

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF DÖNEM ONKOLOJİ HASTALARININ
KÖTÜ HABERLE İLGİLİ ALGILARI, BEKLENTİLERİ
VE ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMLARI**

EZGİ TANIL

**DANIŞMAN
PROF. DR. GÜLER BAHADIR**

**PREVANTİF ONKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ VE EĞİTİM PROGRAMI**

İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI**YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI**

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Prevatif Onkoloji Anabilim Dalı,
Psikososyal Onkoloji ve Eğitim Bilim Dalı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Ezgi
TANIL tarafından Prof.Dr.Güler BAHADIR'ın danışmanlığında hazırlanan "Palyatif Dönem
Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları"
başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 21/02/2020 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
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı

**Jüri**

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

BEYAN**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.

Ezgi Tanıl



İTHAF

Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Ana Bilim Dalı Başkanı **Sayın Prof. Dr. Ahmet Kızır**'e, tüm yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca desteğini ve ilgisini her daim hissettiğim, kıymetli teorik ve pratik bilgilerini benimle paylaşan, eğitim yaşamıma ve tez sürecime çok önemli katkıları bulunan değerli tez danışmanım Sayın **Prof. Dr. Güler Bahadır'a**, psikososyal onkoloji alanıyla ilgili önemli bilgilerini aktaran, tez sürecimde bana zaman ayıran ve yol gösteren **Dr. Psikolog Dilek Anuk'a** teşekkür ederim. Ayrıca, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Öğrenci İşleri çalışanlarına, Onkoloji Enstitüsü yataklı serviste görev yapan tüm tıbbi ekibe ve içinde bulundukları güç duruma rağmen yaptığım bilimsel araştırmaya katkıda bulunmak için benimle görüşmeyi kabul eden onkoloji hastalarına teşekkür ederim.

Tez sürecimde yanımda olan, bana her daim destek veren aileme ve tüm sevdiklerime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hastalık Algısı ve Kanser	5
2.1.1. Öz Düzenleme Kuramı ve Hastalık Temsillerine Göre Hastalık Algısı	6
2.1.2. Bilişsel Kuram ve Zihinsel Şemalara Göre Hastalık Algısı.....	7
2.2. Onkoloji Alanında İletişim	9
2.2.1. Tıbbi İletişimde Hasta Merkezli Yaklaşım	10
2.3. Onkoloji ve Kötü Haber.....	12
2.3.1. Kötü Haber Tanımları	12
2.3.2. Kübler-Ross’a Göre Uyum Stratejileri	12
2.3.3. Greer ve Watson’a Göre Uyum Stratejileri.....	14
2.3.4. Brennan ve Uyumun Sosyal-Bilişsel Geçiş Modeli.....	15
2.4. Tıbbi İletişimde Kötü Haber Verme Süreci	16
2.5. Kötü Haber Verme Yaklaşımları	17
2.5.1. SPIKES Yaklaşımı.....	18
2.5.2. ABCDE Yaklaşımı.....	20
2.5.3. BREAKS Yaklaşımı	21
2.6. Palyatif Bakım ve Kanser	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları	27
3.2.1. Templer'ın Ölüm Kaygısı Ölçeği (Templer Death Anxiety Scale)	27
3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory)	27
3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory)	28
3.2.4. Ölüme İlişkin Tutum Ölçeği (Death Attitude Profile)	28
3.2.5. Otomatik Düşünceler Ölçeği (Automatic Thoughts Questionnaire)	29
3.2.6. Yarı Yapılandırılmış Anket Formu	29
3.3. Ölçek ve Formların Uygulanması	29
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	46
KAYNAKÇA	55
FORMLAR	62
ETİK KURUL KARARI	74
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	79
ÖZGEÇMİŞ	80

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Seçilen örneklemin demografik ve tıbbi özellikleri	31
Tablo 4-2: Yarı yapılandırılmış anket soru analizleri	33
Tablo 4-3: Yarı yapılandırılmış anket soru analizleri 2	34
Tablo 4-4: Hastaların, tanılarını açıklayan kişinin tutumuna yönelik isteklerinin kategorisel analiz değerleri	35
Tablo 4-5: Hastaların geçmişe yönelik pişmanlık durumlarının incelenmesine dair kategorisel analiz değerleri	35
Tablo 4-6: Hastaların geçmişe dönme şansları olsa farklı eylemler yapacakları alanların kategorisel analiz değerleri	36
Tablo 4-7: Hastaların hayatın anlamının ne olduğuna dair verdikleri cevapların kategorisel analiz değerleri	36
Tablo 4-8: Ölçeklerin tanımlayıcı istatistik değerleri	37
Tablo 4-9: Ölümle İlişkin Tutumlar ölçeği alt boyutlarının tanımlayıcı istatistik değerleri	38
Tablo 4-10: Tüm değişkenlerin korelasyon analizi sonuçları.....	40
Tablo 4-11: Cinsiyet ve Ölümle İlişkin Tutum ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkilere yönelik bulgular.....	41
Tablo 4-12: Duyguları ifade edebilme durumu ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	42
Tablo 4-13: Dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanma durumu ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	42
Tablo 4-14: Doktorun açıklama yaparken kullandığı dil ile otomatik düşünceler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	43
Tablo 4-15: Doktorun açıklama yaparken kullandığı dilin yapısıyla ilgili soruya verilen cevap grupları arasındaki ilişki.....	44
Tablo 4-16: Kötü haber görüşmesinde soru sorabilme durumuyla otomatik düşünceler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.....	44
Tablo 4-17: Destek kaynakları hakkında bilgi alabilmeye ölüm kaygısı arasındaki ilişki.....	45

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1-1: Hastalık algısı oluşumu (Hagger ve Orbell, 2003).....	7
Şekil 1-2: Uyumun Sosyal-Bilişsel Geçiş Modeli (Brennan, 2001)	16



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	Beck Anksiyete Ölçeği
ÖİTÖ	Ölüme İlişkin Tutum Ölçeği
ÖKÖ	Ölüm Kaygısı Ölçeği
ODÖ	Otomatik Düşünceler Ölçeği



ÖZET

Tanıl, E. (2020). Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölümüne İlişkin Tutumları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevatif Onkoloji ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışmada, palyatif dönemde bulunan onkoloji hastalarının yaşadıkları süreçle alakalı görüşleri, kötü haber görüşmelerine dair öznel deneyimleri, kötü haber almaya ilişkin iletişim tercihleri değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra, ölüm kaygısı ve ölümüne ilişkin tutumlar konuları incelenmiştir.

Ülkemizde, psikiyatrik onkoloji alanında yapılan araştırma ve çalışmalar oldukça az sayıda ve sınırlıdır. Kötü haber verme ve alma konusu özellikle onkoloji alanının en önemli konularından biridir. Onkoloji alanında çalışan sağlık ekibini, onkoloji hastalarını ve hasta yakınlarını oldukça yakından ilgilendiren bir konudur. Ölümüne ilişkin tutumlar ve ölüm kaygısı ise onkoloji hastaları açısından özellikle palyatif dönemde temel konulardan biridir. Onkoloji hastalarının tanı ve tedavi aşamalarında içinde bulundukları durumu anlamak ve palyatif bakım sürecinin psikososyal ilkimini etkileyen faktörleri bulmak bu nedenle önem arz etmektedir.

Araştırmanın örneklemini, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'nde palyatif bakım alan 80 kişi oluşturmuştur (n=80). Çalışmaya katılmak isteyen gönüllü kişilere sırasıyla; Yarı Yapılandırılmış Anket Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beck Depresyon Testi, Beck Anksiyete Testi, Ölümüne Karşı Tutum Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği görüşmeci aracılığıyla uygulanmıştır. Hastaların %80'i (n=56) tanıyı bilmesi gerektiğini bildirmiştir. Hastaların %51'i tedavi seçeneklerinin kendileriyle kısmen konuşulduğunu, %40'ı hiç konuşulmadığını ve önerilen tedaviyi doğrudan kabul ettiklerini ve yalnızca %9'u da tedavi seçeneklerinin konuşulduğunu ifade etmiştir. Ek olarak, onkoloji hastalarının %96'sı tanı söylenirken yanında birinin olmasını tercih edip etmediğinin kendisine sorulmadığını, %4'ü ise sorulduğunu belirtmiştir. Bu veriler, ülkemizde onkoloji hastalarının tedavi süreçlerine katılım durumlarının bir örneğini ifade etmektedir. Ayrıca onkoloji hastalarının Beck Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,356$ ve $p<0,01$). Doktorun açıklama yaparken kullandığı dili basit ve anlaşılabilir olarak algılayan hastalar ile çok tıbbi ve anlaşılmaz olarak algılayan hastaların otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan çok tıbbi ve anlaşılmaz grubu lehine $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,009$). Ölümüne ilişkin tutumlar ölçeği ile cinsiyet durumu karşılaştırıldığında, Yaklaşım Kabullenme alt boyutunda kadın grup lehine istatistiksel açıdan $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,044$).

Sonuç olarak, palyatif dönem onkoloji hastalarının kötü habere ilişkin algı beklenti ve ölümüne ilişkin tutumları değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra, yaşadıkları hastalık sürecinde psikolojik uyum mekanizmalarına etki edebilecek faktörler belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: kötü haber, palyatif bakım, iletişim, ölümüne ilişkin tutum, onkoloji

ABSTRACT

Tanıl, E. (2020). Palliative Period Oncology Patients Perceptions and Expectations About Bad News and Attitudes About Death İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Preventive Oncology. Master Thesis. İstanbul.

In this study, the opinions of the oncology patients in the palliative period about their experiences, subjective experiences of bad news interviews, and communication preferences for receiving bad news were evaluated. In addition, death anxiety and attitudes towards death were examined.

In our country, research and studies in the field of psychooncology are very few and limited. The issue of giving and receiving bad news is particularly important in the field of oncology. It is a subject that is of great interest to the health team working in the field of oncology, oncology patients and their relatives. On the other hand, attitudes towards death and death anxiety are one of the main issues for the oncology patients, especially in the palliative period. Therefore, it is important to understand the situation of oncology patients in the diagnosis and treatment stages and to find the factors that affect the psychosocial environment of the palliative care process.

The sample of the study consisted of 80 people who received palliative care at the Oncology Institute of İstanbul University (n = 80). Semi-Structured Questionnaire, Death Anxiety Scale, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Attitude to Death Scale, Automatic Thoughts Scale were applied to volunteers through the interviewer. 80% (n = 56) of the patients reported that they should know the diagnosis. 51% of the patients stated that their treatment options were partially discussed with them, 40% of them never talked about and they accepted the proposed treatment directly and only 9% of them talked about treatment options. In addition, 96% of oncology patients stated that they were not asked if they preferred someone to be with them during doctor interview while 4% were asked. These data represent an example of the oncology patients' participation in the treatment processes in our country. In addition, a positive and statistically significant correlation was found between oncology patients' Beck Anxiety Scale scores and Beck Depression Scale scores ($r = 0,356$ and $p < 0,01$). There was a statistically significant difference between the group who found the language of the doctor to be very terminological and complex and the group who found it easy and understandable ($p = 0,009$). The average score of the patients who found the language of the doctor to be very terminological and complex from the automatic thoughts scale was found to be higher than the other group ($p < 0,01$). When the attitudes towards death scale and gender status were compared, it was found that there was a statistically significant difference in the Approach Acceptance sub-dimension in favor of female group at $p < 0,05$ level ($p = 0,044$).

As a result, the perceptions, expectations and attitudes of the palliative oncology patients on bad news were evaluated. In addition, the factors that may affect the psychological adjustment mechanisms during the illness process were determined.

Keywords: bad news, palliative care, communication, attitudes towards death, oncology

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kötü haber verme konusu onkoloji hastalarını, hasta yakınlarını ve sağlık çalışanlarını doğrudan etkileyen oldukça önemli konulardan biridir. Bireyin sağlığına yönelik her türlü olumsuz haber kötü haber olarak tanımlanabilir. Yalnızca bir defalığına mahsus doktor-hasta görüşmesinden ibaret olmayan psikososyal bir süreçtir. Kötü haber, kişinin geleceğe yönelik görüşlerini ve duygularını negatif bir şekilde değiştiren herhangi bir bilgidir (Buckman 1984). Başka bir tanıma göre kötü haber, kişinin bugün veya gelecekle ilgili algılarını ve beklentilerini olumsuz yönde etkileyen kötü, üzücü veya önemli bilgidir (Fallowfield ve Jenkins 2004). Yaşamın olağan akışında birden bire karşılaşılan bir kriz durumudur. Kötü haber konusu, onkoloji alanında çalışan sağlık ekibini, onkoloji hastalarını ve hasta yakınlarını oldukça yakından ilgilendiren bir konudur (Rassin ve ark. 2006).

Onkolojide kanser tanısı , nüks ve başarısız tedaviye ilişkin bilgiler genellikle kötü haber olarak değerlendirilmektedir. Neyin kötü haber sınıfında olacağı kişinin algısıyla ilgilidir. (Fallowfield ve Jenkins 2004). Hastanın tanısını paylaşmak, durumunun iyiye gitmediğini kendisine ve/veya yakınlarına aktarmak, palyatif bakıma alındığının bilgisini vermek, hastanede hasta için yapılabilecek iyileştirici bir müdahale kalmadığını ve ev bakımının sürdürülmesi gerektiğini bildirmek, ağır yan etkileri olabilen tedavi seçeneklerinden bahsetmek ve hatta hastanın ölüm haberini vermek gibi “kötü haber” kategorisine giren örnekleri çoğaltmak mümkündür (Department of Health, Social Services Public Safety 2003).

Kötü haber ve sonrasında ortaya çıkan psikososyal sonuçlar pek çok faktörden etkilenmektedir. Kötü haberin içeriği, bu tür bir bilgi aktarımında bulunacak sağlık ekibinin eğitimi ve tecrübesi, hasta ve yakınlarının sosokültürel durumları, içinde bulunulan fiziksel koşullar, hastalığın türü ve alınacak olan tedavi gibi pek çok etken kötü haber sürecinde önemli rol oynamaktadır (Vandekieft 2001).

Terminal dönem; sağlık literatüründe ölümle sonuçlanan hastalıklara sahip olan kişilerin yaşamlarının son evresine verilen isimdir. Bu dönemde hastanın yaşamsal işlevlerinin yavaşça sonlanması, yani ölümün gerçekleşmesi beklenir. Dolayısıyla sağlık ekibi, hasta ve yakınlarının kötü haber ve ölüm konularıyla en fazla uğraştıkları evredir.

Sona yaklaşıldığının bilinci, kişileri kaçınılmaz bir gerçekle karşı karşıya bırakır. Bu da ölüm gerçeğidir (Levenson ve ark. 1981).

Tedavi edici yaklaşımların yetersiz kaldığı terminal dönemde bulunan hastalara ve onların yakınlarına verilen destekleyici bakım biçimi palyatif bakım olarak adlandırılmaktadır (Özçelik ve ark. 2010). Türk Dil Kurumu'na göre palyatif kelimesi “tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” olarak tanımlanmaktadır (TDK sözlüğü 2016). Palyatif bakımda; hastaya özgü bakımın, aile desteğinin, multidisipliner ekip çalışmasının ve etkili iletişimin önemli olduğu bilinmektedir (Meghani 2004).

Kanser deneyimi bireylerde farklı şekillerde yaşanabilir ve buna bağlı olarak hastalığa karşı verilen tepkiler de farklılaşabilir. Kişinin hastalıkla ilgili geçmiş yaşam deneyimleri, sahip olduğu bilgiler, kişisel inançları ve beklentileri hastalığa yönelik tepkilerini şekillendirebilir. Kanser pek çok kişi tarafından kötü haber olarak algılanıp ölümle ilişkilendirilirken, palyatif dönem hastalarının penceresinden bakıldığında bu ilişkilendirmenin çok daha yoğun bir şekilde yaşanıyor olması muhtemeldir. Bu güçlü ilişkilendirmeye bağlı olarak hastalar korku, kaygı, hüzn, yalnızlık gibi duygular yaşayabilirler. Deneyimledikleri olumsuz duygulara eşlik eden bilişsel şemalar, hastaların davranışlarının şekillenmesinde ciddi bir etken olabilir (Cordella ve Poiani 2014).

Holland ve arkadaşlarına göre; terminal süreçte olan ve palyatif bakım alan hastalar bazı tipik endişeler yaşarlar. Bunlar genellikle; ne şekilde öleceklerine ve ne kadar ağrı hissedeceklerine yönelik kaygılardır. Ek olarak, sağlık ekibinin kendilerine destek olamayacaklarına yönelik korku geliştirebilir ve çaresizlik duygusu hissedebilirler (Holland 1989).

Tüm bunların yanında, önceden tanık olunan kayıplar hastaların endişelerini besleyebilir. Sosyal açıdan bakıldığında terminal dönem hastaları, hasta olmadan önceki sosyal rollerinden de vazgeçmek durumunda kalırlar. Bu da süregelen bir yetersizlik hissine kapılmalarına neden olabilir. Hastalıklarıyla ilişkili olarak yaşamaları muhtemel olan bedensel değişikliklerle ilgili kaygı hissedebilirler. Bu durum özellikle göğüs kanseri gibi cerrahi işlem gerektirebilen hastalık türlerinde daha yoğun bir şekilde yaşanabilir. Bağımsızlık ve kontrol kaybı yine terminal dönem hastalarının temel endişelerindendir. İşlevsizlik ve bir başkasına bağımlı olma durumu hastalar için hem

psikolojik hem de fiziksel olarak ciddi bir rahatsızlık hali oluşturur. Ayrıca, hastalada terk edilme korkusu da görülebilir. Yaşadıkları hastalık sürecinden dolayı diğer kişiler tarafından istenmeyeceklerine ilişkin kaygı duyabilirler (Chochinov 2000).

Terminal dönemde, hastaların psikososyal uyumları üzerinde etkili olabilecek önemli bir değişken bilişsel şemalardır. Şema, köklerini çocukluk veya ergenlik döneminden aldığı ve bireyin tüm yaşamı boyunca dünyayı algılayış biçimini etkilediği düşünülen içsel fenomene verilen isimdir. Bireylerin kendileri ve çevreleri ile alakalı sahip oldukları duygu ve inançları içerir (Bricker ve Young 2012).

Şemalar; duygu, düşünce ve davranışları etkileyerek kişinin yaşantılarını biçimlendirirler. Rafaeli ve arkadaşlarına göre bireyin karşılanmamış erken dönem ihtiyaçlarından oluşan ve 5 temel alanda sınıflanan toplam 18 şema vardır (Rafaeli ve ark. 2011).

Hastaların diğerleriyle ilişkileri, kimlik algıları ve otonomi ihtiyaçları, şema olarak adlandırılan bu bilişsel örüntülere göre yapılanabilir. Bu nedenle hastanın benimsediği bilişsel şemalara yönelik yapılabilecek psikolojik çalışmalar bu sürecin daha etkili bir şekilde yönetilmesinde faydalı olabilir.

Palyatif bakım sürecinde amaç; oldukça ağır olan bu dönemi hem hasta hem de hasta yakınları açısından kolaylaştırmaktır. Bu nedenle yapılan müdahaleler hastaların özerkliklerini destekleyici şekilde olmalıdır. Hem hasta yakınları hem de sağlık ekibi hastanın ihtiyaç ve önceliklerine saygı duymalı uygun bir tıbbi iletişim dili benimsemelidir (Chochinov 2000).

Bu çalışma ile kötü haber alma ve ölüm konularının palyatif dönem onkoloji hastalarının perspektifinden incelenmesi hedeflenmektedir. Hastaya kötü haber verirken kurulan iletişimin hasta perspektifinden değerlendirilmesi, kötü haber almayla ilgili öznel görüşler, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgi düzeyleri, kötü haber aldıktan sonraki psikososyal uyumları hakkında kapsamlı bir değerlendirilme yapılması planlanmaktadır. Palyatif dönemde bulunan hastalarının kötü haber alma ve iletişimle ilgili tercihlerinin değerlendirilmesi, ölüme ilişkin algı, tutum ve beklentilerine yönelik incelemeler yapılması bu araştırmanın amacını oluşturmaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hastalık Algısı ve Kanser

Hastalık her birey tarafından farklı bir şekilde algılanır. Bu algısal farklılık üzerinde etkisi olan pek çok faktör vardır. Hastalıkla ilgili sahip olunan bilgi düzeyi, geçmiş yaşantılar, hastalığın etiyolojisine yapılan bireysel atıflar, toplumsal damgalamalar, kişilerin kendileri ve dünya hakkındaki bilişsel şemaları bu faktörlerden bazılarıdır (Kayış 2009). Hastalık algısı kişiye özel bir kavramdır. Her bireyin yaşam deneyimleri, değerleri ve inançları farklı olduğundan dolayı hastalığı algılama şekilleri de farklıdır. Tüm bu bireysel yaşantıların yanı sıra hastalığa ilişkin kolektif algı da kişilerin hastalığa yükledikleri anlam üzerinde etkili olur (Beck ve ark.1985).

Kanser hastalığı yaşamı pek çok açıdan tehdit eden kronik bir rahatsızlıktır. Tanı almakla başlayan bilişsel sorgulama süreci pek çok hasta için hastalık boyunca devam eder. Kanser ile ilgili bilişsel sorgulama kanserin neden kişinin başına geldiğinden başlayıp tedavi ve sonrasında ne olacağına dair belirsizlikleri anlamlandırma çabasıdır (Lausanne 1994). Kanser hastası; hastalığı kabullenme, anlamlandırma, geleceğe dair belirsizlik, suçluluk duyguları gibi psikolojik süreçlerin yanı sıra yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen fiziksel zorluklardan da muzdariptir. Genel olarak bakıldığında kanser hastası kendisini çok yönlü bir yaşam krizi içinde bulur. Kişinin hem bireysel hem de toplumsal faktörlerden etkilenecek oluşturduğu hastalık algısı hastalığa yönelik belirli duygusal ve davranışsal tepkiler geliştirmesine neden olur. Bu tepkiler hastanın yaşadığı psikososyal sürecin önemli yapı taşlarıdır. Başka bir deyişle, hastalık algısı psikososyal uyumun olumlu veya olumsuz seyretmesinde oldukça önemli bir unsurdur. Hastanın psikolojik durumunun tedavi sürecine olan etkisi göz önünde bulundurulduğunda olumlu psikososyal atmosferin sağlanmasının önemi açıkça görülür (Christ ve ark. 2015).

Leventhal ve arkadaşları (2003) hastalık algısını, öz-düzenleme kuramı ve hastalık temsilleri modeli çerçevesinde incelemişlerdir. Geliştirdikleri bu iki yaklaşım ile hastalık algısı kavramını açıklamaya çalışmışlardır.

2.1.1. Öz Düzenleme Kuramı ve Hastalık Temsillerine Göre Hastalık Algısı

Hastalar içsel ve dışsal bazı uyaranlar neticesinde hastalıkla ilgili çeşitli psikolojik reaksiyonlar geliştirirler. Hastalığı algılayış biçimlerine bağlı olarak hastalığa dair zihinsel temsiller oluştururlar (Cameron ve Leventhal 2003).

İnsanlar bir hastalıkla karşılaştıklarında sahip oldukları bilgilere dayanarak hastalığı anlamlandırmaya çalışırlar. Bunu yaparken geçmiş deneyimler, semptomların süresi, toplumsal bakış açısı gibi çeşitli kaynaklardan temel alırlar. Daha sonra bu faktörlerden yola çıkarak hastalıklarıyla ilgili çeşitli kanılara varırlar. Hastalık temsilleri, yaşadıkları hastalıkla ilgili inançları etrafında şekillenen hastalığa dair bilişsel imgelerdir (Cameron ve Leventhal 2003).

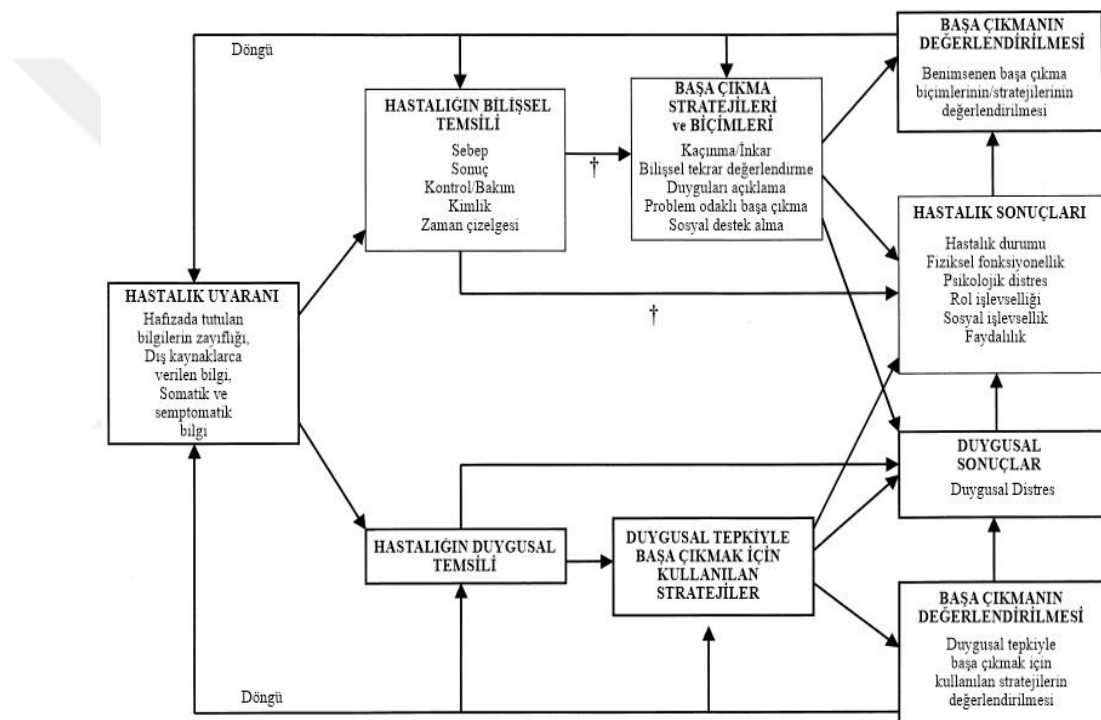
Eğer hastalıkla ilgili bilişsel temsiller olumluysa o zaman hasta hastalığıyla başa çıkma konusunda daha güvenli olur ve sağlığını iyileştirmeye yönelik davranışlara başvurur. Öte yandan hastalık temsilleri olumsuz olduğunda bu sefer hastalık sürecine karşı psikolojik uyumsuzluk deneyimlenir. Vardıkları bu kanılar onların hastalıklarla başa çıkma stratejilerini ve hastalık sürecindeki tutumlarını belirler (Hagger ve Orbell 2003).

Hastalık temsilleri, bireyin yaşadığı sağlık tehdidine yönelik geliştirdiği mantıksal çıkarımlardır. Hastalığın doğası, hastalık temsillerinin içeriğini belirler. Bu belirleyicileri şu şekilde sıralamak mümkündür:

- Hastalığın kimliği ve ilgili semptomlar (hangi tür kanser olduğu ve fiziksel duyumlar)
- Hastalığın süresi (akut, periyodik, kronik)
- Hastalığın hayali veya gerçek sonuçları (işlev kaybı, ani ölüm)
- Hastalıkla ilgili kontrol algısı (önlenebilirlik veya iyileştirilebilirlik) (Cameron ve Leventhal 2003).

Örneğin nezle veya grip gibi bir hastalık deneyimleyen kişi hastalığının doğasını yukarıdaki boyutlara göre değerlendirdiğinde genellikle ilaç almak veya dinlenmek gibi davranışlara yönelir. Çünkü bu tür hastalıklar kısa sürelidir ve kontrol edilebilir semptomları içerir. Bu nedenle buradaki hastalık temsili kişi için psikolojik açıdan olumsuz duyguları çağrıştırmaz ya da çok az çağrıştırır. Ancak kanser hastalığı kronik bir hastalıktır ve çoğunlukla ağır fiziksel semptomlara sahiptir. Dolayısıyla kişilerin kansere yönelik hastalık temsilleri kaygı, korku, endişe gibi olumsuz duygusal çağrışımları içerir.

Özetle, hastalık algısı oluşumu için ilk olarak içsel veya dışsal bazı uyaranlar gerekir. Bunlar; hastalığa ilişkin hafızada saklı tutulan bilgiler, dışarıdan hastalıkla alakalı öğrenilen bilgiler veya deneyimlenen semptomatik yaşantılar olabilir. Hastalık algısı uyarıldıktan sonra hastalıkla ilgili bilişsel ve duygusal temsiller ortaya çıkar. Bilişsel temsiller; sebep, sonuç, kontrol, kimlik ve süre gibi etkenlerin birleşimi ile oluşur. Duygusal temsiller ise hastalığın kişiye duygusal açıdan çağrıştırdıklarıdır. Tüm bu bilişsel ve duygusal faktörleri içeren genel hastalık temsili ise hastalıkla başa çıkarken nasıl bir başa çıkma stratejisinin kullanılacağını yordayıcısıdır (Cameron ve Leventhal 2003).



Şekil 1-1: Hastalık algısı oluşumu (Hagger ve Orbell 2003)

2.1.2. Bilişsel Kuram ve Zihinsel Şemalara Göre Hastalık Algısı

Bilişsel modelin savunduğu görüş; kişinin olayları algılayış biçiminin duygu ve davranışlarını şekillendirdiğidir. Buna göre kişi olayları algılayış biçimine göre duygularını oluşturur ve davranışlarına yön verir. Kişinin dünyaya, kendisine ve diğer insanlara dair geliştirdiği algı şemaları onun duygu ve davranışlarına etki eder. Bilişsel model, psikolojik sorunların temelinde disfonksiyonel düşünme biçimlerinin olduğunu savunur. Kuram, insanların daha gerçekçi ve uyumlu düşünce biçimleri geliştirmeleri ve bunları şemalar halinde özümsemeleri halinde duygu durumlarında ve davranışlarında gelişmelerin meydana geleceğini öne sürer (Padesky 1994).

Hastalık sürecine bilişsel model perspektifinden bakıldığında, kişinin hastalık algısının hastalık süreci ve sonrasında geliştirdiği duygu ve davranışları üzerinde etkili olabileceği görülür. Kişi, zihninde oluşturduğu hastalık algısı sonucunda hastalık ve tedaviye ilişkin fonksiyonel veya disfonksiyonel tutumlar geliştirebilir. Bilişsel davranışçı kuram hastalıkla ilgili geliştirilen olumsuz düşünceler ile çalışıldığında hastanın psikososyal uyumunun arttırılabileceğini öne sürer (Sage ve ark. 2008).

Hastalığa ilişkin kognitif değerlendirmenin önemli bir kısmı kişinin hastalık boyunca yaşadığı fizyolojik deneyimler sonucunda oluşur. Bu deneyimlerden bir tanesi kanser hastasının yaşadığı kronik ağrıdır. Kanser tanı, tedavi ve sonraki süreçlerde hastalarda kronik ağrıya neden olur. Bilişsel davranışçı kuram, kronik ağrı durumlarında hastaların bilişlerinin önemini vurgular. Kronik ağrı vücudun her yerine nüks eden, fiziksel olduğu kadar psikososyal etkiler bırakan bir rahatsızlıktır. Hastanın bilişi durumsal uyaran ile ağrıya karşı gösterilen duygusal-davranışsal tepkiler arasında bir aracı değişkendir (Flor ve Turk 1988).

Kronik ağrı hastaların motor becerilerini kontrol etme kabiliyetlerini engeller. Günlük aktiviteleri yapmakta zorlanmalarına neden olur. Olumsuz fiziksel etkisinin yanında hastalara ağrıları üzerinde kontrolleri olmadığına dair bir inanç geliştirirler. Bu inancın beslediği kişisel yetersizlik duygusu ile birlikte hastalar demoralizasyona kapılır ve gittikçe ağrıya daha da duyarlı hale gelirler (Flor ve Turk 1988).

Kanser, yaşamı pek çok açıdan tehdit eden bir hastalıktır. Kanser tanısı alma ile başlayan bilişsel sorgulama kişide hastalık süreci boyunca devam eder. Hastalar kanserin etiyojisine dair çeşitli varsayımlar üretirler. Kanser hastalığı kişilerin hem hayatta kalma hakkındaki düşünceleri hem de kendilik algıları üzerinde etki bırakır (Shakeri ve ark. 2015).

Bilişsel kuram, kişilerin yeni karşılaştıkları durumları anlamlandırmak için faydalandıkları şemaların önemine vurgu yapar. Kişi, hastalık deneyimini sahip olduğu şemalar yoluyla anlamlandırır. Şemalar kişilerin geçmiş deneyimleri ile oluşmuş bilişsel kalıplardır. Günlük yaşamın olağan akışında birdenbire kanser gibi bir “yaşam krizi” ile karşılaşan kişi bu yaşadığını anlamlandırmak için güvendiği şemalarına başvurur. Beck’in modeline göre, şema bir uyarıyı kodlamak ve farklılaştırmak için bir temel oluşturur. Kişiler deneyimlerini şemalar ile sınıflandırır ve değerlendirirler. Ona göre şemalar bazen uzun bir süre aktif olmayabilir ve ardından belirli çevresel girdiler

yoluyla yeniden canlandırılabilir. Diğer bir deyişle şemalar bireylerin değişen çevresel uyaranları algılayış biçimlerini düzenleyen sistemlerdir (Diržytė ve Milašienė 2002).

Kişiler karşılaştıkları yeni durumları anlamlandırmak amacıyla şemalar kullanırlar. Bu şemalar veya zihinsel temsil modelleri kişinin yaşadığı durumla ilgili negatif duygular geliştirmesine, işlevsel olmayan çıkarımlarda bulunmasına neden olabilir. Kanser hastalarının içinde bulundukları psikososyal atmosferin yorumlanmasında şemalar etkilidir. Kişi kendisine, diğerlerine ve hastalığına yönelik yaptığı değerlendirmelerde olumsuz şemaların etkisiyle bazı düşünsel hatalar yapabilirler. Özetle, kişilerin hastalığa dair geçmiş ve şimdiki yaşam deneyimleri, hastalığın şiddeti ve seyri, içinde bulundukları psikososyal koşullar gibi pek çok etken hastalığı algılama ve yorumlama biçimleri üzerinde etkilidir (Shaw ve ark. 2015).

2.2. Onkoloji Alanında İletişim

Son yıllarda, doktor hasta iletişimi önceki yılların doktora ve hastaya yüklediği aktif-pasif rollerden sıyrılıp daha ortak bir ilişki kurulmasına yönelik bir çerçeve kazanmıştır. Doktor ve hasta arasında iyi bir ilişkiyi neyin sağlayacağı pek çok farklı etkene göre değişebilir. Bazı hastalar doktordan hastalığın seyrine yönelik olabildiğince fazla bilgi almak isterken bazıları da bunu tercih etmemektedirler (Ong ve ark.1995).

Ong ve arkadaşları (1995), doktor hasta iletişimine yönelik üç temel amaç belirlemişlerdir. Bunlar;

1. Kişiler arası ilişkileri iyi kurmak
2. Bilgi alışverişinde bulunmak
3. Tıbbi karar vermek (Ong ve ark.1995).

Tıbbi iletişimin en önemli amaçlarından biri kişiler arası iyi ilişkiler kurabilmektir. Doktor ve hasta arasında kurulan ilişkinin niteliği hastanın tedavi sürecinde gösterdiği davranış ve tutumunda önemli rol oynamaktadır. İyi bir ilişkinin nasıl kurulabileceği hastaya, doktora ve içinde bulunulan koşullara göre değişiklik gösterebilir. Empati, saygı, güven, nezaket ve anlayış gibi terapötik özellikler taşıyan bir ilişki sağlıklı iletişimin önkoşuludur (Ong ve ark. 2000).

Doktor hasta arasında sağlıklı bilgi alışverişinin yapılabilmesi ise tıbbi iletişimin bir başka önemli amacıdır. Sağlık alanında bilgi alışverişi süreci sözel etkileşimler yoluyla her iki tarafında bilgi almasını ve aktarmasını kapsar. Bu noktada, doktor-hasta

arasında karşılıklı güvenin önemi ön plana çıkmaktadır. Doğru tanının konulabilmesi ve tedavi planının oluşturulabilmesi için doktorun hastadan aldığı bilgiler gerçek ve güvenilir olmalıdır. Hasta semptomlarını, bedensel duyumlarını ve endişelerini açık bir şekilde doktora ifade etmelidir. Doktor da hastanın hastalık sürecine yönelik bilme ihtiyacına yanıt vermeli, hastaya önemsendiğini ve anlaşıldığını hissettirmelidir. Doktor ve hasta arasındaki tıbbi iletişim, güven temelinde doktordan hastaya ve hastadan doktora olmak üzere çift yönlü ilerlemelidir (Cordella ve Poiani 2014).

Geleneksel yaklaşımlara bakıldığında, tıbbi karar yalnızca doktorun tekelindedir. Doktor hastaya ne çeşit bir tedavi olması gerektiğini ifade eder, karar verir ve uygular. Ancak günümüzde ideal tıbbi karar süreci “paylaşımlı” bir biçimde ilerlemektedir. Tıbbi karar aşamasında hastanın durumuyla ilgili sağlıklı bilgilere sahip olması oldukça önemlidir. Bu sayede kendisi ile ilgili verilen bir karara dahil olabilir ve sorumluluk alabilir. Bu tür bir karar süreci, bilişsel açıdan bakıldığında hastanın hastalığı üzerindeki kontrol algısını da güçlendirerek psikolojik yarar sağlayabilir (Ong ve ark.1995).

Greene ve arkadaşları (1994) hastanın tıbbi iletişimle ilgili memnuniyet seviyesini arttıran durumları belirlemişlerdir. Bunlar;

1. Sıcaklık, samimiyet, nezaket ve destekleyici ve ayrıca güven verici iletişim tarzı
2. Doktor tarafından verilen daha fazla bilgi
3. Doktorun tıp bilgisi hakkında daha fazla güven hissi
4. Hasta merkezli bir tıbbi konsültasyon
5. Hastanın karar alma süreçlerine daha fazla katılımı
6. Hastanın ihtiyaçlarının ele alınması
7. Psiko-sosyal konuların tartışılması
8. Görüşme sırasındaki gerginliğin azaltılması (Greene ve ark.1994).

2.2.1. Tıbbi İletişimde Hasta Merkezli Yaklaşım

Hasta merkezli yaklaşım; planlama, karar verme ve tedaviyi sürdürme aşamalarına hastayı aktif olarak dahil eder. Bu tür bir iletişim aynı zamanda karşılıklı güven, saygı ve bağlılık ile karakterize güçlü bir hasta-klinisyen ilişkisi kurulmasını destekler. Doktor-hasta arasındaki iletişim ortak bir etkileşim süreci olarak görülür. Hasta merkezli yaklaşımda hastaya aktarım sürecinin barındırması gereken temel özellikler vardır. Hastaya verilen bilgiler; anlaşılabilir ölçüde basit, klinik gerçekliğe

uyacak yeterlilikte karmaşık, ilgili tüm faktörleri kapsayacak şekilde tasarlanmış (aileler, hastalar, sağlık sistemleri) ve son olarak klinik iletişimin doğasına uygun bir yapıda olmalıdır.

Bunun yanı sıra hasta-doktor iletişiminin altı temel fonksiyon etrafında şekillenmesi gerektiğini öne sürer. Bunlar;

- İyileştirici ilişkileri beslemek
- Bilgi alışverişi yapmak
- Duygulara yanıt vermek
- Belirsizliği yönetmek
- Karar vermek
- Hastanın öz-yönetimini sağlamak

Tüm bu fonksiyonlar birbirine bağımlı veya hiyerarşik bir yapıda değildir. Ancak hepsi bir bütün olarak faydalı sağlık çıktıları oluşturabilecek bir iletişim atmosferinin sağlanmasına yardımcı olur (Perocchia ve ark.2011).

Mead ve Bower (2000) hasta merkezli iletişimde, mevcut hastalığın ve içerdiği semptomların hastanın bakış açısından anlaşılmasının önemini vurgular. Ek olarak, bu yaklaşımda hastanın ailevi yapısı, sosyal ve kültürel çevresi gibi bileşenlerin sürece yaptıkları katkının göz önünde bulundurulması gerektiğini öne sürer (Mead ve Bower 2000).

Hasta merkezli tıbbi iletişimin anahtarı, empati kavramıdır. Bu kavram, hasta merkezli iletişim biçimi için kritik bir öneme sahiptir. Doktor-hasta arasındaki tıbbi iletişimin temel fonksiyonlarından biridir (Cordella ve Poiani 2014).

Larson ve Yao (2005) klinik empati becerisi gelişmiş olan doktorlar hastaların kendilerini özgürce ifade etmelerini sağlar ve onlara güven verirler. Böylelikle güçlü bir terapötik ilişki kurmayı başarırlar Empatik süreç, bilişsel karmaşıklık durumuna göre gruplara ayrılır. İlk düzey; motor taklit ve birincil empatik reaksiyonları içerir. Bu düzey, benzer duygusal sonuçların üretilmesinden sorumludur. Örneğin, kaygı seviyesi yüksek olan hastaların doktorlarının da bu tür duygular deneyimlemeleri gibi. Bir sonraki düzey olan klasik koşullanma ve doğrudan ilişkilendirmede gözlemcinin geçmişte benzer bir deneyime sahip olduğu fikrinden türemiştir. Hastanın yaşadığı durum, doktorun önceden deneyimlediği ağlar ve rol almayı içerir. İlk iki süreçte gözlemci sözel ipuçlarından çıkarımlarda bulunmanın yanı sıra empatik cevaplar verir.

Hasta durumunu doktora ne kadar detaylı şekilde ifade olayı bilişsel olarak yeniden canlandırmasına ve benzer duyguları tekrar hissetmesine neden olur. Daha üst düzey empatik süreçler ise; dil aracılı ilişkilendirme, ayrıntılı bilişsel ederse doktor da bu çıkarımları o kolay yapar ve hastasını daha iyi anlar. Empatik süreçte ileri düzeylerden biri olan rol alma sürecinde ise dinleyici, anlatıcının bakış açısını aktif bir şekilde gözünde canlandırır ve uygun yanıtlar verir. Bu sürece “biliş” dahil edildiğinde, dinleyici düşünce ve niyetlerle ilgili çıkarımlarda bulunur. Örneğin, doktor hastasının durumunda olsaydı bilişsel açıdan nasıl bir düşünce yapısına sahip olacağını zihninde kurgular (Larson ve Yao 2005).

2.3. Onkoloji ve Kötü Haber

2.3.1. Kötü Haber Tanımları

Kötü haber; kişinin fiziksel, sosyal ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eden, yaşam seçimlerini ve geleceğe yönelik algısını olumsuz bir biçimde değiştiren duymak istemeyeceği herhangi bir haberdur (Buckman 1984). Sağlık alanında kötü haber, genellikle ölümcül tanılarla eşleştirilse de farklı durumlar da kötü haber kapsamında değerlendirilebilir. Nelerin kötü haber olarak karşılanacağı içinde bulunulan psikososyal duruma göre değişkenlik gösterebilir. Örneğin kötü haber yalnızca uygun olmayan bir zamanda gelen, kişinin çalışmasını engelleyen bir hastalık tanısı veya var olan hastalığının seyrine yönelik bir olumsuzluk olabilir (Vandekieft 2001). Ptacek ve Eberhardt, kötü haberi kişiye duyduktan bir süre sonra bilişsel, davranışsal veya duygusal olarak zarar veren bir bilgi olarak açıklar (Ptacek ve Eberhardt 1996).

2.3.2. Kübler-Ross’a Göre Uyum Stratejileri

Kübler-Ross (2010)’a göre yas karşısında verilen tepkiler beş farklı aşamada incelenebilir. Bunlar; inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme ve umut aşamalarıdır. Kişiler, aniden gelen bir hastalık haberi karşısında da bu aşamalardan geçerler.

İnkâr

Kişiler ölümle karşılaştıklarında ilk olarak ölümün gerçekliğini inkâr etme şeklinde bir tepki verirler. “Beklenmeyen, şaşırtıcı haberin ardından inkâr, bir tampon görevi görür; hastanın kendini toparlamasına yardım eder ve daha az radikal savunmalar geliştirmesi için zaman tanır” (Kübler-Ross 2010, s48). İnkâr, kötü haber karşısında

verilen ilk ve geçici tepki olarak değerlendirilir. Bir süre sonra yerini kabullenişe ve karşılaşılan durumla ilgili olumsuz duygular beslemeye bırakır (Kübler-Ross 2008).

Öfke

Kötü haberle karşılaşan bireyler, inkar aşamasını tamamladıklarında öfke duygusu yaşarlar. Öfke aşaması, inkar aşamasına göre başa çıkması daha güç bir süreçtir. Bu süreçte öfke duygusu belirli kaynaklara yönlendirilmeye çalışılır. Kişiler içinde bulundukları nahoş durumun sebebine yönelik atıflarda bulunabilirler. Bu da kendilerine, diğerlerine veya dünyaya yönelik öfke duymalarına sebep olabilir (Kübler-Ross 2008).

Pazarlık

Bu aşamada kişiler yaşayacakları olası kötü sonu erteleme girişimlerinde bulunurlar. Bunun için de “Eğer istediğim olursa, bir daha x yapmayacağım” şeklinde kalıplar kullanabilirler. Özetle bu aşamayı deneyimleyen birey, göstereceği olumlu davranış için bir ödül beklentisi içine girer (Kübler-Ross 2008).

Depresyon

Depresyon aşaması, kötü haber alan kişinin içinde bulunduğu duruma dair yoğun üzüntü, umutsuzluk ve çaresizlik hissettiği aşamadır. Kübler-Ross bu aşamayı kendi içinde ikiye ayırır. Birincisi kişinin deneyimlediği hastalıktan dolayı yaşadığı fiziksel, ruhsal ve sosyal kayıplarına yönelik tepkisel bir depresyondur. İkincisi ise özellikle ölümcül hastalarda görülen, yaklaşmakta olan sona karşı hissedilen hazırlayıcı depresyondur (Kübler-Ross 2008).

Kabullenme

Hastanın içsel mücadelesinin bittiği huzur ve sükûnet aşamasıdır. Bu aşamada kişi, hem şu an içinde bulunduğu durumu hem de kaçınılmaz gidişatı kabullenir. Yeterli zamanı olan hastalarda, depresyon sürecinden farklı olarak öfke, suçluluk gibi duyguların yerine hissizlik ve duygusal teslimiyetin yaşandığı aşamadır (Kübler-Ross 2008).

Umut

Hastalarda “bir süre daha direnirsem, karşılığını alacağım” düşüncesi gelişebilir. Pek çok hasta zor zamanlarda bir miktar umuttan beslenmektedir. Yeni bir tedavinin

veya ilacın kendisine verilip iyileşeceğine yönelik düşünceleri olabilir. Yalnızca hastalar değil hasta yakınları da hastanın içinde bulunduğu terminal dönemde kendi umutlarına tutunmaya çalışabilirler (Kübler-Ross 2008).

Kanser tanısı alındıktan sonra genellikle ilk tepki kısa bir şoktur. Kanser kolektif algıda ölüm olarak kodlanmıştır. Bu nedenle kanser tanısı da yoğun acı, hastalık üzerinde kontrol sahibi olamama ve ölüm ile ilişkilendirilir (Schlag ve Senn 2014).

Tanıdan sonraki aşama bir tür geçiş veya adaptasyon aşamasıdır. Hastalar gelecekle ilgili belirsizliğe, anksiyeteye, ilaca bağımlılığa, sosyal rollerin kaybına adapte olma sürecine girerler. Kanser hastalığının algılanış biçimi hastalık süreci boyunca gösterilen uyum üzerinde oldukça etkilidir. Sağlıkla ilgili yaşanan tehdide yönelik reaksiyon üzerinde bilişsel süreçler önemli rol oynamaktadır. Kişiler bilişsel mekanizmalar yoluyla yaşadıkları hastalığı anlamlandırmaya çalışmakta ve daha sonra da uyum stratejisi belirlemektedirler (Cordella ve Poiani 2014).

Kanser, yaşamı pek çok açıdan tehdit eden bir hastalıktır. Kanser tanısı alma ile başlayan bilişsel sorgulama kişide hastalık süreci boyunca devam eder. Hastalar kanserin etiyojisine dair çeşitli varsayımlar üretirler. Kanser hastalığı kişilerin hem hayatta kalma hakkındaki düşünceleri hem de kendilik algıları üzerinde etki bırakır (Moorey ve Greer 2002).

Pek çok insan yaşamını tehdit edici olaylara karşı bağışıklık kazanmış gibi yaşar. Kendisine bir şey olmayacağına ve zamanı kontrol edebileceğine inanma eğilimindedir. Kanser veya yaşamı tehdit eden diğer hastalıkların teşhisi bu tür varsayımları paramparça eder. Aldığı kötü haberle beraber psikolojik açıdan bir yıkım sürecine giren kişide ilk tepkilerden sonra durum içselleştirilir. İşlevsel olan veya olmayan uyum stratejileri uygulamaya konulmaya başlanır. İnsanların tıpkı kanseri algılama biçimlerinin farklı olması gibi kansere gösterdikleri uyum stratejileri de farklılık gösterir (Lausanne 1994).

2.3.3. Greer ve Watson’a Göre Uyum Stratejileri

Greer ve Watson beş yaygın uyum biçiminden bahsetmiştir (Greer ve ark. 1989). Bunlar; savaşıma ruhu, kaçınma veya inkar, kadercilik, çaresizlik ve umutsuzluktur.

Savaşma Ruhu

Bu uyum biçiminde; kişi hastalığı mücadele etmesi gereken bir zorluk olarak görür. Kişi kendi tedavisine aktif bir şekilde katılım sağlar ve olabildiğince normal bir yaşam sürdürmeye çalışır. Hastalığını karşısında çıkan bir güçlük, aşması gereken bir engel olarak gördüğü için hastalık üzerinde kontrol sahibi olduğunu hisseder. Bu uyum biçiminde hasta “bu benim için bir mücadele ve bunu kazanacağım” düşüncesiyle hareket eder.

Kaçınma veya İnkâr

Kişinin hastalığın etkilerini reddetmesidir. Hasta, tanıdan doğan tehdit riskini en aza indirger. Hastalık yokmuşçasına yaşamını sürdürmeye çalışır. Bu mekanizmanın bir diğer formu da pozitif kaçınmadır. Psikolojik tedaviyle desteklenen hasta, dikkat dağıtıcı başka işlerle meşgul olarak hastalığını aklına getirmemeye çalışır.

Kadercilik

Tanının tehdit derecesi ne olursa olsun hasta üzerinde herhangi bir kontrolünün olmadığını düşünür. Hasta pasif bir şekilde hastalığını kabul eder. Hayatının gidişatına yönelik spiritüel açıklamalar getirir. Bu açıklamalar genellikle “kaderde olanı değiştiremezsin” ve türevlerini içerir.

Çaresizlik ve Umutsuzluk

Bu uyum modelinde hasta kanserin hissettirdiği tehditten dolayı yoğun bir bıkkınlık hisseder. Tanı hayatlarında çok büyük bir tehdit oluşturur. Hastalık onlar için ölüm, kayıp veya yenilgi gibi kavramları çağrıştırır. Kanserle savaşmak için aktif bir çaba göstermediği gibi günlük faaliyetlerini de aksatır. Hastanın temel inancı tedavinin bir faydasının olmadığı ve kendisi için yapılabilecek hiçbir şeyin kalmadığı yönündedir. (Greer ve ark.1989).

2.3.4. Brennan ve Uyumun Sosyal-Bilişsel Geçiş Modeli

Brennan (2001), kansere uyum sağlama konusunu işlerken Uyumun Sosyal-Bilişsel Geçiş Modeli’nden bahsetmiştir. Bu model, bireylerin deneyimlerindeki sosyal içeriği vurgulayan psikososyal bir modeldir. Hem negatif hem de pozitif uyumları sosyal-bilişsel açıdan değerlendirir.

Sosyal gelişimlerinin bir sonucu olarak, insanlar, dünyanın nasıl işlediğine dair zihinlerinde bilişsel bir harita üzerinden varsayımlarda bulunurlar. Yeni ve beklenmedik

hastanın bilgi almayla ilgili tercihlerini önceden bilememesi ve olası iletişim sorunlarına karşın önlem alınmak istenmesidir (Asai 1995).

Kötü haber verme süreci yalnızca hastaların içinde bulundukları durumla, tercihleriyle ve ihtiyaçlarıyla değil aynı zamanda doktorların bu alandaki eğitimleri ve iletişim becerileriyle de ilgilidir. Bu sürecin hastayla paylaşımı aşamasında doktorun spesifik bir yaklaşımı takip etmesinin yanında sürece herhangi bir şekilde dahil olan hemşire, hasta bakıcı gibi diğer tıbbi personelin de konuyla ilgili özel bir eğitim almış olması önemlidir. Yapılan araştırmalar, kötü haber paylaşım sürecinin hasta ile doktor, sosyal hizmet uzmanı, hemşire vb. gibi sağlık personeli arasında kurulan ilişki üzerinde önemli etkilerinin olduğunu göstermektedir (Department of Health, Social Services Public Safety 2003).

Kötü haber vermek, etkili bir biçimde yönetilmesi gereken çok yönlü bir iştir. Yalnızca tek görüşmeden ibaret olmayan bir süreçtir. Kötü haber verme sürecinde sağlık çalışanlarının genel iletişim becerileri ile ilgili eğitimlerinin olması daha konforlu bir ortamın oluşmasına katkı sağlayacaktır. Bennet’a göre kötü haber vermedeki anahtar nokta, bireyin bilgi düzeyine ve görüşme esnasındaki ihtiyaçlarına yönelik uygun bilgi sağlamaktır (Bennett 2000).

2.5. Kötü Haber Verme Yaklaşımları

Hastaların kötü haber almaya dair algıları konusunda doktorların iletişim becerileri oldukça önemlidir. Onkoloji alanında kötü haber verme, doktorların yüzleştiği en zor görevlerden biridir (Anuk ve ark. 2018). Kötü haber verme ile ilgili doktorların takip etmesi gereken bir prosedür bulunmaktadır. Literatürde SPIKES, ABCDE ve BREAKS modelleri kötü haber vermeye ilişkin oluşturulmuş protokollerdir. Bu protokollerin doktorlar tarafından doğru ve uygun kullanımının kötü haber verme sürecine olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir. Kötü haber verme süreci hiçbir zaman kolay olmasa da bu konuda standart bir planın izlenmesi işlevsel olmaktadır. Kötü haber alma sürecinde hastanın yanında bir yakınının bulunması, fiziksel ortam koşullarının uygun olması, hastanın o anki duygudurumunun stabil olması, hastaya yeterli ve uygun miktarda bilgi verilmesi gibi değişken durumlar bu süreçte etkin rol oynamaktadır. Kötü haber vermeye dair oluşturulan protokollerde tüm bu değişkenler gözetilerek standart bir çerçeve planına oluşturulmaya çalışılmıştır. Kötü haber verme süreci hiçbir zaman

kolay olmasa da bu konuda standart bir planın izlenmesinin işlevsel olduğu bilinmektedir.

2.5.1. SPIKES Yaklaşımı

SPIKES kötü haberin etkili bir şekilde verilmesi amacıyla geliştirilmiş bir yaklaşımdır. Kötü haber vermeye yönelik görüşme esnasında doktorun izlemesi gereken yapılandırılmış bir takım metotlar bütünüdür.

Ortam – Setting Up Interview (S)

Kötü haberin verildiği ortamın görüşmenin sonuçları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Kötü haber görüşmesinin sessiz, kişiye özel bir alanda yürütülmesi önerilmektedir. Görüşmenin yapılacağı ortam görüşme öncesinde uygun şekilde düzenlenmeli ve gerekli hazırlıklar yapılmalıdır. Bunların başında, görüşmeyi etkileyebilecek nesnelerin görüşme ortamından uzaklaştırılması gelmektedir. Bu sayede kötü haber görüşmesinin ortam kaynaklı sebeplerden dolayı bölünme olasılığı minimum düzeye indirgenebilir. Hastaya, görüşme öncesinde yakınlarından birinin yanında olmasını tercih edip etmeyeceği sorulabilir (Buckman ve ark. 2005).

Algı - Assessing The Patient's Perception (P)

Bu aşamada söylemeden önce sor prensibi geçerlidir. Doktor, hastaya kötü haberi iletmeden önce, hastanın içinde bulunduğu tıbbi durum bağlamında kötü haberi nasıl karşılayacağına dair bir fikre sahip olmalıdır. Hastanın, hastalığının ciddiyeti hakkında bilgi sahibi olup olmadığı değerlendirilmelidir. Hastanın beklentileri ile gerçek tıbbi durum arasındaki boşluğun boyutunu anlamak önemlidir (Buckman ve ark. 2005).

Davet - Obtaining the Patient's Invitation (I)

Hastanın kendi tıbbi durumunu bilme hakkı dikkate alınmalıdır. Hastaya, hastalığıyla ilgili hangi kısmı ne kadar bilmek isteği sorulabilir. Tanı, tedavi seçenekleri, tedavi planı gibi konu başlıklarının hangisiyle alakalı bilgi almak istediği konusunda hastanın görüşü alınmalıdır. Hastanın sorulara cevap verme biçimine bağlı olarak doktor kötü haber görüşmesinin çerçevesini belirleyebilir (Kaplan 2010).

Bilgi - Giving Knowledge and Information to the Patient (K)

Kötü haber verilmeden önce hastaya durumla ilgili bir mesaj verilmelidir. Bu denli hassas bir konu birden paylaşılmamalıdır. Önceden kötü haberle ilgili mesaj verilmesi hastanın psikolojik olarak hazırlanmasına katkıda bulunur. Bilgi aşamasında izlenmesi gereken 5 adımlık bir yol vardır.

- Hastanın kullandığı dil kullanılmalı, teknik terimlerden kaçınılmalıdır.
- Söylenilenleri hastanın en iyi şekilde anlaması için çaba gösterilmelidir.
- Hastanın kendisine verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı teyit edilmelidir.
- Kademeli bilgi paylaşımında bulunulmalıdır. Hasta anladıkça bir sonraki bilgi verilmelidir.
- Görüşme esnasında hastanın açığa çıkardığı duygular kabul edilmeli ve empatik bir şekilde yanıtlanmalıdır. (Buckman ve ark. 2005)

Empati ve Duygular - Addressing The Patient's Emotions with Empathic Responses (E)

Hastanın duygularını paylaşmak kötü haber vermenin en zor kısımlarından biridir. Kötü haber karşısında verilerin duygusal tepkiler çok çeşitli olabilir. SPIKES protokolünde, hastaya duygusal açıdan en uygun yaklaşımı sağlamak adına empatik dinleme ve duygu yansıtma gibi tekniklere başvurulmaktadır. Bu aşamada uygulanması önemli olan adımlar aşağıdaki gibidir;

- Hasta dinlenmeli ve hangi duyguyu hissettiği gözlemlenmelidir.
- Hastaya ne hissettiğini paylaşması için açık uçlu sorular sorulmalıdır.
- Hastanın deneyimlediği duygu durumunun sebebi anlaşılmalı çalışılmalıdır.
- Bir süre hastaya kendisini ifade etmesi için zaman yaratıldıktan sonra, empatik yanıtlar verilmeli, duygularının kabul edildiği ve sebebiyle beraber anlaşıldığı hissettirilmelidir (Baile ve ark. 2000).

Strateji ve Özet – Strategy and Summary (S)

Hastayı tedaviye katılıma hazırlamanın en iyi yollarından biri söylenilenleri anladığından emin olmaktır. Periyodik olarak hastanın doktorla aynı konuda olup olmadığı kontrol edilmelidir. Görüşme sonlanmadan önce konuşulanlar özetlenmelidir. Hastanın sormak veya söylemek istediği bir şey varsa konuşması için ona alan tanınmalıdır. Hasta ve doktor görüşmeden geleceğe yönelik net bir plan ile ayrılmalıdırlar (Baile ve ark. 2000).

2.5.2. ABCDE Yaklaşımı

İleri Düzey Hazırlık Yapmak – Advance Preparation (A)

Hasta ile ilgili bilgiler önceden okunmuş olmalıdır. Tanı ve tedaviye yönelik seçenekler hakkında mutlaka bilgi sahibi olunmalıdır. Özel, kapalı bir oda ve uygun bir zaman dilimi belirlenmelidir. Hastanede çalışan ekibe bilgi verilmeli ve görüşme saatinde odayı ziyaret etmemeleri rica edilmelidir. Teknolojik aletler sessize alınmalı ve dikkat dağıtma potansiyeli olan her şeyden kaçınılmalıdır. Kötü haber verecek doktorun duygusal olarak buna kendisini hazırlaması önemlidir. Hangi kelimelerin kullanılacağı konusunda hazırlık yapılmalıdır (Singh ve Agarwal 2017).

Terapötik İlişki Kurmak – Build a Therapeutic Relationship (B)

Hastanın neyi ne kadar bilmek istediğine yönelik tercihleri belirlenmelidir. Hasta yakınının odada bulundurulması hastanın ve doktorun stresini azaltma bakımından faydalı olabilir. Kimin odada bulunmasını istediği hastanın tercihinine bırakılabilir. Doktor kendisini tanıtmalı ve karşısındakilerin ismini sorarak ikiye kişiyi başlatmalıdır. Kötü haber verileceğinin mesajı “Üzgünüm ama haberler pek iyi değil” gibi cümlelerle baştan iletilmelidir. Eğer hasta veya yakını için uygunsa dokunsal temas kurulabilir. Kültürel farklılıklar dikkate alınmalıdır. Doktor hastaya burada olacağına dair güven vermeli ve sonraki randevular için tarih belirtmelidir (Vandekieft 2001).

İyi İletişim Kurmak – Communicate Well (C)

Hasta ve ailenin ne anladığı veya ne bildiği sorulmalıdır. Bazı kaynaklarda kötü haber verilmeden önce hastanın beklentisinin sorulması önerilir. Açık bir şekilde konuşulmalı ve olabildiğince tıbbi terimlerden kaçınılmalıdır. Hastanın duygularını ifade etmesine izin verilmelidir. Soru sormasına izin verilmeli, anlayıp anlamadığı sorulmalı ve gerekirse anlatılanlar tekrar edilmelidir. İlk kötü haberden sonra hasta diğer söylenilenleri aklında tutamayabilir. Bu nedenle diyagramlar, grafikler ve çizimler kullanılabilir. Her görüşmenin sonunda görüşme konusu özetlenmeli ve gelecek planı oluşturulmalıdır.

Hasta ve Yakınlarının Tepkileri İle Başa Çıkmak – Deal with Patient and Family Reactions (D)

Duygusal tepkilere karşılık verilmeli ve bilişsel savunma mekanizmalarının farkında olunmalıdır. Hastanın duygularına empatik bir şekilde karşılık verilmelidir.

Meslektaşlarla ilgili yorumlardan, tartışmalardan kaçınılmalı hastaya odaklanılmalıdır. Düzenli vizitlerle hastanın duyguları izlenmeli ve olası intihar düşünceleri mutlaka dikkate alınmalıdır (Rabow ve McPhee 1999).

Cesaretlendirmek ve Duyguları Onaylamak – Encourage and Validate Emotions (E)

Hastaya gerçekçi olmayan umutlar vermekten kaçınılmalıdır. Tedavi mümkün olmasa bile hangi seçeneklerin uygun olduğu ile ilgili konuşulmalıdır. Kötü haberin hasta için ne anlama geldiği keşfedilmelidir. Hastanın bakımını güçlendirmek için disiplinlerarası sistem kullanılmalıdır. Bu süreçte doktorun ve sağlık ekibinin de ihtiyaçlarının karşılanması gerektiği unutulmamalıdır (Vandekieft 2001).

2.5.3. BREAKS Yaklaşımı

Arkaplan - Background (B)

Hastanın yaşadığı soruna dair derin bir bilgi birikimine sahip olunması, etkili bir tıbbi iletişim için gereklidir. Hekim, hasta ve/veya yakınlarının hastalığı internet üzerinden araştırabileceğinin farkında olmalıdır. Kendisine sorulabilecek olası tüm sorulara hazırlıklı olmalı ve uygun şekilde yanıtlamalıdır. Hekimin bu konuda hazırlığı yoksa görüme ertelenebilir. Hekim, kötü haber vermeden önce mutlaka hastanın hastalığı, duygu durumu, sosyokültürel seviyesi ve hasta için ulaşılabilir destek kaynakları hakkında kapsamlı bir araştırma yapmalıdır. Bunun yanı sıra, hastanın tepkileri ve düşünceleri kültürel yapısından bağımsız düşünülmemelidir. Bu nedenle hekimin hastanın kültürel yapısını bilmesi ve saygı duyması önemlidir. Ayrıca hekim, görüşme esnasında yaşanabilecek herhangi bir duygusal çöküşte neler yapabileceği konusunda da hazırlıklı olmalıdır. Görüşme için ayrılan süre, konuşulacak konu ile uyumlu bir şekilde düzenlenmelidir (Narayanan ve ark. 2010).

İlişki - Rapport (R)

Kötü haber verme sürecinde doktor, hasta ile iyi ve profesyonel bir ilişki kurmalıdır. Pozitif bir tutum göstermenin yanı sıra hastadan bir üst pozisyonunda olma eğiliminden kaçınılmalıdır. İyi bir ilişki tıbbi iletişimin doğru şekilde ilerlemesi için anahtardır. Hastanın duygularını ifade edebilmesi için ona alan tanınmalıdır (Narayanan ve ark. 2010).

Keşif – Exploring (E)

Kötü haber verme girişiminde bulunurken ilk olarak hastanın bildiklerinden başlamak daha uygundur. Hastaların pek çoğu hâlihazırda hastalıklarının ciddiyeti hakkında bilgi sahibidirler. Durum böyle olduğunda hekim, kötü bir haber vermekten ziyade var olan kötü durumu onaylar bir pozisyonda olur. Hastalık sürecine dair gerekli açıklamalar hekim tarafından yapılmalıdır. Hastanın hastalık hakkındaki düşünce ve inançları, aile dinamikleri, baş etme mekanizmaları bu süreçte önemlidir. Hasta izin verdiği takdirde karar verme sürecine hasta yakınları dâhil edilebilir. Sahip olunan tüm bilgiler eşliğinde hastanın tanısı detaylı bir şekilde açıklanmalı ancak kalan ömür süresi ile ilgili yorumdan kaçınılmalıdır (Narayanan ve ark. 2010).

Duyuru – Announce (A)

Verilmesi gereken bilgi, küçük uyarılarla ve gerçek ancak örtük bir şekilde açıklanmaya başlanılabilir. Böylelikle kötü haber öncesi hastanın bilişsel bir hazırlık yapmasına imkan tanınmış olur. Hastanın kötü haberi bilmek olduğu kadar bilmemek de hakkıdır. Bu nedenle bu konuyla ilgili açıklama hastanın izni dahilinde yapılmalıdır. Tıbbi iletişim esnasında hekim ve hastanın beden dili de oldukça önemlidir. Kötü haber verilirken tıbbi ve karmaşık bir dilden uzak durulmalı ve net ifadeler kullanılmalıdır. Tek seferde üçden fazla bilgi vermekten kaçınılmalıdır (Back ve ark. 2005).

Tutuşma – Kindling (K)

Kötü haber karşısında verilen tepkiler ve sonrasında gösterilen tutumlar kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. Bireylerde farklı savunma mekanizmaları devreye girebilir. Bazı hastalar tanılarını öğrendiklerinde tamamen sessiz kalırken bazıları gözyaşlarına boğulabilir. Bunun yanı sıra bazı hastalar da güçlü görünmeye çalışmak için ekstra bir çaba gösterebilir veya mizah yoluna başvurabilirler. Kötü haber verildikten sonra hastalar konuşmanın devamını dikkatlerini vermekte zorlanabilirler. Bu noktada “Benimle misiniz?” dinliyorsunuz değil mi?” gibi sorular yöneltilebilir. Hastanın hastalığına dair bilgileri doğru bir şekilde anladığından emin olunmalıdır. Tedaviye yönelik gerçek olmayan söylemler kullanılmamalıdır. Hekim, hastanın aklındaki soruları sormasına izin vermelidir (Narayanan ve ark. 2010).

Özet – Summarize (S)

Kötü haber görüşmesi esnasında hasta tarafından dile getirilen endişeler özetlenmelidir. Görüşmenin temel noktaları doktor tarafından bu aşamada kısaca vurgulanmalıdır. Birkaç cümle ile gelecek tedavi planından bahsedilmelidir. Bu aşamada, doktorun hasta ile tekrar iletişime geçebileceği uygun saatler aralığını paylaşması faydalıdır. Kötü haber görüşmesinin özet kısmında son olarak ileriki bir görüşme için tarih belirlenmelidir (Narayanan ve ark. 2010).

2.6. Palyatif Bakım ve Kanser

Palyatif bakım, ölümcül hastalıklar ile karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerini iyileştirmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır. Bu hedef, palyatif bakım alan hastanın deneyimlediği fiziksel, ruhsal ve psikososyal problemleri en iyi şekilde yöneterek gerçekleştirilmeye çalışılır. Ağrı kontrolü palyatif bakımın en önemli konularından biridir (Sepúlveda ve ark. 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre palyatif bakımın amaçları şunlardır:

- Hastaya güçlük veren ağrı ve diğer semptomlardan kurtarma
 - Yaşamı onaylama ve ölümü normal bir süreç olarak değerlendirme
 - Ölümü ne hızlandırmayı ne de ertelemeyi amaçlama
 - Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal kısımlarını bütünleştirme
 - Hastaların ölüme kadar olabildiğince aktif yaşayabilmelerini sağlayacak bir destek sunma
 - Hasta yakınlarına hem hastanın yaşadığı hastalık süreci ile hem de kayıp aşaması ile başa çıkmalarına yardımcı olacak bir destek sağlama
 - Hasta ve ailelerinin isteklerine yönelik bir ekip bulundurma ve gerektiği takdirde bu kayıp danışmanlığı sağlama
 - Yaşam kalitesini iyileştirme ve hastalık süreci üzerinde olumlu bir etki bırakma
- (World Health Organization 2002).

Palyatif dönem; hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan zorluklar yaşadıkları bir süreçtir. Bu süreçte, sahip oldukları ileri düzey fiziksel yakınmalara olumsuz duygusal deneyimler eşlik eder. Yaşamlarının son aşamasında olan kişiler için bu durum aslında beklendik ve doğaldır. Ölüme yaklaşıldığının bilinci ile hastalar hastalık boyu süregelen bir ihtimalin gerçekleşiyor olması durumuyla karşı karşıya kalırlar. Bazı hastalarda yalnızlık, umutsuzluk ve ölüm kaygısı görülürken bazıları bu

dönemi daha huzurlu bir şekilde geçirebilir. Terminal dönemin psikolojik iklimi üzerinde pek çok etken rol oynayabilir. Hastanın geçmiş yaşam deneyimi, sosyal destek, mevcut hastane koşulları, sağlık ekibiyle iletişim, hastanın ölüme karşı tutumu bunlardan yalnızca bazılarıdır (Chochinov 2000).

Palyatif dönem hastalarının pek çoğunda kontrol kaybı, izolasyon, yalnızlık, umutsuzluk ve anlamsızlık gibi duygular görülebilir. Yaşadıkları bu duyguların yanında fizyolojik bakımdan diğerlerine giderek daha da bağımlı hale gelirler. Bu durum itibar kaybı yaşamalarına ve benlik saygılarının azalmasına neden olabilir. Bakım verenleri maddi ve manevi sorumluluktan kurtarma arzusu hissetmeleri de oldukça muhtemeldir. Yakınlarına yük oldukları duygusuyla kendilerini gittikçe daha kötü hissetmeye başlarlar. Kendi ölümlerinin yakınlarını onlardan kurtaracağı inancına kapılabilirler. Tüm bu negatif yaşantılar palyatif dönem hastalarında sıklıkla karşılaşılan hızlı ölüm isteğini besleyici kaynaklar niteliğindedir (Cordella ve Poiani 2014).

Umutsuzluk, anlamsızlık, anksiyete ve yük olma duygusu gibi duygusal faktörlerle birlikte fiziksel koşullar da katlanılamaz boyuta geldiğinde hastalar yaşamalarını sonlandırmaya yönelik isteklerini ifade edebilirler. Fiziksel semptomlara yoğun ve hızlı bir psikolojik çöküş eşlik eder. Hastalarda ötenazi, intihar düşünceleri veya intihar girişimi gözlemlenebilir. Palyatif dönem hastaları, deneyimledikleri yoğun fiziksel acıdan dolayı günlük işlevsellikte ciddi bozulmalar yaşarlar. Gittikçe otonomluklarını kaybeder ve yakınlarına bağımlı hale gelirler. Sosyal yaşamda önceden yapabildikleri her şeyi yapma kabiliyetleri giderek sona erer. Bu durumda psikolojik ve fizyolojik acının yanı sıra sosyal kimlik ve itibar kaybının getirdiği bıkkınlık, yaşamaktan yorulma hali oluşabilir. Tüm bunlar hasta gözünden bir arada düşünüldüğünde hasta uzun süre acı çekip sonunda ölmek yerine acı çekme sürecine şimdiden son vermek isteyebilir.

Palyatif dönemde olmak, hızlı ölüm isteğinin temel oluşum noktası olabileceği gibi yalnızca ölüm isteğini besleyici bir ek sebep de olabilir. Bazı vakalarda, hızlı ölüm isteği hastanın duygu, inanç ve düşüncelerinden çok içinde bulunduğu yaşam koşullarından kaynaklanabilir. Sosyal desteğin olmayışı, psikiyatrik bozukluklar, mizaç ve kişilik özellikleri, dünyayı algılayış biçiminde zedelenmeler gibi pek çok farklı sebep hastada ölüme dair arzu yaratabilir.

Palyatif dönem hastalarında ölüm arzusuna sıklıkla rastlanmaktadır. Ancak literatürde palyatif dönemde ötenazi hakkına yönelik farklı görüşler mevcuttur.

Bunlardan biri kişinin yaşamının kontrolünün kendisine ait olduğu görüşüdür. Bu görüşe göre hasta, yaşamının son aşamasını da kendi arzusuna göre kontrol edebilir. Kanseri hastası acısız bir ölüm ile kendi yaşamını sonlandırma arzusunu gerçekleştirebilmeli ve buna saygı duyulmalıdır. Karşıt bir görüş ise; yaşamın kutsal olduğunu ve kişinin başına her ne gelirse gelsin -bu terminal dönemde acı çekmek dahi olsa- yaşamını sürdürmeye yönelik çaba göstermesi gerektiğini savunur. Bu görüşe göre ise ötenazi kesinlikle kabul edilemez bir girişimdir. Bir de hastanın bilinçsiz olduğu ve ölüme dair spesifik bir arzusunun olmadığı ancak hasta yakınlarının ve/veya hekimin hasta için ölümün en uygun seçenek olduğunu belirlediği bir durum mevcuttur. Bu durum literatürde istemsiz ötenazi olarak adlandırılır (Cordella ve Poiani 2014).

Sonuçta, terminal dönem hastaları ötenazi gibi hızlı ölüm isteklerini gerçekleştirecek yollara başvurmak isteyebilirler. Yapılan araştırmalar özellikle büyük ölçüde distres, yalnızlık ve depresyon yaşayan hastalarda bu isteğin görüldüğünü öne sürmektedir. Terminal dönem hastada fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların yanı sıra kimliğini devam ettiremeyecek olmak ile alakalı varoluşsal kaygılar da uyandırabilir. Yaşamın anlamını kaybetme, kimiksizleşme ve gelecekte var olamama hissi terminal dönem hastasının varoluşsal kaygılarının birer parçasıdır. Tüm bunlara karşın modern palyatif bakım hastalara iyi ve onurlu ölümü empoze etmek için çabalamaktadır.

Palyatif dönem hastalarında hüznün, endişe, depresyon gibi sorunların yaşanması beklendiktir. Ölüme yaklaşıyor oldukları düşüncesi ile yüz yüze geldikçe yaşam uyumlarının sarsılması doğal bir tepkidir. Bu noktada “iyi ölüm” palyatif bakım sağlık ekibinin temel odak noktası olmalıdır.

Chochinov (2006), palyatif dönem hastaları anlamak ve iyi ölümün gerçekleşmesine yardımcı olmak adına bir Onur Modeli öne sürmüştür. Bu model, yaşamlarının son dönemlerindeki hastalara doğru bir palyatif bakım sunmak açısından yol haritası niteliğindedir. Model palyatif dönemi üç ana başlıkta incelemiştir.

1. Hastalıkla ilgili endişeler: Hastanın fiziksel semptomları ile ilgili endişeleri ve yaşadığı distresi kabul eder. Bunun hastanın fiziksel bağımsızlığına olan etkisini anlar.
2. Onuru korumakla ilgili repertuar: Hastanın içsel kaynaklarına işaret eder. Hastanın umut, kabul, spiritüellik gibi çeşitli perspektiflerden uyumu yakalamasına yardımcı olmaya çalışır. Spiritüel konfor yaratmayı amaçlar.

3. Sosyal onur müdahalesi: Hastanın onurunu etkileyen sosyal kaynaklara değinir. Kişisel sınırlar, sosyal destek, diğerlerinin hasta ile iletişimdeki tutumları gibi. Hastanın kendisini yük gibi görme ve gelecekte yakınlarına artarak yaşatacağı zorlukları düşünmesine müdahale ederek sağlıklı düşünce şemaları oluşturmaya yardımcı olur (Chochinov 2006).

Bu literatür doğrultusunda, yapılan çalışmanın amacı; palyatif dönemde bulunan onkoloji hastalarının deneyimledikleri tıbbi iletişim sürecini değerlendirmek, kötü haber görüşmesine dair öznel düşüncelerini belirlemek ve ölüme ilişkin tutumlarını incelemektir. Bu amaçla, Templer'ın Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Ölüme İlişkin Tutum ve Yarı Yapılandırılmış Anket Formu katılımcılara uygulanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmada İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü'ne baş vuranlardan palyatif servise yönlendirilen, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplam 75 hasta ile çalışılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; katılımcıların bilinçlerinin açık ve bilgi verebilecek durumda olmaları, palyatif serviste onkoloji destek hastası olarak yatmaları, 18 yaş üzeri olmaları, sağlıklı bilgi paylaşabilmeleridir. Bu doğrultuda İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü'ne yatışı gerçekleştirilmiş hastalardan oluşan bir araştırma grubu oluşturulmuştur. Sonuç olarak; ölçeklerin nicel değerlendirmelerinin olmasının yanı sıra açık uçlu sorularla derinlemesine görüşme de yapılmıştır.

Yapılan araştırmada, amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örneklem yönteminin kullanımı ile belirli gruplar oluşturularak karşılaştırmalar ve analizler yapılmıştır. Sonuç olarak amaca uygun ölçekler uygulanarak incelemeler gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

3.2.1. Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (Templer Death Anxiety Scale)

Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) (Templer's Death Anxiety Scale-DAS) (1970), ölüm kaygısı seviyesini belirlemeye yönelik bir ölçektir. Toplam 15 madde olup orijinali doğru/yanlış cevaplama biçimindedir. Ölçek geliştirildiğinden bugüne kadar pek çok farklı dile çevrilmiştir. Şenol (1989), ölçeğin Türkçe'ye ilk uyarlamasını gerçekleştirmiştir. Ertufan (2000), ölçekte yalnızca evet ve hayır şeklindeki cevaplama kısmını değiştirerek, 7'li Likert olarak yeniden yapılandırmıştır. Test-tekrar-test güvenirliği 0,80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin, Cronbach alfa katsayısı 0,74 olarak belirlenmiştir (Sarıkaya 2013).

3.2.2. Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Beck Depression Inventory) (1961), Beck tarafından geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen klinik belirtileri içerecek şekilde oluşturulmuştur. BDÖ'nin maddeleri klinik gözlem ve verilere dayalı olarak düzenlenmiştir. Ölçek 21 belirti kategorisinden oluşmaktadır. Her belirti kategorisi 0-3 arasında değişen puanlanan cümlelerle ele alınmaktadır. Ölçekten alınabilecek en

yüksek puan 63'tür. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek düzeyde olması depresyon seviyesinin veya şiddetinin yüksekliğini göstermektedir. "Beck Depresyon Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ve çevirisi Teğin tarafından yapılmıştır. Güvenirlik katsayılarının 0,60 ve 0,87 arasında değiştiği görülmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. Gerçekleştirilen güvenirlik ve geçerlik çalışmaları doğrultusunda, Beck Depresyon Ölçeği depresif belirtileri ve depresyon düzeyini değerlendirmede kullanılabilecek uygun bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir (Hisli 1989).

3.2.3. Beck Anksiyete Ölçeği (Beck Anxiety Inventory)

Anksiyete şiddetini ölçmek için tasarlanmış olan Beck Anksiyete Ölçeği Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilmiştir ve 21 maddeden oluşmaktadır. Anksiyöz mizacı, otonomik hiperaktivite ve motor gerginliği bazı bilişleri belirleyen maddeleri içeren ölçeğin toplam puan 0-63 arası değişiklik göstermektedir. Test-tekrar test güvenirliği, 0,75 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi Nesrin Şahin tarafından yapılmış olup Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Mustafa Ulusoy tarafından yürütülmüştür (Ulusoy ve ark. 1998).

3.2.4. Ölüme İlişkin Tutum Ölçeği (Death Attitude Profile)

Wong ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizdeki standardizasyonu Işık ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek kişilerin ölüme ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölüm korkusu, ölümden kaçınma ve ölümü tarafsız kabullenme, yaklaşımı kabullenme ve kaçışı kabullenme olmak üzere üç boyutu değerlendirmektedir. Her bir alt ölçek 7'li Likert tipi ölçeklemeye sahip, toplam 32 maddeden meydana gelmekte olup ölçekten alınan toplam puanın artışı ölüme karşı negatif tutum geliştiğini göstermektedir. Ölçeğin Türkçe standardizasyon çalışmasında Ölüme İlişkin Tutum ölçeği alt ölçekleri iç tutarlılık katsayıları; 0,82 (tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme) ile 0,70 (ölüm korkusu ve ölümden kaçınma) arasında değişmekte olup; tüm ölçek iç tutarlılık katsayısı ise 0,81'dir. Bu sonuçlar ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ifade eden veriler olarak değerlendirilmiştir (Işık 2008). Yapılan çalışmada ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0,73$ olarak hesaplanmıştır.

3.2.5. Otomatik Düşünceler Ölçeği (Automatic Thoughts Questionnaire)

Bu ölçek, Hollon ve Kendall (1980) tarafından geliştirilmiştir. Negatif otomatik düşüncelerin gerçekleşme sıklığını ölçer. 30 soruluk 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan en düşük puan 30, en yüksek puan 150 olarak belirlenmiştir. Puanların yüksekliği, kişilerin otomatik düşüncelerinin sıklıkla meydana geldiğini gösterir. Türkçe ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur. Her bir ölçek maddesinin madde toplam korelasyonunun 0,37 ile 0,85 arasında olduğu görülmüştür (Aydın ve Aydın 1990). Bizim çalışmamızda ise Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı $\alpha = 0,95$ olarak saptanmıştır.

Ölçek, Aydın ve Aydın (1990) ile Şahin ve Şahin (1992) tarafından Türkiye'ye uyarlanmıştır. Beş faktörden oluşan ölçeğin faktörleri; kendine yönelik negatif düşünceler, şaşkınlık/ kaçma fantezileri, kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri, yalnızlık/izolasyon ve ümitsizlik olarak belirtilmiştir (Şahin ve Şahin 1992). Bulunan bu veriler ölçeğin yeterli güvenirlik düzeyinde olduğuna işaret etmektedir.

3.2.6. Yarı Yapılandırılmış Anket Formu

Bu form, literatür bilgisinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Bu formun içeriği, araştırmaya katılacak hastanın sosyo-demografik özelliklerini ve araştırmaya katkısı olacağı düşünülen kötü haber almaya yönelik tutumlarını irdeleyen sorulardan oluşmaktadır. Hastaların kötü haber algıları ve kötü haberle ilgili beklentileri, kötü haber almaya ilişkin bireysel tercihleri, haberi kimin verdiği, haberi verirken ne söylediği, hastasının ve kendisinin ne hissettiği, haberin nerede verildiği gibi sorular açık ve kapalı uçlu olacak biçimde yapılandırılmıştır.

3.3. Ölçek ve Formların Uygulanması

Palyatif dönem hastaları fiziksel ve psikososyal açıdan hassas olabileceklerinden dolayı uygulama sürecinde dikkatli bir şekilde takip edilmişlerdir. Anket sorularını cevaplarken yaşadıkları herhangi bir sorunda anket bırakılmıştır. Uygulama süreci öncesinde hastaların uygulamaya katılmak için sağlık açısından uygun olup olmadıkları hususunda ilgili sağlık ekibinden bilgi alınmış ve uygun olmayan hastalar sürece dahil edilmemiştir.

Hastaların dosyaları incelenmiş ve formlardan biri olan Tıbbi Bilgi Formu üzerine destek hastalarının gerekli bilgileri alınmıştır. Daha sonra uygun durumda olan

hastaların odalarına gidilerek araştırmanın amacı, uygulama şekli, uygulanacak formlar ve bireysel bilgilerin gizliliği hakkında açıklama yapılarak katılmak isteyen hastalara Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu takdim edilmiştir. Sonrasında sırasıyla; Yarı Yapılandırılmış Anket Formu, Ölüm Kaygısı Ölçeği, Beck Depresyon Testi, Beck Anksiyete Testi, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği, Otomatik Düşünceler Ölçeği görüşmeci aracılığıyla uygulanmıştır. Ölçekler uygulanmadan önce ölçek hakkında gerekli açıklamalar yapılmıştır. Görüşme formlarının hepsi araştırmacı tarafından uygulanmıştır.



4. BULGULAR

Katılımcıların; demografik ve tıbbi özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 4-1’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan örneklem grubunun %67,5’i (n:54) kadın, %32,5’i (n:26) erkek hastalardan oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması dağılımı; 19 yaştan 78 yaşa kadar değişmekte olup, 59-68 yaş aralığında hastaların %35’i (n:28) vardır. Katılımcıların %73,75’i (n:59) evli, %16,25’si (n:13) dul ve %10,00 (n:8)’u bekar bireylerden oluşmaktadır. İlkokul ve lise mezunlarının sayısı eşit olup örneklem grubunun %52’lik (n: 42) kısmını oluşturmaktadır. Eğitim düzeylerine bakıldığında, katılımcıların %18’ini (n:14) ortaokul mezunu, %14’ünü (n:11) okur-yazar, %10’unu (n:8) lisans mezunu, %5’i (n:4) okur-yazar değil ve %1’i (n:1) lisans üstü ve üzeri olarak sıralanmaktadır. Katılımcıların %73,75’i (n:59) ekonomik durumunu orta, %16,25’si (n:13) iyi ve %10,00 (n:8)’u da kötü olarak nitelendirmiştir. Araştırmaya katılan onkoloji hastalarının sahip oldukları kanser türleri çeşitlilik göstermekle birlikte, en yüksek katılımcı oranı %27,50 ile (n:22) akciğer kanseridir.

Tablo 4-1: Seçilen örneklem demografik ve tıbbi özellikleri

Özellikler	% (n)
Cinsiyet (n=80)	
Kadın	%67,50 (54)
Erkek	%32,50 (26)
Yaş Ortalaması (n=80)	
1(19-28)	%8,75 (7)
2(29-38)	%5,00 (4)
3(39-48)	%10,00 (8)
4(49-58)	%17,50 (14)
5(59-68)	%35,00 (28)
6(69-78)	%23,75 (19)
Medeni Durum (n=80)	
Evli	%73,75 (59)
Bekar	%10,00 (8)
Boşanmış	%0,00 (0)
Dul	%16,25 (13)
Eğitim Seviyesi	
Okur-yazar değil	%5,00(4)
Okur-yazar	%14,00(11)
İlkokul	%26,00(21)
Ortaokul	%18,00(14)
Lise	%26,00(21)

Lisans	%10,00 (8)
Lisansüstü ve üzeri	%1,00 (1)
<i>Ekonomik Durum</i>	
İyi	%16,25 (13)
Orta	%73,75 (59)
Kötü	%10,00 (8)
<i>Kanser Türü</i>	
Akciğer	%27,50 (22)
Meme	%17,50 (14)
Over	%11,25 (9)
Karaciğer	%1,25 (1)
Kolon	%5,00 (4)
Mide	%6,25 (5)
Göğüs Duvarı	%1,25 (1)
Böbrek	%3,75 (3)
Rahim	%3,75 (3)
Auort	%1,25 (1)
Lenfoma	%1,25 (1)
Cilt	%1,25 (1)
Ewing	%2,50 (2)
Nazofrenks	%1,25 (1)
Pankreas	%1,25 (1)
Yumuşak Doku	%1,25 (1)
Serviks	%1,25 (1)
Hipofarenks	%1,25 (1)
Testis	%1,25 (1)
Prostat	%2,50 (2)
Rektum	%1,25 (1)
Baş Boyun	%1,25 (1)
Mesane	%1,25 (1)
Peritom	%1,25 (1)
Mol	%1,25 (1)

Katılımcıların; yarı yapılandırılmış anket sorularına verdikleri cevapların dökümü Tablo 4-2’de gösterilmiştir. Tabloda yer alan en yüksek yüzdelik değer %80 (n:56) olmakla beraber sıfırdan farklı en düşük yüzdelik değer %4 (n:3)’tür. Buna göre, anket sorularına cevap veren onkoloji hastalarının %80’i (n:56), tanının hasta tarafından bilinmesi gerektiğini ifade etmiştir. Ankete katılan onkoloji hastalarının yalnızca %4’ü (n:3) tanı söylenirken yanlarında bir kimsenin olmasını isteyip istemediklerine dair kendilerinden görüş alındığını belirtmişlerdir. Ayrıca, hastaların yalnızca %4’üne (n:3) tanı görüşmesinde anlatılanlar yazılı açıklama, belge veya broşüt halinde verilmiştir.

Tablo 4-2: Yarı yapılandırılmış anket soru analizleri

Sorular	Evet		Hayır /Kısmen	
	n	%	n	%
Sizinle benzer tanısı olan bir hastanın tanısını bilmesi gerektiği düşüncesine katılır mısınız?	56	80	14	20
Sizinle böyle bir konuşma yapılmasını bekliyor muydunuz?	38	54	32	46
Sizce yeterli bir süre miydi?	37	53	33	47
Görüşmeniz hiç kesintiye uğradı mı?	8	11	62	89
Doktor teşhisi ilk kez söylerken yanınızda başka biri var mıydı?	58	83	12	17
Tanı söylenirken size yanınızda birinin olmasını tercih edip etmediğiniz soruldu mu?	3	4	67	96
Yakınlarınız arasında benzer hastalık geçiren oldu mu?	40	57	30	43
Teşhisiniz ve uygulanacak tedavi ile ilgili size verilen bilgiler anlaşılır mıydı?	32	46	38	54
Teşhis size söylendiğinde (veya öncesinde) hastalık hakkında kitap, internet veya başka bir kaynaktan araştırdınız mı?	17	24	53	76
Konu ile ilgili bilgilerin size yazılı veya sesli kayıt şeklinde verilmesini ve daha sonra sizin onları tekrar incelemeyi ister miydiniz?	14	21	56	79
Aklınızdan geçenleri sorabildiniz mi?	32	46	38	54
Aklınızdakileri sorabildiyseniz açıklamalar yeterli miydi?	15	21	55	79
Duygularınızı ifade etme fırsatı verildi mi?	25	36	45	64
Dürüst ve samimi/güvenilir bilgiler verildi mi?	28	40	42	60
Sizi bilgilendiren kişi o an yaşadığınız duygu durumunu anlayıp ona göre davranabildi mi? Sizi anladığını gösteren konuşma ve davranışları var mıydı?	30	43	40	57
Destek alınacak kaynaklar hakkında bilgi verildi mi?	15	21	55	79
Verilen bilgiler size yazılı açıklama, belge veya broşür halinde verildi mi?	3	4	67	96
Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanı belirlendi mi?	41	59	29	41

Katılımcıların; yarı yapılandırılmış anket sorularına verdikleri cevapların % ve N değerleri Tablo 4-3'te gösterilmiştir. Tabloda yer alan en yüksek yüzdelik değer %90 (n:63) olmakla beraber sıfırdan farklı en düşük yüzdelik değer %3 (n:2)'tür. Buna göre, anket sorularına cevap veren onkoloji hastalarının %90'ı (n:63) hastalık tanısını kendisine doktorun söylediğini ve yalnızca %3'ü (n:2) hemşirenin söylediği belirtmiştir

Tablo 4-3: Yarı yapılandırılmış anket soru analizleri 2

Sorular	% (n)						
Hastalığınız nedir?	Tanı bilgisi olanlar			Tanı bilgisi olmayanlar			
	%88(70)			%13(10)			
Tanınız size nerede söylendi?	Doktor odası		Poliklinik odası		Diğer		
	%89(62)		%4(3)		%7(5)		
Tanınızı öğrendiğiniz ortamın rahat ve uygun olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet		Emin değilim		Hayır		
	%44(31)		%44(31)		%11(8)		
Teşhisinizi araştırdıysanız nereden araştırdınız?	Kitap		İnternet		Diğer		
	%6(1)		%82(14)		%12(2)		
Teşhisinizle ilgili yaptığınız araştırmalardan sağlıklı bilgiler elde ettiğinizi düşünüyor musunuz?	Evet		Hayır		Kararsızım		
	%21(4)		%74(12)		%6(1)		
Teşhisinizle ilgili ilk konuşmanın sizin için en moral bozucu kısmı neydi?	Teşhis söylenmeden önce		Teşhis söylendiği an		Tedavi seçenekleri konuşulurken		
	%43(30)		%37(26)		%20(14)		
Yaptığınız araştırmalar moralinizi nasıl etkiledi?	Olumlu		Olumsuz		Etkilemedi		
	%12(2)		%59(10)		%29(5)		
Tedavi seçenekleri konuşuldu mu yoksa size önerilen tedaviyi kabul mü ettiniz?	Konuşuldu		Kısmen Konuşuldu		Konuşulmadı		
	%10(7)		%51(36)		%39(27)		
Tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek ister miydiniz?	Evet		Hayır		Kararsızım		
	%40(28)		%24(17)		%36(25)		
Doktorunuzun size açıklama yaparken kullandığı dil nasıldı?	Basit ve anlaşılabilir		Kısmen anlaşılır		Çok tıbbi ve anlaşılmaz		Diğer
	%61(43)		%33(23)		%6(4)		%0(0)
Tanınız ne zaman söylendi?	Tedavi öncesinde		Tedavi sırasında		Tedavi sonrasında		Diğer
	%86(60)		%14(10)		%0(0)		%0(0)
Görüşmeniz kesintiye uğradıysa sebebi?	Evrak imzası		Birini sorma		Telefon		Diğer
	%33(2)		%17(1)		%33(2)		%17(1)
Hastalık tanınız size söylenirken ne kadar süre konuştunuz?	Kısa süre		Ortalama		Uzun süre		Diğer
	%69(48)		%26(18)		%6(4)		%0(0)
Hastalık tanınızı size ilk kim söyledi?	Doktor		Hemşire		Aile		Arkadaş
	%90(63)		%3(2)		%0(0)		%0(0)
							Kendim
							%7(5)
							Diğer
							%0(0)

Katılımcıların; yarı yapılandırılmış anket sorularına verdikleri cevapların dökümü Tablo 4-4'te gösterilmiştir. Tabloda yer alan en yüksek yüzdelik değer %57 (n:38) olmakla beraber en düşük yüzdelik değer %1 (n:1)'dir. Buna istinaden, tutumlarla alakalı anket sorusunu yanıtlayan onkoloji hastalarının, verdikleri cevapların kategorisel analizine göre; hastaların %57'si (n:38), tanılarını açıklayan kişinin tutumunda değişmesi gereken herhangi bir durum olmadığını düşünürken, %25'i (n:17) kendisine gösterilen tutumun daha açıklayıcı, %13'ü (n:9) daha olumlu, %3'ü (n:2) daha uzun ve %1'i (n:1) daha net olması gerektiğini düşünmektedir.

Tablo 4-4: Hastaların, tanılarını açıklayan kişinin tutumuna yönelik isteklerinin kategorisel analiz değerleri

Tutumlar	% (n)
Toplam (n=67)	
Aynı şekilde olmalı	%57 (38)
Daha açıklayıcı olmalı	%25 (17)
Daha uzun olmalı	%3 (2)
Daha olumlu olmalı	%13 (9)
Daha net olmalı	%1 (1)

Katılımcıların; yarı yapılandırılmış anket sorularına verdikleri cevapların dökümü değerleri Tablo 4-5'de gösterilmiştir. Tabloda yer alan en yüksek yüzdelik değer %50 (n:39) olmakla beraber en düşük yüzdelik değer %1 (n:1)'dir. Buna istinaden, geçmişe yönelik pişmanlıklarla alakalı anket sorusunu yanıtlayan onkoloji hastalarının, verdikleri cevapların kategorisel analizine göre; hastaların %50'si (n:39) sağlıkla ilgili, %8'i (n:6) sosyal yaşamla ilgili ve %1'i (n:1) dinle ilgili pişmanlıklarının olduğunu ifade ederken, %41'i (n: 32) geçmişe yönelik pişman olduğu herhangi bir durumunun bulunmadığını belirtmiştir.

Tablo 4-5: Hastaların geçmişe yönelik pişmanlık durumlarının incelenmesine dair kategorisel analiz değerleri

Pişmanlık Durumları	% (n)
Toplam (n=78)	
Sağlık ile ilgili pişmanlıklar	%50 (39)
Pişmanlık durumunun olmaması	%41 (32)
Sosyal yaşamla ilgili pişmanlıklar	%8 (6)
Din ile ilgili pişmanlıklar	%1 (1)

Katılımcıların; yarı yapılandırılmış anket sorularına verdikleri cevapların dökümü Tablo 4-6'da gösterilmiştir. Tabloda yer alan en yüksek yüzdelik değer %63 (n:49) olmakla beraber en düşük yüzdelik değer %3 (n:2)'dir. Buna istinaden, geçmiş yaşamla alakalı anket sorusunu yanıtlayan onkoloji hastalarının, verdikleri cevapların kategorisel analizine göre; geçmişe dönme şansları olsa hastaların %63'ü (n:49) sağlıkla, %4'ü (n:3) sosyal yaşamla, %3'ü (n:2) spiritüel konularla ilgili değişiklikler yapacaklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanında, katılımcıların %31'lik (n:24) bir kısmı da geçmişe dönme şansı olsa yaşamının herhangi bir alanında farklı bir eylem yapmayacağını belirtmiştir.

Tablo 4-6: Hastaların geçmişe dönme şansları olsa farklı eylemler yapacakları alanların kategorisel analiz değerleri

Alanlar	% (n)
Toplam (n=78)	
Sağlık	%63(49)
Farklı eylem yapacak herhangi bir alanın olmaması	%31(24)
Sosyal Yaşam	%4(3)
Spiritüel	%3(2)

Katılımcıların; yarı yapılandırılmış anket sorularına verdikleri cevapların dökümü Tablo 4-7'de gösterilmiştir. Tabloda yer alan en yüksek yüzdelik değer %25 (n:19) olmakla beraber en düşük yüzdelik değer %8 (n:7)'dir. Buna göre; hayatın anlamıyla alakalı anket sorusunu yanıtlayan onkoloji hastalarının, verdikleri cevapların kategorisel analizine göre; hayatın anlamı hastaların %25'ine (n:19) göre fiziksel iyi oluşla, %18'ine (n:14) göre aileyle birliktelikle, %17'sine (n:13) göre psikolojik iyi oluşla ve yine %17'sine (n:13) göre refahla, %16'sına (n:12) göre dini duygularla, %8'ine (n:6) göre kendini gerçekleştirmeyle ilgilidir.

Tablo 4-7: Hastaların hayatın anlamının ne olduğuna dair verdikleri cevapların kategorisel analiz değerleri

Hayatın Anlamına Dair Cevaplar	% (n)
Toplam (n=78)	
Fiziksel iyi oluşla ilişkili	%25(19)
Aileyle birliktelikle ilişkili	%18(14)
Refah deneyimiyle ilişkili	%17(13)
Psikolojik iyi oluşla ilişkili	%17(13)
Dini duygularla ilişkili	%16(12)
Kendini gerçekleştirmeyle ilişkili	%8(7)

Katılımcıların, Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Otomatik Düşünceler, Ölüm Kaygısı ve Ölüme İlişkin Tutum ölçeklerinden aldıkları puanların en yüksek ve en düşük değerleri, ortalamaları ve standart sapmaları incelenmiştir ve Tablo 4-8’de gösterilmektedir. Tabloya göre; katılımcıların Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları en yüksek (83) ve en düşük puanlar (22) belirlenmiş, ölçekten alınan ortalama puan ($\bar{x}$ = 56,13) ve standart sapma (s=14,23) bulunmuştur. Beck Anksiyete ölçeğinden alınan en yüksek (55) ve en düşük puanlar (1) hesaplanmış, ölçekten alınan ortalama puan ($\bar{x}$ = 26,64) ve standart sapma (s=14,01) bulunmuştur. Beck Depresyon ölçeğinden alınan en yüksek (52) ve en düşük puanlar (8) belirlenmiş, ölçekten alınan ortalama puan ($\bar{x}$ = 34,35) ve standart sapma (s=10,63) hesaplanmıştır. Ölüme İlişkin Tutum ölçeğinden alınan en düşük (74) ve en yüksek (163) puanlar belirlenmiş, ölçekten alınan ortalama puan ($\bar{x}$ =125,43) ile standart sapma (s=18,41) bulunmuştur. Otomatik Düşünceler ölçeğinden alınan en yüksek (126) ve en düşük puanlar (31) saptanmış, ölçekten alınan ortalama puan ($\bar{x}$ = 66,59) ve standart sapma (s=25,67) bulunmuştur.

Tablo 4-8: Ölçeklerin tanımlayıcı istatistik değerleri

Ölçekler	N	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
Ölüm Kaygısı	80	22	83	56,13	14,23
Beck Anksiyete	80	1	55	26,64	14,01
Beck Depresyon	80	8	52	34,35	10,63
Ölüme İlişkin Tutumlar	80	74	163	125,43	18,41
Otomatik Düşünceler	80	31	126	66,59	25,67

Katılımcıların Ölüme İlişkin Tutumlar ölçeğinin alt boyutlarından ve Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puanların en yüksek ve en düşük değerleri, ortalamaları, standart sapmaları incelenmiştir ve Tablo 4-9’da gösterilmektedir. Tabloya göre; katılımcıların Ölüm Korkusu alt boyutundan aldıkları en yüksek (41) ve en düşük puanlar (7) belirlenmiş, alınan ortalama puan ($\bar{x}$ = 24,11) ve standart sapma (s=9,29) bulunmuştur. Ölümden Kaçınma alt boyutundan alınan en yüksek (35) ve en düşük puanlar (5) hesaplanmış, alınan ortalama puan ($\bar{x}$ = 19,90) ve standart sapma (s=6,79) bulunmuştur. Tarafsız Kabullenme alt boyutundan alınan en yüksek (35) ve en düşük

puanlar (15) belirlenmiş, alınan ortalama puan ($\bar{x} = 27,39$) ve standart sapma ($s=11,59$) hesaplanmıştır. Yaklaşım Kabullenme alt boyutundan alınan en yüksek (70) ve en düşük puanlar (21) saptanmış, alınan ortalama puan ($\bar{x} = 54,17$) ve standart sapma ($s=11,59$) bulunmuştur. Kaçış Kabullenme alt boyutundan alınan en yüksek (35) ve en düşük puanlar (5) saptanmış, alınan ortalama puan ($\bar{x} = 21,48$) ve standart sapma ($s=6,62$) bulunmuştur.

Tablo 4-9: Ölüme İlişkin Tutumlar ölçeği alt boyutlarının tanımlayıcı istatistik değerleri

Ölçekler	N	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
Ölüm Korkusu	80	7	41	24,11	9,29
Ölümden Kaçınma	80	5	35	19,90	6,79
Tarafsız Kabullenme	80	15	35	27,39	5,14
Yaklaşım Kabullenme	80	21	70	54,17	11,59
Kaçış Kabullenme	80	5	35	21,48	6,62

Katılımcıların, Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Otomatik Düşünceler ve Ölüm Kaygısı ölçekleri ile Ölüme İlişkin Tutumlar ölçeklerinin alt boyutlarından (Ölüm Korkusu, Ölümden Kaçınma, Tarafsız Kabullenme, Yaklaşım Kabullenme, Kaçış Kabullenme) aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar incelenmiştir ve Tablo 4-10'da gösterilmektedir.

Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile Beck Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,356$ ve $p<0,01$). Buna göre, onkoloji hastalarının anksiyete düzeyleri ile depresyon düzeyleri birlikte artmaktadır.

Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar ile Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır ($r=0,211$ ve $p<0,05$). Elde edilen bu bilgiye göre; onkoloji hastalarının depresyon düzeyleri ile ölüm kaygıları birlikte artmaktadır.

Ölüm Kaygısı ölçeği ile Otomatik Düşünceler ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,331$ ve $p<0,01$).

Ölüm Korkusu alt boyutundan aldıkları puanlar ile Otomatik Düşünceler ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0,295$ ve $p<0,01$). Bunun yanında, Ölüm Korkusu alt boyutundan aldıkları puanlar ile Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,345$ ve $p<0,01$).

Ölümünden Kaçınma alt boyutundan aldıkları puanlar ile Beck Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0,351$ ve $p<0,01$). Ek olarak, Ölümünden Kaçınma alt boyutundan aldıkları puanlar ile Ölüm Korkusu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0,634$ ve $p<0,01$).

Tarafsız Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0,258$ ve $p<0,05$). Bununla birlikte, Tarafsız Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Ölüm Korkusu alt boyutu arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r=-0,297$ ve $p<0,01$).

Yaklaşım Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Ölüm Korkusu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0,371$ ve $p<0,05$). Yine Yaklaşım Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Tarafsız Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,678$ ve $p<0,01$).

Kaçış Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Beck Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=-0,197$ ve $p<0,05$). Kaçış Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Ölüm Korkusu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,337$ ve $p<0,01$).

Ölümünden Kaçınma alt boyutundan aldıkları puanlar ile Kaçış Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardır ($r=0,364$ ve $p<0,01$).

Tablo 4-10: Tüm değişkenlerin korelasyon analizi sonuçları

Korelasyon Testi Sonuçları	Beck Anksiyete	Beck Depresyon	Otomatik Düşünceler	Ölüm Kaygısı	Ölüm Korkusu	Ölümden Kaçınma	Tarafsız Kabullenme	Yaklaşım Kabullenme	Kaçış Kabullenme
Beck Anksiyete									
Beck Depresyon	,356**								
Otomatik Düşünceler	,148	,118							
Ölüm Kaygısı	,088	,211*	,331**						
Ölüm Korkusu	-,076	-,073	,295**	,345**					
Ölümden Kaçınma	-,351**	-,049	-,027	,006	,634**				
Tarafsız Kabullenme	,104	-,008	-,079	-,258*	-,297**	-,080			
Yaklaşım Kabullenme	,123	,060	-,154	-,144	-,371**	-,142	,678**		
Kaçış Kabullenme	-,197*	-,161	,044	0,106	,337**	,364**	,053	,027	

*p<0,05**p<0,01

Katılımcıların, Ölüme İlişkin Tutumlar ölçeğinin alt boyutları ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiler Mann Whitney-U testi uygulanarak incelenmiştir ve Tablo 4-11’de gösterilmektedir. Yapılan nonparametrik Mann Whitney-U testi sonucunda, Yaklaşım Kabullenme alt boyutu ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel açıdan $p<0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın kadın grup lehine olduğu belirlenmiştir ($p=0,044$). Ölüme ilişkin tutumların bir alt boyutu olan yaklaşım kabullenme alt boyutundan alınan puan ortalamasının kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu hesaplanmıştır. Yaklaşım kabullenme alt boyutu; ölümden sonra yeniden bir yaşamın başlayacağına ve ölümün yeni bir yaşama geçiş anlamına geldiğine inanma durumunu vurgulamaktadır (Işık, 2008). Buna göre, kadınların ölüme ilişkin yaklaşım kabullenme tutumunu erkeklere göre daha yoğun bir şekilde gösterdikleri söylenebilir. Bununla birlikte, yapılan Mann Whitney-U testine göre, cinsiyet değişkeni ile Ölüme İlişkin Tutumlar ölçeğinin Kaçış Kabullenme, Tarafsız

Kabullenme, Ölümden Kaçınma ve Ölüm Korkusu alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Tablo 4-11: Cinsiyet ve Ölüme İlişkin Tutumlar ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Boyut	Cinsiyet	N	Sıra Ortalaması	Z	U	p
Kaçış Kabullenme	kadın	54	40,82			
	erkek	26	39,83	-0,18	684,5	,857
	toplam	80				
Yaklaşım Kabullenme	kadın	54	44,12			
	erkek	26	32,98	-2,011	506,5	,044*
	toplam	80				
Tarafsız Kabullenme	kadın	54	41,63			
	erkek	26	38,15	-0,628	641	,530
	toplam	80				
Ölümden Kaçınma	kadın	54	41,79			
	erkek	26	37,83	-0,715	632,5	,475
	toplam	80				
Ölüm Korkusu	kadın	54	40,68			
	erkek	26	40,13	-0,098	692,5	,922
	toplam	80				

*p <0,05

Katılımcıların, Ölüm Kaygısı ölçeğinden almış oldukları puanların, kötü haber görüşmesi esnasında duyguları ifade edebilme değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere nonparametrik Mann Whitney-U testi yapılmıştır ve Tablo 4-12’de gösterilmektedir. Bu testin sonucunda, katılımcılar arasında hayır/kısmen grubu lehine istatistiksel açıdan $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,002$). Kötü haber görüşmesi esnasında duygularını ifade edemeyen hastaların, ifade edebilen hastalara göre ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre; kötü haber görüşmesinde duyguları ifade edebilme durumunun hastaların ölüm kaygısı üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Tablo 4-12: Duyguları ifade edebilme durumu ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Boyut	Duyguları İfade Edebilme	N	Sıra Ortalaması	Z	U	p
Ölüm Kaygısı	evet	25	25,62	-3,03	315,5	,002**
	hayır /kısmen	45	40,99			

**p < 0,01

Katılımcıların, Ölüm Kaygısı ölçeğinden almış oldukları puanların, kötü haber görüşmesi esnasında dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanma değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere nonparametrik Mann Whitney-U testi yapılmıştır ve Tablo 4-13'te gösterilmektedir. Yapılan testin sonucunda, hayır/kısmen grubu lehine lehine istatistiksel açıdan $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,003$). Buna göre, kötü haber görüşmesi esnasında dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanan hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının, dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanmayan veya kısmen inanan hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Buna istinaden, kötü haber görüşmesi esnasında alınan bilgilerin güvenilirliğine inanma durumunun hastaların ölüm kaygısını üzerinde etkilili olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 4-13: Dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanma durumu ve ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Boyut	Dürüst Bilgiler Aldığına İnanma	N	Sıra Ortalaması	Z	U	p
Ölüm Kaygısı	evet	28	26,8	-2,921	344,5	,003**
	hayır / kısmen	42	41,30			

**p < 0,01

Katılımcıların Otomatik Düşünceler ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarının, “Doktorunuzun size açıklama yaparken kullandığı dil nasıldı?” sorusuna verdikleri cevaplara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla nonparametrik Kruskal Wallis testi yapılmıştır ve Tablo 4-14’te gösterilmektedir. Bu testin sonucunda, katılımcıların doktorun kullandığı dilin yapısıyla alakalı verdikleri cevaplar ile otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p = 0,007$).

Tablo 4-14: Doktorun açıklama yaparken kullandığı dil ile otomatik düşünceler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Boyut	Değişken (Doktorun Kullandığı Dil)	N	Ortalama	Standart Sapma	X ²	p
Otomatik Düşünceler	Basit ve anlaşılır	43	60,44	23,85	9,930	,007**
	Kısmen anlaşılır	23	70,17	23,11		
	Çok tıbbi ve anlaşılmaz	4	97,25	19,00		

**p < 0,01

Katılımcıların otomatik düşünceler ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarının, “Doktorunuzun size açıklama yaparken kullandığı dil nasıldı?” sorusuna verdikleri cevaplara göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan nonparametrik Kruskal Wallis testi sonrasında, saptanan anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla Mann-Whitney U testi yapılmış olup, Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır ve Tablo 4-15’de gösterilmektedir. Basit ve anlaşılabilir ile çok tıbbi ve anlaşılmaz gruplarının otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan çok tıbbi ve anlaşılmaz grubu lehine $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,009$). Buna göre; doktorun kullandığı dilini çok tıbbi ve anlaşılmaz bulan onkoloji hastalarının basit ve anlaşılabilir bulan onkoloji hastalarına göre daha yoğun bir şekilde otomatik düşünceler geliştirdiklerini söylemek mümkündür.

Tablo 4-15: Doktorun açıklama yaparken kullandığı dilin yapısıyla ilgili soruya verilen cevap grupları arasındaki ilişki

Bilgileri Dürüst/Güvenilir Bulma	N	Sıra Ortalamaları	Sıra Toplamı	U	z	p
Evet	27	25,35	684,5	306,5	-2,75	0,006**
Kısmen	38	38,43	1460,5			
Toplam	65					

**p < 0,017

** Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır:

Katılımcıların, Otomatik Düşünceler ölçeğinden almış oldukları puanların, kötü haber görüşmesi esnasında aklındaki soruları sorabilme değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere nonparametrik Mann Whitney-U testi yapılmıştır ve Tablo 4-16’da gösterilmektedir. Bu testin sonucunda, katılımcılar arasında “Aklınızdan geçenleri sorabildiniz mi?” sorusunu hayır/kısmen olarak cevaplayan grup lehine istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p = 0,029$). Kötü haber görüşmesi esnasında aklındaki soruları tam olarak soramayan hastaların, sorabilen hastalara göre Otomatik Düşünceler ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Buna göre; kötü haber görüşmesinde soru sorabilme değişkeninin hastaların otomatik düşünce geliştirme durumları üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Tablo 4-16: Kötü haber görüşmesinde soru sorabilme durumuyla otomatik düşünceler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Boyut	Soru Sorabilme	N	Sıra Ortalaması	Z	U	p
Otomatik Düşünceler	evet	34	30,03	-2,186	426,0	,029*
	hayır / kısmen	36	40,67			

*p < 0,05

Katılımcıların, Ölüm Kaygısı ölçeğinden almış oldukları puanların, kötü haber görüşmesi esnasında destek kaynakları hakkında bilgi alabilme değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere nonparametrik Mann

Whitney-U testi yapılmıştır ve Tablo 4-17’de gösterilmektedir. Bu testin sonucunda, katılımcılar arasında hayır/kısmen grubu lehine istatistiksel açıdan $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = 0,025$). Kötü haber görüşmesi esnasında destek kaynakları hakkında tam olarak bilgi alamayan hastaların, bilgi alabilen hastalara göre Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulubmuştur. Buna göre; kötü haber görüşmesinde destek kaynakları hakkında bilgi alabilme durumunun hastaların ölüm kaygısı üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Tablo 4-17: Destek kaynakları hakkında bilgi alabilmeyle ölüm kaygısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

Boyut	Destek Kaynakları Hakkında Bilgi Alabilme	N	Sıra Ortalaması	Z	U	p
Ölüm Kaygısı	evet	15	25,03	-2,249	255,5	,025*
	hayır / kısmen	55	38,35			

* $p < 0,05$

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada palyatif dönemde olan onkoloji hastalarının kötü haber ile alakalı iletişim tercihleri, beklentileri, deneyimleri ve algıları incelenmiştir. Bunun yanı sıra, ölüm kaygıları ve ölüme ilişkin tutumları değerlendirilmiştir.

Hagerty ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, tedavisi mümkün olmayan kanser hastaların tanı görüşmelerine ilişkin iletişim tercihleri üzerine çalışılmıştır. Araştırmaya dahil edilen katılımcılar, 6 hafta ila 6 ay arasında metastatik kanser tanısı almış, 18 yaş üstü kişilerdir. Hastaların %98'i doktorlarının gerçekçi olmalarını, sorun ve prognozu tartışırken onları birey olarak kabul etmelerini istemişlerdir. Hastaların çoğu kanser uzmanından gerçekçi ve bireysel bir yaklaşım beklerken bunun yanında tanı hakkında detaylı bilgi istemişlerdir (Hagerty ve ark. 2004). Onkoloji hastaları, tıbbi durumlarıyla alakalı bilgi paylaşımı esnasında bireysel bir yaklaşım etrafında sahici bilgi aktarımı beklemektedirler.

Bir diğer çalışmada, kötü haber verme ile ilgili hastaların algı ve beklentileri değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan 400 kişinin %91.3'ü kendilerine verilen anketleri cevaplamışlardır. Katılımcıların önemli bir kısmı (% 40,5) hastanın kötü haberi bilmesinin mutlak hakkı olduğunu belirtmiştir (Ishaque, Saleem, Khawaja ve Qidwai, 2010). Onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi ve hasta yakınları, hastaların kendi durumları hakkında bilgi sahibi olma isteklerini dikkate almalıdırlar. Bu verilerle, onkoloji hastaların beklentilerinin, yaşadıkları hastalık süreciyle alakalı gerçekçi bir biçimde bilgilendirilmek olduğu görülmektedir.

Yapılan alışmada, onkoloji hastalarının %80'i tanılarını bilmeleri gerektiği düşüncesine katılmışlardır (Tablo 4-2). Bu durum, kötü haber olarak değerlendirilebilecek bir tanı görüşmesinin hastalarla gerçekçi bir şekilde paylaşılmasının hastalar açısından önemini göstermektedir. Elde edilen bulgu, önceki çalışmaları destekler niteliktedir. Hastalar kendi sağlık durumlarını gerçekçi bir biçimde öğrenmek istemektedirler.

Hastaların kanser tanılarını öğrenmeye yönelik tercihlerini inceleyen başka bir araştırmada 244 hasta kendi kötü haber süreci ve hastalığıyla ilgili karar aşamasındaki rolü hakkında öznel deneyimlerini yazmıştır. Genel olarak hastaların büyük çoğunluğu

karar verme sürecini işbirliği içinde kendilerinin de ortak katılımıyla sürdürmek istemişlerdir. Bunun yanı sıra hastaların çoğu tedaviye yönelik kararlara dahil olmak ve tanılarını bilmek istediklerini ifade etmişlerdir (Brown 2010).

Bu araştırmada, hastalara tedaviye yönelik kararlara dahil olmaya ve sürece ortak katılım göstermeye ilişkin bazı sorular sorulmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda, hastaların çoğunun tercihlerinin sürece aktif bir şekilde katılmaktan yana olduğu görülmektedir. Bu araştırmada ise, hastaların %51'i kötü haber görüşmesinde tedavi seçeneklerinin kendileriyle kısmen konuşulduğunu, %40'ı konuşulmadığını, %9'u ise konuşulduğunu belirtmiştir (Tablo 4-3). Ek olarak, hastaların yalnızca %4'üne tanı görüşmesinde yanlarında bir yakınlarını bulundurup bulundurmayacaklarına yönelik bir tercih hakkının sunulduğu saptanmıştır (Tablo 4-2). Literatürde bu konuda yapılan diğer çalışmalardan elde edilen istatistikler ile yapılan çalışmada hastaların tedavi sürecine katılım istekleriyle ilgili elde edilen bulgular uyumlu görünmektedir. Burada alınan istatistiksel sonuçlar, ülkemizde kötü haber görüşmesi ve hastalık sürecinde verilen kararlara hastayı dahil etme durumunun bir örneğini ortaya koymaktadır. Literatürde hastalarının hastalık sürecine ortak katılımının önemi belirtilirken yapılan çalışmada ülkemizde hastaların çoğunun istemelerine rağmen sürece dahil olamadıklarına ilişkin yanıtlar alınmıştır. Bu da, onkoloji alanındaki hastaları sürece dahil etme konusunda çoğunlukla yetersiz kaldığını göstermektedir.

Palyatif bakım alan 381 onkoloji hastasıyla yapılan çalışmada, 93 katılımcının (%24,4) DSM-IV'e göre depresyon veya anksiyete bozukluklarının en az biri için gerekli tanı kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. Çalışmaya göre, palyatif bakım alan hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygın olduğu görülmektedir (G.Wilson ve ark. 2007).

152 meme kanseri hastasıyla yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %38,2'sinin depresif ve %32,2'si ise anksiyöz olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri hastalarının, depresyon ve anksiyete gibi bozukluklar geliştirme riskinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tsaras ve ark. 2018).

Yapılan çalışmada, onkoloji hastalarının Beck Anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre onkoloji hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin birlikte arttığını söylemek mümkündür.

Onkoloji hastalarında ölüm kaygısı ve korelasyonları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, ölüm kaygısı ile sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki korelasyon analizleri yapılmıştır. Ölüm kaygısı olan hastalarda DSM-IV'e göre eksen 1 psikiyatrik tanılar, ağrı skorları ve ölümden sonra ne olacağına dair olumsuz inançların, ölüm kaygısı olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak; ölüm kaygısının anksiyete, depresif belirtiler ve ölümden sonra ne olacağına dair inançlarla ilişkili olduğu bulunmuş, ölüm kaygısının psikolojik zorluklarla bağlantılı olduğu belirlenmiştir (Gonen ve ark. 2012).

Kanser hastalığı geçirmiş 90 yetişkine genel anksiyete, depresyon, somatizasyon ve küresel psikolojik sıkıntı ölçekleri ile Ölüm Kaygısı Anketi (DAQ) uygulanmıştır. Genel anksiyete ve depresyon ile ölüm kaygısını arasında orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Cella ve Tross 2010).

Son 6 aylık süreçte, göğüs kanseri nedeniyle operasyon geçirmiş ve adjuvan tedavisini tamamlamış 110 poliklinik hastasıyla yapılan bir araştırmada, hastalar Beck Depresyon ölçeği sonuçlarına göre, depresif ve depresif olmayan şeklinde iki gruba ayrılmışlardır. Umutsuzluk ve anksiyete, depresif grubun başa çıkma mekanizmaları olarak belirlenirken, otomatik düşüncelerin depresyonun önemli bir belirteci olduğu bulunmuştur (Alcalar ve ark. 2012).

Yapılan çalışmada, onkoloji hastalarının Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar ile Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır. Yine bu çalışmada, araştırmanın örneklemini oluşturan onkoloji hastalarının Otomatik Düşünceler ölçeğinden aldıkları puanlar ile Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Buna göre; onkoloji hastalarının ölüm kaygısı puanlarının depresyon ve otomatik düşünceler puanları ile eşgüdümlü olduğunu söylemek mümkündür. Burada elde edilen sonuçların literatürde yapılan diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Sağlık uzmanı olacak öğrencilerin ölüme ilişkin tutumlarının incelendiği bir çalışmada, ölüme ilişkin tutumların bir alt boyutu olan Yaklaşım Kabullenme'de kadınların puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bilge ve ark. 2013).

Bu çalışmada, katılımcıların, Ölüme İlişkin Tutumlar ölçeği ile cinsiyet durumu karşılaştırıldığında, Yaklaşım Kabullenme alt boyutunda kadın grup lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Ölüme ilişkin tutumların cinsiyet değişkenine göre incelenmesinden elde edilen bu sonucun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Hastaların yaşadıkları sürece psikososyal olarak uyum sağlayabilmesi açısından etkili iletişim ve yeterli bilgi aktarımının önemli olduğu düşünülmektedir. Hastaların kendilerini ifade etmeleri ve soru sormaları için alan yaratmak sağlıklı bir tıbbi iletişime olanak tanır. Bu nedenle; tıbbi görüşmelerde hastaya anlayabileceği bir dil ile yeterli bilgi aktarımında bulunmak önem arz etmektedir (Özdemir ve Aşçı 2013).

Hastanın yetersiz veya eksik olarak algılayabileceği türden bir açıklama, hekim-hasta arasındaki terapötik ilişkiye zarar vermektedir. Tıbbi iletişimin yetersizliği nedeniyle yaşanması potansiyel olan uzlaşma sorununun, hastanın tedaviye uyumsuz bir tutum geliştirmesine yol açabileceği düşünülmektedir (Dimatteo 1998).

Yapılan araştırmada, onkoloji hastalarının “Doktorunuzun size açıklama yaparken kullandığı dil nasıldı?” sorusuna verdikleri cevaplara göre otomatik düşünceler ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları incelenmiştir. Doktorun açıklama yaparken kullandığı dili basit ve anlaşılabilir olarak algılayan hastalar ile çok tıbbi ve anlaşılmaz olarak algılayan hastalar arasında otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan çok tıbbi ve anlaşılmaz grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Doktorun dilini çok tıbbi ve anlaşılmaz olarak algılayan hastaların otomatik düşünceler ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre; hastaların, doktorun açıklama yaparken kullandığı dili algılayış biçimlerinin hastalık sürecinde geliştirdikleri düşünce yapıları üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Öğrencilerin Ölüme İlişkin Tutumlar ölçeği ile ölüm eğitimi isteme durumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; ölüm eğitimi isteyenlerin Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme puan ortalamaları istemeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölüm eğitiminin, kişilerin kaygı gibi ölüme dair olumsuz tutumlarını azalttığı ve ölümün kabulü açısından önemli olduğu düşünülmektedir (Bilge ve ark. 2013).

Işık ve ark. (2009)'a göre, kişiler ölüm korkusu duygularıyla başa çıkmak için ölümü kabullenmeye ihtiyaç duyarlar. Ölümü kabullenme, ölüm korkusunun karşısında bir savunma mekanizması olarak değerlendirilebilir (Işık ve ark. 2009).

Yapılan araştırmada, katılımcıların Ölüm İlişkin Tutumlar ölçeğinin Ölüm Korkusu alt boyutundan aldıkları puanlar ile Tarafsız Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, kişilerin ölümle dair tarafsız kabullenme eğilimleri arttıkça ölüm korkularının azalabileceğini ifade etmektedir. Bunun yanında, katılımcıların Ölüm İlişkin Tutum ölçeğinin, Yaklaşım Kabullenme alt boyutundan aldıkları puanlar ile Ölüm Korkusu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular ile kişilerin ölümle ilgili kabullenme tutumlarını arttırdıkça ölüm korkusu duyma eğilimlerinin azalabileceği anlaşılmaktadır. Nitekim, bu konu ile ilgili literatür incelendiğinde yapılan araştırmanın bulgularının karşılaştırılabileceği benzer bir analize rastlanılamamıştır.

Iwamitsu ve arkadaşları, kanser sürecinde anksiyete ve duyguları bastırmanın psikolojik distres üzerindeki etkisini incelemek amacıyla 93 meme kanseri hastayla bir çalışma yapmışlardır. Duygularını bastıran hastaların, tanıdan önce ve sonra kronik olarak çok yüksek düzeyde anksiyete ve duygusal distres yaşadıkları çıkarımında bulunmuşlardır. Yaptıkları araştırmadan, onkoloji hastalarının duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirilmelerinin önemli olduğu görüşüne ulaşmış, özellikle tanıları açıklandıktan hemen sonra duygularını ifade etmelerinin hastalık sürecinde psikososyal uyumlarını sürdürmeleri açısından faydalı olduğu sonucuna varmışlardır (Iwamitsu ve ark. 2005)

Fujimori ve arkadaşları, kötü haber görüşmesi esnasında etkili bir tıbbi iletişimin kurulabilmesi için önemli olan faktörleri değerlendirmek amacıyla toplam 49 katılımcıyla (7 onkolog ve 42 onkoloji hastası) bir çalışma yapmışlardır. Katılımcılardan bu konuda alınan fikirler (619 fikir) üzerinden yapılan niteliksel analiz sonuçlarına göre; doktordan alternatif terapiler hakkında bilgi alma ile görüşme esnasında duyguların ifade edilebilmesi için desteklenme kötü haber görüşmesinde iyi bir iletişiminin sağlanması açısından önemli bulunan faktörler arasındadır (Fujimori ve ark. 2005).

Bu çalışmada, onkoloji hastalarının Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, kötü haber görüşmesi esnasında duyguları ifade edebilme değişkenine göre karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, Kötü haber görüşmesi esnasında duygularını ifade edemeyen hastaların Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının duygularını ifade edebilen hastaların puan ortalamalarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Buna göre, kötü haber görüşmesinde duygularını ifade edebilen hastaların, duygularını ifade edemeyenlere göre daha düşük düzeyde ölüm kaygısı duyduğu söylenebilir.

Yapılan çalışmada, katılımcıların Ölüm Kaygısı ölçeğinden almış oldukları puan ortalamaları, kötü haber görüşmesi esnasında destek kaynakları hakkında bilgi alabilme değişkenine göre incelenmiştir. İstatistiksel analiz sonucunda; kötü haber görüşmesi esnasında destek kaynakları hakkında bilgi alamayan hastaların, bilgi alabilen hastalara göre Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum, kötü haber görüşmesinde doktorun hastaya destek kaynakları hakkında bilgi vermesinin, hastanın ölüm kaygısı üzerinde olumlu bir etkiye neden olabileceğini göstermektedir.

Hastaların yaşadıkları sürece psikososyal olarak uyum sağlayabilmesi açısından etkili iletişim ve yeterli bilgi aktarımının önemli olduğu düşünülmektedir. Hastaların kendilerini ifade etmeleri ve soru sormaları için alan yaratmak sağlıklı bir tıbbi iletişime olanak tanır. Bu nedenle; tıbbi görüşmelerde hastaya anlayabileceği bir dil ile dürüst bir şekilde yeterli bilgi aktarımında bulunmak önem arz etmektedir (Özdemir ve Taşçı 2013)

Yapılan araştırmada, onkoloji hastalarının Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puanlar, kötü haber görüşmesi esnasında dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanma değişkenine göre incelenmiştir. İstatistiksel analizin sonucunda, kötü haber görüşmesi esnasında dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanan hastaların, Ölüm Kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının, dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanmayan veya kısmen inanan hastaların ölüm kaygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, kötü haber görüşmesinde hastanın tıbbi durumuyla alakalı dürüst bilgiler aldığına inanma durumunun, ölüm kaygısı üzerinde etkili olabileceğini göstermektedir.

Melanom hastalarının medikal iletişim deneyimleri ve kötü haber görüşmesinin nasıl olması gerektiğiyle ilgili fikirlerini incelemek üzere bir araştırma yapılmıştır. 131 katılımcının kötü haber görüşmesiyle alakalı görüşleri değerlendirilmiştir. Hastaların yalnızca %28'i tanı kendilerine söylendikten sonra bu konuda klinisyene soru sorabilme fırsatı bulduklarını ifade etmişlerdir. Yapılan söylem analizinde, kötü haber görüşmesi esnasında teşhis sonrası doktora soru sorabilme fırsatının hastaların iletişim tercihleri açısından yüksek önem derecesine sahip olduğu bulunmuştur (Schofield ve ark. 2001).

Bu çalışmada, katılımcıların Otomatik Düşünceler ölçeğinden almış oldukları puanlar, kötü haber görüşmesi esnasında aklındaki soruları sorabilme değişkenine göre değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, katılımcılar arasında “Aklınızdan geçenleri sorabildiniz mi?” sorusunu hayır/kısmen olarak cevaplayan grup lehine istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu sonuç, kötü haber görüşmesi esnasında aklındaki soruları tam olarak soramayan hastaların, sorabilen hastalara göre hastalık sürecinde otomatik düşünce geliştirme eğiliminin daha fazla olduğunu göstermektedir. Literatürde, kötü haber görüşmesinde hastanın soru sorabilme fırsatını bulma durumuna yönelik benzer araştırmalar yapılsa da bu değişkenin kötü haber görüşmesi sonrasında hastaların psikososyal uyumuna etkisiyle alakalı spesifik bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Görüldüğü üzere, literatürde onkoloji hastalarının içinde bulundukları psikososyal iklime dair çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Araştırmalardan birbirinden farklı sonuçlar elde edilmiş olsa da genellikle onkoloji hastalarının tedavi sürecinde gösterdikleri psikososyal uyum ile kendileriyle kurulan iletişim arasında anlamlı ilişkiler olduğu düşünülmektedir. Araştırmada, palyatif dönem onkoloji hastalarının, kötü haber görüşmesi esnasında doktorun kullandıkları dili algılayış biçimleri ile otomatik düşünceler geliştirme durumları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğunun tanısını gerçekçi bir biçimde bilmek ve tedavi süreçlerine aktif şekilde dahil olmak istedikleri belirlenmiştir. Onkoloji hastalarının palyatif bakım süreçlerinde anksiyete ve depresyon düzeylerinin birlikte artma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Ölüme ilişkin çeşitli kabullenme tutumları ile ölüm korkusu arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Ölüme ilişkin tutumların bazı alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Kötü haber görüşmesi esnasında duyguları ifade edebilme ve destek kaynakları hakkında bilgi

almanın ölüm kaygısını azaltıcı bir etkisi olabileceği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra, kötü haber görüşmesinde teşhisten hemen sonra klinisyene soru sorma fırsatına sahip olmanın, hastalık sürecinde geliştirilme potansiyeli olan otomatik düşüncelere olumlu tesir edebileceği gösterilmiştir.

Bu veriler ışığında; palyatif dönem onkoloji hastalarının kötü haberle ilgili algı ve beklentileri, ölüme ilişkin tutumları hakkında yapılan bu çalışmadan elde edilen verilerin, literatürde bulunan diğer araştırmaların bulgularıyla tutarlılık içinde olduğu görülmektedir.

5.1 Sınırlılıklar ve Öneriler

- Bu çalışmanın pek çok farklı türden onkoloji hastasıyla yürütüldüğü göz önüne alınırsa, elde edilen bulguların kapsam geçerliğinin arttırılması adına gelecek araştırmalarda palyatif bakım alan ve belirli türden onkolojik hastalıklara sahip olan kişilerle yürütülmesi yararlı olacaktır.
- Yapılan araştırmada, örneklem grubundaki tüm hastalar palyatif dönemde olan onkoloji hastaları arasından seçilmesi elde edilen verilerin geçerliğini sınırlandırmaktadır. Bu nedenle gelecek araştırmalarda çeşitli evrelerdeki onkoloji hastalarından bir örneklem grubu oluşturulması yararlı olacaktır.
- Bu araştırmada; hastaların tıbbi iletişim tercihleri, hastalık sürecinden beklentileri, kötü haber görüşmesiyle ilgili algıları, ölüm kaygıları ve ölüme ilişkin tutumları gibi faktörleri değerlendirmek için kullanılan yöntemler, araştırmada kullanılmak üzere belirlenen ölçekler ve istatistiksel analiz biçimleri ile sınırlıdır.
- Palyatif dönem onkoloji hastalarının kötü haber ile ilgili algı, beklenti ve ölüme ilişkin tutumlarını araştıran çalışmalar yerli literatürde çok az sayıda ve sınırlıdır. Bu nedenle bu araştırma özgün ve önemli bir araştırmadır.
- Bu çalışmada, onkoloji hastalarının büyük çoğunluğu tanılarıyla ilgili gerçekçi bilgi almak, tedaviye ilişkin kararlara aktif olarak dahil olmak istediklerini belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra, yapılan araştırmada hastaların kötü haber görüşmesi esnasında duygularını ifade edebilme, dürüst ve güvenilir bilgiler aldığına inanma ve destek kaynakları hakkında bilgi alma durumları ile ölüm kaygıları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Buradan hareketle, kötü haber verme protokolleri ile hastalık sürecinde hastaların uyumlarını geliştirmek

amaçlı psikososyal müdahale programları geliştirilirken bu çalışmadan elde edilen sonuçların dikkate alınması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Alcalar, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I. ve Ozkan, M. (2012). Association of Coping Style, Cognitive Errors and Cancer-related Variables with Depression in Women Treated for Breast Cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42(10), 940–947.
- Anuk, D., Alçalar, N., Sağlam, E. K. ve Bahadır, G. (2018). Onkoloji Alanında Çalışan Hekimlerin Perspektifinden Ölüme İlişkin Tutumlar ve Kötü Haber Verme İlişkisi. *Ulusal Radyasyon Onkoloji Kongresi*. Kıbrıs.
- Asai, A. (1995). Should physicians tell patients the truth? *The Western Journal of Medicine*, 163(1), 36-39.
- Aydın, G. ve Aydın, O. (1990). Otomatik Düşünceler Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(24), 51-55.
- Back, A., Arnold, R. M., Baile, W. ve Tulsky, J. A. (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA A Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164-177.
- 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. (5), 302-315.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R. ve Glober, G. (2000). SPIKES - A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Bastani, F., Farnood, F. ve Haqhani, H. (2016). Evaluation of Death Anxiety in Elderly Patients With Cancer Undergoing Chemotherapy. *Client-Centered Nursing Care*, 2(3).
- Beck, A. T., Emery, G. ve Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders And Phobias A Cognitive Perspective*. HarperCollins Publishers.
- Bennett, P. (2000). *Introduction to clinical health psychology*. Open University Press.
- Bilge, A., Embel, N. ve Kaya, F. G. (2013). Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölüme Karşı Tutumları Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 119-124.

- Bilge, A., Embel, N. ve Kaya, F. G. (2013). Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 119-124.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - coping or personal transition? *Psychooncology*, 10(1), 1-18.
- Bricker, D. C. ve Young, J. E. (2012). A Client's Guide to Schema Therapy. *Cognitive Therapy Center of New York*.
- Brown, V.A., Parker, P.A., Furber L. ve Thomas, A.L. (2010). Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK Cancer Centre. *European Journal of Cancer Care*, 20, 56–61.
- Buckman, R. (1984). Breaking Bad News: Why Is It Still So Difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597–1599.
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138-142.
- Cameron, L. D. ve Leventhal, H. (2003). *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour*. Routledge.
- Cella, D. F. ve Tross, S. (2010). Death Anxiety in Cancer Survival: A Preliminary Cross-Validation Study. *Journal of Personality Assessment*, 51(3), 451- 461.
- Chochinov, H. M. (2000). Psychiatry and Terminal Illness. *The Canadian journal of Psychiatry*, 45, 143-150.
- Chochinov, H. M. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84-103.
- Christ, G., Messner, C. ve Behar, L. (2015). *Handbook of Oncology Social Work Psychosocial Care for People with Cancer*. Oxford University Press.
- Cordella, M. ve Poiani, A. (2014). *Behavioural Oncology, Psychological, Communicative, and Social Dimensions*. London: Springer.
- Department of Health, Social Services Public Safety. (2003). Breaking Bad News Regional Guidelines. (261/02). Belfast, Ireland: Department of Health, Social Services and Public Safety. www.dhsspsni.gov.uk adresinden alındı
- Dimatteo, M. (1998). The Role of the Physician in the Emerging Health Care Environment. *Western Journal of Medicine*, 168(5), 328-333.
- Diržytė, A.ve Milašienė, V. (2002). Relationship Between Activated Early Maladaptive Schemas And Weakened Immune System. *Psichologija*, 43-51.

- Fallowfield, L. ve Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363, 312-319.
- Flor, H.ve Turk, D. C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11(3), 251-265.
- Fujimori, M., Akechi, T., Akizuki, N., Okamura, M., Oba, A., Sakano, Y. ve ark. (2005). Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psycho-Oncology*, 14(12), 1043-1051.
- Wilson, K. G., Chochinov H. M., Skirko M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R. ve ark. (2007). Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118-129.
- Gonen, G., Kaymak, S. U., Cankurtaran, E. Ş. ve Soygür, H. (2012). The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 347-58.
- Greene, M., Adelman, R. D., Friedmann, E. ve Charon, R. (1994). Older Patient Satisfaction with Communication During an Initial Medical Encounter. *Social Science Medicine*, 38(9), 1279-1288.
- Greer, S., Moorey, S. ve Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(3), 373-377.
- Hagerty, R. G., Butow, P. N., Ellis, P. M., Lobb, E. A., Pendlebury, S. C., Leod, N. L. v ark. (2004). Communicating with Realism and Hope: Incurable Cancer Patients' Views on the disclosure of prognosis. *Journal of Clinical Oncology*, 1278-1287.
- Hagger, M. ve Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(3), 8-13.
- Holland, J. C. (1989). Anxiety and Cancer: The patient and the family. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 50(11), 20-25.
- Ishaque, S., Saleem, T., Khawaja, F. B.ve Qidwai, W. (2010). Breaking bad news: exploring patient's perspective and expectations. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 60(5), 407- 411.

- Işık, E. A. (2008). Ölüm Karşı Tutum Ölçeği'nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliliği. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Işık, E., Fadıloğlu, Ç. ve Demir, Y. (2009). Ölüm Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe Çevirisinin Hemşire Populasyonunda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 28-43.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M. ve Buck, R. (2005). Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. *Psychosomatics*, 46(1), 19-24.
- Kaplan, M. (2010). SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 514-516.
- Kayış, A. (2009). Kansere Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. İstanbul, Türkiye: Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. 12 28, 2019 tarihinde <http://easiv.halic.edu.tr> adresinden alındı
- Kübler-Ross, E. (2008). *On Death and Dying*. Routledge.
- Kübler-Ross, E (2010). Ölüm ve Ölmek Üzerine. April Yayıncılık.
- Larson, E. B. ve Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100-1106.
- Lausanne, P. (1994). *An introduction to psycho-oncology*. London: Taylor Francis.
- Levenson, S. A., List, N. D.ve Zaw-Win, B. (1981). Ethical considerations in critical and terminal illness in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29(12).
- Mead, N.ve Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science Medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Meghani, S. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *Leading Global Nursing Research*, 46(2), 117-229.
- Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K.ve Uchitomi, Y. (2007). Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Annals of Oncology*, 18(6), 1090–1097.
- Moorey, S. ve Greer, S. (2002). *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. OUP Oxford.

- Narayanan, V., Bista, B. ve Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2), 61-65.
- Narayanan, V., Bista, B. ve Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2), 61-65.
- Ong, L. M., Haes, J. D., Hoos, A. ve Lammes, F. (1995). Doctor-Patient Communication: a review of the literature. *Social Science Medicine*, 3(7), 157-174.
- Ong, L., Visser, M., Lammes, F. ve Haes, J. D. (2000). Doctor-Patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41, 145-156.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, C., Karabulut, B. ve Uyar, M. (2010). Palliative care activity in the field of oncology in Turkey. *Journal of Palliative Care*, 26(4), 305-310.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M. ve Karabulut, B. (2010). *Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım*. İzmir: Ege Üniversitesi.
- Özdemir, Ü. ve Aşçı, S. (2013). Kronik Hastalarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Schema change processes in cognitive therapy*, 1(5), 267-278.
- Parker, P. A., Baile, W. F., Moor, C. D., Lenzi, R., Kudelka, A. P. ve Cohen, L. (2001). Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal Of Clinical Oncology*, 19(7), 2049-2056.
- Perocchia, R. S., Hodorowski, J. K., Williams, L. A. ve Kornfeld, J. (2011). Patient-Centered Communication in Cancer Care: The Role of the NCI's Cancer Information Service. *Journal of Cancer Education*, 26(1), 36-43.
- Ptacek, J. ve Eberhardt, T. L. (1996). Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 276(6), 496-502.
- Rabow, M. W. ve Stephen, J. McPhee. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, 171(4), 260-263.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. ve Young, J. E. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. New York: Taylor Francis Group.

- Rafaeli, E., Bernstein, D. ve Young, J. (2013). *Şema Terapi: Ayırıcı Özellikler*. İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Rassin, M., Levy, O., Schwartz, T. ve Silner, D. (2006). Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nursing*, 29(4), 302-308.
- Hagerty, G. R., Butow N. P., Ellis, M. P. ve Lobb, A. E. (2005). Communicating With Realism and Hope: Incurable Cancer Patients' Views on the Disclosure of Prognosis. *Journal of Clinical Oncology*, 23(6), 1278-1288.
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E. ve Edeleanu, A. (2008). *CBT for Chronic Illness and Palliative Care: A Workbook and Toolkit*. John Wiley Sons.
- Sarıkaya, Y. (2013). Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Yüksek Lisans Tezi*. Tokat.
- Schlag, P. ve Senn, H. (2014). *Recent Results in Cancer Research*. Springer.
- Schofield, P. E., Beeney, L. J., Thompson, J. F., Butow, P. N., Tattersal, M. H. ve Dunn, S. M. (2001). Hearing the bad news of a cancer diagnosis: The Australian melanoma. *Annals of Oncology*, 12(3), 365-371.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T. ve Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91-96.
- Shakeri, J., Kamangar, M., Ebrahimi, E., Aznab, M., Shakeri, H. ve Arman, F. (2015). Association of Coping Styles with Quality of Life in Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*, 21(3), 298-304.
- Shaw, I. A., Reiss, N. ve Farrell, J. M. (2015). *Şema Terapi - Klinisyenin Rehberi*. Psikonet.
- Singh, M. M. ve Agarwal, R. K. (2017). Breaking Bad News In Clinical Setting: A Systematic Review. *Indian Journal of Applied Research*, 7(12), 29-31.
- Sobczak, K., Leoniuk, K. ve Janaszczuk, A. (2018). Delivering bad news: patient's perspective and opinions. *Patient Preference and Adherence*, 12, 2397-2404.
- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W. ve Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer*, 1810-1818.

- Şahin, N. ve Şahin, N. (1992). Reliability and Validity of the Turkish Version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 334-340.
- TDK sözlüğü* (2016). www.tdk.gov.tr. Aralık 5, 2019 tarihinde erişildi.
- Tsaras, K., Papathanasiou, I. V., Mitsi, D., Veneti, A., Kelesi, M., Zyga, S. ve ark. (2018). Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1661–1669.
- Ulusoy, M., Şahin, N. H. ve Erkmen, H. (1998). Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12(2), 163-171.
- Vandekieft, G. K. (2001). Breaking Bad News. *American Family Physician*, 64(12), 1975-1978.
- World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes Policies And Managerial Guidelines*.

FORMLAR

YARI YAPILANDIRILMIŞ ANKET FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

Görüşmeyi Yapan:

Görüşme Tarihi:

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. a. Hastalığınız nedir?

.....

1.b. Hastalığınızla ilgili şikayetleriniz ne zaman ortaya çıktı?.....

1. c. Şikayetlerinizin ortaya çıkması ile tanı konması/tedaviye başlanması arasında ne kadar zaman geçti?.....

Ek soru 1: Sizinle benzer tanısı olan bir hastanın tanısını bilmesi gerektiği düşüncesine katılır mısınız?

a. Evet b. Kısmen c. Hayır

2. a. Hastalık tanınızı/ teşhisinizi size ilk kim söyledi?

a. Doktor b. Hemşire c. Aile d. Arkadaş e. Kendim anladım f. Diğer.....

2.b. Söyleyen kişi size tanınızı nasıl söyledi? Nasıl bir ifade/cümle

kullandı?.....

3. a. Hastalık tanınız ne zaman söylendi?

a. Tedavi öncesi b. Tedavi sırasında c. Tedavi sonrası d. Diğer.....

3.b. Sizinle böyle bir konuşma yapılmasını bekliyor muydunuz?

a. Evet b. Hayır

4. Hastalık tanınız 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. a. Görüşmeniz hiç kesintiye uğradımı?

a. Evet b. Hayır

6.b. Kesintiye uğradıysa nedeni:

a) Evrak imzalatmaya gelen biri (hasta-personel)

b) Birini soran biri

c) Çalan telefon

d) Diğer :.....

7. Tanınız size nerede söylendi ?

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

8. a. Tanınızı öğrendiğiniz ortamın rahat ve uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

a. Evet b. Emin değilim c. Hayır

- 8.b. Bu konuşmayı nasıl bir ortamda 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. a. Doktor teşhisi ilk kez söylerken yanınızda başka biri var mıydı?
- a.Evet b. Hayır
- 10.b. Biri varsa kimdi?.....
- 10.c. Tanı söylenirken size yanınızda birinin olmasını tercih edip etmediğiniz soruldu mu?
- a.Evet b. Hayır
- 10.d.Tanı söylenirken yanınızda kimse yoktu ise, birisinin olmasını ister miydiniz?.....
- 10.e. Yanınızda kimin olmasını isterdiniz?.....
11. Hastalık tanımız size söylendiğinde hangi duyguları hissettiniz?
-
- Ek soru 2.a: Yakınlarınız arasında benzer hastalık geçiren oldu mu?
- a.Evet b. Hayır
- 2.b. Cevabınız evet ise yakınınızın şu andaki sağlık durumu nasıl?
-
12. Teşhisiniz ve uygulanacak tedavi ile ilgili size verilen bilgiler anlaşılır mıydı?
- a.Evet b. Hayır c.Kısmen
13. Size söylenenler hakkında karmaşık bulduğunuz şeyler oldu mu? Nelerdi?
- Neden?.....
- 14.a. Teşhis size söylendiğinde(veya öncesinde) hastalık hakkında kitap, internet veya başka bir kaynaktan araştırdınız mı?
- a. Evet c. Hayır
- 14.b. Araştırdıysanız, nereden araştırdınız?
- a.Kitap b.İnternet c.Diğer:.....
- 14.c. Bu araştırmalardan sağlıklı bilgiler elde ettiğinizi düşünüyor musunuz?
- a. Evet b. Hayır c. Kararsızım
- 14.d.Yaptığınız bu araştırmalar moralinizi nasıl etkiledi?
- a. Olumlu b.Olumsuz c.Etkilemedi
15. Teşhisinizle ilgili ilk konuşmanın sizin için en moral bozucu yanı hangi kısmıydı?
- a. Teşhis söylenmeden önce b. Teşhisi söylediği an
- c. Tedavi seçenekleri konuşulurken
- 16.Tedavi seçenekleri konuşuldu mu yoksa size önerilen tedaviyi hemen kabul mü ettiniz?
- a. Konuşuldu b. Kısmen konuşuldu c. Konuşulmadı
17. Tedavi hakkında daha fazla bilgilendirilmek ister miydiniz?
- a. Evet b. Hayır c. Kararsızım
18. Size söylenenler dışında başka nelerin tartışılmasını ve açıklanmasını isterdiniz?
-
19. Konu ile ilgili bilgilerin size yazılı veya sesli kayıt şeklinde verilmesini ve daha sonra sizin onları tekrar incelemeyi ister miydiniz?
- a. Evet b. Hayır
- 21.a. Aklınızdan geçenleri sorabildiniz mi?
- a.Evet b.Kısmen c.Hayır

- 21.b. Sorabildiyseniz,açıklamalar yeterli miydi?
a. Evet b.Kismen c.Hayır
- 22.Duygularınızı ifade etme fırsatı verildi mi?
a.Evet b.Kismen c.Hayır
23. Dürüst ve samimi/güvenilir bilgiler verildi mi?
a.Evet b.Kismen c.Hayır
- 24 .a. 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. Kismen
- 24.b. Cevabınız "Evet"se, duygularınızı anladığını nasıl anladınız?
.....
- 25 .Ümitsiz/karamsar mesaj verildi mi?
a. Evet b. Sayılır c. Hayır
26. Destek alınacak kaynaklar hakkında bilgi verildi mi?
a. Evet b. Hayır
27. Verilen bilgiler size yazılı açıklama,belge veya broşür halinde verildi mi?
a. Evet b. Hayır
28. Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni bir görüşme zamanı belirlendimi?
a. Evet b. Hayır
- 29.Şuan düşündüğünüzde durumu açıklayan kişinin size ne söylemesini ve nasıl davranmasını isterdiniz?
30. Geçmişe dönüp baktığınızda "keşkeleriniz" var mı? Varsa anlatır mısınız?
31. Geçmişe dönme şansınız olsa neyi farklı yapardınız?
32. Size göre hayatın anlamı nedir?

ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Ölmekten çok korkuyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

2. Ölüm düşüncesi nadiren aklıma gelir

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

3. İnsanların ölüm hakkında konuşması beni rahatsız etmez

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

4. Ameliyat olma zorunda kalma düşüncesi beni çok korkutur

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

5. Ölmekten hiç korkmuyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

6. Kanser olmaktan özellikle korkmuyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

7. Ölüm düşüncesi beni hiç rahatsız etmez

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

8. Zamanın hızlıca akıp gitmesinden sık sık sıkıntı duyarım

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

9. Acı çekerek ölmekten korkuyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

10.Ölümden sonra bir hayat olduğu fikri beni çok huzursuz ediyor

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

11.Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkuyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

12.Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

13.İnsanların III.Dünya Savaşı hakkında konuştuklarını duyduğumda ürperirim

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

14.Ölü bir bedenin görüntüsü beni dehşete düşürür

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
hiç _____ tarafsızım _____ tamamen
katılmıyorum _____ katılıyorum

15.Geleceğin benim için korkulacak hiçbir şeyi olmadığını hissediyorum

X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X _____ X
tamamen _____ tarafsızım _____ hiç
katılıyorum _____ katılmıyorum

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 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 olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden 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 olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi 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 ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey 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 hiçkimseyi 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 iş 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) Eskisi 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 düşünmüyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilğim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilirliğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

EK 2. ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.							
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.							
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınıyorum.							
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.							
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımdan bitmesini sağlayacak.							
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmalıdır.							
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.							
8. Ölüm, mükemmel bir yere girıştır.							
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.							
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.							
11. Ölüm; ağır ve acıdan bir kurtuluştur.							
12. Ölümü hiçbir zaman düşünmemeye çalışırım.							
13. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.							
14. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.							
15. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.							
16. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.							
17. Ölümünden ne korkarım, ne de ölümün gelmesini isterim.							
18. Yoğun bir ölüm korkum var.							
19. Ölüm hakkındaki her şeyi düşünmekten kaçınıyorum.							
20. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.							

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtlandırmanız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Orta derece katılmıyorum	Kararsızım	Orta derece katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
21. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.							
22. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.							
23. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.							
24. Ölüm, yaşamın sadece bir parçasıdır.							
25. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.							
26. Ölüm konusu ile ilgili hiçbir şey yapmamaya çalışırım.							
27. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.							
28. Ölümle yüzleştiğimde beni rahatlatan tek şey; ölümden sonra bir hayata inanmamdır.							
29. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.							
30. Ölüm ne iyi, ne de kötüdür.							
31. Ölümden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.							
32. Ölümden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.							

OTOMATİK DÜŞÜNCELER ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilerin zaman zaman aklına gelen bazı düşünceler sıralanmıştır. Lütfen her birini okuyarak, bu düşüncelerin SON BİR HAFTA içinde aklınızdan ne kadar sıklıkla geçtiğini işaretleyiniz. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1. Hiç aklımdan geçmedi | 4. Sık sık aklımdan geçti |
| 2. Ender olarak aklımdan geçti | 5. Hep aklımdan geçti |
| 3. Arada sırada aklımdan geçti | |

Ne kadar aklınızdan geçti?	Hiç	Ender	Ara-Sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. Tüm dünya bana karşıymış gibi geliyor	1	2	3	4	5
2. Hiç bir işe yaramıyorum	1	2	3	4	5
3. Neden hiç başarılı olamıyorum	1	2	3	4	5
4. Beni hiç kimse anlamıyor	1	2	3	4	5
5. Başkalarını düş kırıklığına uğrattığım oldu	1	2	3	4	5
6. Devam edebileceğimi sanmıyorum	1	2	3	4	5
7. Keşke daha iyi bir insan olsaydım	1	2	3	4	5
8. Öyle güçsüzüm ki ...	1	2	3	4	5
9. Hayatım istediğim gibi gitmiyor	1	2	3	4	5
10. Kendimi düş kırıklığına uğrattım	1	2	3	4	5
11. Artık hiçbir şeyin tadı kalmadı	1	2	3	4	5
12. Artık dayanamayacağım	1	2	3	4	5
13. Bir türlü harekete geçemiyorum	1	2	3	4	5
14. Neyim var benim	1	2	3	4	5
15. Keşke başka bir yerde olsaydım	1	2	3	4	5
16. Hiçbir şeyin iki ucunu bir araya getiremiyorum	1	2	3	4	5
17. Kendimden nefret ediyorum	1	2	3	4	5
18. Değersiz bir insanım	1	2	3	4	5
19. Keşke birden yok olabilseydim	1	2	3	4	5
20. Ne zorum var benim	1	2	3	4	5
21. Hayatta hep kaybetmeye mahkûmum	1	2	3	4	5
22. Hayatım karmakarışık	1	2	3	4	5
23. Başarısızım	1	2	3	4	5
24. Hiç bir zaman başaramayacağım	1	2	3	4	5
25. Kendimi çok çaresiz hissediyorum	1	2	3	4	5
26. Bir şeylerin değişmesi gerek	1	2	3	4	5
27. Bende mutlaka bir bozukluk olmalı	1	2	3	4	5
28. Geleceğim kasvetli	1	2	3	4	5
29. Hiç bir şey için uğraşmaya değmez	1	2	3	4	5
30. Hiçbir şeyi bitiremiyorum	1	2	3	4	5

Tıbbi Bilgi Formu

Hastaya Ait Bilgiler

Ad Soyad:

Yaş Cinsiyet:

Boy:

Kilo:

Medeni Hal:

Meslek:

Hastalığa Ait Bilgiler

Tanı:

Evre:

Metastaz:

Arsiv Bilgileri

Hastane dosya no:

Yatış tarihi:

Özgeçmiş Bilgileri

Tıbbi Hastalık :

Kul. İlaçlar :

Operasyon :

Sigara- Alkol :

Sovgeçmiş Bilgileri

Ailede kanser öyküsü: Var (.....)

Yok ()

Ailede kanser nedeniyle kayıp : Var (.....)

Yok ()

Tedavi Sürecine Dair Bilgiler

A.Fiziksel Sağaltım

Radyoterapi:

Kemoterapi:

Cerrahi:

Hormona terapi:

- Seans sayısı:

B. Psikolojik Sağaltım

Psikoterapi:

- Seans sayısı:

Psikiyatrik hastalık Öyküsü: Var (.....)

Yok ()

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Ezgi TANIL tarafından yürütülen “ Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölümüne İlişkin Tutumları ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı palyatif dönem onkoloji hastaları ile kurulan iletişimin hasta gözünden değerlendirilmesi, hastaların kötü haber almayla ilgili öznel görüşleri, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgi düzeyleri, hastalık sürecindeki psikososyal uyumları hakkında kapsamlı bir değerlendirilme yapılmasıdır. Araştırmada sizden tahminen 40 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 149 kişi katılacaktır. ¹ Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ezgitanil93@gmail.com e-posta adresi ve 0 544 390 98 53 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Saat:

ETİK KURUL KARARI

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



**Sayı : 1584
Konu: Prof. Dr. Güler BAHADIR hk.**

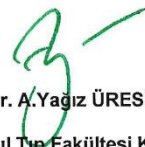
Tarih : 14.11.2018

**Sayın Prof. Dr. Güler BAHADIR
Psikiyatri**

İlgi : Onkoloji Enstitüsünün 12/10/2018 gün ve 292633 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Ezgi TANIL' ın yürüteceği 2018/1492 dosya numaralı "Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları" başlıklı çalışma, kurulumuzun 09/11/2018 tarih ve 19 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.


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

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

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	"Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölümüne İlişkin Tutumları"			
	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 □	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları"			
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	05/11/2018		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☒		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	☐	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒			
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	DİĞER:	☒	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:19	Tarih: 09/11/2018			
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Güler BAHADIR' in sorumluluğunda ve Ezgi TANIL' in yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU									
ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Sevdâ ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile ilişki
 ** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte 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	"Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları"			
	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 ☐	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Palyatif Dönem Onkoloji Hastalarının Kötü Haberle İlgili Algıları, Beklentileri ve Ölüme İlişkin Tutumları"	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☐	
	OLGU RAPOR FORMU	☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐	
	SIGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
DİĞER:	■	Değişiklik Bilgi Formu, Çalışma süresinin 1 (bir) yıl daha uzatılması	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:06	Tarih: 29/03/2019	
	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Güler BAHADIR' in sorumluluğunda ve Ezgi TANIL' in yürütmeyeği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi *	Katılım **		İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐		
Dr. Sevda ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒		
						TOPLANTIYA KATILMADI	

* :Araştırma ile ilişkisi
 ** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PALYATİF DÖNEM ONKOLOJİ HASTALARININ KÖTÜ HABERLE İLGİLİ ALGILARI, BEKLENTİLERİ VE ÖLÜME İLİŞKİN TUTUMLARI

ORIJINALLIK RAPORU

% 7	% 5	% 3	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
2	saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<% 1
5	acikarsiv.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	www.edam.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	FESCİ BOSTANOĞLU, Hatice and ÜNAL, Satı. "Kanserli hastaların kötü haber almaya ilişkin görüşleri", TUBITAK, 2011. Yayın	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	EZGİ	Soyadı	TANIL
Doğ.Yeri	İSTANBUL	Doğ.Tar.	11.10.1993
Email	ezgitanil93@gmail.com	Uyruğu	T.C.

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi	2016
Lise	Selimpaşa Atatürk Anadolu Lisesi	2011

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Okul Psikoloğu	MBA Okulları	6 ay
2.	Çevirmen	Nobel Yayıncılık	2 yıl
3.	Okul Psikoloğu	Cihangir Okulları	2 yıl
4.	Psikolog	Psikolaj Danışmanlık Merkezi	1 yıl

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(YOKDİL) Puanı
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	Çok iyi		90

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	73,12853	77,73187	82,26078

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
Ronya Soft Grafik Tasarım	Çok iyi
Photoscape Grafik Programı	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Coşkunlu, A., Tanıl, E., Coffey, A., Büyüktaşkın, D., Mulligan, A.(2017). The Vasarhelyi method of child art psychotherapy: an adjunctive treatment in childhood depression. Psychoanalytic Psychotherapy. (32) 19-39.

Tanıl E., Coskunlu A., Mulligan A. (2018) 'Child Art Psychotherapy in CAMHS in Ireland - a Parent Satisfaction study'. Irish Journal of Medical Science.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Seyahat etmek, kitap okumak, müzik dinlemek.