

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTALARINDA TEDAVİYE YÖNELİK
KARAR VERME SÜRECİNDE DESTEĞİN ÖNEMİ

Psikiyatri Anabilim Dalı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
Sağlık Danışmanlığı programı

Yüksek Lisans Tezi

Dilek BULUT

İZMİR
2012

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KANSER HASTALARINDA TEDAVİYE YÖNELİK
KARAR VERME SÜRECİNDE DESTEĞİN ÖNEMİ

Psikiyatri Anabilim Dalı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
Sağlık Danışmanlığı programı

Yüksek Lisans Tezi

Dilek BULUT

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hayriye ELBİ

İZMİR
2012

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof. Dr. Hayriye Elbi

.....

Üye : Doç. Dr. Ayşın NOYAN

.....

Üye : Doç Dr. Serpil ERERMİŞ

.....

Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih:

ÖNSÖZ

Tedavi öncesinde araştırmaya katılarak duygu ve kararlarına ilişkin özellerini paylaşan hastalara çok teşekkür ederim. Araştırmanın yürütülmesinde katkıları olan, tez çalışmam boyunca önerilerini ve ilgisini eksik etmeyip beni her konuda destekleyen ve KLP Bilim Dalı'nda yüksek lisans programına katılmamı sağlayan Sayın Prof. Dr. Hayriye Elbi'ye teşekkür ederim.

Ayrıca yardım ve desteğini hiç esirgemeyen tüm yüksek lisans programındaki Arkadaşlarıma, Şifa Hastanesi çalışanlarına, Doç. Dr. Armağan Arıcan'a, Dr. Özlem Demir'e, Zehra Çalışkan'a ve Tolga Cevizci'ye sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
TABLolar DİZİNİ.....	v
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem).....	4
1.1.2. Alt Problem.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Hipotezler (Denenceler).....	5
1.4. Sayıtlılar (Varsayımlar).....	5
1.5. Araştırmanın Önemi.....	6
1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	6
1.7. Tanımlar.....	6
1.7.1. Karar verme.....	6
1.7.2. Anksiyete	7
1.7.3. Depresyon.....	7
1.7.4. Sosyal destek.....	7
GENEL BİLGİLER.....	8
1.8. Hastalık algısı ve kanser.....	8
1.8.1. Kişilik Tipi.....	9
1.8.2. Kansere Uyum.....	10
1.9. Kanser ve Psikopatoloji.....	12
1.9.1. Kanser ve Depresyon.....	15
1.9.2. Kanser Hastalarında Anksiyete Bozuklukları.....	17
1.9.3. Kanser Hastalarında Tıbbi Sendromlar.....	18
1.10. Kanser Hastası-Aile-Tedavi Ekibi, Sosyal Destek.....	19
1.11. Kötü Haberi Verme.....	23
1.12. Zor Hasta.....	24
1.13. Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	24
1.14. Stres'in çok boyutlu etkisi.....	25
1.14.1. Tanı Aşaması.....	27
1.14.2 Tedavi Aşaması.....	28

1.14.3. Hastalığın Seyri, İlerlemesi ve Başa Çıkma.....	29
1.15. Kanser’de Başlıca Sorun Alanları.....	30
1.15.1. Gelecek Hakkında Şüphe- Belirsizlik.....	31
1.15.2. Hastalığını Anlamlandırma.....	32
1.15.3. Kontrol Kaybı.....	33
1. 16. Kanser Tedavilerine Karşı Geliştirilen Psikolojik Tepkiler.....	33
1.17. Tedaviyi Hastaya Anlatma ve Tedavi Seçimi.....	35
1.18.Bilgilenme.....	37
1.19. Karar Verme.....	40
1.19.1. Karar Verme Biçimleri.....	44
1.19.2. Kararda Çelişki.....	47
1.20. Yapılan Çalışmalar.....	49
 BÖLÜM 2. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	 58
2.1. Araştırmanın Tipi.....	58
2.2. Kullanılan Gereçler.....	58
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onay Formu.....	58
2.2.2. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu.....	58
2.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	59
2.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	60
2.3. Kullanılan Yöntem.....	60
2.3.1. İşleme Ölçütleri.....	61
2.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	61
2.3.3. Araştırmanın Evreni.....	62
2.3.4. Araştırmada Örneklem.....	62
2.3.5. Veri Toplama Yöntem ve Süresi.....	62
2.3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	63
2.3.7. Süre ve Olanaklar.....	63
2.3.8. Etik Açıklamalar.....	63
 BÖLÜM 3. BULGULAR.....	 64
3.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulgular.....	64
3.2. Hastaların Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular.....	69
3.3. Hastaların Psikososyal Değişkenlerine İlişkin Bulgular.....	72

3.3.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	72
3.3.2. Sosyal Destek Bulguları.....	75
3.4. Karar Verme ile İlgili Değişkenlere İlişkin Bulgular.....	78
BÖLÜM 4. TARTIŞMA.....	86
4.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	86
4.2. Eğitim Düzeyi ile Tedavi Kararına Katılım Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	88
4.3. Ekonomik durum ile Tedavi Kararına Katılım Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	89
4.4. Hastaların Bilgi Kaynakları, Bilgi Gereksinimleri, Bilgi Düzeyleri ile Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	89
4.5. Hastaların Sosyal Destek Algıları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	92
4.6. Hastaların Tedavi Kararlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	94
BÖLÜM V. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	97
5.1. Sonuç.....	97
5.2. Öneriler.....	99
ÖZET.....	100
ABSTRACT.....	102
YARALANILAN KAYNAKLAR.....	104
EKLER	
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu.....	119
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu.....	120
Ek 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	122
Ek 4. Had Ölçeği.....	123
ÖZGEÇMİŞ.....	125

TABLolar DİZİNİ

Tablo

Sayfa

Tablo 1: Hastaların Demografik Özellikler

Tablo 2 : Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 3: Hastaların Tanılarına Göre Dağılımları

Tablo 4: Hastaların Eğitim Düzeyleri ve Hanelerinin Aylık Geliri ile Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Bilgi Edinme Kaynakları

Tablo 5 : Hastaların Aile Yapısı ile Tedavi Kararını Kimin Vermesi Konusundaki Tercihleri

Tablo 6: Yaşadığı Yer ile Nasıl Bir Tedavi Alacağına İlişkin Bilgi Düzeyi ve Sorularına Yanıt Alma Düzeyi

Tablo 7: Hastaların Hastalık ve Tedavileri Konusunda Bilgilerine İlişkin Algıları

Tablo 8: Hastaların Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Bilgi Edinmede Ana Kaynakları

Tablo 9: Hastalık Hakkında ve Tedavi Seçenekleri Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Sağlanan Bilginin Yeterliliği

Tablo 10: Tedavi Seçenekleri Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Hastanın Uygulanacak Tedaviye İlişkin Bilgisi ve Tedavi Seçiminde Kararının Sorulması

Tablo 11 : HAD Ölçeği Ortalama Puanları

Tablo 12 : HAD Ölçeği Puanları ile Ruhsal Rahatsızlığı Olanlar

Tablo 13: Hastane Depresyon ve Anksiyete Puanları ile Sosyal Destek Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Tablo 14: Hastalık hakkında doktor tarafından bilgilendirme ile anksiyete ve depresyon ilişkisi

Tablo 15: Tedavi seçenekleri hakkında doktor tarafından bilgilendirme ile anksiyete ve depresyon ilişkisi

Tablo 16: Nasıl bir tedavi uygulanacağını bilen hastalarda anksiyete ve depresyon ilişkisi

Tablo 17: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları

Tablo 18: Eğitimlerine Göre Sosyal Destek Algısı

Tablo 19: Sosyal Destek Algısı ile Yaşanan Yer İlişkisi

Tablo 20: Eski Ruhsal Rahatsızlığı Olmayanların Ruhsal Rahatsızlığı Olanlara Göre Sosyal Destek Puanları

Tablo 21 : Hastanın Yaşı ile Tedavi kararının sorulması arasındaki ilişki

Tablo 22: Hastanın Yaşı ile Tedavi Kararını Kim Vermeli, kimin Verdiği ve Arasındaki İlişki

Tablo 23: Hastaların Yaşı ile Tedavi Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri Arasındaki İlişki

Tablo 24: Hastanın Eğitim Durumu ile Tedavi kararının sorulması arasındaki ilişki

Tablo 25: Hastanın Eğitim Düzeyi ile Tedavi Kararını Kim Vermeli, kimin Verdiği ve Arasındaki İlişki

Tablo 26: Hastaların Eğitim Durumu ile Tedavi Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri Arasındaki İlişki

Tablo 27: Hastaların Aylık Gelirleri ile Tedavi Kararını Kim Vermeli, kimin Verdiği Arasındaki İlişki

Tablo 28 : Tedavi Kararının Oluşmasındaki Tercihleri ve Kendi Kararlarının Oluşumu

Tablo 29 : Hastaların Tedavi Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri

Tablo 30 : Sağlanan Bilginin Yeterliliği ve Tedavi Seçiminde Kararının Sorulması

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Hastalık yaşantısı her insan için kaçınılmaz bir yaşam gerçeğidir. Herhangi basit bir hastalık bile birey için günlük yaşam dengelerini bozan bir engellenme oluşturabilir. Böyle bir engellenme bireyin akıp gitmekte olan yaşamını sadece birkaç günlük bozma anlamında etkileyebilirken, onu kanser gibi yaşam dengelerini psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her türlü alanda altüst eden bir hastalık olarak da belirebilir. Bu ise olağan uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, yeterli biçimde kullanılamaması, geleceğe yönelik beklentilerin, planların bozulması, sahip olunan gücün yitirilmesi anlamını taşır (70).

‘Kanser’ kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği gösteren hastalıklar grubunu tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Beklenen yaşam süresi, kanserin cinsi, tanı konulduğu zamanki evresi, tedaviye verdiği yanıt ile ilgilidir (80).

Küresel kanser yükü geçtiğimiz 30 yıl zarfında iki kattan daha fazla artmıştır. Dünya nüfusunun süregelen artışı ve yaşlanması kanser yükü üzerinde de büyük değişikliklere yol açacaktır. 2030’a gelindiğinde 27 milyon kanser vakası, kanserden kaynaklanan yıllık 17 milyon ölüm ve son beş yıl içinde kanser tanısı konmuş 75 milyon kişi rakamlarına ulaşılması beklenebilir (19).

Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelere bakıldığında, kanser insidans hızlarının ve profillerinin farklı olduğu görülür. Gelişmiş ülkelerde, erkeklerde akciğer ve prostat kanseri, kadınlarda ise meme kanseri ve kolorektal kanserler daha sık görülürken, az gelişmiş ülkelerde ise erkeklerde akciğer, mide ve karaciğer kanseri, kadınlarda da meme ve serviks kanseri daha sık görülmektedir. Türkiye’de ise erkek nüfusta akciğer, mesane ve mide kanserleri, kadın nüfusta da meme kanseri ve kolorektal kanserler daha sıklıkla izlenmektedir (91).

Kanser yükünün hızlı artışı dünya çapında halk sağlığı ve sağlık sistemleri için bir kriz teşkil etmektedir. Kanserle savaşın dört temel unsuru üzerinde odaklanılmalıdır: Önlenebilir kanserleri önlemek, tedavi edilebilir kanserleri tedavi etmek, iyileştirilebilir kanserleri iyileştirmek, palyasyon gerektiğinde uygulamak (19).

Fiziksel hastalıklar bedensel, ruhsal, sosyal açıdan bireylerde zorlanmalara neden olurlar. Özellikle hayatı tehdit eden ya da kronik veya tedavisi olmayan birçok fiziksel hastalık, psikososyal krizlerin ortaya çıkışına yol açar. Alışılmış davranış ve baş etme yöntemlerinin yetersiz kalması neticesinde krizler ortaya çıkar. Fiziksel hastalıklarda hayatı tehdit eden psişik zorlanmalar görülmektedir. Sorunun bilişsel uygun değerlendirilmesi gerçeklerin tanımlanması, olumsuz savunmalardan sakınma, yedek güçlerin canlandırılması, seçeneklerin ortaya konması, duyguların ortak ifadesinin sağlanması, yeni duruma uyuma dönük davranışsal-düşünsel baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi uyum için zaman tanınması, yeni duruma uygun yaşam ilgi ve yaratıcılık alanlarının geliştirilmesi gerekir (94).

Kişi hastalığı, tedavisi, geleceği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığında güçsüzlük hissedebilir. Hastayı yapılacak bir tetkike, tedaviye hazırlamak, bilgilendirmek işbirliğini arttırır. Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracağından, felaketçi algılamayı engelleyeceğinden hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir (60).

Belirsizlik, o olay ya da durumda değil, bireyin algısındadır. Psikolojik stres ve baş etme teorisine göre bilişsel ve duygusal yönleriyle ruhsal bir durum olarak belirtilen belirsizlikte, bir olay/durumdan daha çok o olay/durumun bireyde stres yaratma özelliğine odaklaşılır (72).

Kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin stresinin arttığı düşünülmektedir. Kanserli hastaya bakım veren sağlık personeli dışındaki bireyler kanser hastasının sosyal destek ağını oluşturmaktadır. Hastanın yaşamı boyunca devam edecek ve yaşam süresini de etkileyebilecek bir hastalığı olduğu için ona yakın kişilerin ve ailesinin hastalığı kabul etmeyi ve uyum sağlamayı öğrenmeleri gerekmektedir (31).

Ailede kanser hastasının olması rolleri, günlük yaşam rutinlerini hatta aile içi etkileşimi farklılaştırmakta yeni durumlara uyum sorunları yaşatmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda; yararı kanıtlara dayalı olarak belgelenmiş ruh sağlığını koruyucu faktörün 'ailenin ve dostların sosyal desteği' olduğu açıklanmaktadır (89).

Birçok araştırmacı sosyal desteklerin yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek ya da dengeleyerek hastalıklara karşı tampon görevi gördüğü konusunda birleşmektedirler. Bireyler tarafından algılanan sosyal destek sosyal ağ üyelerince sağlanan yardımların kişiye verdiği doyum olarak değerlendirilmektedir. Literatürde, sosyal desteği az olan hastaların genellikle daha fazla işlevsel yetersizlik yaşadığı bildirilmektedir (31).

Ülkemizde kanserin nasıl karşılandığı, uyum mekanizmaları, sağlık çalışanlarının kansere yaklaşımı vs konularda batıdan önemli farklılıklar vardır. Özellikle ülkemizde kaçınma, bilgilendirme sorunları, kaderci kabulleniş daha sık görülmektedir. Hastalar daha fazla inkar etme eğilimi göstermekte, hastaların yaklaşık %20'si söylenecekleri duymamak için doktorlarıyla konuşmamakta, bilgi alma sorumluluklarını yakınlarına yüklemekte, önemli bir hasta grubu ise tanıılarını bildikleri halde yakınlarıyla konuşmamakta, hastaların yarısından fazlasında da hasta yakınları hastaların moralleri bozulacağı endişesiyle tanının hastalara söylenmesini istememektedirler (73).

1.1.Araştırmanın Konusu (Problem)

Ortak karar verme sağlık görevlisi ve hasta tarafından beraberce sağlık bakımı tercihi hakkında bir süreçtir ve hasta merkezli bakımın püf noktasıdır. Karar yardımı gibi hasta odaklı müdahalelerin uygulanmasında sağlık bakım profesyonellerinin eğitimi önemlidir (63). Kanseri hastalığı sosyo-ekonomik etkisi, önemli tedavi masrafları ve ölümcül bir hastalık olmasından dolayı büyük bir sağlık sorunudur. Bu araştırmada; tedavi kararları konusunda hastaların konumu ne ve ne derecede katılabilirler? Hastalar bilgilendirilmek ve tedavileri ile ilgili zor kararları vermede destek istiyorlar mı? Sorularına yanıt aranacaktır.

1.1.2 Alt Problem

Tedavi seçenekleri ile ilgili yeterli şekilde bilgilendirilmeyen bireyler yanlış kararlar verebilirler. Hastaların tedavi kararı verilirken beklentileri neler, sosyal desteğin önemi ne ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgilendiriliyorlar mı? Sorusuna da yanıt aranacaktır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Yeni tanı almış bireylerde tedavi kararını vermek en önemli olaylardan biridir. Kanseri ve ilişkili hastalıklar hastanın yaşam kalitesine önemli ölçüde zarar verebilir. Karar aşamasında tedavi etkinliğini sayısal verilerle yorumlamak etkili olmaktadır. Hastalıkları ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmeleri, karara katılımları hastalığa ve tedaviye uyum açısından önemlidir. Ayrıca hastaların bilgilendirilmesi; duygu ve tutumlarını olumlu etkilemesi, korkularıyla baş etmelerine yardımcı olması, durumu anlayıp kontrol altında tutabilmeleri ve bilgi sayesinde kendilerini güvende hissetmeleri açısından da önemlidir.

Araştırmanın amacı; kanser hastalarının tedavi kararlarına katılım düzeylerini saptamak, sosyodemografik faktörlerin katılıma etkisine bakmak, hastaların tedavileri ile bilgi gereksinimlerini değerlendirmek.

1.3.Hipotezler (Denenceler)

1. Kanser tanısı alan hastalarda sosyoekonomik özellikler hastanın tedavi kararına ilişkin konumunu etkiler. Yaşı genç olan hastalar, tedavi karalarına yaşı ileri olan hastalara göre daha çok katılırlar.
2. Eğitimli olan hastalar, tedavi karalarına eğitim yılı daha az olan hastalara göre daha çok katılırlar.
3. Ekonomik durumu iyi olan hastalar (>1000), tedavi karalarına ekonomik durumu kötü olan (≤ 1000) hastalara göre daha çok katılırlar.
4. Tedavi seçenekleri konusunda bilgisi olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, bilgisi olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinden düşüktür.
5. Güçlü sosyal destek algısı olan hastaların (Toplam sosyal destek puanı 84'e yakın olan) anksiyete ve depresyon düzeyleri, güçlü sosyal destek algısı olmayanlara göre (Toplam sosyal destek puanı 84'den uzak olan) daha düşüktür.

1.4. Sayıtlılar (Varsayımlar)

Çalışmanın uygulamalarında hasta haklarına ve etik konulara dikkat edildiği varsayımından hareket edilmiştir.

1.5.Araştırmanın Önemi

Yetersiz bilgilendirilme hastanın teşhis, prognoz ve potansiyel terapötik seçenekler konusunda kafasının karışmasına ve dolayısıyla da memnuniyetsizliğin, psikolojik sıkıntının artmasına neden olmaktadır. Hastanın katılımı ile birlikte ortak karar verme kendi sağlıkları ile ilgili karar verme konusunda hasta haklarını geliştirir. Son yıllarda tedavi karar yardımlarında gelişmeler olmuştur. Fakat ülkemizde hastaların karara katılımı konusunda pek çalışma yoktur.

1.6.Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Katılımcılara çalışmanın amacı anlatıldı, kabul edenler çalışmaya dahil edildi. Hastalardan:

- Kanseri tanısı almış,
- İfadeleri anlama yetisine sahip,
- Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı herhangi bir bedensel sakatlığı olmayan tüm hastalar araştırmaya dahil edildi.

Karşılaşılan güçlükler; tek merkezde yapılması, zaman sınırlılığı, tedavi öncesiyle sınırlı tutulması, yeni kanser tanısı almış ve birden fazla tedavi seçeneği olan vaka sayısının sınırlı olması.

1.7. Tanımlar

1.7.1. Karar verme

Amaca ulaştıracak eylemlerde bulunmak için, seçeneklerin saptanıp, saptanan seçenekler arasından ussal olarak uygun olanın seçilmesidir.

1.7.2. Anksiyete

Anksiyete her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde yaşadığı ve sıklıkla çeşitli fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, hoş olmayan sıkıntı ve endişe duygusu ve yaşantısıdır. Optimal düzeydeki anksiyete bireyin gelişmesini, olgunlaşmasının ve bir amaca doğru çaba göstermesini sağlar.

1.7.3. Depresyon

Depresyon duygusal, zihinsel, davranışsal ve bedensel bazı belirtilerle kendisini gösteren bir durumdur. En dikkat çekici belirtisi çökkün ruh hali ile ilgi ve zevk almada belirgin azalmadır. Belirtiler en az iki hafta sürekli olarak devam eder. Kişinin mesleki, ailesel ve kendisi ile ilgili sorumluluklarını yapmasına engel olur.

1.7.4. Sosyal destek

Alıcı ve verici olarak adlandırılan iki kişi arasında, her iki tarafın da alıcının iyilik durumunu arttırmaya yönelik olarak algıladığı bir kaynak alışverişi olarak tanımlanmıştır. Bireyin duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede; gerekli para, materyal ve aleti sağlayarak ya da beceri, bilgi ve öğüt vererek yüzyüze geldikleri stres yaratan özel ortamlarla baş etmelerinde yardımcı olmaktadır.

GENEL BİLGİLER

1.8. Hastalık Algısı ve Kanser

İster basit bir üst solunum yolu enfeksiyonu olsun, ister yaşamı tehdit eden bir serebrovasküler hastalık olsun, sağlığın bozulmasının kişide bazı duygusal tepkiler yaratması evrensel bir durumdur. Hastalık kişinin işlev görme düzeyini bozduğundan dolayı bir yitim (özellikle sağlığın yitimi) olarak yaşanır (75).

Hastalık çoğu kişinin yaşamında en yaygın ve erken deneyimlerden biridir. Hasta için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir (60).

Kriz; kişilerin ya da ailelerin, günlük yaşantılarındaki denge durumunun bir süre için bozulmasıdır. Krize müdahale, zamanında ve etkin olursa ruh sağlığını yükseltme ve ruh hastalığını önlemede güçlü bir yöntemdir. Anında gerçeğe yönelik destekleyici müdahale gören ve hızla cepheye dönen askerlerin, akıl hastanelerinde uzun süre psikiyatrik tedavi gören hastalara göre daha iyi sonuç aldıkları şaşırtıcı biçimde gözlenmiştir (62).

Hastanın hastalığa emosyonel tepkisi, onun hastalığa yüklediği anlama bağlı olduğu gibi emosyonel tepki biçimi de yüklenen anlamı etkiler. Hasta için hastalığın anlamını bilmemiz, hastanın duygularını ve davranışlarını daha iyi anlamamıza yardım eder (60).

Yaşamın akışını bozan, kişinin varoluşuna ciddi bir tehdit getiren kanser, kuşkusuz herkesi sarsar. Hasta bu krizle başa çıkmaya çalışırken aynı zamanda önemli sağaltım kararları vermek, hastalığın ve sağaltımların sonuçları yüzünden yaşantısını yeniden düzenlemek zorunda kalır (35).

Kanser hastasının önemli yaşamsal işlevleri tedaviye karar vermek, kompliance, önemli ilişkilerin sürdürülmesi ve ailevi, sosyal ve mesleki işlevlerin devamı olarak sıralanabilir (8).

Literatürde tanımlanmış kanserli hastaların genel olarak öncelikli bilgi ihtiyaçları; mevcut tedavi seçenekleri, tedavi yan etkileri, hastalığın yaygınlığı, tedavi olasılığı ve prognozu, öz-bakım ve normal bir yaşam tarzına dönüştür (68).

1.8.1. Kişilik Tipi

Kanser tanısına normal yanıt, endişe, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntüden hastalığın önemini yadsıma, bu süreci bir savaş gibi algılama ya da kadere bir kabullenmeye kadar değişir. Hastanın kanserle ilgili algısı, kanserin yol açtığı sorunlar ve hastalığın kültürel anlamı kişinin tepkilerini etkiler (36).

Hastalık kavramı hem objektif, hem de subjektif boyutları içerdiğinden, benzer bir hastalıkla karşılaşan kişiler durumları hakkında farklı görüşlere sahip olabilir, farklı tepkiler gösterebilirler. Bazı kişiler hastalıkla mizah duygusu ve cesaretle yüzleşir görünürken, bazıları öfke, korku veya umutsuzluk gibi yoğun duygular yaşamakta ve zorlanmaktadırlar. Hastalarda ortaya çıkan en yaygın emosyonel tepkiler; anksiyete, korku, öfke, güç-güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umut-umutsuzluk, rahatlamadır (60).

1.8.2. Kansere Uyum

Kanser tanısı öğrenildiğinden itibaren, hem hasta hem de ailesi için birçok güçlüğü beraberinde getirmektedir. Bu süreçte, her hastada çeşitli emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkabilmektedir. Ancak tedavi ve bakımda önemli olan, bu tepkilerin patolojik düzeye ulaşmadan tedavi edilmesi ve gerekli girişimlerde bulunulmasıdır (47).

Bu nedenle kötü haber karşısında hastaların algıları doğrultusunda farklı tepkiler göstermesi beklenen bir durumdur. Yinede hemen hemen her hastada kötü haber karşısında şaşkınlık, kabullenmeme ve doğruluğuna inanmama, inkar ve öfkeye kapılma “niçin ben?” sorgusu gibi psişik tepkiler ile birlikte günlük olağan yaşamın altüst olması, uyku, yemek – içmek gibi doğal fizyolojik alışkanlıklarda bozukluklar ortak gözlenen tepkilerdir. Hastalar yas dönemine girebilir, 1-2 haftalık kabullenmeme sürecini takiben umutlanma, savaşıma süreci başlar. Ancak inkar safhasının uzun sürmesi hastanın tedaviyi geciktirmesine veya kabullenmemesine neden olabilir. Böyle bir tablo karşısında psikiyatri konsültasyonları çok önem taşımaktadır (17).

Öfke aşamasında hasta “neden ben” sorusuna cevap arar. Bu aşamada hastanın duygu ve düşüncelerinin ifade edilmesinin sağlanması, hastayı rahatlatan bir girişimdir. Pazarlık aşamasında ise bireyin baş etme yöntemlerinin bilinmesi ve yeni baş etmelerin geliştirilmesi gerekir. Depresyon aşamasında ise, hasta önce geçmişin yasını tutar ve yavaş yavaş depresyonu hazırlayan hüznün dönemine girer. Bireyin kayıplarının yasını tutmasına izin verilirse ve aile desteği sağlanırsa birey kabullenme evresine geçebilir (12).

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik özellikler), hastalığa ve sağaltımlara ilişkin değişkenler (sakatlayıcı belirtiler, kanser yerleşimi, prognoz, ağrı ve kariyer, evlilik gibi yaşam hedeflerine ne oranda engel olduğu) ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, sağaltımları ekonomik olarak karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi belirleyen etmenlerdendir (35).

Hastanın fiziksel hastalığının şiddeti, gidişi ve tedaviye yanıtını etkileyebilecek ruhsal durumların bilinmesi hastanın yaşam kalitesini, bakımını, tedaviye uyumunu zamanla doğrudan etkileyecektir. Bu nedenle tıbbi tedaviye ek olarak hastanın psikososyal desteğe de gereksinmesinin olduğu unutulmamalıdır. Hekimlerin kanser hastalarında majör depresyon (MD) gibi psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ortaya çıkan bu psikolojik bozuklukların hastada yol açabileceği psikososyal değişiklikler konusundaki farkındalıklarının yüksek olması gereklidir (90).

Kanser hastasının temel kaygıları ölüm korkusu, başkalarına bağımlı kalmak, yetersizlik ve sosyal ilişkilerin kesintiye uğraması olarak özetlenebilir. Hastaların kaygılarına karşı geliştirdiği tepkiler tıbbi, psikolojik ve ikili insan ilişkilerinin durumuna bağlı olarak belirlenir (8).

Kişinin uyum duygusu oluşturabilmesi ve durumuna uyum sağlayabilmesi için durumunun ne olduğunu anlaması, bu durumla nasıl baş edebileceğini kararlaştırması ve içinde bulunduğu duruma bir anlam verebilmesi önemli olmaktadır. Öyle olduğunda, kişi kendi gücünü, iç ve dış ortamında olup bitenlerin ne olduğunu, ne olabileceklerini kestirerek, duygu ve davranışlarını ona göre hazırlayarak, daha güven içinde yaşayabilir. Başka bir deyişle, bilinmeyene karşı insan savunmasızdır, bilinmeyenle karşı karşıya kalmadığında, yaşamında olup bitenler onun için

anlaşılabilir, anlamlı ve dolayısıyla kendisi tarafından etkilenebilir olacaktır ki, bu da kişiye hem güven, hem de özgüçlerini harekete geçirip kullanma olanağını verir (61).

Kanser hastalarında ortaya çıkan ruhsal sorunlara odaklanmak ve dikkatleri bu alana yöneltmek çağdaş bir tıp yaklaşımının en önemli öğelerinden biridir. Sadece kanseri iyileştirmek ya da yaşam süresini uzatmak değil; hastalık süresinde yaşam kalitesini artırmak, ağrısız, acısız ve konforlu bir yaşam süreci sağlamak çağdaş tıbbın amacı olmalıdır. Tedavi planlarında ruhsal ve toplumsal değişkenler öncelikli olarak gözetilmelidir (73).

Bu hastalara yardım sürecinde, iyi bir medikal ve cerrahi tedavinin yanı sıra onların, bu hastalığın ölümle eş anlamlı olmadığını fark etmelerine, yaşam-ölüm konularını, beklentilerini gözden geçirmelerine yardımcı olmak gerekir. Hastanın olabildiğince iyi yaşamasına, yüzyüze geldiği şey neyse onunla karşılaşmasına yardımcı olmak önemlidir. Bu ise ‘ hastalara ümit, bakım, destek ve sevgi vermekle eş anlamlıdır (71).

1.9. Kanser ve Psikopatoloji

Bedensel hastalığın kendisi ve/veya tedavi yöntemleri psikiyatrik bozukluklara yol açabilmektedir. Organik hastalık ile ilgili var olan patolojik süreçlerin, beyin işlevlerini etkileyerek psikiyatrik sorunların gelişmesine yol açabilmesi yanında; bedensel hastalık, hastalığın hastanın kendisine özgü anlamları nedeniyle psikolojik-davranışsal tepkilere yol açabilmektedir. Bir fiziksel hastalığa yakalanan kişiyi anksiyeteli, depresyonlu ya da kızgın/öfkeli görmek çok şaşırtıcı bir durum değildir (75).

Kronik hastalıklar ile ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller gittikçe daha sık karşılaşmaya başlamışlardır. Bunun önemli bir nedeni geliştirilen yeni tedavi yöntemleri sayesinde artık bir çok hastalığın ölümcül olmamasıdır. Bu hastalıklar birey üzerinde ortak bir tehdit yaratırlar, kişi artık hiçbir zaman hastalık öncesi haline dnemiyecektir. Bu kişiler bedenleri, yaşamları ve gerçeklik algıları üzerinde tekrar kontrol kazanma çabası içindedir. Devam eden fiziksel yetersizlik kişinin işlevselliğini bozar, günlük rutinlerinin değişmesine yol açar. Çalışma gücü, aile ve sosyal yaşamdaki roller olumsuz etkilenir. Yetersizlik ve belirsizlik devam ettiği zaman kişide belirgin bir psikolojik dağılma başlar. Hastalığın belirsizliği, ilerlemesi ve öngörülemez doğası hem hastada, hem de ailesinde kaygı yaratır (78).

Yapılan çalışmalarda özellikle sosyoekonomik durum, sosyal destek, performans kapasitesi, son donemde yaşanan kayıplar, kanser tanısı ile ilgili bilgi düzeyi gibi etmenlerin psikiyatrik bozuklukların oranına etki ettiği saptanmıştır. Klinisyenler için bu etmenlerin varlığı psikiyatrik bozuklukların araştırılması yönünde sinyal olabilmektedir. Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve sağaltımı, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttırabilecektir (5).

Tümör lokalizasyonuna ve tümörün hormonal işlevselliğine, immün spresyona, infeksiyonlara, paraneoplastik sendromlara, kemoterapötiklere ve radyoterapiye bağlı psikiyatrik bozukluklara da rastlanmaktadır (8).

Kanserli hastalarda stres, sıkıntı yaygınlığı önemli bir problemdir. Psikosasyal girişimlerin kanser hastalarının ihtiyaçlarını karşılayabileceğini gösteren yayınlanmış çalışmalara rağmen psikososyal müdahalelere katılım oranı düşüktür. Bu yüzden uygulayıcılar pratik müdahaleler sunmalıdır. Zaman, müdahale yeri ve sıklığı, uygulayıcıların kimliği, grup üyelerinin özellikleri, tıbbi tedavi zamanlanması dikkate alınmalı ve müdahaleler kolay erişilebilir, kısa ve etkin olmalıdır (27).

Kanserde ortaya çıkan psikolojik problemler: doktorun kansere karşı tutumu, hastanın kanserine karşı tutumu, doktor hasta ilişkisi, ölmekte olan hastanın özel sorunları olarak özetlenebilir (42).

Kanserde psikolojik tedavi, tedavinin bütünleyici ve ayrılmaz bir bölümü olup, hastalığın fiziksel tedavisini tamamlayıcıdır. Psikolojik tedavi girişimleri, danışmanlık, eğitim veya psikoterapötik yollarla baş etme davranışını geliştirmek için uygulanan sistematik çabalardır. Kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin serbestçe ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerin anlatılmasını cesaretlendirmek; psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak; hasta, aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki ilişkiyi güçlendirmek bu çabalardandır (12).

Psikolojik tedavide, psikolojik kaygı ve acıyı azaltmak, uyumu sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak, duyguların ifadesine yardımcı olmak, mücadele ve yaşama gücünü arttırmak, hastalığın yarattığı çok yönlü krizle sağlıklı baş etmeye yardımcı olmak, var olan yanlış algıları düzeltmek, ya hep ya hiç tarzı davranış ve düşünceleri düzeltmek, sosyal destek ve iletişimi güçlendirmek amaçlanır (74).

Psikolojik destek ile kanserli hastanın psikolojik tedavisinde zedelenmiş olan benlik değerini yeniden kazanmasına yardım edilir. Yeni bir yaşam planı oluşturmada destek olmaya çalışılır. Benzer sorunları olanlarla yapılan grup terapileri, iyileşmiş bir hasta ile görüşme sıklıkla yardımcı olur (86).

1.9.1. Kanser ve Depresyon

Depresyon bilinen psikiyatrik bozuklukların en eskilerinden biridir. Eski Ahid’de ve klasik Hindu tıbbi metinlerinde izine rastlamak mümkündür. Tıp literatüründe depresyonu ilk tanımlayan Hippokrates’dır. Hippokrates (İ.Ö.450-357) bu tabloyu kara safra fazlalığı ile açıkladığı için ‘melaine chole’ olarak adlandırılmıştır. Galen’e (İ.S. 131-201) göre melankoli ‘korku ve depresyon, yaşamdan hoşnutsuzluk, tüm insanlardan nefret’ ile kendini göstermektedir (92).

Depresyon kanserli hastalarda dikkatle ele alınmalıdır. Birçok araştırmaya göye kanserde depresyon sıklığı % 0- %38. tedavi edilmeyen depresyon kedere neden olur ve ölüm oranını artırır. 1980 ve 1994 yılları arasında yapılan 58 çalışmanın meta-analizinde kanserli hastalardaki depresyon oranı genel populasyondan önemli düzeyde fazladır. Gruplar arasındaki bu farklılıklar cinsiyet, yaş ve kanserin tipiyle ilgilidir. Depresyon yaygınlığı ile yapılan 100’den fazla çalışmada %0-%58 olmasına rağmen hastalığın yerinin ve evresinin depresyon düzeyini artması ile ilişkili olduğu düşünülür (66).

Tıbbi hastalıklarla psikiyatrik hastalıkların etkileşimi çok boyutludur. Tıbbi hastalık ve psikiyatrik hastalıkların bulguları birbirine benzeyebilir, farklı tanıların biri diğerinin bulgularını ve öyküsünü maskeleyebilir. Tıbbi hastalık ve psikiyatrik hastalıklar birbirlerinin sonuçlarını etkiler, hastalıklardan birinin bulgularından birini azaltmaya yönelik tedavi diğerinin bulgusunu artırabilir. Psikiyatrik hastalıkların uygun tedavisi, eşlik eden tıbbi hastalığın seyrine olumlu etkide bulunabilir, hastanın yaşamdan aldığı doyumunu artırır (20).

Kanser, milyonlarca insan için ölüm nedeni olmasının yanında psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının da yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanserli hastalarda psikiyatrik komorbiditenin yaşam boyu yaygınlığı %30-40'tır (90).

Kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluklar %29-47 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir. Özellikle depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Depresyon aynı zamanda öz kıyım gibi ciddi sorunları da gündeme getirmektedir (5).

Majör depresyon, hastanın yaşam kalitesini, kendine bakımını, tedaviye uyum ve zamanla kanserin şiddetini, gidişini ve tedaviye yanıtını etkilemektedir. Kanserli hastalarda depresyon açısından risk etkenlerinin başında psikiyatrik bozukluk öyküsü, benlik saygısının düşük olması, tanı sırasında fazla duygusal stres ve duygusal desteğin azlığı gelmektedir. Diğer risk etkenleri alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden başka bedensel hastalıklar ve depresyon yapıcı etkisi olan kemoterapötik ajanların kullanılmasıdır (90).

Kanser hastalarında ortaya çıkması muhtemel psikiyatrik bozukluklar kanser tanısından sonra ortaya çıkabileceği gibi, daha önceden var olan bir ruhsal bozukluğun alevlenmesi şeklinde de kendisini gösterebilir. Depresif bozukluğu olanlar genel bir isteksizlik nedeniyle tedaviye uyumda zorluk çekerler (23).

Kanserli hastada depresyon tanısı için bedensel belirtilere tıbbi durumun yol açmış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Depresyon tanısı koyarken iştahsızlık, halsizlik gibi belirtilerden çok disforik mizaç, özgüven kaybı, çaresizlik, değersizlik, suçluluk, konsantrasyon güçlüğü, ölüm isteği, intihar düşünceleri gibi bilişsel belirtilere ağırlık vermelidir (36).

Kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalar sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğini göstermiştir. İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri şeklinde tanımlanmıştır (31).

Tıbbi hastalıklar ve depresyon birlikteliği dūřuk gelirli, eğitime ulaşımı sınırlı, sosyal gūvencesinde sorunlar olan, işsiz, boşanmış, zor sosyoekonomik koşullarda yaşayan insanlarda sıktır (20).

1.9.2. Kanser Hastalarında Anksiyete Bozuklukları

Kanser hastalarında anksiyete bozukluğu başlığı altında sıralanan psikiyatrik bozukluklardan birçoğu ortaya çıkabilir. Bunlardan birincisi, Akut Stres Bozukluęudur. Kiři bařa çıkma yetilerini zorlayan bir travmayla karşılaştığında böyle bir sendromla karşı karşıya kalabilir. Sūrekli olarak yaşanan travmanın zihne gelmesi ya da rūyalarda gōrūlmesi, olayı hatırlatan etkinliklerden kaçınma ya da hissizlik hali, çabuk sinirlenme, uyuyamama ve çevresel ya da vūcutla ilgili uyaranlara aşırı dikkat gibi uyarılma tepkileri ortaya çıkar (23).

Anksiyete dūzeyi hastalıęın tehdit olarak algılanma dūzeyine gōre deęiřir. Anksiyetenin dūřuk dūzeyi ōęrenmeye ve eyleme geçmeye, hastanın tıbbi yardım almasına ve tedavi ekibinin ōnerilerine uymasına yardım eder (60). Anksiyete řiddetinin çok yūsek olması ve uzun sūrmesi, bireyin de sūrekli olarak anksiyeteye ve belirtilerine yoęunlařması durumunda birey gūnlūk yařamını sūrdūremez. Bu durum çeřitli davranıř bozuklukların ortaya çıkmasına neden olur (62).

1.9.3. Kanser Hastalarında Tıbbi Sendromlar

Semptomatik açıdan bakıldığında yorgunluk, halsizlik, kaygı, mutsuzluk, ağrı ve uyuklama, gece uykusuzluğu, iştah kaybı, konsantrasyon güçlüğü, cinsel işlev bozukluğu ve kabuslar en sık rastlanan bulgulardır (8).

Kanser, prognozu ve uzun tedavi süreci ile kuşkusuz günümüzde biyo-psiko-sosyal açıdan bireyde en derin etki bırakan hastalıklardan birisidir. Kanser karmaşık ve saldırgan doğası hasta birey için pek çok sıkıntı verici semptomu beraberinde getirebilmektedir. Yorgunluk, kanser hastalarının en sık yaşadıkları semptomdur. Yorgunluk; zamanla büyüyen, psikolojik, bilişsel ve emosyonel öğeleri olan, enerjinin azalması ve dinlenme ihtiyacının artması, konsantrasyon, motivasyon ve günlük aktivitelerin kısıtlanması ile belirtilerini gösteren bir semptomdur (56).

Yorgunluk özellikle aktif tedavi gören kanser hastalarının % 72-95'inde görülmektedir. Kanser hastalarında yorgunluk 3 mekanizma ile ortaya çıkabilir. Gıdaları işleme yeteneğinde değişiklik, enerji gereksiniminde artma, enerji kaynaklarının alımında azalma (51).

Kanserde uygulanan çeşitli tedaviler, ağır fiziksel yan etkilere neden olmakta, bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Tedavilerin yol açtığı yan etkiler içinde enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri en sık karşılaşılan sorunlar olup, hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemektedir. Fiziksel semptomların uzun süre devam etmesi hastalarda psikososyal sorunlara neden olmaktadır. Bu açıdan kanserde fiziksel semptomlar ve psikososyal sorunlar arasındaki bağlantıların önemszenmesi son derece önemlidir (47).

Yapılan alışmalar kanser hastalığına psikiyatrik bir sorunun eşlik etme olasılığının yaklaşık %50 civarında olduğunu göstermektedir. Bir araştırmada, kanser hastalarında görülen belirtilerin sıklık sırasına göre yorgunluk (%74), endişe (%71), üzüntü (%66), ağrı (%63), uyuşukluk (%61), ağız kuruluğu (%56), uykusuzluk (%54), iştah azlığı (%45), bulantı (%44), şişkinlik (%39), konsantrasyon güçlüğü (%38) şeklinde sıralandığı ortaya konmuştur. Sıralanan belirtilerin çoğunluğunun psikiyatrik bozukluklarda görülen belirtiler olduğu dikkat çekicidir (23).

Kanser hastalarının en büyük korkularının kanserinlmcl bir hastalık olması, ikinci büyük korkularının ise hastalığın şiddetli ağrıya neden olması olduğu gösterilmiştir. Tedavi edilmeyen ağrı; hastanın fizyolojik fonksiyonlarını, düşünme-iletişim gibi zihinsel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürür ve psikolojik bozukluklara neden olur. Kansere bağlı ağrı intihar girişimi için majör risk faktörüdür (39).

1.10. Kanser Hastası -Tedavi Ekibi-Aile, Sosyal Destek

Hastalığın tanısını koyan ve tedavisinistlenen sağlık ekibinin, tedavide medikal sorunları iyileştirmesi kadar, hastanın ruhsal gereksinimlerini bilmesi ve doğru yönde karşılaması, hastayla ve ailesiyle destekleyici bir etkileşim içinde olması uyum açısından oknemlidir. Hastalığınğrenilmesi sırasında hekimin yaklaşımın plana çıkar (2).

Onkoloji etiğinin ana odağı hasta-hekim ilişkisidir. Bu ilişkinin kritik açıları dürüstlük, güven ve sorumluluk paylaşımıdır. Kanser tanısı ile baş edebilme ve tedavi sürecine uyum sağlama güçlü bir hasta-hekim ilişkisini gerektirmektedir. Doğru iletişim, hastanın psikososyal açıdan değerlendirilmesi, hasta beklentisinin

analiz edilmesi hasta için en uygun ilişki modelinin belirlenmesinde etkilidir. Kanser hastası ve hekim arasındaki ilişkide ortaya çıkabilen sorunlar hastadan, hastalığın özelliğinden, hekimin yaklaşımından ve altyapı-personel-donanım eksikliği, hekimin aşırı iş yükü, kötü hastane işletmeciliği ve finans sorunları gibi dış etkenlerden kaynaklanır (6).

İlk karşılaşmada, hem hasta hem hekim birbirleri hakkında bilinçli ya da bilinçsiz olarak birçok şeyler düşünecek ve duyacaklardır. Hasta öncelikle kendi ruhsal gelişmesi ve sorunlarının etkisi altında, hekime karşı duygular ve düşünceler ve düşünceler geliştirecektir. Hekim de hastasına karşı mesleksel bilgisi yanında, kendi kişiliğine göre bir ilgi ve tutum geliştirecektir. Hekim bu ilişki içinde hem kendisinin, hem de hastasının davranış ve tutumunun anlamlarını, inceliklerini iyice inceleyebilecek, tanıyabilecek bir yetenekte olabilmelidir (79).

Hastanın hekimine güven duygusunda etkili olan unsurlar; hekimin ilgi göstermesi, hastaya zaman ayırması, hastanın sorularını açıkça ve dürüstçe yanıtlaması, hastanın gereksinim duyduğu bilgiyi yeterli ve anlaşılır bir dil kullanarak vermesi, sadece hastalığa odaklanmaması, hastayı tedavi etmesi, hastayla olan ilişkisinde dürüst olmaması, beklenen düzeyde mesleki bilgi ve beceriye sahip olması, mesleki bilgi ve becerisini hastanın yararına kullanmasıdır (6).

Her hasta hastalığın anlamı, yarattığı duygular, başa çıkma stili ve gösterdiği stratejiler açısından değerlendirilmiş olmaya ihtiyaç duyar. Böyle bir değerlendirme doktora, daha iyi fiziksel ve sosyal iyileşmenin sağlanmasında yeteneklerinin gelişmesi ve hasta davranışlarının daha iyi anlaşılması sonucu olarak daha etkin hasta bakımının sağlanmasına yardımcı olmalıdır. Böylece doktorun zamanında müdahale ile hastalığın psikiyatrik komplikasyonlarının gelişmesini önleyebilmesi ve tahmin edebilmesi mümkün olacaktır (65).

Kanser tanısının şoku hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişikliklere neden olabilmektedir. Bu süreçte bazı hastalar, aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişiler arası ilişkilerden kaçınabilmektedirler. Belirsizlik ve korku sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır (47).

Aile ilişkilerindeki bozulma hastalığın denetimini daha da güçleştirir. Hastanın uyumunu zorlaştıran dört farklı aile tipi tanımlanmıştır: aşırı koruyucu ve aşırı kaygılı aile, aşırı hoşgörülü ve teslimiyetçi aile, mükemmeliyetçi ve denetleyici aile, ilgisiz ve reddedici aile. İlişkilerde dengeli, duyguların serbestçe ifadesine izin veren, çatışmaların az, işbirliğinin fazla olduğu ailelerde hasta uyumu iyi olmaktadır (74).

Kanserin hasta ve ailesinde neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler, kanserli bireylerin uzun yaşamasından ziyade kaliteli yaşamaları gerektiği gerçeğini gündeme getirmiştir. Kanserli bireylerin fonksiyonel yetersizlikleri ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi bu hastalara verilecek bakımın planlanması, ailenin bakıma dahil edilmesi ve katılımının sağlanması, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasını böylelikle de bakımın kalitesinin artmasını sağlayacaktır (31).

Kanserin ve kanser tedavisinin, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin bilinmesi ile elde edilecek verilerden yararlanılarak planlanacak bakımın, kanserli hasta ve ailesinin yaşam kalitelerini yükseltmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Kızılcı'nın 1999 da yaptığı araştırmada eğitim durumu, meslek, destek olan yakınlar ve hastalık süresi hastaların yaşam kalitesini etkilerken, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaya yakınlık derecesi ve hastalık süresinin hasta yakınlarının yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir (59).

Bununla beraber potansiyel destek vericilerin yaşadığı korku ve damgalanma, kanserli bireyi gerekli desteklerden yoksun bırakabilir. Kanser olmayan bireyler kendi kanser veya ölüm korkuları nedeniyle kanserli hastalardan uzaklaşabilirler. Diğer yandan aile ve arkadaşlar kendi şaşkınlıkları, kararsızlıkları ve nasıl davranacakları hakkındaki rahatsızlıkları nedeniyle hastayla temas kurmaktan ve açıkça tartışmaktan kaçınabilirler. Kansere yönelik damgalayıcı tutumlar, hastalarda da tutarsız ve şaşkın davranışlara ve yıkıcı geri bildirimlere neden olabilir (47).

Sosyal bağların stres yaratan durumlarda önemli bir rol oynadığı uzun zamandır bilinmektedir. Caplan (1973) tarafından sosyal destek olarak adlandırılan yakın sosyal bağlar, bireyin duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede; gerekli para, materyal ve aleti sağlayarak ya da beceri, bilgi ve öğüt vererek yüz yüze geldikleri stres yaratan özel ortamlarla baş etmelerinde yardımcı olmaktadır. Sosyal destek, yaşamda meydana gelen olumsuz olayların fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltmaya ve bu olumsuzluklar karşısında strese karşı tampon işlevi görmeye yardımcı olmaktadır. Böylece bireyi stresin olumsuz sonuçlarından koruyabildiği gibi, bireyin ait olma, kendine güven, benlik saygısı gibi duygularını olumlu yönde destekleyerek her koşulda sağlıklı kalmasını ve kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır (77).

1.11. Kötü Haberi Verme

Ölümcül hastalık tanısının söylemi literatürde kötü haber verme olarak adlandırılmıştır. Kötü haberi vermek hekimler açısından da hastaya söylenmesi gerçekten zor bir görevdir. Hastanın ve ailesinin nasıl tepki vereceğini kestirememesi ve bu tepkilerle nasıl baş edileceğinin bilinmemesi hekim açısından sıkıntılı bir durumdur. Ptacek ve Eberhardt kötü haberi “Umit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj” olarak tanımlamışlardır (17).

Kötü haberi vermek, hastalığı ve ölümü konuşmak çoğu zaman hem doktorla hem de hasta yakınlarına zor gelir. Ne yapacağını, nasıl konuşacağını bilemeyen yakınlar, hastalarının dayanamayacağını, hiçbir şeyi konuşmak istemediğini düşünebilir (36).

Günümüzde tıp okulları doktorlara kötü haberin nasıl verilmesi gerektiğine ilişkin eğitim sağlamaktadır. Hastalar ve aileleri tanının söylenme şeklinin önemini, ilgili ve dostça verildiğinde ne kadar yardımcı olabildiğini tekrarlarlar. İyi doktorun üç özelliği yetenek, sevecenlik ve ilgidir (55).

Kanserde, hastalık yaşantısının belirsizliği, hastanın bu beklenmedik duruma uyum sürecinin uzamasına ve geleceğe ilişkin belirsizlik ve ölüm korkusunun artmasına yol açabileceği gibi, hastanın tedaviye bağlı olarak bedeninde meydana gelen değişikliklerden rahatsızlık duymasına neden olabilir (6).

1.12. Zor Hasta

Bir çok kanser hastası hastalıkları seyri sırasında sıkıntılar yaşarlar. Bu sıkıntılar; duygusal, psikolojik, sosyal veya ruhsal yapı ile ilgilidir. Kanser tedavisi ile baş etme becerisini engeller. Son zamanlarda Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı tüm kanser hastalarının tedavilerinin rutin bir parçası olarak sıkıntılarının değerlendirilmesi ve tedavisini öneriyor (27).

İnsanlar, kanser tanısı karşısında bir çok farklı tepkiler gösterirler. İlk aşamada en yaygın tepki, şoke olma ve inanmamadır. Gerçeğin hemen inkarı, çoğu kez, katlanılması çok güç, bazıları için imkansız, gerçeğin yarattığı kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Bir anlamda, gerçeği reddederek, olmamış kabul ederek hasta, kendini dayanılmaz kaygıdan korur (4).

Genel olarak fizyolojik durumda ve beden imajında bozulma, sosyal destekte yetersizlik olması, hastalık sürecinde gereksinimlerin zamanında karşılanamaması, geçmişteki olumsuz deneyimler, hastalığa ait olumsuz inançlar, hastalık nedeniyle soyutlanma, tedavilerin uzun sürmesi, aktivite sınırlılığı gibi nedenlerle kanserli hastalar umutsuzluk yaşayabilmektedir. Ortaya çıkan umutsuzluk, bireyin yaşamını pasifleştirerek depresyon ve özkıyım davranışları için bir etken oluşturmaktadır (3).

1.13. Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken, bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır ve yaşamın çeşitli yönlerine ilişkin öznel doyum ifadelerini kapsar. Tıp alanında yaşam kalitesi; hastalığın durumuna ve bu hastalığın

tedavisine bağı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir (76).

Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk yaşam kalitesi ile eş anlamda kullanılmaktadır. Yaşam kalitesi bir bütün olarak yaşamın subjektif olarak değerlendirilmesidir. Yani bireyin ne algıladığının değerlendirilmesini ve bunlardan aldığı doyumu içermektedir (59).

Günümüzde kanser tanı ve tedavisi, multidisipliner yaklaşımla ele alınması gereken çok yönlü bir konu haline gelmiştir. Kanser hastalarının bütüncül tedavi ve bakımı tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal boyutları birlikte içermektedir (47).

Kanser hastalığının, bireyin geleceğe dair planlarına, ümitlerine, hedeflerine, yaşam tarzına olan etkisi değerlendirilmelidir. Giderilemeyen ağrılar, öz bakım aktivitelerini yapmada yetersizlik, kanser tedavisinin yan etkileri ve uzun süre hastanede kalmayı gerektirmesi hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Yaşam kalitesinin artırılabilmesi için bu hastaların özel ihtiyaçlarının belirlenmesi mutlaka gereklidir. Giderek ilerleyen Tıp bilimi artık sadece hastalıkların ortadan kaldırılmasını değil, kanser gibi kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla baş edebilme gücünü destekleyerek yaşam kalitesini arttırmayı da hedeflemektedir (83).

1.14. Stres'in çok boyutlu etkisi

Kanser, ölümü ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır. Sınırsız acı çekmenin, suçluluğun, izolasyonun, kaos ve kaygının sembolüdür. Bu nedenle kanser, ruhsal ve psikososyal açıdan da birçok sorunu kapsayan bir hastalıktır. Kanser tanısı alan hastalarda kriz olarak

tanımlanabilecek emosyonel tepkiler ortaya çıkar. Kanserli hastalar sınırlı tek bir krizden çok, devam eden stresörlerle karşı karşıyadırlar. Genellikle tanının ilk konduğu, yeni bir tedaviye geçildiği veya nüksün olduğu dönemler hasta için kriz dönemleridir (83).

Kanser tanısı konan bir kişide en sık görülen tepki öfkedir. Temelde hastalığa karşı duyulan öfke doktorlara, sağlık personeline ve yakınlara yansıtılmaktadır (90).

Simms hastanın öfkesinin, sağlık elemanları tarafından anlaşıma ve uygun tedavi edilme isteğini belirten bir sinyal olduğunu, hastaların korkularını ve diğer duygularını ifade edecek sözcükleri bulamamaları nedeniyle tedavilerini reddetme ya da sözel, davranışsal tehditlere yönelme gibi tepkiler gösterdiklerini belirtmektedir (83). Paranoid, narsistik, borderline veya antisosyal kişilik özellikleri veya bozukluğu olan hastalarda tıbbi hastalıkla karşılaşmada en muhtemel ifade özellikle öfkedir (84).

Bir diğer sık görülen tepki ise suçluluk duygusudur; kişi, bu hastalığı hak etmek için ne gibi bir hata yapmış olduğunu sorgulamaya başlar. Hastalığı, bir cezalandırma gibi görebilir. Öte taraftan, beden imgesi bozulan hasta bundan sonra hiçbir zaman fiziksel olarak bir bütün olamayacağını düşünebilir. Fiziksel bütünlüğü kaybetme endişesi, hastanın ruhsal açıdan incinebilirlik riskini artırır. Kanser tanısı konan birey, kanserle ilgisi olmayan diğer yaşam olayları ile başa çıkmakta da zorlanır. Ölümün çok yakınında olabileceğini bilmek ve uygulanacak tedavi yöntemleri başlıca stres kaynaklarıdır (90).

Stresin derecesi hastalığın doğasından ve ciddiyetinden daha çok hastanın hastalığını algılamasına bağlıdır. Hastanın hastalık algısı, kişilik tipleri, savunma mekanizmaları ve kişinin baş etme biçimi hastanın stresöre cevabını etkileyen en önemli değişkenlerdir. Ayrıca bu değişkenlerin de birbiriyle ilişkisi vardır. Tıbbi

hastalıkla karşılaşan kişinin biyopsikososyal bütüncül olarak ele alınması, fiziksel tedavi ve bakımla birlikte psikososyal bakım ve psikiyatrik tedavinin sunulması için ilk basamak hastaların psikososyal tepkilerinin tanınmasıdır (60).

Stres genellikle olumsuz ve zararlı anlamda ele alınıp konuşulmaktadır. Halbuki bu zorlamaların insanlığa ve insanı yenileri aramak, çalışmak, yaratmak konusunda harekete geçirdiği bilinmektedir. Bu zorlanma fizik koşulların insanı bedensel olarak zorlamasından, doğa güçlerine ve beynin güçlerine ulaşmak ve bunları tanımak merakıyla oluşacak zihinsel zorlanmalara kadar uzanır (13).

Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını kullanmak evrensel bir tutumdur. Stres doğurucu olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkileri ile mücadele etmek için kullanılan özgül davranışsal ve psikolojik çabaları içerir. Başa çıkma bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. Kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma tutumlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde yardımcı olacaktır (1).

1.14.1. Tanı Aşaması

Tanı evresi, hastalığı tanıma ve kabullenmenin ilk aşamasıdır. Tedaviyi ve hastalığın seyrini önemli ölçüde etkileyecek olması nedeniyle önemli bir süreçtir (2).

Birçok insanın kanserle ilgili ilk deneyimi olası bir kanser belirtisinin fark edilmesidir. Bu dakikadan itibaren kanserle ilgili belirsizlik başlar, bu belirtilerin anlamı kanser mi? Bu noktada doktora gitmeden önce kişinin hayatı güvenli iyilik halinden belirsiz bir geleceğe dönüşür (55).

Kanser tanısı hatta olasılığı, kişinin en temel homeostatik dengesini doğrudan sarsar. Kanser tanısı konan kişide tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çeşitli emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya çıkabilir. Bu tepkilerin tümünün psikopatolojik olarak değerlendirilmesi veya hepsinin normal olarak kabul edilmesi yanlıştır. Kişide gelişen ruhsal tepkiler uyum sağlama ve başa çıkma amaçlıdır. Bu aşamada hastada uyuma yönelik tepkiler görülebileceği gibi, uyumsuz davranışlar da ortaya çıkabilmektedir (47).

Psişik yapısı ne olursa olsun kanser tanısı tüm bireylerde psikososyal sorunlar oluşturmaktadır. Kötü haberin doğru, gerçekçi bir şekilde ifadesi hastanın birey olduğu ve duygularına önem verildiğinin hissettirilmesi ve bu konunun idraki hekimlerin önemli görevlerinden biridir (17).

1.14.2 Tedavi Aşaması

Birçok kişi için rahatlama tedavinin başlamasıyla gerçekleşir. ‘Sonunda, bedenimdeki kanserli hücrelerle savaşmak için bir şey yapıyorum’. İlk baştaki belirsizlik geçer, umudunuzu ve hayatınızın kontrolünüzde olduğu hissi yeniden kazanılır. Şimdi tedaviyle baş etme zamanı gelmiştir (55).

Tedavi sürecinde de bilgi verme devam ettirilmelidir. Tedavinin yan etkilerine ilişkin bilgi vermek, anksiyete ve belirsizlik duygularını azaltmada, hastalıkla baş etmeyi arttırmada yardımcı olabilir. Hastalara hormonal ve cinsel problemler beden imajındaki olumsuz değişimler, kanser tanısına verilen genel psikolojik tepkiler hakkında bilgi verilebilir (47).

1.14.3. Hastalığın Seyri, İlerlemesi ve Başa Çıkma

Kanser kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Birey gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmeye zorlandığı bir dönem yaşar. Baş etme, gerçeğin kabulü ve olası en az acı ile kaliteli yaşamı sürdürebilmeye yönelik psikolojik ve davranışsal çabalardır (57).

Fiziksel hastalığı olan hastalarda en sıklıkla kullanılan baş etme yöntemleri; bilgi ve sosyal destek arama, yeni beceriler öğrenme, tedaviye aktif olarak katılma, planlı problem çözme, yüzleşerek başa çıkma, mesafe koyma, kendini kontrol etme, sorumluluk alma, olumlu yaklaşım-pozitif tekrar değerlendirme, kaçma-kaçınmayı kullanma, hastalık hakkında endişeleri, duygularını paylaşma, kaybı kabul etme, inançları doğrultusunda emosyonel destek alma, gerçekçi ümidi koruma olarak bildirilmiştir (60).

Taleghani ve arkadaşları (2006), meme kanseri tanısı yeni konulmuş İranlı kadınların baş etme yaklaşımlarını araştırdıkları çalışmalarında, bu hastaların kullandığı stratejilerin çoğunlukla umut, olumlu öneri ve kasıtlı unutkanlık şeklinde olduğunu bulmuştur (3).

Raleigh kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ve onun yarattığı etkilerle baş etmelerinde umudun önemli bir güç olduğunu belirtmektedir. Umut geleceğe uyumu için bireye güç veren, gelecekle ve yaşantısıyla ilgilenmesini ve anlam bulmasını sağlayan, pozitif bakışı ve iyi oluşu destekleyen, başkalarıyla ilişkiyi sürdürmeye yardım eden dinamik bir güçtür. Motivasyonda önemli rol oynar, bireyin geleceğe oryante olmasını, amaç belirlemesini, seçim yapmasını, karar vermesini ve aktif olmasını sağlar (57).

Umut, bireyin içindeki motivasyonu cesaretlendiren önemli bir etkidir ve hastalık durumunda karamsarlık, çaresizlik duygularını önler. Bireylerin yaşamlarındaki hedeflerine ulaşma gücüne güvenmeleri umutlu olmaları ile mümkün olmaktadır. İstek ve umut, bireyin olumlu yaşam enerjisine katkıda bulunmaktadır (3).

1.15. Kanser’de Başlıca Sorun Alanları

Kanser hastalarında ortaya çıkan başlıca rehabilitasyon sorunları: fiziksel problemler, psikososyal problemler, cinsel sorunlar, diyet ve beslenme, ailevi ve sosyal sorunlar, mesleki ve ekonomik sorunlar (51).

Hastalarda adaptif veya maladaptif genel olarak ortaya çıkan en yaygın emosyonel tepkiler; anksiyete, korku, öfke, güç-güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umut-umutsuzluk, rahatlamadır. En yaygın davranışsal tepkiler de; destek arama, bu zorlayıcı yaşam olayı sonrası gelişim, kendi sağlığı ve hastalığı hakkında uzman olma, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, tedavi rejimine uyumsuzluk veya tedaviyi reddetmedir (60).

Üzüntü kanserde normal olarak görülen hoş olmayan duyguları kapsayan bir terimdir. Tanı alan ve tedavi gören her kişi sağlığını kaybetmekten dolayı üzgün olabilir. Gelecek için endişeli olmakta normaldir. Fakat en önemli soru şudur: Üzüntü ne zaman normalden fazla olur ve uzman yardımına ihtiyaç duyulur? 1984 yılında üç kanser merkezinde yapılmış çalışma sonuçlarında hastaların yarıdan fazlasında tedavi gerektirecek şiddetli üzüntü bulunmuştur (55).

Kanser hastalarının tedavi sürecinde semptomların giderilmesi ve hastaların yaşadıkları süreç içindeki aktiviteleri nitelikli bir biçimde sürdürmelerinin

sağlanması, hastanın ve ailesinin yaşama olumlu yönde bakmasında ve prognozun daha iyi seyretmesinde etkili olmaktadır. Kanser hastaları öncelikle ölümden, ağrıdan, diğer semptomlardan, başkalarına bağımlı olmaktan, yalnız kalmaktan, beden imgesindeki değişikliklerden, yüksek maliyet ve tıbbi işlemlerden, karmaşık tedavi protokollerinden korkmaktadırlar (41).

1.15.1. Gelecek Hakkında Şüphe- Belirsizlik

Günlük yaşam devam ederken yarınımızın nasıl olacağı konusunda bir fikrimiz vardır. Genellikle uzun ve sağlıklı yaşayacağımızı kabul ederiz. Kanser bu varsayımımızı bozar, gelecek belirsizleşir. Düzenli hastane kontrolleri, gazete ve dergilerdeki yazılar, televizyon programları hastanın endişelerini arttırabilir (36).

Belirsizlik, herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu ya da yaşantıdaki olayların anlamını açıklamadaki yetersizlikten kaynaklanan bilişsel bir durum olarak tanımlanmaktadır. Hastalıkta yaşanan belirsizlik ise hastalıkla ilgili olayların anlamını belirleme yetersizliğidir. Belirsizlik; stres, psikososyal uyum sorunları ve negatif duygu durumları ile doğrudan ilişkili olup, umut, beklenti, hastalıkla baş etme becerisi ve yaşam kalitesi ile ters ilişkilidir (6).

Kanser kelimesi zihinde yalnızlık, terk edilmişlik ve çaresizlik imgesi oluşturur. Ancak bunlardan daha da kötüsü kanserin belirsizlik özelliğidir. Bu belirsizlik kanser hastalarını yenilgi ve kederden daha olumsuz etkilemektedir (83).

Kanserdeki belirsizlik konuları daha çok kanserin tekrarlamasına ilişkin yaşanan korku, kontrol kaybı, yaşam ve ölümün varoluşsal endişeleridir. Hilton'un 1988'de meme kanseri tanısı konmuş kadınlar üzerinde yapılan çalışmasında

belirsizliğin gelecekte ne olacağını bilememekten, güven duyamamaktan, şüpheli bir yaşam içinde olmaktan ve kararsız olmaktan kaynaklandığı belirtilmiştir (72).

Yaşamın her döneminde yaşanabilen, ancak hastalık durumunda daha da önem kazanan belirsizlik kavramının tüm sağlık çalışanlarınca bilinmesi ve hasta bireyi anlama, yardım etme ve tedavi süresince dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik algısını çeşitli faktörler etkileyebilmektedir. Bunlar; bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşama kontrol koyamama, süregiden durumdaki farklılıklar, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmamasıdır (72).

Kanserli hastalardaki yaşamlarındaki her şeyin kendi kontrollerinden çıktığı duygusuna karşı davranışsal yaklaşımlar sağaltıma aktif katılım ve kontrol duygusunu artırır (35).

1.15.2. Hastalığını Anlamlandırma

Hasta için hastalığın anlamı, tüm hastalıkla ilgili bilgilerden algıladığı önemdir. Hastalar kişisel tecrübe, bilgi, değerler, inançlar ve ihtiyaçları ışığı altında bilgileri değerlendirirler. Bu değerlendirme hastalığın seyri boyunca devam eder fakat hastanın durumu değiştiğinde alınan bilgiye göre anlamlar değişebilir. Herhangi bir noktada hastanın duygusal durumu ve başa çıkma davranışına göre bir anlam daha baskın olabilir. Bir tehdit olarak algılanan, ortaya çıkan hastalık büyük olasılıkla anksiyete, korku bazende öfke ortaya çıkarabilir (65).

Kanser tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik duyguları yaratmakta, hastanın kanser hakkındaki bilgisi ve kansere verdiği anlama dayalı olarak yoğun bir huzursuzluk ve keder yaşanmasına sebep

olmaktadır. Yaşam tarzı değışikliği, rol değışikliği, ekonomik güçlükler, hastaya yönelik bakımın artması, geleceğe yönelik belirsizlik ve korku ile karşı karşıya kalan hasta ve ailesinde oluşacak kaygı, depresyon için potansiyel kaynakları oluşturmaktadırlar (12).

1.15.3. Kontrol Kaybı

Kanser, hastalarda kontrol duygusunu bozar. Buna karşın davranışsal yaklaşımlar, sağaltıma aktif katılım ve kontrol duygusunu artırır. Davranışsal yaklaşımlar ağrı ve endişelerin azaltılmasında yararlı bulunmuşlardır. Gevşeme eğitimi, bilişsel baş etme, yönlendirilmiş imgelem gibi yöntemlerle olumlu sonuçlar bildirilmiştir (36).

Kişi kendisi, davranışları, çevresi üzerinde psikolojik, fizyolojik, çevresel kontrol kaybı yaşadığından güçsüzlük hissedebilir. Hasta rolüne girme bağımlılığı artırır. Hastalıklar fonksiyon kaybı korkusunu uyandırır ve kişi aniden fiziksel aktivitelerinde de kontrolünü kaybettiğini hisseder (60).

1.16. Kanser Tedavilerine Karşı Geliştirilen Psikolojik Tepkiler

Kanserin tedavi yöntemleri genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır (59).

Bir tedavi ortamı olan hastanede yatma süreci, pek çok kişinin kaçınmaya çalıştığı hoş olmayan bir yaşantıdır. Hastane, bireyin hemen her durumdaki kontrolünün elinden kayıp gittiği, toplumdaki rollerinden ve kimliğinden sıyrılarak

adeta bir nesne haline dönüştüğü nadir yerlerden biridir. Hastanın kimliksizleştirilmesinde, hastanedeki tedavi işlemlerinin rutinleşmiş ve bürokratikleşmiş olmasının, tedavi ekibinin hastayı insan olarak değil de nesne olarak ele almasının ve ona hastalığı, durumu, iyileşme şansı ve tedavinin niteliği hakkında çok az bilgi vermesinin büyük payı vardır (70).

Kanser, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra, psiko-sosyal sorunların en fazla gözlendiği durumlardan biridir. Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların gittikçe artması kanser hastalarını desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir (77).

Geliştirilen tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve daha nitelikli yaşamaları amaçlanmaktadır. Ancak kullanılan yönteme bağlı olarak tedavi ile ilgili zorluklar (tedaviye uyum ve tedaviyi sürdürmede yetersizlik gibi) ve toksik etkiler de söz konusudur. Tedavinin yan etkileri ile birlikte kanserin de neden olduğu rahatsızlıklar sonucunda hastalar anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel işlev bozukluğu, yorgunluk gibi semptomlar yaşamakta, var olan uyum mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulmaktadır (31).

Uygulanan tedaviler hastanın iş, aile ve yaşam güçlüklerine odaklanan; sorun odaklı, çok zaman almayan, hastayı aile ve çevresiyle tedavi sürecine katan yaklaşımlar olmalıdır. Bilgilendirme, eğitim ve bireysel ya da grup biçiminde uygulanan psikoterapiler çok yararlı olmaktadır. Tedavilerde amaç hastanın benlik saygısını yeniden kazanması, yaşam dengesini yeniden kurması, sınırlılıklarını kabullenmesi, güçlü yönlerini fark etmesi, kendine özgü başa çıkma becerileri geliştirebilmesi yönündedir (73).

Cerrahi müdahale öncesinde psikiyatrik yönden hazırlanmaları oldukça önemlidir. Kanser hastalarına en uygun tedavi ruhsal ve tıbbi tedavi ve bakımın eşzamanlı ve eş güdümlü olarak verilmesidir. (74).

Drs. Fawzy tarafından yapılan çalışmada malign melanoma hastalarıyla cerrahi sonrası bilgilendirme ve duygusal destek sağlama amaçlı grup çalışmasının hastalara psikolojik yararları olduğu bulunmuştur. Beş yıl sonra tanı aldıktan kısa bir süre sonra gruba katılan otuz beş hastada remisyon ve hayatta kalım süresi uzamıştır (55).

Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında yayınladığı raporda; onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin her ulusal kanser bakımı planının bir parçası olması psiko-onkoloji hizmetlerinin her kanser tedavisi servisinde sunulması gerektiğini bildirmektedir. Kanser hastaları ve yakın akrabalarına tedavi sırasında ve sonrasında psiko-onkoloji danışmanlığı hizmeti ile bir dizi psikososyal desteğin sağlanması; bu kişilerin durumları hakkında açık ve ücretsiz bilgilendirilmeleri, ihtiyaç ve tercihlerine saygı gösterilmesi, sağlık personeline geçerli psikososyal değerlendirilme araçları, eğitimi, gözetim sağlanması ve bunlarla hastalar ve yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına yeterli yanıt verebilmelerine, iyi iletişim kurabilmelerine ve tıbbi karar alma sürecinde paylaşıma yardımcı olunması gerekliliğine vurgu yapmaktadır (46).

1.17. Tedaviyi Hastaya Anlatma ve Tedavi Seçimi

Hasta eğitimi yaklaşımı için temel, kanser hastalarında strese neden olan bilgi yetersizliği, hastalık bilgisi, tedavisi ve tıbbi sistemle ilgili stresörleri azaltmaktır. Bilgisi artan bireyin korku, anksiyete ve stresinin azalacağı düşünülmektedir (57).

Özellikle de obsesyonel hasta için, hastalık hakkında mümkün olduğu kadar öğrenmek adaptif olabilir ve büyük ölçüde bireyin kontrol duygusunu arttırabilir.

Kendi kendine bilgi edinme hastayı yanlış yönlendirebilir, anksiyetesini arttırabilir ancak yine de hastalığının imajine ettikleri korkularından daha fazla yönetilebilir olduğunu görebilirler. Bazı hastalar ise hekimlerinden doğru bilgiyi almayı tercih edebilmekte veya her şeyi bilmek istememektedir. Hastanın kişilik biçimi, baş etme biçimi özellikleri ve savunma mekanizmaları özellikle etkileyen faktörler arasındadır (49).

Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir (48).

En basit tıbbi girişim bile insanın bedensel ya da ruhsal bütünlüğüne yönelik olup, bunu “insan onurunu” zedelemeyecek ve tıbbi uygun hale getirecek tek önemli şey hastanın rızasıdır. Hasta isterse tedaviyi belirleyebilir, başlatabilir, istediği zaman müdahaleye “dur” diyebilir ve başlanan tedaviyi kesebilir (40).

Son yıllarda tıp alanındaki olağanüstü gelişmeler sonucu tıbbi etik açısından hasta hakları ile hasta-hekim ilişkileri daha da önem kazanmıştır. 1789 Fransız İhtilali’nden beri insan hakları ön plana çıkmış, sonraları insan haklarından sağlık hakkına doğru hukuksal bir gelişme izlenmiştir (88).

Hekimlik mesleğinin temel kurallarından birisi, bir girişimin uygulanmasının olabildiğince tam aydınlatılmış bir rızaya bağlanması, hastanın “aydınlatılmış onamı (rızası)”nın alınması zorunluluğudur (40).

Aydınlatılmış onam”; hekim tarafından yeterliliği kabul edilen hastaya; hastalığının tanısı, tedavisi için uygulanması gereken tıbbi tedavi, tedavinin yapısı, içerdiği riskleri, eğer işlem yapılmazsa prognozu, alternatif tedavi yöntemleri ile, bu alternatif tedavilerin yarar ve zararları hakkında yapılan yeterli açıklama sonrasında;

hastanın, yeterince anladığı bu aydınlatmaya dayanarak, hiçbir baskı altında kalmadan, serbest iradesiyle, önerilen tıbbi uygulamayı, bilinçli ve gönüllü olarak kabul etmesi, şeklinde tanımlanabilir (48).

Tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve tedavi programının sunulması kabullenışı kolaylaştırabilir. Hastaların kansere yükledikleri anlamlar ve hastalığı algılayış biçimleri kansere verilen yanıtı etkilemektedir. Ayrıca tıbbi, ruhsal ve sosyal etmenler de bu yanıt sürecinde önemli rol oynamaktadır. Kanserin evresi, tedavinin yan etkileri, ruhsal olgunluk, aile-arkadaş desteği, ekonomik durum gibi değişkenler bu etmenler arasında yer almaktadır (5).

Anne M. Stiggelbout 2010 yılın da klinik ortamda karşılaşılan hastaların Adjuvan Online tahmin sistemi kullanarak hastanın tedavinin faydalarını anlamaya yönelik etkilerini tanımlamak üzere bir çalışma sunmuştur. Bu modeller tedavi öncesi prognostik bilgilerin çeşitli tedavi seçeneklerinden hastaların faydalanmasını sağlamıştır. Hastaları bilgilendirmek ve zor kararları vermelerine yardımcı olmak amacıyla bu ve benzeri online sistemler kullanım olarak artmaktadır (87).

1.18.Bilgilenme

Kanser tanısı alan hastaların en yaygın yakınmaları, kendilerine ne olup bittiği ve bozuk giden şeyin ne olduğu konusunda yeterince bilgi sahibi olamamalarıdır. Genellikle gerçekler aileye söylendiği halde hastaya yeteri kadar bilgi verilmemektedir. Hastaların gerek hastalıkları, gerekse yapılacak müdahaleler bakımından bilgilendirilmeleri daha sonraki dönemde yaşayacakları kaygı ve depresyon oranını etkilemektedir. (77).

Hastalarda tedaviye karar vermeye katılım isteğinden çok bilgilendirilme isteği daha güçlüdür. Hasta için tedavi kararına katılmak risklerin ve faydaların değerlendirilmesi gibi yeni sorumluluklar getirecektir. Hasta merkezli yaklaşım kısa vadeli sonuçlarda (hasta anlayış ve memnuniyeti), hasta uyumu ve kaynakların (laboratuvar hizmetleri ve sevk) kullanımında azalma göstermiştir. (37).

Bilgi ihtiyaçları giderilmiş memnun hastalar ve daha az bilgi engelleri ile karşılaşmış hastaların genel durumları daha iyi ve anksiyete, depresyon düzeyleri daha düşüktür. Kanser hastalarının tanı, tedavi ve rehabilitasyon ile ilgili bilgi ihtiyaçları cinsiyet, yaş, kültürel geçmiş, eğitim seviyesi, kanser tipi, hastalığın evresi ve başa çıkma becerisi ile ilgili değişebilir. Uygun bilgi sağlama geliştirilmiş sağlık yönetimi, daha iyi bir kanser kontrolü ve daha iyi bir semptom yönetimine imkan sağlar. Bilgilendirme hastanın anlam çıkarmasına ve görüşmeye katılımına doğrudan müdahalede bulunmadan tarafsız bir şekilde yapılır. Yeterli bilgi saptamada önemli olan bilginin çokluğu değil kalitesinin iyi olmasıdır (53).

Bilgi vermede amaç, hasta ve ailesine her türlü bilginin verilmesi değildir. Bilgi vermede önemli olan, gereksinim duyulan, korku ve kaygıları azaltan miktarda bilginin hasta ve aileye aktarılmasıdır (47).

Tüm hastaların bilgi ihtiyaçları benzerdir. Hastaların bilgi ihtiyaçlarını etkileyen faktörler gözden geçirildiğinde genç hastalarda cinsel kaygı ve fiziksel çekicilik ile ilgili bilginin önem niteliği yaşlı hastalara göre daha fazla bulunmuştur. Özbakım sorunları, psikolojik kaygılar ve sosyal faaliyetler, cinsel endişeler bilgi ihtiyacı açısından düşük bulunmuştur. Degner ve ark. (1997) kanser hastaları arasında bilgi ihtiyaçlarını dokuz kategoride belirtmiş. Hastalığın yayılımı, tedavi olasılığı, tedavi seçenekleri, tedavinin yan etkileri, aile ve arkadaşları üzerine etkisi, aile açısından hastalığın riski, sosyal yaşam ve günlük aktiviteler, iş üzerine etkisi, özbakım

sorunları, cinsel kaygılar. Ayrıca durumsal faktörlerle örneğin hastalık sırasında karar verme tercihi, kanser tanısından bu yana geçen süre, kanserin evresi ve aldığı tedavi tipi hastanın neyi bilmek istediğine potansiyel etkisi tespit edilmiştir (7).

Bilgilendirme, umudu yok etmeden gerçekçi kabullenme, tedavi olanaklarının ve seçeneklerinin anlatılması, yanlış tutum ve bilgilerin düzeltilmesi ve rahatlama esastır. Tedavi, seyir ve yan etkilerinin, hastalığın ne olduğunun anlaşılması sağlanmalıdır. Hastadaki olası felaketçi yorumlar düzeltilmelidir. (74).

Umudu geliştirmede bilgi önemli rol oynar. Bilgi bireyin kendisini güvende hissetmesini ve gerçekle ilişki kurmasını sağlar. Bu durum ise, hastanın umut düzeyini etkiler. (57).

Yüksek düzeyde umudu olan kanserli hastaların daha uzun yaşama eğilimi gösterdikleri ve hastalıksız geçen sürenin daha uzun olduğu bildirilmektedir (3).

Hastalık ve tedavisi konusunda bilgi almak, hastanın kendi tıbbi bakımını öğrenmesi, hastanın durumu üzerinde kontrol sağlaması ve kişisel etkinliği açısından güven vericidir. Günlük işlerini yerine getirmek, somut ve sınırlı amaçlar edinmek, kişilere gelecekteki anlamlı amaçlarına ulaşmak için çaba harcama olanağı sunmaktadır. Gereksinimlerini ve duygularını ifade ederek aile, arkadaş ve sağlık ekibinden destek istemek bireye sorununa katlanabilme gücü vermektedir (77).

Kemoterapötiklerin saç dökülmesi başta olmak üzere yol açtığı yan etkiler ciddi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Hastanın önceden bilgilendirilmesi, ortaya çıkacak sorunların mekanizmalarının açıklanması ve geri dönüşüm olasılığı ve süresi hakkında tartışılması ortaya çıkacak psikolojik sorunların en aza indirmektedir (8).

Tam bir bilgilendirme için bazı unsurlar gereklidir;

1. Bilgilendirme insana saygının gereğidir.
2. Bilgilendirme karşılıklıdır.

3. Bilgilendirme geniş kapsamlı olmalıdır.
4. Bilgilendirme anla(şıl)mayı sağlamalıdır.
5. Uygun ve anlaşılabilir bir dil seçilmelidir.
6. Uygun bir tavır benimsenmelidir.
7. Kesin ve olası durumlar ayrımı yapılmalıdır.
8. Bilgilenme işlemi hastanın bazı fırsatları yitirmesine yol açmamalıdır.
9. Bilgilendirme dostça yapılmalıdır.
10. Tedavi yöntemini hekim seçer, hasta kabul ederse uygular.
11. Bilgilendirme üçüncü kişilere danışmaya olanak tanınmalıdır.
12. Aydınlatma özgül durumun getirdiği içerik ve yoğunlukta olmalıdır.
13. Bilgilendirmenin içeriği kaydedilmelidir.
14. Aydınlatma etik ve hukuksal bir sorumluluk yaratır.
15. Bilgilendirmeyi onam tamamlamalıdır.
16. Hastanın yaşamı için zorunlu bile olsa müdahale öncesi aydınlatma yapılmalıdır (40).

Yeterli bilgilendirilmemiş hastalar tedavilere daha az uyar ve tıbbi tedaviye daha az uyum sağlarlar veya tıbbi tedaviye karar verme sürecine daha az katılırlar. Bilgilendirilmemiş hastaların çok fazla kararsızlık ve kaygı duymaları veya alternatif tıp gibi bilimsel olmayan tedavileri araştırmaları büyük olasılıktır (54).

1.19.Karar Verme

Sözlük anlamıyla karar: sonunda şüphelerin, tartışmaların son bulduğu, seçilen yolun uygulanmaya başlandığı mantıksal sürecin nihai ürünüdür. Karar verme, karşılaşılan durum ile ilgili olarak arzu edilen sonuçlara ulaşabilmek için yol

gösterici bilgilerin toplanması, bu bilgiler ışığında sistematik, bilimsel ve mantıklı bir akıl yürütme ile seçenekler oluşturup bunların içinden en uygun olanının seçilerek uygulamaya konmasıdır (81).

Son yıllarda kanserli hastaların tedavi sürecinde uygun medikal ve cerrahi müdahalelerin yanı sıra hastanın, profesyonellerle işbirliği yaparak sürece etkin bir biçimde katıldığı psikoterapötik müdahalelerin ne denli önemli olduğuna ilişkin çalışmalar izlenmektedir. Böylesi bir işbirliğinin hastalık sürecinde yaşam kalitesinin sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesinin yanı sıra, iyileşmeyi hızlandıran etkileri olduğunu bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır. Bu yöntemde biricil amaç, hastalık sürecinde yaşanan edilgin çaresizlik ve ümitsizlikten, ümidi ve sağlığı tekrar kazanmak için hastanın etkin işbirliği yapmasını sağlamaktır (70).

Son 30 yılda özellikle Amerika ve Avrupa’da, tedavi kararlarını hekime bırakan ‘paternalistik’ tıp modeli büyük bir değişime uğramış, tanı ve tedavi aşamalarında hekim-hasta işbirliğini öne çıkaran ‘otonom’ model yerleşmeye başlamıştır. Tüm tıp alanındaki bu değişim; onkoloji alanına hastaya gerçeğin söylenmesi ve tedavi aşamasında hastanın kararlara aktif olarak katılması şeklinde yansımıştır (82).

Günümüzde, temel insan haklarına yönelik çalışmaların çok önemli aşama kaydetmesi sonrasında belirlenen ve geliştirilen haklar çerçevesinde, bireyin kendi hakkında karar verme hakkı –kendi kaderini belirleme hakkı- çok öncelikli bir konuma yerleşmiştir. “Kendi kaderini belirleme hakkı”, hastanın bilgilendirilerek, konu hakkında aydınlatılarak, kendisine tanınan seçenekler arasından seçim yapabilmesine olanak tanımaktadır (48).

Kanserin kronik bir hastalık olması nedeniyle, ilk tanıyı takiben verilecek tedavinin seçiminde hangi tedavinin uzun sürede en iyi sonucu vereceğinin belirlenmesi çok önemlidir. Bireysel düzeyde kanser tedavisinin planlanmasında

önemli dört basamak vardır; verilerin elde edilmesi, tedavinin özel amaçlarının belirlenmesi, hastaya verilmesi düşünülen bir tedavi programının yayınlanmış tedavi sonuçlarının ve planların analizi, hasta ve ailesine bilgi verildikten sonra aileden alınması (42).

Hastaların tedavi sürecine etkin biçimde katılmalarının sağlanması için onların görüşlerinin ve beklentilerinin önemsinmesi, hastaların duygu ve düşüncelerine kulak verilmesi, yüreklendirilmesi, empati gösterilmesi ve geri bildirim verilmesi çok önemlidir. Tedavi planı yaparken hastanın önceden hazırlanması, bilgilendirilmesi, tedaviye ilişkin ayrıntıların ve olası sonuçların önceden aktarılması, alınacak önlemler konusunda eğitilmesi, ortaya çıkabilecek ruhsal sorunlar ile ilgili gereken bilginin verilmesi gerekmektedir (73).

Günümüzün gelişen sağlık bakımında hastaların tıbbi bakımları ile ilgili kararlara katılması beklenir. Dünya Sağlık Örgütü hastanın tedavisine katılımının sadece istediği için değil, bir sosyal, ekonomik, teknik gereklilik olduğunu ifade etmiştir. Dahası hastaların tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmeleri ile ilgili yasa kabul edilmiştir (45).

Seçim yapmak istemeyen veya tedavi seçenekleri sunulmamış tüm hastalarda tedavi kararına katılım ile ilgili konuşma yapmak etkili olabilir. Olumlu faydalarından dolayı karar vermeye hastaların katılımı ve teşvik edilmesi en iyi uygulama olarak savunulur. Daha fazla aktif katılıma olanak veren yenilikçi yolların tasarlanması için daha çok çalışmalara ihtiyaç duyulacaktır (14).

Karar aşamasında tedavi etkinliğini sayısal tahminlerle yorumlamak etkili olmaktadır. Kanser tedavisi ile ilgili yapılan çalışmaların hastaların karar verme sürecine katılımlarını arttırdığı ve kararda önemli bir rol oynadıkları görülmüştür.

Hastaları bilgilendirmek ve zor kararları vermelerine yardımcı olmak amacıyla yapılan online sistemler kullanım olarak artmaktadır (64).

Hekim, mutlaka etik karar sürecine hastanın görüş ve isteklerini katmakla yükümlüdür. Bunun için de; tıbbi tanı, tedavi ve müdahale ile ilgili bilgileri, tanı ve tedavinin koşul ve niteliklerini, olasılıkları, sonuçlarını hastanın anlayabileceği biçimde tüm ayrıntılarıyla ona anlatmalıdır. Hastayı bilgilendirme yalnızca tıbbi bilgilerle sınırlı değildir. Hekim, tıbbi ve teknik bilgilerin yanısıra, hastayı etikle ilgili konularda da bilgilendirmek, sahip olduğu haklar konusunda gerekli açıklamaları yapmak durumundadır. Böylesi bir bilgilendirme ve aydınlatma işleminden sonra tıbbi müdahale ile ilgili hastanın görüş ve kararının alınmasına gelinecektir. Tıbbi müdahale ancak, "aydınlatılmış onam" olarak adlandırdığımız bu kararın alınmasından sonra gerçekleştirilebilir (11).

Kanser hastası ve hekim arasındaki ideal ilişkinin adının belirlenmesi ya da nasıl olması gerektiği, hekimin tercihinine göre değil, hastanın beklentisi doğrultusunda olmalıdır. Hastanın beklentilerinin farkında olan bir hekim ise zor bir hastalık karşısında bilgilendirmeyi ne zaman ve nasıl yapacağının ipuçlarını elde eder (6).

Literatürler genellikle doktorlar ve hastalar odaklı tedaviye karar verme eğiliminin içerdikleri hakkındadır. Güncel politika, sağlık bakımında doktorla aile üyelerinin ortak çalışması konusunda teşvik etmesine rağmen hastalığın seyri boyunca ilişkilerdeki rollerde zorluklar yaşanmaktadır. Hubbard ve arkadaşlarının 2009'da 'Kanser bakımında tedaviye karar vermede bakım verenin rolü' ile ilgili yaptığı çalışmada bakım verenler kanser tedavisine karar vermeye katılmışlardır ve klinisyenle görüşmeden önce ve sonra uygulama boyunca hastaların katılımı için katkıda bulunmuşlardır. (52).

Neil Carrigan, Peter H. Gardner, Mark Conner ve John Maule, 2004'de Leeds University öğrencilerinden gönüllü Yetmiş altı katılımcı ile (36 erkek/40 kadın) Hasta karar yardımında planlanmış bilginin önemi ile ilgili çalışma yapmıştır. Araştırma aynı zamanda en etkili pratik sonuçları içermektedir. Yöntem, bir bilgisayarda hastaların tedavi seçenekleri ve tedavi kararları hakkında bilgi sunmak. (24)

Kişiler tedavileri ve bakımları ile ilgili karar vermeye katılmak istemediklerinde ortaya çıkan sorunlar karar vermeye katılım ile ilgili yayınların artmasını sağlamıştır. Karar vermeye katılımda bireylerin büyük çoğunluğunun aktif rolü tercih ettiği ile ilgili kanıtlar vardır fakat bu istek geçlerle ve yüksek eğitimli bireylerle sınırlı olabilir. Karar vermeyi etkileyen diğer değişkenler evlilik durumu (evli bireyler karar verme sürecinde pasif rolü tercih etmişler), hastalığın prognozu (daha ciddi hastalığı olanlar daha pasif rolü tercih etmişler) ve cinsiyet (erkekler kadınlara göre karar vermede pasif rol oynamak istemişlerdir). Sosyodemografik değişkenlerin karar vermeye ilişkin tercihlerdeki sapmaların sadece küçük bir oranını açıkladığı belirtilmiştir (15).

1.19.1. Karar Verme Biçimleri

Hastalar hastalığını, tedavi seçeneklerini, tedavi gerektiren nedenleri anlamalıdır. Gereken bilgiyi anlayabileceği biçimde vererek, hastadan anladıklarını anlatması istenerek, mümkünse aile üyeleri de eğitime alınarak, yazılı veya görsel materyaller verilerek hasta eğitimi karar da yardım edicidir (60).

Beaver'in 1996 da yeni tanı almış meme kanserli hastalar ile tedavi kararlarına katılma isteklerini incelemek için yaptığı çalışmada; hastaların %20.0 sı tedavide

aktif rol oynamak, %28.0'i karar verme sürecini paylaşmak, %52.0'ı pasif rol oynamak istemiş (15).

Klinisyen tedavi planında hastaya her zaman için aktif bir rol belirlemelidir. Kanseri korkusunun bir kısmı hastaların kendi kendilerine hiçbir şey yapamayacakları şeklindeki çaresizliklerinden kaynaklanır. Klinisyen hastaya tedavi planı içinde aktif bir rol vererek onu bu çaresizlik duygusundan kurtarmalıdır (42).

Tıp uygulaması sırasında hekim, hastanın kişisel haklarını kullanmasına fırsat tanımalı, onun kişisel değerlerine saygı göstermeli ve onu anlayabilmelidir. Başka bir ifade ile hekimin almış olduğu tıbbi karar içerisinde, hastanın bu bağlamdaki görüş, karar ve onamının da bulunması gerekir (11).

Ortak karar verme sağlık görevlisi ve hasta tarafından beraberce sağlık bakımı tercihi hakkında bir süreçtir ve hasta merkezli bakımın püf noktasıdır. Kendi sağlıkları ile ilgili karar verme konusunda hasta haklarını geliştirir. Yine de klinik uygulamalarla birlikte karar verme mekanizması geniş bir biçimde uygulanamamaktadır (63).

Önemli sağlık kararları vermede ortak karar alma eğilimi vardır. Genellikle karar verme sürecinde birden fazla kişi yer almaktadır. Kararlar iki boyutta paylaşılır. Birincisi, klinisyen ve karar verme sürecinde bilgilendirilmiş hasta veya yakını kararı paylaşırlar. Klinisyen seçenekleri ortaya koyar, açıklamalar ve tahminler sağlar ve belki tavsiyeler sunar. Hasta veya yakını bunları özümler, analizler ve değerlendirir. Daha sonra iki tarafın kabulü ile bir karar verilir ve işbirliği ile uygulanır. İkincisi, hastalar ve temel aile bakıcıları nadiren tek başına hareket eder. Ailenin bir üyesi açıkça karar vermede yetkili olsa bile, her zaman diğer aile üyeleri de bilgilendirilmiş, karara katılmış ve danışılmış olmalıdır. Sağlam bir karar verme bunları içermeli: yeterli bilgi, alternatifleri uygun tanımlama, karar vericilerin

belirlenmesi, kararı paylaştanların belirlenmesi, anahtar terimler ve kavramlar konusunda netlik, alternatifleri uygun tanımlama (34).

Hastalara tedavi seçeneklerinin sunulmasının psiksosyal hastalıkların azalmasında olumlu etkisi olduğu görülmüş. Tedavi kararına hastaların katılımının sağlanması faydalıdır ve ortak paylaşım için teşvik edici olur. Seçenekler sunulmayan ve tedavi kararına katılımcı olma beklentisi olmayan bireyler pasif rolü tercih edebilirler çünkü onlar alternatif rollerden habersizdirler. Tedavileri konusunda hastaların verecekleri bir karar ancak dayandırılan bilgi oranında anlamlı olabilir. Bireyler bilgilenmek isteyebilir fakat karar vermede bilgileri kullanmak için isteksiz olabilirler, karar vermeye katılmayabilirler (14).

Literatür araştırması sonucu karar verme sürecini etkileyen faktörler, karar verici veya vericiler, kararın önemi, çevresel koşullar, zaman faktörü, seçenekler, kısıtlar ve sonuçlar olmak üzere yedi boyutta sınıflandırılmıştır (81).

Uzman tavsiyeleri hastaların tedavi kararlarına katılmaları yönündedir, zıt görüşler ise özerklik üzerine ortak karar olmamasıdır. Araştırmalarda, hastaların farklı kişiliklerinin gösterdiği; çoğu hastalar doktorlarından bilgilendirilmek ve tedavi seçeneklerinin söylenmesini istemektedirler fakat tedavi kararına katılım veya tedavi seçeneklerinin tartışılması üzerine hastaların değişik görüşleri vardır. Bazı araştırmalara göre bilgi azlığı veya karara katılmanın yararlarının yanlış anlaşılması hastaların tedavi kararına katılmak istememelerine neden olabilir. Eğitim aracılığı ile hastaların katılımını artırma girişimlerinin, fiziksel fonksiyonları iyileştirdiği ve tedaviye bağlılığı arttırdığı görülmüştür. Karar verme süreci sağlık, sosyal, ekonomik faktörler gibi kişilik faktörlerinin yansımaları gibi görünmektedir (44).

1.19.2. Kararda Çelişki

Karar süreci zihinsel bir çaba gerektirir. Sürekli değişen faktörler, eksik bilgi, belirsizlik ve çatışan görüşler süreci daha da zorlaştırır. Karar verme sürecini; bireylerin algılama, güdüleme, kavrama gibi psikolojik özellikleriyle, bireyler arası ilişkiler ve etkileşimler etkilemektedir (81).

Hastalığın özellikleri yanında kansere ilişkin inanışlar, önceki deneyimler, içinde bulunulan yaş döneminin özellikleri, sosyal destek sistemleri, hastalığa ilişkin kültürel ve toplumsal tutumlar, bireyin kişiliği ve sahip olduğu başa çıkma beceri düzeyi önemli olmaktadır (73).

Tedavi öncesi bilgilendirme hastalarda tedavi seçimi açısından klinik kararı kolaylaştırır. Bilgi sağlamada amaç tedavileri için hastaları hazırlamak, tedaviye uyumlarını ve hastalıkla başa çıkma becerilerini arttırmak, iyileşmeyi desteklemektir. (53).

Belirsizlik, hasta tarafından bir tehlike olarak algılandığında, kaygı oluşur. Kaygının yüksek olması, hastanın hekime soru sormak istememesine ya da soru sormaktan korkmasına, hastanın karar vermekte güçlük çekmesine neden olabilir. Hastaların belirsizlik yaşadıkları pek çok durumda açık ve doğru kullanılmayan dil ve gerçeği öğrenmek istedikleri halde doğru olarak verilmeyen bilgi, hastanın daha çok belirsizlik yaşamasına neden olabilmektedir (6).

Hastaları anlamak ve müdahale edebilmek için hastaları biyopsikososyal olarak ele alabilmek, hastaların psşkososyal tepkilerini tanıyabilmek ve tepkileri etkileyen faktörleri göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Hastanın hastalıkla ilgili subjektif deneyimini anlamak psikososyal boyutun anahtarıdır (60).

Kerboua-Ziari, Yasmina ve arkadaşları 2006'da onkolojide tıbbi kararları destekleme sistemini (DSS) araştırmışlar. Bu proje bir onkoloji kliniğinde gerçekleştirilmiş. Bu çalışmanın ana hedefi onkoloji kliniğinde DSS için terapi yönetiminin uygulaması ve tasarımıdır. Bir taraftan tedavilerin çokluğu, karamsarlığı öte yandan da etkili sonuçların azlığı nedeniyle onkolojide tıbbi karar kesin değildir. Doktor en iyi tedavi seçeneği için zorlanmakta bu yüzden de karar verme yardımı bakımın iletilebilmesi için gerekli bir hal almaktadır. Bu aktivitelerin uygulanmasında doktor sürekli olarak farklı karar verme türleri ile karşı karşıyadır. (Tanısal kararlar, Prognostik kararlar, Terapatik kararlar). Bu kararlar genellikle belirsizlikler içinde alınır. Tıbbi karar artan bilgi niceliğinden dolayı daha zorlaşmıştır. Bu durumda bilimsel bir karar verme aracı ortaya konmalıdır. Terapatik yardım yöntemleri, karar teorileri girişimleri tıbbi bir karar planı seçerken tıbbi bilgi ve olasılıkların durumunu temel alır. Takip eden adımlar; 1) Özel bir vaka ile ilgili tüm mümkün eylemleri saymak 2) Stareteji olasılıklarını kullanarak bir karar verme ağacı takip etmek 3) Tüm strateji ve olasılık birleşimlerinin tanımlanıp, ölçülmesi 4) Her stratejinin kullanışlılık beklentisinin hesaplanması 5) Maksimum yarar beklentilerine sahip stratejiyi seçmek. Kanser hastalığı sosyo ekonomik etkisi, önemli tedavi masrafları ve yüksek ölümlü sonuçlarından dolayı çok önemlidir. Genellikle hastalığın komplikasyonlarına göre farklı terapi bileşimleri ile tedavi edilir (58).

Hastaların çoğu problem çözümü doktorun üstlenmesini fakat tedavi kararına katılımda aktif rol almayı istemişlerdir. Bu tür hasta-hekim birlikteliğinde başarılı olmak için hastaların tam ve bilinçli seçim yapması için yeterli bilgilendirilmesi gerekecektir. En azından; mevcut alternatifler, her bir alternatifin potansiyel sonuçları, her bir alternatifin maliyeti riskleri faydaları açıklanmalıdır (30).

1.20. Yapılan Çalışmalar

Iconomou ve arkadaşları 2005’de Patros Tıp Fakültesi Onkoloji bölümünde toplam 145 ayaktan hastaya ‘Yeni başvuru yapan kanserli hastalar için kemoterapi ile ilgili sağlanan kitapçıkların etkileri’ üzerine bir araştırma yapmışlardır. Prospektif tek merkezli randomize kontrollü bir çalışmadır. Bu çalışmada hasta memnuniyeti, yaşam kalitesi, duygusal sıkıntı ve kullanılma sıklığı üzerine kemoterapi kitapçığının etkileri araştırılmış. Çalışmanın ilk amacı sözlü bilgilere ek olarak kemoterapi ile ilgili sağlanan kitapçığın etkilerini test etmek ve duygusal sıkıntıyı azaltmak. İkinci hedef müdahaleye doğru hastaların tutumlarını araştırmaktır. Bu çalışma kanser hastalarının yüksek derecede gerçek bilgilere ihtiyaçları olduğunu ve hastaların yazılı materyalleri tercih ettiklerini göstermiştir. İyi yapılandırılmış ve yeterli bilgi sağlama hastalar tarafından takdir edilmiştir. Bilgi kitapçığı verilen hastalar, daha net ve ayrıntılı olarak verilen bilgiyi algıladıklarını, daha iyi bir bilgilendirme ile kendilerini iyi hissettiklerini, memnuniyetlerinin yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Sonuçlar toplumda bilgi vermenin yararları üzerine kanıt sağlamıştır (54).

Samur ve arkadaşlarının 2000’de, ülkemizde kanser tanısı alan hastaların bilgilendirilme durumu ve hekim ya da hekim adaylarının kanserli hastanın bilgilendirilmesi ve tedaviye katılımı konusundaki yaklaşımlarını belirlemek amacıyla 58 doktor, 150 doktor adayı ile bir anket çalışması yapılmıştır. Ayrıca yeni kanser tanısı almış 82 hasta ile yüz yüze görüşülerek bilgilendirilme düzeyleri saptanmıştır. Hekimlerle yapılan ankette; kendileri hasta olma durumunda %94,5 oranında ayrıntılı bilgi talebi saptanmış. Grubun %71,9’u tedavi ile ilgili tüm ayrıntıları öğrendikten sonra tedavi tercihini kendileri yapmak istemektedirler. Sadece %10,5’i tedavi kararını tamamıyla hekime bırakmayı ve ‘o ne derse uymayı’

tercih etmiştir. Kanser hastalarının bilgilendirme durumu: 82 hastadan 52'nin hastalığı hakkında hiç bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. 12 (%14,6) hasta tanıları, tedavileri ve yan etkileri ile ilgili bilgiye sahip. Şifa şansı olan hastalar daha çok bilgilendirilmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastalar daha az bilgilendirilmektedir. Eğitim düzeyi, istatistiksel açıdan hastanın bilgilendirme düzeyini anlamlı olarak arttırmaktadır (82).

Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerini, bunları etkileyen faktörleri ve yaşam kalitesi ile sosyal destek arasındaki bazı ilişkileri belirlemek amacıyla Ayşe Berivan Savcı Atatürk Üniversitesi Süleyman Demirel Tıp Merkezi Aziziye - Yakutiye Araştırma Hastaneleri Dahiliye, Radyasyon Onkolojisi, Göğüs Hastalıkları Klinikleri ve Kemoterapi Polikliniğine başvuran 847 hastayı değerlendirilmiş (2006). %20'si araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler, anket formu, SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. Hastaların global yaşam kalitesi ortalama puanı 38.67 ± 13.64 , algılanan sosyal destek ortalama puanı ise 59.19 ± 17.5 bulunmuştur. Algılanan sosyal destek toplamı hastalığını bilenlerde yüksek bulunmuştur (83).

B.E.Özyurt 2007'de kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin bir çalışma yapmış ve hastaların en çok eş ve çocuklarında oluşan çekirdek ailelerinden destek aldığını ancak bunun da yeterli düzeyde olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Çalışmada hastalar, doktorlardan ve hemşirelerden ara sıra destek aldıklarını, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgiyi ise orta düzeyde aldıklarını ancak bunu yeterli bulmadıklarını ifade etmişlerdir (77).

Ayaz ve arkadaşları 2008'de jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörleri araştırmışlar. Örneklem 200 hasta alınmış.

Veriler anket formu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Hastalardan ortaokul/lise ve üzeri mezunu olanların, çalışanların, ekonomik durumunu iyi düzeyde algılayanların ve tanısını bilenlerin algılanan sosyal destek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ancak hastaların yaş ve medeni durumu gibi özelliklerinin sosyal desteği etkilemediği belirlenmiştir (9).

Östrojen reseptörleri pozitif ve erken evre toplam 105 Meme kanseri hastalarının karar vermeye yardım programına (Adjuvan Online) tabi olduktan sonra tedavi beklentileri belirlemek için Isaac M. Lipkus ve arkadaşlarının 2010 yılında Duke Üniversite de yaptıkları araştırmaya göre karar aşamasında tedavi etkinliğini gösteren sayısal veriler ile ilgili bilgi verilmesi tedavi kararlarına yardımcı olmaktadır. (Örneğin 10 y nüks veya hayatta kalma). Hastaların tedavi beklentileri, tedavilerden algılanılan yarar, tedavi yararlarına kişisel güven araştırılmış. Katılımcıların çoğu kanserden iyileşmeye dair kişisel tahminlerde bulunamamışlar. Bu tür çalışmaların, hastaların karar verme sürecinde önemli bir rol oynadığı tespit edilmiştir (64).

Beaver ve arkadaşlarının 1999'da kolorektal ve meme kanserli hastaları arasında karar vermede rol tercihleri ve bilgi ihtiyaçlarını karşılaştırdığı çalışmada, karar vermede rol tercihlerinde farklılık fakat bilgi ihtiyaçlarında benzerlik bulmuştur. İki grup arasındaki bilgi ihtiyaçları benzerliği kanserli hastalar için sağlık bakım ekibinin bilgi sağlamasında etkili olur. Meme kanserli kadınların (% 52)'nin aksine kolorektal kanserli hastaların çoğunluğu (%78) karar vermede pasif bir oynamayı tercih etmişler. Meme kanserli hastanın % 20'si aktif katılmak, % 28'i karar verme sorumluluğunu paylaşmak istemiş Kolorektal kanserli hastaların (% 80)'i ve meme kanserli hastaların (%61)'inde tedavi kararını doktor vermiş. Her iki

grup için öncelikli bilgi ihtiyaçları; tedavi, hastalığın yayılımı, tedavi seçenekler ile ilgilidir (14).

N. Moumjid ve arkadaşlarının ‘Hastanın tercihleri ve karar verme süreci: Kanserde uygulama ve yöntem durumları’ ile ilgili 6 June 2008 de Fransa’da yaptığı araştırma da okuyucuya meme kanseri alanın da ‘hasta tedavi tercihlerini ortaya çıkarma süreci bileşenleri verilmesi hedeflenmiştir. Hastalara karar yardımları ve hastanın karar verme sürecinde yüksek kalite de bilgi almasını hedefleyen araçlar sunulmuş. Bu da hastanın karar vermede ki doyumunu ve bilgilendirilmesini artırırken hastanın hastalığını yönetiminin bir parçası olmasını sağlamıştır (69).

Son 10 yıl içerisinde tedavi karar yardımlarında çok büyük bir gelişim olmuştur. Charles C, Gafni A, Whelan T’ nin 28 APR 2005’da ‘Tedavi kararı yardımları: kavramsal sorunlar ve geleceğe dair yönlendirmeler’ adlı araştırmalarında hedef, karar yardımlarının değerlendirilmesi ve gelecekteki gelişimine yardımcı olacak fikirlerin sunulmasıdır. Araştırma şunları önermektedir; herhangi bir karar yardımının kullanımının uygunluğu daha geniş bir karar alma yapısı içerisine yerleştirilmiş olarak değerlendirilmelidir. Hedef belirleme faaliyetleri ölçüm aktivitelerine yönlendirir. Hedeflerin anlamları kavramsal seviyede gerekçelendirilmesi hangi mekanizmalarla açıkça etkili olmaları amaçlanmışsa bu ortaya konmalıdır. Geliştirilen sınıflandırmalar ve kullanılan çeşitli karar yardımcı türlerinin her bir aracın altında ki varsayım değerlendirilmesini içermesi. (26).

Fleisher L, Buzaglo J, Collins M, (2007 Chapman Univ, Orange) ‘Sağlık iletişimde en iyi uygulamaların geliştirilmesinde hasta yardım iletişimi için web tabanı kullanımını geliştirmek.’ adlı çalışmada, genel bir fikir birliği olmasına rağmen dikkatli içerik inceleme ve kullanıcı testlerinin yapılmasının teknoloji tabanlı eğitim müdahalelerinin gelişiminde önemli olduğunu vurgulamıştır. İlerlemiş

kanserli hastalar arasında tedavi kararını vermeyi kolaylaştırıcı gelişmeler bu yazıda vurgulanmaktadır. Yardım iletişimi; on-line anket, hasta eğitim modeli ve bir doktor raporu içerir. 4 tane gelişim basamağı vardır. a) Kanıta dayalı içerik geliştirme b) Kullanılabilirlik testleri c) Deneme testleri d) Hasta memnuniyeti ve yararlanması. Kullanılabilirlik testleri bazı kafa karıştırıcı talimatları açıklar ve on-line anketler için yol gösterici ve hasta modeli içinde ‘ hasta tavsiyeleri’ uygunluğunu onaylar. Kabataslak iletişim yardımının uygulanmasındaki memnuniyet % 66, doktor ile konuşmanın memnuniyeti % 70’dir. Bu % 70’de hasta beceri modelinin yararını rapor etmiş ve yaklaşık yarısının da doktorla görüşmeden etkilendiği bulunmuş. Hasta eğitimi müdahale tasarımının uygulamaya dönüştürülmesi, en iyi sağlık iletişimi uygulamalarının kullanımı geribildirimının gelişimsel süreci içermesini gerektirir. Müdahale araştırmalarının örtülü amacı da etkili müdahale geliştirmek ve böylece de daha geniş bir nüfusa hitap etmesidir. Bu da sağlık iletişimi birleşiminin en iyi uygulamaları minimum zaman ve kaynak kullanımı ile başarılabilir. Bunlar iyi bir planlama aşaması ile inşa edilerek disiplinler arası bir grubun çalışmalarına olanak sağlar (43).

Jeffrey K. Belkora ve ark. 2008’de California Üniv. San Francisco’da hasta merkezli bakımın uygulanmasında karar verme servisinin meme kanserli hastalar için sağladığı desteği araştırmışlar. Bir durum çalışması yaparak program teorisi ile program uygulamalarının eşleşip eşleşmediği keşfedilmiş ve karar verme desteği müdahalelerinin hasta da etkili olup olmadığı araştırılmış. Sonuçta hastalar eşlerinin durumu ile ilgili eşlerini bilgilendirmede karar yardımına güvenmişler ve hastanın soru listeleri onkologların danışmanlığına etkili ve verimli katkıda bulunmuştur. Hastalar anketlerde müdahaleleri oylamışlar ve karar çatışmalarında arzu edilebilir

düzeyde azalma ve bilgi gelişimi deneyimlenmiştir. Bu çalışma karar yardımcı müdahalesinin hasta merkezli bakımın nasıl geliştirilebileceğini göstermiştir (16).

Neal J. Meropol ve arkadaşları 2008’ de Kaliteli ve uzun yaşam için kanser hastalarının tercihlerini araştırmış. İlerlemiş kanser hastalarında bilgisayar tabanlı bir araştırma, onkoloji ön danışması yapılmadan önce tamamlanmış. Değerlendirmeler sosyo-demografik verileri, fiziksel ve zihinsel sağlık durumunu, yaşam kalitesi ve hayat uzunluğu ile ilgili değerleri, iletişim tercihleri ve kanser kaynaklı endişeleri içerir. Kanser gibi hayatı tehdit eden bir hastalık durumunda yaşam kalitesi ve hayat uzunluğunun ağırlığı kritik değerleri temsil eder. Mevcut çalışmanın hedefi iletişim tercihleri hakkındaki ilişkileri keşfetmek ve kanser hastasının yaşam kalitesi ve hayat uzunluğu değerlerini tanımlamaktır. 459 ileri kanser hastası arasında % 55’i yaşam kalitesi ve hayat uzunluğu değerlerinde eşit, % 27’si hayat kalitesini, % 18’i hayat uzunluğunu tercih etmiştir. Hayat kalitesini tercih eden hastalar kanser kaynaklı endişeyi daha düşük seviyede bildirmiştir. Hayat kalitesi tercihi aynı zamanda daha ileri yaşlarla ilişkili iken erkek ve eğitilmiş hastalarda daha yüksektir. Uzun yaşamayı, kaliteli yaşamaya tercih edenler daha fazla destekleyici ve daha az karamsar bir tarz sergilemişler. Klinik çalışma esnasındaki değerlerin farkındalığı onkolog ile hasta arasındaki iletişimin yöntem ve içeriğini etkileyerek karar vermeyi ilerletebilir (67).

G Tokgöz, İ Yaluğ, S Özdemir, A Yazıcı, K Uygun, T Aker’in ‘Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler’ adlı çalışmalarında kanserli hastalarda majör depresyonun yaygınlığını ve bu komorbiditeyi etkileyebilecek ilişkili etkenleri araştırmışlar. Onkoloji polikliniğine başvuran kanser tanısı konmuş olan 100 hasta (53 erkek, 47 kadın) çalışmaya alınmış. Katılımcılar DSM-IV için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID) majör depresyon modülü ile Kanser Hastalarını Değerlendirme Formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuç

olarak Kanserli hastalarda majör depresyon yaygınlığı %22 bulunmuş. Majör depresyonun yaygınlığı kadın hastalarda erkeklere göre daha yüksek. Hastaların %50'sinde uyku bozukluğu saptandı (90).

F. Ateşçi ve arkadaşları kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve bu sıklığa etkili olabilecek etmenlerin belirlenmesi amacıyla 2003'de 150 kanser hastasıyla bir çalışma yapmıştır. Sonuç olarak; çalışmada çoğu erken dönemde olan kanser hastalarının %28.7'sinde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Depresif duygu-durum ile giden uyum bozukluğu ve major depresyon tanıları en sık saptanan iki tanı grubu olmuştur. Psikiyatrik bozukluklar, en çok kadınlarda, hastanede yatanlarda, tanısını bilenlerde, geçirilmiş psikiyatrik bozukluğu olanlarda ve stres etmeni tanımlayanlarda saptanmıştır (5).

B.R. Cassileth ve arkadaşları 1980'de bilgi sahibi olma ve tıbbi kararlarına katılma derecelerini araştırmışlar. Toplam 256 kanserli hastaya Bilgi stilleri anketi ve Beck umutsuzluk ölçeği uygulanmış. Hastaların davranış ve inançlarıyla çağdaş standart bilgi ve aktif katılımın birleştiği bulunmuş. Önemli yaş eğilimleri bulunmuş: daha genç hastalar iyi bilgilendirilmiş katılımcı standart hasta davranışına uymaktadır; yaşlı hastalar daha büyük olasılıkla katılmak istemeyen eski hasta rolünü tercih etmişlerdir. Tedavi kararına katılmak isteyen hastalar diğerlerine göre daha çok umutlu. Her yaş grubundaki hastalarda umut düzeyi yüksek bulunmuş, kendi hastalıkları ile açık iletişim tercihleri ve maksimum düzeyde bilgi istemişler. Son yıllarda doktor hasta ilişkisinde önemli değişiklikler olmuştur. Örneğin 1950'lerden bu yana birçok doktor tanıyı hastaya söylememeyi tercih etmelerine rağmen 1970'lerden sonra birçok doktor kanser olduklarını hastalara söylemişlerdir (25).

Bruera ve arkadaşlarının 'Meme Kanserinde Tedavi Kararları Hasta Tercihleri ve Doktor Algılamaları' adlı 2002'de bir çalışma yapmışlardır. Üniversitenin

onkoloji merkezine ayaktan tedaviye gelen 57 hastaya medikal onkolog ile ilk görüşmeden sonra hastalara tedavileri için karar verme tercihleri ve tercihlerinde kendi algıları ile ilgili anket uygulanmış. Anket karar vermede aktif, paylaşımcı ve pasif rolleri içermektedir. Yaklaşık olarak 57 hastanın %89'u karar vermede aktif veya paylaşımcı rolü tercih etmişler. Hastalar ve hekimler arasında sadece 24 olguda (%42) karar verme tercihleri konusunda uzlaşma sağlanmış. Yaş, eğitim ve gelir gibi değişkenlerin çoğu hastanın karar verme tercihlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (22).

Hack ve arkadaşlarının (2006) tıbbi karara katılımının hastaya yararını sorguladığı çalışmalarında, cerrahi tedavi planı yapılırken kararda aktif rol alan meme kanseri kadınların, kararlarını pasif kalıp hekimlerine bırakanlara göre üç yıl sonra daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını bulmuştur. Kararda aktif rolü seçen kadınlarda pasif rolü tercih edenlere göre fiziksel ve sosyal aktivite daha yüksek, yorgunluk daha az bulunmuş. Yaşam kalitesinin tedavi kararına katılım ile ilişkili bulunmuş. Üç yılın sonunda kadınların yarıdan fazlası (%52) daha önce verdikleri karardan farklı roller tercih etmişler. Bu %52 kadının büyük çoğunluğunun (%77,3) aktif katılımı tercih ettiği, %22,7'sinin pasif katılımı tercih ettiği belirtilmiştir. Veriler gösteriyor ki kadınlar medikal karara katılma eğilimi göstermiştir (50).

Singh'in kanserli hastalar arasında tedaviye karar vermede tercih ettikleri rolleri araştırdığı çalışmasında iki ülke (Kanada ve America) arasında 6 kanser merkezinde 3491 hasta karşılaştırılmış. Kontrol tercih skalası kullanılmış. hastaların %26'sı aktif rolü, %49'u paylaşımcı rolü, %15'i pasif rolü tercih etmişler. Aslında hastaların yaşadıklarını bildirdikleri roller %30 aktif, %34 paylaşımcı, %36 pasif rol. Hastaların yaklaşık %61'i tercih ettikleri role sahip, sadece %6'sında tercih ettikleri rol ile aldıkları roller arasında uyumsuzluk yaşamış. Tercih ettikleri rol ile yaptıkları rol

arasındaki uyum kadınlara erkeklerde, Kanada daki hastalara göre America da daha fazla bulunmuş. Kadınlar erkeklere göre tedaviye karar vermede pasif rolü daha çok tercih etmişler. Genç hastalarda yaşlı hastalara göre karar vermede aktif rolü tercih etmişler. Çeşitli çalışmalarda göstermiştir ki tıbbi karara katılanlarda katılmayanlara göre hasta memnuniyeti daha fazla. Sonuç olarak kanserli hastaların yaklaşık yarısı tedaviye karar vermede hekimleri ile işbirliği yapmayı tercih etmişler ve geriye kalanlar aktif ve pasif roller arasında eşit olarak bölünmüş. Hastaların çoğu tedaviye karar vermede rol almışlar fakat %40'ı tercih ettikleri rol ile aldıkları roller arasında uyumsuzluk yaşamışlar (85).

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Yapılan çalışma kesitsel desendedir. Veriler, radyasyon ve tıbbi onkoloji kliniği ile polikliniklerden kesitsel olarak, yüz yüze yapılan tek görüşmede toplanmıştır. Çalışmanın örneklemini kanser hastalarından oluşmaktadır. Çalışma kriterlerini karşılayan hastalardan gelişigüzel, olasılıksız olarak oluşturulan örneklem üzerinden araştırma bulgularına ulaşılmıştır.

2.2. Kullanılan Gereçler

Veri toplama araçları aşağıda kısaca tanıtılmıştır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onay Formu

Araştırmanın amacı hakkında bilgi verilen ve uygulanacak ölçeklerden söz edilen onay formunda yazılı olarak hastanın çalışmaya gönüllü onayı sorulmuştur. Kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Araştırmada gizlilik ilkesine uyulacağı ve verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanmıştır. Bilgilendirilmiş Onay Formu Ek 1’de sunulmuştur.

2.2.2. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu

Bu formda hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim, meslek, aile tipi, gelir durumu, sosyal güvence, doğduğu ve yaşadığı ortam, kendinde

ve ailesinde ruhsal hastalık öyküsü), hastalık ve tedavileri hakkında bilgileri, bilgi kaynakları, karara katılımları sorgulanmaktadır. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu Ek 2’de sunulmuştur.

2.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Hastaların sosyal destek algılarının ölçülmesinde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek Zimet ve arkadaşları tarafından 1988’de geliştirilmiştir. Üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Ölçek ilk olarak 1995’de Eker ve Arkar tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Eker’in çalışmasında her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile altölçek puanı elde edilmiş ve bütün altölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 84 olup, elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder (38). Ölçek, 2001’de Eker, Arkar ve Yıldız tarafından tekrar gözden geçirilmiştir. Çalışmada ölçeğin güvenilirliği (iç tutarlılık güvenilirliği) 0.80 ile 0.95 arasında değişen değerlerdir. Geçerlik açısından UCLA Yalnızlık Ölçeği ile -0.63 ($p<0.001$), Beck Umutsuzluk Ölçeği ile -0.45 ($p<0.001$) korelasyon olduğu görülmüştür. Bu çalışmada Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formu kullanılmıştır (38). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ek 3’de sunulmuştur.

2.2.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak üzere hazırlanmıştır. Ölçeğin amacı tanı koymak değil bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilmiş, Aydemir (1997) ve arkadaşları Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır. Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir (10). Toplam 14 soru içermektedir ve bunların yedisi anksiyeteyi ve diğer yedisi depresyonu ölçmektedir. ROC analizi sonucunda HAD Ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Ek 4’de sunulmuştur.

2.3. Kullanılan Yöntem

Şifa tıp merkezi’ne gelen çalışmanın işleme ve dışlama kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar gelişigüzel, olasılıksız olarak çalışmaya alınmıştır. Kanseri tanısı almış hastalara poliklinikler, radyoterapi merkezi ve kemoterapi servisinde ulaşılması. İşleme ölçütlerini karşılayan hastalara araştırma tanıtılmış, bilgilerin gizliliği ile çalışmadan diledikleri zaman ayrılacakları vurgulanmış ve katılmayı gönüllü olarak kabul edenlerden sözlü ve yazılı onayları alındıktan hemen sonra görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler hastalar tanı aldıktan 3

gün sonra yapılmıştır. Ölçek uygulamaları her hastaya aynı görüşmeci tarafından birebir uygulanmıştır. Önce yapılandırılmış görüşme yapılmış, daha sonra sırayla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

2.3.1. İşleme Ölçütleri

- Şifa hastanesine kanser tanı ve tedavisi için başvuran,
- Birden fazla tedavi seçeneği olan,
- On sekiz ve daha büyük yaşta olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olup onam veren,
- Okur-yazar olan,
- Yapılan görüşme ve uygulamaları anlayıp iletişim kurulabilen hastalar çalışma kapsamına dahil edilmişlerdir.

2.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

İşleme ölçütlerini karşılayan, Şifa Hastanesi poliklinikler, radyoterapi ve kemoterapi bölümüne başvuran kanser tanısı almış hastalarla tedavileri öncesinde görüşülmüştür. Hastalara araştırma tanıtılmış, katılmayı kabul edenlerden yazılı onayları alınmıştır. Görüşmeler ve ölçek uygulamaları hastaların tedavileri öncesinde tanı konduktan 3 gün sonra kliniklerde yapılmıştır. Görüşmeler sırasında hastayla yalnız görüşülmesi sağlanmıştır. Görüşmeler ortalama otuz dakika sürmüştür. Bireylerin gereksinimine göre sürede gerekli esneklik sağlanmıştır.

2.3.3. Araştırmanın Evreni

Şifa Hastanesi'ne başvuran tüm kanserli hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

2.3.4.Araştırmada Örneklem

Görüşmeler ve ölçek uygulamaları Eylül 2011 başlayıp Aralık 2011'e kadar 4 ay sürmüştür. Bu tarihler arasında Şifa Hastanesi'ne kanser tanı ve tedavisi için gelen ve çalışma ölçütlerine uygun olan hastalar gelişigüzel, olasılıksız olarak seçilmiştir. 60 hasta ile örneklem oluşturulmuştur. Görüşmelerin tedavi öncesiyle sınırlı tutulması ve çalışmanın belirli bir zaman diliminde yapılması hasta sayısında kısıtlılık yaratmıştır.

2.3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırma ölçütlerine uygun hastaların seçimi, verilerin toplanması için hastalarla yapılan görüşmeler ve ölçek uygulamaları Eylül 2011 başlayıp Aralık 2011'e kadar 4 ay sürdürülmüştür. Kanser tanısı konmuş toplam 60 hastaya ulaşılmıştır. İki hasta görüşmeyi reddettiği için onlarla görüşme yapılamamıştır. Toplam 58 hastayla görüşme ve ölçek uygulamaları yapılmıştır. Kanser tanısı almış birden fazla tedavi seçeneği olan 50 hasta çalışmaya dahil olmuştur.

2.3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi ‘‘SPSS 11.0 for Windows’’ programı ile gerçekleştirilmiştir. Süreksiz verilerin analizinde ki-kare testi, sürekli verilerin analizinde ise Mann Whitney U, Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

2.3.7. Süre ve Olanaklar

Araştırma ölçütlerine uygun hastaların seçimi, verilerin toplanması için hastalarla yapılan görüşmeler ve ölçek uygulamaları 4 ay sürdürülmüştür. Uygulamaların bitiminden sonra elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmeleri ve yazım aşaması 3 ay sürmüştür. Çalışma bir kişi ile yürütülmüştür.

2.3.8. Etik Açıklamalar

Çalışmanın yapılabilmesi için Şifa Hastanesi yönetiminden onay alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yapılacağı kliniklerle görüşme yapılarak çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve uygulama için izinleri alınmıştır. Çalışma kapsamına giren hastalara çalışmaya katılmadan önce sözlü ve yazılı bilgi verilmiş, gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler, bilgilendirilmiş onay formunu imzalayarak çalışmaya katılmışlardır. Araştırmanın sonuçları toplu olarak değerlendirilmiş, bireysel bilgiler gizli tutulmuştur.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Uygulanan ölçeklerden alınan puanlarla değişkenler arasındaki ilişkilere ait analizler ve çalışmadan elde edilen diğer veriler sunulacaktır.

3.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Hastalara ilişkin sosyodemografik veriler tablo 1’de sunulmuştur. Tablolardaki yüzde hesaplamaları toplam kişi sayısı (N:50) üzerinden yapılmıştır.

Yaşları 22 ile 81 arasında değişen 50 hastanın yaş ortalaması 53.90 ve standart sapması 14.95’dir. Hastaların 27’si (%54) erkek, 23’ü (% 46) kadındır.

Hastaların 43’ü evli (% 86), 1 tanesi bekar, 6’sı dul veya boşanmış (%12), 2 ‘si okur-yazar(%4), 18’i ilkokul (%36), 6’sı ortaokul (%12), 13’ü lise (%26), 5’i önlisans (%10), 6’sı lisans ve yüksek lisans eğitilmiş (% 12) olarak saptanmıştır.

Hastaların 12’si hala çalışıyor (%24), 21’i emekli (%42), 17’si çalışmıyor (%34). 20’sinin aylık geliri ≤ 1000 (%40), 16’sının 1001-2000 arası (%32), 14’ünün >2000 (%28). Hastaların 21’i ilde (%42), 24’ü ilçede (%48), 3’ü kasabada (%6), 2’si köyde (%4) yaşamaktadır.

Hastaların 44’ü (%88) çekirdek aile yapısına sahiptir. Bedensel rahatsızlığı (hipertansiyon, ülser, diyabet) olanlar 8 kişi (%16), ruhsal rahatsızlığı (depresyon) olanlar 2 kişi (%4) oranında bulunmuştur. Tanı konduktan sonra tedaviye kadar 1 ay ve daha az süre geçirmiş olanlar 27 kişi (%54), 1 aydan daha uzun süre geçirmiş olanlar 23 kişi (%46) olarak bulunmuştur.

Tablo 1 : Hastaların Demografik Özellikleri

Özellikler	N	%
Yaş	Ort. 53,90 SS 14,95 Min-max: 22-81	
Medeni durum		
Bekar	1	% 2
Evli	43	% 86
Boşanmış	6	% 12
Total	50	% 100
Eğitim		
Okur-Yazar	2	% 4
İlkokul	18	% 36
Ortaokul	6	% 12
Lise	13	% 26
Ön-Lisans	5	% 10
Lisans ve Üzeri	6	% 12
Total	50	% 100
Meslek		
Evkadını	18	% 36
İşçi	2	% 4
Memur	2	% 4
Öğrenci	1	% 2
Emekli	18	% 36
Serbest	9	%18
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	12	% 24
Çalışmıyor	17	% 34
Emekli	21	% 42
Total	50	% 100
Sosyal Güvence		
Ssk	24	% 48
Bağkur	10	% 20
Emekli Sandığı	11	% 22
Özel Sigorta	5	% 10
Total	50	%100
Gelir		
<=1000	20	% 40
1001-2000	16	% 32
>2000	14	% 28
Total	50	% 100
Doğum Yeri		
İl	14	% 28
İlçe	25	% 50
Kasaba	2	% 4
Köy	9	% 18
Total	50	% 100
Yaşadığı Yer		
İl	21	% 42
İlçe	24	% 48
Kasaba	3	% 6
Köy	2	% 4
Total	50	% 100
Aile Tipi		
Geniş	5	% 10
Çekirdek	44	% 88
Parçalanmış	1	% 2
Bedensel Rahatsızlık		
Var	8	% 16
Yok	42	% 84
Ruhsal Rahatsızlık		
Var	2	% 4
Yok	48	% 96
Tanı Süresi		
≤ 1 Aydan az	27	% 54
1 Ay+	23	% 46

Tablo 2 : Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	N (%)
Erkek	27 (%54)
Kadın	23 (%46)

Hastaların 27'si (%54) erkek, 23'ü (% 46) kadındır. Bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 3: Hastaların Tanılarına Göre Dağılımları

Tanılar	N (%)
Meme ca	16 (%32)
Prostat ca	8 (%16)
Ürogenital sistem	6 (%12)
Kolon ca	4 (%8)
Mide ca	4 (%8)
Yumuşak doku tm	4 (%8)
Larink ca	3 (%6)
Akciğer ca	3 (%6)
Beyin tm	2 (%4)

Hastaların 16'sı (%32) meme ca, 8'i (%16) Prostat ca, 6'sı (%12) Ürogenital sistem, 4'ü (%8) Kolon ca, 4'ü (%8) Mide ca, 4'ü (%8) Yumuşak doku tm, 3'ü (%6) Larink ca, 3'ü (%6) Akciğer ca, 2'si (%4) Beyin tümörüdür. Bulgular Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 4 : Hastaların Eğitim Düzeyleri ve Hanelerinin Aylık Geliri ile Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Bilgi Edinme Kaynakları

Bilgi Kaynağı						
		Doktor N (%)	Akraba & Arkadaş N (%)	TV & Radyo N (%)	İnternet N (%)	Total
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	2 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2
	İlkokul	15 (%83,3)	2 (11,1)	0 (%0)	1 (%5,5)	18
	Ortaokul	5 (%83,3)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%16,7)	6
	Lise	13 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	13
	Ön-Lisans	4 (%80)	0 (%0)	1 (%20)	0 (%0)	5
	Lisans ve üzeri	6 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	6
Aylık Gelir	<=1000	18 (90)	2 (%10)	0 (%0)	0 (%0)	20
	1001-2000	13 (%81,3)	0 (%0)	1 (%6,3)	2 (%12,5)	16
	>2000	14 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	14
Total		45 (%91,8)	1 (%2)	1 (%2)	2 (%4,1)	50

Hastaların eğitim düzeyleri ile hastalıkları ve tedavilerine ilişkin bilgi edinme kaynakları incelendiğinde; 18 hastanın ilkökul, 13 hastanın lise mezunu oldukları ve hastaların 45'inin bilgi kaynağı olarak doktoru seçtiği görülmüştür. Hastaların doktor dışında bilgi kaynakları Ön-lisans grubunda 1 hasta tv-radyo, ortaokul grubunda 1 hasta interneti, ilkökul grubunda 1 hasta arkadaşı seçmiştir.

Hanenin aylık geliri ile hastalıkları ve tedavilerine ilişkin ulaşılan bilgi kaynakları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastaların gelir durumları ile bilgi edinme kaynakları arasında farklılaşma bulunmamıştır. Bulgular Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 5 : Hastaların Aile Yapısı ile Tedavi Kararını Kimin Vermesi Konusundaki Tercihleri

Kararı Kim Vermeli?								
		Doktor N %	Ben N %	Doktor ve Ben N %	Doktor ve Ailem N %	Ben ve Ailem N %	Doktor, Ben ve Ailem N %	Total
Aile Tipi	Çekirdek	3 (%6,8)	3 (%6,8)	10 (%22,7)	1 (%2,3)	2 (%4,5)	25 (%56,8)	44
	Geniş Aile	0 (%0)	0 (%0)	1 (%20)	0 (%0)	0 (%0)	4 (%80)	5
	Parçalanmış	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1
	Total	3 (%6)	3 (%6)	12 (%24)	1 (%2)	2 (%4)	29 (%58)	50

Hastaların aile yapısı ile tedaviye ilişkin kararı kim vermeli sorularının yanıtlarına bakıldığında, hastaların 44’ü çekirdek aileden oluşmaktadır ve %58’ine göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte vermelilerdir. Bulgular Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 6 : Yaşadığı Yer ile Nasıl Bir Tedavi Alacağına İlişkin Bilgi Düzeyi ve Sorularına Yanıt Alma Düzeyi

Yaşadığı Yer						
		İl N (%)	İlçe N (%)	Kasaba N (%)	Köy N (%)	Total
Tedaviyi Biliyor mu?	Hayır	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	1
	Evet	20 (%41,7)	24 (%50)	3 (%6,3)	1 (%2,1)	48
	Biraz	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1
Yanıt Alabiliyor mu?	Hayır	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1
	Evet	18 (%38,3)	24 (%51,1)	3 (56,4)	2 (%4,3)	47
	Biraz	2 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2
Total		21 (%42)	24 (%48)	3 (%6)	2 (%4)	50

Kendisine nasıl bir tedavi uygulanacağını bilip bilmediği ve sorularına yanıt alma düzeyi ile hastanın yaşadığı yer arasındaki ilişkiye bakıldığında, hastaların %42'sinin ilde, %48'sinin ilçede yaşadığı ayrıca kendilerine uygulanan tedaviyi bildikleri ve sordukları sorulara yanıt alabildikleri belirlenmiştir. Bulgular Tablo 6'da sunulmuştur.

3.2. Hastaların Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 7 : Hastaların Hastalık ve Tedavileri Konusunda Bilgilerine İlişkin Algıları

	Evet N (%)	Hayır N (%)	Biraz N (%)	Total
Doktor Tedavi Bilgisi	49 (%98)	1 (%2)	0 (%0)	50
Tedavi Seçeneği Doktor Bilgisi	48 (%96)	1 (%2)	1 (%2)	50
Bilgi Yeterli mi?	48 (%96)	0 (%0)	2 (%4)	50
Tedaviyi Biliyor mu?	48 (%96)	1 (%2)	1 (%2)	50
Tedaviyi Bilmek İster mi?	49 (%98)	1 (%2)	0 (%0)	50
Dr Soru Soruyor mu?	47 (%94)	3 (%6)	0 (%0)	50
Yanıt Alabiliyor mu?	47 (%94)	1 (%2)	2 (%4)	50
Tedavi Kararı	45 (%90)	5 (%10)	0 (%0)	50

Hastaların Hastalık ve Tedavileriyle ilgili bilgileri hakkındaki sorulara verdikleri yanıtlar bakıldığında, hastaların %98'sine göre doktor tarafından hastalıkları, %96'sına tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi verilmiştir, %96'sına göre verilen bilgi yeterlidir, %96'sı kendilerine uygulanan tedaviyi biliyorlar, %94'ü doktorlarına rahat soru sorabiliyorlar, sorularına yanıt alabiliyorlar ve %90'ına tedavi kararları sorulmuştur. Bulgular Tablo 7'de Sunulmuştur.

Tablo 8 : Hastaların Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Bilgi Edinmede Ana Kaynakları

Bilgi Kaynağı	
	N (%)
Doktor	45 (%90)
Akraba & Arkadaş	2(%4)
TV & Radyo	1 (%2)
İnternet	2 (%4)
Total	50 (%100)

Hastaların hastalık ve tedavilerine ilişkin bilgi edinme kaynakları, 45 kişinin doktor, 2 kişinin akraba ve arkadaş, 1 kişinin tv ve radyo, 2 kişinin internet olduğu bulunmuştur. Bulgular Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 9 :Hastalık Hakkında ve Tedavi Seçenekleri Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Sağlanan Bilginin Yeterliliği

		Bilgi Yeterli mi?			
		Evet N (%)	Hayır N (%)	Biraz N(%)	Total N
Hastalık hakkında bilgi verilmesi	Evet	48 (%98)	0 (%0)	1 (%2)	49
	Hayır	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	1
	Biraz	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0
	Total	48 (%96)	0 (%0)	2 (%4)	50
Tedavi seçenekleri hakkında bilgi verilmesi	Evet	47 (%97)	0 (%0)	1 (%2)	48
	Hayır	0 (%0)	0 (%0)	1 (%100)	1
	Biraz	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	1
	Total	48 (%96)	0 (%0)	2 (%4)	50

Hastaların 49’una hastalıkları ile ilgili bilgi verilmiş, 48 kişi bu bilgiyi yeterli bulmuş, bir kişi biraz yeterli bulmuş. 48’ine de tedavi seçenekleri ile ilgili doktorları tarafından bilgi verilmiş ve hepsi bu bilgiyi yeterli bulmuş. Bulgular Tablo 9’da sunulmuştur

Tablo 10 : Tedavi Seçenekleri Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Hastanın Uygulanacak Tedaviye İlişkin Bilgisi ve Tedavi Seçiminde Kararının Sorulması

		Tedavi Seçeneği Doktor Bilgisi			
		Hayır N (%)	Evete N (%)	Biraz N (%)	Total N
Tedaviyi Biliyor mu?	Evete	0 (%0)	47 (%97,9)	1 (%2,1)	48
	Hayır	0 (%0)	1 (%100)	0 (%0)	1
	Biraz	1 (%100)	0 (%0)	0 (%0)	1
	Total	1 (%2)	48 (%96)	1 (%2)	50
Tedavi Kararı	Evete	0 (%0)	44 (%97,8)	1 (%2,2)	45
	Hayır	1 (%20)	4 (%80)	0 (%0)	5
	Total	1 (%2)	48(%96)	1 (%2)	50

Tedavi seçenekleri hakkında doktoru tarafından hastaya bilgi verilip verilmediği ve hastanın nasıl bir tedavi uygulanacağını bilip bilmediği ile tedavi kararının sorulup sorulmadığına ilişkin yanıtlara bakıldığında, 48 kişi tedavi seçeneği hakkında doktor tarafından bilgilendirilmiştir. Tedavi seçeneği ile ilgili bilgi verilen hastaların çoğunluğunda uygulanacak tedaviye ilişkin bilgisi olduğu ve tedavi kararlarının sorulduğu görülmüştür. Bulgular Tablo 10’da sunulmuştur.

3.3. Hastaların Psikososyal Değişkenlerine İlişkin Bulgular

3.3.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Hastaların HAD ölçeği anksiyete ve depresyon ortalama puanları Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 11 : HAD Ölçeği Ortalama Puanları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama/ ±Std. Sapma
Anksiyete Puanı	50	0	19	4,74 / 3,60
Depresyon Puanı	50	0	14	4,76 / 3,42

Tablo 12 : HAD Ölçeği Puanları ile Ruhsal Rahatsızlığı Olanlar

	Eski ruhsal hastalık	N	Ortalama / ± Standart Sapma	p*
Anksiyete Puanı	Yok	48	4,69 / 3,639	0,471
	Var	2	6,00 / 2,828	
Depresyon Puanı	Yok	48	4,73 / 3,487	0,602
	Var	2	5,50 / ,707	

Mann Whitney U Testi uygulanarak yapılan analizde eski ruhsal hastalık olmasıyla anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunamamıştır. Eski ruhsal hastalığı olan sadece 2 hastadır. Hastaların hepsinin anksiyete ve depresyon puanları kesme değerinin altındadır. Bulgular Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 13 : Hastane Depresyon ve Anksiyete Puanları ile Sosyal Destek Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Korelasyon (ilişki) Tablosu		
	Anksiyete Puanı	Depresyon Puanı
Sosyal Destek Puanı	-0,112	-0,134
Aile Desteği Puanı	-0,180	-0,217
Arkadas Desteği Puanı	-0,027	-0,049
Aile ve Arkadaş Dışı Destek	-0,100	-0,102

Hastaların anksiyete ve depresyon puanları ile sosyal destek toplam puanları arasında korelasyon bulunamamıştır. Bulgular Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 14 : Hastalık hakkında doktor tarafından bilgilendirme ile anksiyete ve depresyon ilişkisi

	Doktor Bilgisi	N	Ortalama / ± Standart Sapma
Anksiyete Puanı	Hayır	1	0 / -
	Evet	49	4,84 / 3,567
Depresyon Puanı	Hayır	1	3,00 / -
	Evet	49	4,80 / 3,446

Hastaların 45’i doktor tarafından bilgilendirilmişlerdir. Hastalık hakkında doktor tarafından bilgilendirme ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunulamamıştır. Hastaların anksiyete ve depresyon puanları düşüktür. Bulgular Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 15 : Tedavi seçenekleri hakkında doktor tarafından bilgilendirme ile anksiyete ve depresyon ilişkisi

	Tedavi Seçeneği	N	Ortalama / ± Std. Sapma
Anksiyete Puanı	Hayır	1	0 / -
	Evet	48	4,94 / 3,533
	Biraz	1	0 / -
Depresyon Puanı	Hayır	1	3,00 / -
	Evet	48	4,90 / 3,410
	Biraz	1	0 / -

Yine hastaların 48'ine tedavi seçenekleri hakkında doktor tarafından bilgilendirilme yapılmıştır. Tedavi seçenekleri hakkında doktor tarafından bilgilendirme ile anksiyete ve depresyon arasınada bir ilişki bulunulamamıştır. Hastaların anksiyete ve depresyon puanları kesme değerinin altındadır. Bulgular Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 16: Nasıl bir tedavi uygulanacağını bilen hastalarda anksiyete ve depresyon ilişkisi

	Tedaviyi Biliyor mu?	N	Ortalama / ± Std. Sapma
Anksiyete Puanı	Hayır	1	7,00 / -
	Evet	48	4,79 / 3,591
	Biraz	1	0 / -
Depresyon Puanı	Hayır	1	7,00 / -
	Evet	48	4,75 / 3,467
	Biraz	1	3,00 / -

Hastaların 48'i nasıl bir tedavi uygulanacağını biliyor. Nasıl bir tedavi uygulanacağını bilme ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunulamamıştır. Hastalarda anksiyete ve depresyon puanı kesme değerinin altındadır. Bulgular Tablo 16'da sunulmuştur.

3.3.2. Sosyal Destek Bulguları

Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları Tablo 15'de sunulmuştur.

Tablo 17 : Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları

	N	Minimum	Makimum	Ortalama / $\pm$ Std. Sapma
Sosyal Destek Puanı	50	28,00	84,00	67,3200 / 14,12978
Aile Desteği Puanı	50	12,00	28,00	25,1800 / 3,89500
Arkadas Desteği Puanı	50	4,00	28,00	21,7400 / 6,95117
Aile ve Arkadaş Dışı Destek	50	4,00	28,00	20,4000 / 6,94585

Tablo 18 : Eğitimlerine Göre Sosyal Destek Algısı

	Eğitim	N	Ortalama / $\pm$ Std. Sapma	p*
Toplam Sosyal Destek	İlköğretim	26	65,88 / 14,41	0,469
	Lise	13	72,00 / 10,88	
	Önlisans-lisans ve üstü	11	65,18 / 16,66	
Aile Desteği Puanı	İlköğretim	26	24,53 / 4,00	0,548
	Lise	13	26,15 / 2,88	
	Önlisans-lisans ve üstü	11	25,54 / 4,67	
Arkadas Desteği Puanı	İlköğretim	26	21,61 / 7,26	0,504
	Lise	13	23,07 / 6,48	
	Önlisans-lisans ve üstü	11	20,45 / 7,07	
Aile ve Arkadaş Dışı Destek Puanı	İlköğretim	26	19,73 / 7,49	0,430
	Lise	13	22,76 / 5,21	
	Önlisans-lisans ve üstü	11	19,18 / 7,29	

Toplam sosyal destek puanları ve eğitim durumu açısından verilere bakıldığında; lise düzeyinde sosyal destek daha yüksek algılanırken, ilk öğretim ve yüksek eğitimde benzer düzeyde bulunmuştur. Karşılaştırılan gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktur. ($p=0,469$) Aile desteği, arkadaş desteği, özel arkadaş desteği lise mezunu olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 19 : Sosyal Destek Algısı ile Yaşanan Yer İlişkisi

	Yaşadığı Yer	N	Ortalama / $\pm$ Std. Sapma	P*
Toplam Sosyal Destek	İl	21	65,76 / 16,11	0,972
	İlçe	24	67,88 / 13,64	
	Kasaba	3	71,67 / 8,74	
	Köy	2	70,50 / 4,95	
Aile Desteği Puanı	İl	21	25,33 / 4,44	0,723
	İlçe	24	25,04 / 3,78	
	Kasaba	3	26,00 / 2,65	
	Köy	2	24,00 / 0	
Arkadas Desteği Puanı	İl	21	20,52 / 7,85	0,322
	İlçe	24	22,17 / 6,62	
	Kasaba	3	22,67 / 2,08	
	Köy	2	28,00 / 0	
Aile ve Arkadaş Dışı Destek Puanı	İl	21	19,90 / 7,71	0,870
	İlçe	24	20,67 / 6,84	
	Kasaba	3	23,00 / 4,36	
	Köy	2	18,50 / 4,95	

Kruskal Wallis Testi uygulanarak yapılan analizde, hastalardan kasabada yaşayanların sosyal destek puanları daha yüksektir bulunmuştur. Köyde yaşayanlarda arkadaş desteği daha yüksek, il, ilçe ve kasabada yaşayanlarda aile desteği, daha yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 20 : Eski Ruhsal Rahatsızlığı Olmayanların Ruhsal Rahatsızlığı Olanlara Göre Sosyal Destek Puanları

	Eski ruhsal hastalık	N	Ortalama / ± Std. Sapma	P
Toplam Sosyal Destek Puanı	Yok	48	67,31 / 14,23	0,901
	Var	2	67,50 / 16,26	
Aile Desteği Puanı	Yok	48	25,17 / 3,94	0,958
	Var	2	25,50 / 3,54	
Arkadas Desteği Puanı	Yok	48	21,79 / 7,03	0,562
	Var	2	20,50 / 6,36	
Aile ve Arkadaş Dışı Destek Puanı	Yok	48	20,35 / 7,03	1,000
	Var	2	21,50 / 6,36	

Eski ruhsal hastalık sadece 2 hastada vardır. Hastaların çoğunda eski geçirdikleri bir ruhsal hastalık yoktur. Eski ruhsal rahatsızlık ile sosyal destek puanı arasında farklılık bulunmamıştır. Bulgular Tablo 20’de sunulmuştur.

3.4. Karar Verme ile İlgili Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 21 : Hastanın Yaşı ile Tedavi kararının sorulması arasındaki ilişki

		Tedavi Kararı			P
		Hayır N (%)	Evet N (%)	Toplam	
Hasta Yaşı	≤50	3 (%15)	17 (%85)	20	0,377
	>50	2 (%6,7)	28 (%93,3)	30	
	Toplam	5 (%10)	45 (%90)	50	

Yapılan ki-kare analizinde "tedavi kararı size soruldu mu" sorunun yanıtı ile hastaların yaşı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p=0,377$). Söz konusu iki değişken arasında ilişki yoktur. %90'ına tedavi kararları sorulmuştur. Bulgular Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 22 : Hastanın Yaşı ile Tedavi Kararını Kim Vermeli, kimin Verdiği ve Arasındaki İlişki

	Hasta Yaşı	Doktor N (%)	Ben N (%)	Doktor ve Ben N (%)	Doktor ve Ailem N (%)	Ben ve Ailem N (%)	Doktor & Ben ve Ailem N (%)	Total N
Kararı Kim Vermeli?	≤50	3 (%15)	0 (%0)	3 (%15)	0 (%0)	0 (%0)	14 (%70)	20
	>50	0 (%0)	3 (%10)	9 (%30)	1 (%3,3)	2 (%6,7)	15 (%50)	30
	Total	3 (%6)	3 (%6)	12 (%24)	1 (%2)	2 (%4)	29 (%58)	50
Kararı Kim Verdi?	≤50	3 (%15)	0 (%0)	3 (%15)	0 (%0)	1 (%5)	13 (%65)	20
	>50	1 (%3,3)	1 (%3,3)	7 (%23,3)	0 (%0)	2 (%6,7)	19 (%63,3)	30
	Total	4 (%8)	1 (%2)	10 (%20)	0 (%0)	3 (%6)	32 (%64)	50

Hastanın Yaşı ile Tedavi Kararını Verme Arasındaki İlişkiye bakıldığında farklılık bulunmamıştır. Hastaların %58'ine göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte vermeli. Yaşlı hastalar ile genç hastalar arasında tedavi kararını vermede benzer sonuçlar çıkmıştır. 50 yaşından büyük olan hastaların yarısına (%50) göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi vermeli, (%63)'ünde kararı doktor, aile ve kendisi verdi. (%30)'una göre doktor ve kendisi vermeli, (%23)'ünde kararı doktor ve kendisi verdi. Küçük olan hastaların çoğuna (%70) göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi vermeli, (%65)'inde kararı doktor, aile ve kendisi verdi. Bulgular Tablo 22'de sunulmuştur.

Tablo 23 : Hastaların Yaşı ile Tedavi Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri Arasındaki İlişki

Nasıl Hissediyor?						
		Hiç	Orta	Oldukça	Tamamen	Total
Hasta Yaşı	<=50	3 (%15)	1 (%5)	8 (%40)	8 (%40)	20
	>50	1 (%3,3)	5 (%16,7)	12 (%40)	12 (%40)	30
	Total	4 (%8)	6 (%12)	20 (%40)	20 (%40)	50

Hastaların Tedavi Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri ile yaşları arasında farklılık bulunmamıştır. Hastaların %80'i tedavi kararlarını oldukça ve tamamen kendileri vermiş gibi hissediyor. Bulgular Tablo 23'de sunulmuştur.

Tablo 24 : Hastanın Eğitim Durumu ile Tedavi kararının sorulması arasındaki ilişki

		Tedavi Kararı		
		Hayır N (%)	Evet N (%)	Total
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	1 (%50)	1 (%50)	2
	İlkokul	1 (%5,6)	17 (%94,4)	18
	Ortaokul	1 (%16,7)	5 (%83,3)	6
	Lise	1 (%7,7)	12 (%92,3)	13
	Ön-Lisans	0 (%0)	5 (%100)	5
	Lisans ve Üzeri	1 (%16,7)	5 (%83,3)	6
	Total	5 (%10)	45 (%90)	50

Hastaların çoğunluğuna 45 (%90) tedavi kararları sorulmuştur. Eğitim Durumu ilkokul ve lise mezunlarında tedavi kararı sorulma oranı daha yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 24’de sunulmuştur.

Tablo 25 : Hastanın Eğitim Düzeyi ile Tedavi Kararını Kim Vermeli, kimin Verdiği ve Arasındaki İlişki

	Eğitim Durumu	Doktor N (%)	Ben N (%)	Doktor ve Ben N (%)	Doktor ve Ailem N (%)	Ben ve Ailem N (%)	Doktor & Ben ve Ailem N (%)	Total N
Kararı Kim Vermeli?	Okur-Yazar	0 (%0)	1 (%50)	1 (%50)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2
	İlkokul	1 (%5,6)	1 (%5,6)	3 (%16,7)	1 (%5,6)	0 (%0)	12 (%66,7)	18
	Ortaokul	0 (%0)	0 (%0)	1 (%16,7)	0 (%0)	1 (%16,7)	4 (%66,7)	6
	Lise	0 (%0)	0 (%0)	4 (%30,8)	0 (%0)	0 (%0)	9 (%69,2)	13
	Ön-Lisans	0 (%0)	1 (%20)	1 (%20)	0 (%0)	1 (%20)	2 (%40)	5
	Lisans ve Üzeri	2(%33,3)	0 (%0)	2 (%33,3)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%33,3)	6
	Total	3 (%6)	3 (%6)	12 (%24)	1 (%2)	2 (%4)	29 (%58)	50
Kararı Kim Verdi?	Okur-Yazar	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%100)	2
	İlkokul	0 (%0)	1 (%5,6)	4 (%22,2)	0 (%0)	2 (%11,1)	11 (%61,1)	18
	Ortaokul	1(%16,7)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%16,7)	4 (%66,7)	6
	Lise	1 (%7,7)	0 (%0)	3 (%23,1)	0 (%0)	0 (%0)	9(%69,2)	13
	Ön-Lisans	0 (%0)	0 (%0)	1 (%20)	0 (%0)	0 (%0)	4 (%80)	5
	Lisans ve Üzeri	2(%33,3)	0 (%0)	2 (%33,3)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%33,3)	6
	Total	4 (%8)	1 (%2)	10 (%20)	0 (%0)	3 (%6)	32 (%64)	50

Hastalardan ilkokul ve lise mezunu oranı daha yüksektir. İlkokul mezunu olanların (%66.7) çoğuna göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi vermeli, (%61.1)'inde kararı doktor, aile ve kendisi vermiş. Lise mezunu olan hastalarında çoğuna göre (%69.2) kararı doktor, aile ve kendisi vermeli, (%69.2)'sinde kararı doktor, aile ve kendisi vermiş. Bulgular Tablo 25'de sunulmuştur.

Tablo 26 : Hastaların Eğitim Durumu ile Tedavi Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri Arasındaki İlişki

		Nasıl Hissediyor?				
		Hiç N (%)	Orta N (%)	Oldukça N (%)	Tamamen N (%)	Total
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	0 (%0)	0 (%0)	1 (%50)	1 (%50)	2
	İlkokul	1 (%5,6)	3 (%16,7)	7 (%38,9)	7 (%38,9)	18
	Ortaokul	1 (%16,7)	1 (%16,7)	2 (%33,3)	2 (%33,3)	6
	Lise	1 (%7,7)	1 (%7,7)	3 (%23,1)	8 (%61,5)	13
	Ön-Lisans	0 (%0)	1 (%20)	3 (%60)	1 (%20)	5
	Lisans ve Üzeri	1 (%16,7)	0 (%0)	4 (%66,7)	1 (%16,7)	6
	Total	4 (%8)	6 (%12)	20 (%40)	20 (%40)	50

Hastaların Tedavi Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri ile eğitim durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında, Hastaların %80'ni tedavi kararlarını oldukça ve tamamen kendileri vermiş gibi hissediyor. Ön lisans ve üzeri mezunlarda oldukça, lise mezunları tedavi kararını tamamen kendileri vermiş hissediyor. Bulgular Tablo 26'de sunulmuştur.

Tablo 27 : Hastaların Aylık Gelirleri ile Tedavi Kararını Kim Vermeli, kimin Verdiği Arasındaki İlişki

	Aylık Gelir	Doktor N (%)	Ben N (%)	Doktor ve Ben N (%)	Doktor ve Ailem N (%)	Ben ve Ailem N (%)	Doktor & Ben ve Ailem N (%)	Total N
Kararı	<=1000	0 (%0)	1 (%5)	6 (%30)	0 (%0)	1 (%5)	12 (%60)	20
Kim Vermeli?	1001-2000	3(%18,8)	2 (%12,5)	1 (%6,3)	1 (%6,3)	0 (%0)	9 (%56,3)	16
	>2000	0 (%0)	0 (%0)	5 (%35,7)	0 (%0)	1 (%7,1)	8 (%57,1)	14
	Total	3 (%6)	3 (%6)	12 (%24)	1 (%2)	2 (%4)	29 (%58)	50
Kararı	<=1000	1 (%5)	1 (%5)	2 (%10)	0 (%0)	1 (%5)	15 (%75)	20
Kim Verdi?	1001-2000	2(%12,5)	0 (%0)	3 (%18,8)	0 (%0)	1 (%6,3)	10 (%62,5)	16
	>2000	1 (%7,1)	0 (%0)	5 (%35,7)	0 (%0)	1 (%7,1)	7 (%50)	14
	Total	4 (%8)	1 (%2)	10 (%20)	0 (%0)	3 (%6)	32 (%64)	50

Hastaların 20 tanesinin gelir düzeyi <=1000 da. Bu hastaların %60'ını göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi vermeli, % 75'inde kararı doktor, aile ve kendisi verdi. 16 hastanın gelir düzeyi 1001-2000, bunların % 56.3'üne göre yine kararı doktor, aile ve kendisi vermeli. % 62.5'inde kararı doktor, aile ve kendisi verdi. Gelir düzeyi >2000 olanlar 14 kişi. %57.1'ine göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi vermeli, % 50.0'ında kararı doktor, aile ve kendisi verdi. Hastaların çoğunun gelir düzeyi <=1000 da ve büyük çoğunluğuna göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi vermeli ve tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte verdi. Bulgular Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 28 : Tedavi Kararının Oluşmasındaki Tercihleri ve Kendi Kararlarının Oluşumu

	Doktor N (%)	Ben N (%)	Doktor ve Ben N (%)	Doktor ve Ailem N (%)	Ben ve Ailem N (%)	Doktor & Ben ve Ailem N(%)
Kararı Kim Vermeli?	3 (%6)	3 (%6)	12 (%24)	1 (%2)	2 (%4)	29 (%58)
Kararı Kim Verdi?	4 (%8)	1 (%2)	10 (%20)	0 (%0)	3 (%6)	32 (%64)

Hastaların 29’una göre (%58) tedavi kararını doktor,kendisi ve ailesi birlikte vermeli, yine 32’sinde kararı doktor, kendisi ve ailesi birlikte vermiş. . Bulgular Tablo 28’de sunulmuştur.

Tablo 29 : Hastaların Tedavi Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri

Nasıl Hissediyor	N (%)
Hiç	4 (%8)
Orta	6 (%12)
Oldukça	20 (%40)
Tamamen	20 (%40)
Total	50 (%100)

Hastaların tedavi kararını ne kadar kendileri vermiş gibi hissettikleri sorusuna yanıtlarına bakıldığında, hastaların %80’ni kararı oldukça veya tamamen kendileri vermiş gibi hissediyorlar. Bulgular Tablo 29’da sunulmuştur.

Tablo 30 : Sağlanan Bilginin Yeterliliği ve Tedavi Seçiminde Kararının Sorulması

		Tedavi Kararı	
		Sorulmadı N (%)	Soruldu N (%)
Bilgi Yeterli mi?	Evet	4 (%80)	44 (%97,8)
	Hayır	0 (%0)	0 (%0)
	Biraz	1 (%20)	1 (%2,2)
	Total	5 (%100)	45 (%100)

Tedavi kararları hakkında sağlanan bilginin yeterli olup olmadığı ve tedavi kararı seçiminde kararının sorulup sorulmadığı incelendiğinde, 44 hastaya tedavi kararı sorulmuştur. Hastaların %80'ine göre de verilen bilgi yeterlidir. . Bulgular Tablo 30'da sunulmuştur.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

Bu bölümde sunulan araştırma bulguları sırasıyla tartışılmıştır. Tartışmada bulgular, araştırmanın hipotezlerinin sırasıyla gözden geçirilecektir.

Bu çalışma yeni kanser tanısı konulmuş 50 hastanın tedavi öncesi tedavi kararlarına katılım düzeylerini, sosyodemografik faktörlerin katılıma etkisi, algıladıkları sosyal desteği, hastaların tedavileri ve bilgi gereksinimleri ile ilgili verileri içermektedir.

4.1. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde yaş ve eğitim düzeyinin, hastaların karar verme tercihlerini etkileyen önemli etkenler olduğu belirtilmiştir. Beaver'in çalışmasında karar verme tercihleri üzerine etkili ana değişkenler yaş, eğitim seviyesi, sosyal statü ve evlilik durumu bulunmuştur. Karara katılımda evli bireyler ve hastalığı daha ciddi olanlar daha pasif rolü tercih etmişler. (15). Yaşın hastanın karar alma sürecine katılımı için hastanın tercihini belirleyici olduğu, çeşitli çalışmalar genç hastaların daha fazla katılımı istediğini göstermiştir. Genç hastalar iyi bilgilendirilmiş bir katılımcı modele daha uygundur, yaşlı hastaların çoğu büyük olasılıkla katılım rolünde tereddütte kalmıştır (30). Cassileth araştırmasında da önemli yaş eğilimleri bulunmuş: genç hastaların (20-39 yaş) %87'si, 40- 59 yaş aralığının %62'si, 60 yaş üstünün %51'i tedavi kararlarına kendileri katılmak istemişlerdir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda tedaviye katılım daha yüksektir daha genç hastalar iyi bilgilendirilmiş katılımcı standart hasta davranışına uymaktadır; yaşlı hastalar daha büyük olasılıkla katılmak istemeyen eski hasta rolünü tercih etmişlerdir. (25). Singh'nin çalışmasında

da yaşı hastalarda tercih edilen pasif rol tercihi genç hastalara göre daha fazladır (85). Degner'ın yaptığı bir çalışmada bilgi talebi ile tedaviye katılım arzusu genç ve eğitimli hastalarda yaşı ve eğitimsiz olanlara oranla daha yüksektir. Hastaların %22'si tedaviye tamamen kendisi seçmek isterken, %44'ü tedavi kararında hekimle birlikte aynı derecede sorumluluk almayı arzu etmektedir. Yaş tercihleri etkilemektedir. Yaşla birlikte katılım ve bilgi talebi azalmakta, tedavi seçimi daha çok hekimlere bırakılmaktadır (32).

Bruera'nın çalışmasında yaş, eğitim, gelir, ırk, iş durumu, medeni durum, hastalığın evresi gibi değişkenler hastanın karar verme tercihlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. 57 hastanın %89'u tedaviye karar vermede aktif rol veya paylaşımcı rolü tercih etmişler, doktor ve hasta arasında tedavi kararı vermede %42 hastada uyum sağlanmış (22). Aynı şekilde Bruera'nın başka bir çalışmasında da hastaların yaş ya da cinsiyeti tıbbi karar vermede tercihlerini değiştirmemiştir (21). Degner'ın 1992'de yaptığı çalışmada da sosyodemografik değişkenler tercihlerde sadece %15 etkili bulunmuş. Hastaların %59'u tedavi kararını doktorların vermesini istemiştir, %51'i hastalıkları ilerlerse doktor ve ailesinin karar verme sürecini paylaşmasını istemiş (33). Benzer şekilde Çalışkan'ın çalışmasında da sosyodemografik özelliklerle hastaların tedavilerine karar verme tecihleri arasında ilişki bulunmamıştır (28).

Bizim çalışmamızda da sosyodemografik özelliklerle hastaların tedavilerine karar verme tercihleri arasında ilişki bulunmamıştır. Yaşları 22 ile 81 arasında değişen ve yaş ortalaması 53.90 olan hastaların Yaşı ile Tedavi Kararını Verme Arasındaki İlişkiye bakıldığında farklılık bulunmamıştır. Yaşı hastalar ile genç hastalar arasında tedavi kararını vermede benzer sonuçlar çıkmıştır. Hastaların %58'ine göre kararı doktor, aile ve kendisi birlikte vermeli. Hastaların %64'ünde

tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte vermiştir. Hastaların %80'ini tedavi kararlarını oldukça ve tamamen kendileri vermiş gibi hissediyor. "Tedavi kararı size soruldu mu" sorusunun yanıtı ile hastaların yaşı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanamamıştır. Söz konusu iki değişken arasında ilişki yoktur. Hastaların %90'ına tedavi kararları sorulmuştur.

4.2. Eğitim Düzeyi ile Tedavi Kararına Katılım Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Beaver'in çalışmasında karar verme tercihleri üzerine etkili ana değişkenler arasında eğitim seviyesi bulunmuştur (15). Samur'un 2000'de yaptığı çalışmada eğitim düzeyi, istatistiksel açıdan hastanın bilgilenme düzeyini anlamlı olarak arttırmaktadır (82). Degner'in çalışmasında daha aktif rol seçme tercihi artan eğitim düzeyi, genç yaş ve kadınlarla ilişkili bulunmuştur. Bilgi talebi ile tedaviye katılım arzusu genç ve eğitilmiş hastalarda yaşlı ve eğitimsiz olanlara oranla daha yüksektir (32). Eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda tedaviye katılım daha yüksektir (25).

Bruera'nın çalışmasında eğitim hastanın karar verme tercihlerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (22). Çalışmamızda da eğitim düzeyinin artması ile tedavi kararına katılım arasında bir ilişki bulunulamamıştır. Hastaların 18 tanesinin ilkokul, 13 tanesinin lise mezunu, 10 tanesinin ön lisans ve lisans, 5 tanesinin ortaokul mezunu oldukları ve hastaların %64'de tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte verdiği görülmüştür. 45 hasta tedavi kararına katılmıştır ve hastaların 45'i bilgi kaynağı olarak doktoru seçmiştir.

4.3. Ekonomik durum ile Tedavi Kararına Katılım Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların %40'ının gelir düzeyi ≤ 1000 da ve %58'ine göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte vermeli ve %64'ünde tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte vermiş. Tedavi kararına katılım oranı yüksek bulunmuştur. Ekonomik durumun iyi olması ile tedavi kararlarına katılım arasında anlamlı bir ilişki bulunulamamıştır.

Çalışmamızda hanenin aylık geliri ile hastalıkları ve tedavilerine ilişkin ulaşılan bilgi kaynakları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastaların gelir durumları ile bilgi edinme kaynakları arasında farklılaşma bulunmamıştır.

4.4. Hastaların Bilgi Kaynakları, Bilgi Gereksinimleri, Bilgi Düzeyleri ile Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) anksiyete ve depresyonu belirlemek için onkolojide en sıklıkla kullanılan ve kanserli hastalarında da psikiyatrik morbiditeyi belirlemede kullanılabileceği bildirilmiş bir araçtır (93).

Cassileth ve arkadaşları 1980'de bilgi sahibi olma ve tıbbi kararlarına katılma derecelerini araştırmışlar. Hastaların davranış ve inançlarıyla çağdaş standart bilgi ve aktif katılımın birleştiği bulunmuş. Bilgi arayışı genç, yeni tanı almış ve eğitim düzeyi yüksek hastalarda daha fazla. Tedavi kararına katılmak isteyen hastalarda diğerlerine göre çok daha umutlu, hastalıkları ile ilgili iletişime açık ve maksimum bilgilendirilme isteği bulunmuş (25).

Hastalara yeterli uygun bilgilerin sağlanması hasta memnuniyeti için önemli bir belirleyicidir ve hastalarda anksiyete, depresyon ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyebilir. Tanı aşamasında bilgilendirme hastalık döneminde klinik karar vermeyi kolaylaştırır ve karar seçimini daha iyi olur. İhtiyacı olan bilgilendirme yapılmış memnun hastalar ve sağlıklı yaşam kaliteleri daha iyi, anksiyete ve depresyon daha azdır (53).

Birçok çalışmada hastaların tıbbi tedavi kararına katılmaktan çok, bilgiye ulaşmayı daha çok arzu ettikleri bulunmuştur. Bilgi, açıklama ve destek azlığı anksiyete ve stresin en büyük nedeni olarak gösterildi (68). Yapılan bir çalışmada iyi bilgilendirilen hastaların %23'ünde kaygı ve depresyon gözlenirken, bilgilendirme yapılmayan ya da yetersiz bilgilendirme yapılan hastalarda bu oran %46'ya çıkmaktadır (77). Yeterli bilgilendirilmemiş hastalar tedavilere daha az uyar ve tıbbi tedaviye daha az uyum sağlarlar veya tıbbi tedaviye karar verme sürecine daha az katılırlar (54). Fleisher'ın çalışmasında iletişim yardımıyla hastaların %66'sının memnun kaldığı, %70'inin doktorla konuşmasından memnun olduğu görülmüş (43). Blanchard'ın 1988'de 439 yetişkin kanser hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların %92'si bilgi almak istemiş, %5'i sadece sevindirici haber almak istemiş, %3'ü bilgi almak istememiş (18). Degner'ın yaptığı bir çalışmada hastaların %80'inin hastalıkları ile ilgili ayrıntılı bilgi talep ettiği saptanmıştır. Aynı çalışmada tedaviye aktif katılım isteği %65 oranındadır (32).

Hastalara tedavi seçeneklerinin sunulmasının psiksosyal hastalıkların azalmasında olumlu etkisi olduğu görülmüş. Tedavi kararına hastaların katılımının sağlanması faydalıdır ve ortak paylaşım için teşvik edici olur. Bugüne kadar bazı çalışmalarda özellikle USA, hastalar bakım ve tedavi ile ilgili kararlara aktif katılmak istiyorlar, fakat İngiltere ve Kanada'daki daha yeni çalışmalar, karar verme

sürecinde aktif söz sahibi olmak bütün hastaların kolay kabullendiği bir rol olmadığını gösteriyor (14).

Yapılan çalışmalar, psikiyatrik bozuklukların toplumda düşünülen sıklıkla olabileceğini, bu oranın yaklaşık % 30'lara kadar yükselebileceğini göstermiştir (23). Kanseri hastalarının %47'sinde tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk olduğu görülmüştür. Kanseri hastalarda genel nüfusa göre intihar riski 2-4 kat daha fazladır. Ortaya çıkan bu tablo kanseri hastalarının yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu olumsuz etkiler (86). Yıldırım'ın 2009'da meme kanseri hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların anksiyete, depresyon riskinin tanı aşamasından itibaren yüksek olduğu ve riskin birinci yılda da devam ettiği görülmüş. Tanı aşamasında anksiyete oranı %33, depresyon oranı %40 bulunmuş (93). Fadiloğlu çalışmasında meme kanseri kadınların %71'inin psikolojik sorun yaşadığını bulmuştur (41).

Ateşçi ve arkadaşlarının çalışmalarında uyum bozukluklarının kanseri hastalarında % 55.8 oranla ilk sırada yer aldığını bildirmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütüne göre kanseri tedavisi bağlamında hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcılar arasındaki ilişki ve iletişim standartlarının son derece önemli olduğu yetersiz açıklamaların hastanın tanı, sonlanım ve potansiyel terapötik seçenekler konusunda kafasının karışmasına ve dolayısıyla da memnuniyetsizliğinin ve psikolojik sıkıntının artmasına neden olur (46).

Çalışmamızda tedavi seçenekleri konusunda bilgisi olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, bilgisi olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinden farklı bulunmamıştır. Hastaların 48'ine tedavi seçenekleri hakkında doktor tarafından bilgilendirilme yapılmıştır ve bu hastalar nasıl bir tedavi uygulanacağını biliyor. Hastaların anksiyete ve depresyon puanları düşüktür.

Hastalık ve tedavilerine ilişkin bilgi kaynaklarına tek tek bakıldığında, hastaların doktorlarının verdiği bilgiyi önemseydiği bulunmuştur.

4.5.Hastaların Sosyal Destek Algıları ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyine İlişkin Bulguların Tartışılması

Sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten birçok çalışma vardır. Hasta tarafından gereksinim duyulan desteğin tipi kişiye, zamana ve koşullara göre değişmektedir. Bekar bir hasta, duygusal destekten yararlanırken, evli ve bebeği olan bir başka hasta komşuları tarafından sağlanan araçsal destekten fayda görebilmektedir. Özellikle ailelerin hastaların psikolojik sorunlarının çözümünde yardımcı olduğu saptanmıştır. Bunu arkadaşlar ve profesyonel meslek elemanları izlemektedir. Dedeli'nin yaptığı çalışmada kanserli bireylerin fonksiyonel durumları bozulmasına rağmen, sosyal destekleri oldukça iyi durumda bulunmuştur. Sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kanserli bireylerin genel iyilik hali arasında olumlu bir ilişki olduğu görülmüştür. Kanserli bireylerin fonksiyonel yetersizlikleri ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi bu hastalara verilecek bakımın planlanması, ailenin bakıma dahil edilmesi ve katılımının sağlanması, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasını böylelikle de bakımın kalitesinin artmasını sağlayacaktır, aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kanserli bireylerin genel iyilik hali arasında olumlu bir ilişki olduğu görülmüştür (31). Fadıloğlu çalışmasında hastaların orta düzeyde sosyal destek gördüklerini saptamıştır (41).

Özyurt'un çalışmasında hastaların sosyal desteği en sık eşlerinden, sonra çocuklarından azalan düzeylerde kardeşlerinden ve ana-babalarından aldıkları görülmektedir (77). Aile desteği evlilerde, ortaöğretim grubunda, ilçede yaşayanlarda, sosyal güvencesi emekli sandığı olanlarda sosyoekonomik düzeyi orta ve iyi olanlarda yüksek bulunmuştur (83).

Ayaz ve arkadaşlarının 2008'de yaptığı jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hastalardan ortaokul/lise ve üzeri mezunu olanların, çalışanların, ekonomik durumunu iyi düzeyde algılayanların ve tanısını bilenlerin algılanan sosyal destek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu, ancak hastaların yaş ve medeni durumu gibi özelliklerinin sosyal desteği etkilemediği belirlenmiştir. Sonuç olarak jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğunu ve hastaların öğrenim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum ve tanısını bilme gibi özelliklerinin algılanan sosyal desteği etkilediğini göstermektedir (9).

Dansuk ve arkadaşlarının 2002'de Jinekolojik kanserli hastalarla yaptıkları bir çalışmada, depresyon düzeyi arttıkça umutsuzluk ve yalnızlık düzeyinin de arttığı, buna karşın aile desteği ve sosyal desteğin azaldığı saptanmıştır (29).

Çalışmamızda, güçlü sosyal destek algısı olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri güçlü sosyal destek algısı olmayanlara göre daha düşük bulunmamıştır. Hastaların anksiyete ve depresyon puanları ile sosyal destek toplam puanları arasında korelasyon saptanamamıştır. Toplam sosyal destek puanları ve eğitim durumu açısından verilere bakıldığında; lise düzeyinde sosyal destek daha yüksek algılanırken, ilk öğretim ve yüksek eğitimde eşit düzeyde bulunmuştur. Aile desteği, arkadaş desteği, özel arkadaş desteği lise mezunu olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Hastalardan kasabada yaşayanların sosyal destek puanları daha

yüksektir. Köyde yaşayanlarda arkadaş desteği daha yüksek, il, ilçe ve kasabada yaşayanlarda aile desteği, daha yüksek bulunmuştur. Eski ruhsal rahatsızlık ile sosyal destek puanı arasında farklılık bulunmamıştır.

Kronik hastalıklarla ilgili yapılan çalışmalar sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda depresif bozuklukların daha kolay geliştiğini göstermiştir. Literatürde, sosyal desteği az olan hastaların genellikle daha fazla işlevsel yetersizlik yaşadığı bildirilmektedir. Psikososyal stresin, sosyal desteği çok az olan veya hiç olmayanların sağlık durumları üzerinde olumsuz etkisi olurken, daha güçlü destek sistemleri olanlarda daha az veya hiç olmadığı görülmüştür (31).

Hubbard ve arkadaşlarının 2009'da 'Kanser bakımında tedaviye karar vermede bakım verenin rolü' ile ilgili yaptığı çalışmada bakım verenler kanser tedavisine karar vermeye katılmışlardır ve klinisyenle görüşmeden önce ve sonra uygulama boyunca hastaların katılımı için katkıda bulunmuşlardır (52).

4.6.Hastaların Tedavi Kararlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastanın pasif bir alıcı olmaktan çok, kendi hastalığının tanı ve tedavisinde aktif bir katılımcı olması gerektiği görüşü modern tıpta son yıllarda geniş kabul görmektedir. Güncel tıbbi etik yaklaşım hastanın tam olarak bilgilenme ve tedavisi konusunda karar verme hakkı olduğunu vurgulamaktadır (82).

Hack'in (2006) tıbbi karara katılımının hastaya yararını sorguladığı çalışmasında, cerrahi tedavi planı yapılırken kararda aktif rol alan meme kanseri kadınların, kararlarını pasif kalıp hekimlerine bırakanlara göre üç yıl sonra daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını bulmuştur. Kararda aktif rolü seçen kadınlarda pasif rolü tercih edenlere göre fiziksel ve sosyal aktivite daha yüksek, iştah kaybı

daha az bulunmuş. Üç yılın sonunda kadınların yarısından fazlası (%52) daha önce verdikleri karardan farklı roller tercih etmişler. Bu %52 kadının büyük çoğunluğunun (%77,3) aktif katılımı tercih ettiği, %22,7'sinin pasif katılımı tercih ettiği belirtilmiştir (50).

Blanchard'ın 1988'de 439 yetişkin kanser hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların %69'u karara katılmak istemiş, %31'i karara katılmak istememiştir (18). Beaver çalışmasında kolorektal kanserli hastaların %78'i, meme kanserli hastaların %52'si tedavi kararı vermede aktif rolü tercih etmişler. (14). Bruera'nın çalışmasında tıbbi karar verme tercihlerine bakıldığında 78 hastanın 30'unda (%38) hekim ile hasta arasında tam bir uyum görülmüş. 16 (%20) hasta aktif, 49 (%63) hasta paylaşımcı, 13'ü (%17) pasif rolü tercih etmişler (21).

Degner'in (1992) ciddi hastalıklarda karar vermede hastanın almak istediği rolü araştırmış. 436 yeni kanser tanısı almış 482'de genel popülasyondan bireyler katılmış. Hastaların büyük çoğunluğu (%59) kendileri adına karar vermeyi doktorun yapmasını istedi fakat genel popülasyonda %64 kanser tanısı almış olsalardı tedavi kararını kendileri vermek istedi. Hastaların çoğu (%51) ve genel katılımın %46'sı hastalıkları kötüleşirse karar verme sorumluluğunu doktor ve ailesinin paylaşmasını istemiş (33).

Bruera ve arkadaşlarının 2002'de yaptığı çalışmada yaklaşık olarak 57 hastanın %89'u karar vermede aktif veya paylaşımcı rolü tercih etmişler. Hastalar ve hekimler arasında sadece 24 olguda (%42) karar verme tercihleri konusunda uzlaşma sağlanmış (22).

Singh'in kanserli hastalar arasında tedaviye karar vermede tercih ettikleri rolleri araştırdığı çalışmasında; hastaların %26'sı aktif rolü, %49'u paylaşımcı rolü, %15'i pasif rolü tercih etmişler. Aslında hastaların yaşadıklarını bildirdikleri roller

%30 aktif, %34 paylaşımcı, %36 pasif rol. Hastaların yaklaşık %61'i tercih ettikleri role sahip, sadece %6'sında tercih ettikleri rol ile aldıkları roller arasında uyumsuzluk yaşamış. Genç hastalarda yaşlı hastalara göre karar vermede aktif rolü tercih etmişler. Çeşitli çalışmalarda göstermiştir ki tıbbi karara katılanlarda katılmayanlara göre hasta memnuniyeti daha fazla. Sonuç olarak kanserli hastaların yaklaşık yarısı tedaviye karar vermede hekimleri ile işbirliği yapmayı tercih etmişler ve geriye kalanlar aktif ve pasif roller arasında eşit olarak bölünmüş. Hastaların çoğu tedaviye karar vermede rol almışlar (85).

Karar vermede hasta tercihlerini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Degner'ın çalışmasında hastaların % 22'si tedavi kararını kendileri vermek istemiş, % 44'ü doktorları ile iş birliği yapmak istemiş, % 34'ü karar verme sorumluluğunu doktora bırakmış (32). Beaver'in yeni tanı almış meme kanseri ile benign meme hastalığı olan iki ayrı grupta yaptığı çalışmada; benign kontrol grubunun çoğunluğu (%45,5) karar verme sorumluluğunda hasta ve doktor ortak karar vermeyi tercih ederken, yeni tanı almış kanser hastalarının büyük çoğunluğu %52'si tedaviye karar vermede pasif rolü tercih edip sorumluluğu doktorlarına bırakmışlardır (15).

Çalışmamızda yaşlı hastalar ile genç hastalar arasında tedavi kararını vermede benzer sonuçlar çıkmıştır. Hastaların %58'ine göre kararı doktor, aile ve kendisi vermeli. Hastaların %64'ünde de tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte vermiştir. Hastaların %80'ini tedavi kararlarını oldukça ve tamamen kendileri vermiş gibi hissediyor. "Tedavi kararı size soruldu mu" sorusunun yanıtı ile hastaların yaşı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanamamıştır. Söz konusu iki değişken arasında ilişki yoktur. 45 hastaya tedavi kararları sorulmuştur. Eğitim düzeyinin artması ile tedavi kararına katılım arasında bir ilişki bulunulamamıştır.

BÖLÜM V

SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Yaşları 22 ile 81 arasında değişen 50 hastanın yaş ortalaması 53.90 ve standart sapması 14.95'dir. Hastaların 27'si (%54) erkek, 23'ü (% 46) kadındır ve %88'si çekirdek aile yapısındadır. Hastaların %86'sı evli ve %36'sı ilkokul mezunu, %42'si emekli, %40'nın aylık geliri ≤ 1000 TL, %42'si ilde ve %48'i ilçede yaşamaktadır, Yine çoğunluğun doğum yeri %28'inin il, %50'sinin ilçedir. Hastaların 44'ü (%88) çekirdek aile yapısına sahiptir. Bedensel rahatsızlığı (hipertansiyon, ülser, diyabet) olanlar 8 kişi (%16), ruhsal rahatsızlığı (depresyon) olanlar 2 kişi (%4) oranında bulunmuştur. Tanı konduktan sonra tedaviye kadar 1 ay ve daha az süre geçirmiş olanlar 27 kişi (%54), 1 aydan daha uzun süre geçirmiş olanlar 23 kişi (%46) olarak bulunmuştur.

Hastaların eğitim düzeyleri ile hastalıkları ve tedavilerine ilişkin bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında hastaların %30'sının ilkokul, %26'sının lise mezunu oldukları ve hastaların %90'nın bilgi kaynağı olarak doktoru seçtiği görülmüştür. Hanenin aylık geliri ile hastalıkları ve tedavilerine ilişkin ulaşılan bilgi kaynakları arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastaların gelir durumları ile bilgi edinme kaynakları arasında farklılaşma bulunmamıştır. Kendisine nasıl bir tedavi uygulanacağını bilip bilmediği ve sorularına yanıt alma düzeyi ile hastanın yaşadığı yer arasındaki ilişkiye bakıldığında, hastaların %42'sinin ilde ve %48'inin ilçede yaşadığı ve kendilerine uygulanan tedaviyi bildikleri, sordukları sorulara yanıt alabildikleri belirlenmiştir. Hastaların Hastalık ve Tedavileriyle ilgili bilgileri hakkındaki sorulara verdikleri

yanıtlar bakıldığında, hastaların %98'sine göre doktorları tarafından hastalıkları ve %96'sına göre tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi verilmiştir, %96'sına göre verilen bilgi yeterlidir, %96'sı kendilerine uygulanan tedaviyi biliyorlar, %94'üne göre doktorlarına rahat soru sorabiliyorlar, sorularına yanıt alabiliyorlar ve %90'nına tedavi kararları sorulmuş. Tedavi seçeneği ile ilgili bilgi verilen hastaların uygulanacak tedaviye ilişkin bilgisi olduğu ve tedavi kararlarının sorulduğu görülmüştür.

Bilgilendirilme ile hastaların anksiyete ve depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Hastalarda anksiyete ve depresyon puanı kesme değerinin altındadır Eski ruhsal hastalıkla anksiyete ve depresyon arasında ilişki bulunamamıştır.

"Tedavi kararı size soruldu mu" sorusunun yanıtı ile hastaların yaşı arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanamamıştır. Söz konusu iki değişken arasında ilişki yoktur. Tedavi kararları hakkında sağlanan bilginin yeterli olup olmadığı ve tedavi kararı seçiminde kararının sorulup sorulmadığı incelendiğinde, 44 hastaya tedavi kararı sorulmuştur. Hastaların %80'si kararı oldukça veya tamamen kendileri vermiş gibi hissediyorlar. Hastaların 29'una göre (%58) tedavi kararını doktor, kendisi ve ailesi birlikte vermeli, yine 32'sinde kararı doktor, kendisi ve ailesi birlikte vermiş. Hastanın Yaşı ile Tedavi Kararını Verme Arasındaki İlişkiye bakıldığında farklılık bulunmamıştır. Yaşlı hastalar ile genç hastalar arasında tedavi kararını vermede benzer sonuçlar çıkmıştır. Eğitim düzeyinin artması ile tedavi kararına katılım arasında bir ilişki bulunulamamıştır. Hastaların %64'de tedavi kararını doktor, aile ve kendisi birlikte vermiştir. İlkokul mezunu olanların %66.7'sine göre tedavi kararını doktor, aile ve kendisi vermeli , %61.1'inde kararı doktor, aile ve kendisi

vermiş. Lise mezunu olan hastalarında %69.2'sinde kararı doktor, aile ve kendisi vermeli, %69.2'sinde kararı doktor, aile ve kendisi vermiş.

Toplam sosyal destek puanları ve eğitim durumu açısından verilere bakıldığında; lise düzeyinde sosyal destek daha yüksek algılanırken, ilk öğretim ve yüksek eğitimde eşit düzeyde bulunmuştur. Aile desteği, arkadaş desteği, özel arkadaş desteği lise mezunu olan hastalarda daha yüksek bulunmuştur. Hastalardan kasabada yaşayanların sosyal destek puanları daha yüksektir. Köyde yaşayanlarda arkadaş desteği daha yüksek, il, ilçe ve kasabada yaşayanlarda aile desteği, daha yüksek bulunmuştur. Eski ruhsal rahatsızlık ile sosyal destek puanı arasında farklılık bulunmamıştır. Güçlü sosyal destek algısı olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri güçlü sosyal destek algısı olmayanlara göre daha düşük bulunmamıştır. Hastaların anksiyete ve depresyon puanları ile sosyal destek toplam puanları arasında korelasyon saptanamamıştır.

5.2. Öneriler

Tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve tedavi programının sunulması kabullenışı kolaylaştırabilir. Bilgilendirilme ve sonra seçime katılımın sorulması psikolojik uyum açısından önemlidir. Olumlu faydalarından dolayı karar vermeye hastaların katılımı ve teşvik edilmesi en iyi uygulama olarak savunulur. Daha fazla aktif katılıma olanak veren yenilikçi yolların tasarlanması için daha çok çalışmalara ihtiyaç duyulacaktır. Vaka sayısı daha fazla olan çalışmalarla daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

ÖZET

Kanser Hastalarında Tedaviye Yönelik Karar Verme Sürecinde Desteğin Önemi

Yeni tanı almış bireylerde tedavi kararını vermek en önemli olaylardan biridir. Hastalıkları ve tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmeleri, karara katılımları hastalığa ve tedaviye uyumları, durumu anlayıp kontrol altında tutabilmeleri ve kendilerini güvende hissetmeleri açısından önemlidir.

Araştırmanın amacı; kanser hastalarının tedavi kararlarına katılım düzeylerini saptamak, sosyodemografik faktörlerin katılıma etkisine bakmak, hastaların tedavileri ile bilgi gereksinimlerini, ruhsal durumları, sosyal destek algıları ve karar verme süreçleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek. Araştırmanın örneklemi 50 yeni tanı almış kanser hastasından oluşmuştur. Önce yapılandırılmış görüşme yapılmış, daha sonra sırayla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulanmıştır.

Bu çalışmada sosyodemografik özelliklerle hastaların tedavilerine karar verme tercihleri arasında ilişki bulunmamıştır. Yaşlı hastalar ile genç hastalar arasında tedavi kararını vermede benzer sonuçlar çıkmıştır. Hastaların %90'sı tedavi kararına katılmıştır, %64'ünde kararı doktor, aile ve kendisi birlikte vermiştir. Eğitim düzeyinin artması ile tedavi kararına katılım arasında, ekonomik durumun iyi olması ile tedavi kararlarına katılım arasında anlamlı bir ilişki bulunulamamıştır.

Hastaların bilgi kaynağı olarak doktoru seçtiği görülmüştür. Doktor tarafından tedavi seçeneği ile ilgili bilgi verilen hastaların uygulanacak tedaviye ilişkin bilgisi olduğu ve tedavi kararlarının sorulduğu görülmüştür. Hastaların genel kanaati verilen

bilginin yeterli olduğu, kendilerine uygulanan tedaviyi bildikleri, doktorlarına rahat soru sorabildikleri yönündedir.

Çalışmamızda tedavi seçenekleri konusunda bilgisi olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, bilgisi olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinden farklı bulunmamıştır. Hastaların anksiyete ve depresyon puanları düşüktür. Sosyal destek puanları lise mezunlarında daha yüksektir. Hastaların anksiyete ve depresyon puanları ile sosyal destek toplam puanları arasında korelasyon saptanamamıştır.

ABSTRACT

The Importance of Medical Support During the Decision Making Process in the Treatment of Cancer Patients

It is very crucial to make the final decision of treatment in new cancer cases diagnosed patients. Cancer and related illnesses may cause impaired quality of life in the patients in a great deal. It is influential to interpret the treatment analyses with numeric data during the treatment process. On the other hand, it is very substantial to inform them in terms of the fact that it effects their emotions and attitudes positively; makes them recognize their medical condition and bring it under control; help them face their fears; helps them handle their medical condition and feel themselves secure.

The aim of this research is to determine the level of the attendance of the cancer patients in the decision making process; to examine the sociodemographic attributes related to the attendance of the patients; to assess information needs of the cancer patients in and during the treatment. The sample of the research consists of 50 new cancer case diagnosed patients. Firstly, structured interview has been applied and then Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Hospital Anxiety and Depression Scale and Contradictory Decision Scale have been implemented, respectively.

It is identified that socioeconomic positions of new cancer case diagnosed patients do not effect the decision making process. There has been no difference detected while evaluating relation between the age and the decision making of the patients. 90 percent of the patients attended the decision making process and 64

percent made their decision together with their Doctors families and themselves. There have been similar results in the attendance of decision making process of both the old and the young patients.

The patients accepted their Doctors as the main source of knowledge. They declare that they have been informed about the alternatives of treatment and can easily ask questions about their treatment procedure.

There has not been any meaningful connection between the level of education and the attendance to the treatment process..Also no connection between the economic welfare and the attendance to the decision making process has been found. There does not exist a considerable difference between anxiety and depression levels of the patients having information about the treatment options and the others. There does not any correlation between anxiety and depression levels and social support issue.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A., Kara, H. (2005). Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği: Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6(4):221-226
2. Akçay, C. (2004). Kanserli Hastalarda Destek Tedaviler, XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı, http://www.tpog.org.tr/pdf/hem_9.pdf, (Erişim Tarihi: 01.10.2011).
3. Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., Özet, A. (2007). Kanserli Hastalarda Umut, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2).
4. Atasoy, G. (2008). Psikolojik Ve Sosyal Açıdan Kanser Hastalığı, <Http://Www.Guvenatasoy>, (Erişim Tarihi: 11.10.2011)
5. Ateşci, F.Ç., Oğuzhanoğlu, N.K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., Karagöz, N. (2003). Kanser Hastalarda Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler, Türk Psikiyatri Dergisi; 14(2):145-152.
6. Atıcı, E. (2008). Kanserde Hasta-Hekim İlişkisi, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 28, Sayı:74-82

7. Ankem, K. (2005). Types of Information Needs Among Cancer Patients: A Systematic Review, Library and Information Science Research Electronic Journal, Vol 15, Issue 2
8. Arkan, K. (2003). Kanserde Psikolojik Destek, Güncel Klinik Onkoloji Sempozyum Dizisi No:37; S:119-132
9. Ayaz, S., Efe, Ş.Y., Korukluoğlu, S. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Türkiye Klinikleri J Med Sci 28(6): 880-5
10. Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., Kültür, S. (1997). Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 8(4): 280-287
11. Aydın, E., Ersoy, N. (1995). Klinikte Etik Karar Verme Süreci, T Klin Tıbbi Etik,1:12-16
12. Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,10:1
13. Baltaş, A., Baltaş, Z. (1990). Stres Ve Başa Çıkma Yolları, 175-184

14. Beaver, K., Bogg, J., Luker, K.A. (1999). Decision-Making Role Preferences and Information Needs: a Comparison of Colorectal and Breast Cancer, Health Expectations, 2:266-276
15. Beaver, K., Luker, K.A., Owens, R.G., Leinster, S.J., Degner, L.F., Sloan, J.A. (1996). Treatment Decision Making in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer, Cancer Nursingn Issue: Volume 19(1): 8-19
16. Belkora J.K., Lotha, M.K., Volza, S. And Rugoa, H.S. (2009). Implementing decision and communication aids to facilitate patient-centered care in breast cancer: A case study Patient Education And Counseling Volume: 77 Issue: 3 Special Issue: Sp. Iss. SI Pages: 360-368
17. Bilgin, G., Öztürk, G., Şirin, S. (2008). Kanser Tanısı Konan Hastalarda Kötü Haber Verme: Hekime Düşen Görev, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi; 71:22-26
18. Blanchard, C.G., Labrecque, M.S., Ruckdeschel, J.C., Blanchard, E.B. (1988). Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. Social Science & Medicine, Volume 27, Issue 11, Pages 1139-1145
19. Boyle, P., Levin, B. (2008). Dünya Kanser Raporu, Uluslar arası Kanser Araştırmaları Kurumu.

20. Boztaş, M.H., Arısoy, Ö. (2010). Tıbbi Hastalıklarda Depresyon: Tanısal Sorunlar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2(3):318-332
21. Bruera, E., Sweeney, C., Calder, K., Palmer, L. (2001). Patient Preferences Versus Physician Perceptions of Treatment Decisions in Cancer Care, Journal of Clinical Oncology, Vol 19. Issue 11:2883-2885.
22. Bruera, E., Willey, J.S., Palmer, J.L., Rosales, M. (2002). Treatment Decisions for Breast Carcinoma Patient Preferences and Physician Perceptions, American Cancer Society; 94: 2076-80.
23. Cansever, A. (2008). Kanser Ve Psikiyatrik Bozukluklar, (erişim tarihi: 21.09.2011)
24. Carrigan, N., Gardner, P.H., Conner, M. and Maule, J. (2004). The Impact Of Structuring Information In A Patient Decision Aid Psychology And Health, Vol. 19, No. 4, Pp. 457–477
25. Cassileth, B.R., Zupkis, R.V., Sutton-Smith, K., March, V. (1980). Information and Participation Preferences Among Cancer Patients, Ann Intern Med. Jun;92(6):832-836

26. Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (2005). Treatment decision aids: conceptual issues and future directions, Health Expectations Volume: 8 Issue: 2 Pages: 114-125, Times Cited: 34
27. Clark, M.M., Bostwick, J.M., Rummans, T.A. (2003). Group and Individual Treatment Strategies for Distress in Cancer Patients, Mayo Clin Proc. 78:1538-1543
28. Çalışkan, Z., (2007). Erken Evre Meme Kanseri Kadınlarında Ameliyat Tercihleri ve Tercihleri Etkileyen Etmenler, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Danışmanlığı Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir
29. Dansuk R, Ağargün M, Kars B, Ağargün HP, Turan C, Ünal O. (2002). Jinekolojik kanserli hastaların psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst , 12:142-147
30. Deber, R.B., (1994). Physicians in Health Care Management: 8. The Patient-Physician Partnership: Decision Making, Problem Solving and The Desire to Participate, Health Care Management, Can Med Assoc J; 151 (423-427).
31. Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., Uslu, R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi, Türk Onkoloji Dergisi, Cilt 23, Sayı 3, Sayfa: 132-139

32. Degner, L.F., Kristjanson, L.J., Bowman, D. (1997). Information Needs and Decisional Preferences in Women with Breast Cancer, *Jama*;277(18):1485-1492.
33. Degner.L.F., Sloan, J.A. (1992). Decision Making During Serious İllness: What Role do Patients Really Want to Play? *Journal of Clinical Epidemiology* Volume 45, Issue 9, Pages 941-950.
34. Doka, K.J., Davidson, J. (1997). Living With Grief When Illness Is Prolonged, *Hospice Foundation Of American*, Distributed by Taylor and Francis, Sayfa 51-65
35. Elbi, H. (1997). Kanser ve Psikiyatrik Sorunlar, *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi-II*, Cilt 2, Sayı 2, Sayfa 173-187
36. Elbi, H., Önen, Ö. (2001). Kanserli Hastalarda Depresyon, *Duygudurum Dizisi*; 4:184-191
37. Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. (1999). Shared Decision Making in Primary Care: The Neglected Second Half of the Consultation, *British Journal of General Practice* 49, 477-482

38. Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1): 17-25
39. Eti, Z. (2005). Kanserde Ağrı Tedavisi, Üroonkoloji Bülteni, Sayı 2, http://www.uroonkoloji.org/ebulten/pdf/pdf_URO_37.pdf, (Erişim Tarihi: 9.08.2011)
40. Erol, Ç. (2009). Hasta, Hasta Yakını ve Hekim İlişkileri. Türk Kardiyol Dern Arş; 37:3
41. Fadiloğlu, Ç., Cantilav, Ş., Yıldırım, Y.K., Tokem, Y. (2006). Meme Kanseri Kadınlarında Umutsuzluk Düzeyi ve Baş etme Davranışları Arasındaki İlişki, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 22 (2):147-160
42. Fırat, D., Sarıalioğlu, F., Kars, A. (1992). Klinik Onkoloji, Uluslararası Kanseri Savaş Birliği, T. C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı ile Türk Kanseri Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını, Ankara
43. Fleisher, L., Buzaglo, J., Collins, M. (2008). Using Health Communication Best Practices To Develop A Web-Based Provider–Patient Communication Aid: The CONNECT™ Study, Conference Information: Research Symposium On Health Literacy Across The Continuum Of Cancer Care,

44. Flynn, K.E., Smith, M.A. (2007). Personality and Healty Care Decision-Making Style, NIH Public Access, J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. ; 62(5): P261–P267.
45. Guadagnoli, E., Ward, P. (1998). Patient participation in decision-making, Soc. Sci. Med. Vol. 47, No. 3, pp. 329±339, (Erişim Tarihi: 16.02.2011)
46. Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry ; 3(2):343-367
47. Gümüş, A.B. (2006). Meme Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Destekleyici Girişimler, Meme Sağlığı Dergisi, Volume 2, Number 3, Page 108-114
48. Güzeldemir, M.E. (2005). Hasta Bilgilendirmenin Önemi, GATA Tıp Fakóltesi, Ankara / Türkiye, Sendrom Tıp Dergisi
49. Groves, M.S., Muskin, P.R. (2005). Psychological Responces to illness. In: Levenson J.L. (ed). Textbook of Psychosomatic Medicine. American Psychiatirc Publishings. PP 45-67

50. Hack, T., Degner, L.F., Watson, P., Sinha, L. (2006). Do Patients Benefit From Participating in Medical Decision Making? Longitudinal Follow-up of Women with Breast Cancer, *Psycho-Oncology*, 15(1): 9-19
51. Haydaroğlu, A. (1997). Baş – Boyun Kanseri Tanı ve Tedavi, Ege Üniversitesi Kanseri Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları – 3
52. Hubbard, G., Illingworth, N., Rowa-Dewar, N., Forbat, L., Kearney, N. (2009). Treatment Decision-Making in Cancer Care: The Role of The Carer, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2023-2031.
53. Husson, O., Mols, F., L. V. (2010). van de Poll-Franse, The relation between information provision and healthrelated quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review, *Annals of Oncology* Advance Access, <http://annonc.oxfordjournals.org> (Erişim Tarihi: 12.09.2011)
54. Iconomou, G., Viha, A., Koutras, A., Koukourikou, I., Mega, V., Makatsoris, T., Onyenadum, A., Assimakopoulos, K., Vagenakis, A.G., Kalofonos, H.P. (2005). Impact of Providing Booklets about Chemotherapy to Newly Presenting Patients with Cancer: a Randomized Controlled Trial, *Ann Oncol*, 17(3): 515-20
55. Jimmie, C., Holland, M.D. (2000). The Human Side of Cancer: Living With Hope, Coping With Uncertainty by Jimmie, C. Holland, Sheldon Lewis. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.

56. Karakoç, T. (2008). Kanser Hastalarında Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, Sayı:8
57. Kelleci, M. (2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6:41-47
58. Kerboua, Z.Y., Benzaoui, A., Belmokhtar, O., Kerbach, L. (2006). Medical Decisions Support System (DSS) for Oncology, International Conference on Service Systems and Service Management, Vols 1 and 2, Proceedings **Pages:** 393-397
59. Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, C.Ü. Hemşirelik üksekokulu Dergisi, 3 (2)
60. Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11:1
61. Koptagel, G.İ. (1996). Uyum Duyusu Sağlıkta ve Hastalıkta Rolü, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1996-1997 sayfa: 128-137
62. Kum, N. (1996) Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, Koç Vakfı Yayınları (181-188)

63. Legare F, Ratte S, Stacey D, (2010). Interventions For Improving The Adoption Of Shared Decision Making By Healthcare Professionals, Cochrane Database Of Systematic Reviews Issue: **5** Article Number: CD006732.
64. Lipkus, I.M., Peters, E., Kimmick, G., Liotcheva, V., Marcom, P. (2010), Breast Cancer Patients' Treatment Expectations after Exposure to the Decision Aid Program Adjuvant Online: The Influence of Numeracy, *Med Decis Making* July/August 2010 30: 464-473.
65. Lipowski, Z.J. (1983). Psychosocial Reactions to Physical Illness, Canadian Medical Association Journal, 128:1069-1072.
66. Massie, M.J. (2004). Prevalence of Depression in Patients with Cancer, Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 32.
67. Meropol, N.J., Egleston, B.L., Buzaglo, J.S., Benson, A.B. (2008). Cancer patient preferences for quality and length of life, Article first published online, Copyright © 2008 American Cancer Society
68. Mills, M.E., Sullivan, K. (1999). The Importance of Information Giving for Patients Newly Diagnosed with Cancer: A Review of the Literature, Journal of Clinical Nursing 1999; 8:631-642

69. Moumjid, N., Nguyen, F., Bremond, A., Mignotte, H., Faure, C., Meunier, A. and Carrère, M.O. (2008). Patient's preferences and decision-making: State of the art and applications in cancer; 56 Suppl 3:S231-8. Epub 2008 Jun 6. PubMed
70. Okyayuz, Ü.H. (1999). Sağlık Psikolojisi, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 19 1. Basım, Ankara.
71. Okyayuz, Ü.H. (1996). Kanserli Hastanın Psikoterapisi: Hasta İle Etkin İşbirliğine Dayalı Bir Model, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Sayfa:73-77
72. Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik, 12(1):61-68
73. Özer, Ş. (2009). Kanser ve Ruhsal Bozukluklar, Türkiye Psikiyatri Derneği 4 Şubat Dünya Kanser Günü Basın Bülteni <http://www.psikiyatri.org.tr> (erişim tarihi: 09.03.2011)
74. ÖZKAN, S. Kanserin Psikiyatrik Yönleri (Psikoonkoloji), İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi. Hasta Okulu, www.hastaokulu.org, (Erişim Tarihi: 12.08.2011)
75. Özmen, E., Aydemir, Ö., Bayraktar, E. (1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Hekimler Yayın Birliği: 16-23

76. Özyılkan, Ö. (2004). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Önemi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara, Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10
77. Özyurt, B.E. (2007). Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma, Kriz Dergisi; 15(1):1-15
78. Özkan, M. (2011). Kronik Hastalıkların Aileler Üzerindeki Psikiyatrik Ve Psikososyal Etkileri, İ.Ü.Tıp Fakültesi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, <http://www.psikiyatriktip.com/index.asp?id=35>, Page1 of 15 (Erişim Tarihi: 18.10.2011)
79. ÖZTÜRK, M. O. (1981).Hasta-Hekim İlişkisinin İlkeleri, Psikiyatrik Görüşme, Gözlem ve Öykü-Alma Kılavuzu,
80. Platin, N. (1996). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, Amerikan Kanseri Birliği.
81. Sağır, C. (2006). Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler ve Karar Verme Sürecinde Etiğin Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

82. Samur,M., Şenler, F.Ç., Akbulut,H., Pamir, A., Arıcan, A. (2000). Kanse Tanısı Almış Hastaların Bilgilendirilme Durumu: Hekim ve Hekim Adaylarının Yaklaşımları Hakkında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi'nde Yapılan Sınırlı Bir Araştırma Sonuçları, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 53, Sayı 3 Sayfa 161-166
83. Savcı, A.B. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
84. Simms, C. (1995). How to Unmask the Angry Patients. Am J Nursing; 95:37-40
85. Singh, J.A., Sloan, J.A., Atherton, P.J., Smith, T., Hack, T.F., Huschka, M.M., Rummans, T.A., Clark, M.M., Diekmann,B., Degner, L.F. (2010). Preferred Roles in Treatment Decision Making Among Patients With Cancer: A Pooled Analysis of Studies Using the Control Preferences Scale, Am J Manag Care 16(9):688-696.
86. Sözüer, E. Kanserli Hasta Psikolojisi, <http://www.sozuer.com/hastalikoku>. (Erişim tarihi: 12.10.2011).
87. Stiggelbout, A.M., Adjuvant! and Other Prediction Models in the Clinical Encounter with Cancer Patients, *Med Decis Making* 2010 30: 422

88. Sütlaş, M. (2009). Hasta, Hasta Yakını ve Hekim İlişkileri, Türk Kardiyol
Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol; 37 Suppl 3
89. Terakye, G. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim, Dokuz Eylül
Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(2), 78-82
90. Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., Aker, T. (2008).
Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler, Anadolu
Psikiyatri Dergisi; 9(2):59-66
91. Tuncer, M. (2009). Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015, T.C. Sağlık
Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No: 760
92. Yeşilbaş, D. (2008). Majör Depresyon Tanısı Konulan Kişilerin
Depresyonlarını İfade Biçimleri (Uzmanlık Tezi)
93. Yıldırım, N.K., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S.A., Özmen, V.
(2009). Meme Kanserli Hastaların Tedavi Öncesi ve Sonrası Anksiyete,
Depresyon ve Yaşam Kalitesi: Bir Yıllık Prospektif Değerlendirme
Sonuçları, Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi 46: 175-81.
94. Yılmaz, A.T., Özkan, M., Özkan, S. (1996). Fiziksel Hastalıklarda Kriz ve
Krizle Müdahale, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi, sayfa (138-143).

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Bu araştırma Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sağlık Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülen “Kanser Tanısı Almış Bireylerde Tanı Ve Tedaviler Aşamasında Hastaya Karar Verme Sürecinde Desteğin Önemi” İsimli bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı kanser tanısı almış bireylerde tanı ve tedaviler aşamasında hastaya karar verme sürecinde desteğin önemi.

Bu amaçla hastalarla görüşmeci yüz yüze görüşerek sosyodemografik veri formunu dolduracaktır. Ardından hastalardan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Kararda Çelişki Ölçeği, HAD Ölçeği doldurmaları istenecektir. Görüşme ve bu formların doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Çalışmaya katılanların ismi kesinlikle gizli tutulacak, ancak bilgiler ve bulgular kullanılabilecektir.

Gönüllü katılmayı reddetme veya her hangi bir zamanda ayrılma/vazgeçme hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer alacak gönüllü sayısı 50 olarak belirlenmiştir. Uygulanacak anketler gönüllünün kendisine ve/veya bağlı olduğu sağlık giderlerini karşılamakla yükümlü olan kuruluşa her hangi bir mali yük getirmeyecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmaya katılmam durumunda isimimin kesinlikle gizli tutulacağı konusunda Hemşire Dilek Bulut tarafından bilgilendirildim. Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu bilgilendirilme formunun bir örneği bana verilmiştir.

Bu çalışmanın sonuçlarının bilimsel olarak yayınlanmasında benim haklarım açısından herhangi bir sakıncası yoktur. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No) / Tarih:

Velayet Veya VESAYET Altında Bulunanlar İçin Veli Veya Vasinin Adı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No)

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı, İmzası / Tarih:

Hemşire Dilek Bulut, İmza.....Tarih:.....

Rıza Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin Adı, İmzası, Görevi/Tarih

EK 2

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih...../...../.....

Ad soyad:

Adres ve tel:.....

- 1) Yaş: (Doğum tarihi:/...../.....)
- 2) Medeni durum:
☐ bekar ☐ evli ☐ boşanmış/ayrı ☐ dul
- 3) Eğitim düzeyi: ☐ okur-yazar değil ☐ okur-yazar ☐ ilkokul
☐ ortaokul ☐ lise ☐ önlisans ☐ lisans ve üzeri
- 4) Meslek:
☐ ev kadını ☐ işçi ☐ memur ☐ çiftçi ☐ emekli
☐ serbest meslek ☐ işsiz ☐ öğrenci
- 5) Çalışma durumu:
☐ halen çalışıyor ☐ halen çalışmıyor ☐ emekli
- 6) Çocuk sayısı
- 7) Sahip olunan sosyal güvence: ☐ Emekli Sandığı ☐ SSK ☐ Bağ-Kur
☐ Özel sandık/özel sigorta ☐ Yeşil Kart
- 8) Hanenin aylık geliri:
☐ ≤500YTL ☐ 501-1000YTL ☐ 1000-2000YTL ☐ 2000+YTL
- 9) Doğum yeri:.....
☐ köy ☐ kasaba ☐ kent ☐ gecekondü
- 10) Yaşanan yer:
☐ köy ☐ kasaba ☐ kent ☐ gecekondü
- 11) Aile tipi: kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
☐ geniş ☐ çekirdek ☐ parçalanmış
- 12) Herhangi bir rahatsızlığınız var mı?
Bedensel
Ruhsal
- 13) Ailede ve akrabalarda ruhsal rahatsızlık var mı?
- 14) Hastalığın tanısı konduktan sonra geçen süre?

- 15) Hastalığınız hakkında doktorunuz tarafından size bilgi verildi mi?
() evet () hayır () biraz
- 16) Tedavi seçenekleri hakkında doktorunuz tarafından bilgi verildi mi?
() evet () hayır () biraz
- 17) Sağlanan bilgi sizin için yeterli oldu mu?
() evet () hayır () biraz
- 18) Size nasıl bir tedavi uygulanacağını biliyor musunuz?
() evet () hayır () biraz
- 19) Size nasıl bir tedavi uygulanacağını bilmek ister miydiniz?
() evet () hayır () biraz
- 20) Tedavi seçiminde sizin kararınız soruldu mu?
() evet () hayır
- 21) Doktorunuza hastalığınız ve tedavinizle ilgili soru sorabiliyor musunuz?
() evet () hayır () biraz
- 22) Sorularınıza yanıt alabiliyor musunuz?
() evet () hayır () biraz
- 23) Tedavinize ilişkin kararın nasıl oluşmasını tercih ederdiniz? Sizce kararı kim vermeli?
() yalnızca kendim () ben ve ailem () ben ve doktor
() doktor, ailem ve ben eşit () doktor ve ailem () yalnızca doktor
- 24) Sizin tedavi kararınız nasıl oluştu?
() yalnızca kendim () ben ve ailem () ben ve doktor
() doktor, ailem ve ben eşit () doktor ve ailem () yalnızca doktor
- 25) Kararı ne kadar kendiniz vermiş gibi hissediyorsunuz?
() hiç () az () orta () oldukça () tamamen kendim
I _____ 1 _____ 1 _____ 1 _____ 1
1 2 3 4 5
- 26) Hastalığınız ve tedavinize ilişkin bilgi edinmede ana kaynağınız nedir?
() basın () radyo-televizyon () internet
() doktorum () akrabalar, arkadaşlar () diğer hastalar

Görüşmeye ve kişiye ilişkin notlar:

EK 3

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan(örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle Hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle Evet

EK 4

HAD ÖLÇEĞİ

Hasta adı soyadı

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. **Kendimi gergin, ‘patlayacak gibi’ hissediyorum.**
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Birçok zaman
 - ☐ Zaman zaman, bazen
 - ☐ Hiçbir zaman
2. **Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**
 - ☐ Aynı eskisi kadar
 - ☐ Pek eskisi kadar değil
 - ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
 - ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3. **Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.**
 - ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
 - ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
 - ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor
 - ☐ Hayır, hiç öyle değil
4. **Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**
 - ☐ Her zaman olduğu kadar
 - ☐ Şimdi pek o kadar değil
 - ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil
 - ☐ Artık hiç değil
5. **Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Birçok zaman
 - ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil
 - ☐ Yalnızca bazen
6. **Kendimi neşeli hissediyorum.**
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Sık değil
 - ☐ Bazen
 - ☐ Çoğu zaman

7. **Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**
- ☐ Kesinlikle
 - ☐ Genellikle
 - ☐ Sık değil
 - ☐ Hiçbir zaman
8. **Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**
- ☐ Hemen hemen her zaman
 - ☐ Çok sık
 - ☐ Bazen
 - ☐ Hiçbir zaman
9. **Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**
- ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Bazen
 - ☐ Oldukça sık
 - ☐ Çok sık
10. **Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**
- ☐ Kesinlikle
 - ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
 - ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
 - ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11. **Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**
- ☐ Gerçekten de çok fazla
 - ☐ Oldukça fazla
 - ☐ Çok fazla değil
 - ☐ Hiç değil
12. **Olacakları zevkle bekliyorum.**
- ☐ Her zaman olduğu kadar
 - ☐ Her zamankinden biraz daha az
 - ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
 - ☐ Hemen hemen hiç
13. **Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**
- ☐ Gerçekten de çok sık
 - ☐ Oldukça sık
 - ☐ Çok sık değil
 - ☐ Hiçbir zaman
14. **İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**
- ☐ Sıklıkla
 - ☐ Bazen
 - ☐ Pek sık değil
 - ☐ Çok seyrek

DİLEK BULUT

Doğum yılı ve yeri: 30.05.2010 – Kadirli

Medeni durumu: Bekar

Eğitim: 1996-2000 : EGE ÜNV. HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU, İZMİR

2000: EGE ÜNV. EĞİTİM FAK. İLKÖĞRETİM SINIF ÖĞRETMENLİĞİ
FORMASYON SERTİFİKASI

1997-2000: EGE ÜNV. ED. FAK. ÖĞRETMENLİK FORMASYONU
SERTİFİKASI

Diğer eğitimler: KANSER İZLEM ve DENETİM MERKEZİ KANSER
KAYITCILIĞI

İş deneyimi: ŞİFA TIP MERKEZİ, BORNOVA- İZMİR 2000 – halen devam
etmekte