalışmada kötü haber verme görüşmesinin uygun olmayan koşullarda ve doğru şekilde gerçekleşmemesinin hastayı başta psikolojik olmakla birlikte pek çok şekilde olumsuz etkilediği sonuçlarına ulaşılmıştır (Dilfuruz, 2018).

Hastalar görüşmenin yapıldığı ortamın da görüşmeyi etkileyen etmenlerden biri olduğunu düşünmektedirler. Görüşmenin zorluğu ile baş etmek için daha uygun koşullarda bulunmak, hastaların iletişim kalitesi kadar hastaya ve kötü haberin verilmesine gösterilen özeni de vurgulamaktadır. Elde edilen bulgulara göre teşhisi doktorun kişisel odasında öğrenenlerin tamamına yakını ortamın rahat ve uygun olduğunu düşünmektedir. Poliklinik odasında öğrenenlerin yarısı ortamın uygun olduğunu düşünürken, diğer yarısı ise uygun bir ortam olmadığını düşünmektedir. Hastalardan teşhisi koridor, asistan odası, laboratuvar ortamı gibi farklı bir ortamda öğrenenlerin hepsi ortamın rahat ve uygun olmadığını düşünmektedir. Bu bilgiler bizi

rahat ve uygun bir ortamın bilgi paylaşımını desteklemesi açısından gerekli olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların çoğunluğu, hekim ile iletişim özellikleri ve kötü haberin verilme koşulları özelliklerinden bağımsız olarak, haberin verilme aşamasında en moral bozucu yanın “teşhisin söylendiği an” olduğunu ifade etmiştir. Kötü haberin verilmesinde tüm koşullar ideal olsa da teşhisi duymanın zor olduğunu anlaşılmaktadır. Bunun nedeni kötü haberin hastanın hayatındaki pek çok alanı etkileyebilmesidir. Kötü haber hastayı psikolojik yönden kırılgan, aşırı duyarlı, çaresiz, depresif hissettirmekte; yeme, içme, uyku, gibi fizyolojik alışkanlıklarını değiştirmekte ve aile-yakın çevre ilişkilerini olumsuz duygu ve tepkileri nedeni ile bozmaktadır (Bilgin ve ark., 2008; Özkan ve Alçalar, 2009). Haberin zorluğu ise görüşmenin iyi yürütülmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Önceki çalışmalardan biri, kötü haber vermenin önündeki engellerin algılanması ve etkili bir iletişim süreci için gerekli olan koşul ve durumların ortaya çıkarılması gerektiğini vurgular. Çalışmadaki verilere dayanarak iletişim ve stres yönetimi becerilerini geliştirmek için kılavuzlar oluşturulmalı ve var olan eğitim programlarının geliştirilmesi gibi gerekli katkının sağlanması gerektiği bilinmektedir (Prado ve ark., 2015).

Hastalara göre kötü haberin verildiği koşulların uygunluğunu belirleyen önemli etmenlerden biri de haberi öğrenirken hastanın aklından geçenleri sorabilme fırsatı bulması ve görüşmenin kesintiye uğramamasıdır. Görüşme de haberin kendisi kadar olumsuz ve zordur. Bu nedenle durumsal şartları etkileyen önemli noktalardan birisi görüşme sırasında dikkatin bozulmaması ve kurulan iletişimde hastanın aktif olarak rol almasıdır. Çalışmamızda hastaların neredeyse tamamının görüşmesi kesintiye uğramamış ve hastaların yarısından fazlası %62,3’ü aklından geçenleri sorma fırsatı bulmuştur.

Yapılan araştırmada elde edilen bulgulardan biri kötü haberin verildiği görüşme sırasında aklından geçenleri sorma fırsatı bulan hastalar, görüşmecinin kendilerine empatik yaklaştığını ve görüşmede verilen bilgilerin açıklayıcı olduğunu düşünmektedirler. Aklından geçenleri sorma fırsatı bulamayan hastalar ise görüşmecinin empatik olmadığını ifade etmişlerdir. Bu da soru sormanın ve kötü haberi veren kişi ile diyalog içerisinde olmanın, hastaya dinlendiği ve anlaşıldığı izlenimini verdiğini göstermektedir. Buna benzer bir çalışmada hastaya gerekli bilgilendirme sağlandığında kendilerine güvenlerinin arttığı, psikosoyal olarak daha iyimser baktıkları saptanmıştır. Bilgilendirme yapılmayan hastaların boyun eğici ve güvensiz hissettikleri bir ortam oluşmaktadır. Kişilerde belirsizlik arttıkça kaygının arttığı, belirsizlik giderildiğinde ve

farkındalık arttırıldığında stresin azaldığı ve başetme becerilerinin arttığı saptanmıştır. Hastaların soru sorması teşvik edilmeli ve sorulara verilen cevapların ruhsal ve sosyal boyutları da göz önüne alınmalıdır (Şeren, 2015).

Hastaların kötü haber alma görüşmesi sırasında hekime soru sorabilmeleri kadar sordukları sorulara alınan cevapların kalitesi de hastalar açısından koşulların nasıl göründüğünü etkilemektedir. Araştırmadan çıkan sonuçlara göre sordukları sorulara açıklayıcı ve yeterli cevap alamadığını düşünen hastalar görüşmenin süresini de yeterli bulmamışlardır. Benzer bir çalışmada da kötü haberin doğru, gerçekçi bir şekilde ifadesi hastanın birey olduğu ve duygularına önem verildiğinin hissettirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Hastalar tarafından beklenen iletişim şeklinin özelliklerini anlamak ve uygulamak hekimlere düşen önemli bir görevdir. Bu konuya tıp eğitim sürecinde yer verilmesi çok önemli bir adımdır (Bilgin ve ark., 2008). Özellikle tıp fakültesinden mezun olmakta olan son sınıf öğrencilerinin hasta hekim iletişimi başta olmak üzere klinik beceriler eğitimlerini almaları gerekli görünmektedir (Özçakır, 2002).

Kötü haberin verilme aşamasında doktorun hasta ile iletişimi ve haberi paylaşma şeklinin, hastanın kötü haber sonrasında nasıl hissettiğini etkilediği görülmüştür. Hastaların doktorun yaklaşımını empatik olarak değerlendirmelerini etkileyen faktörler; doktorun açıklamalarının anlaşılır, açıklayıcı, gerçekçi ve dürüst olarak algılanması ve hastalar tarafından doktorun cevap ve açıklamalarının yeterli olarak değerlendirilmesi olarak bulunmuştur. Başka bir çalışmada hastaların karşılaştıkları sürecin zorlukları ile baş etmeleri için hastaların iletişim konusundaki isteklerine dikkat edilmesi, hasta ve ailesine ilgi gösterilmesi ve hastaya duygusal desteğin sağlanması gerektiği ifade edilmiştir (Fesci ve Ünal, 2011). Yapılan bir çalışmada tüm konuşma süresince hasta ile etkileşime girmek için harcanan zaman empatik iletişim içeriyor olsa da, hasta kötü haberi duyduğunda ortaya çıkan duyguya uygun ve kibar bir cevabın kritik derecede önemli olduğu vurgusu yapılmaktadır (Rosenzweig, 2012).

Empati kişinin karşı tarafın duygu ve düşüncelerini anladığı bir iletişim şeklidir. Çalışmadan elde edilen bulgularda hastalar kendilerine empati ile yaklaşan hekime duygularını rahatça ifade edebildiğini aktarmıştır. Duygularını ifade edebilmek, hastaların ilişki kurabilmelerine ve hekim ile işbirliği içinde hareket edebilmelerine yardımcı olmaktadır. Bu durum hastaların anlaşıldığı ve paylaşıma izin verildiği doyurucu bir iletişim olduğunda kötü haberin daha az yıkıcı olduğu görüşünü güçlendirmiştir. Yapılan başka bir çalışma da daha kötü haber vermede empatik

yaklaşmanın rutin uygulamalar bağlamında sıkça kullanılabilecek önemli bir klinik beceri olduğunu ifade etmektedir, aynı çalışmada empatik iletişim kurarken yerleşik bir protokolü takip etmenin hekimin hasta ile arasındaki iletişimi geliştirmeye yardımcı olacağını ifade etmiştir (Rosenzweig, 2012).

Hekimin yaklaşımı hastanın duygu durumunu anlayan ve ona duygularını ifade etme fırsatı veren tarzda olduğunda dahi hastanın hissettiği en belirgin duygunun üzüntü olduğu sonucuna varılmıştır. Duygularını ifade etme fırsatı verilen hasta oranı %65 ‘tir. Hastaların teşhis söylendiğinde en yoğun hissettikleri duygu ise %64,2 oranında üzüntü olarak ifade edilmiştir. Üzüntüden sonra korku, endişe ve kaygı duyguları hissedilmiştir. Bu durum hasta ve hekim ilişkisinden bağımsız olarak kötü haberin neden olduğu bir sonuçtur. Bu durumu hastalığın genel olarak ortaya çıkardığı en yaygın emosyonel tepkilerden üzüntü, anksiyete, korku, şok, keder duyguları ile tanımlanabilir (Kocaman, 2008). Bu konuda yapılan başka bir çalışmada bahsedilen kötü haberi deneyimli, duyarlı bir biçimde verilse de haber hastayı, hasta yakınını ve sağlık çalışanını olumsuz etkilemekte ve etkisi çabuk geçmemektedir (Güner, 2006). Bu bilgiler eşliğinde çalışmanın sonuçlarından da anlaşılıyor ki kötü haber verme görüşmesinde hekim hasta ile empatik, anlayışlı ve ilgili bir iletişim kurduğunda bile haberin kötü olmasından ötürü hastalar üzüntü duygusunu yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar. Bununla birlikte hastaya duyguları ifade etme fırsatı verilmediği, kendisine dürüst ve yakın olunmadığını hissettiği görüşme ortamında ise üzüntü ile birlikte korku duygusunun da baskın olduğu görülmüştür. Duyguların önemine değinen başka bir çalışmada da hastaların duygusal tepkilerine hitap etmede ihtiyaç duyulan sorunlardan birinin kötü haber mesajının aktarılmasına saygı ile yaklaşılması olduğu ifade edilmektedir. Aynı çalışmada elde edilen verilerde hastaların % 64,5’ ü, doktorlarının kötü haberi verdikten sonra kendilerinin duygusal tepkilerini de ele almalarını istediklerini ifade etmişlerdir. Hastaların kötü haberin doktorlar tarafından kendilerine saygılı, dürüst ve şefkatli bir şekilde verilmesini tercih ettikleri anlaşılmaktadır (Ishaque ve ark., 2010). Benzer bir çalışma da hastanın yaşadığı duyguları farketmesine ve paylaşmasına destek olunması, duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesine fırsat tanınması, üzüntü, kaygı, korku ve endişe gibi yaşadığı duyguların anlaşılması, kendisini yalnız hissetmediği ve destek aldığı bir ilişkide olmasının oldukça önemli olduğu ifade edilmektedir (Yardım ve Şenol, 2018).

Hastaların neredeyse tamamına yakını (%85) hastalığın ortaya çıkış nedeni olarak psikolojik faktörlerin etkili olduğunu ifade etmektedir. Bu bulgudan hastaların sürecin

psikolojik faktörlerine önem verdiği anlaşılmaktadır. Bu da teşhis ve tedavi süresinde hastaların psikolojik özelliklerinin anlaşılması ve ona uygun davranılmasının önemli olduğunu göstermektedir. Kötü haber verme süreci de bu durumun en önemli parçalarından biridir. Başka bir çalışmada hastalığın ortaya çıkış nedenlerine baktıklarında hastalar en çok stres ve sıkıntıyı ifade etmişlerdir. Hastaların kanser hastalığının nedenleri konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığını değerlendirilmiştir. Bununla birlikte hastalığın gelecekte tedavi edilebileceğini düşündükleri ve kanserin psikososyal faktörlerinin önemli gördükleri ifade edilmiştir (Korkmaz, 2010). Literatürde bulunan başka bir çalışmada hastalara, “Hastalığınız hayatınızı nasıl değiştirdi?” sorusuna katılımcıların %38,7’si ‘Keşke her şeyi kafama takmasaydım ve kendimi bu kadar üzmeseydim.’ ifadesini kullanmışlardır. Bu cevap kişilerin hastalığı ortaya çıkaran etkenlerden stres ve üzüntüyü öne çıkardıklarını düşündürmektedir (Yalçın, 2015).

Teşhisin ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilginin açıklayıcı olduğunu düşünen kişilerin yarısına yakını yine de tedavi hakkında daha fazla bilgi istemiştir. Bu durumda bilgiler açıklayıcı olsa bile hastaların hastalıkları ve tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilme istekleri devam etmektedir. Ayrıca tedavi seçeneklerinin konuşulduğu hastalardan %88’i tedavi ile ilgili verilen bilgilerin açıklayıcı olduğunu ifade etmiştir. Teşhis seçenekleri konuşulan hastalar, verilen bilgilerin açıklayıcı olduğunu düşünmektedir. Bununla birlikte hastaların yarısından fazlası tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek istemişlerdir. Bilgilendirme isteklerine cevap verilmediğini ifade eden başka bir bulgu ise hastaların bilgi almak için dışarıdan bir arayış içinde olmalarıdır. Hastaların neredeyse tamamına yakınına (%94,3) destek alınacak kaynaklar hakkında bilgi verilmediği ifade edilmiştir. Bu kaynaklar yazılı açıklama, belge veya broşür olarak sıralanabilir. Bilgilendirme yeterli gelmeyen hastalar daha fazla bilgiye ulaşmak için çeşitli kaynaklardan bilgi almaya çalışmış, hastalıkları konusunda araştırma yapan hastalardan %39,6’sı en çok internetten araştırma yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda hastaların kötü haberi öğrenme sürecinde teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilginin açıklayıcı olması, bilgilendiren kişinin hastayı anlama durumu, hastaya duygularını ifade etme fırsatı verilmesi, empatik yaklaşılması, ümitsiz mesaj verilmesi faktörleri ile hastaların kişilik özellikleri, genel kaygı ve depresyon değerleri arasındaki ilişkiye bakılmış ancak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu durumda bize hastanın kişilik özelliklerinden çok sağlık çalışanının

hastaya karşı yaklaşımı ve iletişim becerilerinin kalitesine odaklanılması gerektiğini göstermektedir.

5.1. Sonuç

Hastaların kötü haber verme sürecinde doktorun yaklaşımını empatik olarak algılayabilmesi önemlidir. Araştırmalar empatik yaklaşımın kötü haber verme görüşmesini iyi bir şekilde gerçekleşmesini etkilediğini göstermektedir. Hastanın hekimin yaklaşımını empatik olarak algılamasını etkileyen faktörler, hastanın duygusunu anlayabilmesi, aklından geçenleri sorabilmesi, hastaya kendisini ifade edebilme fırsatı vermesi, tedavi seçeneklerinin konuşulması, doktorun açıklamalarının anlaşılır olması ve görüşmenin kesintiye uğramaması gibi etkenlerdir. Araştırmamızın verileri de literatürdeki bulgularla uyumlu çıkmıştır.

Elde edilen bulgulara göre kötü haber verme görüşmesinde hasta için görüşmenin olumlu geçmesine olanak sağlayan etmenlerden diğerleri ise, hastaların duygularının anlaşıldığını hissetmeleri, duygularını ifade edebilme fırsatı verilmeleri ve hekimin iletişimi buna göre planlamasıdır. Duygularını ifade edebilen hastalar aynı zamanda hekimin empatik olduğunu düşünmektedirler. Bu nedenle hekimlerin duygularının farkında olmaları, empati becerilerini geliştirmeleri ve hastaya duygularını ifade etme fırsatı vermelerinin kötü haber görüşmesinde gerekli olan koşullar olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Kötü haberin öğrenilmesinde en moral bozucu yanın teşhisin öğrenilme aşaması olduğu, hekim ile iletişimin iyi olsa da hastanın yoğun bir üzüntü duygusu yaşadığı, bunun yanında hekim ile iletişim kalitesi azalınca korku duygusunun da baskın olduğu sonucuna varılmıştır. Hastaların çoğunluğu hastalığın ortaya çıkışını psikolojik etmenler atfetmektedirler.

Hastalar, teşhis ve tedavi bilgilerinin yeterli olduğunu düşünmelerine rağmen daha fazla bilgi ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumda hastaların haberi öğrenme sürecinde aldıkları bilginin yeterli olmadığı daha fazla bilgi için verilebilecek bilgi, belge ve doküman, kaynakların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Hastalar kötü haber görüşmesinde verilen bilgilerin açıklayıcı olduğunu düşündüren önemli etkenlerden biri akıllarından geçen soruları sorma fırsatı bulmalarındır. Akıllarından geçenleri sorma fırsatı bulduklarında verilen bilgilerle birlikte doktorun yaklaşımı da empatik olarak değerlendirmektedirler. Bu durumun aksine sordukları

sorulara yeterli cevap alamadığını düşünen hastaların çoğu görüşmenin süresini de yeterli bulmamışlardır. Bu durum hastanın soru sorabilme ve hekimin hastalık hakkında vereceği bilgiyi diyalog halinde aktarmasının görüşmenin niteliğini etkilediğini göstermektedir.

5.2. Öneriler

Hekimlerin kötü haber verme süreçlerinde dikkat edilmesi gerekenler şunlardır: hastaların duygularını anlaması ve ifade etmesine fırsat vermesi, verdiği bilgilerin gerçekçi olması, hastanın anlayacağı şekilde ifade edilmesi.

Hekimlerin kendi yaşadıkları duygular ile baş edebilmeleri için duygusal destek alabilmeleri yararlı olacaktır. Sağlık çalışanlarının eğitim süreçlerinde bu konuda daha fazla bilgi ve destek almaları, var olan protokollerin uygulanması için desteklenmeleri önerilmektedir.

Hastaların daha fazla yazılı bilimsel kaynak verilmesi hastaların kötü haberi öğrenme süreçleri için destek olacaktır. Kötü haberin verildiği ortamın poliklinik ve doktorun kişisel odası olmasına dikkat edilmesi, görüşmenin bölünmemesine özen gösterilmesi gerekmektedir. Farklı tanı gruplarıyla kötü haber verme çalışmalarının geliştirilmesi önerilebilir.

5.3. Sınırlılıklar

Çalışmaya katılan hasta sayısının az olması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Araştırma grubunun sosyodemografik ve sosyokültürel açıdan çeşitlenebilmesi için daha farklı hastanelerdeki hastalarla benzer araştırmalar gerçekleştirilebilir.

6.KAYNAKLAR

- Aminiahidashti, H., Mousavi, S.J. ve Darzi M.M. (2016). Patients' Attitude toward Breaking Bad News, a Brief Report. *Emergency*, 4 (1): 34-37
- Alshammary, S.A., Hamdan, A.B., Tamani, J.C., Alshuhil, A., Ratnapalan, S. ve Alharbi M. (2017). Breaking Bad News among Cancer Physicians. *J Health Specialist*, 5:66-72.
- Arslan, S., Çelebioğlu, A. ve Tezel, A. (2008). Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumunun belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*; 28:628-634.
- Bailey, D.E., Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M.H., Muir, A.J. ve Clipp, E. (2009). Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 50, 138-146.
- Web kaynağı: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3525322/>
- Baile, W.F., Lenzi, R., Parker, P.A., Buckman, R. ve Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory. *J Clinical Oncology*, 20(8):2189-96. Doi:10.1200/JCO.2002.08.00
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A. ve Kudelka, A.P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*; 5(4): 302-311
- Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 10: 1 105-111
- Bilgin, G., Öztürk, G. ve Şirin, S. (2008). Kanser Tanısı Konan Hastalarda Kötü Haber Verme: Hekime Düşen Görev. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 71:22-26
- Bostanlıoğlu, H.F. ve Ünal, S.H. (2011). Kanserli Hastaların Kötü Haber Almaya İlişkin Görüşleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(3): 319-326
- Bousquet, G., Orri, M., Winterman, S., Brugière, C., Verneuil, L. ve Revah-levy, A. (2015). Breaking bad news in oncology: a metasyntesis. *Journal of Clinical* , volume 33 _ number 22
- Brewin, T.B. (1977). The Cancer Patient Communication and Morale. *British Medical Journal*, 2 1667-1668

Brewin, T.B. (1991). Three ways of giving bad news. *Lancet*, 337:1207–9.

Web sitesi: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=94dfdaf6-486d48f79e1b2bbbc1f4d7a4%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9dHlmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edselc.2-52.0-0025829870&db=edselc>

Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288(6430):1597-1599.

Cantez, E. (1984). Türkiye’de Kullanılan Bazı Testlerin Uygulamalarından Elde Edilen Sonuçlar: Eysenck Şahsiyet Testi ile Değerlerin Tetkiki Testi. *İstanbul Üniversitesi Tıbbi Psikoloji Çalışmaları*, Sayı:14, s.53-63.

Çeler, G.H., Özyurt, B.C., Elbi, H. ve Özcan, F. (2018). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, Vol. 18 Issue 2, p164-174. 11p.

Dilfuruz, B.Ç. (2018). Atatürk üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlilerinin kötü haber verme deneyimleri. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi.

Doan, B.D., Gray, R.E. ve Davis, C.S. (1993). Belief in psychological effects on cancer. *Psycho-oncology*, Vol 2: 139-150

Dwena, F.C., Churlsun, H., ve Smith, R.C. (2008). Breaking Bad News: A Patient-Centered Approach to Delivering an Unexpected Cancer Diagnosis. *Semin Medical Practice*;11:11–20.

Envanter - Ölçek: Sürekli Kaygı Ölçeği. Web kaynağı: www.aktuelpdr.com

Eysenck, H.J. ve Eysenck, B.G. (1978). Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. (junior and adult). London: Hodder & Stoughton.

Fallowfield, L. ve Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet* Vol. 363, 312-319.

Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Akisuzki, N., Sakano, Y., ve Uchitomi, Y. (2007). Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psycho-Oncology*; 113-167

Fine, R.L. (1991). Personal choices communication among physicians and patients when confronting critical illness. *Tex Medicine* 1991;87(9):76–82.

- Fumis, R.R.L., De Camargo, B. ve Del Giglio, A. (2011). Physician, patient and family attitudes regarding information on prognosis: a Brazilian survey. *Annals of Oncology*, 23: 205–211,
- Gemalmaz A. ve Avşar, G. (2015). Kanser Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2): 93-98
- Girgis, A. Ve Sanson-Fisher R.W. (1998). Breaking Bad News 1: Current Best Advice For Clinicians. *Behavioral Medicine*; 24(2): 53-59.
- Girgis, A. ve Sanson-Fisher R.W. (1995). Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *Journal Clinical Oncology*, 13(9):2449-56. Available from: <http://jco.ascopubs.org/content/13/9/2449.long>
- Goebel, S. ve Mehdorn H.M. (2018). Breaking Bad News to Patients with Intracranial Tumors: The Patients' Perspective. *World Neurosurg* 118:e254-e262.
- Güner, P. (2006). Kötü Haber Verme 'Breaking Bad News'. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 3 (2): 6-9
- Henson, H. (2002). Meme kanseri ve cinsellik. Sexuality and disability. 20(4): 261-75.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*; 23: 3-13.
- Hisli N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 22: 118-126.
Webkaynağı: https://www.academia.edu/1472692/Beck_Depresyon_Envanterinin_%C3%BCniversite_%C3%B6%C4%9Frencileri_i%C3%A7in_ge%C3%A7erlili%C4%9Fi_ve_g%C3%BCvenilirli%C4%9Fi
- Hobgood, C., Harward, D., Newton, K. ve Davis, W. (2005). The Educational Intervention "GRIEV_ING" Improves the Death Notification Skills of residents. *Academic Emergency Medicine*, 12:296–301.
- Hogbin, B. ve Fallowfield, L. (1989). Getting it taped: the 'bad news' consultation with cancer patients. *British Journal Hospital Medicine*, 41: 330–333
- Hopman, P. ve Rijken, M. (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*, 24: 11–18

- Ishaque, S., Saleem, T., Khawaja, F.B. ve Qidwai, W. (2010). Breaking bad news: exploring patient's perspective and expectations. *Students Corner*, Vol. 60, No. 5, 407-411.
- Jameel, A., Farooq, M. ve Ullah, S. (2011). Breaking bad news - perceptions of cancer patients and their relatives. *Journal Postgrad Medicine Institute*, 25(4): 304-8
- Kantarcıoğlu, A.Ç. (2018). Zor Ama Zorunlu Bir Konu: Hekimlerin Kötü Haber Vermesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44 (3) 217-219,
- Kaplan M. (2010). *SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer*. Clinical Journal of Oncology Nursing Volume 14, Number 4
- Kayhan, A., Özkan, S., Özaydın, N., Öztürk, E., Cabioğlu, N., Arıbal E. ve Özmen V. (2012). Uzun dönem toplum tabanlı Bahçeşehir meme kanseri tarama projesinin ilk dönem sonuçları. *The Journal of Breast Health*, Vol: 8, No: 4 :180-184
- Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*; 71:52-58
- Köknel, O. (1986). *Kaygıdan mutluluğa kişilik*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kübler-Ross (2010). *E. Ölüm ve Ölmek Üzerine*.
- Le Compte, A. ve Öner, N. (1975). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye Adaptasyon ve Standardizasyonu ile İlgili Bir Çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları, 457-462.
- Mack, J.W., Block, S.D., Nilsson, M., Wright, A., Trice, E., Friedlander, R. ve ark. (1985). Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer.
- Maguire, P. (1985). Barriers to psychological care of the dying. *British Medical Journal*, 291(6510):1711-3.
- Martin, E.B., Mazzola, N.M., Brandano, J., Luff, D., Zurakowski, D. ve Meyer, E.C. (2015). Clinicians' recognition and management of emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Education and Counseling*, 98 1248–1254
- Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer*. 76(2):167-77.

- Morse, J. (2011). Hearing bad news. *Journal Medicine Humanity*, 32(3):187-211. doi: 10.1007/s10912-011-9138-4.
- Mueller, P.S. (2002). Breaking bad news to patients: the SPIKES approach can make this difficult task easier. *Postgraduate Medicine*, 112(3):15-8.
- Namer, M.G., Salazar, J.G, Pritchard, K., Amadori, D., Haidinger, R., Hudis, C.A., Khaled, H., Liu, M. ve Martin, M. (2005). On be half of the a breast Investigators The Global Breast Cancer Burden: Variations in Epidemiology and Survival. *Clinical Breast Cancer*, Vol. 6, No. 5, 391-401
- Narayanan, V., Bista, B. ve Koshy, C. (2010). BREAKS' Protocol for Breaking Bad News Indian. *Journal Palliative Care*, 16(2): 61–65.doi: 10.4103/0973-1075.68401
- Web kaynağı: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3144432/>
- Oflaz, F. (2007). Sağlık çalışanları için kötü, üzücü ya da zor haberleri iletme tekniği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 8:62-69
- Okyayuz, U.H. (2003). Ölümcül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizi Kötü Haber Verilmeli. *Kriz Dergisi*, 11.3: 29-35.
- Öner, N. ve Le Compte, A. (1983). *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Özcakır, A. (2002). Tıp Eğitiminde iletişim ve Klinik Beceriler Dersi verilmeli mi? İtern Öğrenci Görüşleri. *Tıp Bilimleri Dergisi*, 22:185-189.
- Özkan, S. ve Armay, Z. (2007). *Kanser ve Kadın*. İçinden: Özkan S., ed. Psiko-onkoloji, İstanbul: Novartis Oncology,; 135–152.
- Özkan, S. ve Alçalar, N. (2009). Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. *Meme Sağlığı Dergisi* Cilt: 5 Sayı: 2
- Özkan, S. (1990). *Pskiyatrik Tıp*. İstanbul Çapa Tıp Fakültesi Yayınları.
- Özyılkan, Ö. (1994). Meme kanserli hasta takibinde seruloplazmin, CA 15-3 ve doku polipeptid spesifik antijeninin rolü. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Klinik Onkoloji Anabilim Dalı Ankara
- Parker, P.A., Baile, W.F., Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P. ve Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication. *Journal of Clinical Oncology*, Vol 19, No 7: pp 2049-2056

- Prado, A.J.F., Silva¹, E.A., Almeida, V.A. ve Júnior, R.F. (2013). Medical environment: bad news' impact on patients and doctors – towards an effective model of communication. *Rev Medicine (São Paulo)*, 92(1):13-24.
- Ptacek, J.T. ve Eberhardt, T.L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*, 14;276(6):496-502.
- Rabow, M.W. ve McPhee, S.J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West Journal Medicine*, 17: 260-263
- Rosenzweig, M.Q. (2012). Breaking bad news: A guide for effective and empathetic communication. *Nurse Practice*, 12; 37(2): 1–4.
- Seven, M., Akyüz, A., Sever, N. ve Dinçer, Ş. (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3):219-224
- Schofield, P.E., Butow, P.N., Thompson, J.F., Tattersall, M.H.N., Beeney, L.J. ve Dunn, S.M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14: 48–56
- Shaw, J.M., Brown, R.F. ve Dunn, S.M. (2013). A qualitative study of stress and coping responses in doctors breaking bad news. *Patient Education and Counseling*, 91: 243–248
- Stephanie, J., Koczwara, A. ve Koczwara, B. (2006). Breaking Bad News: Learning through experience. *Journal of Clinical Oncology*, volume 24, number 31,
- Şeren, E.E. (2015). Meme Kanseri Alan Hastalarda Bilgilendirmenin Stres Düzeyine Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi
- Tavil, A. (1996). Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Morbidite. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi
- Tokgöz, G. (1997). Kişilik Bozuklukları ile İçedönüklük-Dışadönüklük Değişkeni Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul

Türkiye Halk Sağlığı verileri, (2016)

Websayfası: [http://www.onkoloji.gov.tr/attachments/article/8653/Ana%20Rapor%202016%20\(v01.2\).pdf](http://www.onkoloji.gov.tr/attachments/article/8653/Ana%20Rapor%202016%20(v01.2).pdf)

Ungar, L., Alperin, M., Amiel, G.E., Beharier, Z. ve Reis, S. (2002). Breaking bad news: Structured training for family medicine residents. *Patient Education Counseling*, 48.63-8

Vandekieft, G.K. (2001). Breaking Bad News. *American Family Physician*, 64: 12.

Warnock, C. (2014). Breaking bad news: issues relating to nursing practice. *Nursing Standard*, vol:28, no:45, 51-58.

WHO (2018) International Agency for Research on Cancer Latest Global Data

Yalçın, Y. (2015). Meme Kanseri Tanısı Almış Hastaların Teşhisden Önce Stresli Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi

Yardım, S. ve Şenol, Y. (2018). Kötü Haber Vermede İletişim Becerileri. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 53, 60-68.

Yavuzer, H. (1982). *Cocuk ve suç*. 2. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Yılmaz Karabulutlu, E. ve KARAMAN, S. (2015). Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi 'Evaluation of Cancer Patients Perception of Illness'. *Health S Practice*; 2(3):271-284

Zachariae, R., Pedersen, C.G., Jensen, A.B., Ehrnrooth, E., Rossen, P.B. ve Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88, 658 – 665

Zisook, S. ve Zisook, S.A. (2000). Death, dying, and bereavement. In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th Ed. Chapter



FORMLAR**EK-A: BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum

4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6 (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.

- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.

- (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15 (0) Uykum her zamanki gibi.

- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
- (2) Her şey beni yoruyor.
- (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17 (0) İştahım her zamanki gibi.

- (1) Eskisinden daha iştahsızım.
- (2) İştahım çok azaldı.
- (3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

- (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
- (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
- (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

- (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
- (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
- (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteęim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor



STAI FORM TX – 2

İsim:.....
Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)

24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)

38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)



YARI YAPILANDIRILMIŞ ANKET FORMU

Adı Soyadı:

Görüşme Tarihi:

Görüşmeyi Yapan:

Sosyodemografik Özellikler

Yaşı:

Eğitim Durumu: 1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise
6. Lisans 7. Lisansüstü ve üzeri

Mesleği:.....

Medeni Durumu: 1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış 4. Dul

Çalışma Durumu: 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor (Çalışmama
Nedeni:.....)

Ekonomik Durumu: 1. İyi 2. Orta 3. Kötü

1. Hastalığınızın adı(teşhisi) nedir?
2. Teşhisinizi ilk kim tarafından öğrendiniz?/size ilk kim söyledi?
 - a. Doktor b. Hemşire c. Aile d. Arkadaş e. Diğer.....
3. Teşhisiniz ne zaman söylendi?
 - a. Tedavi başlama öncesi b. Tedavi sırasında c. Tedaviden sonra
 - d. Diğer.....
4. Teşhisiniz size söylenirken ne kadar süre konuştunuz?
 - a. Kısa süre (15dk.dan az) b. Ortalama (15-30 dk arası) c. Uzun süre (30 dk ve üzeri) d. Diğer.....
5. Sizce yeterli bir süre miydi?
 - a. Evet b. Kısmen c. Hayır D. diğer.....

6. Görüşmeniz hiç kesintiye uğradı mı?

a. Evet b. Hayır

b. Kesintiye uğradıysa nedeni:

a) Evrak imzalatmaya gelen biri (hasta-personel)

b) Birini soran biri

c) Çalan telefon

d) Diğer :

7. Teşhisinizi nerede öğrendiniz?

a. Doktor odası c. Poliklinik odası c. Diğer.....

8. Teşhisinizi öğrendiğiniz ortamın rahat ve uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

a. Evet b. Emin değilim c. Hayır

8.a. Bu konuşmayı nerede yapmayı tercih ederdiniz?

9. Doktorunuzun size açıklama yaparken kullandığı dil nasıldı?

a. basit ve anlaşılabilir b. kısmen anlaşılır c. çok tıbbi ve anlaşılmaz d.

Diğer.....

10. Doktor teşhisi ilk kez söylerken yanınızda başka biri var mıydı?

(ailenizden, sosyal çevrenizden, herhangi biri)

a. Evet b. Hayır

10a. Biri varsa kimdi?.....

10b. Yanınızda birisinin olmasını ister miydiniz?

10c. Yanınızda kimin olmasını isterdiniz?.....

11. Teşhis size söylendiğinde hangi duyguları hissettiniz?

- a.Korku b.Endişe c.Kaygı d.Üzüntü e.Öfke f.Küntlük g.Hayal kırıklığı
h.Çaresizlik ı.Diğer.....

12. Teşhisiniz ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgiler açıklayıcı mıydı?(anlaşılır mıydı?)

- a.Evet b. Hayır c. Kısmen

13. Size söylenenler hakkında karmaşık bulduğunuz veya uyuşmayan konular oldu mu? Nelerdi? Neden?.....

14 . Sizi bilgilendiren kişi o an yaşadığınız duygu durumunu anlayıp ona göre davranabildi mi? Sizi anladığını gösteren konuşma ve davranışları var mıydı?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

14a. Cevabınız “Evet”se,duygularınızı anladığını nasıl anladınız?

.....

15.Tedavi seçenekleri konuşuldu mu yoksa Size önerilen tedaviyi hemen kabul ettiniz mi ?

- a. Konuşuldu b. Kısmen konuşuldu c. Konuşulmadı

16. İlk konuşmanın sizin için en moral bozucu yanı hangi kısmıydı?

- a. Teşhisten önceki aşama b. Teşhisi söylediği aşama
c. Tedavi seçenekleri konuşulurken

17. Tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek ister miydiniz?

- a. Evet b. Hayır

18. Size söylenenlerden başka nelerin tartışılmasını ve açıklanmasını isterdiniz?

.....

19. Konu ile ilgili bilgilerin size yazılı veya sesli kayıt şeklinde verilmesini ve daha sonra sizin onları tekrar incelemenizi ister miydiniz?

- a. evet b. hayır

20. Teşhis size söylendiğinde(veya öncesinde) hastalık hakkında kitap, internet veya başka bir kaynaktan araştırdınız mı ?

- a. Evet c. Hayır

20a. Araştırdıysanız, nereden araştırdınız?

- a.Kitap b.İnternet c.Diğer:.....

21. Siz aklınızdan geçenleri sorma fırsatı buldunuz mu?

- a.evet b.kısmen c.hayır

21a. Sorabildiyseniz, açıklamalar yeterli miydi?

- a. Evet b.Kısmen c.Hayır

22.Duygularınızı ifade etme fırsatı verildi mi?

- a.evet b.kısmen c.hayır

23. Dürüst ve yakın bilgiler verildi mi?

- a.evet b.kısmen c.hayır

24. Size karşı empatik yaklaşıldığını düşünüyor musunuz? (yani sizi gerçekten anladığını, duygunuzu paylaştığını hissettiren davranışlarda bulunuldu mu?)
- a. Evet b. Kısmen c. Hayır
25. Ümitsiz mesaj verildi mi?
- a. evet b. Sayılır c. Hayır
26. Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanı belirlendi mi?
- a. evet b. hayır
27. Destek alınacak kaynaklar hakkında bilgi verildi mi?
- a. evet b. hayır
28. Verilen bilgiler size yazılı açıklama, belge veya broşür halinde verildi mi?
- a. evet b. hayır

Beklentiler

29. Şu an düşündüğünüzde durumu açıklayan kişinin neleri söylemesini beklerdiniz?

.....

.....

30. Siz neler sormayı isterdiniz?

31. Başka nasıl davranılmasını beklerdiniz?

32. Hastalığınız hakkında, hasta bilgilendirilmesinin daha iyi yapılabilmesi için herhangi bir öneriniz var mı?



EYSENCK KİŞİLİK ENVANTERİ (QUESTIONNAİRE)

Adı-Soyadı:.....İş:.....

Yaş:..... Cinsiyet:

Lütfen soruya “EVET” veya . “HAYIR” cevabı verecekseniz o şıkkın etrafına bir daire çizin. Cevapların doğrusu yanlış olmadığı gibi aldatmaca cevaplarınızı çabuk işaretleyin ve soruların kesin anlamı üzerinde fazla düşünmeyin. Lütfen her soruyu cevaplandırın.

SORULAR

-
- 1- Birçok değişik merakınız var mı?
 - 2- Herhangi bir şeyi yapmadan önce durup bir kere enine boyuna düşünür müsünüz?
 - 3- Ruh haliniz sık sık inişler çıkışlar gösterir mi?
 - 4- Başkasının yaptığını bildiğiniz halde hayatınızda hiçbir şey için övgü kabullendiğiniz oldu mu?
 - 5- Konuşkan bir insan mısınız?
 - 6- Borç içinde olmak sizi endişelendirir mi?
 - 7- Nedeni olmadığı halde kendinizi tam anlamında hiç son derece mutsuz hissettiğiniz oldu mu?
 - 8- Kendi payınızdan fazlasını almak için hiç açgözlülük ettiğiniz oldu mu?
 - 9- Geceleri evinizin kapısını, penceresini dikkatli bir şekilde kilitler misiniz?
 - 10- Oldukça canlı bir kimse misiniz?
 - 11- Bir çocuğu veya bir hayvanı acı çekerken görmek sizi alt üst eder mi ?
 - 12- Yapmamanız gereken veya söylememeniz gereken olduğundan sık sık endişe duyar mısınız?
 - 13- Bir şeyi yapacağınızı söylediğiniz zaman ortam ne kadar elverişsiz olsa bile verdiğiniz sözü tutar mısınız
 - 14- Paraşütle atlamaktan hoşlanır mıydınız?

- 15- Canlı bir toplantının genellikle kendinizi, havasına kaptırır ve eğlenir misiniz?
- 16- Tedirgin bir kimse misiniz?
- 17- Kendi suçunuz olduğunu bildiğiniz halde bunu yapmaktan ötürü hiç başka birisini suçladınız mı?
- 18- Yeni kimselerden tanışmaktan hoşlanır mısınız?
- 19- Sigorta projelerinin iyi bir fikir olduğuna inanır mısınız?
- 20- Hisleriniz kolayca incinir mi?
- 21- Bütün alışkanlıklarınız iyi ve arzu edilir bir cinsten mi?
- 22- Sosyal olaylarda arka planda kalma temayülünde misiniz?
- 23- Acayip veya tehlikeli etkileri olabilecek uyuşturucuları kullanabilir miydiniz?
- 24- Sık sık taşıdığınızı hisseder misiniz?
- 25- (Bir toplu iğne veya düğme olsa bile) hiç başkasına ait bir şeyi aldığınız oldu mu?
- 26- Çok gezmeyi sever misiniz?
- 27- Sevdiğiniz kimseleri incitmekten hoşlanır mısınız?
- 28- Sık sık suçluluk duygusundan rahatsız olur musunuz?
- 29- Bazen hiçbir şey bilmediğiniz şeyler hakkında konuşur musunuz?
- 30- Okumayı, insanlarla tanışmaya tercih eder misiniz?
- 31- Size kötülük etmek isteyen düşmanlarınız var mı?
- 32- Kendinize sinirli bir kimse der misiniz?
- 33- Kaba davrandığınız zaman daima özür diler misiniz?
- 34- Çok arkadaşınız var mı ?
- 35- Bazen başkalarını gerçekten incitebilecek (zarar verecek) şakalardan hoşlanır mısınız ?
- 36- Endişe eden biri misiniz?
- 37- Çocukluğunuzda size söyleneni hiç itiraz etmeden derhal yapar mıydınız?

- 38- Kendiniz için kaygısız diyebilir misiniz?
- 39- Terbiyeli ve dürüst olmak sizin için önemli midir?
- 40- Dehşet verici şeyler olabilir diye endişe duyar mısınız?
- 41- Başkasına ait bir şeyi hiç kırdığınız veya kaybettiğiniz oldu mu?
- 42- Yeni dostlar edinmek için genellikle ilk adımı siz mi atarsınız?
- 43- İnsanlar size dertlerinden bahsettiği zaman ne hissettiklerini kolayca anlayabilir misiniz?
- 44- Kendinize gergin veya çok sinirli bir insan diyebilir misiniz?
- 45- Etrafta el altında kağıt sepeti bulunmadığı zaman lüzumsuz kağıtları yere atar mısınız?
- 46- Başkaları ile beraber olduğunuz zaman genellikle sessiz misiniz?
- 47- Evliliğin modasının geçmiş olduğuna ve onsuz olunabileceğine inanır mısınız?
- 48- Bazı bazı kendinize karşı acıma hissi duyar mısınız?
- 49- Bazen azıcık böbürlenir misiniz?
- 50- Sönük bir toplantıya kolayca canlılık getirebilir misiniz?
- 51- Dikkatli araba kullanan insanlar sizi rahatsız eder mi?
- 52- Sağlığınız hakkında endişelenir misiniz?
- 53- Herhangi bir kimse için hiç fena veya yakışsız şeyler söylediğiniz oldu mu?
- 54- Arkadaşlarınıza şaka veya komik anlatmaktan hoşlanır mısınız?
- 55- Birçok şeyin tadı (lezzeti) size aynı gelir mi?
- 56- Bazen somurtur musunuz?
- 57- Çocukluğunuzda anne veya babanıza karşı yüzsüzlük ettiğiniz hiç oldu mu?
- 58- İnsanlarla kaynaşmaktan hoşlanır mısınız?
- 59- İşinizde hatalar olduğunu bilmek sizi endişelendirir mi?
- 60- Uykusuzluk çekmekten şikayetçi misiniz?
- 61- Yemekten önce daima temiz olmaya dikkat eder misiniz?

- 62- İnsanlar sizinle konuşurken hemen daima bir hazır cevabınız bulunur mu?
- 63- Randevu yerine vaktinden önce bulunmaktan hoşlanır mısınız?
- 64- Sık sık sebepsiz yere kendiniz kayıtsız ve yorgun hisseder misiniz?
- 65- Oyun oynarken hiç hile yaptınız mı?
- 66- Çabuk hareketi gerektiren şeylerden hoşlanır mısınız?
- 67- Anneniz iyi bir kadın mıdır? (mıydı)
- 68- Sık sık hayatın çok sıkıcı ve donuk olduğu hissine kapılır mısınız?
- 69- Hiç kimseden yararlanmaya kalktığınız oldu mu?
- 70- Sık sık zamanınızın elverdiğinden daha çok faaliyetlere katılır mısınız?
- 71- Sizi atlatmaya çalışana çok endişelenir misiniz?
- 72- Görünüştünüz için çok endişelenir misiniz?
- 73- Hoşlanmadığınız insanlara karşı bile daima terbiyeli ve nazik misiniz?
- 74- Sizce, insanlar geleceklerini güvence altına alabilmek için tasarruf ve sigorta işleri ile çok mu zaman harcamaktalar.
- 75- Ölmüş olmayı hiç istediğiniz oldu mu?
- 76- Meydana çıkamayacağınızdan emin olsanız vergi öderken kaçamaklar kesinlikle yapar mıydınız?
- 77- Bir toplantıyı hareketlendirir misiniz?
- 78- İnsanlara karşı kabalık etmemeye çalışır mısınız?
- 79- Utandırıcı bir tecrübenin ardından uzun süre endişelenir misiniz?
- 80- Kendi bildiğinizi yapmak için hiç ısrar ettiğiniz oldu mu?
- 81- Trene sık sık son dakikada mı yetişirsiniz?
- 82- “Asabi” olmaktan şikayetçi misiniz?
- 83- Birinin hislerini rencide etmek için kasıtlı olarak bir söz söylediğiniz hiç vaki oldu mu?
- 84- Birbirlerine zararsız şakalar yapan bir toplulukta bulunmaktan nefret eder misiniz ?

- 85- Sizin kabahatiniz olmadığı halde arkadaşlarınız kolayca bozulur mu?
- 86- Sık sık kendinizi yalnız hisseder misiniz?
- 87- Anlatacağınız şeyin her zaman önceden denemesini yapar mısınız?
- 88- Bazen hayvanları tedirgin etmekten hoşlanır mısınız?
- 89- Sizde veya yaptığınız işte hata bulunursa kolayca kırılır mısınız?
- 90- Hiç tehlikesi olmayan bir hayat size çok mu sıkıcı gelir?
- 91- Bir randevunuza veya işinize hiç çok geç kaldığınız oldu mu?
- 92- Etrafta fazla telaş ve heyecan olmasından hoşlanır mısınız?
- 93- Başkalarının sizden korkmalarından hoşlanır mısınız?
- 94- Bazen etrafınıza enerji saçarken, bazen de son derece cansız ve yavaş hareket eder misiniz?
- 95- Bazen bugün yapmanız gereken şeyi ertesi güne bırakır mısınız?
- 96- Başkaları sizi çok canlı ve hareketli olarak mı görür?
- 97- İnsanlar size çok yalan söyler mi?
- 98- Bazı şeylere karşı alıngan mısınız?
- 99- Yaptığınız hatayı daima kabul eder misiniz?
- 100- Tuzağa yakalanmış bir hayvan için daima üzüntü duyar mısınız?
- 101- Bu formülleri doldurmaktan rahatsız oldunuz mu?

POLİKLİNİK GÖRÜŞME FORMU

Olgu No:	Görüşme Tarihi:
Hastanın Adı Soyadı:	Görüşmeyi Yapan:
Tel:	Protokol no:
Adres/Yaşadığı Yer:	

I-Sosyodemografik Özellikler

Yaşı:			
Eğitim Durumu:	1-Okuryazar	2-İlköğretim	3-Lise
			4-Üniversite Ve Üstü
Medeni Durumu:	1-Evli	2-Bekar	3-Dul
			4-Boşanmış
Evlilik Yaşı:	Çocuk Sayısı:		
Kiminle Yaşadığı: 1-Yalnız Yaşıyor 2-Anne/Baba İle 3-Eşi ve Çocukları ile 4-Bir Yakını-arkadaşı ile			
5-Diğer(belirtiniz)			
Çalışma Durumu:	1-Çalışıyor 2-Hastalık nedeniyle çalışmıyor 3-Başka nedenlerle çalışmıyor 3-Emekli		
	4-İşsiz 5-Ev hanımı		
Kişinin Kendisine Göre Ekonomik Durumu:	1-Düşük 2-Orta 3-İyi		
Tedavi Masraflarını Kim Karşılıyor?	1-Kendileri 2-Sosyal Güvenlik Kurumu		
Yaşadığı yer:	1-İstanbul 2-İstanbul Dışı		

II- Dosya Bilgisi

Kanser tipi:

Kanser evresi:

Metastaz 1. Yok 2. Var

Uygulanan tedaviler:

Cerrahi tedavi 1. Yok 2.Var

Operasyon zamanı:

Operasyon türü:

Cerrahi operasyona bağlı yan etki 1.Yok 2. Var (açıklayınız)

Radyoterapi 1.Yok 2. Var

Kaç (kaçıncı) seans

Ne zaman bitti

Nereye yapıldı

Kemoterapi 1.Yok 2. Var

Kaç (kaçıncı) seans

Ne zaman bitti

Mevcut diğer tıbbi hastalıklar: 1. Yok. 2. Var (açıklayınız)

Sürekli kullandığı ilaçlar.....

III. Tıbbi Hastalık Öyküsü

Hastanın ifadesiyle fiziksel hastalığı:

Hastalığın Süresi:

Doktora başvuru ile tanı konması arasında geçen zaman.....

Ailenizde ya da yakın çevrenizde benzer hastalığa sahip biri var mı? 1-Yok 2-Yakın akraba 3-Dost, arkadaş vb...

Hastalığınız hakkında ne kadar bilgi sahibisiniz? 1-Yetersiz 2-Yeterli

Hastalığınızın ortaya çıkışını neye bağlıyorsunuz? 1-Psikolojik atıflar (üzüntü, sıkıntı, stres, duygusal durumum, kişilik yapısı, olumsuz düşünmem....) 2-Risk etkenleri (kalıtsal, yaşlanma, kilo, beslenme, sigara,alkol, çocukların az emmesi....) 3-Bağışıklık sistemimle ilgili 4-Kaza veya şans (kaza, yaralanma, tahriş, travma, batıl inanç-nazar, kader) 5-Diğer (belirtiniz).....

Alternatif tedavilere yöneldiniz mi? 1-Hayır 2-Evet

IV- Psikososyal Değerlendirme

Psikiyatrik hastalık öyküsü 1. Yok 2. Var (açıklayınız).....

Psikiyatrik tedavi 1. Yok 2.Var

2a- Ayaktan

2b-Yatarak

Ailede psikiyatrik özgeçmiş: 1.Yok 2.Var

Hastalığınız yaşam alanlarınızı nasıl etkiledi?

Eş ilişkileri: Etkilemedi () Olumsuz etkiledi () Olumlu etkiledi ()

Çocuklarla ilişki: Etkilemedi () Olumsuz etkiledi () Olumlu etkiledi ()

Sosyal ilişki: Etkilemedi () Olumsuz etkiledi () Olumlu etkiledi ()

Beden İmajı: Etkilemedi () Olumsuz etkiledi () Olumlu etkiledi ()

Cinsel yaşam: Etkilemedi () Olumsuz etkiledi () Olumlu etkiledi ()

Hastalığınız hakkında rahat konuşabiliyor musunuz? 1-Hayır 2-Evet

Sosyal destek sistemleri: 1-Yetersiz 2-Yeterli

Hastalık sürecinde psikolojik yardım almak istediniz mi / ister misiniz?

1-Evet aldım

2-İstedim ama olmadı

3-Hayır istemedim

4-Almak istiyorum

Notlar:

Hastane anksiyete puanı:

Hastane depresyon puanı:

Beck depresyon puanı:

Hastalık algısı:

ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 691

Tarih : 17.05.2019

Konu : Prof. Dr. Güler BAHADIR hk.

Sayın Prof. Dr. Güler BAHADIR
Psikiyatri

İlgili : Onkoloji Enstitüsünün 22/06/2017 gün ve 240856 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını istendiğiniz ve Merve DÖKÜMCÜ ÇAKAN' ın yürüteceği 2019/004 dosya numaralı "Kötü haber verme sürecinin meme kanseri hastaları açısından değerlendirilmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 10/05/2019 tarih ve 09 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. A. Yagiz ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Ekte: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI "Kötü haber verme sürecinin meme kanseri hastaları açısından değerlendirilmesi"

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yersiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	06/05/2019		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☒		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐		
ÖZGE RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐			
	SIGURTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒			
	BİYLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	HASTA KARTI GÖNÜLLÜLÜĞÜ	☐			
	ILAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER:	☒	Araştırma Etik Başvurusundan Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Lisanslar Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Özgü Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirilmesine Dair Belge, CV, CD			
KARAR NOTU	Tarih: 18.05.2019				
KARAR NOTU	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Güler BAHADER' in sunumunda ve Merve DÖKÜMCÜ ÇAKAN' ın yürütücülüğünde yukarıda bilgileri verilen araştırma hakkında aşağıdaki ile ilgili belgeler araştırmanın gerektirdiği, ahlak, yolsuzluk ve yolsuzlukları önlemek amacıyla incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ilişkin TTB Kurul üyesi olan üyelerin salt görüşleri ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU								
ÇALIŞMA ESASI		15.06.2013 tarihli, 2810 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağcı ÜREŞİN						
Unvanı/Adı/Soyadı	Unvanlı Adı	Kurumu	Onay	Onay	Araştırma ile ilgili *	Karar **	İmza	
Prof. Dr. A. Yağcı ÜREŞİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etil Kurul Başkanı)	☒	☐	☐	☒	☒	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etil Kurul Başkanı Yardımcısı)	☐	☒	☐	☒	☒	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Neuroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☒	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nefroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	☒	☐	☐	☒	☒	
Dr. Servet ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.U. İstanbul Tıp Fakültesi	☐	☒	☐	☒	☒	

* Araştırma ile ilgili
** Toplamda kaç kişi

İ.U. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 15.06.2013 tarihli, 2810 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik gereğince kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında yapılan araştırmalar Sağlık Bakanlığından tıbbi etik kurul kararıyla, Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde değerlendirilerek 5 kişilik alt kuruldan kurulmuş değerlendirilerek olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itfetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Kötü haber verme sürecinin meme kanseri hastaları açısından değerlendirilmesi"			
ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Güler BAHADIR			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikoloji			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı			
DESTEKLEYİCİ	--			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
	Yüksek Doz Araştırması	☐		
	Diğer ise belirtiniz :			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ■	ÇOK MERKEZLİ □	ULUSAL ■	ULUSLAR ARASI □

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

KÖTÜ HABER VERME SÜRECİNİN MEME KANSERİ HASTALARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

%8	%6	%4	%6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%2
2	e-dergi.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	www.noroloji.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<%1
8	www.med.unifi.it İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Rehber Öğretmen	Özel Mektebim Anadolu Lisesi	2015-2018
2. Psikolog	Sevgi Evi Kronik Psikotik hastalıklar Reh. Merkezi	2013-2015
3. Psikolog	Bilim Hayat Reh. Merkezi	2011-2013
4. Psikolog	Ruhsal ve Zihinsel Engelliler Yatılı Bakım Merkezi	2009-2010

Adı	Merve	Soyadı	Dökümcü Çakan
Doğ.Yeri	Bandırma	Doğ.Tar.	18/03/1985
Uyruğu	TC	TC Kim No	40129548496
Email	mervedokumcu@gmail.com	Tel	05443424909

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Uludağ Üniversitesi	2009
Lise	Bandırma Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	EşitAğırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanmabecerisi
Word	Çok iyi
Excell	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):