

Hekim Tutumları Üzerine Bir Çalışma: Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım

Ayşe Özkırış¹, Gülcan Güleç²,
Çınar Yenilmez³, Ahmet Musmul⁴,
Meltem Yanaş¹

¹Asist. Dr., ²Yard. Doç. Dr., ³Doç. Dr., Eskişehir
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD,
Eskişehir - Türkiye

⁴Asist. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Biyoistatistik AD, Eskişehir - Türkiye

ÖZET

Hekim tutumları üzerine bir çalışma: Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım

Amaç: Bu çalışmada, hekimlerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumları, hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımına üzerine etkisi, ölümcül hastalık tanısını söylemekten kaçınma davranışının hekimin kendi ölüm kaygısı ile ilişkisi ve hekimlerin bu konuyla ilgili eğitimin gerekliliği hakkındaki görüşlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 304 hekim alınmış ve kendilerine sosyodemografik veri formu, ölüm ve ölümcül hastaya yönelik hekim tutumlarını değerlendirmek amacıyla yazarlar tarafından geliştirilen 15 soruluk bir anket formu ve Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Hekimlerin %89.1'i hastaların, tanıları her ne olursa olsun bilgilendirme hakları olduğuna inanmakla birlikte, söz konusu hastalık "ölümcül" olduğunda, %78.3'ü tanının hastaya söylenmesi gerektiğini kabul etmektedir. Ölümcül hastalık 'kanser' olduğunda ise, hekimlerin tanının açıkça söylenmesi fikrine katılma oranları; kendisi söz konusu olduğunda %77.6 oranındayken, bir yakını söz konusu olduğunda %55.6, herhangi erişkin bir hasta söz konusu olduğunda ise %51 olmaktadır. "Tıp eğitimi sırasında veya sonrasında, ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım hakkında bir eğitim gereklidir." ifadesine hekimlerin %94.4'ü (n=287) katılmıştır. Anket sorularına verilen cevaplarda cinsiyet, çocuk sahibi olma, çalışma alanı, ölüm kaygısı düzeyine bağlı olarak farklılıklar olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu araştırma, hekimlik mesleği uygulamaları içinde önemi ihmal edilmediği düşünülen bir alan olan, ölümcül hasta ve ölüme yaklaşımda yaşanan zorlukları bir ölçüde saptayıp tartışılır hale getirecek veriler ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: Ölüm, kaygı, hekim, kanser

ABSTRACT

A study on the attitudes of physicians: approach towards death and terminally ill

Objective: The aim of this study was to investigate primarily, the attitudes of physicians toward death and terminally ill patients and, secondly, the relationship between the sociodemographic variables of the physicians and these attitudes. Also, this study aimed to find out the relationship between the death anxiety of the physicians and their avoidance behavior of informing patients about their diagnoses. Lastly, the physicians were asked about the necessity of education on how to approach patients with terminal illness.

Methods: The study subjects were 304 physicians. A questionnaire about sociodemographic information, the Death Anxiety Scale and a 15 item questionnaire prepared by the authors to evaluate the attitudes of physicians were applied to the participants.

Results: 89.1% of the physicians believed that patients had the right to be informed of their diagnoses, independent of what the diagnoses were. However, when the diagnosis was a terminal illness, only 78.3% of the physicians accepted that the diagnosis should be announced. In addition, when the terminal disease was cancer, 77.6% of the physicians agreed that the patient should be informed about the diagnosis if the patient was the physician him or herself. This ratio was 55.6% when the patient was a physician's relative and 51% when the patient was an unrelated adult. 94.4 % of the physicians (n= 287) agreed that education on how to approach death and terminally ill patients should be given during or after the medical education. The responses to the questionnaire were found to differ according to variables of death anxiety, practice area, gender and having children or not.

Conclusion: This study explored the difficulties of the physicians when approaching death and the terminally ill, which is a neglected but important area in medical practice. This study examined and stated out these difficulties for further discussion.

Key words: Death, anxiety, physician, cancer

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Yard. Doç. Dr. Gülcan Güleç, Eskişehir
Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri
AD, Eskişehir - Türkiye

Telefon / Phone: +90-222-239-2979/3609

Faks / Fax: +90-222-229-2811

Elektronik posta adresi / E-mail address:
gulcangulec@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
10 Ocak 2011 / January 10, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:
04 Şubat 2011 / February 04, 2011

GİRİŞ

Tüm dünyada, artan tıbbi gelişmeler ve yaşam koşullarındaki iyileşme sonucu, kronik-ölümcül hastalıklarla yaşanan süre, hastalık durumunda hekime

başvuru oranları ve tüm ölümler içinde hastanede gerçekleşen ölüm oranı giderek artmaktadır. Bu faktörlerin etkisiyle, hekimlerin ölümcül hastalığı olan hastayla karşılaşma sıklığı ve bu hastalara tedavi hizmeti verme süresi de artmaktadır (1). Ancak tıp eğitimi sırasında

ölüm ve ölümcül hasta ile ilgili öğretilen temel şey, yaşamı tehdit eden hastalıkların nasıl tanınacağı ve tedavi edileceği ile ilgilidir. Tıp eğitimi sırasında, ölmekte olan hasta ve ölüm karşısındaki tutumlar yeterince ele alınmamaktadır (2). Konu ile ilgili çalışmalar, tıp mesleğine adım atma aşamasındaki tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin ölümcül hastayla karşılaştıklarında, kendilerini, sıklıkla kapasitesiz, hazırlıksız, boş, öfkeli ve başarısız hissettiklerini (1); aynı durumla karşılaşan bazı doktorların da, hastanın durumundan sorumluymuşçasına, kendilerini suçlu hissettiklerini göstermektedir (3).

Akça ve Köse (4), Templer'in ölüm kaygısı ile çalışmaya başladığı 1960'ların ortalarında ölüm konusunun, hem davranış bilimciler hem de sağlıkla ilgili uzmanlar tarafından tabu olarak nitelendirildiğini ve bu konudaki açığın kendisini, "Ölüm Kaygısı Ölçeği" geliştirmeye yönelttiğinden bahsettiğini bildirmektedirler. Doktorların, diğer meslek elemanlarından daha fazla ölüm kaygısı taşıdıkları ve hatta bu korkularını yenmek için doktor oldukları ileri sürülmektedir. Ayrıca bu tip konulara aşına olunmasına rağmen, uzun süre hastalık ve ölüm olaylarına maruz kalmanın da ölüm kaygısını ortaya çıkardığı bildirilmektedir (5).

Tıbbi uygulamalar içinde giderek önemi artan tıp etiği, hekim-hasta ilişkisinde, hastalık ve tedaviyle ilgili doğru bilgi ve seçeneklerin verildiği, güvene dayalı bir çerçevede, hastanın kendisiyle ilgili karar verme hakkına vurgu yapar (6). Hastanın 'hastalığını öğrenme hakkı' olduğu gibi, olası hastalık nedenleri, beklenen hastalık süreçleri, var olan tedavi seçenekleri, tedavinin olası risk ve yararları konusunda "bilgilendirilme hakkı" da bulunmaktadır. Bilgilendirilme hakkı, Dünya Hekimler Birliği Bali Hasta Hakları Bildirgesi'nde, kendi kaderini belirleme hakkı başlığında tanımlanmaktadır (7). Hastaya ölümcül hastalık tanısını açıklamanın oldukça stresli, ancak öğrenilebilen bir durum olduğuna inanılmaktadır. En iyi öğrenme yolu, gözlemleyerek öğrenme ve daha sonra geri bildirim verilmek üzere gözlenmektir (8). Çalışmalar, destekleyici doktor etkileşimi ile hastaların ölümcül hastalık ile daha etkili bir şekilde başa çıkabildiklerini ileri sürmektedir. Hastaların, istedikleri bilgiye ulaşamadıkları ya da emosyonel cevaplarına dikkat edilmediği durumlarda psikiyatrik bozukluk geliştirme olasılıkları artmaktadır (9).

Son kırk yılda yapılan çalışmalar, hastaya gerçeği söyleme konusunda kültürel farklılıklar olduğunu göstermektedir. Pek çok ülkede, aile, hastanın en güçlü destek sistemidir ve sıklıkla hastayı zarardan korumaya çalışır. Bu nedenle, tanının hastaya söylenmemesini de istedikleri bildirilmektedir (10). Bu tutum, özellikle aile merkezli kültürlerde tercih edilmektedir. Bu kültürlerdeki hastaların, tanı tartışılırken, batı kültürlerindeki hastalardan daha fazla oranda yakınlarını yanlarında istedikleri ve yaşam beklentisini tartışmayı tercih etmedikleri de bildirilmektedir (11).

Konu ile ilgili Türkiye'de yapılmış araştırma ve çalışmalar tarandığında, hemşirelik hizmetleri esnasında ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım ve tutumları değerlendiren çalışmaların daha ağırlıklı olduğu dikkati çekmektedir (12-14). Ölüm ve ölümcül hastalık karşısında doğru hekim tutumlarının ne olması gerektiği hakkında derleme niteliğindeki bilimsel yayınlara karşın (3,15-17), hekim tutumlarını ve bunları etkileyen faktörleri araştıran kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Pek çok ülkede kötü haber vermek için kılavuzların oluşturulduğu günümüzde, ülkemizde hekim tutumları ve hastaların doktorlarından beklentilerine yönelik bilgiler azdır. Ülkemizde bu konuda izleyeceğimiz yolu belirlemeden önce, konu ile ilgili bilgilerin artması gerekmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hekimlerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumlarını, hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımdaki tutumları üzerine etkisini, ölümcül hastalık tanısını söylemekten kaçınma davranışının hekimin kendi ölüm kaygısı ile ilişkisi ve hekimlerin bu konuyla ilgili eğitimin gerekliliği hakkındaki görüşlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışma için, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde halen aktif olarak çalışan 355 hekime ulaşılmıştır. Hekimler çalıştıkları birimde ziyaret edilip, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve ardından anket formu verilen hekimin formu doldurması ve anket formunun teslim alınması yoluyla veriler toplanmıştır. Katılımcılara, çalışma için etik kurul onayı alındığı, isim

belirtmeksizin katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu, anket formu üzerinde yazılı olarak belirtilmiştir. Rastgele doldurulmuş yahut boş bırakılmış 51 anket formu çalışma dışı bırakılarak, çalışma 304 hekimin bulunduğu veriler üzerinden yürütülmüştür.

Çalışmaya katılan hekimlere, sosyodemografik özelliklerini saptamaya yönelik sosyodemografik veri formu, ölüm ve ölümcül hastaya yönelik hekim tutumlarını değerlendirmek amacıyla yazarlar tarafından geliştirilen 15 soruluk bir anket formu ve Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulanmıştır.

Anket formu: Psikiyatri ve etik alanındaki temel başvuru kitaplarına (1,6) ve konuyla ilgili bilimsel araştırmalara (15,16,18-21) dayalı olarak geliştirilmiş olup hekimlerin, 'Katılıyorum', 'Katılmıyorum', 'Kararsızım' seçeneklerinden birini işaretleyeceği şekilde tasarlanmıştır. Anket formu; tıbbi etik ve ölüme ilişkin eğitimin gerekliliğini, ölümcül hasta hakkında düşünceleri, 'iyi ölüm' kavramı ve bunun sağlanabilirliği hakkında düşünce ve tutumları, ölümcül hastalıklı hastayla karşılaşma durumlarında hekimin kendi ruhsal durumu ve hastaya karşı tutumlarını değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Anket formunun sonunda hekimlere; kendilerine, yakınlarına ya da bir hastalarına "kanseri" tanısı konduğunda tanının söylenmesine yönelik fikirleri sorulmuş ve "katılıyorum", "katılmıyorum" şıklarından birini işaretlemeleri istenmiştir.

Ölüm Kaygısı Ölçeği: Templer (22) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (4). Ölçek, 15 maddeden oluşmakta ve 'Doğru' 'Yanlış' seçeneklerinin puanlanması ile değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puan 8 ve üzeri olduğunda kişide ölüm kaygısının varlığına işaret etmektedir.

İstatistik Değerlendirmesi: Tüm veri analizleri SPSS 15.0 paket programları ile yapılmıştır. Sürekli nicel veriler, n, ortalama ve standart sapma olarak, nitel veriler ise n ve oran olarak ifade edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen ve skor değişkenlerinden oluşan bağımsız yapıdaki veri setleri Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Kategorik yapıdaki veri setleri ise Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Çapraz tablolardaki gözler arasındaki farklılıkları belirleyen Oranlar Testi (Two Proportions) kullanılmıştır. Kanseri tanısı hekimlerin kendisi bir yakını ya da erişkin bir hastası

söz konusu olduğunda tanının söylenmesine yönelik görüşlerinin arasındaki farklılık Minitab 15 programı ile yapılan Oranlar Testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlılık için, $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışma grubunun (n=304) ortalama yaşı 33.6 ± 8.91 (24-65 yaş arası) olup, %47'si kadın, %53'ü erkekti. Çalışma grubunun %55.6'sı evli, %41.8'i bekar, %2.6'sı boşanmış/dul olup, %33.9'unun çocuğu varken, %66.1'inin çocuğu yoktu. Çalışmaya katılan hekimlerin ortalama hekimlik yaptıkları süre 8.6 ± 8.59 yıl (1-42 yıl arası) idi. Hekimlerin %72.7'si araştırma görevlisi, %27.3'ü uzman ya da öğretim üyesiydi. Hekimlerin mesleki branşa göre dağılımlarına bakıldığında, 138 kişi dahili tıp (%45.4), 125 kişi cerrahi tıp (%41.1), 41 kişi temel tıp ve radyoloji (%13.5) bilim dallarında çalışmaktaydı. Çalışma grubunda daha önce ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımla ilgili bir eğitim almayanların oranı %60.5, alanların oranı %39.5'di. Bir eğitim aldığı

Tablo 1: Çalışmaya katılan hekimlerin sosyodemografik özellikleri (n=304)

Yaş (Ort.±S.S.)	33.6±8.91 (24-65 yaş arası)
Özellik	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	144 (%47)
Erkek	160 (%53)
Medeni Durum	
Evli	169 (%55.6)
Bekar	127 (%41.8)
Boşanmış/dul	8 (%2.6)
Çocuk	
Var	103 (%33.9)
Yok	201 (%66.1)
Hekimlik yapılan süre	8.6 ±8.59 (1-42 yıl arası)
Mesleki Unvan	
Asistan	221 (%72.7)
Uzman/Öğretim üyesi	83 (%27.3)
Mesleki Branş	
Dahili Tıp	138 (%45.4)
Cerrahi Tıp	125 (%41.1)
Temel Tıp, Radyoloji	41 (%13.5)
Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımla ilgili eğitim	
Eğitim almış	120 (%39.5)
Tıp eğitimi sırasında	90 (%29.6)
Tıp eğitimi sonrası kurs, seminer ile	26 (%8.6)
Diğer bir yolla	4 (%2.6)
Eğitim almamış	184 (%60.5)

belirtenlerin %29.6'sı bu eğitimi tıp eğitimi sırasında, %8.6'sı tıp eğitimi sonrası, kurs, seminer vs. yoluyla, %2.6'sı diğer bir yolla aldığını belirtmiştir (Tablo 1).

Hekimlerin anket formuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; çalışma grubunun %97'sinin "Ölümcül hastalığı olduğunu öğrenen hastalar, çevrelerine ve tedavi ekibine birbirinden farklı tepkiler vermelerine neden olan ruhsal evrelerden geçerler." ifadesinesine katıldıkları saptanmıştır. Bu cümleye katılanlara göre, hastaların ruhsal tepkilerinin farklı olmasına sebep olan faktörler içinde önem sırasına göre ilk sıralarda seçilen faktörler şunlar olmuştur: Hastanın kişilik özellikleri (%41.3), hastanın eğitimi /sosyokültürel düzeyi (%33.5), hastanın yaşı (%15.2), hastanın dini inanışları (%6.1), hastanın tedavi ekibiyle ilişkisinin niteliği (%3.7). "Tıp eğitimi sırasında veya sonrasında, ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım hakkında bir eğitim gereklidir." ifadesine hekimlerin %94.4'ü katılmıştır. "Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda, hasta-hekim ilişkisinde zorluk yaşanan durumlar-

da profesyonel yardım gereklidir." ifadesine hekimlerin %93.8'i katılırken, profesyonel yardım için %87.3'ü "Psikiyatrist/psikolog yardımı için hastayı yönlendireceğini", %7'si "Kendisi için danışmanlık veya profesyonel yardım alacağını", %4.9'u "Din adamı yardımının gerekli olduğunu düşüneceğini", %0.7'si "Hastayı bir sebeple tedavisini sürdüreceğ başka bir hekime yönlendireceğini" bildirmiştir. "Bir hastanın tanısı ne olursa olsun tanımı, tedavi seçeneklerini, prognozu öğrenme hakkı ve tedaviyi reddetme hakkı vardır." ifadesine hekimlerin %89.1'i katılmış, "Ölümcül bir hastalığı veya ölüm haberini verirken duygusal bir zorluk yaşamam." ifadesine %88.2'si katılmıştır. Ölüm ve ölümcül durumlar karşısında hekimlerin yaşadığı duygusal zorluklar, sıklık sırasına göre, üzüntü (%71), çaresizlik (%48), sıkıntı-anksiyete (%42), boşluk-anlamsızlık duygusu (%31), kendini ve mesleğini sorgulama (%24), yetersizlik-suçluluk (%21) olarak saptanmıştır. "Bence, ölümcül hastalığı olan hastalar, tanı bilgileri kendilerine söylenmemiş olsa

Tablo 2: Çalışmaya katılan 304 hekime uygulanan 'Anket formu' sonuçları

	Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1. Bir hastanın tanısı ne olursa olsun; tanımı, tedavi seçeneklerini, prognozu öğrenme hakkı ve tedaviyi reddetme hakkı vardır.	271	89.1	11	3.6	22	7.2
2. Ölümcül bir hastalığı olduğu tespit edilen hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gereklidir.	234	78.3	24	7.9	46	15.1
3. Ölümcül hastalığı olan hastaya tanı ve tedavi bilgisi verirken ne kadar ömrü kaldığı kesin bir süre verilerek söylenmemelidir.	238	78.3	32	10.5	34	11.2
4. Bence, ölümcül bir hastalığın açıklığı söylenmesi, hastanın prognozunu ve ruhsal durumunu olumsuz etkilemez.	85	28.0	161	53.0	58	19.1
5. Bence, ölümcül hastalığı olduğunu bilen hastalar, durumları ve ölüm hakkında konuşmak isterler.	95	31.3	125	41.1	84	27.6
6. Bence, ölümcül hastalığı olan hastalar, tanı bilgileri kendilerine söylenmemiş olsa bile bu durumun farkındadırlar.	217	71.4	41	13.5	46	15.1
7. Ölümcül bir hastalığı olan bir hasta ve ailesiyle karşılaşmayı, diğer hastalar ve aileleriyle karşılaşmaktan daha zor bulurum.	241	79.3	56	18.4	7	2.3
8. Hastalara ölmekte olduklarını doğrudan söylemekten kaçınmaya çalışırım.	217	71.4	56	18.4	42	13.8
9. Ölümcül bir hastalığı veya ölüm haberini verirken duygusal bir zorluk yaşamam.	268	88.2	25	8.2	11	3.6
10. Tıp eğitimi sırasında veya sonrasında, ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım hakkında bir eğitim gereklidir.	287	94.4	9	3.0	8	2.6
11. Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda, hasta-hekim ilişkisinde zorluk yaşanan durumlarda profesyonel yardım gereklidir.	285	93.8	13	4.3	6	2.0
12. Ölümcül hastalığı olduğunu öğrenen hastalar, çevrelerine ve tedavi ekibine birbirinden farklı tepkiler vermelerine sebep olan ruhsal evrelerden (inkar, öfke, depresyon, kabullenme vb.) geçerler.	295	97.0	3	1.0	6	2.0
13. Hastalık tanısı ve prognozu ne olursa olsun, "iyi ölüm" ve iyi ölümün sağlık çalışanlarınca sağlanması mümkündür.	213	70.1	34	11.2	57	18.8
14. Eğer hasta ben olsaydım, tanı ve hastalık prognozu ne olursa olsun söylenmesini isterdim.	236	77.6	23	7.6	45	14.8
15. Eğer hasta bir yakınım olsaydı, tanı ve hastalık prognozu ne olursa olsun söylenmesini isterdim.	203	66.8	43	14.1	58	19.1

bile bu durumun farkındadırlar.” ifadesine hekimlerin %79.3’ü ve “Ölümcül bir hastalığı olan bir hasta ve ailesiyle karşılaşmayı, diğer hastalar ve aileleriyle karşılaşmaktan daha zor bulurum.” ifadesine hekimlerin %71.4’ü katılırken, “Ölümcül hastalığı olan hastaya tanı ve tedavi bilgisi verirken ne kadar ömrü kaldığı kesin bir süre verilerek söylenmemelidir” ve “Ölümcül bir hastalığı olduğu tespit edilen hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gereklidir” cümlelerine hekimlerin %78.3’ü katılmıştır. Ölümcül bir hastalığı olduğu saptanan hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gerektiğine katılmayanlardan %12.5’i, bilgiyi öncelikle hastaya vermeyi uygun bulurken, %29.6’sı ailesine, %5.3’ü ailesi izin verirse hastaya söylenmesi gerektiğini düşünmekte ve %33.2’si ise durumun hastaya göre değiştiğini bildirmiştir. Ölümcül bir hastalığı olduğu saptanan hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gerektiğine katılmayan 24 kişi gerekçe olarak duygusal tepkileri denetleyememe korkusunu (%58.3), duygusal güçlüğü (%12.5), nasıl söyleyeceğini bilememeyi (%4.1), suçlanma korkusunu (%4.1) bildirmiş, %20.8’i ise cevap vermemiştir. “Eğer hasta ben olsaydım, tanı ve hastalık prognozu ne olursa olsun söylenmesini isterdim.” ifadesine hekimlerin %77.6’sı, “Hastalara ölmekte olduklarını doğrudan söylemekten kaçınmaya çalışırım.” ifadesine %71.4’ü, “Hastalık tanısı ve prognozu ne olursa olsun, iyi ölüm ve iyi ölümün sağlık çalışanlarınca sağlanması mümkündür.” ifadesine %70.1’i, “Eğer hasta bir yakınım olsaydı, tanı ve hastalık prognozu ne olursa olsun söylenmesini isterdim.” ifadesine %66.8’i katılmıştır. “Ben-

ce, ölümcül hastalığı olduğunu bilen hastalar, durumları ve ölüm hakkında konuşmak isterler.” ifadesine hekimlerin sadece %31.3’ü katılırken, “Bence, ölümcül bir hastalık tanısının açıkça söylenmesi, hastanın prognozunu ve ruhsal durumunu olumsuz etkilemez.” ifadesine de hekimlerin sadece %28’i katılmıştır (Tablo 2).

Anket sorularına verilen yanıtlar çalışmaya katılan hekimlerin yaşı, medeni durumu, mesleki ünvanı, çocuk sahibi olma durumu, çalıştıkları alan ve ölüm kaygısı düzeyleri açısından incelenmiş olup yaş, medeni durum ve mesleki ünvan açısından verilen cevaplar arasında farklılık saptanmamıştır. Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, ölçek sorusu 2’de “Ölümcül bir hastalığı olduğu tespit edilen hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gereklidir” cümlesini, erkek hekimlerin %6.2’si, kadın hekimlerin %9.3’i “katılmıyorum” şeklinde cevaplamıştır ve kadın hekimlerde “katılmıyorum” cevabı, erkek hekimlere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0.05). Yine 2. soruya, çocuk sahibi olan hekimlerin %73.7’si katılmış, %4.8’i katılmamış, %21.5’i ise kararsız kalmışken; çocuk sahibi olmayan hekimlerin %78.6’sı katılmış, %9.4’ü katılmamış, %12’si kararsız kalmış olup, çocuk sahibi olan ve olmayan hekimlerin bu anket maddesini onaylama oranları arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($\chi^2=5.985$, SD=2, p<0.05). Ölçek sorusu 6’da, “Bence, ölümcül hastalığı olan hastalar, tanı bilgileri kendilerine söylenmemiş olsa bile bu durumun farkındadırlar.” ifadesine “katılıyorum” cevabı, çocuk sahibi olan hekimlerde (%81.5), çocuk sahibi olmayanlardan (%66) anlamlı olarak yüksekti ($\chi^2=12.665$, SD=2, p<0.01) (Tablo 3).

Tablo 3: Çocuk sahibi olma durumuna göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık çıkan anket maddeleri.

	Çocuk var		Çocuk yok		
	n	(%)	n	(%)	
2. Ölümcül bir hastalığı olduğu tespit edilen hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gereklidir*					
	Katılıyorum	76	73.7	158	78.6
	Katılmıyorum	5	4.8	19	9.4
	Kararsızım	22	21.5	24	12.0
6. Bence, ölümcül hastalığı olan hastalar, tanı bilgileri kendilerine söylenmemiş olsa bile bu durumun farkındadırlar**					
	Katılıyorum	84	81.5	133	66.1
	Katılmıyorum	5	4.8	36	17.9
	Kararsızım	14	13.5	32	15.9

* istatistiksel farklılık p<0.05 düzeyinde

** istatistiksel farklılık p<0.01 düzeyinde

Tablo 4: Ölüm kaygısı düzeylerine göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık çıkan anket maddeleri.

	Ölüm kaygısı düzeyi düşük		Ölüm kaygısı düzeyi yüksek	
	n	(%)	n	(%)
4. Bence, ölümcül bir hastalık tanısının açıkça söylenmesi, hastanın prognozunu ve ruhsal durumunu olumsuz etkilemez **				
Katılıyorum	59	36.1	26	18.4
Katılmıyorum	74	45.3	87	61.7
Kararsızım	30	18.6	28	19.9
7. Ölümcül bir hastalığı olan bir hasta ve ailesiyle karşılaşmayı, diğer hastalar ve aileleriyle karşılaşmaktan daha zor bulurum***				
Katılıyorum	115	70.5	126	89.3
Katılmıyorum	43	26.3	13	9.2
Kararsızım	5	3.2	2	1.5
9. Ölümcül bir hastalığı veya ölüm haberini verirken duygusal bir zorluk yaşarım*				
Katılıyorum	137	84.4	131	92.9
Katılmıyorum	20	12.2	5	3.5
Kararsızım	6	3.8	5	3.6

* istatistiksel farklılık p<0.05 düzeyinde

** istatistiksel farklılık p<0.01 düzeyinde

*** istatistiksel farklılık p<0.001 düzeyinde

Anket sorularına verilen yanıtlar ölüm kaygısı düzeylerine göre gözden geçirildiğinde; anket formunda 4. madde olan, “Bence, ölümcül bir hastalık tanısının açıkça söylenmesi hastanın prognozunu ve ruhsal durumunu olumsuz etkilemez.” ifadesine, ölüm kaygısı düşük olan hekim grubu, ölüm kaygısı yüksek olan hekim grubuna göre anlamlı olarak daha fazla oranda katılmıştır (%18.4’e karşılık %36.1), ($\chi^2=12.681$, $SD=2$, $p<0.01$). Ölçek sorusu 7, “Ölümcül bir hastalığı olan bir hasta ve ailesiyle karşılaşmayı, diğer hastalar ve aileleriyle karşılaşmaktan daha zor bulurum.” ifadesine ölüm kaygısı düşük olan grup, ölüm kaygısı yüksek olan gruba göre daha anlamlı olarak fazla oranda “katılmıyorum” cevabı vermiştir (%9.2’ye karşılık %26.3) ($\chi^2=17.182$, $SD=2$, $p<0.001$). Ölçek sorusu 9 “Ölümcül bir hastalığı veya ölüm haberini verirken duygusal bir zorluk yaşarım.” ifadesine de ölüm kaygısı düşük olan grup, ölüm kaygısı yüksek olan gruba göre anlamlı olarak daha fazla oranda “katılmıyorum” cevabı vermiştir (%3.5’e karşılık %12.2) ($\chi^2=8.269$, $SD=2$, $p<0.05$) (Tablo 4).

Çalışmaya dahil edilen hekimler, dahili tıp, cerrahi tıp ve temel tıp/radyoloji alanlarında çalışıyor olmalarına göre 3 gruba ayrılarak, sosyodemografik özellikleri, ölümcül hastalıkla karşılaşma sıklığı, hekimlik yapmaya başladıktan sonra ölümcül hastalık nedeniyle yakın kaybı, ölüm ve ölümcül hastalığa yaklaşım hakkında eğitim alma durumu ve ölüm kaygısı düzeyleri açısından

karşılaştırılmıştır. Dahili tıp, cerrahi tıp ve temel tıp/radyoloji alanlarında çalışan gruplar arasında, medeni durum, çocuk sahibi olma ve mesleki ünvanlar açısından anlamlı farklılık bulunmazken, cinsiyet açısından cerrahi tıp (%69.9 erkek, %29.1 kadın) ve temel tıp/radyoloji (%48.8 erkek, %52.2 kadın) grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=26.403$, $SD=2$, $p<0.001$) (Tablo 5).

Ölümcül hastalıkla sık karşılaştığını belirtme oranı, cerrahi tıpta (%76.8), temel tıp/radyoloji grubuna göre (%14.6) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($\chi^2=52.952$, $SD=2$, $p<0.001$).

Hekimliğe başladıktan sonra ölümcül hastalık nedeniyle yakın kaybı ile ölüm ve ölümcül hastalığa yaklaşım hakkında eğitim alma özellikleri açısından dahili tıp, cerrahi tıp ve temel tıp/radyoloji grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Ölüm kaygısı düzeyi açısından incelendiğinde ise; ölüm kaygısı yüksek saptanan hekim oranı dahili tıp grubunda %47.1, cerrahi tıp grubunda %39.2, temel tıp/radyoloji grubunda %65.9’dur. Ölüm kaygısı puanları açısından bakıldığında ise; ölüm kaygısı ölçeği puan ortalaması dahili tıp grubunda 7 (5-9), cerrahi tıp grubunda 6 (4-9), temel tıp/radyoloji grubunda 9 (5-11) olarak saptanmış olup temel tıp/radyoloji grubunda ölüm kaygısı düzeyinin, cerrahi tıp grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($\chi^2=8.943$, $SD=2$, $p<0.01$) (Tablo 5).

Tablo 5: Dahili, cerrahi ve temel tıp/radyoloji gruplarına ait özellikler

	Dahili Tıp (n=138)		Cerrahi Tıp (n=125)		Temel Tıp / Radyoloji (n=41)		χ^2	p
	%	n	%	n	%	n		
Cinsiyet								
Kadın	61.6	85	30.4	38	51.2	21	26.40	<0.001
Erkek	38.4	53	69.6	87	48.8	20		
Medeni durum								
Bekar	43.5	60	41.6	52	36.6	15	0.89	>0.05
Evli	54.3	75	55.2	69	61.0	25		
Boşanmış	2.2	3	3.2	4	2.4	1		
Çocuk								
Var	29.7	41	39.2	49	31.7	13	2.73	>0.05
Yok	70.3	97	60.8	76	68.3	28		
Mesleki ünvan								
Asistan	72.5	100	72.8	91	73.2	30	0.01	>0.05
Öğr. üyesi	27.5	38	27.2	34	26.8	11		
Ölümcül hastalıkla sık karşılaşma								
Evet	67.4	93	76.8	96	14.6	6	52.95	<0.001
Hayır	32.6	45	23.2	29	85.4	35		
Ölümcül hastalıkla yakın kaybı								
Evet	54.3	75	51.2	64	48.8	20	0.50	>0.05
Hayır	45.7	63	48.8	61	51.2	21		
Ölümcül hastaya yaklaşım eğitimi								
Evet	34.8	48	44.0	55	41.5	17	2.42	>0.05
Hayır	5.2	90	56.0	70	58.5	24		
Ölüm kaygısı düzeyi								
Düşük (0-7 puan)	52.9	73	60.8	76	34.1	14	8.94	<0.01
Yüksek (+8 puan)	47.1	65	39.2	49	65.9	27		

 χ^2 , Ki-kare testi

Anket sorularına verilen yanıtlar hekimlerin çalışma alanlarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında dört maddede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. “Ölümcül bir hastalığı olduğu tespit edilen hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gereklidir.” ifadesine temel tıp-radyoloji bilim dallarında çalışanlar %51.2 oranında katılırken, dahili tıp alanında çalışanlar %77.5 oranında, cerrahi tıp alanında çalışanlar %84.8 oranında katılmıştır ($\chi^2=19.016$, $SD=4$, $p<0.001$). “Bence, ölümcül hastalığı olan hastalar, tanı bilgileri kendilerine söylenmemiş olsa bile, bu durumun farkındadırlar.” ifadesine, yine temel tıp-radyoloji alanında çalışanlar %48.8 oranında, dahili tıp alanında çalışanlar %74.6, cerrahi tıp alanında çalışanlar %75.2 oranında katılmıştır ($\chi^2=10.920$, $SD=4$, $p<0.03$). “Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda, hasta-hekim ilişkisinde zorluk yaşanan durumlarda profesyonel yardım gereklidir.” ifadesine

dahili tıp alanında çalışanlar %99.3, cerrahi tıp %90.4, temel tıp-radyoloji %90.2 oranında katılmıştır ($\chi^2=15.630$, $SD=4$, $p<0.004$). “Eğer hasta ben olsaydım, tanı ve hastalık prognozu ne olursa olsun söylenmesini isterdim.” ifadesine dahili tıp alanında çalışanlar %83.3, cerrahi tıp alanında çalışanlar %77.6, temel tıp-radyoloji alanında çalışanlar %58.5 oranında katılmıştır ($\chi^2=10.668$, $SD=4$, $p<0.05$) (Tablo 6).

Ölüm kaygısı ölçeği ile ilgili yapılan karşılaştırmalarda, ölüm kaygısı düzeyi ile yaş ve hekimlik yapılan süre açısından anlamlı farklılık bulunmazken, cinsiyetler açısından yapılan karşılaştırmada, ölüm kaygısının kadın hekimlerde, erkeklerdekinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($\chi^2=8.572$, $SD=1$, $p<0.01$). Ölümcül hasta ve ölümlerle karşılaşma sıklığını (ÖHKS) yüksek olarak ifade eden hekim grubunda ise, ölüm kaygısı anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($\chi^2=4.601$, $SD=1$, $p<0.05$) (Tablo 7).

Tablo 6: Hekimlerin çalışma alanlarına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık çıkan anket maddeleri.

	Dahili Tıp		Cerrahi Tıp		Temel Tıp, Radyoloji	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2. Ölümcül bir hastalığı olduğu tespit edilen hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gereklidir**						
Katılıyorum	107	77.5	106	84.8	21	51.2
Katılmıyorum	11	8	8	6.4	5	8.8
Kararsızım	20	14.5	11	8.8	15	36.6
6. Bence, ölümcül hastalığı olan hastalar, tanı bilgileri kendilerine söylenmemiş olsa bile, bu durumun farkındadırlar *						
Katılıyorum	103	74.6	94	75.2	20	48.8
Katılmıyorum	16	11.6	15	12.0	10	24.4
Kararsızım	19	13.8	16	12.8	11	26.8
11. Ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda , hasta-hekim ilişkisinde zorluk yaşanan durumlarda profesyonel yardım gereklidir.**						
Katılıyorum	137	99.3	113	90.4	37	90.2
Katılmıyorum	0	0.0	7	5.6	2	4.9
Kararsızım	1	0.7	5	4.0	2	4.9
14. Eğer hasta ben olsaydım, tanı ve hastalık prognozu ne olursa olsun söylenmesini isterdim.*						
Katılıyorum	115	83.3	97	77.6	24	58.5
Katılmıyorum	9	6.5	9	7.2	5	12.2
Kararsızım	14	10.1	19	15.2	12	29.3

* istatistiksel farklılık p<0.05 düzeyinde

** istatistiksel farklılık p<0.01 düzeyinde

Tablo 7: Ölüm Kaygısı Ölçeği ile yapılan değerlendirme sonuçları

	Ölüm Kaygısı Düşük		Ölüm Kaygısı Yüksek		z	p
	Median	%25-75	Median	%25-75		
Yaş	30	(28-36)	30	(28-36.5)	-0.42	p>0.05*
Hekimlik Yapılan Süre	5	(3-10)	6	(2,5-11.5)	0.81	p>0.05*
	n	%	n	%	χ ²	p
Cinsiyet						
Kadın	64	(%43.3)	80	(%56.7)	9.30	p<0.01**
Erkek	99	(%60.7)	61	(%39.3)		
Ölümcül Hasta Karşılaşma Sıklığı					5.13	p<0.05**
Düşük	49	(%30.1)	114	(%69.9)		
Yüksek	60	(%42.6)	81	(%57.4)		

* z, Mann-Whitney U testi

**χ², Ki-kare testi

Anket formunda, “Ölümcül bir hastalığı olduğu tespit edilen hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gereklidir.” ifadesine hekimlerin %78.3’ü katılırken, soru şekli değiştirilerek, ‘kanser’ kelimesi kullanılarak tanının açıkça söylenmesi fikrine katılma oranları sorulduğunda, kanser tanısı kendisi için söz konusu ise %77.6’sı, bir yakını için söz konusu ise %55.6’sı, herhangi erişkin bir hasta söz

konusu ise %51’i tanının açıkça söylenmesi gereğine katılmıştır. Aynı zamanda ‘kanser’ tanısının kendisine açıkça söylenmesini isteyen hekim oranı (%77.6) ile, sırasıyla, bir yakınına söylenmesi gerektiğine katılan hekim oranı (%55.6) ve herhangi erişkin bir hastaya söylenmesi gerektiğine katılan hekim oranı (%51.0) arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (sırasıyla p<0.001, p<0.001).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, hekimlerin, ölümcül hastalığı olduğunu öğrenen hastaların çevrelerine ve tedavi ekibine birbirinden farklı tepkiler vermelerine neden olan ruhsal evrelerden geçtikleri; tıp eğitimi sırasında ya da sonrasında ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım hakkında bir eğitim gerektiği; ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımda zorluk yaşanan durumlarda profesyonel yardım gerektiği; hastanın tanısı ne olursa olsun, tanıyı, tedavi seçeneklerini, prognozu öğrenme hakkı olduğu fikirlerine katılma oranları yaklaşık %90 ve üzerinde bulunmuştur. Öte yandan, ölümcül bir hastalık tanısının açıkça söylenmesinin hastanın prognozu ve ruhsal durumunu olumsuz etkilemediği, ölümcül hastalığı olduğunu bilen hastaların ölüm hakkında konuşmak istedikleri fikrine katılma oranları ise düşüktür. Hekimler, hastaların tanıları her ne olursa olsun bilgilendirme hakları olduğuna inanmakla birlikte, söz konusu hastalık “ölümcül” olduğunda; hekimlerin %78.3’ü tanının hastaya söylenmesi gerektiğini kabul etmektedir. Hekimler, ölümcül bir hastalık tanısının, hastanın prognozu ve ruhsal durumuna olumsuz etkisi olduğu ve hastaların ölüm hakkında konuşmak istemeyecekleri düşüncesi ile hareket etmekte ya da kararsızlık yaşamaktadırlar. Afrika’da, Doğu ve Güney Avrupa’da, Orta Asya’da pek çok kültürde, hastalara kanser tanısı rutin olarak açıklanmamaktadır (23). Bunun nedenleri arasında, doktorun hastasını, tanıyı öğrendikten sonra yaşayacağı psikolojik stresten koruma arzusu (23), ailelerin kanser tanısını ölüm ile eş anlamlı gibi algılamalarından dolayı tanının açıklanmamasına yönelik istekleri (23,24) ve bazı durumlarda da, hastaların tanıları bilmek istememesi sayılmaktadır (24). Aile üyeleri tanının açıklanması konusunda isteksizken, doktorlar da hastadan önce aile üyeleri ile tanıyı tartışmaktadır. Bilgi almak isteyen hasta bundan mahrum kaldığı zaman tatmin olmamakta ve çeşitli sıkıntılar yaşamaktadır (24). Oysa Nepal’de, genel popülasyonda yapılan bir çalışmada, tanıları kanser ise, kişilerin %80’inin bunu bilmek istediği bildirilmiştir (23). Japonya’da genel popülasyonda yapılan bir çalışmada da, çalışmaya katılanların %85.4’ünün tanının tamamen açıklanmasını, %11.3’ünün kısmen açıklanmasını, %2.9’unun açıklanmamasını istedikleri bildirilmektedir

(24). Türkiye’de sağlıklı bireylerle yapılan bir çalışmada; “Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?” sorusuna, çalışmaya katılanların %83’ünün “evet”, %17’sinin “hayır” cevabı verdiği bildirilmiştir. Yapılan çalışmalardan anlaşılacağı gibi, hastalar oldukça yüksek oranlarda tanıları hakkında bilgilendirilmek istemektedirler. Tanıyı bilmenin ruhsal durum üzerinde etkisi olacağı aşıkardır, ancak bunun psikiyatrik bir bozukluğa neden olacağına yönelik bulgular çelişkilidir (25,26). Ayrıca tanısını bilen hastalarda bilgilendirilmenin, sağlık çalışanları desteği ile açıklanmaktan çok, sezgisel ve dolaylı yollarla olduğu; bu durumun, kanser hastalığına atfedilen tüm olumsuz düşüncelerle birlikte, tanısını bilen hastalarda psikiyatrik bozuklukların, tanıları bilmeyen hastalara göre daha yüksek oranda saptanmasına neden olduğu da bildirilmektedir (26). Yapılan çalışmalar, ailelerine rağmen hastaların kendileriyle ilgili tüm iyi ya da kötü haberleri duymak istediğini göstermektedir (15). Hasta-doktor ilişkisinin en önemli şartı, karşılıklı güven olduğuna göre; doktor hastasına doğruyu söylediğinde, ona bedeni ve yaşamıyla ilgili kararların alınması sürecine katılma hakkını tanımış ve insanlık değerlerine saygı göstermiş olmaktadır. Bu durumda üzerinde düşünülmesi gerekenin, hastaya doğruyu söyleyip söylememenin değil, haberin uygun bir şekilde nasıl verileceğinin olması gerektiği bildirilmektedir (15).

Bu çalışmada hekimler, tıp eğitimi sırasında veya sonrasında, ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım hakkında bir eğitim gerekli olduğu fikrine %94.4 oranında katılmıştır. Gülsoy’un (27) yaptığı çalışmada, hekimlerin %84.1’inin kanser hastalığı tanısını söylemek ya da kötü haber vermek konusunda eğitim almanın gerekli olduğunu fikrine katıldıkları bildirilmektedir. Ayrıca bu çalışmaya katılan hekimler, yüksek oranda (%88.8), ölümcül bir hastalığı veya ölüm haberini verirken duygusal bir zorluk yaşadıkları ve zorluk yaşanan durumlarda profesyonel yardım gerektiği (%93.8) fikrine katılmışlardır. Profesyonel yardım için, %87.3’ü hastayı psikiyatrist/psikologa yönlendireceğini, %7’si kendisi için danışmanlık veya profesyonel yardım alacağını, %4.9’u din adamı yardımının gerekli olduğunu düşüneceğini, %0.7’si hastayı bir sebeple tedavisini sürdüreceği başka bir hekime yönlendireceğini bildirmektedir. Uçar ve arkadaşlarının (28) yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılanların %76’sı

tedavi konusunda bilgilenecek istediğini, %59'u bilginin hastanın buna dayanabileceği bir anda, anlayabileceği şekilde, umudunu kırmadan verilmesi gerektiğini bildirmektedir. Tanıyı bilmek isteyenlerden %93'ünün tanıyı koyan ve tedaviyi sürdüreceği olan hekimin, %4.4'ünün aileden birisinin, %3.3'ünün ailesi ve doktorun tanıyı birlikte söylemesi gerektiğini ifade ettikleri bildirilmektedir (28). Hastaların hastalıkları ve bu hastalıktan nasıl etkileneceklerine dair bilgiye ihtiyaç duydukları; bu bilgiyi geleceklerini planlamak, tıbbi ve yaşam kararlarını almak için kullandıkları; hastaların doktorlarının dürüst olmasını ve bilgi verirken onların ne duymaya hazır olduğunu ve nasıl etkileneceklerine duyarlı olmalarını istedikleri; duymaya hazır olduklarından daha fazla bilgi istemedikleri; doktorlarının ölüm gibi hassas konuların tartışmaya açık olmasını istedikleri; ancak hazır olmadan konuşmak zorunda kalmak istemedikleri bildirilmektedir (29). Onkologların, kariyerleri boyunca ortalama 20 bin kez kötü haber verdiği ve pek çok klinisyenin bu konuda gerekli beceri eksikliği veya zorluk yaşadığı ileri sürülmektedir (30). Hasta ve klinisyen arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmalardan elde edilen bilgilere göre; kötü haberden hem hastanın hem de doktorun olumsuz etkilendiği, doktorlar için bu durumun tükenmişlik ve anksiyeteye neden olduğu, hastalar için kötü iletilmiş bir kötü haberin anksiyeteye, habere uyum sağlayamamaya, olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğu bildirilmektedir (30). Çalışmalar, destekleyici doktor etkileşimi yaşayan hastaların, terminal hastalık ile daha etkili başa çıkabildiklerini, hastalığa uyumlarının arttığını, anksiyetelerinin ve bu kişilerde psikiyatrik bozuklukların azaldığını bildirmektedir (9,31,32).

Bu çalışmada, hekimler, "ölümcül bir hastalığı olduğu tespit edilen hastanın tanı ve tedavisi hakkındaki iyi ve kötü tüm bilgileri söylemek gerektiğine" %78.3 oranında, "Eğer hasta ben olsaydım, tanı ve prognoz ne olursa olsun söylenmesini isterdim." ifadesine %77.6 oranında, "Eğer hasta bir yakınım olsaydı tanı ve prognoz ne olursa olsun söylenmesini isterdim." ifadesine %66.8 oranında katılmıştır. Ancak ölümcül hastalık 'kansere' olduğunda, tanının açıkça söylenmesi fikrine katılma oranları; tanı hekimin kendisi için söz konusu olduğunda yine %77,6 iken, bir yakını için söz konusu olduğunda %55.6, herhangi erişkin bir hasta söz konu-

su olduğunda ise %51'dir. Bu bulgu, "kansere" hastalığının halen diğer ölümcül hastalıklardan ayrı tutulduğuna işaret etmektedir. Gülsoy'un (27) yaptığı çalışmada da, kansere tanısı hekimin kendisine, yakınına ya da hastasına konulduğunda, tanının söylenmesine yönelik hekim fikirleri, çalışmamıza benzer olarak, farklılık göstermektedir. Gülsoy'un çalışmasında, hekimin kendisi kansere, hekimlerin %95.1'inin tanıyı bilmek istediği, yakını kansere olduğunda %84.1'inin, hastası kansere olduğunda ise %59.4'ünün tanının açıklanmasından yana olduğu bildirilmektedir. 2000 yılında yapılan çok uluslu bir çalışmaya göre, klinisyenlerin, Amerika Birleşik Devletleri'nde büyük kısmı, Japonya'da ise küçük bir kısmı, tedavi edilemeyen, ilerlemiş evredeki kanserin hastaya açıklanması gerektiğini düşünmektedir (33). Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, 1. ve 6. sınıf öğrencileri arasında, tanıyı söylemenin doğru olduğu inancı, eğitim yılı arttıkça azalmaktadır (34). Yine uluslararası bir çalışmada, Afrika, Fransa, Macaristan, İtalya, Japonya, Panama, Portekiz, İspanya'daki onkologlar, meslektaşlarının %40'ından azının kansere kelimesini kullanacağını ya da hastaya tanısını açıklayacağını düşündüklerini bildirmişlerdir (35). Hekimlerin kendileri, yakınları, hastaları söz konusu olduğunda tanının söylenmesi konusundaki tutum farklılıkları paternalistik doktor-hasta ilişkisini yansıtmaktadır (36).

Bu çalışmada, ölüm kaygısı düzeyine göre yapılan karşılaştırmada; ölüm kaygısı yüksek olan hekimler, ölüm kaygısı düşük olan hekimlere göre, "Ölümcül hastalığı olan hasta ve ailesi ile karşılaşmayı diğer hastalar ile karşılaşmaktan zor bulurum." ve "Ölümcül hastalık ya da ölüm haberi verirken duygusal zorluk yaşarım." ifadelerine daha fazla oranda katılırken, "Ölümcül hastalık tanısının açıkça söylenmesi, hastanın prognoz ve ruhsal durumunu etkilemez." ifadesine daha az oranda katılmaktadır. Bu sonuçlar ışığında, ölümcül hasta ile karşılaşmadaki sorunların ve ölümcül hastalık tanısını bilmenin prognoz üzerinde olumsuz etkisi olduğu görüşünün hekimlerin kendi ölüm kaygılarını yansıtabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu çalışmada, ölüm kaygısı kadın hekimlerde, erkek hekimlere göre yüksekken, ölümcül hastalar ile sık karşılaşan hekimlerde düşük olarak saptanmıştır. Templer'in (22) yaptığı çalışmada da, kadınlarda ölüm

kaygısı yüksek olarak saptanmıştır. Ölümcül hastalık ile sık karşılaşma sonucu ölüm kaygısı azalmakta mıdır, yoksa ölüm kaygısı yüksek olanlar bu tür hastalar ile karşılaşma olasılıklarının olmadığı dalları mı seçmektedirler konusu açık değildir. Bununla birlikte, bu çalışmaya göre, cerrahi tıp dallarında çalışan hekimler, temel tıp-radyoloji alanında çalışan hekimlere oranla daha fazla oranda erkeklerden oluşmaktayken, aynı zamanda, daha fazla oranda ölümcül hasta ile karşılaşmaktadırlar ve ölüm kaygıları da daha düşüktür. “Ölümcül hastalığı tespit edilen hastaya tanı ve tedavisi hakkında iyi kötü tüm bilgileri söylemek gereklidir.” ve “Ölümcül hastalığı olan hastalar, tanı kendilerine söylenmemiş olsa bile gerçeğin farkındadırlar.” ifadelerine temel tıp-radyoloji hekimleri, cerrahi bilim dallarındaki hekimlere göre daha az katılmaktadır.

Hastaların büyük kısmı gerçeği öğrenmek isterken, bir kısmı tüm ayrıntıları istememekte, bir kısmı ise tanısını öğrenmek istememektedir. Hekimlerin de sıklıkla gerçeğin söyleneceği ve söylenmeyeceği hastalar olduğu, ya da gerçeği söylemenin hastadan hastaya değişeceğine yönelik düşünceleri bulunmaktadır. Genelde tanının söylenip söylenmeyeceğine; yaş, cinsiyet, özgeçmiş, iş, aile ve sosyal durumu, kişiliği, dini, fiziksel

durumuna, prognoza göre karar verilmektedir. Hekimler hasta eğer; kadın, yaşlı, eğitimi düşük, işsizse söylememeyi tercih etmektedirler (35). Tanı için hastanın hazır olup olmadığına bakılmaksızın, tam bir açıklama yapmanın da uygun olmadığı bildirilmektedir (9). Paternalistik hasta doktor ilişkisinde “hastalar üzerinde doktorların gücü vardır, soru sormak ya da tartışma konusunda isteksizdirler. Amerika Birleşik Devletlerinde, farklı kültürel yapıdaki ülkelerden gelen hastalarda kullanılan bir yöntem, tıbbi uygulamalar sırasında hastaya hastalıkları hakkında ne kadar bilgilenmek istediklerini yazılı olarak sorgulamak olmaktadır. Bu uygulama doktorun gerçeği söyleme konusunda tutumunu belirlemede bir destek sağlamaktadır (35).

Sonuç olarak, bu araştırma, hekimlik mesleği uygulamaları içinde önemi ihmal edildiği düşünülen bir alan olan ölümcül hasta ve ölüme yaklaşımda yaşanan zorlukları bir ölçüde saptayıp tartışılır hale getirecek veriler ortaya koymuştur. Ölümcül bir hastalık ya da kanser tanısı söz konusu olduğu durumlarda, hasta ve hekimin yararına olacak şekilde ‘iyi ölüm’ kavramının anlaşılması, tartışılması ve duyarlılığın artırılmasına ve bu alanda izlenecek yolun belirlenmesindeki eksikliklerin giderilmesine öncülük edecek yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Zisook S, Zisook SA. Ölüm, ölmek ve yas: In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri ed.), İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007, 2367-2392.
2. Oğuz NY, Şenol S, Devrimci Özgüven H, Ankazan M, Özen AR, Ünal Ş. Ankara’da çalışan hekimlerin ötenazi ile ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik bir anket çalışması. 3P Dergisi 1996; 4: 43-48.
3. Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser tanısı konan hastalarda kötü haber verme: Hekime düşen görev. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2008;71:22-26.
4. Akça F, Köse İA. Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi 2008; 11:7-16.
5. Ledenberg M, Joshi N. Yaşamın sonu ve palyatif bakım: In Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri ed.), İstanbul: Güneş Kitabevi, 2007, 2336-2366.
6. Şemin S, Aras Ş. Temel Yönleriyle Psikiyatride Etik. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları, 2004, 63-94.
7. Dünya Hekimler Birliği Bali Hasta Hakları Bildirgesi, 1995, <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/patient.html>
8. Orlander JD, Fincke G, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents’ first clearly remembered experiences of giving bad news. J Gen Intern Med 2002;17:825-831.
9. Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Weiner J, Polite RG, Davis EB, Boyer EG. The good news about giving bad news to patients. J Gen Intern Med 2002;17:914-922.
10. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsuda E, Vlahos L. Cancer information disclosure in different cultural contexts. Support Care Cancer 2004;12:147-154.
11. Fujimori M, Uchitomi Y. Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. Jpn J Clin Oncol 2009;39:201-216.
12. Kavlak O, Ertem G, Sevil Ü. Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin kanserli hastalara doğruyu söyleme konusunda tutumları. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği 2008;16:1-7.

13. İnci F, Öz F. Ölüm eğitiminin hemşirelerin ölüm kaygısı, ölüme ilişkin depresyon ve ölümcül hastaya tutumlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:253-260.
14. Onan GN. Terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren hemşirelerin karşılaştıkları güçlükler ve başa çıkma yolları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2001.
15. Yamaç D, Ceyhan B. Kanser hastasına doğru bilgi verme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği* 1999; 7:34-40.
16. Okyayuz UH. Ölümcül hastalık tanısı almak: Bir yaşam krizi. *Kötü haber verilmeli mi? Kriz Dergisi* 2003; 11:29-35.
17. Peykerli G. Ölümcül hastalıklara psikolojik yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003; 25:62-65.
18. Şenol S, Devrimci Özgüven H, Dağ İ, Oğuz Y. Hekimler için ötenazi ve ölümcül hastaya ilişkin tutum ölçeği (ÖTÖ)'nin faktör yapısı ve iç tutarlılığı. *3P Dergisi* 1996; 4:185-190.
19. Ross EK. Ölüm ve ölmek üzerine. Büyükbakkal B (Çeviri), İstanbul: BDZ Yayıncılık, 1997.
20. Brewin TB. Three ways of giving bad news. *Lancet* 1991; 337:1207-1209.
21. Yalom I. Güneşe Bakmak Ölümle Yüzleşmek. İyidoğan Babayığı Z (Çeviri), İstanbul: Kabalıcı Yayıncılık, 2008.
22. Templer DI. The construction and validation of death anxiety scale. *J Gen Psychol* 1970; 82:165-177.
23. Tavolli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterol* 2007;7:28.
24. Miyata H, Tachimori H, Takahashi M, Saito T, Kai I. Disclosure of cancer diagnosis and prognosis: a survey of the general public's attitudes toward doctors and family holding discretionary powers. *BMC Med Ethics* 2004; 5:E7.
25. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol* 1993; 32:623-626.
26. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2003;14:145-152.
27. Gülsoy R. Ankara Atatürk eğitim ve araştırma hastanesi hekimlerinin kanser hastalığı tanısını söyleme/kötü haber verme konusundaki görüşleri. Uzmanlık Tezi, S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Ankara, 2007.
28. Uçar N, Yardım Aksu F, Alpar S, Fırat Güven S, Örsel O, Kurt B. Akciğer kanseri tanısı hastaya söylenmeli mi? *Solunum Hastalıkları* 2007;18:148-156.
29. Back AL, Anderson WG, Bunch L, Marr LA, Wallace JA, Yang HB, Arnold RM. Communication about cancer near the end of life. *Cancer* 2008;113 (Suppl.7):1897-1910.
30. Paul CL, Clinton-McHarg T, Sanson-Fisher RW, Douglas H, Webb G. Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *Eur J Cancer* 2009; 45:2960-2966.
31. Mack JW, Block SD, Nilsson M, Wright A, Trice E, Friedlander R, Paulk E, Prigerson HG. Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer. *Cancer* 2009;15:3302-3311.
32. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 2001;19:2049-2056.
33. Ruhnke GW, Wilson SR, Akamatsu T, Kinoue T, Takashima Y, Goldstein MK, Koenig BA, Hornberger JC, Raffin TA. Ethical decision making and patient autonomy: a comparison of physicians and patients in Japan and the United States. *Chest* 2000;118:1172-1182.
34. Pulanic D, Vražić H, Cuk M, Petrovecki M. Ethics in medicine: Students' opinions on disclosure of true diagnosis. *Croat Med J* 2002; 43:75-79.
35. Asai A. Should physicians tell patients the truth? *West J Med* 1995; 163:36-39.
36. McCabe MS, Wood WA, Goldberg RM. When the family request withholding the diagnosis: who owns the truth. *J Oncol Pract* 2010; 6:94-96.