T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

KANSER HASTALARININ KÖTÜ HABER ALMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Enes ÇİÇEK

EDİRNE-2023

TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nezih Hamdi DAĞDEVİREN'e, Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya, Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, tez sürecinde desteklerini ve tecrübelerini benden esirgemeyen değerli eğitim ve tez hocam Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'e, yardımları ve destekleri için Dr. Ertan YURDAKUL'a bütün çalışma arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan aileme ve eşim İlayda ÇİÇEK'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ……..1

GENEL BİLGİLER…….....3

KANSER TANIMI VE ÖNEMİ…….....3

KANSER GELİŞİMİ VE RİSK FAKTÖRLERİ …….……..4

DÜNYA' DA EN SIK GÖRÜLEN KANSER TİPLERİ ……6

TÜRKİYE'DE EN SIK GÖRÜLEN KANSER TİPLERİ……..……7

KÖTÜ HABER……9

KÖTÜ HABERİ KİM VERMELİ?……...…...……...10

KÖTÜ HABER NASIL VERİLMELİDİR?.…….....10

KÖTÜ HABER VERME METOTLARI.....11

GEREÇ VE YÖNTEMLER…….....15

BULGULAR…….....17

TARTIŞMA…….....32

SONUÇLAR…….....38

ÖZET…….....40

SUMMARY…….....42

KAYNAKLAR…….....44

EKLER……47

SİMGE VE KISALTMALAR

EBV : Epstein-Barr Virüs

HIV : Human İmmunodeficiency Virüs

HPV : Human Papilloma Virüs

KHV : Kötü haber verme

SCC : Skuamöz hücreli karsinom

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar birinci sırada iken kanser nedenli ölümler ikinci sırada yer almaktadır (1). İnsani gelişme endeksi yüksek ülkelerde ise prematür ölüm (30-69 yaş aralığında) nedenleri arasında kanser ilk sırada yer almaktadır (2). Hastalar ve hasta yakınları tarafından kanser kelimesi ölüm ile bağdaştırılmaktadır. Bu nedenle kötü haberin nasıl söylendiğinin önemi artmaktadır (3).

Kötü haber ‘’Kişinin kendi geleceği ile ilgili fikirlerini büyük ölçüde ve olumsuz yönde değiştiren herhangi bir haber’’ olarak tanımlanmışsa da daha sonra tıp literatürlerine ‘’ Hiçbir umudun kalmadığı, kişinin yaşam tarzını bozma riski taşıyan ve ya fiziksel ve ruhsal iyiliğine karşı bir tehdit oluşturan durumlar veyahut kişiye kalan hayatı ile ilgili çok az seçeneği kaldığını ima eden durumlar’’ şeklinde girmiştir (4). Kötü haber verme (KHV) hekimi en çok zorlayan görevlerden biridir. Bu görev ancak iyi bir eğitim ile tam manasıyla yerine getirilebilir. Tıp fakültesinde KHV eğitiminin üzerinde yeterince durulmaması, kötü haberi veren doktor ve kötü haberi alan hasta için büyük sorunlar oluşturmaktadır (5). Amerikan Klinik Onkoloji Derneği’nin düzenlediği bir sempozyuma katılan doktorların %42'si KHV ile ilgili bir eğitim almadığını, %39’u ise kendini bu konuda yeterli görmediğini belirtmiş (6).

Kötü haberin nasıl verilmesi gerektiği ile ilgili derlemeler ve makaleler tıp literatüründe bir miktar yer alsa da, kabul edilmiş bir kılavuz yoktur. Genel kanı kötü haberi vermenin daha iyi ve daha kötü yolları olduğu yönündedir. Kötü haberin nasıl söylendiğinin, haber verilirken ki ortamın nasıl olduğunun hem haberi veren üzerinde hem de haberi alan üzerinde etkileri olmaktadır (7).

KHV ile ilgili birçok metottan bahsedilmektedir. Bunlardan en bilineni SPIKES modelidir. SPIKES modelinden sonra Mcphee ve Rabow’un geliştirdiği hem kapsamlı hem de

uygulaması ve hatırlaması daha kolay olan ABCDE modeli geliştirilmiştir. ABCDE modeli iyi hazırlık, ilişki ortamını hazırlamak, iletişim becerisi, ilgi göstermek, iletişim için cesaretlendirmek şeklinde Türkçeleştirilmiştir (4).

Çalışmamızda kanser hastalarının kötü haber alma durumlarını inceleyerek kötü haberin nasıl, ne kadar sürede, nasıl bir ortamda söylendiğini ve hastaların neler hissettiklerinin incelemesi planlanmıştır. Böylece kötü haber verilirken hastayı ve hastanın psikolojisini nelerin etkileyebileceği ve hekim olarak farklı yapılabilecekler ortaya konmaya çalışılmıştır.

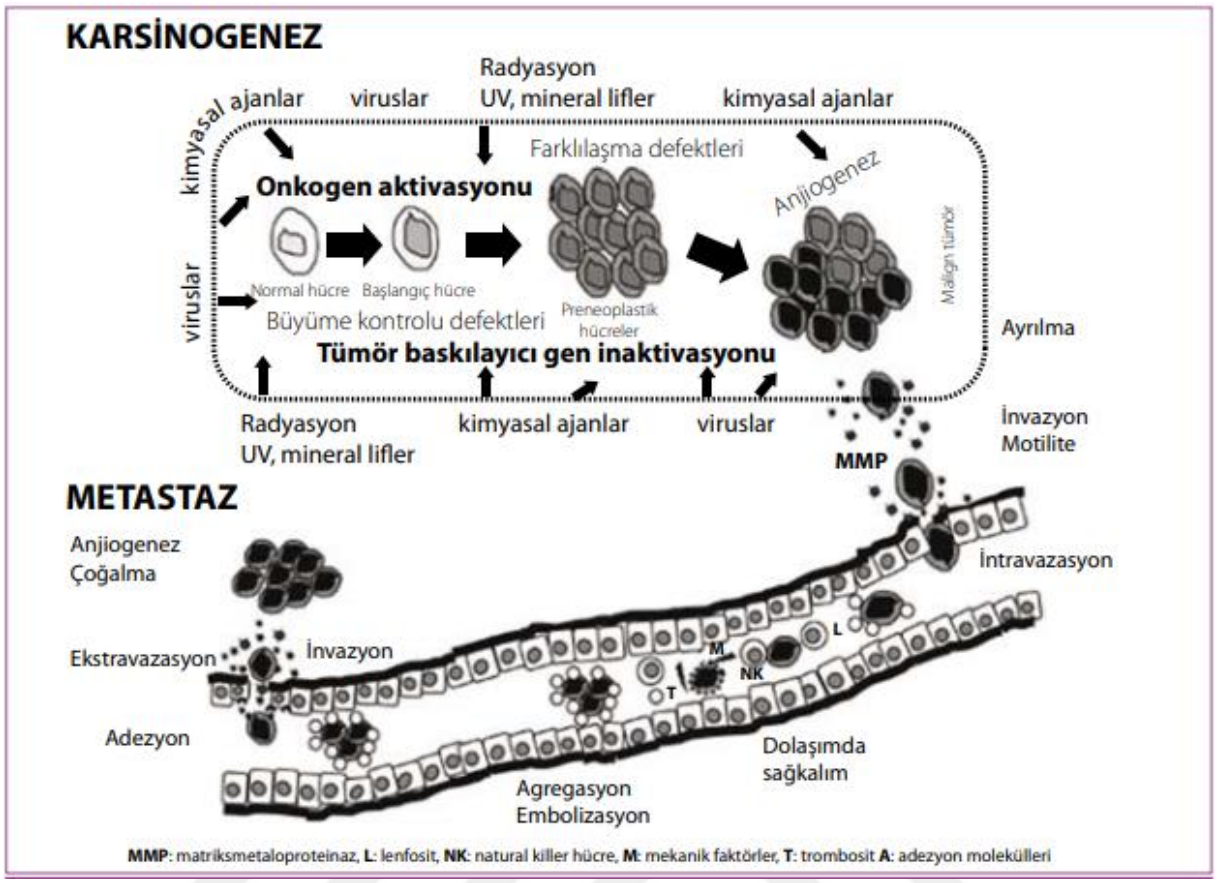
GENEL BİLGİLER

KANSER TANIMI VE ÖNEMİ

Kanser, tedavi edilmezse ölümle sonuçlanabilen, anormal hücrelerin kontrol dışı büyümesi ve yayılması ile karakterize bir grup hastalıktır (8). Başka bir deyişle kanser, vücudun hemen her organında veya dokusunda başlayabilen anormal hücrelerin kontrolsüz şekilde büyüdüğü, olağan sınırlarını aşarak vücudun bitişik kısımlarını istila eden ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubudur (9).

Dünyada genelinde ölüm sebepleri arasında kanser ikinci sırada bulunmaktadır. Ülkemizde de tüm ölüm sebepleri arasında birinci sırada kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırada ise kanser yer almaktadır. Tüm dünya genelinde 2020 yılında 18 milyon kanser hastası olduğu ve 9,8 milyon kişinin kanserden öldüğü tahmin edilmekte olup, yapılan diğer bir çalışmada ise kanser vakalarına 2030 yılına kadar 22,2 milyon yeni vaka ekleneceği öngörülmektedir (10, 11).

Hastalık esas olarak bireylerin soludukları, yedikleri ve içtikleri ve işlerinde veya çevrelerinde maruz kaldıkları şeylerde kanserojen (kansere neden olan) maddelere maruz kalmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Kalıtsal genetik faktörlerden ziyade tütün kullanımı ve beslenme alışkanlıkları, obezite, alkol, kişisel alışkanlıklar, kronik inflamasyon, immünsüpresyon kanserojenlere ve viral hepatit B enfeksiyonu ve HPV enfeksiyonu gibi biyolojik faktörlere mesleki maruziyet gibi kanser etiyolojisinde önemli rol oynar (Şekil 1). Bu faktörlerin birçoğunun bilinmesi, kanser kontrolünün temeli olarak hizmet edebilir. Örneğin hepatit B'ye karşı aşılama karaciğer kanserine karşı koruma sağlayabilir (10) .



Şekil 1. Karsinogenezin oluşumu (12)

KANSER GELİŞİMİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

İnsan vücudundaki hücreler her gün yenilenmekte, eski hücreler ölürken yerine yeniler yapılmaktadır. Bu yenilenme siklusunda oluşan bir sorun hücrelerin kontrolsüz çoğalması ve anormal büyümesine neden olur ve kanser gelişmiş olur. Kanser çevre dokuları ve organları etkisi altına alabilir.

Kanserler aslında genetik hastalıklardır. Hücre bölünmesi DNA'nın fonksiyonel bölümü olan genler sayesinde denetlenir. Bölünme emri, bölünmenin evreleri, gerekli olduğunda bölünmeyi durdurma hepsi için ayrı genler vardır. Bölünmede bir anormallik olması durumunda DNA üzerinde durdurma emrini veren genler hücre bölünmesi işlemini durdurur. Bu genlerde oluşan mutasyonlar, delesyonlar, relokasyonlar hücre bölünmesinin kontrolsüz bir şekilde gerçekleşmesine ve sonuç olarak kanser gelişmesine neden olur. Kanser gelişimi çevresel veya genetik birçok etkene bağlıdır (13).

Kanser yapan etkenlere detaylı olarak bakacak olursak:

Virüsler: Hem DNA virüsleri hem de RNA virüsleri kansere neden olabilmektedir. Bulaş yolları farklı olsa da bu virüsler hücre çekirdeğine girip hücrenin genetik yapısını değiştirerek kansere neden olmaktadırlar. Hepatit B ve C virüslerinin hepatosellüler karsinoma

(HCC), HPV'nin serviks kanserine, EBV'nin lenfoma, mide, nazofarenks kanserine neden olduğu bilinmektedir. Human immunodeficiency virüs (HIV)'in direkt olarak kansere neden olmadığı fakat birçok kansere yatkınlık oluşturduğu bilinmekte; Hodgkin lenfomaya, Human Herpes Virus 8 (HHV-8) enfeksiyonuna bağlı kaposi sarkomuna, HPV'ye bağlı serviks kanserine ve anal kansere neden olabilmektedir (14).

Toksik Kimyasallar: İmalathanelerde, fabrikalarda ve birçok iş yerlerinde çalışanların toksik kimyasallara maruz kalması kansere yatkınlık oluşturur. Ayakkabı, deri imalatında çalışanlar, madenciler, asbeste kullanılan sektörlerde çalışanlar örnek gösterilebilir. Yiyeceklerde de kanserojen kimyasallar bulunabilir. Bu kanserojenler besinlerin tarlada yetiştirilmesi, ilaçlanması, işlenmesi, paketlenmesi sırasında karışabilir ya da besinlerin raf ömrünü uzatmak için kullanılan maddeler de kanserojen etki yapabilir (15).

Radyasyon: İyonize radyasyonun en önemli etkilerinden biri kanserdir. İyonize radyasyona maruz kalan hücre farklı şekillerde yanıt verebilir. Hiçbir şey olmayabilir, apoptoza gidebilir, radyasyonun DNA'ya verdiği hasar tamir mekanizmasıyla tamir edilebilir ve ya edilmeyebilir ve sonuç olarak anormal hücreler oluşur. Bu hücreler anormal şekilde çoğalarak kansere neden olur. Radyasyonun kanser oluşturması için önemli birkaç faktör vardır. Bunlar yaş, cinsiyet maruz kalınan süre ve doz, hücre tipidir. Radyasyon maruziyetinde kemik iliği, tiroid, meme, akciğer kanseri gelişme olasılığı daha yüksektir.

Güneş ışınlarında bulunan ultraviyole ışınlara uzun süre maruz kalmak melanoma ve diğer cilt kanserlerine neden olabilmektedir. X ışınları akciğer kanseri için risk faktörüdür. Ergen ve çocuklar radyasyona maruz kaldıklarında lösemi gelişme riski yetişkinlerden iki kat fazladır. Anne karnında radyasyona maruz kalma ise riski on kat artırır (16).

Tütün: Tütün kullanımı kanser insidansını ve mortaliteyi tek başına arttıran en büyük etkenlerden biridir. Sigaranın içinde kansere neden olduğu bilinen 70'den fazla madde bulunduğu bilinmekte. Sigara içen insanların içmeyenlere nazaran kansere yakalanma riski 20 kat daha fazladır. Her yıl 1 milyona yakın kişinin tütün nedenli kanserlerden vefat ettiği tahmin edilmektedir. Akciğer kanserlerinin çoğunun sigara kullanımı ile ilişkili olduğu bilinmekte olup, pasif içicilerin de akciğer kanserine yakalanma riski artmıştır. Tütün ve türevlerinin kullanımı ağız, yemek borusu, baş ve boyun kanserleri için de en önemli risk faktörüdür (17).

Beslenme: Vücut ağırlığının ve beslenme alışkanlığının kanser sebepleri arasında önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Aşırı kilolu, sedanter yaşayan, aktivite yapmayan insanların meme, kolon, özofagus, böbrek ve uterus kanseri gelişme riski fiziksel olarak aktif insanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Obezite ve fazla yağlı besinlerin alınması

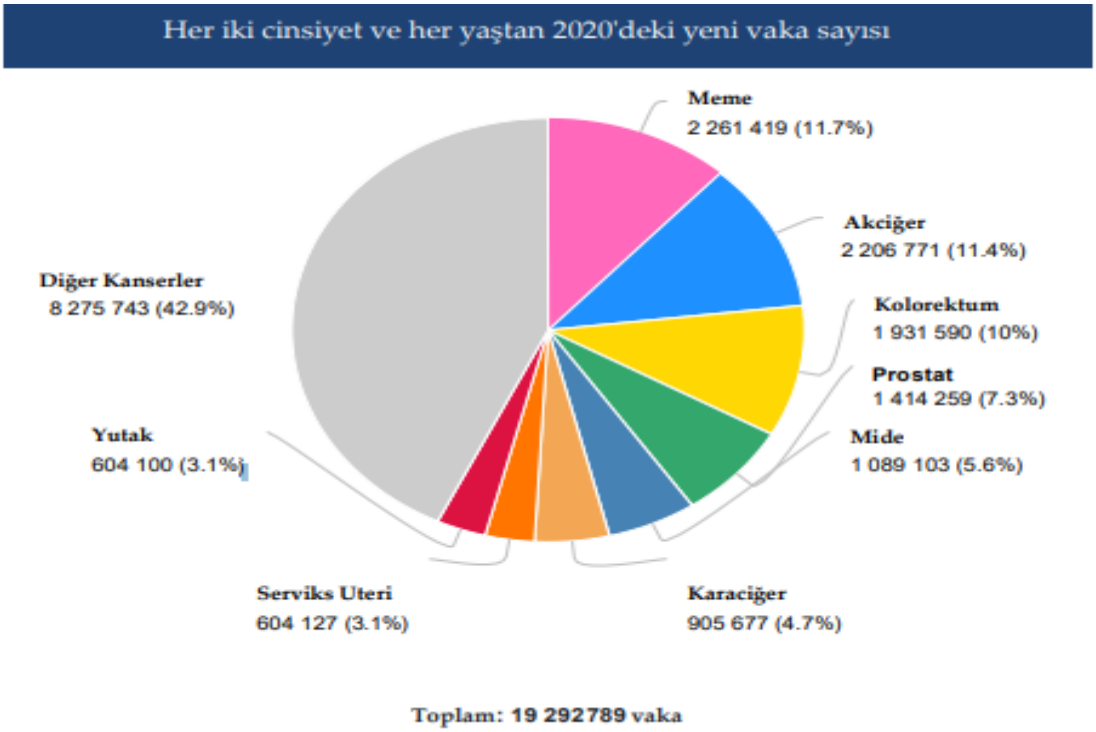
meme ve kolon kanseri ile ilişkili bulunmuştur. Aşırı alkol tüketimi yemek borusu, meme, karaciğer, baş, boyun kanserleri için önemli bir risk faktörüdür (18, 19).

Tütsülenmiş yiyecekler, kömür dumanında pişirilen etler, paketli gıdaların raf ömrünü uzatmak için eklenen bazı katkı maddelerinin kanserojen olduğu bilinmektedir. Mümkün olduğunca taze gıdalar tüketilmeli paketli gıdalardan kaçınılmalıdır (15).

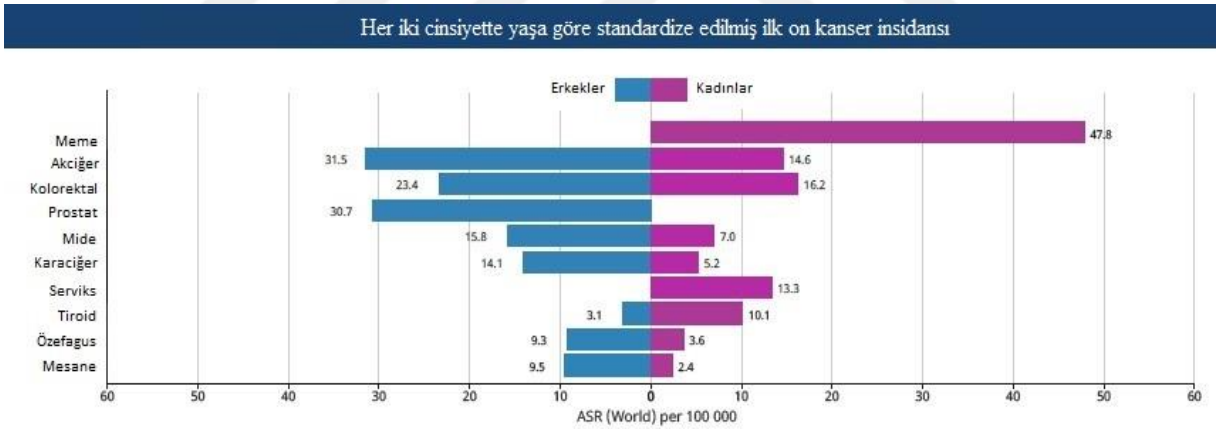
Genetik ve Ailesel Faktörler: Karsinogenezi anlamak bizim için önemli olmakla birlikte, kanserlerin sadece küçük bir kısmı mendelyen tarzında kalıtılır. Otozomal dominant bir şekilde kalıtılan neoplazmlar arasında retinoblastomlar, multiple endokrin neoplazi sendromları ve polipozis koli bulunur. Kolorektal kanser ve meme kanseri düşük penetrasyonlu ailesel risk paternleri gösterir. Aynı zamanda, edinilmiş somatik mutasyonlar, malign hücrelerde evrensel olarak tanımlanır ve bazıları kanserin gelişimini ve ilerlemesini açıkça yönlendirir. Rastgele genetik mutasyonlar sıklıkla meydana gelirken, hücre büyümesi ve proliferasyonu ile ilgili proto-onkogenler, hücresel proliferasyonun düzenlenmesinde yer alan tümör baskılayıcı genler ve kromozomal instabilite ile ilişkili yanlış eşleşme onarım genleri, karsinogenez, tümör büyümesi, ilerlemesi, istilası ve metastazında kritik rol oynarlar. Neyse ki, spontan mutasyon oranı nispeten düşüktür ve malignite ile sonuçlanan tam karsinojenik dönüşüm için genellikle birden fazla mutasyon olayı gereklidir (20).

DÜNYA'DA EN SIK GÖRÜLEN KANSER TİPLERİ

Dünyada her 5 kişiden 1'i hayatları boyunca kansere yakalanır her 8 erkekten 1'i ve her 11 kadından 1'i kanser sebebiyle hayatını yitirir. Dünya genelinde 2020 yılında yeni vaka sayısı 19 milyon, ölüm sayısı 10 milyon olarak bildirilmiştir (Şekil 2). Dünya genelinde kanser tanısı konulduktan sonra 5 yıl sonra hayatta olan kişi sayısı 50,6 milyon olarak bildirilmiştir (21).



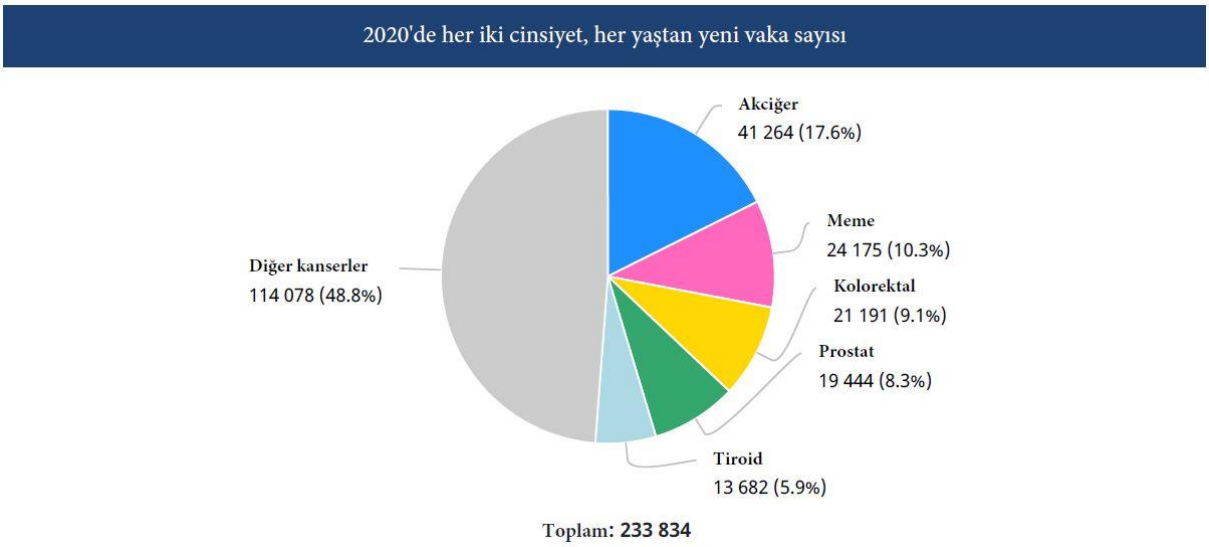
Şekil 2. Dünyada 2020 yılında her iki cinsiyetten, her yaştan kanser insidansı (21)



Şekil 3. Her iki cinsiyette yaşa göre standardize edilmiş ilk on kanserin insidansları (21)

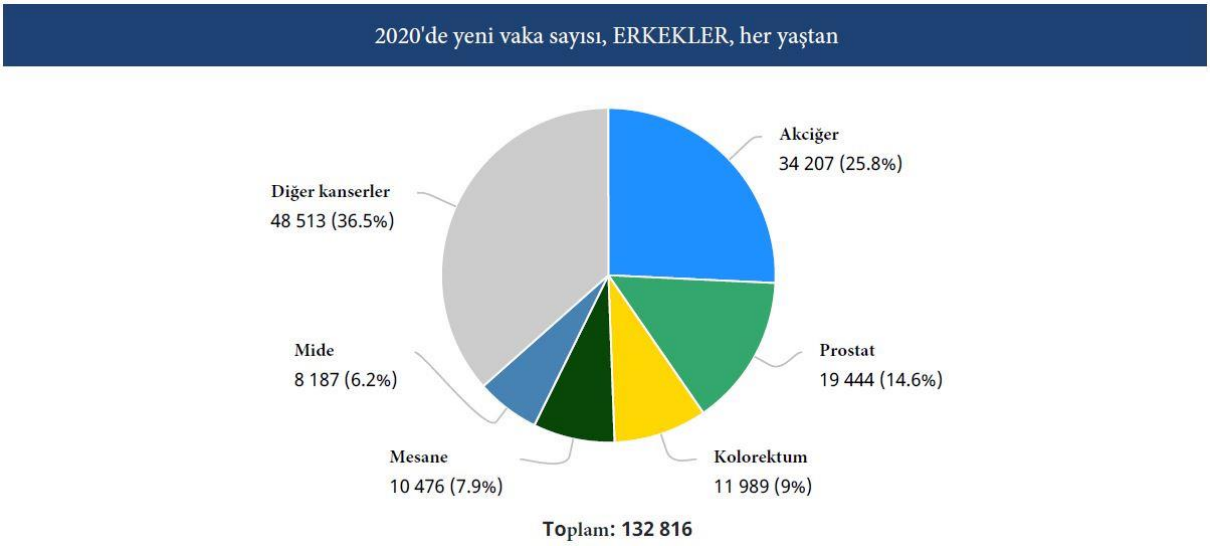
TÜRKİYEDE EN SIK GÖRÜLEN KANSER TİPLERİ

Ülkemizin nüfusu her geçen gün daha da artmakta, bununla paralel olarak da yıllık yeni kanser tanısı alan kişi sayısı da artmaktadır. Türkiye nüfusu 2020 yılında 83.339.067 iken, yıllık yeni kanser vaka sayısı 233.834 ve kanser nedenli ölüm sayısı 126.335 olarak bildirilmiş (21).



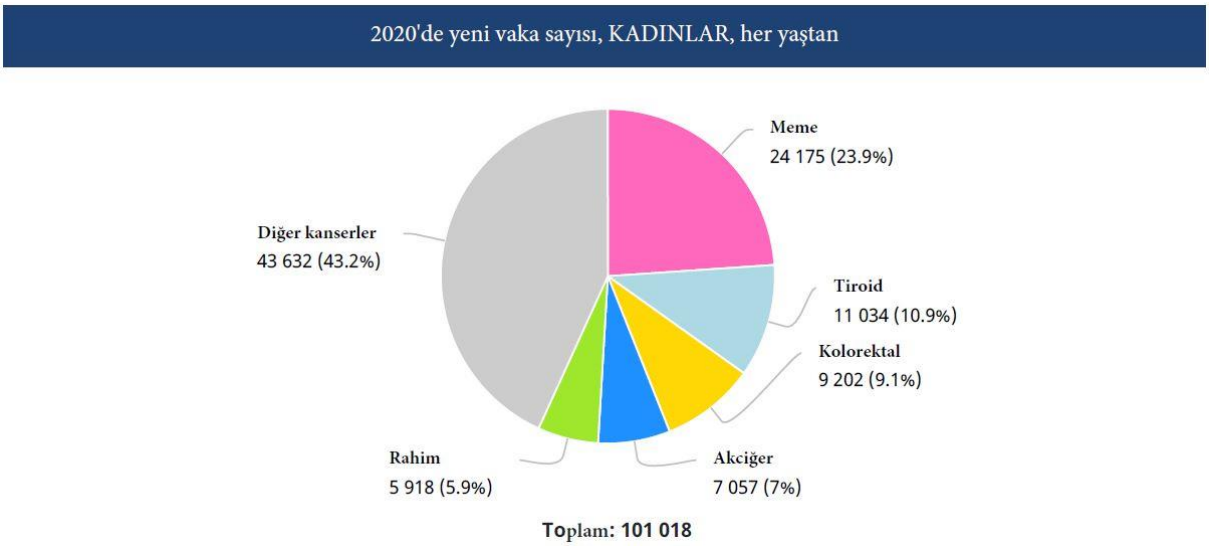
Şekil 4. Türkiye'de 2020'de her iki cinsiyet ve her yaştan yeni vaka sayısı (21)

2020 yılında Türkiye'de en sık görülen ilk 5 kanser tipi akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal kanserler, prostat kanseri, tiroid kanseri şeklinde sıralanmıştır (Şekil 4). Bu 5 kanser tipi tüm kanserlerin yüzde ellisinden fazlasını oluşturmaktadır (21).



Şekil 5. Türkiye'de 2020'de erkeklerde her yaştan yeni vaka sayısı (21)

Erkeklerde en yaygın görülen kanserler akciğer kanseri, prostat kanseri, kolorektal kanserler, mesane kanseri, mide kanseri şeklinde sıralanmıştır (Şekil 5). Erkeklerde görülen kanserlerin %40'ının sigara ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (21).



Şekil 6. Türkiye'de 2020'de kadınlarda her yaştan yeni vaka sayısı (21)

Kadınlarda en yaygın görülen kanserler meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanserler, akciğer kanseri, rahim kanseri olarak sıralanmıştır (Şekil 6). Kadınlarda meme kanseri taramalarının ve farkındalığının arttırılması ile önümüzdeki yıllarda yeni vaka sayısının artması öngörülmektedir (21).

KÖTÜ HABER

Kötü haber ''Kişinin kendi geleceği ile ilgili fikirlerini büyük ölçüde ve olumsuz yönde değiştiren herhangi bir haber'' olarak tanımlanmışsa da daha sonra tıp literatürlerine '' Hiçbir umudun kalmadığı, kişinin yaşam tarzını bozma riski taşıyan ve ya fiziksel ve ruhsal iyiliğine karşı bir tehdit oluşturan durumlar veyahut kişiye kalan hayatı ile ilgili çok az seçeneği kaldığını ima eden durumlar'' şeklinde girmiştir (4).

Birçok meslek grubunda çalışanların hayatlarının bir döneminde kötü haber vermesi gerekebilir fakat tıpta bu durum diğer mesleklere göre çok daha sık oluşur. Tıpta kötü haber hekimlerin hastalara ve hasta yakınlarına olumsuz bir durumu açıklaması olarak tanımlanabilir. Hekimin kanser dışında birçok durumda da kötü haber vermesi gerekebilir. Hamile bir kadının ultrasonunda kalp atışı olmadığını söylemek, orta yaş bir kadının MR görüntülerinde multiple skleroz ile uyumlu görüntüler olduğunu söylemek, kilo alamayan ve kronik ishali olan hastanın patoloji sonucunun çölyak hastalığı ile uyumlu olduğunu söylemek örnek olarak verilebilir (5).

Kötü haber verme hekimler için her zaman zor bir iştir ve çoğu zaman bu görevi yerine getirmede güçlük yaşanır. Hekimler çok net şekilde konuşmaktan, sorulabilecek sorulardan, karşılaşılabilecek duygulardan çekinir (4). Çünkü insan günlük hayatta kötü şeylerin kendi başına gelmeyeceğine inanarak yaşar ve hayatını buna göre sürdürür. Yalom 1980'de buna

değinerek insanın biyolojisine aykırı iki düşüncesi olduğundan bahsetmiştir. Birincisi bana bir şey olmaz ikincisi ise bir kurtarıcı gelecek düşüncesidir. Bu yüzden kötü haber verilmesi insanların içindeki bana bir şey olmaz düşüncesine ters düşmektedir (22).

KÖTÜ HABERİ KİM VERMELİ?

Kötü haber verme konusunda yanıtlanması gereken iki soru vardır. Kötü haber verilmeli mi? Verilmeli ise kim vermelidir? Kötü haberi kimin vermesi gerektiği sorusunun cevabı: kötü haberi hastanın tüm bilgilerine sahip ve hastayı en iyi tanıyan tanı koyma ve tedavisinde görev alacak olan hekimin vermesi gerekmektedir. Hekimin hastayla ilgilenecek tüm sağlık çalışanlarını da bilgilendirmesi gerekmektedir. Çünkü hasta ve hasta yakınlarının sorularına aynı cevapların verilmesi gerekmektedir. Fakat uygulamada hep bu şartlar karşılanamayabilir. Nöbet şartlarında hekim ve ya diğer sağlık çalışanları kötü haber vermek zorunda kalabilir (23).

KÖTÜ HABER NASIL VERİLMELİDİR?

Kötü haber verme tarzının hasta-hekim ilişkisi üstünde büyük etkileri olmaktadır. Bu etki hastanın hekime ve tedaviye olan güvenini kalıcı şekilde etkileyebilir. Bu nedenle kötü haberin verilme tarzı çok önemlidir. KHV ile ilgili kabul görmüş bir rehber olmamakla birlikte kötü haber vermeyi hem hasta hem hekim için kolaylaştırabilecek birçok metot bulunmaktadır (4).

Buckman 1992 yılında 6 basamaktan oluşan bir modelden bahsetmiştir:

1. Doğru ayarlamaları yapmak.
2. Hastanın neleri bildiğini öğrenmek.
3. Hastanın neleri bilmek istediğini öğrenmek.
4. Hastaya bilgi vermek.
5. Hastanın verdiği tepkileri yanıtlamak.
6. Konuşulan ana konuyla ilgili özetleme yaparak sonlandırmak (23).

Girgis ve Sanson-Fisher 1998 yılında bu konuda 12 basamaklı şu modeli önermiştir:

1. Kötü haber sessiz ve uygun bir ortamda verilmeli.
2. Yeterince zaman ayrılmalı.
3. Hastanın durumu anlayışını ve duygulanımını değerlendirmeli.
4. Dürüstçe ve basit bir şekilde bilgi verilmeli.

5. Hastanın hislerini ifade etmesi için yüreklendirmeli.
6. Hastanın duygularına empati ile yaklaşmalı.
7. Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmeli.
8. Elden başka bir şey gelmez mesajı vermekten kaçınmalı.
9. Bir sonraki görüşme için plan yapmalı.
10. Tedavi hakkında bilgilendirmeli.
11. Destek verebilecek kaynaklar hakkında bilgi vermeli.
12. Verilen bilgiler kaydedilmeli (24).

KÖTÜ HABER VERME METOTLARI

Kötü haber verme hekimler için her zaman zor bir görev olmuştur. Tıp fakültesinde KHV ile ilgili yeterince eğitim verilmediği için klinisyenler bu görevi yerine getirmekten çekinirler. Bu görevi kolaylaştırmak ve daha profesyonelce yapmak adına birçok KHV tekniği oluşturulmuştur. Hasta-hekim ilişkisini güçlendirmek, hastanın hekime, tedaviye ve kendi geleceğine olan güvenini sarsmamak için bu teknikler hekimler için yol gösterici olmuşlardır. Bu tekniklerdeki basamaklara bire bir uymak zorunluluğu olmamakla beraber hekim, hasta ile iletişimi sürdürerek değişiklikler yapabilir (7).

Kötü haber verme ile ilgili birçok model oluşturulmuştur. Bunlardan en sık kullanılanları SPIKES protokolü, ABCDE protokolü, BREAKS modeli ve Kaye'in 10 basamaklı yaklaşım modelidir.

ABCDE Protokolü

A-Advanced preparation (İyi hazırlık)

-Yeterli zaman, mahremiyet ve kesinti olmayacak şekilde ayarlamalar yapın (Telefon sessize alınmalı).

-Verilecek haber ile ilgili klinik bilgilere hakim olun.

-Zihinsel bir prova yaparak, kullanılacak ve kaçınılacak kelimeler belirleyin.

-Kendinizi duygusal olarak hazırlayın.

B-Build a therapeutic environment/relationship (İlişki ortamını hazırlamak)

-Hastanın neyi ne kadar bilmek istediğini belirleyin.

-Aile fertlerinden veya hastaya destek olabilecek kişilerden biri hazır bulunmalıdır.

-Kendinizi tanıtın.

-Hastaya kötü haberlerin geldiği hakkında uyarın.

-Uygun bir durumda hastaya dokunun.

C-Communicate well (İyi iletişim)

-Hastanın ve ailenin şu an neler bildiklerini sorun.

-Dürüst ama şefkatli olun, örtülü imalardan ya da tıbbi terimlerden kaçının.

-Sessizliğe ve ya gözyaşlarına izin verin, acele etmeyin.

-Hastanın haberlerden ne anladığını anlatmasını sağlayın, sonraki randevularda bu bilgileri tekrarlayın.

-Sorulara yanıt vermek için yeterli zamanı ayırın, bilgileri yazın ve yazılı olarak da verin.

-Her ziyareti bir özeti bir de takip planı ile sonlandırın.

D-Deal with patient and family reactions (İlgi göstermek)

- Hastanın ve ailesinin duygusal cevaplarını değerlendirin ve yanıtlayın; her randevuda tekrarlayın.

-Empati kurarak davranın.

-Meslektaşlarınızı eleştirmeyin veya tartışmayın.

E-Explore what the news means to the patient (İletişim için cesaretlendirmek)

-Haberin hasta için ne manaya geldiğini öğrenin.

- Hastanın hedeflerine göre gerçekçi bir umut sunun.

-Hastanın duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına uygun kaynaklar ve servisler önerin (5).

SPIKES Protokolü

S-Setting Up The Interview (Ortamı görüşme için hazırlamak)

Kötü haber verilecek olan ortamın mahrem, sessiz ve uygun bir ortam olması gerekmektedir. Görüşme sırasında oturur pozisyonda olmalı, hastanın bir yakınını da

görüşmeye almalı, göz teması kurulmalıdır. Hasta duygusallaşabilir ve ağlayabilir odada peçete bulundurmak gereklidir (25).

P-Assessing The Patient's Perception (Hastanın ne algıladığını değerlendirmek)

P ve I basamağı 'söylemeden önce sor' önermesini kullanır. Tıbbi bulguları konuşmadan önce hekim, hastanın süreç ve durumun ciddiyeti hakkında neler anladığını değerlendirmek için açık uçlu sorular sorar. Mesela 'Şu ana kadar tıbbi durumunuz ile ilgili neler söylendi?' veya 'Manyetik Rezonans görüntülemeyi neden yaptığımızı düşünüyorsunuz?'. Bu soruların yanıtları ile hastaya kötü haberi hastaya anlayacağı şekilde söyleyebiliriz ve eğer hastanın yanlış anladığı veya anlamadığı bir durum varsa düzeltme yapma imkânımız olur (25).

I-Obtaining The Patient's Invitation (Hastanın hastalığı ile ne kadar bilgi sahibi olmak istediğini öğrenmek)

Hastaların büyük bir kısmı hastalığı ve tüm detaylarını öğrenmek istediğini belirtse de bazı hastalar bunu istememektedir. Eğer hasta öğrenmek istemezse bir yakını ile konuşarak bilgilendirme yapmak gerekir (25).

K-Giving Knowledge and Information To The Patient (Hastayı hastalığı ile ilgili bilgilendirmek)

Konuşmada önce kötü haberin verileceğinin sinyallerinin verilmesi kötü haber verildiğinde hastanın yaşayacağı şoku azaltabilir. Hastanın önceden kötü habere alıştırılması bizim de kötü haberi söylememizi kolaylaştırır. 'Bunu söyleyeceğim için üzgünüm.' ya da 'Üzgünüm ama size kötü haberlerim var.' gibi söylemlerle başlanabilir.

Tıbbi bulguları aktarmak için ilk olarak hastanın anlama ve kelime dağarcığı seviyesinden başlamak gerekir. İkinci olarak 'metastaz' yerine 'yayılmış', 'biyopsi' yerine 'doku parçası' gibi teknik olmayan terimler kullanılmak gerekir. Üçüncü olarak fazla açık sözlü olmaktan kaçınmalıdır (örneğin, kanserin çok kötü ameliyat olmazsan ölürsün). Dördüncü olarak bilgiyi parçalar halinde vermek ve her seferinde hastanın anladığından emin olmalıdır. Beşinci olarak kötü prognozlu bir tanı varsa hastaya 'Artık elimizden başka bir şey gelmez' gibi cümleler kullanılmamalıdır. Çünkü bu söylem hastanın iyi bir ağrı kontrolüne ve semptomların giderilmesine ihtiyacı olacağı gerçeğine terstir (25).

E-Addressing The Patient's Emotions With Empathic Responses (Hastanın hislerine empati yaparak karşılık vermek)

Hastanın hislerine tepki vermek KHV'nin en zor kısmıdır. Hastaların tepkileri değişiklik gösterebilir, hasta ağlayabilir, sinirlenebilir, inanmayabilir, inkâr edebilir ya da hiç konuşmayabilir. Eğer hasta hiç konuşmazsa, hastanın ne hissettiğini veya ne düşündüğünü açık

bir şekilde hastaya sorarak hastanın tepkisini isimlendirmesini sağlayabiliriz. Hastanın tepkisini anladıktan sonra ona uygun bir şekilde davranılmalıdır. Mesela hasta kötü haberden sonra ağlamaya başlarsa sandalye hastaya yaklaştırılıp peçete uzatılabilir hatta hastanın omzuna veya koluna dokunarak destek olunabilir (25).

S- Strategy and Summary (Tedavi ile ilgili planlama yapmak ve takip etmek)

Hastaların kendi gelecekleri için bir plan yapmaya hazır olup olmadıklarını tespit etmek ve ona göre hasta ile görüşmeler sağlamak önemlidir. Çünkü geleceğe dair belirli bir planı olan hastalar olmayanlara göre daha az belirsizlik hissi ve anksiyete yaşarlar. Hasta ile karar verme sorumluluğunu paylaşmak, tedavi başarısız olduğunda hekimin herhangi bir başarısızlık hissetmemesini sağlar. Hastanın konuşulanları yanlış anlayıp anlamadığını kontrol etmek, tedavi etkinliğini abartma veya tedavinin amacını yanlış anlamayı önler (25).

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız 01.07.2022-31.09.2022 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Etik kurul onayı (Ek 1) alınarak, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Balkan Onkoloji Hastanesine başvuran kanser tanılı hastalara yüz yüze anket şeklinde yapılmıştır. Medikal Onkoloji polikliniğine, medikal onkoloji servisine ve ayaktan kemoterapi ünitesine gidilerek hastalara tek tek bilgi verildi ve gönüllülerden ankete katılmaları istendi. Gönüllülerin bilgilendirilmesi ve onam alınması, anketin başında araştırmayı açıklayan, gönüllülüğün esas olduğu ve şahsi bilgilerinin alınmayacağını bildiren bir metin sayesinde sağlandı.

Araştırmacı tarafından kanser hastalarının kötü haber alma durumlarının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanan anket gönüllülere yüz yüze uygulandı. Katılımcıların kişisel bilgileri alınmadı. Katılımcılara toplam 42 soru yöneltildi. İlk 9 soru sosyodemografik bilgiler ile ailede kanser öyküsü, kanserin tanısı, tanıyı ne kadar zaman önce öğrendiği, sonraki 33 soru ise kötü haberi nerede ve hangi koşullar altında aldığını sorgulayan anket sorularından oluşmaktaydı.

Gönüllülerin araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- Kanser tanısı almış olmak.
- Kanser hastası olduğunu biliyor olmak.
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri:

- İletişimi engelleyecek bir problemin olması olarak belirlendi.

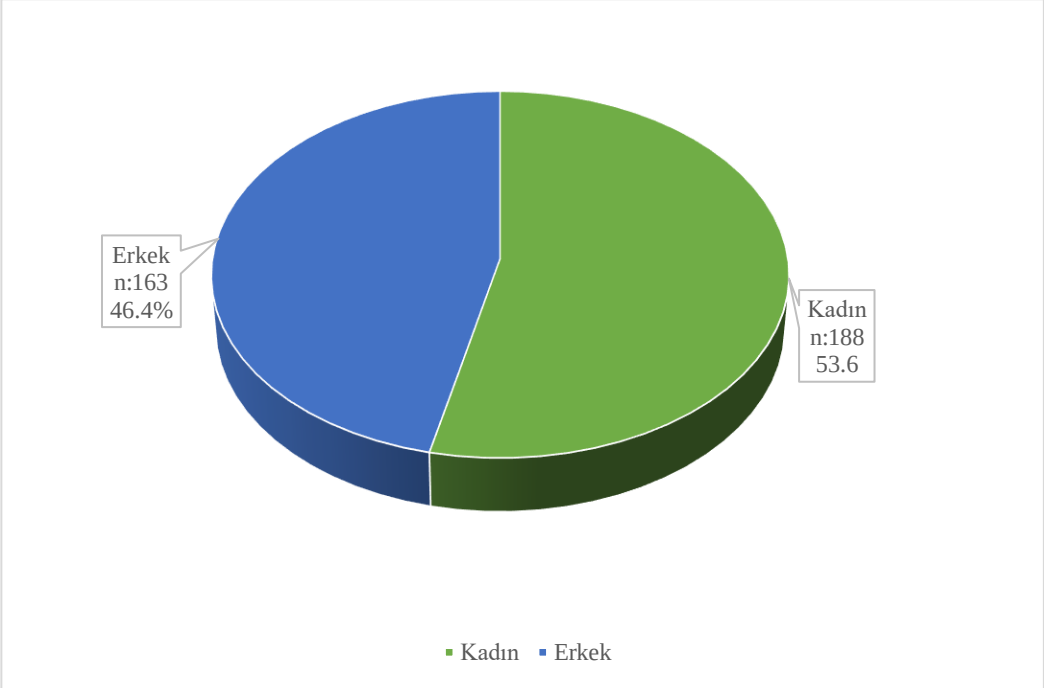
Hastanemiz sisteminden medikal onkoloji polikliniğine 3 ayda toplam 3900 hasta başvurusu olduğu öğrenilmiştir. %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü en az 350 hasta olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda 351 hastaya ulaşılmıştır.

İstatistiksel analiz: Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) istatistik programı ile analiz edildi. Verilerin tanımlayıcı istatistiği frekans, ortalama ± standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler, yüzdelik değerler şeklinde verilmiştir. Verilerin normallik dağılımı Kolmogorov-Smirnov testiyle değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler karşılaştırılırken Ki-kare testi, normal dağılıma uyan numerik ve ikili kategorik verilerin karşılaştırılması için student t testi, normal dağılıma uymayan numerik ve ikili kategorik verilerin karşılaştırılması için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p \leq 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Balkan Onkoloji Hastanesi medikal onkoloji polikliniğine başvuran 22-86 yaş aralığındaki çalışmaya katılmayı kabul eden 351 kişi dâhil edildi.

Çalışmamıza katılan hastaların 188'i (%53,6) kadın, 163'ü (%46,4) erkektir (Şekil 7). En küçük yaş 23, en büyük yaş 86, ortanca yaş 59 (ortalama 58,09±11,84) olarak bulundu. Kadın katılımcıların ortanca yaşı 58 (ortalama 56,85±11,96) (minimum yaş 24, maksimum yaş 86), erkek katılımcıların ortanca yaşı 62 (ortalama 59,69±11,37) (minimum yaş 23, maksimum yaş 80) olarak bulundu (Tablo 1).

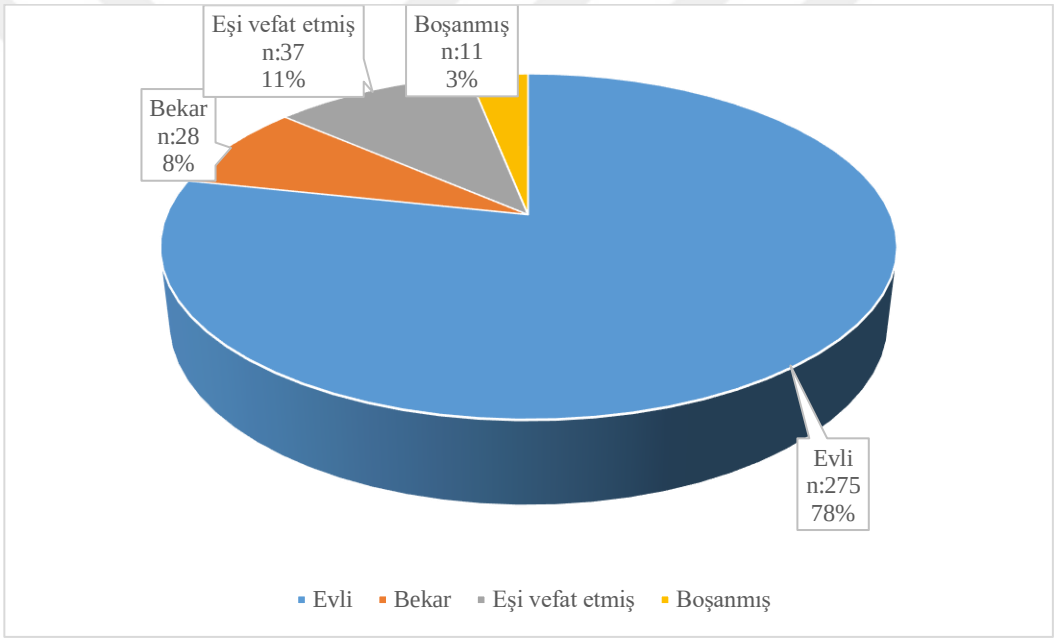


Şekil 7. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

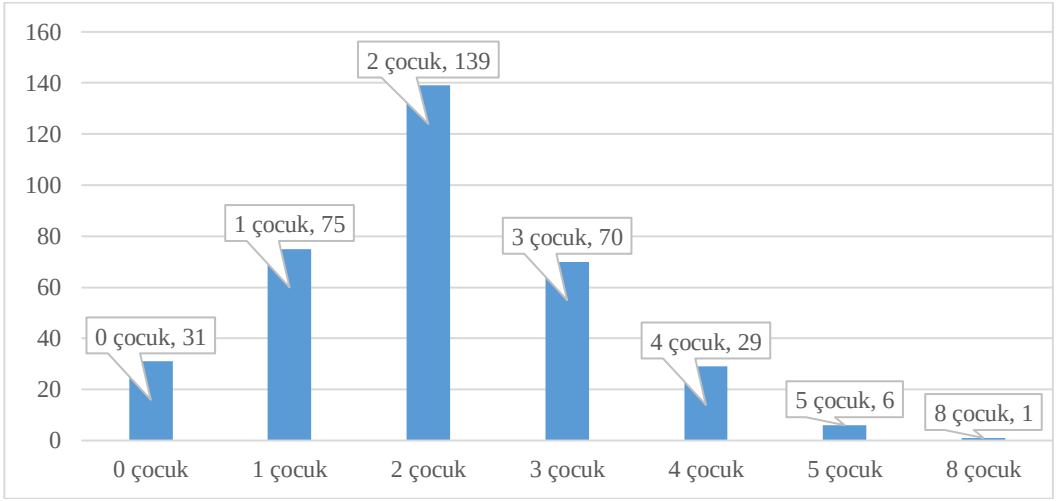
Tablo 1. Katılımcıların cinsiyet ve yaş dağılımı

Cinsiyet	Ortalama Yaş	Minimum	Maksimum
Erkek	59,69±11,37	23	80
Kadın	56,85±11,96	24	86
Genel	58,17±11,76	23	86

Medeni durumlar incelendiğinde katılımcıların 275'i (%78,3) evli, 28'i (%8) bekâr, 11'i (%3,1) boşanmış, 37'sinin (%10,6) eşi vefat etmiş olarak izlendi. Çocuk sayılarına bakıldığında hiç çocuğu olmayan 31 (%8,8) kişi, 1 çocuğu olan 75 (%21,4) kişi, 2 çocuğu olan 139 (%39,6) kişi, 3 çocuğu olan 70 (%19,9) kişi, 4 çocuğu olan 29 (%8,3) kişi, 5 çocuğu olan 6 (%1,7) kişi ve 8 çocuğu olan 1 (%0,3) kişi olarak izlendi.

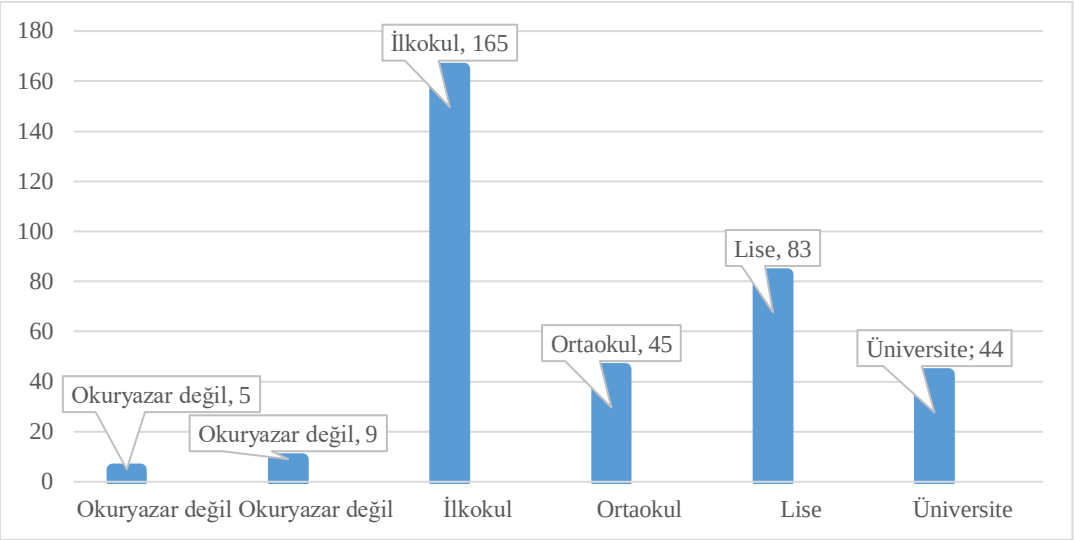


Şekil 9. Katılımcıların medeni durumlarının dağılımı



Şekil 10. Katılımcıların çocuk sayısı dağılımı

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde okuryazar olmayan 5 (%1,4) kişi, okuryazar 9 (%2,6) kişi, ilkokul mezunu 165 (%47) kişi, ortaokul mezunu 45 (%12,8) kişi, lise mezunu 83 (%23,6) kişi, üniversite mezunu 44 (%12,6) kişi olduğu görüldü.



Şekil 11. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre dağılımı

Ailesinde kanser öyküsü olanların sayısı 183 (%52,1), olmayanların sayısı 168 (%47,9) olarak izlendi.

Tablo 2. Ailede kanser öyküsüne göre katılımcıların dağılımı

Ailede kanser öyküsü durumu	**Kişi sayısı**	**%**
Ailesinde kanser öyküsü olanlar	183	52,1
Ailesinde kanser öyküsü olmayanlar	168	47,9

Katılımcılar kanser tanılarına göre incelendiğinde meme kanseri tanılı hasta sayısı 87 (%24,8), akciğer kanseri tanılı hasta sayısı 78 (%22,2), kolorektal kanser tanılı hasta sayısı 53 (%15), mide kanseri tanılı hasta sayısı 20 (%5,7), over kanseri tanılı hasta sayısı 19 (%5,4), lenfoma tanılı hasta sayısı 14 (%4), pankreas kanseri tanılı hasta sayısı 13 (%3,7), prostat kanseri tanılı hasta sayısı 10 (%2,8), multiple myelom tanılı hasta sayısı 10 (%2,8), mesane kanseri tanılı hasta sayısı 7 (%2), serviks kanseri tanılı hasta sayısı 6 (%1,7), böbrek kanseri tanılı hasta sayısı 6 (%1,7), periton kanseri tanılı hasta sayısı 5 (%1,5), nazofarenks kanseri tanılı hasta sayısı 5 (%1,5), testis kanseri tanılı hasta sayısı 4 (%1,2), yumuşak doku kanseri tanılı hasta sayısı 4 (%1,2), beyin kanseri tanılı hasta sayısı 4 (%1,2), lösemi tanılı hasta sayısı 4 (%1,2), safra yolları kanseri tanılı hasta sayısı 1 (%0,3), skuamöz hücreli kanser (Scc) tanılı hasta sayısı 1 (%0,3) olarak izlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların kanser tanılarının dağılımı

Kanser	n(%)	Kanser	n(%)	Kanser	n(%)
Meme	87 (24,8)	Prostat	10 (2,8)	Testis	4 (1,2)
Akciğer	78 (22,2)	Multiple myelom	10 (2,8)	Yumuşak doku	4 (1,2)
Kolorektal	53 (15)	Mesane	7 (2,0)	Beyin	4 (1,2)
Mide	20 (5,7)	Serviks	6 (1,7)	Lösemi	4 (1,2)
Over	19 (5,4)	Böbrek	6 (1,7)	Safra yolları	1 (0,3)
Lenfoma	14 (4,0)	Periton	5 (1,4)	Scc	1 (0,3)
Pankreas	13 (3,7)	Nazofarenks	5 (1,4)		

Katılımcıların 349'unun (%99,4) kamu sağlık güvencesine (Emekli sandığı, SSK, Bağ-kur, yeşil kart) sahip olduğunu belirtmiş. Katılımcıların 2'si (%0,6) hiçbir sağlık sigortası olmadığını belirtti. Özel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası olan katılımcı ise yoktu.

Katılımcıların 347'si (%98,9) tanıyı hastanede öğrendiğini belirtti. Tanıyı muayenehanede öğrenen kişi sayısı ise 4 (%1,1) idi.

Tanının öğrenilmesinin üzerinden geçen zaman dağılımına bakıldığında en yakın tarihte öğrenen katılımcı 1 ay önce, en uzak tarihte öğrenen katılımcı 156 ay önce öğrenmişti. Tanının öğrenilmesinin üzerinden geçen zaman dağılımının ortancası 12 ay idi.

Tanıyı katılımcıya kimin söylediğine bakıldığında katılımcıların 347'sine (%98,9) tanıyı doktor söylerken, 4 (%1,1) kişiye ise ailesinin tanıyı söylediği öğrenildi.

Katılımcılara haberi size veren kişinin kendini tanıtıp tanıtmadığı sorulduğunda 246 (%70,1) katılımcı haberi veren kişinin kendini tanıttığını söylerken, 105 (%29,9) katılımcı haberi veren kişinin kendini tanıtmadığını söyledi (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcılara kötü haberi veren kişinin kendini tanıtma durumu

Haberi veren kişi kendini tanıttı mı?	Kişi sayısı	%
Hayır, tanıtmadı	105	29,9
Evet, tanıttı	246	70,1

Katılımcılara 'Doktorunuz size tanı tedavi ve yan etkiler konusunda bilgi verdi mi?' sorusu yöneltildiğinde; katılımcıların 78'i (%22,2) hayır yanıtı verirken, 273'ü (%77,8) evet yanıtı verdi (Tablo 5).

Tablo 5. Doktorun hastayı tanı, tedavi ve yan etkiler konusunda bilgilendirme durumu

Doktorunuz size tanı, tedavi ve yan etkiler konusunda bilgi verdi mi?	Kişi sayısı	%
Hayır	78	22,2
Evet	273	77,8

Katılımcılara 'Doktorunuz görüşme sırasında sizinle göz teması kurdu mu?' sorusu sorulduğunda; katılımcıların 61'i (%17,4) hayır yanıtı verirken, 290'ı (%82,6) evet yanıtı verdi (Tablo 6).

Tablo 6. Doktorun görüşme sırasında göz teması kurma durumu

Doktorunuz görüşme sırasında sizinle göz teması kurdu mu?	Kişi sayısı	%
Hayır	61	17,4
Evet	290	82,6

Katılımcılara haberi ilk aldıklarında ne hissettikleri sorulduğunda; 133'ü (%37,9) herhangi bir şey hissetmediğini, 118'i (%33,6) üzüldüğünü, 95'i (%27,1) umutsuzluk, ruhsal çöküntü hissettiğini, 5'i (%1,4) ne hissettiğini hatırlamadığını söyledi (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların haberi ilk aldıklarında hissettikleri duygular

Haberi ilk aldığınızda ne hissettiniz?	Kişi sayısı	%
Herhangi bir şey hissetmedim	133	37,9
Üzüntü hissettim	118	33,6
Umutsuzluk ruhsal çöküntü hissettim	95	27,1
Hatırlamıyorum	5	1,4

Katılımcılara 'Doktorunuzun size anlattıklarını anlayabildiniz mi?' sorusu soruldu. Katılımcıların 57'si (%16,2) hayır yanıtı verirken, 294'ü (%83,8) evet yanıtı verdi (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların doktorun anlattıklarını anlama durumu

Doktorun söylediklerini anlayabildiniz mi?	Kişi sayısı	%
Hayır	57	16,2
Evet	294	83,8

Katılımcılara ‘Doktorun hastalığınızı size anlatırken kullandığı dil basit ve anlaşılabilir miydi?’ sorusu yöneltildi. Katılımcıların 55’i (%15,7) hayır yanıtı verirken, 296’sı (%84,3) evet yanıtı verdi (Tablo 9).

Tablo 9. Doktorun kullandığı dilin basit ve anlaşılabilir olma durumu

Doktorun hastalığınızı size anlatırken kullandığı dil basit ve anlaşılabilir miydi?	**Kişi sayısı**	**%**
Hayır	55	15,7
Evet	296	84,3

Katılımcılara ‘Doktor teşhisi ilk kez söylerken yanınızda başka biri var mıydı? Varsa yalnız olmak ister miydiniz? Yok ise birileri olsun ister miydiniz?’ soruları yöneltildi. Katılımcıların 278’i (%79,2) yanında bir yakınının olduğunu belirtirken, 73’ü (%20,8) haberi alırken yalnız olduklarını belirtti. Haberi alırken yalnız olan 49 (%13,9) katılımcı yalnız olmak istediğini söylerken, 24 (%6,8) katılımcı yalnız olmak istemediğini söyledi. Haberi alırken yanında yakını olan 261 (%74,3) katılımcı yalnız olmak istemediklerini söylerken, 17 (%4,8) katılımcı yalnız olmak istediklerini söyledi (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların haberi alırken yanlarında birilerinin olma durumu ve yalnız olmak isteme durumu

Doktorunuz teşhisi ilk kez söylerken yanınızda başka biri var mıydı?	**Kişi sayısı n(%)**	**Yalnız olmak ister miydiniz?**	**Kişi sayısı n(%)**
Hayır, yoktu	73 (20,8)	Hayır	24 (6,8)
		Evet	49 (13,9)
Evet, vardı	278 (79,2)	Hayır	261 (74,3)
		Evet	17 (4,8)

Katılımcılara önerilen tedaviyi kabul edene kadar doktorunuz ile tedaviler hakkında kaç kere görüştükleri soruldu. Katılımcıların 9’u (%2,6) hiç görüşmediklerini, 161’i (%45,9) 1 kere görüştüğünü, 112’si (%31,9) 2 kere görüştüğünü, 46’sı (%13) 3 kere görüştüğünü, 23’ü (%6,6) 3’ten fazla kere görüştüğünü söyledi (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların önerilen tedaviyi kabul edene kadar kaç kere görüşüldüğü

Önerilen tedaviyi kabul edene kadar kaç kere tedaviler hakkında görüştünüz?	Kişi sayısı	%
Hiç	9	2,6
1 kere	161	45,9
2 kere	112	31,9
3 kere	46	13
3'ten fazla kere	23	6,6

Katılımcılara 'Tedaviler hakkında daha fazla görüşmek ister miydiniz?' sorusu soruldu. Katılımcıların 252'si (%71,8) hayır yanıtı verirken, 99'u (%28,2) evet yanıtı verdi (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların 'Tedaviler hakkında daha fazla görüşmek ister miydiniz?' sorusuna yanıtları

Tedaviler hakkında daha fazla görüşmek ister miydiniz?	Kişi sayısı	%
Hayır	252	71,8
Evet	99	28,2

Katılımcılara ilk konuşmada canlarını en çok neyin sıktığı soruldu. Katılımcıların 203'ü (%57,8) hastalığı öğrenmek, 48'i (%13,7) hastalığın tedavi şeklini öğrenmek, 36'sı (%10,3) hastalığın tedavi sonuçlarını öğrenmek, 64'ü (%18,2) ise hiçbir şeyin canlarını sıkmadığını söyledi (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların 'Sizce ilk konuşmanın en can sıkıcı yanı neydi?' sorusuna yanıtları

Sizce ilk konuşmanın en can sıkıcı yanı neydi?	Kişi sayısı	%
Hastalığı öğrenmek	203	57,8
Hastalığın tedavi şeklini öğrenmek	48	13,7
Hastalığın tedavi sonuçlarını öğrenmek	36	10,3
Hiçbir şey canımı sıkmadı	64	18,2

Katılımcılara en büyük korkularının ne olduğu soruldu. Katılımcıların 81'i (%23,1) hiçbir korkum yok, 106'sı (%30,2) hastalığın yayılması, 21'i (%6) hastalığın tekrarlaması 45'i (%12,8) hayatımı kaybetmek, 98'i (%27,9) başkasına muhtaç olmak seçeneklerini işaretledi (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların en büyük korkuları

En büyük korkunuz nedir?	Kişi sayısı	%
Hiçbir korkum yok	81	23,1
Hastalığın yayılması	106	30,2
Hastalığın tekrarlaması	21	6
Hayatımı kaybetmek	45	12,8
Başkasına muhtaç olmak	98	27,9

Katılımcılara 'Size söylenenler hakkında anlamadığınız veya çelişkili bulduğunuz konular oldu mu?' sorusu soruldu. Katılımcıların 319'u (%90,9) hayır, 32'si (%9,1) evet yanıtı verdi (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların 'Size söylenenler hakkında anlamadığınız veya çelişkili bulduğunuz konular oldu mu?' sorusuna yanıtları

Size söylenenler hakkında anlamadığınız veya çelişkili bulduğunuz konular oldu mu?	Kişi sayısı	%
Hayır	319	90,9
Evet	32	9,1

Katılımcılara 'Bilmek istediğiniz her şeyin size söylendiğini düşünüyor musunuz?' sorusu soruldu. Katılımcıların 36'sı (%10,3) hayır derken, 315'i (%89,7) evet yanıtı verdi (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların 'Bilmek istediğiniz her şeyin size söylendiğini düşünüyor musunuz?' sorusuna yanıtları

Bilmek istediğiniz her şeyin size söylendiğini düşünüyor musunuz?	Kişi sayısı	%
Hayır	36	10,3
Evet	315	89,7

'Doktorunuzun size daha yakın davranmasını ister miydiniz?' sorusuna 194 (%55,3) kişi hayır, 157 (%44,7) kişi evet yanıtı verdi. Hayır yanıtı doktorun yeterince yakın davrandığını gösterirken evet yanıtı doktorun yeterince yakın davranmadığını göstermekteydi (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların 'Doktorunuzun size daha yakın davranmasını ister miydiniz?' sorusuna yanıtları

Doktorunuzun size daha yakın davranmasını ister miydiniz?	Kişi sayısı	%
Hayır	194	55,3
Evet	157	44,7

'Doktorunuzun size yaklaşımı sırasında empati kurduğunu ve uygun davrandığını düşünüyor musunuz?' sorusuna katılımcıların 47'sı (%13,4) hayır, 304'ü (%86,6) evet yanıtı vermiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların 'Doktorunuzun size yaklaşımı sırasında empati kurduğunu ve uygun davrandığını düşünüyor musunuz?' sorusuna yanıtları

Doktorunuzun size yaklaşımı sırasında empati kurduğunu ve uygun davrandığını düşünüyor musunuz?	Kişi sayısı	%
Hayır	47	13,4
Evet	304	86,6

'Doktorunuzun size yeterince zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?' sorusuna katılımcıların 58'i (%16,5) hayır, 293'ü (%83,5) evet yanıtı verdi (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların 'Doktorunuzun size yeterince zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?' sorusuna yanıtları

Doktorunuzun size yeterince zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?	Kişi sayısı	%
Hayır	58	16,5
Evet	293	83,5

Katılımcılara 'Tanıyı öğrendiğiniz görüşme ne kadar sürmüştü?' sorusu yöneltildi. Katılımcıların 113'ü (%32,2) 10 dakikanın altında, 148'i (%42,2) 10-20 dakika arası, 90'ı (%25,6) 20 dakikadan fazla seçeneklerini işaretledi (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların 'Tanıyı öğrendiğiniz görüşme ne kadar sürmüştü?' sorusuna yanıtları

Tanıyı öğrendiğiniz görüşme ne kadar sürmüştü?	Kişi sayısı	%
10 dakikadan az	113	32,2
10-20 dakika arası	148	42,2
20 dakikadan fazla	90	25,6

‘Doktora ilk başvurduğunuzda kanser olabileceğinizden şüphelendiniz mi?’ sorusuna katılımcıların 227’si (%64,7) hayır, 124’ü (%35,3) evet yanıtı verdi (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların ‘Doktora ilk başvurduğunuzda kanser olabileceğinizden şüphelendiniz mi?’ sorusuna yanıtları

Doktora ilk başvurduğunuzda kanser olabileceğinizden şüphelendiniz mi?	**Kişi sayısı**	**%**
Hayır	227	64,7
Evet	124	35,3

‘Haber verme sırasında sessiz ve uygun bir ortam var mıydı?’ sorusuna katılımcıların 63’ü (%17,9) hayır, 288’i (%82,1) evet yanıtı verdi (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların ‘Haber verme sırasında sessiz ve uygun bir ortam var mıydı?’ sorusuna yanıtları

Haber verme sırasında sessiz ve uygun bir ortam var mıydı?	**Kişi sayısı**	**%**
Hayır	63	17,9
Evet	288	82,1

‘Görüşme sırasında doktorunuzla karşılıklı oturuyor muydunuz?’ sorusuna katılımcıların 46’sı (%13,1) hayır, 305’i (%86,9) evet yanıtı verdi (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların ‘Görüşme sırasında doktorunuzla karşılıklı oturuyor muydunuz?’ sorusuna yanıtları

Görüşme sırasında doktorunuzla karşılıklı oturuyor muydunuz?	**Kişi sayısı**	**%**
Hayır	46	13,1
Evet	305	86,9

‘Doktor ile hastalığınızı konuşurken istemediğiniz kesilmeler oldu mu?’ sorusuna katılımcıların 331’i (%94,3) hayır, 20’si (%5,7) evet yanıtı verdi (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların ‘Doktor ile hastalığınızı konuşurken istemediğiniz kesilmeler oldu mu?’ sorusuna yanıtları

Doktor ile hastalığınızı konuşurken istemediğiniz kesilmeler oldu mu?	**Kişi sayısı**	**%**
Hayır	331	94,3
Evet	20	5,7

‘Konuyu başka bir yerde ve ortamda görüşmek ister miydiniz?’ sorusuna katılımcıların 267’si (%76,1) hayır, 84’ü (%23,9) evet yanıtı verdi (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların ‘Konuyu başka bir yerde ve ortamda konuşmak ister miydiniz?’ sorusuna yanıtları

Konuyu başka bir yerde ve ortamda konuşmak ister miydiniz?	**Kişi sayısı**	**%**
Hayır	267	76,1
Evet	84	23,9

Teşhis koyulmadan önce sigara kullanan katılımcı sayısı 180 (%51,3) iken kullanmayan katılımcı sayısı 171 (%48,7) idi. ‘Teşhis koyulmadan önce sigaranın kansere neden olabileceğini biliyor muydunuz?’ sorusuna 30 (%8,5) kişi hayır, 321 (%91,5) kişi evet dedi (Tablo 26).

Teşhis koyulmadan önce alkol tüketen katılımcı sayısı 89 (%25,4) iken kullanmayan katılımcı sayısı 262 (%74,6) idi. ‘Teşhis koyulmadan önce alkolün kansere neden olabileceğini biliyor muydunuz?’ sorusuna 27 (%7,7) kişi hayır, 324 (%92,3) kişi evet dedi (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların tanı öncesi sigara ve alkol içme durumları, sigara ve alkolün kansere neden olabileceğini bilme durumları

	Hayır	**Evet**
Teşhis koyulmadan önce sigara kullanıyor muydunuz?	171 (%48,7)	180 (%51,3)
Sigaranın kansere neden olabileceğini biliyor muydunuz?	30 (%8,5)	321 (%91,5)
Teşhis koyulmadan önce alkol kullanıyor muydunuz?	262 (%74,6)	89 (%25,4)
Alkolün kansere neden olabileceğini biliyor muydunuz?	27 (%7,7)	324 (%92,3)

Katılımcılara ‘Hastalığınız ile ilgili bilgilerin size yazılı veya sesli kayıt şeklinde verilmesini ve daha sonra tekrar inceleyebilme ihtimaliniz olmasını ister miydiniz?’ sorusu yöneltildi. Katılımcıların 223’ü (%63,5) evet yanıtı verirken 128’i (%36,5) hayır yanıtı verdi (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların 'Hastalığınız ile ilgili bilgilerin size yazılı veya sesli kayıt şeklinde verilmesini ve daha sonra tekrar inceleyebilme ihtimaliniz olmasını ister miydiniz?' sorusuna yanıtları

Hastalığınız ile ilgili bilgilerin size yazılı veya sesli kayıt şeklinde verilmesini ve daha sonra tekrar inceleyebilme ihtimaliniz olmasını ister miydiniz?	Kişi sayısı	%
Hayır	128	36,5
Evet	223	63,5

'Teşhis size söylendikten sonra hastalık hakkında araştırma yaptınız mı?' sorusuna hayır yanıtı veren katılımcı sayısı 98 (%27,9) iken evet yanıtı veren katılımcı sayısı 253 (%72,1) idi (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların 'Teşhis size söylendikten sonra hastalık hakkında araştırma yaptınız mı?' sorusuna yanıtları

Teşhis size söylendikten sonra hastalık hakkında araştırma yaptınız mı?	Kişi sayısı	%
Hayır	98	27,9
Evet	253	72,1

İnternetten araştırma yapan katılımcı sayısı 228 (%65), kitaplardan araştırma yapan katılımcı sayısı 25 (%7,1), bilimsel çalışmaları inceleyen katılımcı sayısı 20 (%5,7), başka bir sağlık çalışanına danışan katılımcı sayısı 150 (%42,7), daha önce hastalığı geçiren kişilerden bilgi alan katılımcı sayısı 39 (%11,1) olarak izlendi (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların hastalıkları hakkında yaptıkları araştırmaların kaynağı

Araştırmanın kaynağı	Kişi sayısı	%
İnternetten araştırdım	228	90,1
Kitap okudum	25	9,8
Bilimsel çalışmalar inceledim	20	7,9
Başka bir sağlık çalışanına danıştım	150	59,2
Daha önce kanser tanısı alanlara danıştım	39	15,4

Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam %100'ü geçmektedir.

Katılımcıların verdikleri cevaplara göre en olumsuz 5 madde tabloda sıralandığı gibiydi. Kişi sayısı doğru yapan hekimleri göstermektedir (Tablo 30).

Tablo 30. Katılımcıların cevaplarına göre en olumsuz ilk beş madde

Sorular	Olumlu yanıt	Olumsuz yanıt
Doktorunuzun size daha yakın davranmasını ister miydiniz?	194 (Hayır)	157 (Evet)
Tanıyı öğrendiğiniz görüşme ne kadar sürmüştü?	238 (10 dk üstü)	113 (10 dk altı)
Haberi veren kişi kendini tanıttı mı?	246 (Evet)	105 (Hayır)
Doktorunuz size tanı, tedavi ve yan etkiler konusunda bilgi verdi mi?	273 (Evet)	78 (Hayır)
Doktorunuz teşhisi ilk kez söylerken yanınızda başka biri var mıydı?	278 (Evet vardı)	73 (Hayır yoktu)

Hastaların beklediği, kötü haber verilirken hekimlerin daha yakın bir tavır sergilemeleriydi. 10 dakikanın üzerinde süren görüşmeler yeterli kabul edildi. Hastaya kötü haber verirken hekimlerin kendini tanıtma oranının %70,1; tanı, tedavi ve yan etkiler konusunda bilgi verme oranının %77,8 olması göze çarpmaktadır. Çünkü bunlar ilk basamakta yapılması gereken adımlardır. İlk basamaktan yanlış başlanılan görüşmenin iyiye doğru gitmesi daha zor olacaktır.

Katılımcıların verdikleri cevaplara göre en olumlu 5 soru aşağıdaki gibiydi (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların verdikleri cevaplara göre en olumlu ilk beş madde

Sorular	Olumlu yanıt	Olumsuz yanıt
Görüşme sırasında doktorunuzla karşılıklı oturuyor muydunuz?	305 (Evet)	46 (Hayır)
Doktorun hastalığınızı size anlatırken kullandığı dil basit ve anlaşılabilir miydi?	296 (Evet)	55 (Hayır)
Doktorun söylediklerini anlayabildiniz mi?	294 (Evet)	57 (Hayır)
Doktorunuz görüşme sırasında sizinle göz teması kurdu mu?	290 (Evet)	61 (Hayır)
Haber verme sırasında sessiz ve uygun bir ortam var mıydı?	288 (Evet)	63 (Hayır)

Cinsiyet ile hastaların en büyük korkuları karşılaştırıldığında kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı fark izlenmiştir (Tablo 32). Kadınlar istatistiksel anlamlı olarak daha çok hastalığın yayılması ve başkasına muhtaç olmak seçeneğini işaretlemiştir (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların en büyük korkularının cinsiyet ile arasındaki ilişki

	Kadın	Erkek	p*
Hiçbir korkum yok	19 (%5,4)	62 (%17,6)	0,092
Hastalığın yayılması	64 (%18,2)	42 (%12)	<0,001
Hastalığın tekrarlaması	14 (%4)	7 (%2)	0,214
Hayatını kaybetmek	24 (%6,8)	21 (%6)	0,973
Başkasına muhtaç olmak	67 (%19,1)	31 (%8,9)	0,001

*Ki kare istatistiksel analiz

Eğitim seviyesi ile doktorun söylediklerini anlama durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Cinsiyet ile tanı ilk defa öğrenildiğinde hissedilen duygu karşılaştırıldığında erkek ve kadın cinsiyet arasında anlamlı fark izlenmiştir (p<0.001) (Tablo 33). Herhangi bir şey hissetmedim diyen katılımcılarda erkekler anlamlı olarak daha yüksek iken; kadınlar daha çok umutsuzluk ve ruhsal çöküntü hissetmişlerdir.

Tablo 33. Cinsiyet ile haber ilk alındığında hissedilen duygu karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	p*
Herhangi bir şey hissetmedim	50 (%14,2)	88 (%25,1)	<0,001
Üzüntü	71 (%20,2)	47 (%13,4)	0,098
Umutsuzluk, ruhsal çöküntü	67 (%19,1)	28 (%8)	<0,001

*Ki kare istatistiksel analiz

Hastalık hakkında araştırma yapma durumu ile yaş karşılaştırıldığında, hastalık hakkında araştırma yapma durumu ile yaş arasında anlamlı fark izlenmiştir (p<0,001) (Tablo 34).

Tablo 34. Hastalık hakkında araştırma yapma durumu ve yaş arasındaki ilişki

Teşhis size söylendikten sonra hastalık hakkında araştırma yaptınız mı?	Yaş ortalaması± ss	Medyan	p*
Evet	55,8±11,67	57	<0,001
Hayır	64±10,17	65	

*Mann Whitney U testi

Yaş ile internetten araştırma yapmak arasında anlamlı fark izlenmiştir (p<0,001). Gençler internetten daha çok araştırma yapmaktadır (Tablo 35).

Tablo 35. İnternetten araştırma yapma ile yaş arasındaki ilişki

	Yaş ortalaması± ss	**Medyan**	**p***
İnternetten araştırma yapanlar	55,04±11,71	55	<0,001
İnternetten araştırma yapmayanlar	63,76±9,86	65	

*Mann Whitney U testi

Tedavi hakkında daha çok görüşmek isteyen katılımcılar ile anlamadığı veya çelişkili bulduğu konular olan katılımcılar karşılaştırıldı. Tedavi hakkında daha çok görüşmek isteyenlerin anlamadığı veya çelişkili bulduğu konular olduğu anlaşıldı (p<0,001) (Tablo 36).

Tablo 36. Tedavi hakkında daha çok görüşmek isteyen katılımcılar ile anlamadığı veya çelişkili bulduğu konular olan katılımcıların karşılaştırılması

		Anlamadığınız veya çelişkili bulduğunuz konular oldu mu?		
		Evet	Hayır	p*
Tedaviler hakkında daha fazla görüşmek ister miydiniz?	Evet	240 (%68,4)	79 (%22,5)	<0,001
	Hayır	12 (%3,5)	20 (%5,6)	

*Ki kare istatistiksel analizi

10 dakikanın altında görüşme süresine sahip katılımcıların çoğu doktorun kendisine yeterince zaman ayırmadığını düşünmüştür. Beklendiği üzere tanının öğrenildiği görüşmenin süresi ile doktorun yeterli zaman ayırmaması arasında anlamlı fark görülmüştür (p<0,001) (Tablo 37).

Tablo 37. Katılımcıların kendisine yeterince zaman ayrıldığını düşünmesi ile görüşme süresi arasındaki ilişki

		Tanıyı öğrendiğiniz görüşme kaç dakika sürmüştür?			
		<10 dk	10-20 dk	>30 dk	p*
Doktorunuzun size yeterince zaman ayırdığını düşünüyor musunuz?	Evet	66 (%18,8)	139 (%39,6)	88 (%25,07)	<0,001
	Hayır	47 (%13,4)	9 (%2,5)	2 (%0,5)	

*Ki kare istatistiksel analiz

TARTIŞMA

Dünya genelinde kanser nedenli ölümler, tüm ölümler arasında ikinci sırada yer almaktadır (26). Dünya sağlık örgütünün yayınladığı bilgilere göre 2020 yılında 19,3 milyon yeni kanser vakası ve 10 milyon kanser nedenli ölüm meydana gelmiştir. Kadınlarda 9,2 milyon yeni kanser tanısı, erkeklerde ise 10 milyon yeni kanser tanısı mevcuttur (21).

Bu çalışmada kanser tanısı almış 351 hastanın kötü haber alma durumlarını nasıl değerlendirdiklerinin öğrenilmesi amaçlanmıştır. KHV metotlarının hastaların hayat tarzları ve doktorlardan beklentileri açısından değerlendirmenin hem hastalar hem de sağlık çalışanları için katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Araştırmada kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri, tanıları, kötü haberi alma şekilleri anket soruları ile değerlendirilmiştir. Bu değişkenlerin SPIKES protokolüne uygunluğu araştırılmıştır. Katılımcıların çoğu orta yaş grubunda ilk veya ortaokul mezunu, evli, eşi ve çocukları ile yaşayan insanlardan oluşmaktaydı.

Her hekimin meslek hayatı boyunca pek çok defa kötü haber vermesi gerekmektedir. Buna karşın hekimler arasında etkin iletişim ve KHV üzerine eğitim alma oranı çok düşüktür (27). Etkili iletişim ve KHV becerisi ise hekimler için olmazsa olmaz bir özelliktir. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği'nin düzenlediği bir sempozyuma katılan doktorların %42'si KHV ile ilgili bir eğitim almadığını, %39'u ise kendini bu konuda yeterli görmediğini belirtmiştir (6). Akbayram ve ark.'nın (27) yaptığı çalışmada KHV üzerine eğitim almayanların oranı %85 olarak bulunmuştur. KHV gereksinimi duyulduğunda hekimlerin %75'i kendilerini rahat hissetmediğini belirtmiştir. Bu veriler, KHV eğitimine tıp fakültesinde daha fazla önem verilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Muharrem ve ark.'nın (28) yaptığı bir çalışmada 1191 katılımcının 673'ü (%56,5) erkek, 516'sı (%43,5) kadın olarak görülmüş. Fujimore ve ark.'nın (29) yaptığı çalışmada

katılımcıların %51'i erkek, %49'u kadın olarak izlenmiş. Bizim çalışmamızda katılımcıların 163'ü (%46,4) erkek, 188'i (%53,6) kadın idi.

Abha ve ark'nın (30) kanser hastalarına yaptığı bir çalışmada hastaların yaş ortalaması 52 olarak bulunmuştur. Fesci ve ark.'nın (31) yaptığı araştırmada yaş ortalaması 53,1 bulunmuştur. Dökümcü ve ark.'nın (32) yaptığı çalışmada yaş ortalaması 52,2 bulunmuştur. Bizim çalışmamızın popülasyon literatüre benzer olarak 58,08 olarak bulunmuştur.

Daha önceleri hekimler ve aileleri kanser tanısını hastadan gizlemek ve söylememek istemişlerdir. Bazı hekimler tanının hastaya söylenmesinin uzun dönemde zararlı sonuçları olan istenmeyen duygusal tepkilere yol açacağından korkmaktadır (33). Fakat literatürde kötü haberin kısa dönemde olumsuz bir duygusal etkisi olsa da, hastaların büyük çoğunluğunun uzun dönemde iyi uyum sağladığı gösterilmiştir (24). Hastalar için duygusal sıkıntıların asıl kaynağı belirsizliktir. Bu belirsizlikten kurtulmak olumsuz duyguların da çözümü olacaktır (34).

Çoğu katılımcı, hekim ile iletişim özellikleri ve kötü haberin nasıl verildiği gibi faktörlerden bağımsız olarak, kötü haberin verilmesi sırasında en can sıkıcı kısmın teşhisin açıklandığı an olduğunu belirtmiştir (%57,8). Kötü haberin verilmesi ne kadar iyi koşullarda olursa olsun, teşhisin öğrenilmesinin güç bir durum olduğu anlaşılmaktadır (3). Bunun sebebi, kötü haberin hastanın yaşamını çeşitli yönlerden etkileyebilmesidir. Kötü haber, hastayı ruhsal olarak zayıf, hassas, çaresiz ve depresif hissettirir; yemek, içmek ve uyku gibi, fizyolojik alışkanlıklarını değiştirir, aile hayatını ve çevresindekilerle olan ilişkisini olumsuz yönde bozar (35). Kötü haberi vermenin bu kadar güç olması, görüşmeyi iyi idare etmenin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Prado ve ark'nın (36) yaptığı bir çalışmada, insanların haberleri nasıl algıladıklarını ve iletişim sürecinde nasıl daha etkili olunabileceğini incelemiştir. Bu çalışma, KHV ve iletişim becerilerinin doktor ve hastalar üzerinde büyük etkilerinin olduğunu ve bu konularda kılavuzlar oluşturulması, eğitim programlarının geliştirilmesi gibi önlemlerin alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Bizim çalışmamızda da SPIKES protokolüne uygun kötü haber verme oranları %60-80 arasında seyretmektedir. Hekimlere etkin iletişim ve kötü haber verme üzerine eğitimler verilmesi ile bu oranın yükseltilmesi, hastaların kötü haberi daha uygun koşullarda alması demektir. Daha iyi koşullarda alınan kötü haber hastanın biyopsikososyal olarak iyilik halinin daha uzun süre korunabilmesini sağlamaktadır.

SPIKES protokolüne göre hekim olarak hastaya kendimizi tanıtmalı ve ona tanı, tedavi ve yan etkiler konusunda bilgi vermeliyiz. Bizim çalışmamızda kendini tanıtma ve tanı, tedavi, yan etkiler hakkında bilgi verme en az doğru yapılan basamaklardandı. Görüşmede iyi bir hasta-hekim ilişkisi ve güven ortamının sağlanabilmesi için hekim öncelikle kendini tanıtmalı,

hastaya ismi ile hitap etmeli ve göz teması kurmalıdır (25). İyi bir hasta-hekim ilişkisi, hastanın tedavi sürecini kolaylaştırabilir, hastanın sağlık durumunun daha iyi anlaşılmasına yardımcı olabilir ve hastanın tedaviye daha iyi yanıt vermesini sağlayabilir. Bunun yanı sıra, hasta-hekim ilişkisinde güven, hastanın doktoruna daha açık ve dürüst olmasına, doktorun da hastanın durumunu daha iyi anlamasına ve hastanın ihtiyaçlarını daha iyi karşılamasına yardımcı olabilir. Bu nedenle, hekimin kendini tanıtması, hastaya ismi ile hitap etmesi ve göz teması kurması önemli bir adımdır ve iyi bir hasta-hekim ilişkisi oluşturmada öncelikli bir rol oynar. Hekimleri iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurabilme becerisi elde edebilmeleri için; hekimlere iletişim ve hasta-hekim ilişkisi konusunda eğitimler düzenlenebilir, kılavuzlar hazırlanabilir. Uygulamalı eğitimler ile hekimler için pratik eğitim programları düzenlenebilir. Mezuniyet öncesi hekim adaylarına yönelik mentorluk programları düzenlenerek bu becerilerin doğru uygulanması konusunda destek sağlanabilir.

Kötü haber verilirken görüşme ortamının uygun olması haberin verilmesi sürecinde algılanabilecek olumsuz duygular ve algıları önlemesi açısından çok önemlidir. Bizim çalışmamızda katılımcıların %82'si kötü haber verilen ortamın uygun olduğunu belirtmiştir. Tanıl ve ark.'nın (37) yapılan bir çalışmada katılımcıların %44'ü haber verilen ortamı uygun bulmuştur. Dökümcü ve ark.'nın (32) yaptığı bir çalışmada katılımcıların %69,8'i haber verilen ortamı uygun bulmuştur. Bizim çalışmamızda oranın yüksek olması çalıştığımız bölgedeki doktorların, hastalara KHV görevini ciddiye aldığını ve bu göreve gereken önemi verdiğini göstermektedir. Kötü haberin verileceği ortamın gürültüsüz, rahat ve sade olması gerekmektedir.

Hastanın tüm odağını bahsi geçen konuya verebilmesi için ortamın uygun olmasının yanında dikkat dağıtıcı konuşmanın akışını sekteye uğratıcı herhangi bir durumdan kaçınmak gerekir. Telefon sessize alınmalı çağrı cihazları susturulmalıdır (5). Görüşmenin kesilmemesi, hastanın anlatılan konuya daha iyi odaklanmasını ve konuyu daha kolay anlamasını sağlar. Ayrıca hastaların, hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarına ve kendilerini daha rahat hissetmelerine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, hekimlerin görüşme sürecini dikkatli bir şekilde yönetmeleri, hastaların sorularına saygı göstermeleri ve hastaların endişelerini anlamaya çalışmaları önemlidir.

Çalışmamızda kötü haber alma sırasında hekim ile karşılıklı oturma oranı %86,9 olarak izlendi. Bruera ve ark.'nın (38) yaptığı çalışmada kötü haber alma sırasında hekimin oturmasını tercih eden katılımcılar ile hekimin ayakta kötü haberi vermesini isteyen katılımcılar arasında anlamlı fark görülmüştür. Baile ve ark.'nın (39) yaptığı çalışmada hastalar ayakta duran

hekimleri daha dominant görmüşler. Çalışmamızda karşılıklı oturma ile görüşülen ortamın uygun olduğunu düşünme ve doktorun empatik ve uygun davrandığını düşünme arasında anlamlı fark izlenmiştir. Hekimler kötü haber verirken daima hasta ile karşılıklı oturmalıdır. Karşılıklı oturma, hastanın güvenli ve desteklenmiş hissetmesine yardımcı olur ve hasta-doktor ilişkisini de daha samimi ve sıcak hale getirir. Aynı zamanda, hasta ile doktor arasındaki fiziksel mesafeyi azaltır ve hastanın doktorla daha iyi konuşmasına ve sorularını sormasına yardımcı olur. Bu, hastanın daha iyi anlamasını ve haberin etkisinin azalmasını sağlar. Hasta ile karşılıklı oturma pozisyonu, kötü haber verme sürecini daha insani ve etkili hale getirir ve hastanın kötü haberi alma sürecine yardımcı olur.

Kötü haberin geleceğinin sinyallerini hastaya iletmek gerekir. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu doktora ilk kez başvurduğunda kanser olabileceğinden şüphelenmemişti. Beklenmeyen bir anda hayatlarının gidişatını tamamen değiştirebilecek bir haber almak hastaların öfke, inkâr, depresyon veya kabullenme dâhil olmak üzere çeşitli duygusal tepkiler vermesine neden olmaktadır. Hekimin bu safhada gelebilecek tüm duygulara ve tepkilere karşı kendini hazırlaması gerekmektedir (39). Duyguları doğru bir şekilde karşılamak ve yanıt vermek, kötü haberi verirken en zorlu konulardan biridir. Duygular tam olarak yaşanmadan, diğer konuları tartışmak mümkün olmayacaktır. Eğer duygular kısa sürede azalmazsa, hasta sakinleşene kadar hekimin empati ile yanıt vermesi yararlı olacaktır. Empatik tavır, hastanın duygularının meşru olduğunu bilmesini sağlayan onay ifadeleri ile takip edilir ve hastaya destek olur. Hastalar doktorlarını psikolojik destek kaynakları olarak görürler ve empati, keşif ve onay ifadeleri kullanmak bu desteği sağlamada en etkili yollarından biridir. Bu, hastanın izolasyonunu azaltır, dayanışmayı arttırır ve hastanın duygularının normal olduğunu doğrulayacaktır (40).

SPIKES protokolünde hastanın duygulanımına izin vermek, hastanın verdiği tepkilere uygun yanıtlar vermek, hastanın soru sormasına izin verip sorulara uygun yanıtlar vermek gibi öneriler bulunmaktadır ve bu önerilerin hastalar tarafından da tercih edildiği bilinmektedir (36). Fakat bu uygulamaların vakit aldığı ortadadır. Bir kişiye kötü haberi uygun bir şekilde vermek için 10 dakikadan daha uzun bir süre gerekmektedir. Çalışmamızda kötü haberi öğrendikleri görüşmenin 10 dakikanın altında sürdüğünü belirten katılımcıların oranı %32,2 idi ve bu katılımcılar hekimin kendisine yeterince zaman ayırmadığını düşünmekteydiler. Ülkemizde hasta yoğunluğu ve kısa süre aralığına verilen randevular nedeniyle kötü haber verilmesine ayrılan sürenin çok az olduğu bir gerçektir. Randevuların daha makul aralıklarla verilmesi kötü haber verme sürelerini arttırabilir. Hastaların uzman hekime başvurmasını gerektirmeyen

şikayetler için randevu almaları ve hasta yoğunluğu oluşumunu azaltacak önlemler alınmalıdır. Birinci basamağın kullanımı teşvik edilmeli ve eğitimler ile halkın tıbbi bilgi düzeyinin arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Kötü haberi vermek çok güç bir görevdir. Kötü haberin verileceği kişinin duygusal durumunu, hayatının neresinde olduğunu da hesaba katmak gerekir. Kötü haber verileceği esnada hastanın yanında bir yakınının olması, bu kötü durum karşısında duygusal desteği alabileceği bir ortam sağlar. Bu durum sağlık profesyonellerinin de yükünü azaltmaktadır. Tek başına kalan ve kötü haberin etkisinde olan hasta sorması gereken soruları soramaz ve anlatılanları tam olarak anlayamaz; fakat hastanın yanında yakını olduğunda bilinmek istenen sorular sorulur ve prognoz, tedavi ve süreç hakkında bilgiler alınır. Bu sayede akla takılan soruların tekrar görüşmeye gerek kalmadan cevapları alınmış olur. Bizim çalışmamızda kötü haber verilirken katılımcıların %79,2'sinin yanında bir yakını bulunmaktaymış. Hastaların %81,2'si haber verilirken yalnız olmak istemezken, %18,8'i haber verilirken yalnız olmak istediklerini belirtmiştir. Fesci ve ark.'nın (31) yaptığı çalışmada katılımcıların %67'si kötü haber alırken yakınlarının da yanlarında olmasını istediklerini belirtmiş. Fujimore ve ark.'nın (29) yaptığı çalışmada katılımcıların %78'i kötü haber verilirken yanlarında yakınlarının olmasını tercih ettiklerini belirtmiştir. Loge ve ark.'nın (41) yaptığı çalışmada kötü haber verilirken hastaların %23'ünün yanında bir yakının bulunduğu belirtilmiştir. Bu farklılıklar, sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Asya kültürünün aile odaklı ve dayanışma içeren bir kültür, Avrupa kültürünün ise daha çok bireysel kaynaklı olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Hastalar içinde bulundukları duygular, yaşamlarındaki diğer sıkıntılar ve o anki stres nedeniyle bazen anlatılanları tam olarak anlayamazlar. Kanser kelimesi toplumumuzda ölüm ile bağdaştırıldığı için hastalar tanıyı öğrendikten sonra şoka girebilir ve sonrasında anlatılanları anlamayabilirler. Hastanın yanında yakının da bulunması bu nedenle çok yardımcıdır. Buna ek olarak hastalara yazılı ve ya sesli kayıt şeklinde hastalıklarını anlatan bir doküman verilmesi o anda hastanın anlayamadığı konuları tekrar ederek anlamasını, aklına gelmeyen soruları cevaplandırmasını sağlayabilir. Dökümcü ve ark.'nın (32) çalışmasında katılımcıların %37'si, Tanıl ve ark.'nın (37) yaptığı çalışmada %21'i anlatılanların yazılı veya sesli kayıt halinde verilmesini istediklerini söylemişler. Bizim çalışmamızda katılımcıların %63,5'i yazılı veya sesli kayıt verilmesini istediklerini belirtmiştir. Buna dikkat edilirse hastaların görüşme sırasında sormayı unuttuğu ve ya aklına gelmeyen sorular nedeniyle tekrar hastaneye başvurmasına gerek kalmayacaktır. Hastalara yazılı ve ya sesli kayıt verilmesi, hastaların doğru

bilgilere sahip olduğunu güvence altına da almaktadır. Bu sayede güvenilir olmayan kaynaklardan elde edilen bilgi kirliliğinin de önüne geçilmiş olur.

Hastalara KHV sırasında söz hakkı verilmesi, sormak istediği ve anlamadığı bir durum varsa sorması açısından önemlidir. Hastalara konuşma esnasında 'Sormak istediğiniz bir şey varsa sorabilirsiniz' ya da 'Anlamadığınız bir yer oldu mu?' şeklinde cümleler kullanarak iletişime teşvik etmeli ve hastanın konuyu anladığından emin olunmalıdır. Çalışmamızda anlamadığı veya çelişkili bulduğu konular olan katılımcı oranı %9,1 olarak izlendi. Hastaların büyük çoğunluğu verilen bilgileri anladığını ve aklına takılan bir şey olmadığını ifade etmiş olsa dahi hastalık hakkında araştırma yapanların oranı %72,1 olarak görülmüştür. Hastalar görüşmede verilen bilgileri eksiksiz bulsa dahi ek bir bilgi kaynağı aradıkları aşikârdır. İnternetten araştırma yapan katılımcıların oranı ise %65 olarak bulundu. Çalışmamızda hastalık hakkında araştırma yapma ile yaş arasında anlamlı fark izlenmiştir. Yani gençler yaşlılara göre daha çok araştırma yapmaktadırlar. Yaşlıların daha az araştırma yapmalarının sebebi olarak bilgiye erişim zorlukları olduğu düşünüldü. İnternet üzerinde hastaları yanlış yönlendirici, zihin bulandırıcı birçok bilgi bulunmaktadır. Bu da hastalara doğru bilgiyi edinebilecekleri bir kaynak gösterme ihtiyacını doğurmaktadır. Dökümcü ve ark.'nın (32) yaptığı çalışmada katılımcıların %94,3'ü destek alınacak kaynaklar hakkında bilgilendirilmediğini ifade etmiştir. Sağlık Bakanlığının sitesinde hastaların kolaylıkla erişebileceği ve doğru bilgiler edinebileceği bir bilgi kaynağı bulunmamaktadır. Çalışmamızda da gözlendiği gibi güvenilir ve yetkin kişiler aracılığıyla yazılmış her kanser türü için ayrı bir bilgilendirme kaynağı ihtiyacı mevcuttur. Bu kaynak içeriğinde kanser tanısı almış kişilerin nelere dikkat etmeleri gerektiği hangi yiyecekleri tercih edip, nelerden kaçınması gerektiği gibi bilgiler de yer almalıdır. Bu hastalar tarafından kolaylıkla erişilebilecek her kanser türü için ayrı ayrı düzenlenmiş, Türkçe ve herkesin anlayabileceği şekilde basit sözcükler kullanılarak oluşturulmuş kaynaklar olmalıdır. İnterneti kullanamayan hastalar için bilgilendirme amaçlı broşürler, kitaplar bulunmalı ve bu kaynakların içeriği tıbbi terimler kullanmadan hastaların anlayabileceği şekilde düzenlenmelidir. Benzer şekilde yaşlı hastalara bilgilendirme süresi daha uzun tutulabilir ve süreç çeşitli metotlar ile desteklenebilir. Böylece akıllarında daha az şüphe kalması sağlanabilir.

SPIKES protokolü kati surette uygulanması gereken bir kurallar bütünü olmaması nedeniyle hastaların tercihlerine, kültürlerine, yaşadıkları coğrafyanın gerçeklerine göre şekillendirilebilir. Hekimlerin KHV deneyimleri ve tutumları ülkemizde ve dünyada birçok kez araştırılmış olsa da, hastaların kötü haber alma deneyimleri ve tercihlerinin araştırıldığı yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Hastaların kötü haber alma deneyimleri ve tercihleri ile

hekimlerin tecrübeleri ve bilgilerinin birlikte incelenmesi ile ülkemize uygun bir rehber ortaya koyulabilir.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi servisinde, polikliniğinde ve ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi gören daha önce kanser tanısı almış hastalar üzerinde yapılan bu çalışmada kanser hastalarının kötü haberi alma durumlarının değerlendirilmesi hedeflendi. Çalışmamızın sonuçları şu şekilde özetlenebilir;

1. Çalışmamızda SPIKES protokolüne uygun kötü haber verme oranları %60-80 arasında seyretmektedir. Standart tıp eğitiminde kötü haber verme ve etkin iletişim üzerine eğitimlerin arttırılması gerekmektedir.

2. Hekimlerin doğru şekilde ve uygun koşullarda kötü haber vermeleri, hasta ve hekim için önemlidir. Olumsuz bir deneyim, hem hastanın psikolojik durumunu, hem de hastalığa uyumunu, tedavi sürecini ve sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Kötü haber verme görüşmesi, dikkatli bir şekilde planlanmalı ve uygun bir ortamda gerçekleştirilmelidir.

3. Hastalar görüşmeden elde ettikleri bilgileri yeterli görse dahi yine de katılımcıların %72,1'i hastalık hakkında araştırma yapmak ihtiyacı duymuşlardır. Araştırma yapanların %90,1'i araştırmayı internetten yapmıştır.

4. Yaşlı hastaların tanı sonrasında daha az araştırma yaptıkları saptanmıştır. Yaşlı hastalara daha uzun görüşme süreleri ayrılarak ve çeşitli metotlar kullanılarak eğitim vermek sağlık okuryazarlığını ve tedavi şansını arttırabilir.

5. Erkekler kadınlara göre kötü habere daha az duygusal tepkiler göstermişlerdir. Bu sonuç erkeklerin sosyokültürel sebeplerle duygularını göstermekten çekinmeleri ve bu duygulardan utanmaları nedeniyle olduğunu düşündürmüştür.

6. Çalışmamızda hastalık hakkında araştırma yapma ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. İnternette hastaların doğru ve güvenilir bilgi bulabilmesi için her kanser türü için ayrılmış bilgilendirme amaçlı siteler kurulmalıdır. Bu sitede hastalık hakkında bilgilere ilaveten günlük hayatta nelere dikkat etmeliler, hangi yiyecekleri daha çok tercih etmeliler, nelerden kaçınmalılar gibi yaşam tarzını ilgilendiren bilgiler de yer almalıdır.

7. Hastaların en çok hastalığın yayılmasından korktukları tespit edildi. En korkulan durumun gerçekleşmesi sonrası hastaya bunu iletmek de kötü haber vermek olarak nitelendirileceği için, kanser hastası tanı aldıktan sonra da kötü haberler devam edebilmektedir. Bu nedenle 'kötü haber' olarak nitelendirilebilecek her bilgiyi özenle ve gereken önemi vererek vermek gerekmektedir.

8. On dakikanın altında süren görüşmeler hastalar tarafından yetersiz olarak görülmüştür. Hastalara kötü haber vermeden önce hekimlerin mümkün olduğunca müsait zamanı seçmeleri ve görüşmenin kesilmeden bir bütün halinde devam edebilmesini sağlamaları gerekmektedir.

9. Katılımcıların %81,1'i kötü haber aldıkları görüşmede yalnız olmak istemediklerini belirtmiştir. Hastaya kötü haber verirken bir yakınından yardım istemek ve hastaya eşlik etmesini istemek gerekebilir. Hem hasta için hem hekim için bu kolaylaştırıcı bir destek olacaktır. Bu nedenle görüşme öncesi hastanın rızası alınmalıdır.

ÖZET

Kötü haber verme hekimliğin birçok döneminde, altından kalkması güç, hekimi ve hastayı psikolojik, fiziksel ve duygusal anlamda zorlayan, doğru yapılmadığında hasta-hekim ilişkisini ve tedaviye uyumu bozan bir görev olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimliğin en zor görevlerinden olan kötü haber verme hakkında tıp fakültesinde yeterince eğitim verilmemektedir.

Çalışmamızda kanser hastalarının kötü haber alma durumlarını inceleyerek kötü haberin nasıl, ne kadar sürede, nasıl bir ortamda söylendiğini ve hastaların neler hissettiklerini, hastalara SPIKES protokolüne göre ne kadar uyumlu şekilde kötü haber verildiğini incelemeyi planladık. Böylece kötü haber verilirken hastayı ve hastanın psikolojisini nelerin etkileyebileceğini ve hekim olarak nelerin farklı yapılabileceğini ortaya koymaya çalıştık.

Çalışmamız 01 Temmuz ve 30 Eylül 2022 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Etik Kurulu onayı ile Trakya Üniversitesi Balkan Onkoloji Hastanesi servis, poliklinik ve ayaktan kemoterapi ünitesinde, daha önce kanser tanısı almış 351 hasta ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Katılımcılara 9'u sosyodemografik olmak üzere toplam 42 soru sorulmuştur.

Katılımcıların %46,4'ü erkek, %53,6'sı kadın olmakla birlikte, katılımcıların yaş ortalaması 58,09±11,84 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %29,9'u kötü haberi veren hekimin kendini tanıtmadığını, %22,2'si hekimin tanı tedavi ve yan etkiler hakkında bilgi vermediğini, %32,2'si kötü haberi aldıkları görüşmenin 10 dakikadan kısa sürdüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %44,7'si kötü haber verilirken hekimin kendisine davrandığından daha yakın davranmasını istediklerini belirtmiştir.

Çalışmamızda SPIKES protokolüne göre hastaların kötü haber alma durumları incelendiğinde, protokole uygun davranışların oranı maddelere göre %60-80 arasında seyretmektedir. Hekimlere etkin iletişim ve kötü haber verme üzerine eğitimler verilmesi ile bu oranın yükseltilmesi, hastaların kötü haberi daha uygun koşullarda alması demektir. Daha iyi koşullarda alınan kötü haber hastanın biyopsikososyal olarak iyilik halinin devam edebilmesini sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: kötü haber verme, kanser, Aile Hekimliği

EVALUATION OF BREAKING BAD NEWS STATUS OF CANCER PATIENTS

SUMMARY

Giving bad news is a task that is difficult to overcome in many periods of medicine, that puts psychological, physical and emotional strain on the physician and the patient, and that disrupts the patient-physician relationship and compliance with treatment when not done correctly. There is not enough education about giving bad news, which is one of the most difficult tasks of medicine, in medical schools.

In our study, we planned to examine the situation of cancer patients receiving bad news, how, how long, in what kind of environment the bad news was told, how the patients felt, and how harmoniously the bad news was given to the patients according to the SPIKES protocol. Thus, we tried to reveal what can affect the patient and the patient's psychology while giving bad news and what can be done differently as a physician.

Our study was conducted between July 1 and September 30, 2022, with the approval of the Trakya University Ethics Committee, through face-to-face interviews with 351 patients previously diagnosed with cancer in the ward, outpatient clinic and outpatient chemotherapy unit of Trakya University Balkan Oncology Hospital. A total of 42 questions, 9 of which were sociodemographic, were asked to the participants.

Of the 351 participants, 46.4% were male and 53.6% were female, and the mean age of the participants was 58.09±11.84 years. 29.9% of the participants stated that the physician who gave the bad news did not introduce himself/herself, 22.2% stated that the physician did not provide information about the diagnosis, treatment and side effects, and 32.2% stated that the

interview in which they received the bad news lasted less than 10 minutes. 44.7% of the participants stated that they wanted the physician to treat them more closely than he/she treated them when they were given bad news.

In our study, when the patient's status of receiving bad news according to the SPIKES protocol was examined, the rate of behaviors in accordance with the protocol was between 60-80% according to the items. Increasing this rate by providing training to physicians on effective communication and giving bad news means that patients receive bad news under more favorable conditions. Bad news received under better conditions ensures that the patient can continue his/her biopsychosocial well-being.

Keywords: breaking bad news, cancer, Family Practice

KAYNAKLAR

1. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2017;17(1):73-83.

2. Cao B, Soerjomataram I, Bray F. The burden and prevention of premature deaths from noncommunicable diseases, including cancer: a global perspective. World Cancer Rep Cancer Res Cancer Prev Lyon, Fr Int Agency Res Cancer. 2020.

3. Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: Hekime düşen görev. Journal of Istanbul Faculty of Medicine 2008;71(1):22-6.

4. Çaylan A. Kötü haber verme. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2012;3(2):15-8

5. VandeKieft G. Breaking bad news. Am Fam Physician 2001;64(12):1975.

6. Cancer care during the last phase of life. Journal of Clinical Oncology 1998;16(5):1986-96.

7. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. Jama 1996;276(6):496-502.

8. American Cancer Society [Internet]. Cancer facts & figures 2022 [cited 5 Feb 2023]. Available from: https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2022.html

9. World Healt Organization [Internet]. Cancer [cited 26 Oct 2022]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.

10. World Healt Organization [Internet]. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines [cited 26 Oct 2022]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

11. Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. The Lancet Oncology 2012;13(8):790-801.

12. İçli F. Onkolojik hastalıklar. In. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S (Editörler). İç Hastalıkları. Ankara: Güneş Kitapevi; 2005:2007-14.

13. Kumar V, Cotran R, Robbins S. Basic pathology. 5th ed. WB Saunders Company. 1992:189-90.

14. Society AC [Internet]. Viruses that can lead to cancer [cited 28.10.2022]. Available from: https://www.cancer.org/healthy/cancer-causes/infectious-agents/infections-that-can-lead-to-cancer/viruses.html#:~:text=EBV%20infection%20increases%20a%20person's,some%20cases%20of%20stomach%20cancer

15. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı [İnternet]. Hemşirelik onkoloji hastalıkları ve bakımı 2013 (Erişim tarihi: 08.02.2023). http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Onkoloji%20Hastal%C4%B1klar%C4%B1%20Ve%20Bak%C4%B1m%C4%B1.pdf

16. Gökoğlan E, Ekinci M, Özgenç E, Derya İÖ, Aşıkoğlu M. Radyasyon ve insan sağlığı üzerindeki etkileri. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences 2020;25(3):289-94.

17. Cufari ME, Proli C, De Sousa P, Raubenheimer H, Al Sahaf M, Chavan H, et al. Increasing frequency of non-smoking lung cancer: Presentation of patients with early disease to a tertiary institution in the UK. European Journal of Cancer 2017;84:55-9.

18. National Cancer Institute [Internet]. Alcohol and cancer risk [cited 02.11.2022]. Available from: https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/alcohol/alcohol-fact-sheet.

19. Willett WC. Diet and cancer. The Oncologist 2000;5(5):393-404.

20. Benjamin I, Griggs RC, Fitz JG. Cancer biology. In: Wing EJ, Schiffman FJ (Eds.). Cecil essentials of medicine. Philedelphia: Elsevier Health Sciences, 2015:563.

21. World Health Organization [Internet]. Cancer today [cited 04 Nov 2022]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/home.

22. Okyavuz UH. Ölümcül hastalık tanısı almak: bir yaşam krizi kötü haber verilmeli mi? Kriz Dergisi 2003;11(3):29-35.

23. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals: Baltimore: University of Toronto Press, 1992. 240 p.24. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news 1: current best advice for clinicians. Behavioral Medicine 1998;24(2):53-9.

25. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oxford University Press; 2000. p. 302-11.

26. Forman D, Ferlay J, Stewart B, Wild C. The global and regional burden of cancer. World Cancer Report 2014;2014:16-53.

27. Akbayram HT, Keten HS, Nariçi B. İhmal edilen önemli bir konu,"Kötü haber verme": hekimler ne biliyorlar? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2022;26(4):148-53.

28. Bitiren M, Özardali I, Baba F, Nazligül Y, Eraslan H. Şanlıurfa ili'nde kanser kayıtlarının değerlendirilmesi (1995–2002). Türkiye Ekopatoloji Dergisi 2003;9(1-2):11-6.

29. Fujimori M, Akechi T, Morita T, Inagaki M, Akizuki N, Sakano Y, et al. Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psycho-Oncology 2007;16(6):573-81.

30. Rao A, Ekstrand M, Heylen E, Raju G, Shet A. Breaking bad news: patient preferences and the role of family members when delivering a cancer diagnosis. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2016;17(4):1779-84.

31. Fesci HB, Ünal S. Kanserli hastaların kötü haber almaya ilişkin görüşleri. TAF Preventive Medicine Bulletin 2011;10(3):319-26.

32. Dökümcü Çakan M. Kötü haber verme sürecinin meme kanseri hastaları açısından değerlendirilmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

33. McIntosh J. Processes of communication, information seeking and control associated with cancer: A selective review of the literature. Social Science & Medicine (1967) 1974;8(4):167-87.

34. Silberfarb PM. Psychiatric problems in breast cancer. Cancer 1984;53(S3):820-4.

35. Özkan S, Alçalar N. Meme kanserinin cerrahi tedavisine psikolojik tepkiler. Meme Sagligi Dergisi/Journal of Breast Health 2009;5(2):60-4.

36. do Prado AJF, Silva EA, de Almeida VA, Fraguas R, Prado AJF, Ea S, et al. Medical environment: bad news' impact on patients and doctors–towards an effective model of communication. Rev Med (São Paulo) 2013;92(1):13-24.

37. Tanil E. Palyatif dönem onkoloji hastalarının kötü haberle ilgili algıları, beklentileri ve ölüme ilişkin tutumları (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2020.

38. Bruera E, Palmer JL, Pace E, Zhang K, Willey J, Strasser F, et al. A randomized, controlled trial of physician postures when breaking bad news to cancer patients. Palliative medicine 2007;21(6):501-5.

39. Girgis A, Sanson-Fisher RW, Schofield MJ. Is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines for breaking bad news? Behavioral Medicine 1999;25(2):69-77.

40. Moawed SM, Youssef IM, Elgammal HA. Family physicians ability versus other specialty physicians in breaking bad news skills to patient in Suez Canal University Hospital and family practice centers. Asian Stud Med J 2010;3:2.

41. Loge JH, Kaasa S, Hytten K. Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. European Journal of Cancer 1997;33(6):878-82.

EKLER

Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/246	
	PROTOKOL ADI	Kanser Hastalarının Kötü Haber Alma Durumlarının Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:15/22**	**Tarih:27.06.2022**	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Enes ÇİÇEK'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Ek 2

KANSER HASTALARININ KÖTÜ HABER ALMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

TC. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Arş. Gör. Dr. Enes Çiçek

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Kanser Hastalarının Kötü Haber Alma Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek

3- Medeni durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekâr ☐ Eşi vefat etmiş ☐ Boşanmış

4-Çocuğunuz var mı?

☐ Hayır
☐ Evet……..

5- Eğitim düzeyiniz:

☐Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlkokul mezunu ☐ Ortaokul mezunu
☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu ☐ Lisansüstü

6- Sosyal güvencenizi belirtiniz.(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐ Kamu-SGK (Emekli sandığı, SSK, Bağkur, Yeşilkart)
☐ Özel sağlık sigortası
☐ Tamamlayıcı sağlık sigortası
☐ Hiçbiri

7-Ailenizde kanser öyküsü var mı?

☐ Hayır ☐ Evet

8-Tanınız nedir?.....

9- Tanıyı ne zaman aldınız? ……..

10- Tanıyı nerede aldınız? (Teşhis nerede söylendi)

☐ Hastane
☐ Muayenehane
☐ Diğer (diğer) …….

11- Teşhisi size ilk kim söyledi?

☐ Doktor
☐ Hemşire
☐ Diğer sağlık personeli
☐ Aile
☐ Diğer (belirtiniz)……

12- Görüşme sırasında haberi size veren kişi kendini tanıttı mı?

☐ Hayır ☐ Evet

13- Doktorunuz size tanı, tedavi ve yan etkiler konusunda bilgi verdi mi?

☐ Hayır ☐ Evet

14-Doktorunuz görüşme sırasında sizinle göz teması kurdu mu?

☐ Hayır ☐ Evet

15- Haberi ilk aldığınızda ne hissettiniz?

☐ Hatırlamıyorum
☐ Umutsuzluk, ruhsal çöküntü
☐ Herhangi bir şey hissetmedim
☐ Diğer

16-Doktorun söylediklerini anlayabildiniz mi?

☐ Hayır
☐ Evet

17- Doktorun hastalığınızı size anlatırken kullandığı dil basit ve anlaşılabilir miydi?

☐ Hayır ☐ Evet

18- Doktor teşhisi ilk kez söylerken yanınızda başka biri var mıydı?

☐ Hayır (olmasını ister miydiniz?.....)
☐ Evet (olmamasını ister miydiniz?.....)

19- Önerilen tedaviyi kabul edene kadar kaç kere tedaviler hakkında görüştünüz?

☐ Hiç
☐ 1 kez
☐ 2 kez
☐ 3 kez
☐ 3'ten fazla

20- Tedaviler hakkında daha fazla görüşmek ister miydiniz?

☐ Hayır ☐ Evet

21-Tedavi hakkında daha az bilgilendirilmek ister miydiniz?

☐ Hayır ☐ Evet

22-Sizce ilk konuşmanın en can sıkıcı yanı neydi?

☐ Hastalığı öğrenmek
☐ Hastalığın tedavi şeklini öğrenmek
☐ Hastalığın tedavi sonucunu öğrenmek
☐ Diğer (belirtiniz) …….

23- En büyük korkunuz neydi?

☐ Hiç korkmadım
☐ Hastalığın yayılması
☐ Hastalığın tekrarlaması
☐ Hayatı kaybetme
☐ Başkasına muhtaç olma
☐ Diğer(belirtiniz)……

24-Size söylenenler hakkında anlamadığınız veya çelişkili bulduğunuz konular oldu mu?

☐ Hayır
☐ Evet (belirtiniz) ……

25-Bilmek istediğiniz her şeyin size söylendiğine inanıyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

26- Yukarıdaki soruya yanıtınız "hayır" ise sebebini açıklayınız.

……..
……..

27-Doktorunuzun size daha yakın davranmasını ister miydiniz?

☐ Hayır ☐ Evet

28-Doktorun size yaklaşımı sırasında empati kurduğunu ve uygun davrandığı düşünüyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

29-Doktorunuzun size yeterince zaman ayırdığını düşünüyor musuuz?

☐ Hayır ☐ Evet

30- Tanıyı öğrendiğiniz görüşme ne kadar sürmüştü?

☐ Hatırlamıyorum
☐ <10 dk
☐ 10-20dk
☐ >20 dk

31- Doktora ilk başvurduğunuzda kanser olabileceğinizden şüphelendiniz mi?

☐ Hayır ☐ Evet

32-Haber verme sırasında sessiz ve uygun bir ortam var mıydı?

☐ Hayır ☐ Evet

33- Görüşme sırasında doktorunuzla karşılıklı oturuyor muydunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

34-Doktor ile hastalığınızı konuşurken istemediğiniz kesilmeler oldu mu?

☐ Hayır ☐ Evet…….

35-Konuyu başka bir yerde ve ortamda görüşmeyi, konuşmayı ister miydiniz?

☐ Hayır ☐ Evet

36-Teşhis konulmadan önce sigara kullanıyor muydunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

37- Teşhis konulmadan önce alkol kullanıyor muydunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

38- Teşhis konulmadan önce sigaranın kansere neden olduğunu biliyor muydunuz?

☐ Hayır (bilmek ister miydiniz?……..)
☐ Evet

39-Teşhis konulmadan önce alkolün kansere neden olduğunu biliyor muydunuz?

☐ Hayır (bilmek ister miydiniz?……..……..…..)
☐ Evet

40-Konu ile ilgili bilgilerin size yazılı veya sesli kayıt şeklinde verilmesini ve daha sonra tekrar inceleyebilme imkanınız olmasını ister miydiniz?

☐ Hayır ☐ Evet

41-Teşhis size söylendiğinde hastalığınız hakkında araştırma yaptınız mı?

☐ Hayır ☐ Evet

42-Yukarıdaki soruya cevabınız evet ise araştırmanızı nasıl yaptınız?

☐ İnternetten araştırdım
☐ Kitap okudum
☐ Bilimsel çalışmaları inceledim
☐ Başka bir sağlık çalışanına danıştım
☐ Diğer (belirtiniz)……