

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERKEN EVRE MEME KANSERLİ KADINLARDA
AMELİYAT TERCİHLERİ VE TERCİHLERİ
ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Psikiyatri Anabilim Dalı
Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
Sağlık Danışmanlığı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Zehra ÇALIŞKAN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hayriye ELBİ METE

İZMİR
(2007)

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof.Dr. Hayriye Elbi Mete

.....

(Danışman)

Üye : Prof.Dr. Cahide Aydın

.....

Üye : Yard. Doç. Dr. Ayşın Noyan

.....

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:

ÖNSÖZ

Ameliyatları öncesinde araştırmaya katılarak kaygılarını, sıkıntılarını, duygularını ve kararlarına ilişkin özellerini paylaşan hastalara teşekkür ederim. Herkesin, sağlıklarına ilişkin karar verme süreciyle karşılaştıklarında, seçeneklerin uygun bir şekilde tanımlanıp bilgilendirilmelerini ve empatik desteği sağlayacak sağlık danışmanları ile birlikte olmalarını ümit ederim.

KLP Bilim Dalı'nda yüksek lisans programını açarak çalışmanın ve öğrenmenin güzelliğini bir kez daha yaşamama vesile olan ve çalışmalarımnda her zaman desteğini gördüğüm tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Hayriye Elbi Mete'ye teşekkür ederim. Severeğ üzerinde çalıştığım tezin konusunu bana sunan Sayın Yard. Doç. Dr. Aysin Noyan'a teşekkür ederim. Yüksek lisans programının açılmasına vesile olan değerli arkadaşım Yük. Hem. Gül Şav Özaydemir'e ve eğitim süresince yardımlaşma ve dayanışmanın sıcaklığını yaşatan sevgili dönem arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Uygulamalar sırasında hastalara ulaşmam konusunda yardımlarını esirgemeyen Genel Cerrahi Kliniğı'nin özverili hemşireleri Melek Soltekin'e ve Dildar İnan'a teşekkür ederim.

Araştırmanın istatistikleri konusunda bana yol gösteren, zamanını ve emeğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Uzman Psikolog Umut Yıldız'a çok teşekkür ederim. Araştırmaya destek ve katkılarını veren çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bu süreç içinde ve her zaman yanımda olan eşimin ve ailemin desteğı olmadan yapamazdım.

İzmir, Mayıs/ 2007

Zehra Çalışkan

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
TABLULAR DİZİNİ	v
BÖLÜM 1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem).....	3
1.1.2. Alt Problem	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Hipotezler (Denenceler)	4
1.4. Sayıtlılar (Varsayımlar)	5
1.5. Araştırmanın Önemi	5
1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler	6
1.7. Tanımlar.....	6
1.7.1. Anksiyete.....	6
1.7.2. Depresyon.....	6
1.7.3. Kararda çelişki.....	7
1.7.4. Karar verme	7
1.7.5. Sosyal destek	7
GENEL BİLGİLER	8
1.8. Meme Kanseri.....	8
1.8.1. Türkiye’de Meme Kanseri	9
1.8.2. Meme Kanserinde Evreleme	10
1.8.3. Meme kanserinde tedavi seçenekleri nelerdir?	11
1.8.3.1. Lumpektomi.....	11
1.8.3.2. Segmental Mastektomi	12
1.8.3.3. Basit Mastektomi	12
1.8.3.4. Modifiye Radikal Mastektomi (MRM)	12
1.8.3.5. Radikal Mastektomi.....	13
1.9. Bilgilenme.....	13
1.10. Karar Verme	15
1.10.1. Karar Verme Biçimleri.....	16
1.10.2. Kararda Çelişki.....	17

1.10.3. Yapılan Çalışmalar	18
BÖLÜM 2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
2.1. Araştırmanın Tipi.....	21
2.2. Kullanılan Gereçler.....	21
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onay Formu	21
2.2.2. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu	22
2.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	22
2.2.4. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	23
2.2.5. Kararda Çelişki Ölçeği	24
2.3. Kullanılan Yöntem.....	25
2.3.1. İşleme Ölçütleri.....	26
2.3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	26
2.3.3. Araştırmanın Evreni	27
2.3.4. Araştırmada Örneklem	27
2.3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	28
2.3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	28
2.3.7. Süre ve Olanaklar	29
2.3.8. Etik Açıklamalar	29
BÖLÜM 3. BULGULAR.....	30
3.1. Kararda Çelişki Ölçeği'nin (KÇÖ) Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	30
3.1.1. KÇÖ'nin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular	31
3.1.1.1. KÇÖ'nin İç Tutarlılığı	31
3.1.2. KÇÖ'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular	33
3.1.2.1. KÇÖ'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular.....	34
3.1.2.2. KÇÖ'nin Faktör Geçerliği	35
3.1.2.3. Ayırt Edici Geçerlik.....	37
3.2. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulgular.....	39
3.3. Hastaların Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular.....	44
3.4. Hastaların Psikososyal Değişkenlerine İlişkin Bulgular	48
3.4.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular	48
3.4.2. Sosyal Destek Bulguları	50

3.5. Karar Verme ile İlgili Değişkenlere İlişkin Bulgular	52
BÖLÜM 4. TARTIŞMA	57
4.1. Kararda Çelişki Ölçeği'nin (KÇÖ) Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
4.2. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
4.3. Hastaların Bilgi Kaynakları, Bilgi Gereksinimleri, Bilgi Düzeyleri ile Anksiyete ve Depresyon Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	60
4.4. Hastaların Sosyal Destek Bulgularına İlişkin Tartışma.....	63
4.5. Hastaların Ameliyat Kararlarına İlişkin Tartışma	64
4.6. Hastaların Kararlarındaki Çelişkileri ve Sosyal Destek Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması	69
BÖLÜM V. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	70
5.1. Sonuç	70
5.2. Öneriler	71
ÖZET.....	72
ABSTRACT	74
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	76
EKLER	
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Formu	85
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu.....	86
Ek 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	88
Ek 4. Had Ölçeği.....	89
Ek 5. Kararda Çelişki Ölçeği	91
ÖZGEÇMİŞ.....	92

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: KÇÖ Alt Ölçeklerinin Cronbach Alfa Değerleri, Alan Çıkartıldığında Elde Edilecek Alfa Değerleri, Alan/Toplam Korelasyonları	32
Tablo 2: KÇÖ'nin Maddelerinin Düzeltmiş Alan/Toplam Korelasyon Katsayıları ve Madde Çıkartılırsa Cronbach Alfa Değerleri.....	33
Tablo 3: KÇÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (N=48).....	35
Tablo 4: KÇÖ Maddelerin Faktör Yapısı.....	36
Tablo 5: Ameliyat Tercihi ve KÇÖ Alt Ölçeklerinin Ayırt Ediciliği.....	38
Tablo 6: Hastaların Demografik Özellikleri.....	40
Tablo 7: Hastaların Eğitim Düzeyleri ve Hanelerinin Aylık Geliri ile Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Bilgi Edinme Kaynakları	42
Tablo 8: Hastaların Aile Yapısı ile Ameliyat Kararını Kimin Vermesi Konusundaki Tercihleri.....	43
Tablo 9: Doğum Yeri ile Nasıl Bir Ameliyat/Tedaviye İlişkin Bilgi Düzeyi ve Sorularına Yanıt Alma Düzeyi	44
Tablo 10: Hastaların Hastalık ve Tedavileri Konusunda Bilgilerine İlişkin Algıları	44
Tablo 11: Hastaların Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Bilgi Edinmede Ana Kaynakları	45
Tablo 12: Hastalık Hakkında ve Ameliyat Seçenekleri Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Sağlanan Bilginin Yeterliliği	46
Tablo 13: Hastalık Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Hastaların Sorularına Yanıt Alma Düzeyi	47
Tablo 14: Ameliyat Seçenekleri Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Hastanın Uygulanacak Ameliyat/Tedaviye İlişkin Bilgisi ve Ameliyat Seçiminde Kararının Sorulması.....	48
Tablo 15: HAD Ölçeği Ortalama Puanları	48
Tablo 16: HAD Ölçeği Puanları ile Ruhsal Rahatsızlığı Olanlar ve Olmayanlar	49

Tablo 17: Hastane Depresyon ve Anksiyete Puanları ile Sosyal Destek Toplam Puanları Arasındaki İlişki	49
Tablo 18: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları	50
Tablo 19: Eğitimlerine Göre Sosyal Destek Algısı	50
Tablo 20: Sosyal Destek Algısı ile Yaşanan Yer İlişkisi	51
Tablo 21: Ruhsal Rahatsızlığı Olmayanların Ruhsal Rahatsızlığı Olanlara Göre Sosyal Destek Puanları.....	51
Tablo22: Ameliyat Kararının Oluşmasındaki Tercihleri ve Kendi Kararlarının Oluşumu.....	52
Tablo 23: Hastaların Ameliyat Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri	53
Tablo 24: Sağlanan Bilginin Yeterliliği ve Ameliyatın Seçiminde Kararının Sorulması	53
Tablo 25: Kararda Çelişki Ölçeği Puanları	54
Tablo 26: Değerlerde Açıklık Puanı ile Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkisi.....	54
Tablo 27: Ameliyat Seçenekleri Hakkında Bilgi Verilmesi ile KÇÖ Toplam Çelişki Puanı ve Alt Ölçeklerin Puanları	55
Tablo 28: KÇÖ ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki	56

BÖLÜM I

GİRİŞ

Tıbbi tedavideki her karar teknik bilgi veya uzman tavsiyesi gerektirir. Ancak hiçbir karar sadece teknik bilgiye başvurmakla oluşmaz. Bazı çalışmalar hasta ve hekiminin verilen tıbbi kararı paylaşımlarının hastanın doyumunu arttırdığını ve hatta bazı klinik sonuçları da düzelttiğini ileri sürmektedir (Deadman, 2001). Meme kanseri cerrahisinin, hasta ve hekim açısından tedavi kararlarını ortak almaya çok uygun bir alan olduğu belirtilmektedir. (Guadagnoli, 1998; Gafni, 1998; Fallowfield, 1990).

Hasta haklarına ilişkin bilincin gelişmesi ve etik konulara ilişkin gelişmeler hastaların, hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgilenme ve tedavi kararlarına katılma olanağına sahip olmaları gerektiği anlayışını da beraberinde getirmiştir. Tanının konuşulması ve tedavi seçeneklerinin sunulmasında etkin iletişimin, uzun dönemde meme kanserine uyumu arttırdığı görülmüştür. Erken evre meme kanseri olup mastektomi-lumpektomi tercihini sunan cerrahlar tarafından tedavi edilen kadınların, ameliyat kararı hekimleri tarafından verilen kadınlara göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin ameliyattan oniki ay sonra daha düşük olduğu görülmüştür (Fallowfield, 1990). Üç yıl sonra da aynı hasta grubunun izleminde, seçenek tanınmayan hasta grubuna göre anlamlı düzeyde daha az deprese ve anksiyöz oldukları; seçenek sunulmuş olmasından dolayı olumlu tepki verdikleri bulunmuştur (Fallowfield, 1994).

Ancak bazı hastalar sağlıklarını ilgilendiren konularda bilgi alıp kararlara katılmayı tercih ederken, bazıları sağlıklarına ilişkin gerçekleri dahi duymak istememektedir. Karar verme sürecine etkin katılım konusunda her hasta kolay uyum gösteremeyebilir (Beaver, 1996). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, kanser hastalarının başka hastalıkları olan hastalara göre genellikle daha edilgen bir rolde olmayı tercih ettiklerini göstermektedir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada, meme kanseri olan kadınların (%52 oranında), kanser dışı meme hastalığı olan kadınlara (%31 oranında) göre daha pasif rolde kalmayı tercih ettikleri bildirilmiştir (Beaver, 1996). Kanada’da yapılan bir çalışmada prostat kanserli hastaların %58’i ve meme kanserli hastaların %43’ü tedavi kararlarında pasif rolü tercih ettiklerini bildirmişlerdir (Bilodeau, 1996). Yine Kanada’da yapılan başka bir çalışmaya göre meme kanseri hastalarının sadece %34’ünün pasif rolü seçmesi (Degner, 1997), aktif rolü seçenlerin daha çok olması, Kanada’daki meme kanseri eylemcilerinin kadınların tutumlarında ortaya çıkardığı bir değişiklik olarak yorumlanmıştır.

Erken evre meme kanseri hastalarının tedavileriyle ilgili bilgilerinin olup olmadığı, tedavi kararlarına katılıp katılmadıkları, hastalara ilişkin özelliklerin hastaların tedavi kararlarındaki rollerini ne ölçüde etkilediği araştırmanın konusunu oluşturmaktadır. Bu çalışmada, erken evre meme kanseri olan kadınlarda, tanı konması ve ameliyat olma sürecinde, ameliyat seçimini etkileyebilecek hastaya ilişkin değişkenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın konusu; bilgilendirme gereksinimlerinin ve tedavi kararlarına katılma derecelerinin farklı ülkelerdeki kültürel, geleneksel, yasal ve ekonomik farklılıklara göre değiştii gerçeğinden hareketle çalıştığımız hasta grubuna ilişkin verilere ulaşmak açısından önemlidir.

1. 1. Araştırmanın Konusu (Problem)

Meme kanseri olan kadınlarla, tedavi kararlarına katılımları konusunda yapılan çalışmalarda, hastaların önemli oranda tıbbi tedavileriyle ilgili oldukları bulunmuştur (Degner, 1992, Bruera, 2002). Bu araştırmada; **tedavileri ile ilgili kararlar konusunda hastaların konumu nedir, ameliyat kararına ne derecede katılabiliyorlar? Sosyodemografik veya psikososyal özellikler hastaların tedavi kararlarındaki rollerini ne ölçüde etkiliyor? Karar verme sürecine katılımla hastanın sosyal destekleri, anksiyete ve depresyonu arasında ne tür ilişki var? Karar verme sürecine katılan hastaların kararda yaşadıkları çelişki düzeyleri azalıyor mu,** sorularına yanıt aranacaktır.

1.1.2. Alt Problem

İnternet kullanımının yaygınlaştığı günümüzde bilgiye ulaşmanın daha kolay olduğu varsayılsa da birçok hastanın kendi sağlığını etkileyecek tedavi kararlarına katılmak için gereken bilgiye sahip olup olmadığını değerlendirmek için **erken evre meme kanseri olan hastalara tedavileriyle ilgili bilgi veriliyor mu,** sorusuna da yanıt aranacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; erken evre meme kanseri hastalarının tedavi kararlarına katılım düzeylerini saptamak, bu katılıma sosyodemografik faktörlerin etkisine bakmak ve hastaların tedavilerine ilişkin bilgi gereksinimlerini değerlendirmektir.

Ayrıca meme kanseri olan kadınların ameliyat öncesi ruhsal durumları, sosyal destek algıları ve karar verme süreçleri arasındaki ilişkiyi de değerlendirmek amaçlanmıştır.

1.3. Hipotezler (Denenceler)

Hastalarının sosyodemografik özellikleri, ameliyat öncesi ruhsal özellikleri ile ameliyat tipini seçim biçimleri arasında bir ilişki var mıdır, sorusundan hareketle aşağıdaki hipotezler sınanacaktır.

1. Erken evre meme kanseri olan kadınlarda yaş, eğitim ve gelir düzeyi gibi sosyoekonomik özellikler, hastanın tedavi kararına ilişkin konumunu etkiler. Yaşı genç olan, eğitilmiş ve ekonomik durumu iyi olan hastalar, ameliyatlarına ilişkin karara yaşları olan, eğitimi ve ekonomik durumları düşük olan hastalara göre daha çok katılırlar.

2. Hastaların hastalıkları, ameliyat seçenekleri, tedavileri konusunda bilgi sahibi olmaları ve tedavileri konusunda karara katılımları, hastalığa ve tedaviye psikolojik uyum açısından önemlidir. Ameliyat seçenekleri konusunda bilgisi olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, bilgisi olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinden düşüktür.

3. Meme kanseri olan kadınların hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgiye gereksinimleri kadar baş etme kaynağı olarak sosyal desteğe de gereksinimleri vardır. Psikososyal desteğin, tanının konması ve hastalığın tedavisi süreçlerinde ayrılmaz bir parça olduğu vurgulanmıştır. Hasta hekim ilişkisi içinde, hastaya açık, anlaşılır ve yeterli bilginin duyarlı bir şekilde verilmesi hasta için hekim desteğinin önemli bir ölçütüdür. Ameliyat seçenekleri konusunda bilgilendirme yapılmış olan hastaların hekimleriyle ilgili sosyal destek algıları, bilgilendirme yapılmamış olan hastaların hekimleriyle ilgili sosyal destek algılarından daha yüksektir.

4. Tedavi kararı sürecine katılan hastaların, karar aşamasında belirsizlik veya çelişki yaşamaları söz konusu olabilir. Kararda çelişki; bir eylem sürecinde kararsızlık durumudur. Anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olan hastaların, tedaviye karar verme sürecindeki çelişki düzeyleri de yüksektir.

5. Bir karara varırken insanlar danışmak, fikir almak, çevrelerinden görüş sormak ister. Böylece kararlar da paylaşılmış olur. Güçlü sosyal destek algısı olan hastaların tedavi kararlarındaki çelişki düzeyleri, güçlü sosyal destek algısı olmayanlara göre daha düşüktür.

1.4. Sayıtlar (Varsayımlar)

Uygulamaların, hasta haklarına ve etik konulara ilişkin bilincin var olduğu ortamda yapıldığı varsayılmıştır. Çalışmanın uygulamalarında da hasta haklarına ve etik konulara dikkat edildiği varsayımından hareket edilmiştir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Hastaları bilgilendirme ve onları tedavi kararlarına dahil etme süreçleri kültürel, yasal ve ekonomik farklılıklardan etkilenerek dünyada farklı coğrafyalarda farklı biçimlerde gelişmektedir. Batı toplumlarında son yıllarda kanser hastalarıyla daha açık iletişim kurmak yönünde değişim olmuştur. Hastaların karara katılımı konusunda çeşitli ülkelerde pek çok çalışmalar yapıldıysa da ülkemizde bu alanda çalışma yoktur. Ülkemizde hastaların tedavilerine ilişkin seçim yapmaları konusu henüz araştırılmış bir konu değildir. Bu çalışma, bu alana dikkati çekmek adına bir çabanın ürünüdür.

1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler:

Bu çalışmada hastaya bilgi verme konusunda standart bir program uygulanmamış, bilgilendirme boyutunda, sağlık çalışanlarının ne oranda ve biçimde bilgi verdikleri veya vermedikleri değerlendirmeye alınmamıştır; hastalar ve sağlık hizmeti verenler arasındaki ilişki ve etkileşimler gözlemlenmemiştir. Ayrıca hastaların hastalık ve tedavileri hakkındaki bilgileri herhangi bir objektif değerlendirmeden geçirilmemiştir. Değerlendirmeler tamamen hastaların kendilerine verilen bilgiyi nasıl değerlendirdikleri sorularak yapılmıştır.

1.7. Tanımlar

1.7.1. Anksiyete

Anksiyete veya endişe, canlılarca deneyimlenen kaygı, korku, gerilim, sıkıntı halidir. Canlıların dış ortama uyum çabasında koruyucu bir tepkidir. Denetim dışına çıkıp kişinin işlevselliğini aksattığında anksiyete bozuklukları olarak incelenir. Terleme, titreme, çarpıntı vs. gibi bedensel belirtileri görülebilir. Başına kötü bir şey geleceğini düşünme, rezil olmaktan veya komik duruma düşmekten korkma gibi bilişsel (düşünsel), fakat çoğu kez nedeni belirsiz, tanımlanamayan bir gerginlik durumudur.

1.7.2. Depresyon

Kelime anlamı çöküntü olan depresyon, kişinin sosyal işlevselliğini ve günlük yaşama dair etkinliklerini rahatsız edecek, bozacak dereceye ulaşmış üzüntü,

melankoli veya keder durumudur. Belirtileri huzursuzluk, aşırı kaygı ve endişe, hiçbir şeyden zevk alamama, iştahsızlık/aşırı yemek yeme, çabuk yorulma, uykusuzluk ve uyku problemleri yaşamak olarak sıralanabilir.

1.7.3. Kararda çelişki

Kararda çelişki, bireysel yaşam değerleri için risk, kayıp, pişmanlık getiren veya kişisel yaşam değerlerini tehdit eden eylemlerden hangisini seçeceği konusunda belirsizliktir.

1.7.4. Karar verme

Karar verme mevcut durumu korumak dahil, seçenekler arasından seçme sürecidir. Seçeneklerin risk ve yararlarını tarttıktan sonra bir eylem tercih etmektir.

1.7.5. Sosyal destek

Kişilerarası ilişkilerde sevilme, değer verilme, güven bulma, yardım görme, karşılıklı işbirliği ve iletişim gibi öğeleri içeren genel bir terimdir. Kişinin içinde bulunduğu sosyal ilişkiler sistemini ve yardımı içerir.

GENEL BİLGİLER

1.8. Meme Kanseri

Dünyada ve ülkemizde kadınlar arasında en sık görülen kanser meme kanseridir. Kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Erkeklerde meme kanseri nadirdir; tüm meme kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur (Haydaroğlu, 2005). Meme kanseri dünyanın çeşitli ülkelerinde %1-2 oranında artış göstermektedir. 1970'li yıllarda her 18 kadında bir görülürken, günümüzde bu sıklık sekiz kadında bire yükselmiştir ve her yıl dünyada yaklaşık bir milyon yeni olguya tanı konmaktadır. Avrupa'da yılda 180.000, Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 184.000 yeni olgu saptanmaktadır. Meme kanseri sıklığı dünya üzerinde ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hawaii, Kaliforniya, Kanada yılda yüzbinde 80-90 görülme sıklığı ile ilk sıralarda yer alırken, aynı değer Japonya'da sadece yüzbinde 12-15 arasındadır. 1970'ten bu yana Japonya, Singapur ve Çin'de ekonomideki batı tarzı gelişim ve doğurganlığın batıya benzemesi nedeniyle meme kanseri görülme oranındaki fark giderek azalmaktadır. Avrupa ülkelerinde ise görülme sıklığı kuzey ülkelerinden güneye ve batı ülkelerinde doğuya doğru gittikçe azalmaktadır (Topuz, 2003).

En önemli risk etkeni yaş olduğu için hastalığın gelişme riski yaş ile doğrudan ilişkili olup, yaş ilerledikçe kanser görülme sıklığı da giderek artmaktadır. Meme kanseri 30 yaşından önce nadir olup, bu yaşı takip eden üretken yıllarda hızlı bir tırmanış gösterir; menapoz dönemindeki hafif bir azalmayı takiben de menapoz sonrası yıllarda yavaş eğilimle sürekli devam eden bir artış ortaya çıkar. Bu hastalıktan en yüksek morbidite ve mortalite 65 yaş ve yukarısında görülmektedir.

Bu nedenle 85 yaşındaki her 9 kadından birinde meme kanseri gelişebileceği beklenmektedir.

Kanser sonucu ölümlerde akciğer kanseri ve kolorektal kanserlerden sonra üçüncü sıradadır. Ancak 40-44 yaş arasında kansere bağlı ölüm nedeni olarak birinci sırayı almaktadır. Bir kadının hayatı boyunca meme kanseri olma riski %11'dir. Son yıllarda mamografik tetkiklerin yaygın kullanımı, cerrahi tekniklerin ve tanı yöntemlerinin geliştirilmesi meme kanserlerinin daha erken evrelerde saptanmasına yol açmıştır (Topuz, 2003).

1.8.1. Türkiye'de Meme Kanseri

Meme kanseri, Türkiye için de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye, kadınlarda meme kanseri insidans hızı orta derecede yüksek olan ülkeler arasındadır. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'ndan yapılan ortak açıklamada, ülkemizde kadınların karşılaştığı sağlık risklerinin başında koroner kalp hastalıkları ve meme kanserinin yer aldığı bildirilmiştir. Açıklamada; Türkiye'de her yıl yaklaşık 30 bin kadında meme kanserinin görüldüğü ve meme kanserinin 40 yaş üzerindeki kadınlarda en sık görülen kanser türü olduğu vurgulanarak, yeni meme kanseri tanısı konan kadınların yüzde 70'inin 50 yaş üzerinde olduğuna dikkat çekilmiştir. Kadınlarda kanserden ölüme neden olan hastalıklar arasında meme kanserinin ilk sırada yer aldığı, 40 yaş üzerinde olan kadınlarda meme kanseri görülme sıklığının, yaşı 40 yaşın altında olan kadınlardan dört kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Fidaner, 2004).

1.8.2. Meme Kanserinde Evreleme

Meme kanseri teşhis edildikten sonra tedavi planının belirlenmesi aşamasında, öncelikle hastalığın ne kadar ilerlemiş olduğunun yani evresinin belirlenmesi gerekir. Evreleme, hastaları hastalığın yayılma derecesine göre gruplara ayırma işlemidir. Hasta için hangi tedavinin seçileceği ve prognozun nasıl olacağı konusunda bilgi veren güvenilir bir yoldur. Belli bir evreyle sınıflandırma kanserin hangi aşamada olduğunu gösterir. Kanserin evresi, kanser tanısı konduktan sonra tümörün büyüklüğü, lenf bezlerine sıçrayıp sıçramadığı ve vücudun meme dışında başka bölgelerinde hastalık olup olmadığı araştırılarak anlaşılır. Ayrıca meme kanseri evresinin belirlenmesi, kanserin tekrarlaması ya da diğer organlara yayılımı açısından önemli bir göstergedir. Hastalık ne kadar erken evrede yakalandıysa prognozu da o kadar iyi olacaktır. Günümüzde yaygın olarak UICC (Union International Contre Cancere) ve AJCC (American Joint Committee on Cancer)'nin biçimlendirdiği TNM sistemi kullanılmaktadır. TNM sisteminde T harfi primer tümör boyutunu, N koltukaltı lenf bezlerini, M ise uzak metastazı temsil etmektedir (Topuz, 2003).

Konunun erken evre meme kanseriyle ilgili olması nedeniyle sadece erken evreler üzerinde durulacaktır. Primer veya erken evre meme kanseri; çapı beş santimden az olan tümörlerle uzak metastazın olmaması olarak tanımlanır. I. ve II. evreler karsinomun erken evrelerini oluşturmakta ve cerrahi girişime uygun olduğu kabul edilmektedir. Evre I: Tümör çapının 2 cm'den küçük olduğu ve meme dışına yayılmadığı erken evre kanserdir. Evre II: Tümörün a) çapının 2 cm'den geniş olmadığı ve koltuk altındaki lenf düğümlerine yayılmış olduğu; b) çapının 2 ila 5 cm arasında olduğu ya da koltuk altındaki lenf düğümlerine yayılmamış olabileceği;

c) apının 5 cm'den geniş ve meme dışına yayılmamış olduğu erken evre kanserdir (Topuz, 2003).

1.8.3. Meme kanserinde tedavi seçenekleri nelerdir?

Meme kanserinin tedavisinde hastalığın bulunduğu bölgeye etkili tedaviye lokal tedavi denir. Radyoterapi ve cerrahi tedavi bu grup tedavilerdir. Vucudun herhangi bir yerindeki kanser hucreslerini yok etmek amaçlı yapılan tedaviye ise sistemik tedavi denir. Genellikle, meme kanseri biyopsi ile teşhis edildikten sonra hastaların çoğunda ameliyatla kanserin çıkarılması gerekir. Cerrahi tedavi, ameliyatla kanserli dokunun alınmasıdır.

I. ve II. evre meme kanserinde cerrahi tedavide iki yaklaşım söz konusudur: lumpektomi ve mastektomi.

Birinci yaklaşım, memenin tümünün alınmadığı sadece tümörün çıkarıldığı meme koruyucu ameliyatlardır.

1.8.3.1. Lumpektomi

Ameliyat sırasında sadece tümörlü bölge ve tümör çevresindeki bir miktar sağlıklı doku çıkarılır ve kalan meme dokusuna ışın tedavisi uygulanır. Memenin büyük bir bölümü yerinde durduğu için meme koruyucu cerrahi (MKC) olarak da tanımlanır.

1.8.3.2. Segmental Mastektomi

Memedeki kitlenin çevresindeki meme dokusu ile beraber ve tümörün altındaki göğüs kaslarını saran ince zarla birlikte çıkarılması anlamına gelir. Genellikle aynı taraftaki koltuk altı lenf bezleri de çıkarılır ve ameliyat sonrası ışın tedavisi verilmesi gereklidir.

İkinci yaklaşım ise memenin tümünün alınmasını içeren ameliyatlardır. Bu ameliyatları takiben ışın tedavisi verilip verilmeme kararı patoloji raporundaki tümöre ait özelliklere göre belirlenir.

1.8.3.3. Basit Mastektomi

Memenin çevresindeki yağ dokusu ve üzerindeki deri ile beraber çıkarılmasını ifade eder, genellikle aynı seansta koltuk altı lenf bezleri de çıkarılır.

1.8.3.4. Modifiye Radikal Mastektomi (MRM)

Meme kanserinde en yaygın yapılan ameliyattır. Tüm memenin, aynı taraftaki koltuk altı lenf bezleri, göğüs kaslarını saran ince zar ve bazen de göğüs duvarı kaslarının da bir bölümü ile birlikte çıkarılması anlamına gelir. Ameliyat sonrasında ışın tedavisi verilip verilmeme kararı patoloji raporundaki tümöre ait özelliklere göre belirlenir.

Ülkemizde, meme kanserinin tedavisi için radikal mastektomi tanımına uyan bir teknikle ilk ameliyat 1893 yılında Prof. Cemil (Paşa) Topuzlu tarafından yapılmıştır.

1.8.3.5. Radikal Mastektomi

Memenin göğüs kasları ve koltuk altı lenf bezleri ile birlikte alınmasıdır. Günümüzde sadece tümör göğüs kaslarına sığmadığında yapılmakta olan bu ameliyat eskiden en sık yapılan ameliyattı.

MKC ve radyoterapi ile MRM'yi karşılaştıran randomize çalışmalar 1960'lı yıllarda başlamıştır. Karşılaştırmalı prospektif çalışmalar ile randomize çalışmalar modern radyoterapi yöntemlerinin uygulandığı MKC ile mastektomiye karşılaştırmış ve fark olmadığı bilimsel olarak doğrulanmıştır. Yapılan çalışmaların yayınlarında nüksüz ve sağ kalım sürelerinin eşit olduğu belirtilmiştir. Amerikan Kanser Enstitüsü'nün MKC'nin MRM kadar iyi sonuçlar verdiğini kanıtlayan, lokal nüks gelişiminin her iki teknikte de istatistiksel olarak farklı olmadığını saptayan çalışması 1995'de yayınlanmıştır (Topuz, 2003).

Her iki yöntemin de yani memenin tamamen alınmasının da ya da hastalık çıkarılıp, kalan memenin ışınlanması da kanseri tedavi etmek bakımından aynı derecede etkinliğe sahip olduğu, hastalar için eşdeğer sağ kalım oranı sağladıkları başka çalışmalarla da desteklenmiştir (Van Dongen, 1992; Morris, 1997; Fisher, 1999; Fisher, 2000; Lantz, 2005).

1.9. Bilgilenme

Kişiler arası iletişim konusunda yapılmış pek çok çalışmada bireyin bilgi kaynaklarını aradığı varsayılmaktadır. Bu varsayım, Aristo'nun M.Ö. 330 yıllarında "Doğası gereği tüm insanlar bilmek ister" cümlesini söylediği kadar geçmiş zamanlara dayanır. Aristo'nun döneminde insanların bilmek istediği, bilgiyi

aramanın insan olmanın doğal bir yönü olduğu varsayılmıştır. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının neredeyse tümünün hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi almayı istediği görülmüştür (Jenkins, 2001). Kanser tanısının konması beraberinde bilgiye gereksinimi de getirir. Konuyla ilgili bilgiye ulaşmak hem hastaların hastalığı anlamalarına, hem de hastaların karar verme ve baş etmelerine yardımcı olmaktadır (Iconomou, 2005).

Kanser hastalarının bilgilenmeleri konusunda yapılan çalışmalar üzerine Kalyani Ankem'in yaptığı gözden geçirmede, hastalar için en çok hastalık hakkında bilginin ve onu takiben tedavi hakkında bilginin önemli olduğu belirtilmiştir. Hastalar öncelik sırasına göre bilgi gereksinimlerini; tanı hakkında bilgi, tedavi olasılıkları, hastalığın yayılması, prognoz, ve hastalığın tekrarlama belirtileri olarak sıralamışlardır. Yani hastalığın doğası, süreci ve prognozu hakkında bilgi olarak özetleyebiliriz. Hastalar tedavi hakkında bilgiye ikinci sırada yer vermişlerdir. Gözden geçirilen çalışmalarda, hastalık hakkında bilgiye gereksinimden sonra olası tedaviler, tedavi süresinde olası gelişmeler ve yan etkileri hakkında bilgilere gereksinim duyulduğu belirtilmiştir (Aknem, 2005).

Yaş, eğitim gibi demografik etkenlerin, gereksinim duyulan bilgiye etkisi olduğu bulunmuştur. Genç hastalar daha çok bilgilenmeye istekli bulunmuş, yaşı ileri olan hastaların bilgilenme konusunda daha az katılımcı oldukları belirtilmiştir (Jenkins, 2001). Her yaş grubundan hastaların, genç veya yaşlı, hastalıkları hakkında açık iletişimi tercih ettikleri belirtilmiştir. Hastaların hekim, hemşire, arkadaş veya akraba gibi şahsi bilgi kaynaklarını yazılı kaynaklara oranla daha çok tercih ettikleri, tıbbi dergilerin eğitim düzeyi yüksek olanlara daha uygun olduğu belirlenmiştir (Bilodeau, 1996).

Hastaların gereksinim duydukları bilgi türü, eğitim düzeylerine göre farklılaşmamaktadır; eğitimi daha yüksek olanlarla olmayanların aradıkları bilginin türü benzer bulunmuştur. Hastalıkları sırasında hastaların karar verme konusunda aktif olmayı tercih etmeleri, kanser tanısı konduktan sonra geçen süre, kanserin evresi ve uygulanan tedavinin türü gibi durumsal etkenlerin de hastanın neleri bilmek isteyeceğini etkileyeceği belirlenmiştir (Ankem, 2005). Hastaların bilgiye en az gereksinim duydukları alan cinsellikle ilgili bulunmuştur. Ruhsal konular ve sosyal alanlar da bazı çalışmalarda bilgilenme açısından en az önemi olan alanlar olarak sıralanmıştır (Beaver, 1999).

1.10. Karar Verme

Hangi çeşit ameliyatın yapılacağını hastanın memesinin büyüklüğü, tümörün büyüklüğü, hastanın genel durumu ve istekleri belirler. (Tıbbi esaslara göre mastektomi yapılması gerekli görülen hastalara tedavi seçiminin sunumu söz konusu değildir.) Kanserın tekrar etme şansını azaltmada her iki ameliyat şeklinin de aynı derecede etkili ve güvenilir olması nedeniyle, erken evre meme kanseri olan kadının kendisi için en uygun olacak ameliyat şeklini seçmesi, lumpektomi veya mastektomi ameliyatları arasında bir seçim yapması hastanın kişisel tercihinine kalabilir. Hasta tedavi konusunda aktif bir rol alarak tedavi kararına katılabilir veya kararı tamamen doktoruna bırakabilir. Bu konuda karara katılsın veya katılmasın kadının kendisine uygulanacak tedavi hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Bazı ülkelerde meme kanseri hastalarına hekim tarafından tedavi seçeneklerinin açıklanması yasayla düzenlenmiştir (Nayfield, 1994).

Yaşamda çeşitli konularda çeşitli karar verme seçenekleriyle sıklıkla karşılaşılır. Türk Dil Kurumu karar vermek kavramını “Bir iş veya sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı” olarak tanımlamıştır. Karar verme; mevcut durumu korumak dahil, seçenekler arasından seçme sürecidir. Seçeneklerin risk ve yararlarını tarttıktan sonra bir eylem tercih etmektir. Karar verenin; kendisi için var olan seçenekleri bilmesi, bu seçeneklerin olumlu ve olumsuz etkilerini dikkate alması ve bu etkilerin arzulanabilirliği veya geçerliliği üzerinde düşünmesi gerekir. Karar verenler olumlu sonuç vereceğini umdukları bir seçeneği tercih ederek istenmeyen sonuçlardan kaçınırlar (O’Connor, 2004).

1.10.1. Karar Verme Biçimleri

Erken evre meme kanser tanısı almış olan kadınlarda meme koruyucu cerrahinin mi yoksa mastektominin mi tercih edileceğine ilişkin karar verme konusunda Beaver’ın aktardığına göre; Degner ve Beaton 1987’deki makalelerinde dört biçimde yaklaşımdan söz etmişlerdir (Beaver, 1996). 1) Hekim kontrollü karar verme: hasta kendisi karar veremeyeceği veya istemediği için veya hekim bunun en uygun davranış olduğunu düşündüğü için hekim karar veren rolünü üstlenir. 2) Hasta kontrollü karar verme: hasta karar verme sürecinin sorumluluğunu üstlenir, kararlarını kendisi verir; bu süreçte hasta ortak olmaya, katılımcı olmaya teşvik edilirse daha etkili olur. 3) Aile kontrollü karar verme: eğer durum ağır ise karar verme sürecinde kontrolü aileler kullanabilir. 4) Ortaklaşa kontrolün olduğu karar verme: karar vermenin sorumluluğu hasta ve hekim arasında paylaşılır. Böylece karar vermeye ilişkin roller; hastanın karar vermede aktif olmasından, işbirlikçi veya

paylaşımçı role ve hekimin karar verme sorumluluğunu üstlendiği, hastanın pasif olduğu role kadar uzanır.

Hastaların daha aktif, daha katılımcı rolde olmaları ve sağlık hizmeti verenlerin hasta eğitimi amaçlı yaklaşımları paylaşılmış karar verme olarak bilinmektedir (Janz, 2004). Aynı yazısında Janz, Charles'ın 1997'deki makalesinden alıntı yaparak; 1) paylaşılmış karar vermenin en az iki ortağının (doktor ve hasta) olması gerektiğini, 2) bir tedavi kararını paylaşırken her iki ortağının da adım atması gerektiğini; 3) her iki ortağın tedavi seçenekleri hakkında bilgiyi paylaştıklarını; 4) Tercih ettikleri tedavi seçeneğine fikir birliğiyle ulaştıklarını aktarmıştır. Tedavide karar verme süreçlerine odaklanan çalışmalarda, meme kanseri tanısı aldıktan sonra mastektomi veya MKC seçimini yapması gereken hastaların kişisel tercihlerinin dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır (Bilodeau, 1996).

1.10.2. Kararda Çelişki

Ne yazık ki sağlıkla ilgili karar seçeneklerinde hem istenen, hem de istenmeyen sonuçlar olabilir. Bir seçenekte arzu edilen sonucun bir bölümü karşılanabilir, diğer seçenekte de diğer bölümü vardır. Yani hiçbir seçenek amacı tam olarak karşılamayabilir ve riski olmayan seçenek yoktur. Bu durum 'seçimde ikilem' veya 'kararda çelişki' olarak nitelenir. Kararda çelişki, O'Connor tarafından 'yapılacak eylemin istikametinde tereddüt etmek' olarak tanımlanmıştır. Özellikle, risk ve belirsizliklerin olduğu, önemli potansiyel kazanım veya kayıpların söz konusu olduğu karar verme zorunluluklarında ortaya çıkabilir. Kararda çelişki, bireysel yaşam değerleri için risk, kayıp, pişmanlık getiren veya kişisel yaşam değerlerini tehdit eden eylemlerden hangisini seçeceği konusunda belirsizliktir. Çelişki konuları;

kişinin sağlığı, aile ilişkileri, kariyer veya diğer yaşam olayları hakkında olabilir. Kararda çelişki, karar vermeye çalışırken tereddüdün dile getirilmesiyle, kararın ertelenmesiyle ve kişisel değer ve inançların sorgulanmasıyla dışa vurulur (O'Connor,1995).

Kararda çelişki, en iyi alternatifi tanımlamakta güçlük veya belirsizlik yaşanmasıyla nitelendirilebilir. Bu güçlük veya belirsizliği oluşturan etkenler;

- riskler veya yarar ve zararlar konusunda belirsizlik yaşanması,
 - potansiyel yararlar karşın potansiyel zararlar konusunda değerlendirme yapmaya gereksinim ve
 - reddedilmiş olan seçeneklerin olumlu yönü ile ilgili beklenen pişmanlık
- olarak sıralanmıştır (O'Connor, 2004).

1.10.3. Yapılan Çalışmalar

Meme kanseri nedeniyle mastektomi olan veya lumpektomi olup radyoterapi alan kırk hasta, hem operasyon öncesi hem de çeşitli zaman aralıklarıyla operasyondan bir yıl sonrasına kadar anksiyete, depresyon, bedenden duyulan memnuniyet, evlilik uyumu, özdeğerlilik, sosyalleşebilme, sosyal uyum ve yaşam olayları ile ilgili testler kullanılarak değerlendirilmişler. Cerrahi tedavi seçenekleri sunulan kadınların sunulmayan kadınlara göre ruhsal olarak daha iyi durumda oldukları (Ashcroft, 1986) bulunmuştur. Beisecker'in çalışmasında, hastalıkları ve tedavileri konusunda sözlü ve yazılı bilgi verildiğinde ve seçenekler konusunda ekiple görüşme olanağı sağlandığında kadınların daha az anksiyöz oldukları belirtilmiştir (Beisecker, 1994).

Degner ve arkadaşları meme kanserli hastaların bilgilendirilme ve tedavilerinin seçimi konusunda karar vermeye yönelik gereksinimlerini büyük bir örneklem grubuyla yaptıkları çalışmada (N=1012) değerlendirmişlerdir. Tedavi kararını oluşturmayı doktoruna emanet edenler %34, doktoruyla işbirliği içinde tedavisini seçmek isteyenler %44, tedavisini kendileri seçmek isteyenler %22 olarak bulunmuştur (Degner, 1997). Kanada’da meme kanseri tanısı yeni konmuş kadınlarla yapılan kesitsel bir çalışmada, tedavi kararlarının verilmesinde kadınların %43’ü pasif rolü tercih ettiğini belirttiği halde gerçekte %57’si pasif rolü benimsemiştir. Bu özellikle yaşlı kadınlar için geçerli olmuştur. Kadınların %37’si işbirlikçi bir rolü tercih ettiğini belirtse de %19’u bu rolde kalabilmiştir (Bilodeau, 1996).

Karar verme konusunda daha aktif rol almak isteyenlerin, karar verirken daha paylaşımcı veya daha pasif kalmak isteyenlere göre daha genç yaşta ve daha eğitilmiş oldukları bulunmuştur (Degner, 1992; Arora, 2000). Benzer şekilde Janz’ın bulgularında da daha genç ve hastalığı daha erken dönemde olanların ve eğitim düzeyi daha yüksek olanların karar vermede daha aktif rol almayı tercih ettikleri ortaya konmuştur (Janz, 2004). Beisecker çalışmasında, yaşlı hastaların genç erişkin hastalardan daha az taleplerinin olduğunu; yaşlı hastaların hekimlerin karar verme konusunda daha çok otoriteleri olması gerektiği görüşünde olduklarını, hekimlerin önerilerini sorgulamadan kabul ettiklerini ve elde edebilecekleri bilgiyi aldıkları, ancak kararları doktorların vermesini istediklerini bulmuştur (Beisecker,1994).

McVea’nın düşük gelirli kadınlarla yaptığı araştırmasında, kadınların yarıdan fazlasının karar vermede pasif rolü seçtikleri görülmüştür. Düşük gelirli kadınlara seçim yapma olanağı sunulduğunda, tedavi kararlarını daha yüksek gelirli kadınlarla aynı temellere dayandırdıkları, aynı konular üzerinden oluşturdukları görülmüştür (McVea, 2001).

Bir seçim olanağı sunulması tüm hastaların seçimi kendilerinin yapmak isteyeceği anlamına gelmeyebilir. Hastaların kansere karşı duygusal tepkileri tedavi kararlarını vermelerini etkileyebilir. Kanser tanısının tedavi kararlarına katılım konusunda olumsuz etkisi olabileceği varsayımıyla, meme kanseri tanısı almış kadını o dönemde karar vermeye zorlamak gerebilir. Yoğun duygusal sıkıntı beden imajına ilişkin kaygılar, rekürens korkusu bazı kadınların seçenekleri karşılaştırmalarını, karar vermede seçimlerin oluşmasını etkileyebilir (McVea, 2001).

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Yapılan çalışma kesitsel desenedir. Veriler, çalışmanın yapıldığı süre zarfında genel cerrahi kliniği meme hastalıkları biriminden kesitsel olarak, yüz yüze yapılan tek görüşmede toplanmıştır. Çalışmanın örnekleme erken evre meme kanseri hasta grubundan oluşmaktadır. Her görüşme ve ölçek uygulamaları sadece araştırmacı tarafından yapılmıştır. Çalışma kriterlerini karşılayan hastalardan gelişigüzel, olasılıksız olarak oluşturulan örneklem üzerinden araştırma bulgularına ulaşılmıştır.

2.2. Kullanılan Gereçler

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda kısaca tanıtılmış ve tüm değerlendirme araçları Ekler bölümünde sunulmuştur.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onay Formu

Araştırmanın amacı hakkında bilgi verilen ve uygulanacak ölçeklerden söz edilen onay formunda, yazılı olarak hastanın çalışmaya gönüllü onayı sorulmuş, kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Araştırmada veri toplamanın gizlilik ilkesine

sadık kalınarak gerçekleştirileceği ve elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanmıştır. Bilgilendirilmiş Onay Formu Ek 1’de sunulmuştur.

2.2.2. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu

Hastanın tedavileri ile ilgili karar sürecine katılımı ancak hastalığı ve tedavileri konusunda bilgi sahibi olduktan sonra söz konusu olabilir. Hasta, hastalığı ve tedavileri konusunda bilgi sahibi olmadan tedavi kararlarına katılamaz. Dolayısıyla karara katılım sürecinden önce bilgilendirme boyutunun da dikkate alınması gerekir, düşüncesinden hareketle bu çalışmada hastaların tanılarını, tedavilerini bilip bilmedikleri, hastalıkları hakkında bilgileri olup olmadığı sorgulandıktan sonra, ameliyat seçimi kararına ne kadar katılıp ne kadar katılmadıkları araştırılmıştır. Bunun için araştırmacı tarafından hazırlanan, hastalara sosyodemografik özelliklerini (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 bilgilerini, bilgi kaynaklarını, karara katılımlarını, tercihlerini sorgulayan yapılandırılmış bir görüşme uygulanmıştır. Sosyodemografik Veri ve Bilgi Formu Ek 2’de sunulmuştur.

2.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Kanser hastalarında ruhsal morbidite açısından en çok anksiyete ve depresyon gözlenmesi nedeniyle hastaların anksiyete ve depresyonunun değerlendirilmesi için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiş, hastada anksiyete ve

depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir (Aydemir, 1997). Toplam 14 soru içermektedir ve bunların yedisi anksiyeteyi ve diğer yedisi depresyonu ölçmektedir. Aydemir ve arkadaşları Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmışlardır. 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 3’de sunulmuştur.

2.2.4. 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 değerlendirmektedir. Her kaynağa (aile, arkadaş, aile ve arkadaşlar dışında bir kimse) ilişkin öznel algı 4 madde tarafından 7 aralıklı bir cetvele göre verilen cevaplarla değerlendirilmektedir ve ölçek toplam 12 maddeden oluşmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 84 olup, elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder. Ölçek, ilk olarak 1995’de Eker ve Arkar tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçek, 2001’de Eker, Arkar ve Yıldız tarafından tekrar gözden geçirilmiştir. Çalışmada ölçeğin güvenirliği (iç tutarlılık güvenirliği) 0.80 ile 0.95 arasında değişen değerlerdedir. 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 (Eker, 2001). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ek 4’de sunulmuştur.

2.2.5. Kararda Çelişki Ölçeği

Çalışmaya alınan hastalara, ameliyat kararı sürecine katılım algılarını ölçmek için Kararda Çelişki Ölçeği uygulanmıştır. Kararda Çelişki Ölçeği O’Connor tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Bu ölçek hastaların sağlıklarıyla ilgili kararlarını oluştururken yaşadıkları çelişkiyi ölçmektedir. Kararda Çelişki Ölçeği: a) tedavi seçenekleri arasından seçim yapmakta tereddüdü; b) kendini bilgilendirilmemiş hissetme, kişisel değerlerde karışıklık hissetme ve karar vermede desteklenmemiş olduğunu hissetme gibi kararsızlığa etki eden değiştirilebilir faktörleri ve c) etkili karar verme konusunda kişisel algıları araştıran bir ölçektir. Güvenirlik açısından ölçeğin test-tekrar test korelasyonlarının Cronbach alfa sayısının 0.78 olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği için bilgi, pişmanlık ve vazgeçme gibi benzer yapıları ölçen sorularla ilişkili olduğu bulunmuştur. Grupları, yani kararları verenler ve erteleyenleri, ayırt etmektedir (etki gücü 0.4 ile 0.8 arasındadır). Ölçeğin onaltı maddesi vardır. Bu maddeler beş alt ölçeği oluşturmaktadır: bilgilendirilme (3 madde), değerlerde açıklık (3 madde), destek (3 madde), belirsizlik (3 madde) ve etkili karar verme alt ölçekleri (4 madde). Beşli Likert tipi yanıt formatı olan ölçek, “Kesinlikle katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Ne katılıyorum ne de katılmıyorum”, “Katılmıyorum” ve “Kesinlikle katılmıyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır. 25 ve altındaki puanlar gerçekleştirilebilen kararlarla ilişkilidir. 37,5 ve yukarısı puanlar kararın ertelenmesi veya karara ilişkin emin olmama duygusuyla ilişkilidir.

Bu araştırma nedeniyle, ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması için Türkçe'ye tercüme edilmiş, Türkçe'den tekrar İngilizce'ye tercümesi yapıp, geliştiren merkezden onayı alınmıştır. Türkçe ve İngilizce dil bilgisi çok iyi üç kişi tarafından Türkçe çevirisi üzerinde uzlaşmıştır.

Güvenirlilik çalışması olarak yarıya bölme yöntemiyle ölçek maddeleri tekler-çiftler şeklinde ikiye ayrılıp, her bireyin tekli ve çiftli madde toplamları bulunarak, tekler ile çiftler arasındaki iki yarım güvenirliliği hesaplanmıştır. Kararda Çelişki Ölçeği Ek 5'de sunulmuştur.

2.3. Kullanılan Yöntem

Çalışmaya başlama tarihinden sonra E.Ü.T.F. Cerrahi Kliniği'ne gelen, çalışmanın işleme ve dışlama kriterlerine uygun olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar gelişigüzel, olasılıksız olarak çalışmaya alınmıştır. Meme kanseri tanısı almış, ameliyat için yatan veya yatış yapılmadan ameliyata alınan hastalara yatış listelerinden ve vaka kayıtlarından ameliyat öncesinde ulaşılmıştır. 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. Ölçek uygulamaları her hastaya; aynı görüşmeci tarafından, standart olarak, aynı sırada, tek seansta, birebir uygulanmıştır. Önce yapılandırılmış görüşme yapılmış, daha sonra sırasıyla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, HAD ve Kararda Çelişki Ölçeği uygulanmıştır. Ölçekler sözel olarak, görüşme şeklinde uygulanmıştır. Böylece uygulamaya ilişkin etkinin tüm hastalar için aynı olması sağlanmaya çalışılmıştır.

2.3.1. İşleme lütleri

• Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na meme kanseri ameliyatı için başvuran,

- I ve II. evre meme kanseri tanısı alan,
- Onsekiz 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

Hastaların ameliyat öncesinde hastalık evrelerinin belirlenmemiş olması nedeniyle, evreleri bilinmeksizin işleme ölçütlerini karşılayan, E..T.F. Cerrahi Anabilim Dalı Meme Hastalıkları Birimi'nde meme ameliyatı olmak için başvuran hastalarla ameliyatları öncesinde görüşülmüştür. Hastalara araştırma tanıtılmış, katılmayı kabul edenlerden yazılı onayları alınmıştır. Görüşmeler ve ölçek uygulamaları hastalarla ameliyat öncesinde ve cerrahi kliniğinde veya psikiyatri kliniğinde yapılmıştır. Ameliyat için yatmadan dışarıdan gelen hastalarla görüşmeler, ameliyattan bir gün önce, konsültasyonları sonrasında psikiyatri kliniğine davet edilerek, araştırmacının odasında yapılmıştır. Yatan hastalarla görüşmeler, cerrahi kliniğinde yattıkları süre içinde, yine ameliyattan önce hasta odasında veya kliniğın salonunda yapılmıştır. Görüşmelerin farklı ortamlarda yapılmış olmasına rağmen hastanın grşmeciyile yalnız görüşmesi sağlanmıştır. Görüşmeler ortalama otuz

dakika sürmüştür. Bireylerin gereksinimine göre sürede gerekli esneklik sağlanmıştır. İlk hasta Temmuz 2006 tarihinde, son hasta Nisan 2007 tarihinde alınmıştır. Yapılan görüşmelerin içinden I. ve II. evre hastaları, hastaların ameliyatlarını takip eden meme konseyi kararları sonrasında dosyaları taranarak, dosya bilgilerinden belirlenmiştir.

2.3.3. Araştırmanın Evreni

Ege bölgesindeki kanser vakalarının önemli bir bölümünün başvurduğu bir merkez olan E.Ü.T.F. Cerrahi Kliniği'ne başvuran tüm meme kanserli hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. 2006 yılında 302 vakaya meme cerrahisi uygulanmıştır. E.Ü.T.F. Hastanesi'nde meme kanseri en sık rastlanılan kanser türlerinden (%9.8) biridir; kadınlarda (%27.7) birinci sıradadır (Haydaroğlu, 2005).

2.3.4. Araştırmada Örneklem

Çalışmanın başladığı ve bittiği tarihler arasında E.Ü.T.F. Cerrahi Kliniği'ne meme ameliyatı için gelen ve çalışma ölçütlerine uygun olan hastalar gelişigüzel, olasılıksız olarak seçilmiştir. Belirli bir zaman diliminde çalışmanın yürütülmesi zorunluluğu ile 48 hasta ile örneklem oluşturulmuştur. Çalışmaya alınacak hastaların cerrahi kliniği dışından bir klinikten takip ediliyor olması ve görüşmelerin ameliyat öncesiyle sınırlı tutulması hasta sayısında kısıtlılık yaratmıştır.

2.3.5. Veri Toplama Yöntemi Ve Süresi

Meme kanseri tanısı konmuş toplam (77) hastaya ulaşılmıştır. Yedi hasta görüşmeyi reddettiği için onlarla görüşme yapılamamıştır. Yetmiş hastanın altısı ile görüşmeye başlandığı halde hastaların uygulamalarda zorlanması nedeniyle görüşme sürdürülememiştir. Toplam (66) hastayla görüşme ve ölçek uygulamaları yapılmıştır. Altmışaltı hastadan 1 hasta benin, 17 hasta III. ve IV. evre meme kanseri olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. I ve II. evre meme kanseri olan 48 hasta çalışmaya dahil olmuştur.

2.3.6. Verilerin Analizi Ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi “SPSS 13.0 for Windows” programı ile gerçekleştirilmiştir. Süreksiz verilerin analizinde ki-kare testi, gerektiğinde Fisher Exact düzeltme işlemi uygulanarak kullanılmıştır. Sürekli verilerin analizinde ise t-testi, korelasyon analizlerinde Pearson Momentler Çarpımı, ANOVA tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Gruplar arası farkın çoklu karşılaştırmalarında Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi kullanılmıştır.

Kararda Çelişki Ölçeği'nin (KÇÖ) psikometrik özelliklerine ve güvenilirliğine ilişkin bulguların elde edilmesinde 66 erken ve ileri evre meme kanseri hastasının verileri kullanılmıştır. Ölçeğin geçerliğine ilişkin bulguların elde edilmesinde ve diğer istatistiksel analizlerde 48 erken evre meme kanseri hastasının verileri kullanılmıştır.

2.3.7. Süre Ve Olanaklar

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

2.3.8. Etik Açıklamalar

Çalışmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Ege Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı ile 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

Bu araştırmanın veri toplama araçlarından olan Kararda Çelişki Ölçeği'nin (KÇÖ) güvenilirlik ve geçerliğine ilişkin bulgular üzerinde durulduktan sonra uygulanan ölçeklerden alınan puanlarla değişkenler arasındaki ilişkilere ait analizler ve çalışmadan elde edilen diğer veriler sunulacaktır.

3.1. Kararda Çelişki Ölçeği'nin (KÇÖ) Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Yöntem Bölümü'nde de belirtildiği gibi, bu çalışmada KÇÖ'nin araştırmacı tarafından yapılmış olan çevirisi kullanılmıştır. KÇÖ'nin psikometrik özelliklerine, güvenilirlik ve geçerliliğine ilişkin bulgular aşağıda kısaca özetlenmiştir. Bu çalışmada geçerlik, güvenilirlik analizleri için gerekli örneklem büyüklüğünü sağlamak adına erken ve ileri evre meme kanseri hastalarının verileri birlikte değerlendirmeye alınmıştır (N: 66).

3.1.1. KÇÖ'nin Güvenilirliğine İlişkin Bulgular

Çalışmada yöntemden kaynaklanan nedenlerle; tüm uygulamaların meme kanseri ameliyatı öncesinde yapılmasından dolayı test-tekrar test güvenilirliğinin test edilmesi mümkün olmamıştır.

KÇÖ'nin güvenilirliği için iç tutarlılığına bakılmıştır. Alt ölçeklerin toplam puan korelasyonları incelenmiş, elde edilen bulgular aşağıda özetlenmiştir.

3.1.1.1. KÇÖ'nin İç Tutarlılığı

Kararda Çelişki Ölçeği'nin güvenilirlik değerleri; Spearman-Brown iki yarım güvenilirlik ve Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları ile saptanmıştır. Spearman-Brown iki yarım güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak saptanmıştır.

KÇÖ'nin bütününe ait iç tutarlık katsayısı .92 olarak saptanmıştır. Bu değer orijinal çalışmada 0.78 olarak bildirilmiştir (O'Connor, 1995).

KÇÖ'nin gerek tüm ölçek, gerekse alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: KÇÖ Alt Ölçeklerinin Cronbach Alfa Değerleri, Alan Çıkartıldığında Elde Edilecek Alfa Değerleri, Alan/Toplam Korelasyonları

Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Değerleri (N=64)	Alan Çıkartılırsa Cronbach Alfa Değeri	Düzeltilmiş Alan/Toplam Korelasyonu
Bilgilendirilme	3	.80	.85	.74
Değerlerde Açıklık	3	.87	.86	.67
Destek	3	.63	.86	.74
Belirsizlik	3	.76	.85	.67
Etkili Karar Verme	4	.83	.85	.68

KÇÖ'nin iç tutarlığı ayrıca madde düzeyinde de incelenmiş, madde/toplam puan korelasyon katsayıları ile maddenin ölçekten çıkartılması durumunda oluşacak iç tutarlık katsayıları Tablo 2'de sunulmuştur. KÇÖ'nün 16 maddesine ait madde/toplam puan korelasyon katsayılarına göre hiçbir madde toplam korelasyonu olumsuz etkilememiştir. Ölçeğin tüm maddelerinin işlemekte olduğu görülmüştür.

Tablo 2'de görülebileceği gibi KÇÖ'nin alt ölçeklerine ait iç tutarlık katsayıları .63 ile .87 arasında değişmiştir. Alt ölçekler arasında göreceli olarak en düşük iç tutarlık değeri .63 ile "Destek" alt ölçeğine aittir. Bulunan değerler .85 ile .86 arasında değişmiştir. KÇÖ'nün alt ölçeklerinin alan/toplam korelasyonları incelendiğinde bu değerlerin .67 ile .74 arasında değiştiği saptanmıştır.

Tablo2: KÇÖ'nin Maddelerinin Düzeltmiş Alan/Toplam Korelasyon Katsayıları ve Madde Çıkartılırsa Cronbach Alfa Değerleri

Madde Sayısı	Düzeltmiş Alan/Toplam Korelasyonu	Alan Çıkartılırsa Cronbach Alfa Değeri
Çelişki 1	.579	.919
Çelişki 2	.663	.917
Çelişki 3	.727	.915
Çelişki 4	.705	.916
Çelişki 5	.658	.917
Çelişki 6	.589	.919
Çelişki 7	.487	.922
Çelişki 8	.608	.919
Çelişki 9	.526	.921
Çelişki 10	.759	.914
Çelişki 11	.775	.913
Çelişki 12	.436	.924
Çelişki 13	.721	.915
Çelişki 14	.666	.917
Çelişki 15	.606	.919
Çelişki 16	.614	.918

3.1.2. KÇÖ'nin Geçerliğine İlişkin Bulgular

KÇÖ Ülkemizde bu çalışmada ilk kez kullanıldığı için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları bu tez kapsamında ayrıntılı olarak irdelenmiştir. Ölçeğin geçerliğinin test edilmesi için yapı geçerliği, faktör geçerliği ve ayırt edici geçerliğine bakılmıştır.

3.1.2.1. KÇÖ'nin Yapı Geçerliğine İlişkin Bulgular

Yapı geçerliğinde; ölçme aracının ölçülen şeyin gerçek ölçüsü olup olmadığına bakılmaktadır. Yapı geçerliğinde test edilen; değişkenlerin kavramsal ve işe vuruk tanımları arasındaki uyumdur.

KÇÖ'nin yapı geçerliğinin irdelenmesi amacıyla KÇÖ alt ölçeklerinin hem birbirleriyle, hem de toplam puanla ilişkisi üzerinde durulmuştur. Pearson Momentler Çarpımı ile hesaplanan korelasyon katsayıları Tablo 3'te sunulmuştur. Tablo 4'te de görüldüğü gibi KÇÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları .34 ile .82 arasında değişmiştir. Elde edilen katsayıların tümü $p < .01$ ve $p < .05$ düzeyinde anlamlıdır. Diğer yanda alt ölçek puanları ile toplam puan arasında hesaplanan katsayılar .74 ile .82 arasında bulunmuştur ($p < .01$). Alt ölçekler arasında ilişkiyi yansıtan katsayılar arasında göreceli olarak en düşük değer Etkili Karar Verme ve Değerlerde Açıklık alt ölçeklerinde oluşmuştur ($r: .34; p < .05$). En yüksek değer ise Belirsizlik alt ölçeği ve toplam çelişki puanına ($r: .82; p < .01$) ait olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulara göre birbiriyle ilişkili olması gereken yapılar istatistiksel olarak da anlamlı ilişki göstermektedir. O'Connor'ın da bildirdiği gibi en ilişkili olması beklenen alanlar Etkili Karar Verme ve Belirsizlik alt alanlarıdır ($r: .78; p < .01$). Diğer en yüksek ilişki gösteren alt alanlar Bilgilendirilme ve Toplam Çelişki puanlarıdır ($r: .82; p < .01$). Elde edilen bulgulara göre KÇÖ'nün yapı geçerliği yüksektir.

Tablo 3: KÇÖ Alt Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (N=48)

Alt Ölçekler	Bilgilendirilme	Değerlerde Açıklık	Destek	Belirsizlik	Etkili Karar Verme
Bilgilendirilme	-				
Değerlerde Açıklık	.70**	-			
Destek	.55**	.54**	-		
Belirsizlik	.62**	.44**	.52**	-	
Etkili Karar Verme	.50**	.34*	.53**	.78**	-
Toplam Puan	.82**	.76**	.74**	.82**	.77**

*p<.05, ** p<.01

3.1.2.2. KÇÖ'nin Faktör Geçerliliği

Kararda Çelişki Ölçeği'nin yapı geçerliliğinin belirlenmesi amacıyla ölçek maddelerinin faktör yapısına bakılmıştır. Verilere Kaiser normalizasyonu ve oblimin dönüştürmesine göre Temel Bileşenler faktör analizi uygulanmıştır. Beş faktörlü çözüme göre ortaya çıkan örüntünün basit olmadığı, karmaşık olduğu görülmüştür. O'Connor'ın geliştirdiği şekliyle beş boyutlu KÇÖ'nin faktör yapısının bu çalışmanın örneklemini için tekrarlandığını söylemek güçtür. Uygulanan Oblimin Rotasyonu sonrasında madde kümelerinin özdeğeri 1'den büyük olmak üzere üç ayrı faktöre yüklendiği görülmüştür. Bu üç faktörün özdeğerleri 1. faktör için 7.63, 2. faktör için 1.99 ve 3. faktör için 1.15 olmuştur. Üç faktör toplam varyansın %48'ini, %13'ünü ve %7'sini; kümülatif olarak %67'sini açıklamaktadır.

KÇÖ'nin Bilgilenme ve Değerlerde Açıklık alt ölçeklerinin .683 ile .872 arasında değişen ağırlıklarla 1. faktöre, Belirsizlik ve Etkin Karar Verme faktörlerinin .731 ile .816 arasında değişen ağırlıklarla 2. faktöre birlikte yüklendikleri görülmüştür. Destek alt ölçeğinin iki maddesi .710 ve .725 ağırlığında 3. faktöre yüklenmiştir. Destek alt ölçeğinin bir maddesi (8. madde) ise .691 özgül ağırlığı ile 2. faktöre yüklenmiştir. Bulgular Tablo 4'de sunulmuştur.

Tablo 4: KÇÖ Maddelerin Faktör Yapısı

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3
Çelişki 1	.683	.503	-.162
Çelişki 2	.801	.492	-.048
Çelişki 3	.852	.365	.460
Çelişki 4	.850	.324	.486
Çelişki 5	.872	.252	.393
Çelişki 6	.701	.354	.331
Çelişki 7	.408	.329	.725
Çelişki 8	.487	.691	.064
Çelişki 9	.464	.344	.710
Çelişki 10	.669	.731	.184
Çelişki 11	.659	.727	.262
Çelişki 12	.183	.750	-.014
Çelişki 13	.525	.701	.456
Çelişki 14	.483	.816	.051
Çelişki 15	.337	.811	.170
Çelişki 16	.268	.806	.389

Faktör analizi bulguları ölçeğin orijinali ile benzer boyutlara ayrıldığını desteklemektedir.

3.I.2.3. Ayırt Edici Geçerlik

Ölçeğin ayırt edici geçerliği için görüşme formundaki “Kararı ne kadar kendiniz vermiş gibi hissediyorsunuz?” sorusu ile KÇÖ’nin alt ölçeklerinin ilişkisine bakılmıştır. Sırasıyla ölçeğin Etkili Karar Verme Alt Ölçeği (r: -.433 p: 0.002), toplam çelişki puanı (r: -.350 p: 0.015) ve Kararsızlık Alt Ölçeği (r: -.343 p: 0.017) ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Yani hastaların kararı kendileri verdiği oranda ölçek karardaki çelişkilerinin azaldığını göstermektedir. Bu bulgu ölçeğin ayırt edici geçerliğinin olduğunu göstergesidir.

Hastalığı hakkında doktoru tarafından bilgi verildi mi sorusuna biraz bilgi verildi veya hayır bilgi verilmedi diyen hastaların Kararda Çelişki Ölçeği’nin Bilgilendirilme alt ölçek puanları “evet bilgi verildi” yanıtı verenlere göre daha yüksektir. Bu da bilgilendirilmiş ve bilgilendirilmemiş grupları KÇÖ’nin ayırt ettiğinin göstergesidir (F: 462, p: 0.015).

Ameliyat biçiminin tercihine göre; tüm memenin alınması (mastektomi), sadece tümörlü bölgenin çıkarılması (lumpektomi) veya emin olmama şeklindeki karar çelişkisi ölçeği puanlarına bakıldığında, toplam çelişki puanının ve tüm alt ölçek puanlarının birbirinden farklılaştığı görülmektedir. Bu ölçek yüksek puan alanların kararlarından emin olmadıklarını göstermektedir. Kararda Çelişki Ölçeği puanlarına göre mastektomi kararı verenler en az çelişkiyi yaşamakta, lumpektomi kararı verenler daha çelişkili ve emin olmayanlar en çok çelişkiyi yaşayanlar olarak görülmektedir. Bu bulgu ölçeğin karar verme konusunda ayırt edici geçerliliğinin bulunduğunu göstermektedir. Bulguya ilişkin veriler Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5: Ameliyat Tercihi ve KÇÖ Alt Ölçeklerinin Ayırt Ediciliği

KÇÖ	Ameliyat Tercihi	N	Ort.	SS	F	P
Toplam Çelişki Puanı	Mastektomi	12	26.92	16.49	8.63	.001
	Parsiyel	17	43.94	16.74		
	Emin Değil	19	50.47	13.64		
Kararsızlık P.	Mastektomi	12	26.33	27.85	6.87	.002
	Parsiyel	17	47.59	24.80		
	Emin Değil	19	56.58	14.76		
Bilgilenme P.	Mastektomi	12	32.67	20.16	10.10	.000
	Parsiyel	17	48.59	20.68		
	Emin Değil	19	65.16	18.82		
Değerlerde Açıklık Puanı	Mastektomi	12	36.91	26.16	5.49	.007
	Parsiyel	17	57.82	26.52		
	Emin Değil	19	65.26	18.29		
Destek Puanı	Mastektomi	12	22.17	17.16	3.88	.028
	Parsiyel	17	34.35	18.92		
	Emin Değil	19	40.42	17.20		
Etkili Karar Verme Puanı	Mastektomi	12	18.83	17.46	4.14	.020
	Parsiyel	17	35.65	18.99		
	Emin Değil	19	36.58	17.57		

3.2. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Uygulamaların yapıldığı erken evre meme kanseri hastalarına ilişkin demografik veriler tablo 6'da sunulmuştur. Tablolardaki yüzde hesaplamaları toplam kişi sayısı (N: 48) üzerinden yapılmıştır.

Yaşları 24 ile 80 arasında değişen 48 hastanın yaş ortalaması 50.98 ve standart sapması 10.47'dir.

Hastaların 39'u evli (%81), 9'u bekar, dul veya boşanmış (%19), 24'ü sekiz yıl ve altında temel eğitimi (okur yazar olan, ilkokul eğitimi olan ve ortaokul eğitimi olan %50), 11'i lise eğitimi (%23), 13'ü önlisans, lisans ve yüksek lisans eğitimi (%27) olarak saptanmıştır.

Tablo 6: Hastaların Demografik Özellikleri

Özellikler	N	%
Yaş	ort. 50.98 SS 10.47 min-max: 24-80	
Medeni durum		
Bekar	9	19
Evli	39	81
Eğitim		
≤İlköğretim (8 yıl)	24	50
Lise	11	23
Yükseköğretim	13	27
Meslek		
Ev kadını	22	45.9
İşçi	4	8.3
Memur	5	10.4
Emekli	16	33.3
Çiftçi	1	2.1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	11	23
Çalışmıyor	21	44
Emekli	16	33
Sosyal Güvence		
Emekli Sandığı	33	69
SSK	10	21
Bağkur	3	6
Özel Sandık/Sigorta	1	2
Yeşil Kart	1	2
Gelir		
500 YTL ve altı	3	6
500–1000 YTL	29	60
1000-2000 YTL	12	25
2000+ YTL	4	8
Doğum Yeri		
Köy	15	31
Kasaba	24	50
Kent	9	19
Yaşadığı Yer		
Köy	3	6
Kasaba	18	38
Kent	27	56
Aile Tipi		
Geniş	4	8
Çekirdek	36	75
Parçalanmış	8	17
Bedensel Rahatsızlık		
Var	16	33
Yok	32	67
Ruhsal Rahatsızlık		
Var	6	13
Yok	42	87
Ameliyat Öncesi Tedavi		
Var	6	13
Yok	42	87
Tanı Süresi		
≤2 Aydan az	37	77
2 Ay +	11	23

Hastaların 21'i (%44) ev kadını veya işsiz olmak nedeniyle çalışmamaktadır, 11'i (%23) halen bir işte çalışmaktadır ve 16'sı (%33) bir meslek veya iş sahibiyken emekli olanlardır.

Çalışılan hasta grubunun tamamının sosyal güvencesi olduğu görülmüştür.

Hanelerinin toplam aylık geliri 500-1000YTL arası olanlar çoğunluktadır (%60). Aylık gelirleri 1000 YTL ve altında olanlar (%66) alt gelir grubunu oluşturmaktadır.

Doğum yeri köy veya kasaba olanlar ağırlıklıyken (%81), tüm hastaların yarısından çoğu kentte yaşamaktadır (%56).

Hastaların dörtte üçü çekirdek aile yapısına sahiptir. Bedensel rahatsızlığı (hipertansiyon, bel ve boyun fıtığı, mide ülseri, kemik erimesi, diyabet) olanlar %33, ruhsal rahatsızlığı (depresyon) olanlar %13 oranında bulunmuştur.

Ameliyat öncesinde 6 hasta (%13) tedavi (kemoterapi) görmüş, 42 hasta (%87) görmemiştir.

Tanı konduktan sonra ameliyat oluncaya kadar iki aydan daha az süre geçirmiş olanlar 37 kişi (%77), preop kemoterapi nedeniyle veya "önemli değildir" düşüncesiyle iki aydan daha uzun süre geçirmiş olanlar 11 kişi (%23) olarak bulunmuştur.

Yaş ve medeni durum değişkenleri başka hiçbir değişkenle ve uygulanan tüm ölçeklerin puanlarıyla istatistiksel anlamlılık gösteren bulgu vermemiştir.

Eğitim değişkeni açısından bakıldığında; hastaların eğitim düzeyleri ile hastalıkları ve tedavilerine ilişkin bilgi edinme kaynakları arasında uygulanan ki-kare testi sonucu anlamlı düzeyde farklılaşma belirlenmiştir (χ^2 :119.80; sd: 8; p<.01). Yüksek öğrenim grubundaki hastaların daha çok kaynağa ulaştığı, bilgi kaynağı olarak doktoru daha az kullandığı görülmüştür. Çoğul bilgi kaynağı; sıralanan bilgi

kaynaklarından birden fazlasını seçenleri kapsamaktadır. İlköğretim grubundaki hastaların ise bilgi edinmede çoğul kaynak kullanmadığı, bilgi için daha çok doktoruna başvurduğu sonra da radyo ve televizyonu kullandığı bulunmuştur. Bulgular Tablo 7’de sunulmuştur.

Hanenin aylık geliri ile hastalıkları ve tedavilerine ilişkin ulaşılan bilgi kaynakları arasındaki ilişkiye bakıldığında; uygulanan ki-kare testi sonucu anlamlı düzeyde farklılaşma belirlenmiştir (χ^2 :21.08; sd:12; p: .049). Gelir durumu yüksek olanların (2000 YTL ve üzeri) birçok bilgi kaynağını kullandığı, ancak geliri düşük olanların (500 YTL ve altı) bilgi kaynağı olarak yalnızca doktora başvurduğu bulunmuştur. 1000-2000 YTL Arasında gelir grubuna girenler çoğul bilgi kaynağını daha fazla kullanmaktadır. Bulgular Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: Hastaların Eğitim Düzeyleri ve Hanelerinin Aylık Geliri ile Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Bilgi Edinme Kaynakları

		Bilgi Edinme Kaynakları									
		Radyo-Tv		İnternet		Doktorum		Diğer Hastalar		Çoğul Kaynaklar	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eğitim	≤İlköğretim (8yıl)	4	8.33	0	0.00	11	22.92	2	4.17	7	14.58
	Lise	0	0.00	1	2.08	3	6.25	0	0.00	7	14.58
	Yükseköğretim	0	0.00	0	0.00	1	2.08	0	0.00	12	25.00
Hanenin Aylık Geliri	<500	0	0.00	0	0.00	3	6.25	0	0.00	0	0.00
	501-1000	4	8.33	0	0.00	11	22.92	2	4.17	12	25.00
	1000-2000	0	0.00	1	2.08	1	2.08	0	0.00	10	20.83
	2000+	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	8.33

Hastaların aile yapısı ile ameliyata ilişkin kararı kim vermeli sorularının yanıtları ki-kare testiyle karşılaştırıldığında, parçalanmış ailelerin, sadece kendileri

ile doktorun karar vermesini istedikleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur (χ^2 :14.28; sd:6 p: .027). Bulgular Tablo 8’de sunulmuştur.

Tablo 8: Hastaların Aile Yapısı ile Ameliyat Kararını Kimin Vermesi Konusundaki Tercihleri

		Ameliyata İlişkin Kararı Vermesi Gereken Kişi(ler)							
		Hasta ve Doktor		Doktor Aile Hasta		Doktor ve Aile		Yalnızca Doktor	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Aile Tipi	Geniş	1	2.08	2	4.17	1	2.08	0	0.00
	Çekirdek	5	10.42	25	52.08	0	0.00	6	12.50
	Parçalanmış	3	6.25	4	8.33	0	0.00	1	2.08

Kendisine nasıl bir ameliyat yapılacağını/tedavi uygulanacağını bilip bilmediği sorusu ve hastanın doğum yeri arasındaki ilişkiye ki-kare testiyle bakıldığında, anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu belirlenmiştir. Köyde doğanların kendilerine nasıl bir ameliyat yapılacağını daha az bildikleri (χ^2 :10.59; sd:4; p: .032) ve aynı grubun sorularına daha az yanıt aldıkları bulunmuştur (χ^2 : 7.75; sd: 4; p: .028). Doğum yeri ile nasıl bir ameliyat yapılacağını bilmek arasındaki ilişki Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9: Doğum Yeri ile Nasıl Bir Ameliyat/Tedaviye İlişkin Bilgi Düzeyi ve Sorularına Yanıt Alma Düzeyi

		Doğum Yeri					
		Köy		Kasaba		Kent	
		N	%	N	%	N	%
Ameliyata/Tedaviye İlişkin Bilgi Düzeyi	Biliyor	2	4.17	13	27.08	6	12.50
	Bilmiyor	8	16.67	5	10.42	3	6.25
	Biraz biliyor	5	10.42	6	12.50	0	0.00
Sorularına Yanıt Alma Düzeyi	Alıyor	8	16.67	20	41.67	7	14.58
	Almıyor	4	8.33	0	00.0	1	2.08
	Biraz Alıyor	3	6.25	4	8.33	1	2.08

Hastalığı için daha önce tedavi görmüş olmak, ölçek puanlarıyla ve hiçbir değişkenle istatistiksel farklılaşma oluşturmamaktadır.

3.3. Hastaların Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Hastaların, hastalıkları ve tedavileriyle ilgili bilgileri hakkındaki sorulara verdikleri yanıtlara ilişkin bulguları Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10: Hastaların Hastalık ve Tedavileri Konusunda Bilgilerine İlişkin Algıları

	Evet		Hayır		Biraz	
	N	%	N	%	N	%
Hastalık hakkında doktor tarafından bilgi verildi mi?	29	60.42	9	18.75	10	20.83
Ameliyat seçenekleri hakkında doktor tarafından bilgi verildi mi?	16	33.33	23	47.92	9	18.75
Sağlanan bilgi yeterli oldu mu?	23	47.92	13	27.08	12	25.00
Nasıl bir ameliyat/tedavi uygulanacağını biliyor mu?	21	43.75	16	33.33	11	22.92
Nasıl bir ameliyat/tedavi uygulanacağını bilmek ister mi?	47	97.92	1	2.08	0	0.00
Doktoruna hastalığıyla/tedaviyle ilgili soru sorabiliyor mu?	33	68.75	5	10.42	10	20.83
Sorularına yanıt alabiliyor mu?	35	72.92	5	10.42	8	16.67

Hastaların hastalık ve tedavilerine ilişkin bilgi edinmede ana kaynakları Tablo 11’de sunulmuştur. Bilgi edinmede birden çok kaynak kullananların “çoğul kaynak” olarak adlandırılan kaynakları ayrı ayrı değerlendirildiğinde; yazılı basından yararlananlar 10, radyo-televizyondan yararlananlar 12, internet diyenler 8, doktorum diyenler 17, akrabalar arkadaşlar diyenler 14 kişi ve diğer hastalardan yararlananlar 5 kişi olarak bulunmuştur. Basın ve akrabalar arkadaşlar seçenekleri tek başına seçilmemiş, başka kaynaklarla birlikte seçilmiştir.

Tablo 11: Hastaların Hastalıkları ve Tedavilerine İlişkin Bilgi Edinmede Ana Kaynakları

	N	%
Radyo televizyon	4	8.33
İnternet	1	2.08
Doktorum	15	31.25
Diğer hastalar	2	4.17
Çoğul kaynak	26	54.17
• Yazılı basın	10	
• Radyo televizyon	12	
• İnternet	8	
• Doktorum	17	
• Akriba, arkadaş	14	
• Diğer hastalar	5	
Toplam	48	100.00

Hastalık hakkında doktoru tarafından bilgilendirilmiş olmak ile uygulanan tüm ölçeklerin puanları arasında anlamlı istatistiksel ilişkiye rastlanmamıştır. Hastaların bilgilendirilmiş olmaları ölçek puanları üzerinde etki yaratmamaktadır.

Hastalık hakkında doktoru tarafından bilgi verilip verilmediği ve sağlanan bilginin hasta için yeterli olup olmadığı sorularına verilen yanıtlara ki-kare testi uygulandığında, aralarında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu belirlenmiştir (χ^2 :

21.82; sd: 4; p< 0.000). Bilgi verildiğini belirten grup verilen bilginin yeterli olduğunu, bilgi verilmediğini veya biraz bilgi verildiğini belirten grup da verilen bilginin yetersiz olduğunu belirtmektedir. Bulgular aşağıda Tablo 12’de sunulmuştur.

Ameliyat seçenekleri hakkında doktoru tarafından bilgi verilip verilmediği ve sağlanan bilginin hasta için yeterli olup olmadığı sorularına verilen yanıtlara ki- kare testi uygulandığında, aralarında anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu belirlenmiştir (χ^2 : 20.24; sd: 4; p< 0.000). Bilgi verildiğini belirten grup, aynı zamanda verilen bilginin yeterli olduğunu; bilgi verilmediğini belirten grup da verilen bilginin yetersiz olduğunu belirtmektedir. Bulgular Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12: Hastalık Hakkında ve Ameliyat Seçenekleri Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Sağlanan Bilginin Yeterliliği

		Sağlanan Bilginin Yeterliliği					
		Yeterli		Yetersiz		Biraz Yeterli	
		N	%	N	%	N	%
Hastalık Hakkında Bilgi Verilmesi	Verildi	21	43.75	2	4.17	6	12.50
	Verilmedi	1	2.08	6	12.50	2	4.17
	Biraz Verildi	1	2.08	5	10.42	4	8.33
Ameliyat Seçenekleri Hakkında Bilgi Verilmesi	Verildi	13	27.08	0	0.00	3	6.25
	Verilmedi	7	14.58	12	25.00	4	8.33
	Biraz Verildi	3	6.25	1	2.08	5	10.42

Hastalık hakkında doktoru tarafından bilgi verilip verilmediği ve doktorundan hastalığı ve tedavisi hakkında sorularına yanıt alıp alamadığına ilişkin yanıtlara bakıldığında; bilgi verilmediğini belirten hastalar aynı zamanda sorularına yanıt alamadıklarını da bildirmektedir (χ^2 : 10.80; sd: 4; p< 0.029). Hastalara bilgi verilmesi ve hastaların sorularına yanıt alıp almamasına ilişkin bulgular Tablo 13’te sunulmuştur.

Tablo 13: Hastalık Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Hastaların Sorularına Yanıt Alma Düzeyi

		Sorulara Yanıt Alma Düzeyi					
		Alıyor		Almıyor		Biraz Alıyor	
		N	%	N	%	N	%
Hastalık Hakkında Bilgi Verilmesi	Verildi	25	52.08	1	2.08	3	6.25
	Verilmedi	3	6.25	3	6.25	3	6.25
	Biraz Verildi	7	14.58	1	2.08	2	4.17

Ameliyat seçenekleri hakkında doktoru tarafından hastaya bilgi verilip verilmediği ve hastanın nasıl bir ameliyat/televi yapılacağını bilip bilmediğine ilişkin yanıtla uygulanılan ki-kare testi sonucunda anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu belirlenmiştir (χ^2 :14.32; sd:4; p<0.006). Ameliyat seçenekleri hakkında bilgi verilen hastaların uygulanacak ameliyata/televiye ilişkin bilgisi olduğu, bilgi verilmeyen hastaların uygulanacak ameliyata/televiye ilişkin bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Bulgular Tablo 14’de sunulmuştur.

Ameliyat seçenekleri hakkında doktoru tarafından hastaya bilgi verilip verilmediği ve ameliyat seçiminde hastanın kararının sorulup sorulmadığına ilişkin yanıtla uygulanılan ki-kare testi sonucunda anlamlı düzeyde farklılaşma belirlenmiştir (χ^2 :16.40; sd:2; p<0.000). Ameliyat seçenekleri hakkında doktoru tarafından bilgi verilen hastaların ameliyat seçim kararlarının sorulduğu, bilgi verilmeyen hastaların kararlarının da sorulmadığı saptanmıştır. Bulgular aşağıda Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14: Ameliyat Seçenekleri Hakkında Doktor Tarafından Bilgi Verilmesi ile Hastanın Uygulanacak Ameliyat/Tedaviye İlişkin Bilgisi ve Ameliyat Seçiminde Kararının Sorulması

		Ameliyat Seçenekleri Hakkında Bilgi Verilmesi					
		Verildi		Verilmedi		Biraz Verildi	
		N	%	N	%	N	%
Hastanın Uygulanacak Ameliyata/Tedaviye İlişkin Bilgisi	Biliyor	13	27.08	6	12.50	2	4.17
	Bilmiyor	1	2.08	11	22.92	4	8.33
	Biraz biliyor	2	4.17	6	12.50	3	6.25
Ameliyat Seçimi Kararı	Soruldu	14	29.17	5	10.42	4	8.33
	Sorulmadı	2	4.17	18	37.50	5	10.42

3.4. Hastaların Psikososyal Değişkenlerine İlişkin Bulgular

3.4.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Hastaların HAD ölçeği anksiyete ve depresyon ortalama puanları Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15: HAD Ölçeği Ortalama Puanları

	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Depresyon	48	0.00	21.00	8.85	5.47
Anksiyete	48	0.00	19.00	10.21	3.98

Ruhsal rahatsızlığı olanlarda HAD Ölçeği’ne göre depresyon puanları (F: 5.85 p: 0.02) ve anksiyete puanları (F: 4.02 p: 0.05) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16: HAD Ölçeği Puanları ile Ruhsal Rahatsızlığı Olanlar ve Olmayanlar

	Ruhsal Rahatsızlığı Olan			Ruhsal Rahatsızlığı Olmayan			F	P
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS		
Depresyon Puanı	6	13.67	4.89	42	8.17	5.47	5.85	0.020
Anksiyete Puanı	6	13.17	4.17	42	9.79	3.82	4.02	0.05

Hastaların hastane depresyon puanları ile sosyal destek toplam puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur (r: -.31; p: .03). Bulgular aşağıda Tablo 17’de sunulmuştur.

Ayrıca hastane depresyon puanları ile sosyal destek ölçeğinin alt alanı arkadaş desteği arasında da negatif korelasyon vardır (r: -.36; p: .01). Bulgular Tablo 17’de sunulmuştur.

Hastaların hastane anksiyete puanları ile sosyal destek ölçeğinin arkadaş desteği alt alanı arasında negatif korelasyon vardır (r: -.41; p: .004). Bulgular Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17: Hastane Depresyon ve Anksiyete Puanları ile Sosyal Destek Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	Hastane Depresyon Puanları	Hastane Anksiyete Puanları
Sosyal Destek Puanı	-,310*	-,283
Aile Desteği Puanı	-,113	-,025
Arkadaş Desteği Puanı	-,360*	-,405**
Aile ve Arkadaş Dışı Destek	-,252	-,227

*p<.05 **p<.01

3.4.2. Sosyal Destek Bulguları

Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları

	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Toplam Sosyal Destek Puanı	48	32	84	66.81	13.41
Aile Desteği Puanı	48	7	28	25.50	5.08
Arkadaş Desteği Puanı	48	9	28	21.42	5.41
Aile ve Arkadaş Dışı Destek Puanı	48	4	28	19.90	6.52

Toplam sosyal destek puanları ve eğitim durumu açısından verilere bakıldığında; alt eğitim ve üst eğitim düzeylerinde sosyal destek daha yüksek algılanırken, lise düzeyinde yüksek algılanmamıştır. Ayrıca yüksek eğitimlilerin arkadaş desteği algıları da her iki eğitim grubundan daha yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19: Eğitimlerine Göre Sosyal Destek Algısı

	Eğitim						F	P	Tukey
	≤İlköğretim (8 yıl) N=24		Lise N= 11		Yüksek Öğretim N= 13				
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Toplam Sosyal Destek	66.8	12.8	59.6	16.0	72.9	9.5	3.20	0.05	L<İ.Ö.+Y.Ö.
Arkadaş Desteği	20.3	5.3	20.1	6.5	24.6	3.2	3.44	0.04	İ.Ö.+L<Y.Ö.

Yaşanan yer ile sosyal desteğin ilişkisine bakıldığında istatistiksel anlamda farklılaşma bulunmaktadır. Köy ve kentte yaşayanların kasabada yaşayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek sosyal destek puanı saptanmıştır. Bulgular Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20: Sosyal Destek Algısı ile Yaşanan Yer İlişkisi

	Yaşanan Yer						F	P	Tukey
	Köy N=3		Kasaba N= 18		Kent N= 27				
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS			
Toplam Sosyal Destek	76.3	7.2	59.6	14.2	70.6	11.3	5.28	.009	Kasaba < Kent
Arkadaş Desteği	26.0	2.6	18.9	5.4	26.1	4.6	4.17	.022	Kasaba<Kent+Köy
Aile ve Arkadaş Dışı Destek	23.0	4.4	16.4	7.4	21.9	5.1	4.89	.012	Kasaba<Kent+Köy

Ruhsal rahatsızlık olup olmadığı ile sosyal destek ölçek verilerine bakıldığında; ruhsal rahatsızlığı olmayanların ruhsal rahatsızlığı olanlara göre toplam sosyal destek puanları (F: 16.36 p: 0.000), aile desteği puanları (F: 11.22 p: 0.002), arkadaş puanları (F: 11.88 p: 0.001) ve aile ve arkadaş dışındaki destek puanları (F: 5.83 p: 0.02) daha yüksek bulunmuştur. Bulgular Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21: Ruhsal Rahatsızlığı Olmayanların Ruhsal Rahatsızlığı Olanlara Göre Sosyal Destek Puanları

	Ruhsal Rahatsızlığı Olan N=6		Ruhsal Rahatsızlığı Olmayan N=42		F	P
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Toplam Sosyal Destek	48.83	13.58	69.38	11.37	16.36	.000
Aile Desteği	19.66	8.14	26.33	3.90	11.22	.002
Arkadaş Desteği	15.00	5.17	22.33	4.83	11.88	.001
Aile ve Arkadaş Dışı Destek	14.16	6.17	20.71	6.21	5.83	.020

3.5. Karar Verme ile İlgili Değişkenlere İlişkin Bulgular

Hastaların ameliyat kararlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtlarla, sosyodemografik değişkenler ve uygulanan HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı istatistiksel bulgu elde edilmemiştir.

23 Hasta ameliyatının seçiminde kendisine kararının sorulduğunu (%48), 25 hasta ameliyatının seçiminde kendisine kararının sorulmadığını (%52) belirtmiştir. Ameliyat kararının nasıl oluşmasını tercih ettikleri ve kendilerinin kararının nasıl oluştuğu sorularına verilen yanıtlara ilişkin veriler Tablo 22’de sunulmuştur.

Tablo22: Ameliyat Kararının Oluşmasındaki Tercihleri ve Kendi Kararlarının Oluşumu

	Yalnızca Hasta		Hasta ve Ailesi		Hasta ve Doktoru		Doktoru, Ailesi ve Hasta Eşit		Doktoru ve Ailesi		Yalnızca Doktoru	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hastaya Göre Kararı Vermesi Gereken	0	0.00	0	0.00	9	18.75	31	64.58	1	2.08	7	14.58
Hastanın Ameliyat Kararının Nasıl Oluştuğu	1	2.08	0	0.00	7	14.58	29	60.42	0	0.00	11	22.92

Hastaların ameliyat kararını ne kadar kendileri vermiş gibi hissettikleri sorusuna yanıtları Tablo 23’de sunulmuştur. Bu soruyla diğer değişkenler ve uygulanan ölçekler arasında herhangi bir istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır.

Tablo 23: Hastaların Ameliyat Kararını Ne Kadar Kendileri Vermiş Gibi Hissettikleri

	N	%
Kendi Karar Vermiş Gibi Hiç Hissetmiyor	3	6.25
Kendi Karar Vermiş Gibi Az Hissediyor	2	4.17
Orta Derecede Kendi Karar Vermiş Gibi Hissediyor	8	16.66
Oldukça Kendi Karar Vermiş Gibi Hissediyor	13	27.08
Tamamen Kendisi Karar Vermiş Gibi Hissediyor	22	45.83

Ameliyat seçenekleri hakkında sağlanan bilginin yeterli olup olmadığı ve ameliyatının seçiminde kararının sorulup sorulmadığı konularında uygulanan ki-kare sonucunda anlamlı farklılaşma bulunmuştur (χ^2 : 8.29; sd: 2; p: .016). Bulgular Tablo 24’de sunulmuştur.

Tablo 24: Sağlanan Bilginin Yeterliliği ve Ameliyatın Seçiminde Kararının Sorulması

		Ameliyat Seçimi Kararı			
		Soruldu		Sorulmadı	
		N	%	N	%
Sağlanan Bilginin Yeterliliği	Yeterli	15	31.25	8	16.67
	Yetersiz	2	4.17	11	22.92
	Biraz Yeterli	6	12.50	6	12.50

Hastaların kararlarını verirken yaşadıkları çelişki düzeyini ölçen Kararda Çelişki Ölçeği puanları Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25: Kararda Çelişki Ölçeği Puanları

	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Toplam Çelişki	48	3.00	81.00	42.27	17.85
Belirsizlik	48	.00	83.00	45.83	24.88
Bilgilendirilme	48	.00	92.00	51.17	23.36
Değerlerde Açıklık	48	.00	100.00	55.54	25.62
Destek	48	.00	100.00	33.71	18.88
Etkin Karar Verme	48	.00	75.00	31.81	19.23

Kararda Çelişki Ölçeği'nin Değerlerde Açıklık alt ölçeği ile eğitim düzeyinin ilişkisine baktığımızda yüksek eğitimi olanlar için değerlerin daha açık olduğu bulunmuştur (F. 4.86; p: 0.012). Bulgular Tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26: Değerlerde Açıklık Puanı ile Eğitim Düzeyi Arasındaki İlişkisi

Eğitim	Değerlerde Açıklık				
	N	ort.	SS	F	P
≤İlköğretim (8 yıl)	24	64.6	19.9	4.86	.012
Lise	11	55.3	28.3		
Yüksek Öğretim	13	39.1	26.2		

Ameliyat seçenekleri hakkında doktorunuz tarafından bilgi verildi mi sorusuna verilen yanıtlar ile KÇÖ'nin toplam çelişki puanı, Belirsizlik, Bilgilendirilme ve Etkili Karar Verme alt ölçeklerinin puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Bulgular Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27: Ameliyat Seçenekleri Hakkında Bilgi Verilmesi ile KÇÖ Toplam Çelişki Puanı ve Alt Ölçeklerin Puanları

KÇÖ	Ameliyat Seçenekleri Hakkında Bilgi Verilmesi									F	P	Tukey
	Bilgilendirilmiş			Bilgilendirilmemiş			Biraz Bilgilendirilmiş					
	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS	N	Ort.	SS			
Toplam Çelişki Puanı	16	31.31	17.59	23	48.48	14.17	9	45.89	19.37	5.46	0.008	Bilgilendirilmiş< Bilgilendirilmemiş
Belirsizlik	16	28.69	25.10	23	54.74	19.74	9	53.56	22.42	7.21	0.002	Bilgilendirilmiş< Bilgilendirilmemiş + Biraz Bilgilendirilmiş
Bilgilendirilme	16	39.63	16.00	23	59.65	21.57	9	50.00	20.02	3.92	0.027	Bilgilendirilmiş< Bilgilendirilmemiş
Etkili Karar Verme	16	20.50	17.78	23	36.57	18.10	9	39.78	16.93	4.95	0.011	Bilgilendirilmiş< Biraz Bilgilendirilmiş+ Bilgilendirilmemiş

Yapılan Tukey Çoklu Karşılaştırma testinin bulgularına göre hangi grupların farklılaştığına bakıldığında, ameliyat seçenekleri hakkında bilgi verilmediğini belirtenlerin kararda çelişki toplam puanları ve Bilgilendirilme alt ölçek puanları, ameliyat seçenekleri hakkında bilgi verildiğini belirtenlerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Ameliyat seçenekleri hakkında biraz bilgi verildiğini veya verilmediğini belirtenler, Belirsizlik ve Etkili Karar Verme alt ölçeklerinde ameliyat seçenekleri hakkında bilgi verildiğini belirtenlerden daha yüksek ölçek puanları almışlardır.

KÇÖ puanları ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında etkili karar verme ile sosyal destek toplam puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur (r: -.33, p: .02). Bulgular aşağıda Tablo 29’da sunulmuştur.

Yine KÇÖ’nin alt alanı Etkili Karar Verme ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt alanı Aile Desteği puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur (r: -.36, p: .01). Bulgular aşağıda Tablo 29’da sunulmuştur.

KÇÖ’nin alt alanı Destek ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt alanı Aile Desteği puanları arasında negatif korelasyon bulunmuştur (r: -.33; p: .02). Bulgular Tablo 28’de sunulmuştur.

Tablo 28: KÇÖ ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arasındaki İlişki

	Toplam Çelişki Puanı	Kararsızlık	Bilgilenme	Değerlerde Açıklık	Destek	Etkili Karar Verme
Sosyal Destek Puanı	-,163	-,176	-,093	,159	-,193	-,328*
Aile Desteği Puanı	-,282	-,220	-,180	-,031	-,329*	-,329*
Arkadaş Desteği Puanı	-,131	-,149	-,124	,074	-,089	-,221
Aile ve Arkadaş Dışı Destek Pua.	-,009	-,070	,051	,290*	-,069	-,212

*p<.05

BÖLÜM 4

TARTIŞMA

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

4.1. Kararda Çelişki Ölçeği'nin (KÇÖ) Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçüm araçlarından Kararda Çelişki Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği, ülkemizde ilk kez bu çalışmada kullanıldığı için irdelenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık ve iki yarım güvenilirlik değerleri yüksektir. Yapı geçerliği, ayırt edici geçerliği ve faktöriyel geçerliği vardır. Ölçeğin psikometrik özelliklerine ilişkin bulgulardan hareketle, ülkemizde meme kanseri hastalarının ameliyat seçimi konusunda karar vermede yaşadıkları çelişkinin değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

4.2. Sosyodemografik Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan çalışmalarda yaş ve eğitim düzeyinin, hastaların karar verme tercihlerini etkileyen önemli etkenler olduğu belirtilmiştir. Karar vermede aktif rol almayı tercih edenlerin, paylaşımcı veya pasif rolü tercih edenlerden daha genç ve

daha yüksek eğitim düzeyinde oldukları bulunmuştur (Cassileth, 1980; Degner, 1992; Janz, 2004). Aktif rolü tercih etme olasılığının artan yaşla azalmakta, eğitimle artmakta olduğu bulunmuştur (Arora, 2000). Ayrıca düşük gelirli kadınların karar vermede pasif rolü seçtikleri, ancak bu kadınlara seçim yapma olanağı sunulduğunda, tedavi kararlarını daha yüksek gelirli kadınlarla aynı şekilde oluşturdukları bulunmuştur (McVea, 2001). Yine hastaların sosyodemografik özellikleri ile karar vermeye ilişkin bilgi gereksinimlerini ilişkilendiren bir başka çalışmada, genç yaştaki erken evre meme kanseri hastaların ve metastazlı grupta da genç hastaların bilgi gereksinimlerinin ileri yaştakilere göre daha çok olduğu bulunmuştur. Erken evre meme kanseri hastaları kararda ortak rol almaktan yana tercihte bulunmuşlar; metastatik evrede bu durum bulunmamıştır (Kahan, 2006).

Hastane ödemelerinin sosyal güvenlik sistemlerince ödenmesi nedeniyle asgari düzeyde geliri ve sosyal güvencesi olan hastalar için üniversite klinikleri tercih edilen bir seçenektir. Çalışma hastalarının üniversite hastanesinin genel cerrahi kliniğinden seçilmiş olması sonucu çalışma hastalarının hepsinin sosyal güvencesi vardır.

Bu çalışmada; eğitim değişkeni açısından bakıldığında, ilköğretim düzeyinde eğitimi olan hastaların hastalık ve tedavilerine ilişkin bilgi edinmek için daha çok doktorlarına başvurduğu, yüksek öğretim grubundaki hastaların ise doktorlarının yanı sıra daha farklı bilgi kaynaklarına ulaştıkları görülmüştür.

Benzer şekilde gelir düzeyi yüksek olan hastalar, hastalık ve tedavilerine ilişkin bilgi edinmede birçok bilgi kaynağını kullanabilmekte, geliri düşük olanlar yalnızca doktora başvurmaktadır. Alt gelir ve eğitim düzeylerindeki hastalar bilgi kaynağı olarak daha çok doktorlarını kullanmakta; geliri ve eğitimi yüksek olanlar ise bilgi arayışında birden çok kaynağa yönelmektedirler.

Parçalanmış aileden gelen kadınlar ameliyat kararını kendilerinin ve doktorlarının birlikte vermesini istemektedirler. Bu da karar konusunda kadınların eş desteğini yanlarında istediklerinin bir göstergesidir. Ayrıca eş dışındaki yakınlar operasyon kararı alınırken yardımcı kaynak olarak görülmemiştir.

Köyde doğanlar ameliyat olmak için hastaneye yattıkları halde kendilerine nasıl bir ameliyat yapılacağından habersizdir. Yapılacak ameliyatı “Biraz biliyorum” diye yanıtlayanların da tam olarak bilmediklerini varsayarsak, köyde doğanların %87 oranında (15 hastadan 13’ünün) ameliyatları hakkında bilgileri yoktur diyebiliriz. Ayrıca köy kökenlilerin kentte doğanlara göre soruları daha fazla yanıtsız kalmaktadır. Kırsal kökenli hastalara yönelik daha duyarlı yaklaşım gerekmektedir.

Yukarıda sözü edilen değişkenlerin (eğitim, gelir, aile yapısı, doğum yeri), diğer sosyo demografik değişkenlerin (yaş, medeni durum, çalışma durumu, yaşanan yer) ve sağlık durumuyla ilişkili değişkenlerin (bedensel ve ruhsal rahatsızlık, ameliyat öncesi tedavi, tanı süresi) analizinde başkaca anlamlı bulguya ulaşılmamıştır. Literatürde sözü edilen sosyo demografik değişkenlerin karar verme tercihleri üzerine etkileri bu çalışmada elde edilmemiştir. Bruera’nın çalışmasında da yaş, eğitim, gelir, ırk, iş durumu, medeni durum, hastalığın evresi veya tanıdan bu yana geçen süre gibi değişkenler ile hastanın tercihleri arasında ilişki bulunmamıştır (Bruera, 2002). Benzer şekilde Beaver’ın 1996’da yaptığı çalışmada da yaş ve eğitim değişkenlerinin meme kanseri tanısı yeni konmuş grupta karar verme tercihlerini öngörmeye yeterli olmadığı, sosyo-demografik değişkenlerin karar vermeye ilişkin tercihlerdeki sapmaların sadece küçük bir oranını açıkladığı belirtilmiş ve karar verme rollerinin öngörülmesinde bu değişkenlerin ne oranda işe yaradığı sorgulanmıştır (Beaver, 1996).

“Genç, eğitimli ve ekonomik durumu iyi olan hastaların ameliyatlarına ilişkin karara, yaşı ileri, eğitimi ve ekonomik durumları düşük olan hastalara göre daha çok katıldıkları,” hipotezi bu çalışmada geçerli olmamıştır. Örneklemin küçük olması ve örneklemin seçildiği ortam bunda etkili olmuştur.

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

Birçok çalışmada hastaların tıbbi tedavi kararına katılmaktan çok, bilgiye ulaşmayı daha çok arzu ettikleri bulunmuştur (Janz, 2004). Tedavileri konusunda hastaların verecekleri herhangi bir karar ancak dayandırılan bilgi oranında anlamlı olabilir. Bireyler bilgiyi isteyebilirler, ancak bilgiyi karar vermek için kullanmayabilir, karar vermeye katılmayabilirler (Beaver, 1999). Kahan çalışmasında, hastaların hastalıkları konusunda bilgiye açık olmadıklarını ve onları tedavi kararlarına dahil etmenin genelde zor olduğunu söylemiştir. Yaptığı çalışmasında erken evre ve metastatik meme kanserli hastalar bilgi gereksinimlerinin yüksek olduğunu belirtmişler, ancak görüşmeleri yapan konsültan hekim gerçek bilgiyi daha az bulmuştur. Bu bulgu hastaların yadsımalarından kaynaklanmış olabilir. Hem erken evre hem de metastatik meme kanseri hastalarının bilgilendirmeden bir hafta sonrasında durumluk anksiyete puanlarında düşüş saptanmıştır (Kahan, 2006).

Bu çalışmada hastaların, hastalık ve tedavilerine ilişkin bilgi kaynaklarına tek tek bakıldığında, hastaların çoğunluğu doktorunun verdiği bilgiyi önemseydiği görülmüştür. Bu çalışmada da, literatürde belirtildiği gibi (Bilodeau, 1996), hastalar kişisel bilgi kaynaklarını yazılı kaynaklardan daha çok tercih etmişlerdir. Hastalar yarıdan çoğu (%60) doktorları tarafından bilgi verildiğini belirtmişlerdir. Geri kalanı

eşit oranlarda hastalıkları hakkında bilgi verilmediğini veya biraz bilgi verildiğini söyleyenlerdir. Uygulamalarda “Biraz”ı seçenlerin bir kısmının “evet” diyemedikleri noktada, “hayır” diyerek doktorlarına haksızlık etmemek adına bu seçeneği tercih ettiği izlenimi edinilmiştir. Hastalarla yapılan görüşmelerde, yöneltilen soruların yanıtlarından emin olamayıp tereddütte kalan hastaların da “biraz” seçeneğini tercih ettikleri gözlemlenmiştir.

Hastalar hastalık hakkında bilgilendirme yapıldığını belirttikleri oranda, ameliyat seçenekleri konusunda bilgilendirilmekten söz etmemişlerdir. Doktoru tarafından ameliyat seçenekleri konusunda bilgi verildiğini söyleyen hastalar üçte bir oranında kalmış (%33), bilgi verilmediğini belirtenler % 48, biraz bilgi verildi diyenler %19 oranında bulunmuştur. Ameliyat seçenekleri konusunda bilgi verilmeme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Biraz yanıtları hayır yanıtlarıyla birlikte değerlendirilirse oran daha da yüksek değere ulaşır (%67).

Benzer oranlar kendisine nasıl bir ameliyat/tedavi uygulanacağını bilenler ve bilmeyenler arasında da geçerlidir. Kendisine nasıl bir ameliyat/tedavi uygulanacağını bilenler %44, bilmeyenler %33, biraz bilenler %23 oranında bulunmuştur. Ameliyat öncesinde kadınların %56’sının memenin tamamen mi, yoksa kısmen mi alınacağını halen bilmedikleri görülmüştür. Bu da hastayı bilgilendirme konusundaki boşluğun önemli bir göstergesidir. Hastalarla ameliyatlarının seçimi konusunda az konuşulması geleneksel anlamda hekim kontrollü karar vermenin (paternalistik yaklaşım) benimsenmiş olmasından, yine hekimin hastanın bilgilendirme için gerekli donanıma sahip olmadığını düşünmesinden veya hekimin hastası için ayırarak zamanının olmasından kaynaklanabilir. Hasta da, hekim gerekli bilgilendirmeyi yaptığı halde, çeşitli nedenlerle bilgiyi alamamış olabilir. Çalışmalar

bilgilendirilmiş kararı vermek için donanımı az olanların daha kötü sonuçlar yaşadığını belirtmektedir (Col, 2005).

Hastaların yarısı sağlanan bilginin yeterli olduğunu, dörtte biri yetersiz, dörtte biri de biraz yeterli-biraz yetersiz olduğunu söylemiştir. Sağlanan bilgiyi yeterli bulmayanlar aynı zamanda hastalık hakkında ve ameliyat seçenekleri hakkında bilgi verilmediğini veya biraz bilgi verildiğini belirtenlerle aynı kişilerdir. Yeterli bulanlar da kendilerine hastalık hakkında ve ameliyat seçenekleri hakkında bilgi verildiğini belirtenlerle aynı kişilerdir. Yine bilgi verildi diyenler sordukları sorularına yanıt alabildiklerini, bilgi verilmedi diyenler de sorularına yanıt alamadıklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların tümü, bir hasta hariç, kendisine nasıl bir ameliyat yapılacağını, tedavi uygulanacağını bilmek istediğini belirtmiştir. Kendisine nasıl bir ameliyat yapılacağını, tedavi uygulanacağını bilmek istemeyen hasta, ameliyat için yattığı halde sadece tetkikleri için yattığını belirtmiştir. Bu durumun hastanın savunmalarından (hastalığın doğası gereği inkar, kabullenme güçlüğü, hastalığa ilişkin stigmatizasyon, vs.) kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Doktoruna soru soran ve yanıt alabildiğini bildiren hastaların oranı bilgi verilenlerden daha yüksek olduğundan, hastaların bilgi açıklarını sorularıyla kapatmaya çalıştıkları söylenebilir. Dikkat çeken nokta hastalardan doktorunun hem bilgi vermediğini, hem de sorularına yanıt vermediğini belirtenlerin olmasıdır. Sertöz'ün 2002 yılındaki saptaması, "Meme kanseri ve tedavisi konusunda hastalar doktorları tarafından yeterince bilgilendirilmemektedir." bu çalışmada da gösterilmiştir. Hastaların bilgilendirilmeleri konusunda duyarlılığın artırılmasına ihtiyaç vardır.

Ruhsal rahatsızlığı olmayanların ortalama anksiyete düzeyi puanları kesme puanına çok yakın bir noktada olup kesme puanını geçmezken, ortalama depresyon puanları kesme noktasını bir puanla aşmıştır. Bireysel farklılıklar saklı kalmak koşuluyla ruhsal rahatsızlığı olmayanlarda anksiyete ve depresyon olmadığı belirtilebilir. Ruhsal rahatsızlığı olanlarda ise her iki rahatsızlığa ilişkin ortalama puanlar, hastaların hastalık öykülerini doğrularcasına yüksektir.

İkinci hipotezde ileri sürülen “hastaların ameliyat seçenekleri konusundaki bilgi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki”ler bu çalışmada saptanamamıştır.

4.4. Hastaların Sosyal Destek Bulgularına İlişkin Tartışma

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları verilerine göre hastalar en çok desteği ailelerinden, daha sonra arkadaşlarından almaktadırlar. Aile ve arkadaş dışı destek en alt sırada yer almaktadır. Doktorlarından aldıkları desteğin de bu kapsamda sorgulanmış olmasına rağmen hastaların bu desteği daha çok akraba ve komşu desteği olarak değerlendirdikleri gözlemlenmiştir. Bu durum hastaların doktorlarını, onlara olan yoğun güven duyguları ifadelerine rağmen, farklı bir yere koyduklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Ruhsal rahatsızlığı olanların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları, HAD ölçek puanlarında olduğu gibi, ruhsal rahatsızlığı olmayanların sosyal destek puanlarından farklılaşmıştır. Rahatsızlığı olmayanların toplam ve alt ölçek puanları rahatsızlığı olanlara göre yüksektir. Bu durumun ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin çevrenin veya kendisinin izolasyonundan kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca

çevrenin sağladığı destek devam ediyor olsa da, hastanın rahatsızlığından dolayı desteklerini algılamayabildiği söylenebilir.

Hastaların sosyal desteklerinin azaldığı oranda depresyon bulgularının arttığını veya destekleri arttığı zaman depresyon bulgularının azaldığı görülmektedir. Benzer ilişki arkadaş desteği ile depresyon bulguları arasında da vardır. Arkadaş desteği olan hastaların depresyon puanları düşükken, arkadaş desteği az olan hastaların depresyon puanları daha yüksektir. Genelde sosyal destekten yoksun olan ve arkadaş desteği olmayan hastaların daha depresif olduğu yorumlanabilir.

Anksiyete açısından bakıldığında; sadece arkadaştan alınan destekle anksiyete bulguları arasında negatif korelasyon vardır. Arkadaş desteği olan hastaların kaygı düzeyleri azdır. Benzer şekilde hastaların arkadaş desteği azaldığında kaygı düzeyleri de artmaktadır.

Hastaların sosyal destek düzeylerine ilişkin elde edilen bulgular, hastaların karar vermede tercih ettikleri rolü etkilediğini destekler nitelikte değildir.

Çalışmanın üçüncü hipotezi olan “ameliyat seçenekleri konusunda bilgilendirme yapılmış olan hastaların hekimleriyle ilgili sosyal destek algılarının, bilgilendirme yapılmamış olan hastaların hekimleriyle ilgili sosyal destek algılarından daha yüksek olacağı” beklenen doğrultuda sonuçlanamamıştır.

4.5. Hastaların Ameliyat Kararlarına İlişkin Tartışma

Hastalara tedavileri konusunda karar vermeleri için olanak sağlanmasının, hastalığına psikolojik uyum açısından yararlı olduğu bazı çalışmalarda belirtilmiştir. Tedavi kararlarına hastaların katılımlarının artmasıyla hastaların tedaviye bağlılıklarının artması beklenmektedir (Beisecker, 1994). Kadınların kararın nasıl

verildiğini algılayışı ve karara ilişkin tatminleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır; kararda daha aktif rol aldıklarını algılayan kadınlar kararlarından daha yüksek doyum almışlardır (Janz, 2004). Hastaların tıbbi kararlara katılımlarının hastaya yararı olup olmadığı sorusuna Hack makalesinde; ameliyatın planlanması aşamasında tedavi kararında aktif rol alan meme hastası kadınların, kararlarını pasif kalıp hekimlerine bırakanlara göre üç yıl sonra daha iyi yaşam kalitesine sahip olduklarını yazmıştır (Hack.,2006). Ancak hastalara tedavi seçeneklerini sunmak karar vermeleri için yeterli olmayabilir (Ashcroft, 1986).

Bu çalışmada, ameliyatın seçiminde kararının sorulmasına ilişkin sorunun birçok kadın tarafından “ameliyat olmayı kabul edip etmemesine” ilişkin bir soru olarak anlaşıldığı görülmüştür. Buradan da henüz hastaların ameliyatlarına ilişkin tercih yapma konusunda bir anlayışlarının oluşmadığı düşünülebilir.

Hastaların yarısından çoğu ameliyatının seçiminde kendisine kararının sorulmadığını belirtmiştir. Kararı sorulanlar, yani karar verme hakkı, daha çok bilgilendirilen hastaya tanınmaktadır (Bkz. Tablo 14 ve Tablo 23). Ameliyatının seçimi için kararı sorulan hastalar, kararlarını aile ve doktorlarıyla ortak oluşturmuştur. Kendisine ameliyatının seçimine ilişkin kararı sorulmayan hastalar da zaten kararı yalnızca doktorlarının vermesini istemektedirler. Adeta doktorlarla hastalar arasında fikir birliği oluşmuş gibi bir durum söz konusudur. Bu durum eğitim, gelir gibi sosyodemografik değişkenlerden bağımsız olarak, kültürümüzdeki hasta hekim ilişkisinin bir uzantısı gibi değerlendirilebilir. Beisecker de hastaların hekimleri kararları verenler olarak gördüklerini, karar verme sorumluluğunu istemediklerini belirtmiştir (Beisecker, 1994). Bilgiyi talep ediyor olmasına rağmen çoğunluğun karar verme sorumluluğunu hekimlerine bırakmayı tercih ettiği, yaşamı

tehdit eden bir hastalık söz konusu olduğunda karar verme sorumluluğunun başkalarına bırakıldığı şeklinde benzer bulgular vardır (Beaver, 1996).

Hastaların çoğunluğunun isteği ameliyatlarına ilişkin kararın doktoru, ailesi ve kendilerinin ortak vermesinden yanadır (%65). Kararı hasta ve doktoru vermeli diyenler düşük oranla takip etmekte (%19), yalnızca doktor karar versin diyenler (%15) daha sonra gelmektedir. Kanser tanısı yeni konmuş hastaların %59'unun kendileri için hekimlerinin tedavi kararlarını vermelerini istediği çalışmaya göre bu oran oldukça düşüktür (Degner, 1992).

Hastaların ameliyat tercihlerine ilişkin istekleri ortak karar verilmesinden yana iken, kendi kararları da beklentilerine uzak düzeylerde gerçekleşmemiştir (%60). Ancak yine yukarıda sözü edilen “ameliyat tercihi” sözünün hastalar tarafından ameliyat olmayı kabul etme gibi algılanmasının burada da etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü hastaların yarısından çoğunun (%52) ameliyatının seçiminde kendisine kararının sorulmadığını belirtmiş olmasına rağmen daha yüksek oranda kararı ortak verdiklerini söylemesi çelişkilidir.

Doktorlarının %23 oranında tek başlarına kararı vermiş olmaları hastaların tercih ettikleri orandan biraz daha yüksek oranda gerçekleşmiştir.

“Yalnızca kendim” seçeneğiyle ifade edilen, hastaların kararı tek başlarına vermesi seçeneği gerçekçi bir yaklaşım olmadığı için (48 hastadan sadece bir kişi), hastalar tarafından tercih edilmemiştir.

Ameliyat kararını ne kadar kendileri vermiş gibi hissettikleri konusunda hastaların yaklaşık %73'ü kararda etkili olduğunu belirtmiştir. Soruya verilen yanıtların, hastaların ameliyat seçimlerine katılım oranları ile çeliştiği görülmekte olup sorunun soruluş amacından farklı biçimde yanıtlandığı yorumlanabilir. Şöyle ki; soruda karara ilişkin katılım duygusu araştırılmış ancak hastaların bu soruya

“ameliyat olmayı rızamla kabul ettim” anlamında yanıt verdikleri görülmüştür. Diğer sorular somut davranışlar üzerinden yöneltilmişken bu sorunun nasıl hissettikleriyle ilgili olması nedeniyle farklı algılanıp yanıtlandığı düşünülmüştür. Hastalar “Ameliyatı kimsenin zoruyla olmuyorum” anlamında yanıt vermişlerdir.

Kararda Çelişki Ölçeği puanları ortalamalarına bakıldığında 25 ve altında puan (kesme puanı) olmaması gerçekleştirilebilen karar olmadığını göstermektedir. Sadece Destek ve Etkin Karar Verme alt ölçek puanları 37.5 altında kaldığı için hastaların desteklerinden emin olabildiklerine ve kararlarının etkili olabildiğine işaret etmektedir. Bunlar dışında hastaların karar vermede belirsizlik yaşadıkları, bilgilerinden emin olmadıkları ve değerlerinin (tedavilerin yararları, riskleri ve yan etkileri konusunda) açık olmadığı söylenebilir.

Eğitimi yüksek olan hastaların eğitimi az olan hastalara göre tedavilerin yararları, riskleri ve yan etkileri konusunda değerleri daha açıktır. Eğitimli hastalar yararlar, riskler, yan etkiler açısından hangi konuların kendileri için önemli olduğu konusunda daha net ve kesin görüşe sahiptir. Bu bulgu eğitimi yüksek olanların bilgi arayışında birden çok kaynağa yönelebildikleri bulgusunu da destekler niteliktedir. Eğitimli olan, bilgiye ulaşabilen hasta tedaviye ilişkin değerlendirmeleri konusunda da daha açıktır.

Ameliyat seçenekleri konusunda bilgi verilen hastalar verdikleri karardan emindirler ve bilgilendirilmemiş hastalara göre kararlarında yaşadıkları çelişkileri daha azdır. Biraz veya hiç bilgilendirilmemiş grup emin olamadıkları için kararlarını verememiştir.

Toplam çelişki konusunda ortaya çıkan bu durum; Belirsizlik, Bilgilendirilme ve Etkili Karar Verme alt ölçeklerinde de tekrarlanmıştır. Kendileri için en iyi seçimin ne olduğunu bildiğini, neyi seçeceğinden emin olduğunu ve bu kararı

vermenin kendileri için kolay olduğunu belirtebildikleri için bilgilendirilen hastaların belirsizlik düzeyleri düşüktür. Bilgilendirilmemiş ve biraz bilgilendirilmiş hastalar aynı konularda belirsizlik yaşamaktadırlar.

Hastalar genel olarak bilgilerinden emin olamaları da ameliyat seçenekleri konusunda bilgilendirilmiş hastaların biraz veya hiç bilgilendirilmemiş olan hastalara göre kendileri için hangi tedavi seçeneklerinin var olduğunu, seçeneklerin yarar, risk ve yan etkilerini daha iyi bildiklerini sürülebilir.

Ameliyat seçenekleri konusunda bilgilendirilmiş olan hastalar en düşük puanları etkili karar verme alt ölçeğinde almıştır. Buradaki puan ortalamaları 25'ten az olduğu için kararın uygulanırlığının ifadesidir. Bu gruptaki hastalar yeterince bilgiye sahip olduktan sonra karar verdiklerini, kararlarının kendileri için neyin önemli olduğunu gösterdiğini, kararlarını değiştirmeyeceklerini sandıklarını ve kararlarından memnun oldukları ifadelerine katıldıklarını belirtmişlerdir. Biraz veya hiç bilgilendirilmemiş olan hastalar etkili karar verememişlerdir. Kendilerine bilgilendirilme yapılmadığını ifade edenlerin aynı zamanda karara ilişkin emin olmama duygusunun ifadesi olan yüksek ölçek puanları almış olmaları şaşırtıcı değildir.

Hastaların kararlarında yaşadıkları çelişki bulgularına rağmen “Anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek olan hastaların, tedaviye karar verme sürecindeki çelişki düzeyleri de yüksektir,” hipotezi için anlamlı bulgulara ulaşılmamıştır.

4.6. Hastaların Kararlarındaki Çelişkileri ve Sosyal Destek Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmanın son hipotezi olan “sosyal destek algısı güçlü hastaların, tedavi kararlarındaki çelişki düzeylerinin, sosyal destek algısı güçlü olmayanlara göre daha düşük olacağı” konusunda kanıt elde edilebilmiştir. Hastaların Algılanan Aile Desteği puanları ile Kararda Çelişki Ölçeği'nin Destek ve Etkin Karar Verme alt ölçek puanları arasında bulunan ters yönde ilişki bu hipotezi destekler niteliktedir. Hastanın ailesinden aldığı desteği arttıkça Kararda Çelişki Ölçeği'nin Destek ve Etkin Karar Verme alt ölçek puanlarının düştüğü görülmüştür. Bunun tersi de geçerlidir; aile desteği azaldıkça Destek ve Etkin Karar Verme puanları artmaktadır.

Hastalar bir karara varabilmek için yeterince destek ve tavsiye aldıklarını, çevrelerinden baskı görmediklerini belirttikleri oranda, güçlü aile desteğine sahiptirler. Aile destekleri güçsüzleştikçe kararlarını kimseden tavsiye almadan, desteksiz yaptıkları söylenebilir. Benzer şekilde memnun olduğu, değiştirmeyi düşünmediği bir kararı verenlerin aile desteklerinin yüksek olduğundan söz edilebilir. Aynı ilişkide tam tersi de mümkündür; aile desteğinden yoksun hasta için kararının tutarlı olamayabileceği değerlendirilebilir.

BÖLÜM V

SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Daha önce de belirtildiği gibi örneklemin küçük olması bu çalışmanın bir sınırlılığdır ve hastalara ilişkin özelliklerin karar tercihlerine yansımamasına etki etmiş olabilir.

*Hastalara hastalıkları ve ameliyat seçenekleri konusunda yapılan bilgilendirme yetersiz düzeydedir.

*Hemen ameliyatı öncesinde yapılan görüşmede kadınların (%56) memenin tamamen mi, yoksa kısmen mi alınacağını halen bilmedikleri görülmüştür.

*Hastaya ameliyat seçenekleri arasından seçim yapma olanağı sunulmazsa ve hastanın da karar verme sürecine katılmak gibi bir anlayışı, beklentisi yoksa, hastanın pasif rolü seçmesi beklenebilir. Çünkü hastanın alternatif rollerden haberi yoktur. Ancak buna rağmen bu çalışmada hastaların pasif rolü çok seçmedikleri söylenebilir.

* Bu çalışmada erken evre meme kanseri hastası kadınların çoğunluğu karar verme sorumluluğunu hekimle işbirliği içinde paylaşmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

5.2. Öneriler

Ameliyat öncesinde hastanın duygusal gereksinimlerinin dikkate alınması ve bilgi gereksinimlerinin karşılanması için danışmanlara gereksinim vardır (Morris, 1989). Önce hastanın bilgilenme boyutu dikkate alınmalı; hastalık ve alternatif ameliyat seçenekleri hakkında bilgilendirilmeli ve sonra seçime katılımın sorulması meme kanserine psikolojik uyum açısından önemlidir. Her bireyin katılım tercihi dikkate alınmalı; katılmak istemeyen hastaya gereksiz yere anksiyete, karara katılmak isteyip de desteklenmeyene de engellenme yaşatmamak gerekir.

ÖZET

Erken Evre Meme Kanserli Kadınlarda Ameliyat Tercihleri Ve Tercihleri

Etkileyen Değişkenler

Araştırmanın amacı, erken evre meme kanseri hastalarının tedavi kararlarına katılım düzeylerini saptamak, hastalara ilişkin özelliklerin hastaların tedavi kararlarındaki rollerini ne ölçüde etkilediğine bakmak ve hastaların tedavilerine ilişkin bilgi gereksinimlerini değerlendirmektir. Ayrıca meme kanseri olan kadınların ameliyat öncesi ruhsal durumları, sosyal destek algıları ve karar verme süreçleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek de amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemi 48 erken evre meme kanseri hastasından oluşmuştur. Hastalara Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, HAD Ölçeği ve Kararda Çelişki Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada Çelişki Ölçeği'nin Türkçe formunun da güvenilir ve geçerli olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalıkları ve ameliyat seçenekleri konusunda bilgilendirilmelerindeki boşluğun bir göstergesi olarak ameliyat öncesinde kadınların %56'sı memenin tamamen mi, yoksa kısmen mi alınacağını bilmemektedirler. Ameliyat seçenekleri hakkında doktoru tarafından bilgi verilen hastalara ameliyat seçim kararları sorulmakta, bilgi verilmeyenlere kararı sorulmamaktadır. Hastaların yarısından çoğu ameliyatının seçiminde kendisine kararının sorulmadığını belirtmiştir. Kararı sorulan hastalar, kararlarını aile ve doktorlarıyla ortak oluşturmuştur; kararı sorulmayanlar da zaten kararı yalnızca doktorlarının vermesini istemektedirler.

Hastalarla ameliyatlarının seçimi konusunda az konuşulması geleneksel anlamda hekim kontrollü karar vermenin benimsenmiş olmasından kaynaklanabilir. Hastaların çoğunluğu karar verme sorumluluğunu hekimle işbirliği içinde paylaşmayı tercih etmektedirler.

Ameliyat seçenekleri konusunda bilgi verilen hastaların, bilgilendirilmemiş hastalara göre kararlarında yaşadıkları çelişkileri daha azdır, kararlarından daha emindirler. Eğitim düzeyi yüksek olan hastalar, eğitim düzeyi düşük olan hastalara göre tedavilerin yararları, riskleri ve yan etkileri konusunda daha net ve kesin görüşe sahiptir. Ayrıca sosyal destek algıları güçlü olan hastaların, tedavi kararlarındaki çelişki düzeyleri, sosyal destek algısı güçlü olmayanlara göre daha düşüktür.

ABSTRACT

Treatment Choices and Factors Determining Choices in Early Stage Breast Cancer Patients

This study aimed to examine the level of participation of early stage breast cancer patients in their treatment decision making, to determine how the features of patients affect their roles in treatment decisions and to assess their needs of information concerning their treatment. This study also sought to evaluate the relationship between the psychological aspects, perceptions of social support and decision making processes of breast cancer women at time of surgical treatment (baseline). The sample of the study consisted of 48 early stage breast cancer patients. Multidimensional Scale of Perceived Support, Hospital Anxiety and Depression Scale and Decisional Conflict Scale were utilized in this study. The Turkish version of Decisional Conflict Scale was found to be reliable and valid.

Just before their operation, %56 of the women were not informed if they would have mastectomy or lumpectomy, which indicated the gap of informing the patients. The patients that were informed about the surgical options were offered surgical choices whereas uninformed patients were not offered any choice. More than half of the patients reported that they were not offered any surgical choice. The patients that were offered choices, preferred to share their decision with the doctor and family.

The patients that were not offered any choice preferred their surgeons to make the decision.

The lack of dialogue about the surgical preferences may be rooted in classical paternalistic approach. The majority of patients prefer to share the responsibility of decision making with their surgeon.

The informed patients reported less decisional conflict than uninformed patients. Patients with higher level of education were clearer about benefits, risks and side effects of treatment than patients with lower level of education. Also the patients with higher social support had lower levels of decisional conflict than the patients with lower social support.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Ankem, K. (2005). Types of Information Needs Among Cancer Patients: A Systematic Review, *LIBRES: Library and Information Science Research*, 15(2). <http://libres.curtin.edu.au/libres15n2/index.html>. (erişim tarihi: 1 Mart 2007).
- Arora, N.K, McHorney, C.A. (2000). Patient Preferences for Medical Decision Making; Who Really Wants to Participate, *Med Care*, 38(3): 335-341
- Ashcroft, J.J., Leinster S.J., Slade, P.D. (1985). Breast Cancer- Patient Choise of Treatment: Preliminary Communication, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 78: 43-46
- 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
- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Hofmann, G., Samonigg, H. (2003). Do Different Cultural Settings Affect the Psychological Distress of Women with Breast Cancer? A Randomized Study, *Eur J Cancer Care (Engl)*, 12(3): 263-73
- 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
- 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 Nurs*, 19(1): 8-19

- Beisecker, A.E., Helmig, L., Graham, D., Moore, W.P. (1994). Attitudes of Oncologists, Oncology Nurses, and Patients from a Women's Clinic Regarding Medical Decision Making for Older and Younger Breast Cancer Patients, *The Gerontologist*, 34(4): 505-512
- Bilodeau, B.A., Degner, L.F. (1996). Information Needs, Sources of Information, and Decisional Roles in Women with Breast Cancer, *Oncology Nursing Forum*, 23(4): 691-6
- Brehaut, J.C., O'Connor, A.M., Wood, T.J., Hack, T.F., Siminoff, L., Gordon, E., Feldman-Stewart, D. (1995). Validation of a Decisional Conflict Scale, *Medical Decision Making*, 15: 25-30
- Brown, R.F., Butow, P.N., Sharrock, M.A., Henman, M., Boyle, F., Goldstein, D., Tattersall, M.H. (2004). Education and Role Modelling for Clinical Decisions with Female Cancer Patients, *Health Expect*, 7(4): 303-16
- Bruera, E., Willey, J.S., Palmer, J.L., Rosales, M. (2002). Treatment Decisions for Breast Carcinoma: Patient Preferences and Physician Perceptions, *Cancer*, 94(7): 2076-80
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., Ramirez, A. (2005). Depression and Anxiety in Women with Early Breast Cancer: Five Year Observational Cohort Study, *BMJ*, 26,330 (7493): 702-705
- Case, D.O., Andrews, J.E., Johnson, J.D., Allard, S.L. (2005). Avoiding versus Seeking: the Relationship of Information Seeking to Avoidance, Blunting, Coping, Dissonance, and Related Concepts, *Journal of the Medical Library Association*, 93(3): 353-362
- Cassileth, B.R., Zupkis, R.V., Sutton-Smith, K., March, V. (1980). Information and Participation Preferences among Cancer Patients, *Ann Intern Med*, 92(6): 832-6
<http://doi:10.1093/annonc/mdj098> (erişim tarihi: 12 Aralık 2006)

- Clarke, G., Hall, R.T., Rosencrance, G. (2004). Physician-Patient Relations: No More Models, *Am J Bioeth*, 4(2): 16-19
- Cohen, S., Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98: 310-357
- Col, N.F., Duffy, C., Landau, C. (2005). Commentary-Surgical Decisions after Breast Cancer: Can Patients Be Too Involved in Decision Making? *Health Serv Res*, 40(3): 769-779
- Deadman, J.M., Leinster, S.J., Owens, R.G., Dewey, M.E., Slade, P.D. (2001). Taking Responsibility for Cancer Treatment, *Social Science and Medicine*, 53(5): 669-77
- Degner, L.F., Kristjanson, L.J., Bowman, D., et al. (1997). Information Needs and Decisional Preferences in Women with Breast Cancer, *Journal of the American Medical Association*, 27: 1485-1492
- Degner, L.F., Sloan, J.A. (1992). Decision Making during Serious Illness: What Role Do Patients Really Want to Play? *J Clin Epidemiol*, 45(9): 941-50
- Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 17-25
- Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L., Duberstein, P.R. (2005). Measuring Patient-Centered Communication in Patient-Physician Consultations: Theoretical and Practical Issues, *Soc Sci Med*, 61(7): 1516-1528
- Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, G.P., Baum, M. (1990). Psychological Outcomes of Different Treatment Policies in Women with Early Breast Cancer Outside a Clinical Trial, *British Medical Journal*, 22,301(6752): 575-580

- Fallowfield, L.J., Hall, A., Maguire, P., Baum, M., A'Hern, R.P. (1994). Psychological Effects of Being Offered Choice of Surgery for Breast Cancer, *British Medical Journal*, 13,309(6952): 448
- Fidaner, C., Aral, M. Kadınlarda Meme Kanseri Taramaları için Ulusal Standartlar <http://sbu.saglik.gov.tr/default.asp?sayfa=detay&id=1149&page=93> (erişim tarihi: 20 Ocak 2007)
- Fisher, B., Anderson, S., Bryant, J., Margolese, R.G. (2002). Deutsch, M., Fisher, E.R., Jeong, J.H., Wolmark, N. Twenty-year Follow-up of a Randomized Trial Comparing Total Mastectomy, Lumpectomy, and Lumpectomy Plus Irradiation for the Treatment of Invasive Breast Cancer, *The New England Journal of Medicine*, 17,347(16): 1233-41
- Gafni, A., Charles, C., Whelan, T. (1998). The Physician-patient Encounter: the Physician as a Perfect Agent for the Patient Versus the Informed Treatment Decision-Making Model, *Social Science and Medicine*, 47(3): 347-54
- Goel, V., Sawka, C.A., Thiel, E.C., Gort, E.H., O'Connor, A.M. (2001). Randomized Trial of a Patient Decision Aid for Choice of Surgical Treatment for Breast Cancer, *Med Decis Making*, 21(1):1-6
- Guadagnoli, E., Ward, P. (1998). Patient Participation in Decision-making, *Social Science and Medicine*, 47(3): 329-39
- 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
- Halkett, G.K., Arbon, P., Scutter, S.D., Borg, M. (2005). The Experience of Making Treatment Decisions for Women with Early Stage Breast Cancer: a Diagrammatic Representation, *Eur J Cancer Care (Engl)*, 14(3): 249-55

- Haydaroglu, A., Dubova S., Öz saran Z., Bölükbaşı Y., Yılmaz R., Kapkaç M., Özdedeli E. (2005). Ege Üniversitesinde Meme Kanseri: 3897 Olgunun Değerlendirilmesi, *Meme Sağlığı Dergisi*, ISSN 1306-0953 1(1): 6-11 <http://memesagligi.dergisi.org/> (erişim tarihi: 20 Aralık 2006)
- Haydaroglu, A., Öz saran, Z. (2005). Ege Üniversitesi Kanser İstatistikleri Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
- Iconomou, G., Viha, A., Koutras, A., Koukourikou, I., Mega, V., Makatsoris, T., Onyenadum, A., Assimakopoulos, K., Vagenakis, A.G., Kalofonos, H.P. (2006). Impact of Providing Booklets about Chemotherapy to Newly Presenting Patients with Cancer: a Randomized Controlled Trial, *Ann Oncol*, 17(3): 515-20
- Janz, N.K., Wren, P.A., Copeland, L.A., Lowery, J.C., Goldfarb, S.L., Wilkins, E.G. (2004). Patient-Physician Concordance: Preferences, Perceptions, and Factors Influencing the Breast Cancer Surgical Decision, *J Clin Oncol*, 1,22(15): 3091-8.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., Saul, J. (2001). Information Needs of Patients with Cancer: Results from a Large Study in UK Cancer Centres, *British Journal of Cancer*, 84: 48-51.
- Kahan, Z., Varga, K., Dudas, R., Nyari, T., Thurzo, L. (2006). Collaborative/Active Participation per se Does Not Decrease Anxiety in Breast Cancer, *Pathol Oncol Res*, 12(2): 93-101
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., Holzel, D. (2003). Communication, Quality of Life and Age: Results of a 5-Year Prospective Study in Breast Cancer Patients, *Ann Oncol*, 14(3): 421-427
- Koedoot, N., Molenaar, S., Oosterveld, P., Bakker, P., de Graeff, A., Nooy, M., Varekamp, I., de Haes, H. (2001). The Decisional Conflict Scale: Further Validation in Two Samples of Dutch Oncology Patients, *Patient Educ Couns*, 1,45(3): 187-93

- Lantz, P.M., Janz, N.K., Fagerlin, A., Schwartz, K., Liu, L., Lakhani, I., Salem, B., Katz, S.J. (2005). Satisfaction with Surgery Outcomes and the Decision Process in a Population-Based Sample of Women with Breast Cancer, *Health Services Research, 40(3): 745-67*
- Legare, F., Tremblay, S., O'Connor, A.M., Graham, I.D., Wells, G.A., Jacobsen, M.J. (2003). Factors Associated with the Difference in Score between Women's and Doctors' Decisional Conflict about Hormone Therapy: a Multilevel Regression Analysis, *Health Expect, 6(3): 208-21*
- Leighl, N.B., Butow, P.N., Tattersall, M.H. (2004). Treatment Decision Aids in Advanced Cancer: When the Goal Is Not Cure and the Answer Is Not Clear, *J Clin Oncol, 1,22(9): 1759-62*
- Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., Thisted, R.A. (2005). Not All Patients Want to Participate in Decision Making. A National Study of Public Preferences, *J Gen Intern Med, 20(6): 531-5*
- Maly, R.C., Umezawa, Y., Leake, B., Silliman, R.A. (2004). Determinants of Participation in Treatment Decision-Making by Older Breast Cancer Patients, *Breast Cancer Res Treat, 85(3): 201-9*
- McVea, K.L., Minier, W.C., Johnson Palensky, J.E. (2001). Low-Income Women with Early-Stage Breast Cancer: Physician and Patient Decision-Making Styles, *Psychooncology, 10(2): 137-46*
- 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, 8: 631-642*
- Morales A.J. (2004). Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/ethics003.pdf (erişim tarihi: 15 Kasım 2006)

- Morris, J., Royle, G.T., Taylor, I. (1989). Changes in the Surgical Management of Early Breast Cancer in England, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82: (1): 12–14.
- Morris, A.D., Morris, R.D., Wilson, J.F., White, J., Steinberg, S., Okunieff, P., Arriagada, R., Le M.G., Blichert-Toft, M., Van Dongen, J.A. (1997). Breast-conserving Therapy vs Mastectomy in Early-stage Breast Cancer: a Meta-analysis of 10-Year Survival, *The Cancer Journal from Scientific American*, 3(1): 2-3
- Moumjid, N., Carrere, M.O., Charavel, M., Bremond, A. (2003). Clinical Issues in Shared Decision-Making Applied to Breast Cancer, *Health Expect*, 6(3): 222-7
- Nayfield, S.G., Bongiovanni, G.C., Alciati, M.H., Fischer, R.A., Bergner, L. (1994). Statutory Requirements for Disclosure of Breast Cancer Treatment Alternatives, *Journal of the National Cancer Institute*, 17,86(16): 1202-8
- O'Connor, A.M. (1995). Validation of a Decisional Conflict Scale, *Med Decis Making*, 15(1): 25-30
- O'Connor, A.M., Jacobsen, M.J. (2004). Decisional Conflict: Assessing and Supporting Patients Experiencing Uncertainty About Choices Affecting Their Health http://decisionaid.ohri.ca/docs/Training/Decisional_Conflict.pdf (erişim tarihi: 1 Aralık 2005)
- Passalacqua, R., Caminiti, C., Salvagni, S., Barni, S., Beretta, G.D., Carlini, P., Contu, A., Di Costanzo, F., Toscano, L., Campione, F. (2004). Effects of Media Information on Cancer Patient's Opinions, Feelings, Decision-Making Process and Physician-Patient Communication, *Cancer*, 100(5): 1077-1084
- Romanek, K.M., McCaul, K.D., Sandgren, A.K. (2005). Age Differences in Treatment Decision Making for Breast Cancer in a Sample of Healthy Women: the Effects of Body Image and Risk Framing, *Oncol Nurs Forum*, 1,32(4): 799-806

- Sawka, C.A., Goel, V., Mahut, C.A., Taylor, G.A., Thiel, E.C., O'Connor, A.M., Ackerman, I., Burt, J.H., Gort, E.H. (1998). Development of a Patient Decision Aid for Choice of Surgical Treatment for Breast Cancer, *Health Expect*, 1(1): 23-36
- Schofield, P.E., Butow, P.N., Thompson, J.F., Tattersall, M.H.N., Beeney L.J., Dunn, S.M. (2003). Psychological Responses of Patients Receiving a Diagnosis of Cancer, *Ann Oncol*, 14(1): 48-56
- Sekimoto, M., Asai, A., Ohnishi, M., Nishigaki, E., Fukui, T., Shimbo, T., Imanaka, Y. (2004). Patients' Preferences for Involvement in Treatment Decision Making in Japan, *BMC Fam Pract*, 1 -,5
- Sertöz, Ö.Ö. Meme Kanserinde Ameliyat Tipinin, Beden Algısı, Cinsel İşlevler, Benlik Saygısı ve Eş Uyumuna Etkileri: Kontrollü Bir Çalışma. Uzmanlık Tezi, İzmir, 2002
- Stiggelbout, A.M., Kiebert, G.M. (1997). A Role for the Sick Role Patient Preferences Regarding Information and Participation in Clinical Decision-Making, *Can Med Assoc J*, 157: 383-9
- Szumacher, E. (2006). The Feminist Approach in the Decision-Making Process for Treatment of Women with Breast Cancer, *Ann Acad Med Singapore*, 35(9): 655-61
- TDK, Türkçe Sözlük <http://www.tdk.gov.tr/TR/SozBul.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF05A79F75456518CA> (erişim tarihi: 15 Ocak 2007).
- Topuz, E., Aydınar, A., Dinçer, M. (2003). Meme Kanseri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Van Dongen, J.A., Bartelink, H., Fentiman, I.S., Lerut, T., Mignolet, F., Olthuis, G., van der Schueren, E., Sylvester, R., Winter, J., van Zijl, K. (1992). Randomized Clinical Trial to Assess the Value of Breast-conserving Therapy in Stage I and II Breast Cancer, EORTC 10801 Trial, *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 11: 15-8

Wallberg, B., Michelson, H., Nystedt, M., Bolund, C., Degner, L.F., Wilking, N. (2000). Information Needs and Preferences for Participation in Treatment Decisions Among Swedish Breast Cancer Patients, *Acta Oncologica*, 39,4: 467–476

Waterworth, S., Luker, K.A.J. (1990). Reluctant Collaborators: Do Patients Want to be Involved in Decisions Concerning Care? *Journal of Advanced Nursing*, 15(8): 971-6

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Bu araştırma Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Sağlık Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülen “Meme Rahatsızlığı Olan Kadınlarda Ameliyat Tercihleri ve Tercihleri Etkileyen Değişkenler” isimli bir tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, E.Ü.T.F. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı’na meme rahatsızlığı nedeniyle yatırılan kadınlarda, tanı konması ve ameliyat olması sürecinde hastaya ilişkin değişkenleri araştırmaktır.

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

Gönüllü katılmayı reddetme veya her hangi bir zamanda ayrılma/vazgeçme hakkına sahiptir. Yine reddetme, vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altında tutulacaktır. Araştırmada yer alacak gönüllü sayısı 50 olarak belirlenmiştir. Uygulanacak anketler gönüllünün kendisine ve/veya bağlı olduğu sağlık giderlerini karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Çalışma süreci içinde herhangi bir nedenle başvurulacak kişi: Sos. Hiz. Uzm. Zehra Çalışkan Telefon: 0.232.390 41 61

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

Bu çalışmanın sonuçlarının bilimsel olarak yayınlanmasında benim haklarım açısından herhangi bir sakınca 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 /Tarih : (Varsa Telefon No, Faks No) :

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı, İmzası / Tarih :

Sos.Hiz.Uzm. Zehra çalışkan, 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 gecekondur
- 10) Yaşanan yer:
 köy kasaba kent gecekondur
- 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) Memedeki rahatsızlığın tanısı konduktan sonra geçen süre?
- 15) Memedeki hastalık için daha önce tedavi gördünüz mü?

- 16) Hastalığınız hakkında doktorunuz tarafından size bilgi verildi mi?
() evet () hayır () biraz
- 17) Ameliyat seçenekleri hakkında doktorunuz tarafından bilgi verildi mi?
() evet () hayır () biraz
- 18) Sağlanan bilgi sizin için yeterli oldu mu?
() evet () hayır () biraz
- 19) Size nasıl bir ameliyat yapılacağını/tedavi uygulanacağını biliyor musunuz?
() evet () hayır () biraz
- 20) Size nasıl bir ameliyat yapılacağını/tedavi uygulanacağını bilmek ister miydiniz?
() evet () hayır () biraz
- 21) Ameliyatınızın seçiminde sizin kararınız soruldu mu?
() evet () hayır
- 22) Doktorunuza hastalığınız ve tedavinizle ilgili soru sorabiliyor musunuz?
() evet () hayır () biraz
- 23) Sorularınıza yanıt alabiliyor musunuz?
() evet () hayır () biraz
- 24) Ameliyatınıza ilişkin kararın nasıl oluşmasını tercih ederiniz? Sizce kararı kim vermeli?
() yalnızca kendim () ben ve ailem () ben ve doktor
() doktor, ailem ve ben eşit () doktor ve ailem () yalnızca doktor
- 25) Sizin ameliyat kararınız nasıl oluştu?
() yalnızca kendim () ben ve ailem () ben ve doktor
() doktor, ailem ve ben eşit () doktor ve ailem () yalnızca doktor
- 26) Kararı ne kadar kendiniz vermiş gibi hissediyorsunuz?
() hiç () az () orta () oldukça () tamamen kendim
I _____ 1 _____ 1 _____ 1 _____ 1
1 2 3 4 5
- 27) 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 12cümlelerin 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

EK 5

KARARDA ÇELİŞKİ ÖLÇEĞİ

A. Aşağıdaki tedavi seçeneklerinden hangisini tercih ediyorsunuz? Lütfen birini (X) işaretleyin.

- () Ameliyat sırasında tüm memenin alınması
() Ameliyat sırasında sadece tümörlü bölgenin çıkarılması
() Emin değilim

B. Tercih ettiğiniz seçenekleri dikkate alarak, aşağıdaki soruları lütfen yanıtlayın.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum Ne de katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Benim için hangi tedavi seçeneklerinin var olduğunu biliyorum.					
2. Her seçeneğin yararlarını biliyorum.					
3. Her seçeneğin risklerini ve yan etkilerini biliyorum.					
4. Hangi yararların benim için en önemli olduğunu biliyorum.					
5. Hangi risk ve yan etkilerin benim için en önemli olduğunu biliyorum.					
6. Benim için yararların mı yoksa risk ve yan etkilerin mi daha önemli olduğunu biliyorum.					
7. Bir karara varabilmek için başkalarından yeterince destek alıyorum.					
8. Başkalarının baskısı olmadan seçimimi yapıyorum.					
9. Seçimimi yapmak için yeterince tavsiye aldım.					
10. Benim için en iyi seçimin ne olduğunu biliyorum.					
11. Neyi seçeceğimden eminim.					
12. Bu kararı vermek benim için kolay.					
13. Yeterince bilgiye sahip olduktan sonra karar verdiğimi düşünüyorum.					
14. Kararım benim için neyin önemli olduğunu gösteriyor.					
15. Kararımı değiştirmeyeceğimi sanıyorum.					
16. Kararımdan memnunum.					

ZEHRA CALIŞKAN

Doğum yılı ve yeri: 1.3.1956 – Burhaniye

Medeni durumu: Evli, iki çocuklu

Eğitim:

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Konsültasyon
Liyeron Psikiyatrisi Sağlık Danışmanlığı Yüksek Lisans
Programı 2003 – 2007

Hacettepe Üniversitesi Sosyal ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü 1974-1978

Üsküdar Amerikan Kız Lisesi 1967-1974

Diğer eğitimler:

Psikodrama grup terapisi eğitimine üç yıl devam etti.

İş deneyimi:

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı
sosyal hizmet uzmanı, 1982 – halen devam etmekte

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toplum sağlığı Enstitüsü
sosyal hizmet uzmanı, 1980 - 1982

Kongre Sunumları:

Sözel Bildiriler

Karaca, N. ve Çalışkan, Z., “A Short Term Group Therapy
with Breast Cancer Patients”, Uluslararası II.Balkan Onkoloji
Kongresi, Kuşadası, 1998.

Seyfioğlu, U., Ertürk, N., Çalışkan, Z., “Attributional Styles of
Women with Breast and Gynecological Cancers”, Uluslar
arası II.Balkan Onkoloji Kongresi, Kuşadası, 1998.

Poster Bildiriler

Karaca, N. ve Çalışkan, Z., “Ameliyat Öncesi Dönemdeki Meme Kanserli Hastaların Psikiyatrik Belirtiler Yönünden Değerlendirilmesi”, Anadolu Psikiyatri Günleri, İzmir, 1996.

Çalışkan, Z., Ertürk, N., Aydın, B., “Meme Kanserli Hastalarla Kısa Süreli Grup Tedavisi”, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2001.

Kocadere, M., Eryavuz, E., Çalışkan Z., “Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Bozukluğu Olan Kişiler Hakkındaki Tutumları”, 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul, 2001.

Eryavuz, A., Süngü, G., Çalışkan, Z., “Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitimi Grupları”, 38. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Marmaris, 2002.

Yıldız, M., Eryavuz, A., Çalışkan, Z., “Şizofrenide Yaşam Kalitesi ve Psikososyal Beceri Eğitimi”, 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, 2007.

Yayınlar

Akarsu, D., Coşkunol, H., Saygılı, R., Çalışkan, Z., Kırsal Alanda Görülen Bir Epidemik Histeri Olgusunun Fenomenolojisi. Ege Tıp Dergisi 32 (1-2): 133-135, 1993.