Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2026; 29(3), 707-728
https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1751910

DERLEME MAKALESİ

ONKOLOJİ PRATİĞİNDE "BAĞLAMA ÖZEL İLETİŞİM ALGORİTMASI"NIN GEREKLİLİĞİ VE ESASLARI ÜZERİNE: KURAMSAL DAYANAK [1]

Gamze NESİPOĞLU [*]
M. Levent ÖZGÖNÜL [**]
Filiz BULUT [***]

ÖZ

Kanser; taşıdığı olumsuz anlamı, tedavisinin uzun süreç gerektirmesi ve hastayı ölümle yüzleştirmesi nedeniyle hastanın salt biyolojik varlık boyutunda değil, psikolojik ve sosyal boyutunda da "bozulma"ya yol açmaktadır. Dolayısıyla tanının açıklanması ve uzun tedavi/bakım sürecinde hastaya biyo-psiko-sosyal yaklaşımı elzem kılmaktadır. Bütüncül yaklaşımı (biyo-psiko-sosyal) sunabilmek içinse hastanın değerleri, tercihleri, sosyoekonomik durumu, hastalığı yordayışı ve koşullarının bilinmesi, kısaca hastanın tanınması gerekmektedir. Onkoloji uzmanının hastasını tanıyabilmesiyse inşa ettiği güvene dayalı ve hasta-merkezli ilişkiyle sağlanabilmekte; hasta-hekim ilişkisinde iletişimle etiğin iç içeliğini elzem kılmaktadır. Aksi halde hastanın hekime duyduğu güvenin zedelenmesi, tedaviye uyumunun ve memnuniyetinin azalmasıyla farklı tedavi yöntemlerine başvurması; etik ikilem/ihlaller, etiko-legal sorunlar ve tıbbi kötü uygulama iddiaları söz konusu olabilmektedir. Bu durum özel iletişim araçlarına gereksinimi de beraberinde getirmektedir. Geliştirilen iletişim araçları özellikle kötü haber verme bağlamında yol gösterici olmakla birlikte, hastalığın evresi, kültürel belirleyiciler ve etik yükümlülükler gibi bağlamsal değişkenleri ele almakta sınırlı kalmaktadır. Onkolojide "olması gereken" hasta-hekim ilişkisiyse özneler-arası ilişki olup, Buber'in geliştirdiği "Ben ve Sen" ilişkisi olmalıdır ki iki taraf da etkin ve kişi/özne niteliğini taşıyabilsin. Ayrıca Kuçuradi'nin "değerler ve değerlilik ilişkisi" olarak "etik değerleri", "kişisel değerleri" ve "ilişki değerleri"ni içeren "etik ilişki"yi de esas alması gerekli görülmektedir. Böylece hastaya yararlı olunurken, hastanın insan değeri ve onuru ile özerkliği ve mahremiyeti korunabilecektir. Bahsedilen mahiyette hasta-hekim ilişkisinin tesisinin onkoloji pratiğinde klinik, etik ve bağlamsal gereksinimleri birlikte gözeten "Bağlama Özel İletişim Algoritması"yla olanaklı kılınabileceği ileri sürülebilir. Nitekim bu algoritma; bağlamın sistematik olarak değerlendirilmesi, iletişim hedeflerinin belirlenmesi, bilgilendirme ve ortak karar verme süreçlerinin yapılandırılması, etik ilişki temelli etkileşimin sağlanması, etik sorun ve çıkar çatışmalarının değerlendirilmesi, mahremiyetin korunarak güven ve sadakate dayalı ilişkinin sürekli kılınması ile geri bildirim ve yeniden değerlendirme aşamalarını içeren süreç odaklı bir yaklaşım olarak yapılandırılmıştır. "Bağlama Özel İletişim Algoritması'nın gerekliliğinin ve esaslarının belirlendiği bu çalışmada, algoritmanın onkoloji pratiğine uygulanabilirliğini saptamak amacıyla ülkemizdeki gereksinimi karşılamaya yönelik olarak yürütülecek araştırmanın kuramsal dayanağını oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *"Bağlama özel iletişim algoritması", etik ilişki, etik, hasta-hekim ilişkisi, iletişim, kanser, onkolog, onkoloji*

MAKALE HAKKINDA

[1] *Bu çalışma, Türkiye Biyoetik Derneği ile Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi işbirliği ile 13-14 Mayıs 2025 tarihlerinde Sakarya Üniversitesinde gerçekleştirilen XI. Biyoetik Kongresinde sunulan sözlü bildirinin geliştirilmiş versiyonudur.*

* *Dr. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, gamze.nesipoglu@iuc.edu.tr*
https://orcid.org/0000-0002-2313-5608

** *Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, leventozgonul@akdeniz.edu.tr*
https://orcid.org/0000-0003-4135-1643

*** *Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, filizbulut@ksu.edu.tr*
https://orcid.org/0000-0002-3674-8294

Gönderim Tarihi: 27.07.2025
Kabul Tarihi: 10.03.2026

Atıfta Bulunmak İçin:
Nesipoğlu, G., Özgönül, M. L., & Bulut, F. (2026). Onkoloji pratiğinde "bağlama özel iletişim algoritması"nın gerekliliği ve esasları üzerine: kuramsal dayanak. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 29(3), 707-728. https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1751910

REVIEW ARTICLE

ON THE NECESSITY AND CORE PRINCIPLES OF A "CONTEXT-SPECIFIC COMMUNICATION ALGORITHM" FOR ONCOLOGY PRACTICES: A THEORETICAL JUSTIFICATION [1]

Gamze NESİPOĞLU [*]
M. Levent ÖZGÖNÜL [**]
Filiz BULUT [***]

ABSTRACT

Cancer affects not only patients' biological health but also their psychological and social well-being because of the meanings associated with the disease, the prolonged course of treatment, and the prospect of death. Therefore, disclosing the diagnosis and managing long-term treatment and care require oncologists to adopt a holistic ((bio-psycho-socia) approach. Providing such care requires an understanding of the patient's values, preferences, socioeconomic circumstances, perception and interpretation of the illness, and broader life situation, in short, it requires knowing and understanding the patient as a person. In oncology practice, this approach can be realized only through a trust-based, patient-centered relationship grounded in ethical and interpersonal values and principles. Communication and ethics must, therefore, be regarded as inseparable dimensions of the patient–physician relationship. Otherwise, failure to establish such a relationship may erode patients' trust in their physicians, reduce treatment adherence and satisfaction, and encourage recourse to alternative treatments. It may also give rise to ethical dilemmas and violations, medico-legal disputes, and medical malpractice claims. These risks highlight the need to develop specialized communication tools for oncology practice. Although existing communication frameworks—particularly those developed for breaking bad news—provide valuable guidance, their capacity to integrate clinical, cultural, and ethical considerations, including disease stage, cultural determinants, and professional obligations, remains limited. The desired patient–physician relationship should instead be intersubjective and reflect Martin Buber's concept of the "I and Thou" relationship, in which both parties are active participants and recognize one another as persons. This relationship should also incorporate Kuçuradi's concept of the "ethical relationship", understood as a relationship involving values and human worth and encompassing ethical, personal, and relational values. Such an approach can promote the patient's well-being while safeguarding human worth, dignity, autonomy, and privacy. We, therefore, propose that such a relationship can be facilitated in oncology practice through a "Context-Specific Communication Algorithm" that integrates clinical, ethical, and contextual requirements. The algorithm adopts a process-oriented structure comprising the following stages: systematically assessing the context; identifying communication goals; structuring information disclosure and shared decision-making; facilitating interactions grounded in an ethical relationship; evaluating ethical concerns and conflicts of interest; sustaining trust and fidelity while protecting privacy; and obtaining feedback and conducting reassessment. In this study, we identify the rationale and core principles of the proposed algorithm and establish a theoretical foundation for a future research evaluating its applicability to oncology practice and its capacity to address needs arising within the national context.

Keywords: *"Context-specific communication algorithm", ethical relationship, ethics, patient-physician relationship, cancer, communication, oncologist, oncology*

ARTICLE INFO

[1] *This study is an expanded and revised version of the preliminary study presented orally at the 11th Bioethics Congress organized by the Turkish Bioethics Association and Sakarya University, Faculty of Medicine, held on 13–14 May 2025 in Sakarya, Turkey.*

* *Dr., Istanbul University-Cerrahpasa, Cerrahpasa Faculty of Medicine, Department of the History of Medicine and Ethics, gamze.nesipoglu@iuc.edu.tr*

https://orcid.org/0000-0002-2313-5608

** *Assoc. Prof. Dr., Akdeniz University, Faculty of Medicine, Department of the History of Medicine and Ethics, leventozgonul@akdeniz.edu.tr*

https://orcid.org/0000-0003-4135-1643

*** *Assist. Prof. Kahramanmaras Sutcu Imam University, Faculty of Medicine, Department of the History of Medicine and Ethics, filizbulut@ksu.edu.tr*

https://orcid.org/0000-0002-3674-8294

Received: 27.07.2025
Accepted: 10.03.2026

Cite This Paper:
Nesipoğlu, G., Özgönül, M. L., & Bulut, F. (2026). On the necessity and core principles of a "context-specific communication algorithm" for oncology practices: a theoretical justıfication. Hacettepe Journal of Health Administration, 29(3), 707-728. https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1751910

I. GİRİŞ

Dünya genelinde ölüm nedeni olarak kardiyopulmoner hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alan kanser, tanının açıklanmasıyla başlayan tedavi ve bakımı kapsayan süreçte, prognozun kötü olması hâlinde palyatif bakım sürecinde, hastanın ve hasta yakınlarının yaşamla ölümle arasındaki sarkaçta varlık göstermesine neden olmaktadır (WHO, 2025; Timmermann vd., 2017). Zira "kanser" kavramının deneyimlere dayalı olarak kolektif bilince yerleşen negatif anlamı ve ölüme koşut kılınan değeri, kanser tanısı alan hastanın salt biyolojik boyutunda değil, psikolojik ve sosyal varlık boyutunda da "bozulma"ya yol açabilmektedir (Yazgı, 2020; Karakartal, 2018). Hastanın bu özel durumu tanısının açıklanması, tedavisinin planlanması ve uzun tedavi/bakım sürecinde hastaya biyo-psiko-sosyal (bütüncül / holistik) yaklaşımı elzem kılmaktadır. Bu bütüncül yaklaşımı sunabilmek için hastanın değerleri, tercihleri, sosyoekonomik durumu, entelektüel düzeyi ve hastalığı yordayışının bilinmesi, kısaca hastanın tanınması gerekmektedir. Onkoloji uzmanının hastasını tüm yönleriyle tanıyabilmesinde başat rol oynayan araçlardan biri iletişim olup, hekimin hastası ve hasta yakınları ile kuracağı iletişimin mahiyetiyle yakıdan ilişkili görünmektedir. Zira onkolojinin uğraş alanında iletişim; tedavinin uzun süreli olması, sürecin belirsizliklerle ilerlemesi, hastanın yanı sıra ailesini/yakınlarını da içermesi, hastalığın ölümle sonuçlanabilmesi, hastanın biyolojik olduğu kadar psikolojik ve sosyoekonomik açıdan da zorluklar yaşamasına yol açmaktadır ki bu nedenlerden ötürü ilave önem kazanmaktadır (Erözenci, 2013). Bu bağlamda hasta ve yakınlarıyla kurulan iletişimin hastanın yukarıda belirtilen özel durumundan doğan gereksinimlerini karşılayabilecek ve güven inşa edebilecek mahiyette olması salık verilmektedir. Aksi takdirde, "onkoloji hastası"nın[1] hekim(in)e duyduğu güvenin zedelenmesi nedeniyle güvene dayalı ve uzun süreli hasta-hekim ilişkisinin kurulamaması; hastanın tercih, değer ve koşullarını açıkça ifade edememesi ve önerilen/uygulanan tedavi yöntemine inancının zedelenerek tedaviyi reddetmesi, yarıda bırakması ya da tedaviye gösterdiği uyumun azalması söz konusu olabilmektedir (Yoshida vd., 2012; Sánchez vd., 2024). Ayrıca, belirsizlik yaşayan hastanın ve hasta yakınlarının tedavi/bakım ve sürece ilişkin şüphelerinin gideril(e)memesi, kaygı ve korkularının beslenerek artması, sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet duymaması ve farklı (alternatif) tedavi yöntemlerine yönelmesine de neden olabilmektedir (Chiu vd., 2006). Bahsi geçen olumsuzlukların kök nedeni olan iletişim sorunları (hataları/çatışmaları) özellikle örtük ifadeler ve kendini ifade edememe etik ikilem ve ihlallere, etiko-legal sorunlara ve tıbbi kötü uygulama (malpraktis) iddialarına/davalarına da yol açabilmektedir (Doolin et vd., 2024; Marshall, 2015). Hekimin, hastasına/hasta yakınına bilgi verirken belirsizlik ve güvensizliğe yol açması ile sağlık hizmeti sunduğu süreçte empati kur(a)maması da hasta ve yakınlarında memnuniyetsizliğe ve bağlantılı olarak söz konusu sorunlara kaynaklık edebilmektedir (Stelfox vd., 2005; Hickson vd., 2002). Öte yandan onkoloji alanında varlık gösteren hekimin de hastasıyla iletişim kurarken, özellikle kanser tanısının açıklanması, tedaviden olumlu yanıt alınamaması veya hastalığın nüksetmesi gibi "kötü gerçeğin açıklanması/kötü haberin verilmesi" sürecinde kaygı, stres ve tükenmişlik hissi yaşadığı ifade edilmektedir (Brown vd., 2009; Anuk vd., 2022). Zira açıklanan gerçeğin mahiyetinin ve hastanın geleceğini belirlemesinin yanı sıra hasta ve yakınlarının bu gerçeğe hangi değeri atfederek nasıl karşılık verecekleri, duyguları, bu gerçekle nasıl başa çıkacakları ve süreci nasıl yönetecekleri hekimde kaygı ve strese yol açan başlıca unsurları oluşturmaktadır (Gül, 2023). Bu durumda sürecin kiminle ve nasıl yönetileceği/yürütüleceği de ayrı bir sorunsal olup, hastanın karar verme yeterliği, sosyokültürel düzeyi, tıbbi ve psiko-sosyal gereksinimleri, koşulları, değer ve tercihleri esas alınarak sürece dair öznenin, iletişim yönteminin ve yaklaşımın belirlenmesi önem teşkil etmektedir.

Yukarıda bahsi geçen zararlardan/risklerden onkoloji hastasının ve uzmanının korunabilmesi ve etik, etiko-legal veya mediko-legal sorunlar yaşanmaması hastanın kendisini tanıtmasına, tanınmasına/anlaşılmasına ve biyo-psiko-sosyal açıdan bütüncül olarak değerlendirilmesine olanak sunan iletişim yönteminin/aracının belirlenmesi öncelik gerektirmektedir. Zira hastanın biyolojik varlık olarak tıbbi durumunun yanı sıra psiko-sosyal varlık olarak da kültürel, ahlaki ve dini değerlerinin, sosyokültürel düzeyinin, ekonomik koşullarının, tercih ve beklentilerinin dikkate alındığı çok yönlü

[1] "Kanser" kavramının taşıdığı olumsuz anlam nedeniyle kanser tanısı konulan hastayı "kötü adlandırmamak" ve hastanın salt onkoloji alanıyla sınırlandırılması gerektiğini ifade etmek amacıyla yazarlar tarafından "kanser hastası" veya "kanserli hasta" yerine "onkoloji hastası" kavramı kullanılmaktadır.

yaklaşım etkili ve terapötik iletişimi zorunlu kılmaktadır (Mersha vd., 2023). Hastanın çok yönlü ve derinlikli tanınması da hasta ile hekim arasında kurulacak uzun süreli, güvene, şeffaflık ve sadakat ilkelerine dayalı ilişkiyle olanaklı kılınabilmektedir. Bu mahiyette hasta-hekim ilişkisinin de hastalığın özel durumundan kaynaklanan, söz konusu, gereksinimleri karşılayarak ilaveten etik ihlal ve ikilemlere, etiko-legal sorunlara ve tıbbi kötü uygulama iddialarını büyük ölçüde azaltacaktır. Bahsi geçen nitelikte hasta-hekim ilişkisinin kurulup, geliştirilmesi için etkili ve terapötik iletişim "gerekli koşul" olsa da onkoloji hastasının, kısa ve uzun erimde, gereksinimlerini karşılayabilmekte yetersiz ("yeter koşul" olmadığı) görünmektedir. Nitekim onkoloji alanında iletişim hatalarından/çatışmalarından kaynaklanan etik, etiko-legal ve mediko-legal sorunların varlığı da alana ve alanın bağlamına özel yeni bir iletişim yaklaşımına gereksinime kanıt teşkil etmektedir. Bu iletişim yaklaşımının hastanın mensubu olduğu toplumun normlarını ve kültürel değerlerini, sağlık sistemini, hukuk öğretisini, kliniğinin koşullarını, hastalığın evresini, hastanın psikolojik durumunu, entelektüel düzeyini, değerlerini, tercih ve beklentilerini de kapsayacak nitelikte olması, yani "bağlama özel" iletişim türüyle temellendirilip, geliştirilmesi gerekmektedir. Bağlama özel iletişimin "Ben ve Sen" ilişkisini, "etik ilişki" ile empatik ve terapötik iletişimi esas alan, salt kötü gerçeğin açıklanmasında değil, onkoloji pratiğinin tüm süreçlerinde hekime yol gösterici olması gerekli görülmektedir. Ancak protokol ve rehberlerden oluşan mevcut iletişim araçlarının toplumsal değerleri ve kültürel farklılıkları içermediğinden geliştirildiği toplum dışında işlev göstermediği ve amacına ulaşılmadığı da anlaşılmaktadır. Ayrıca söz konusu iletişim araçları süreçten çok, sürecin belirli bir kesiti üzerinde durmakta, etiğe ve hukuka uygunluğa odaklanmamaktadır. İşte, bu çalışmada ülkemizde mevcut iletişim araçlarını dışlamayan; ancak onları etiğe ve hukuka uygunluk, toplumsal değerleri ve kültürel farklılıkları dikkate alan, bağlam duyarlılığı ve süreç sürekliliği açısından yeniden çerçeveleyen özel bir iletişim algoritmasının gerekliliğini kuramsal dayanaklarıyla ortaya koymak ve esaslarını belirlemek hedeflemektedir. Alanyazın incelemesi ışığında esasları belirlenen "Bağlama Özel İletişim Algoritması"nın klinikte uygulanabilirliği, sürdürülebilirliği, etkisi, iletişim hatalarından/çatışmalarından kaynaklanan etik ve etiko-legal sorunlar ile tıbbi kötü uygulama iddialarını/davalarını önleyici potansiyeli ise ancak Türkiye'de görev yapan onkoloji uzmanları ile yapılması planlanan araştırmamızla kanıtlanabilecektir.

II. ONKOLOJİ PRATİĞİNE ÖZEL İLETİŞİM ALGORİTMASININ GEREKLİLİĞİ VE ÖNEMİ

Onkoloji pratiğinde özel iletişim algoritmasının gerekliliği öncelikle hastalığın mahiyeti ve hastanın beden bütünlüğüne verebileceği zarardan ötürü yaşam kalitesini ve geleceğini olumsuz yönde etkilemesiyle gerekçelendirilebilir. İlaveten, hastanın kişisel değerleri, kişilik özellikleri, yaşama ve ölüme atfettiği değerle koşut olarak yaşamdan beklentileri, tercihleri, inancı, sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi ve dahi yaşı ile cinsiyetinin de iletişime yön veren unsurları oluşturması onkoloji gibi hassas bir alanda bu gereksinimi güçlendirmektedir (Siminoff vd., 2006; Fletcher vd., 2013). Nitekim Anuk ve diğerleri (2022) tarafından Türkiye'deki onkoloji uzmanları ile yapılan bir çalışmada, onkoloji hastasına kanser tanısını açıklamak başta olmak üzere hastalığa ve sürece ilişkin bilgi vermeye dayalı iletişimde hastaların psikolojik durumunun (%96,8), sosyokültürel düzeyinin (%93,5) ve kişilik özelliklerinin (%83,9) belirleyici olduğu saptanmıştır. Bahsi geçen bireysel unsurların yanı sıra mensubu olunan toplumun kültürel ve ahlaki değerleri, hukuk öğretisi, sağlık sistemi, klinikte egemen olan paradigması ve hekimin tutumunun da hasta-hasta yakını-hekim ilişkisi ve bu ilişkinin dayanağı olan iletişimde önemli rol oynadığı monografiler ve ulusal ölçekte yapılan araştırmalarla da ortaya konulmuştur (Mystakidou vd., 2005; Blazeković-Milaković vd., 2006). Zira özerkliğe saygının öncelikli kılındığı birçok Batı ülkesinde tanı, tedavi, bakım ve süreçle ilgili hastanın aydınlatılması ve birlikte karar verilerek, "sorumluluğun (hastayla) paylaşımı" esas alınmaktadır. Ancak Doğu'ya gidildikçe özellikle Asya ve Orta Doğu'da ağırlıklı olarak hastaya zarar vermeme ilkesinin, özerkliğe saygı ilkesinin önüne geçtiği; ilgili kararların hasta yerine, ailesiyle alındığı yapılan araştırmalarla saptanmıştır (Abazari vd., 2017; Shah, vd., 2023; Jabali vd., 2023). Doğu'da zarar vermeme ilkesini önceleyen bu yaklaşımın hastanın kendi kaderini tayin etmesinin ve insan haklarının tıptaki uzantısı olarak hasta haklarının önem kazanmasıyla özerkliğe saygı ilkesi lehine evrilmeye başladığı da ileri sürülmektedir (Aydın-Er ve Aşıklı, 2020). Türkiye'de ise hekimin yaklaşımına ilişkin saptanan oranlar değişkenlik göstermektedir. Şöyle ki, Özdoğan ve diğerleri (2006) tarafından ülkemizde çalışan 131 onkoloji uzmanı ile kanser tanısının açıklanması ve hastaya kötü gerçeğin söylenmesi üzerine yapılan anket çalışmasında, hastaya gerçeğin söylenmesine ilişkin soruya katılımcıların sadece %7'sinin "her

zaman" yanıtını vermesi özerkliğe saygı ilkesinin göz ardı edilmesi bağlamında anlamlı görülmektedir. Saptanan bu değer hasta yakınlarının hekimden tanıyı hastaya "söylemeyin" talebi ve yapısal olarak kolektivizme yakınlığımızla temellendirilmektedir. Türkiye'de varlık gösteren 31 onkoloji uzmanının kanser tanısı ve kötü prognoz gibi kötü gerçeği hastaya açıklamalarıyla ilgili başka bir araştırmada, bu oran daha yüksek çıkmakla birlikte yaklaşım benzer görünmektedir. Bahsi geçen çalışmada onkoloji uzmanlarının %64,5'inin hastaların kötü haber duymak istemediği, %58,1'inin de hastaya tanının söylenip söylenmeyeceğine ailesinin karar vermesi gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir (Anuk vd., 2022). Fakat bu yaklaşımın neredeyse karşıtı olarak değerlendirilebilecek oranların saptandığı çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin; dâhili ve cerrahi bilimlerden 151 hekimle yapılan bir çalışmada hekimlerin %67'sinin kanser tanısı açıklanırken önceliğin hastaya verilmesi ve ailesine söylenip söylenmemesine ancak hastanın karar vermesi gerektiğine dair düşüncelerini ortaya koymuştur (Balseven-Odabaşı ve Örnek-Büken, 2009). Yine, ülkemizde dâhili (138), cerrahi (125) ve temel tıp (41) bilimlerinde görev yapan 304 hekimle yürütülen anket çalışmasında, ölümcül bir hastalık da olsa tanının hastaya açıklanması gerektiğini düşünen hekim oranı %78,3 iken, kanser hastalığında bu oranın %51'e düşmesi dikkat çekmektedir (Özkıriş vd., 2011). Yukarıda sunulan tüm değerleri yanlışlayacak nitelikte bir araştırmada ise hekim ve tıp fakültesi öğrencilerinden oluşan 348 katılımcının kendilerinin akciğer kanseri tanısı almaları durumunda %90'ının tanıyı bilmek, %87'sinin de tanının hekim tarafından kendilerine açıklanmasını istedikleri belirlenmiştir (Başol vd., 2016). Kanser tanısının hastaya açıklanmasına dair Türkiye'de hekimlerle yapılan araştırmalarda saptanan değerlerin farklılık göstermesi hastayla iletişime dair genel bir kanıya varmayı zorlaştırmaktadır. Yine de kanser tanısının ve sürecin hastaya açıklanması bağlamında aynı coğrafyada yaşanmış olunsa da bireysel farklılıkların etkili olabileceği ve hekimlerin zarar vermeme ilkesi ile özerkliğe saygı ilkesi arasında kesin bir seçim yapamadığı çıkarsanabilir.

Hastanın doğrudan isteği ve bilgisi dışında hastalığını, tedavisini ve yaşamını etkileyecek sürece ilişkin bilginin kendisine değil de ailesine/yakınlarına söylenmesi özerkliğini ihlal ederken, mahremiyetini de zedelemektedir (Gül, 2023). Bu noktada hekimin, hastasının salt biyolojik boyutuna odaklanıp, bu boyutta yararlı olmaya çalışırken psiko-sosyal varlık boyutuna zarar vermesi de etik soruna yol açabilmektedir (Brueck ve Salib, 2017). Nitekim hekimin, hastanın sadece fizyolojik iyiliğini/yararını esas alıp, süreci hasta yakınlarıyla yönetmesi özerkliğe saygı ile gizlilik ve mahremiyetin korunması ilkelerinin ihlali anlamına gelmektedir (Ruggiero vd., 2025; Tuca vd., 2021). Diğer yandan onkoloji uzmanı, hastanın özerkliğine saygı duyup, mahremiyetini korumaya çalışırken hastalığın ağırlığı ve sürecin zorluğundan dolayı hastanın psikolojik ve bağlantılı olarak fizyolojik (psikosomatik) sorunlar yaşamasına da neden olabilmekte, böylece zarar vermeme ve yararlılık ilkelerini ihlal edebilmektedir. Dolayısıyla onkoloji uzmanının ve tedavi ekibinde bulunan sağlık çalışanlarının, hastanın duygusal ihtiyaçlarına, koşullarına, değerlerine ve beklentilerine duyarlı iletişim yöntemlerini uygulamamaları etik ikilem/ihlal, etiko-legal sorun ve/veya tıbbi kötü uygulama iddiasını da beraberinde getirebilmektedir (Stone vd., 2023). Gerek iletişimin önemi, gerekse yukarıda bahsi geçen araştırmalarla ortaya konulduğu üzere onkoloji uzmanlarının yaklaşımları etik ile iletişimin iç içeliğini ihsas etmektedir. Bunun da iletişimde meslek etiği ilkelerinin, kişisel, kişilerarası ve toplumsal değerlerin merkezde konumlandırılmasıyla olanaklı kılınabileceği ileri sürülebilir. Merkezde konumlandırmanın nasıl olabileceği sorusu ise makro ve mikro ölçekte ele alınabilir. Şöyle ki makro ölçekte Türkiye'nin kültürel ve ahlaki değerlerine, ulusal hukuk öğretisine, sağlık sistemine ve sistemin sunduğu koşullara uygunlukla sağlanabilir. Mikro düzeyde ise hastanın değerlerine, inanç, koşul ve tercihlerine uygun, gereksinimlerini karşılayabilecek, hastaya karşı etik sorumluluk ve yükümlülüklerin yerine getirilmesiyle mümkün kılınabilir.

III. KLİNİĞE ÖZEL İLETİŞİM PROTOKOLÜ VE REHBER ÖRNEKLERİ

Tıbbın uğraş alanında, uluslararası ölçekte, kötü gerçeğin nasıl açıklanması gerektiğine ilişkin protokoller ile onkoloji alanına özel yaklaşım ve rehberler geliştirilmiştir. Ne var ki, alanyazın ve doküman incelemesi sınırlarında, bu protokollerin çoğunlukla salt kötü gerçeği açıklamaya yönelik olması nedeniyle onkoloji alanında hasta-hekim ilişkisinin uzun soluklu sürecini, iyi prognozu ve tam sağaltım gibi olumlu boyutlarını içermediği görülmektedir. Öte yandan Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya'da onkoloji pratiğine özel olarak ulusal nitelikte geliştirilen yaklaşım ve rehberler onkoloji

uzmanına yön gösterici niteliktedir. Ancak hem protokollerin, hem de yaklaşım ve rehberlerin kültürel ve törel değerler ile yukarıda bahsi geçen farklılıklardan ötürü Türkiye'de uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği sorgulanır niteliktedir.

3.1. "Kötü Gerçeği Açıklama"ya Yönelik Protokol Örnekleri

Kötü gerçek/haber; *"bir kişinin zihinsel ya da fiziksel iyiliğine yönelik bir tehdit, yerleşik yaşam tarzını bozma riski taşıyan ya da yaşamındaki seçenekleri azaltan/yok eden bir haber"* olarak tanımlanmaktadır (Bor vd., 1993). Dolayısıyla gerçeği öğrenen "kişide bilişsel, davranışsal ve duygusal bozulmalara neden olan bilgi" anlamına gelmektedir (Ptacek ve Eberhardt, 1996). Bu bağlamda onkoloji pratiğinde kanser hastalığının, mahiyetinden ötürü, kötü gerçekle koşut kılınması doğru; ancak hastalığın tedavi sürecinde hastayla kurulan iletişimin salt kötü gerçekle özdeş görülmesi bağlamında "indirgemeci" ve sınırlayıcı bir yaklaşım olarak değerlendirebilir.

Onkoloji hastası-hasta yakını-hekim-tedavi ekibi arasındaki iletişimin kötü gerçeğin açıklanmasına indirgenmesi sadece tanının, varsa metastaz, nüks veya kötü prognoza ilişkin bilgilendirmeyi içermektedir (Anuk ve Bahadır, 2020). Oysa onkoloji pratiği kötü gerçeği açıklamanın yanı sıra bir süreci, bu sürecin olumlu ve olumsuz tüm kırılma noktalarını/anlarını ve bu noktalarda/anlarda hasta ve yakınlarının duygularına yanıt verebilmeyi, belirsizliği yönetebilmeyi, yatan ve ayakta hastaya yaklaşımı, gerektiğinde prognozun iyiye gittiğini veya tam sağaltımı müjdelerken, nüks riskine karşı tedbirli olunması gerektiğini de içermektedir (Arora vd., 2009). Kaldı ki Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü (*National Cancer Institute*, NCI) onkoloji uzmanının hastasıyla iletişim kurarken yaşadığı zorlukları; "tanının açıklanması ve kötü haber verme, prognozu tartışma, tedavi sürecine ilişkin onam sürecini tartışma ve planlama, bakım süreci ve planlaması, yaşam sonu kararlar ve tedavi maliyeti hakkında bilgilendirme" başlıklarıyla gruplandırmıştır (NCI, 2025a). Dolayısıyla onkoloji alanında iletişimin sadece kötü gerçeği açıklamayla özdeş kılınmaması gerektiği bu başlıklardan da çıkarsanabilir. Onkoloji hastasıyla iletişimin belirli bir bölümünde başvurulabilir olmasına karşın, kötü gerçeğin açıklanmasına dair geliştirilen protokoller yapılandırılmış nitelikleriyle hekimin hastası ve hasta yakınlarıyla daha kontrollü, farkındalıklı ve empatik iletişim kurmasına olanak sunabilmektedir. Bahse konu protokoller arasında sadece onkoloji kliniğinde değil, tüm kliniklerde başvurulması bağlamında SPIKES ve BREAKS protokolleri başat rol üstlenmektedir.

Kötü gerçeğin açıklanmasını kolaylaştırmak üzere hekimin izlemesi salık verilen altı basamaklı bu iki protokolden SPIKES (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary*) Protokolü "en çok kullanılan" iletişim aracı olarak belirlenmiştir. Tablo 1'de sunulan SPIKES Protokolü; kötü gerçeğin açıklanacağı ortamın hazırlanması, hastanın durumuna ilişkin algısının ve bilgi edinme isteğinin belirlenmesi, bilginin (hastaya ya da hasta yakınına) açıklanması, hastanın ve yakınlarının duygularının anlaşılması ve empati (duygudaşlık) kurulması ile verilen bilgilerin özetlenerek, tedavi planının sunulması ve tedaviye ilişkin verilen kararın teyit edilmesi basamaklarından oluşmaktadır (Kaplan, 2010; Baile vd., 2002).

Tablo 1. SPIKES Protokolü (*Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy and Summary*)

Adım	Harf	Basamak	Açıklama
1.	**S**	**Ortamın Hazırlanması (*Setting up*)**	Hekimin, kötü gerçeği açıklayacağı ortamı hastanın mahremiyetini koruyacak, iletişimi bölmeyecek ve engellemeyecek şekilde düzenlemesini ifade etmektedir. Hastaya, yakınlarını görüşmeye dâhil etmek isteyip istemediği sorulmalı, varsa hastanın istediği yakın(lar)ı içeri davet edilmelidir (Kaplan, 2010).
2.	**P**	**Algı/Klinik Sezi (*Perception*)**	Hastanın, hastalığına ilişkin durumunun ve ciddiyetinin farkında olup olmadığı, hastalığına ilişkin yargısının, inkâr ve öfke gibi duygusunun olup olmadığı anlaşılmalıdır.
3.	**I**	**Davet (*Invitation*)**	Hastanın, konulan tanıyı bilmek isteyip istemediği ve tanısı hakkında ne kadar bilgi edinmek istediği anlaşılmaya çalışılmalıdır.
4.	**K**	**Bilgilendirme / Aydınlatma (*Knowledge*)**	Kötü gerçeğin hasta ve/veya yakınlarına açıklandığı adımdır. Bu adımda; ▪ bilgilendirme, nezaketli ve sakin bir ses tonuyla, ▪ tıbbi gerçekler, tedavi önerisi ve bakım planı doğrudan, dürüstçe ve kısa cümlelerle, ▪ hastanın/yakınlarının eğitim/entelektüel düzeyine uygun bir şekilde açık, anlaşılır, tıbbi terminolojiden uzak, ▪ hastaya/yakınlarına anlatılanları anlayıp anlamadıkları ve ek açıklamaya ihtiyaç duyup duymadıkları sık sık sorularak, ▪ bilgilendirme yapıldıktan sonra verilen bilginin kavranması ve hasta/yakınlarının verecekleri tepkinin belirlenmesi adına zaman tanınmalıdır.
5.	**E**	**Duygu/Empati (*Emotion*)**	Hastanın/yakınlarının duygusal tepkileri anlaşılmalı ve üzüntüsünün paylaşıldığı ifade edilip, duygularına empati duyarak karşılık verilmelidir.
6.	**S**	**Özet ve Tedavi Planı (*Summary & Strategy*)**	Sunulan bilgiler hastanın/yakınlarının kolayca anlayabileceği bir dille özetlenmeli ve sonraki müdahalelere yönelik stratejik tedavi planı hazırlanıp, sunulmalıdır. Hastanın / yakınlarının önerilen tedavi / bakım planını anlayıp anlamadığını ve önerilen tedaviye ilişkin karar verebilme durumunu doğrulamaya yönelik sorular sorulmalıdır (Baile vd., 2002).

Kaynak: Kaplan, 2010; Baile vd. 2002

Anlaşılacağı üzere SPIKES Protokolünün temel bileşenleri; hastanın kötü gerçeği ne ölçüde kavradığını ve kabul ettiğini saptama, hastanın inkâr, öfke, üzüntü gibi duygularını anlama, hastanın/yakılarının tanı ve önerilen tedaviye ilişkin şüphe duymamasını ve belirsizlik yaşamamasını sağlamaktan oluşmaktadır (Baile vd., 2002; de Moura Villela vd., 2020).

Tıbbın uğraş alanında kötü gerçeğin açıklanmasında ağırlıklı olarak başvurulan bir diğer iletişim aracı da BREAKS (*Background, Rapport, Explore, Announce, Kindle, Summarize*) Protokolüdür (Tablo 2).

Tablo 2. Kötü Gerçeği Açıklamaya Yönelik BREAKS Protokolü (*'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News*)

Adım	Harf	Açılım	Açıklama
1.	**B**	**Hastanın Öyküsünü Edinme ve Ortamın Hazırlanması *(Background)***	**Hastayla görüşmeye başlamadan önce:** ▪ Hastanın durumu ve tıbbi öyküsü/geçmişi hakkında bilgi edinin ve görüşme için zihinsel hazırlık yapın. ▪ Hastanın eğitim düzeyi, duygu durumu ve olası başa çıkma yöntemleri ile ilgili bilgi edinin. ▪ Hastanın ailesi veya destek olacak yakını hakkında bilgi edinin. ▪ Görüşmenin yapılacağı ortamın özel ve rahat olmasını sağlayın. ▪ Çağrı cihazı ve cep telefonu gibi dikkat dağıtıcı ve görüşmeyi bölebilecek araçları kapatın / sessize alın. ▪ Odada mendil ve su bulundurun.
2.	**R**	**Güven Tesisi (*Rapport)***	**Hastayla güçlü bir bağ kurmak önemli olup, hastanın kaygı ve korkularını anlamayı gerektirir:** ▪ Görüşmede bulunan tüm kişilerle tanışın ve hastayla olan yakınlıklarını öğrenin. ▪ Hastayla fiziksel temas mesafesinde bulunmak uygun olabilir, ancak hastanın rahat hissetmesi önceliklidir. ▪ Üstenci, aceleci ve/veya saldırgan tavır sergilemekten kaçının.
3.	**E**	**Saptama *(Explore)***	**Hasta mevcut durumu/hastalığı hakkında ne bilmekte ve düşünmektedir? Nelerden şüphelenmektedir?** ▪ Yukarıdaki sorularınıza yanıt bulabilmek için hastaya açık uçlu sorular yöneltin. ▪ Hastanın durumunu ne kadar anladığını ve varsa yanlış anlamayı/anlaşılmayı belirlemeye çalışın. ▪ Hastanın tanı ve prognozu hakkında ne kadar bilgi edinmek istediğini belirleyin. ▪ Hastaya "*Sonuçlarınızı öğrenmek ister misiniz?"* gibi sorular sorabilirsiniz. Şayet hasta sonuçları o an öğrenmek istemezse, başka uygun bir zaman belirleyin. Dilerse yanında aile bireylerini ya da arkadaşlarını da getirebileceğini belirtin.
4.	**A**	**Açıklama *(Announce)***	**Açıklama yapmadan önce uyarı cümlesiyle iletişime başlayın:** ▪ Hastanın kötü gerçeği öğrenme hakkı olduğu kadar öğrenmeme ya da sınırlı bilgi edinme hakkı da vardır. Bu doğrultuda gerçeği açıklamadan önce onamına başvurun. ▪ Açık, dürüst ve şefkatli bir şekilde konuşun. Bu tarz konuşma hastanın kötü gerçekle ilgili algısını olumluya evriltebilir. ▪ Tıbbi terimlerden ve örtülü ifadelerden / imalardan kaçının. ▪ Açıklama yapıldığında hastalar genellikle şok yaşar ve "savaş ya da kaç" tavrını benimser. Bu durumda verilen bilgi aklıda kalmaz. Bu nedenle bilgileri yavaş yavaş, tekrar ederek ve gerekirse çizimlerle anlatın. ▪ Hastanın duyduğu bilgileri ne kadar anladığını mutlaka kontrol edin. Size soru sormasını sağlayın. ▪ Hastalık tedavi edilemiyorsa, bakımın olumlu yönlerine ve yaşam kalitesini artırma yollarına odaklanın. ▪ Hastayla yaptığınız her görüşmede tedavi / bakım planını özetleyin ve bir sonraki adımı belirleyin.
5.	**K**	**Duyguları Değerlendirme ve Empati *(Kindle)***	**Hastanın duygusal tepkilerini gözlemleyin ve onunla empati kurun:** ▪ Hasta inkâr, öfke, kabullenme, ağlama, bağırma gibi tepkiler verebilir. Sessizlik ve ağlama normaldir; bu tepkileri bastırmaya çalışmayın. ▪ Etkili dinleme yapın ve inkâr varsa anlamaya çalışın. Hastanın duygularına yanıt verin. ▪ Beden dilini gözlemleyin. ▪ Empatik yaklaşım sergileyin ve kendi duygularınızın farkına varın ancak aşırı duygusallaşmamaya ya da tamamen duygusuz olmamaya çalışın. ▪ Hastaya karar verebilmesi için zaman tanıyın.
6.	**S**	**Özet ve Tedavi Planı *(Summarize)***	**Verilen bilgileri özetleyin ve tedaviyi düzenleyin:** ▪ Yanlış anlama/anlaşılma varsa düzeltin/giderin ve hastanın beklentilerini belirleyin. ▪ Gerçekçi olun; gereksiz iyimserlik gösterip, gerçek dışı umut vermeyin. ▪ Takip için hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, palyatif bakım uzmanından oluşan bir ekiple çok disiplinli yaklaşım benimseyin: ▪ Hastaya yalnız olmadığını hissettirin, takip randevusunu planlayın ve gerektiğinde size ulaşabileceğini belirtin.

Kaynak: Narayanan vd., 2010

BREAKS Protokolü de izlenmesi salık verilen altı basamaktan oluşmakta ve basamakların içeriği SPIKES Protokolü ile yakın benzerlik göstermektedir. BREAKS Protokolü de hastanın tıbbi öyküsüne ilişkin bilgi edinme ve görüşmeye uygun ortamı hazırlama, hasta ve yakınında güven tesis etme, hastanın açıklanacak gerçeği öğrenme isteğini ve anlama yetisini saptama, kötü gerçeği açıklama, hastanın duygusal tepkisini anlama ve duygularına anlayış gösterme, nihai olarak bilgiyi özetleme ve tedavi planı hazırlama basamaklarından oluşmaktadır (Narayanan vd., 2010; Kaplan, 2010). Her iki protokolde de gerçeğin; mahremiyeti koruyacak özel bir ortamda ve tıbbi terimlerden kaçınarak anlaşılır bir dille açıklanması, hastanın duygularının desteklenmesi ve gerçeği anlaşılır kılmak amacıyla bilginin özünün sunulması gerektiği esaslarına dayanmaktadır. BREAKS Protokolünde hekimin sempati ve apatiden kaçınması ve tedavi/bakımın hastanın gereksinimlerine bütüncül anlayışla yanıt verebilmek amacıyla çok disiplinli bir ekiple yürütülmesi gerektiği önemle vurgulanmıştır. Gerek SPIKES, gerekse BREAKS protokollerinin kötü gerçeği açıklarken hastayı tanıma, tanı ve tedaviyle ilgili bilgiyi hastaya açıklama ve duygusal destek sunma hedefleri üzerine kurulduğu çıkarsanmaktadır. Ancak BREAKS Protokolünde farklı olarak önerilen tedavi sürecinde fizyoterapist, hemşire, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi farklı alan uzmanlarından oluşan çok disiplinli bir ekiple hastanın takip edilmesi gerektiği salık verilmektedir ki bu yaklaşım bütüncül değerlendirmeye hizmet etmektedir.

Ne var ki yol gösterici niteliğine karşın, bu protokollerde her bir basamağın gereğince yerine getiril(e)mediği ve her bir ülkede aynı işlevi göster(e)mediği araştırmalarla ortaya konulmuştur. Örneğin; kanser tanısını açıklarken, SPIKES Protokolüne ne ölçüde riayet edildiğini belirlemek amacıyla 226 onkoloji hastasına yöneltilen 17 soruluk anket çalışmasında; adı geçen protokole en yüksek uyumun %75,3 oranında "Duygu/Empati", %72,8 oranında "Bilgilendirme" ve %70,6 oranında "Ortamın Hazırlanması" basamaklarında oluştuğu saptanmıştır. En düşük uyumun ise %27,7 oranında "Algı" ve %30,4 oranında "Davet" basamaklarında yaşandığı belirlenmiştir (Marschollek vd., 2019). Oysa bu basamaklar hastanın bakış açısını anlamak ve bağlantılı olarak kötü gerçeğin kime, ne kadarının, nasıl açıklanması gerektiğini belirlemek adına önem teşkil etmektedir. Adı geçen adımların gereğince izlenememesi tüm protokolün geçerlilik ve işlevini de sorgulanır kılmaktadır.

Sözü geçen araştırmada ayrıca "Ortamın Hazırlanması" basamağına yüksek oranda uyum gösterildiği belirtilse de görüşmelerin yaklaşık %35'inin ayrı bir odada yapılmamış olması, hastanın mahremiyetinin göz ardı edildiğine kendisini/duygularını ifade etmesine gereğince olanak sunulmadığına işaret etmektedir (Marschollek vd., 2019). Öte yandan SPIKES Protokolünün salt Amerika Birleşik Devletleri'nde görev yapan onkoloji uzmanlarıyla yapılan görüşmelerden edinilen veriler dayanak alınarak geliştirilmesi kültürel farklılıkların etkisini de akla getirmektedir. Nitekim geliştirilen ulusa özgü kültürel ve ahlaki değerlerde, hukuk öğretisinde, sağlık sisteminde, gereksinim ve koşullardaki farklardan ötürü ABD dışında aynı işlevi gösteremediği de yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Örneğin; Almanya'da SPIKES Protokolünün uygulandığı bir onkoloji kliniğinde 350 hastayla yürütülen anket çalışmasında, protokolün bu hastaların önceliklerini ve beklentilerini tam olarak karşılayamadığı saptanmıştır. Bahsi geçen çalışmada hastalara tanılarının nasıl açıklandığı, açıklamanın yapıldığı sürece dair algıları ve memnuniyet düzeyi ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Verilen yanıtlarla tanının bildirilmesinden tam anlamıyla memnun olan onkoloji hastalarının %46,2 oranında olduğu saptanmıştır. Bu oran, memnuniyet düzeyi ve hizmet kalitesinin kötü gerçeğin nasıl açıklandığıyla ilişkilendirildiğini de ihsas etmektedir. Dolayısıyla hasta memnuniyetinin düşük olması, kötü gerçeğin açıklanma şeklinin hastanın beklentilerini karşıla(ya)madığı anlamına da gelmektedir (Seifart vd., 2014). SPIKES Protokolüne ilişkin araştırmalarla ortaya konulan bu değerler; protokolün geliştirildiği topraktan farklı coğrafyalarda işlevsel olmadığı, hastanın beklentilerini karşılayamadığı ve memnuniyet düzeyini düşürdüğünü ortaya koymaktadır. Bu durum ülkemizde farklı topraklarda geliştirilmiş iletişim araçlarının işlevsel olamayacağı, dolayısıyla ülkemiz gerçekliğine ve toplumumuzun değerlerine uygun bir iletişim aracının geliştirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Zira sosyal belirleyicilerin yüksek olduğu bir iletişim aracının uygulanabilir, işlevsel ve sürdürülebilir nitelikte olması ancak o toplumun kültürel ve ahlaki değerlerine, kolektif bilincine, sağlık sistemine, sistemin işleyişine, yasal normlarına, sağlık politikalarına, kliniğin koşullarına ve gereksinimlere uyum göstermesi ile olanaklı görülmektedir.

3.2. Onkoloji Alanına Özel Ulusal İletişim Yaklaşımı ve Rehberi

Almanya Ulusal Kanser Planı kapsamında yaşam süresi 12 aydan kısa olan ileri evre akciğer kanseriyle tanılanmış hastalarla yaşanan iletişim zorluklarını/sorunlarını ele alan "Heidelberg Temel İletişim Yaklaşımı: MCA Bütünsel Müdahale Bileşenleri" (*Heidelberg Milestones Communication Approach: MCA Complex Intervention Components;* HeiMeKOM) alana ve hastalığa özel mahiyetiyle diğer protokollerden farklılık göstermektedir. Hasta ile hekim ve bakım sunanların iletişim gereksinimlerini belirlemek üzere hekim, hemşire, hasta ve hasta yakınlarıyla yapılan görüşmelerden edinilen verilere dayandırılarak, geliştirilen bu yaklaşımın temel amaç ve hedefleri şu şekilde belirlenmiştir (Siegle vd., 2018):

- Yaşamın son döneminde ve palyatif bakım sürecinde bütünleşik, proaktif ve inter-disipliner bakım anlayışını geliştirmek.
- Hastanın tercihleri ile sunulan bakım arasındaki uyumu artırmaya yönelik hasta merkezli bakım sunmak.
- İnter-disipliner onkoloji ekibinin iletişim becerilerini geliştirmek.
- Tedavi ve bakımın niteliğini artırmak ve yüksek niteliği sürekli kılmak.
- Hastanın, hekimin ve bakım sunanların bireysel yaşam kalitesini iyileştirmek/artırmak.
- Yaşam sonu kararları da dâhil olmak üzere hastayla ortak karar vermeye teşvik etmek.

Tıbbın uğraş alanında, özellikle onkoloji pratiğinde, iletişimin önemini vurgulayan ve tıp eğitimine entegrasyonunu salık veren bu yaklaşım, iletişimi tedavi ve bakımın tüm süreçlerinde ele almasıyla "kötü gerçeğin açıklanması"na odaklanan diğer iletişim protokollerinden ayrılmaktadır. Gerek bu niteliği, gerekse yukarıda sunulan amaç ve hedefleri ile onkoloji hastasının, bu alanda hizmet sunan hekim ve sağlık çalışanlarının gereksinimlerini karşılayabilir ve beklentilerine yanıt verebilir nitelikte görünmektedir. Yaklaşımın başlangıçta salt yaşamın son evresindeki akciğer kanseriyle tanılanmış hastalara yönelik olarak geliştirilmesinden kaynaklanan sınırlılığı ise 2020 yılında düzenlenen *Heidelberg Temel İletişim Sempozyumu*nda giderilmeye çalışılmıştır. Temel iletişim yaklaşımının kapsamı sadece akciğer kanseri ile değil, farklı bir kanser türü veya hastalıkla tanılanmış hastaları da içerecek şekilde genişletilmiştir. Adı geçen sempozyumda ayrıca "HeiMeKOM İletişim Yaklaşımı"nın standart tedavi ve bakımın bileşeni olması; sadece tıp eğitimine değil, hemşirelik eğitimine de entegre edilmesi ve sağlık politikalarında yer edinmesi salık verilmiştir (Villalobos vd., 2022). Ne var ki bu yaklaşımın genellemesine ve uygulamada yer edinmesine dair bir çalışmaya hâlihazırda, alanyazın incelemesi sınırlarında, ulaşılamamıştır. Dolayısıyla bu iletişim yaklaşımının onkoloji kliğinde ne denli işlevsel olduğu mevcut durumda belirlenememektedir. Yine, Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (*American Society of Clinical Oncology*, ASCO) tarafından 2017 yılında "Hastayla İletişim: Uzlaşı Rehberi" (*Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline*) yayımlanmıştır. Rehberin; medikal onkoloji, psikiyatri, hemşirelik ve palyatif bakım uzmanlarının "iletişim becerileri ve sağlıkta eşitsizlik" konusunu tartıştıkları panelden edinilen bilgiler, onkoloji uzmanlarının hastayla yaptıkları yüz yüze görüşmelerle ilgili fikirleri ve onkoloji pratiğinde hasta-hekim ilişkisi odaklı 2006-2016 yılları arasında yayımlanmış kılavuzların incelenmesi esas alınarak hazırlanması beklentilerin tam olarak belirlenmesi bağlamında önem arz etmektedir. "Hastayla İletişim: Uzlaşı Rehberi"; onkoloji pratiğinde tanı, tedavi ve bakımdan oluşan tüm süreçleri içermekte ve hastayla yapılan her bir görüşmede bahsettiğimiz protokollerde sunulan önerileri oldukça ayrıntılı bir şekilde sunmaktadır. Onkoloji uzmanına yardımcı olabilecek yapılandırılmış diğer iletişim araçları (protokol ve yaklaşım) gibi bu rehber de hasta ve yakınlarıyla etkili ve empatik iletişim kurulmasını salık vermektedir. Başlıca farkı ise etik açıdan adalet ilkesi kapsamında hastaların cinsiyetleri ve cinsel yönelimleri ne olursa olsun, iletişimde sözlü ya da fiziksel (beden diliyle) olarak örseleyici olunmaması gerektiği üzerinde durmasıdır. Rehberin özellikle 8. maddesi her bir hasta arasında ayırım yapmaksızın, adalet ilkesinin sağlanması açısından örnek niteliktedir (Gilligan vd., 2017: 3620):

8. "Dezavantajlı Grupların Gereksinimlerini Karşılama"
8.2. "Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği hakkında varsayımlardan kaçınmalı; cinsellik ve cinsel davranışlar hakkında konuşurken yargılayıcı olmayan bir dil kullanılmalıdır."

8.3. "Dezavantajlı veya marjinalleştirilmiş gruplara mensup bireylerin, saygısızlığa uğramış, dışlanmış ya da güvensiz hissettikleri olumsuz sağlık hizmeti deneyimlerinin daha fazla olabileceğinin farkındalığına sahip olunmalıdır."

Rehberde hekimin hastasıyla kurduğu iletişimde izlemesi önerilen her bir madde "uzlaşı" bağlamında derecelendirilmektedir. "Uzlaşı rehberi"nde dikkat çeken en önemli unsurlardan biri, hastanın onurunu ve değerlerini esas alarak, bunların korunmasına ve hastanın biyo-psiko-sosyal açıdan bütüncül olarak değerlendirilmesine yönelik yollar sunmasıdır. Rehberde ilaveten etik açıdan yararlılık ilkesinin yanı sıra özerkliğe saygı, adaletin sağlanması iletişim ve etik arasındaki ilişkiye kanıt teşkil etmesi açısından önem arz etmektedir. (Gilligan vd., 2017). "Amerikan Klinik Onkoloji Derneği Hastayla İletişim: Uzlaşı Rehberi" sahadan edinilen veriler ışığında alanın gereksinim ve gerçekliğine uygunluğu, hastaya bütüncül yaklaşımı ve temel etik ilkelere uygunluğu esas alması açısından "Bağlama Özel İletişim" yaklaşımı için örnek oluşturmaktadır. Ancak söz konusu rehberin Türkiye'de kullanılıp kullanılamayacağı sorusuna SPIKES Protokolünde olduğu gibi toplumsal, kültürel, etik ve yasal farklılıklar tam olarak uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği sekteye uğratacak, işlevselliğini ise azaltacaktır yanıtı verilebilir. Dolayısıyla Türkiye'ye özel koşul ve gereksinimlere uygun bir algoritmanın geliştirilmesi elzem görülmektedir.

IV. ONKOLOJİ PRATİĞİNDE "BAĞLAMA ÖZEL İLETİŞİM ALGORİTMASI"NIN ESASLARI

Türkiye'de onkoloji hastalarının özel durumlarından kaynaklanan gereksinimlerini karşılayabilecek; hasta haklarını, değerlerini, onurunu, özerkliğini ve mahremiyetini koruyabilecek; hekimin iletişimde yaşadığı zorlukları ve süreç yönetimini kolaylaştırabilecek; hasta-merkezli, uzun süreli ve güvene dayalı hasta-hekim ilişkisinin tesisine katkıda bulunabilecek yapılandırılmış iletişim aracı, alanyazın incelemesi sınırlarında, bulunmamaktadır. Yukarıda gerekçelendirilen gereksinime karşın, onkoloji pratiğinde hekimi belirtilen amaca ulaştırabilecek bir iletişim aracının bulunmayışı geliştirilmesinin gerekliliği kadar mahiyetinin belirlenmesini de elzem kılmaktadır. Bu doğrultuda bahsi geçen iletişim aracında "protokol" yerine, "algoritma" kavramının kullanımı anlam ve bağlam olarak, tarafımızdan, uygun görülmektedir. Zira "algoritma"; iyi tanımlanmış kural ve işlemlerin adım adım uygulanmasıyla sonuca en hızlı biçimde ulaşılması ya da bir sorunun giderilmesini ifade etmektedir (TDK, 2022; Oktay, 1993). "Protokol" ise bilimsel bir çalışmanın, tedavinin veya sürecin genel çerçevesi ya da planı anlamına gelmekte; belirli durumlarda nasıl hareket edileceğine dair genel kuralları kapsamaktadır (NCI, 2025b; Merriman ve Dale, 2005). Anlaşılacağı üzere protokol kavramı, bilimsel araştırmaları tanımlayan kullanımı dışında, tıbbın uğraş alanındaki anlamıyla daha genel, içeriklendirilmemiş ve gerekçelendirilmemiş kurallar dizgesinden oluşmaktadır. Algoritma ise davranış kurallarının temellendirilerek, içerik kazandırılması ve ilgili sorunun çözümüne veya "olması gereken" sonuca ulaştırmayı hedeflemesi ile onkoloji alanında mahiyetini belirlemeye çalıştığımız iletişim aracının amaç ve hedeflerine yönelik daha elverişli görünmektedir. Öte yandan, "bağlama özel iletişim"; etkin dinleme, empati kurma, beden dilini okuyarak söylen(e)meyeni anlama gibi etkili iletişimin birçok özelliğinin yanı sıra karşılıklı güven ve sadakati esas alan, şeffaf, karşılıklı saygı ve katılıma dayalı (hastanın edilgen olmadığı), hastanın zihninde belirsizlik bırakmayan ve kaygılarını yönetebilen terapötik iletişimin başlıca unsurlarını içermelidir (Ghiasse, 2021; Seki-Öz, 2020; Küçük, 2015). Ne var ki "bağlama özel iletişim" ile ihsas edilen anlam ve ulaşılmak istenen amaç ve hedefler etkili ve terapötik iletişimin niteliklerinden daha fazla unsur gerektirmektedir. Zira söz konusu iletişim yaklaşımı, ilaveten insan onuru ve insan değeri başta olmak üzere hastanın onurunu, özerkliğini, değerlerini ve tercihlerini merkezde konumlandırarak da etik ilke, kural ve değerlere tam bağlılığı esas almalıdır. Dolayısıyla öznesi de "nesne"si de insan olması nedeniyle özne-nesne ilişkisine değil, öznelerarası (kişilerarası) ilişkiye dayanan bağlama özel iletişim yaklaşımı; Avusturyalı düşünür Martin Buber'in (1878-1965) "karşılıklılık ilkesi" temelinden yükselen "Ben ve Sen" ilişkisiyle koşut kılınabilir. Zira insan ilişkilerinin çift taraflı/iki boyutlu olduğunu savunan Buber, bu görüşünü "insan-insan" karşılaşması bağlamında "Ben ve Sen" (*I and Thou*); "insan-nesne" karşılaşması bağlamında ise "Ben ve O" (*I and It*) kavramlarını kullanarak açıklamaktadır. "Ben ve O" kavramlarıyla özne ve "pasif bir nesne"yi; "Ben ve Sen" kavramlarıyla ise iki özne arasındaki ilişkiyi ihsas etmektedir (Buber, 1971; Scott vd., 2009). Bu doğrultuda "Ben ve Sen" ilişkisi, öznelerarası diyaloğu esas alan, "demokratik" ve "simetrik" bir

iletişim türü olarak "amaç"; "Ben ve O" ilişkisi ise monoloğa dayanan, "asimetrik" bir iletişim türü olarak "araç" olarak değerlendirilmektedir. İlkinde iki özne "insan-insan" olarak benliği, kimliği ve değerleri ile var olabilmekte; ikincisinde ise bir özne ile bir nesne "insan-nesne" olarak karşılaşmakta ve bu ilişkide nesne salt biyolojik varlığıyla (zaman ve mekânla sınırlı; benliği, kimliği ve değerleri olmadan) yer almaktadır (Buber, 1971; Ulukütük, 2011). Kuşkusuz, sağlık hizmeti alan özne olarak hasta ile hizmeti sunan özne olarak hekim arasındaki ilişki asimetrik olup, söz konusu yaklaşımda aradaki asimetrinin, tamamen yok edilmesi mümkün olmadığından, olabildiğince azaltılması gerektiği vurgulamaktadır. Böylece hasta ve yakınlarının kendilerini daha rahat ifade ederek değerlerinin, tercih, koşul ve beklentilerinin daha iyi anlaşılabileceğini kavramaları, hekime güven duyabilmeleri; kurulan iletişimin ve inşa edilen hasta-hasta yakını-hekim ilişkisinin de uzun süreli olması olanaklı kılınabilecektir.

Söz konusu iletişim yaklaşımın aynı zamanda Kuçuradi'nin tüm öznelerarası ilişkilere dayanak oluşturan "değerler ve değerlilik ilişkisi" olarak etik değerleri, kişisel değerleri ve ilişki değerlerini esas alan "etik ilişki"yi de içermesi gerekmektedir. Zira "etik ilişki"de içinde bulunulan gerçeklik ve ilişkinin mahiyeti biricik olup, öznelerin bireysel değerlerinin örtüşmemesi nedeniyle oluşan çatışma değer sorunlarına yol açabilmektedir (Kuçuradi, 1999). Nitekim "değer", insanın insan olma olanaklarını gerçekleştirmesiyle bağlantılı olup, ilişkide karşımızdaki kişiye bu olanağın ne kadar sunulduğu ve insan değerinin ne kadar korunduğu önem arz etmektedir. Bağlantılı olarak "etik ilişki" kapsamında eylemin etik açıdan "iyi" ve "kötü" mahiyeti de kişisel değerlere duyulan saygı ya da saygısızlık sonucu "değer" ve "değersizlik" ile belirlenmektedir. Bu noktada dikkat edilmesi gereken bir diğer husus, öznelerarası ilişkide her iki tarafın da biricikliğini göz ardı etmeden ve varlığını araçsallaştırmadan insan değerinin olabildiğince korunmasıdır (Kuçuradi, 2020). Kuçuradi'ye göre etiğin "insanın insanla kurduğu öznelerarası ilişkilerde ortaya çıkan değer sorunlarını konu edinmesi" ve etik sorunun insan değerine verilen zarar kaynaklanması öznelerarası etik ilişkinin temel dayanağının insan değerinin korunması olduğuna işaret etmektedir (Kuçuradi, 1999; Kuçuradi, 2019). Dolayısıyla bağlama özel iletişimde onkoloji uzmanı ile hasta ve yakınları arasındaki iletişimin tüm süreçlerinde değersizliğe (etik açıdan "kötü"ye) olabildiğince mahal vermemek temel hedefi oluşturmalıdır.

Onkoloji pratiği hastalığın yaşamı tehdit edici niteliği, belirsizlik, uzun tedavi süreci ve yoğun duygusal yük nedeniyle etik ilişkinin en kırılgan biçimde sınandığı klinik alanlardan biri olarak değerlendirilebilmektedir. Bu bağlamda onkoloji uzmanı, hasta ve yakınları arasında kurulan ilişki yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda değer sorunlarının yoğunlaştığı bir öznelerarası etik ilişki alanıdır. Dolayısıyla bu ilişkinin etik ilkelere uygunluğunun yanı sıra insan değerinin korunup korun(a)maması açısından da irdelenmesi gerekmektedir. Zira hastanın yalnızca "tedavi nesnesi" olarak görülmesi, etik ilişkinin bozulmasına ve değersizliğe yol açmaktadır. Örneğin; onkoloji alanında, sıkça karşılaşıldığı üzere, hastaya gerçeği söylemek ile hastanın psikolojik açıdan zarar görmesini önlemek ve yararlı olmak arasında yaşanan ikilemde nasıl bir karar verilmesi gerektiği noktasında sıkıntı yaşanmaktadır. Bu doğrultuda, alınacak karar sonucunda eylemin insan değerini koruyup koru(ya)madığı etik ilişkinin ölçütü olup, hastadan gerçeğin saklanıp özerkliğinin yok sayılması, faydalı olma gerekçesiyle yapılsa dahi, etik açıdan değersiz bir eyleme dönüşebilir. Dolayısıyla hastaya gerçeği söylemek ya da söylememek "teknik bir tercih" değil, hastanın özne olarak tanınıp tanınmadığının göstergesidir. Nitekim hastaya gerçeğin söylenmemesi, onu karar süreçlerinden dışlayarak, kendi yaşamına ilişkin anlamlandırma ve kendi kaderini tayin etme olanaklarını elinden almakta ve insan (olma) değerine zarar vermektedir.

Öz olarak, onkolojinin uğraş alanında hasta-hekim ilişkisinin "Ben ve Sen" ilişkisi ile "etik ilişki" üzerine kurulması gerektiği ifade edilebilir. Nitekim mahiyeti gereği bu ilişki türü psikiyatri, geriatri ve pediatri gibi "örselenebilir grup"ta yer alan hastaların yanı sıra onkoloji gibi hastanın beden bütünlüğüne zarar verebilen ve geleceğini şekillendiren bir hastalıkla mücadele edilen alanda da elzem görülmektedir. Bu doğrultuda "Bağlama Özel İletişim Algoritması"; hasta-yakını-hekim iletişiminde hastayı merkezde konumlandırmaya, insan değerine ve onuruna saygı duymaya, etnisite ve cinsiyet kimliği gibi farklılıklarından dolayı ayrımcılık yapmamaya, "şeffaflık ve sadakat ilkesi"ne bağlılığa, etik değerleri, kişisel değerleri ve ilişki değerlerini korumaya, mahremiyeti sağlamaya ve hastanın özerkliğini gerçekleştirmesine olanak sunabilecek mahiyette olmalıdır. Zira ancak bu mahiyette bir iletişim yaklaşımıyla onkoloji uygulamalarında hasta psiko-sosyal varlık boyutuyla da bütüncül olarak

değerlendirilip, özne-özne ilişkisinde her iki öznenin insan değeri korunup, etkili ve terapötik iletişim kurulabilecektir. Böylelikle yarar ve zararın mahiyeti ve uzun erimde olası sonuçları da değerlendirilebilecektir. Bahsi geçen algoritmanın dayandığı başlıca esaslar kısaca şu şekilde sıralanabilir:

- İnsan değerinin ve onurunun korunması
- Hastanın özne olarak tanınması (Ben ve Sen ilişkisi)
- Hastanın özerkliğini gerçekleştirmesine olanak sunulması
- Hastanın mahremiyetinin korunması ve sırrının saklaması
- Hastayla iletişimde ve hasta-hekim ilişkisinde sadakat ve şeffaflık ilkelerinin olabildiğince benimsenmesi
- Hastayla "etik ilişki" kurularak, "etik değerlerin", "kişisel değerlerin" ve "ilişki değerleri"nin korunması
- Hastalar arasında etnisite, cinsiyet kimliği, sosyokültürel yapı gibi özellikleri nedeniyle ayrımcılık yapılmaması
- Tüm kararlarda risk-fayda (zarar-yarar) hesabının faydanın uzun erimli değerlendirmesiyle yapılması

Onkolojinin uğraş alanında "Bağlama Özel İletişim Algoritması"nın hasta-hekim ilişkisinin "Ben ve Sen" ilişkisi temelli, etik ilişki ekseninde, insan değerini ve onurunu koruyacak ve etik ilkelere uygunluk gösterecek biçimde yapılandırılmaya çalışılmıştır. Algoritmanın; onkoloji uzmanına tanı, tedavi ve bakımı içeren sürecin tüm aşamalarında hastasıyla sadece nasıl konuşacağını değil, aynı zamanda niçin, ne zaman, hangi etik ilke, kural ve değer(ler)le gerekçelendirerek iletişim kuracağını da gösteren bir yol haritası sunması amaç edinilmektedir. Söz konusu algoritmanın esasları genel hatlarıyla Tablo 3'te sunulmaktadır:

Tablo 3. Onkoloji Pratiğinde "Bağlama Özel İletişim Algoritması"nın Esasları

Adım	Açılım	Açıklama
1.	**Bağlam ve Durum Analizi**	**Amaç:** İletişimin kurulacağı ve sürdürüleceği bağlamı etik ve klinik olarak doğru biçimde tanımlamak. ▪ Hastalığın evresi, belirsizlik düzeyi ve olası prognozu ▪ Hastanın bilişsel ve psiko-sosyal durumu ▪ Hastanın bilgi alma isteği ve tercihleri ▪ Hasta yakınının rolü ve beklentileri ▪ Hastanın kültürel, dinsel ve değer temelli özellikleri **Etik dayanak:** İlişkinin biricikliğini (kendine özel) tanımadan kurulan iletişim, özneyi nesneleştirir ve "Ben ve Sen İlişkisi" kurulamaz.
2.	**İletişimin Tesisi ("Ben ve Sen" Zeminini Oluşturma)**	**Amaç:** Asimetrik hasta-hekim ilişkisinde asimetriyi olabildiğince azaltmak. ▪ Kendini tanıtma, zaman ayırma ve fiziksel ortamı düzenleme ▪ Göz teması, açık beden dili, sakin ve şefkatli ses tonu kullanma ▪ Hastanın anlatısına kesintisiz alan açma; hastanın kendisini tüm yönleri ve duygularıyla ifade etmesine olanak sunma ▪ Hastada "anlaşılma" hissini tesis eden geri bildirimlerde bulunma **Etik dayanak:** Güven ve sadakat sağlanamadan "etik ilişki" kurulamaz.
3.	**Hastanın Değer, Tercih ve Beklentilerinin Belirlenmesi**	**Amaç:** Hastanın kendi kaderi üzerinde karar verici olmasına olanak sunarak, karar süreçlerinin aktif öznesi olmasını sağlamak ve hastayı biyo-psiko-sosyal varlık boyutlarıyla tanıyabilmek. ▪ Hastanın durumu hakkında neyi, ne kadar ve ne zaman bilmek istediğinin açıkça sorulması ▪ Bilgilendirmenin sınırlarının hasta tarafından belirlenmesine olanak tanınması ▪ Hastanın korku, umut, belirsizlik ve kaygılarını dile getirmesine olanak sunulması ▪ Hastanın sosyal, ahlaki ve dini değerler ile tedavi hedeflerinin ilişkilendirilmesi ▪ Hastanın tercih ve beklentileri ile tedavi hedeflerinin ilişkilendirilmesi **Etik dayanak:** Hastanın bütüncül olarak tanınması: Özerklik, yalnızca bilgi vermekle değil, hastaya anlaşılma ve anlamlandırma olanağı sunmakla da olanaklı kılınır.

Tablo 3. Onkoloji Pratiğinde "Bağlama Özel İletişim Algoritması"nın Esasları-Devamı

Adım	Açılım	Açıklama
4.	**Bilgi Paylaşımı (Şeffaflık ve Sadakat İlkesini Gözeterek)**	**Amaç:** Gerçeği, insan değerini ve onurunu koruyacak biçimde açıklamak. ▪ Bilginin teknik dilden/tıbbi terminolojiden uzak, açık, anlaşılır ve aşamalı olarak paylaşılması ▪ Bilginin, hastanın sosyokültürel düzeyine uygun biçimde paylaşılması ▪ Umut ile gerçeklik (aşırı umut ile umutsuzluk) arasında dengenin/ölçünün kurulması ▪ Hastanın duygularıyla empati kurulması ve tepkilerine anlayışla yaklaşılması ▪ Hastanın sorularına kişisel algılamadan ve savunmaya geçmeden yanıt verilmesi **Etik dayanak:** Gerçeğin saklaması yerine, **ne kadarının, nasıl** ve **ne zaman** açıklandığı etik açıdan haklı çıkarılmayı belirler.
5.	**Etik Sorun ve Çıkar Çatışmasının Olup Olmadığının Belirlenmesi**	**Amaç:** Etik ilişkide değersizliğe; insan değerinin ve onurunun örselenmesine, etik sorun ve çıkar çatışması yaşamasına yol açabilecek yaklaşım ve eylemleri önlemek. Bu amaca ulaşabilmek için hekimin tüm süreci aşağıdaki sorulara etik açıdan haklı çıkarılabilir yanıtlar vererek yürütmesi gerekmektedir. ▪ Alınacak karar hastayı araçsallaştırıyor mu? ▪ Hastanın insan değeri ve onuru korunabiliyor mu? ▪ Hastanın toplumsal, dini ve ahlaki değerleri korunabiliyor mu? ▪ Özerkliğe saygı ile yararlılık ilkeleri çatışıyor mu? ▪ Zarar-yarar (risk-fayda) hesabı tüm yönleri ve uzun erimli yapıldı mı/yapılıyor mu? ▪ Uzun erimde zarar vermeme ile yararlılık ilkeleri çatışıyor mu? ▪ Hastaya yararlı olurken, hangi değer(ler) harcandı/harcanıyor? ▪ Hastaya hakkaniyetli sağlık hizmeti sunulabiliyor mu; adalet ilkesi sağlanabiliyor mu? ▪ Hasta ile hasta yakını arasında herhangi bir çıkar çatışması var mı? ▪ Hasta ile hasta yakınının değerleri örtüşüyor mu? ▪ Hasta ile tedavi ekibi arasında herhangi bir çıkar çatışması var mı? ▪ Hasta ile tedavi ekibinin çatışan değerleri var mı? **Etik dayanak:** "İyi niyet", etik açıdan "iyi eylem" anlamına gelmez. Hastaya biyolojik açıdan yararlı olmaya çalışırken, insan değerini ve onuru örseleme, özerkliğini ihlal etme gibi zararlar verilebilir. Zarar-yarar hesabının her durumda insan değeri ve onurunu koruyarak yapılması gerekmektedir.
6.	**Ortak Karar Verme/Sürece Katılım**	**Amaç:** Hastayı kendi yaşamına ilişkin kararların öznesi kılmak, kendi kaderini tayin etmesine olanak sunarak özerkliğine saygı göstermek. ▪ Aydınlatmanın basamaklarının hastanın talep ve durumuna göre yerine getirilmesi ▪ Tedavi önerilerinin tüm risk ve faydalarının açıklanması ▪ Varsa olası tedavi seçeneklerinin risk ve faydalarıyla belirtilmesi ▪ Hastanın tercih ve değerleriyle uyumlu seçimin desteklenmesi ▪ Kararın zamana yayılabilmesi; karar verebilmesi için hastaya zaman tanınması ▪ Kararsızlık halinde hastanın yalnız bırakılmadan desteklenmesi ve aydınlatmanın kararsızlığa yol açan belirsizliği giderecek şekilde tekrarlanması ▪ Karar(lar)ın hastayla olabildiğince ortak alınması ve sorumluluğun paylaşılması **Etik dayanak:** Hastanın karara katılımı sağlanmadan özerkliğe saygı gerçekleşmez.
7.	**Mahremiyetin Korunması ve İletişimde Sürekliliğin Sağlanması**	**Amaç:** Hastanın tüm tıbbi, kişisel ve mahrem bilgilerini koruyarak, güvene ve sadakate dayalı uzun süreli iletişimi/ilişkiyi sürdürmek. ▪ Hastayla ilgili tüm bilgilerin paylaşılıp paylaşılmayacağı, paylaşılacaksa kim/kimlerle paylaşılacağının belirlenmesi ▪ Hasta onam vermediği sürece üçüncü kişilerin süreç ve kararı dışında tutulması ▪ Süreç boyunca iletişimin güven ve sadakat ilkelerine bağlı olarak sürdürülmesi ▪ Hastadan sürekli geri bildirim alarak, süreç, karar, yaklaşım ve iletişimin yeniden değerlendirilmesi **Etik dayanak:** Mahremiyetin korunmaması, insan onuruna ve değerine doğrudan zarar verdiği gibi öznelerarası ilişkide güven ve sadakat ilkelerini de ihlal eder.
8.	**Değerlendirme ve Geri Bildirim**	**Amaç:** Algoritmanın işlevselliğini ve etik niteliğini sürdürmek, amaç ve hedeflerine ulaşmak. ▪ Hastadan iletişim sürecine dair geri bildirim alınması ▪ Hekimin öz değerlendirme yapması ▪ Etik sorun yaşanıp yaşanmadığının belirlenmesi; yaşanması halinde analizi ▪ İletişim, yaklaşım ve süreçte sorun varsa çözülmesi, eksiklik varsa giderilmesi ▪ Gerekirse yaklaşımın yeniden yapılandırılması **Etik dayanak:** Etik ilişki dinamik ve organik bir süreç olup durum, koşul, yaklaşım ve değerler açısından yeniden değerlendirmeyi gerektirmektedir.

Yukarıda esasları belirlenen "Bağlama Özel İletişim Algoritması"nın içeriği ve olanaklılığı ise ülkemizde görev yapan onkoloji uzmanlarıyla yapılacak araştırmadan, derinlemesine görüşmelerden, edinilen verilerle "ihtiyaç belirlemesi" ve "durum analizi" yapılıp, tercih ve beklentiler saptanarak belirlenmeye çalışılacaktır. Yine, onkoloji uzmanlarına yönelik düzenlenecek eğitim programları ve pilot uygulamalar ile olanaklılığın (uygulanabilirlik ve sürdürülebilirlik) teyidi yapılacaktır. Algoritmanın işlevsel, uygulanabilir ve sürdürülebilir olup olmayacağı bu şekilde saptanacaktır.

V. "BAĞLAMA ÖZEL İLETİŞİM ALGORİTMASI"NI ÖZGÜN KILAN UNSURLAR

Yukarıda esasları ve basamakları belirlenen "Bağlama Özel İletişim Algoritması" onkoloji pratiğinde iletişimi salt bilgi aktarma süreci olarak ele alan yaklaşımların ötesine geçerek, etik ilişki temelli, sürece ve bağlama duyarlı bir yapı sunmayı amaçlamaktadır. Alanyazında onkoloji hastalarına tanı, prognoz ve tedaviye ilişkin bilginin nasıl iletilmesi gerektiğine dair çok sayıda protokol ve rehber bulunmakla birlikte, bunların önemli bir kısmının iletişimi belirli anlara veya teknik aşamalara indirgediği görülmektedir (Ptacek ve Eberhardt, 1996; Baile vd., 2002; Kaplan, 2010). Dolayısıyla "Bağlama Özel İletişim Algoritması" mevcut iletişim protokol ve yaklaşımlarından başlıca üç temel noktada farklılık göstermekte ve katkı sumaktadır: (1) Bağlamsal duyarlılık, (2) etiğe ve hukuka uygunluk (3) toplumsal ve kültürel farklılıklara odaklılık.

5.1. Bağlamsal Duyarlılık ve Kapsayıcılık

SPIKES ve BREAKS gibi iletişim araçları kötü gerçeği açıklama sürecini yapılandırarak, hekime pratik bir yol haritası sunmakta; ortamın hazırlanması, hastanın algısının değerlendirilmesi ve empatik yanıt verilmesi gibi temel unsurları vurgulamaktadır (Baile vd., 2002; Narayanan vd., 2010). Ancak bu araçlar çoğunlukla tekil iletişim anlarına odaklanmakta ve hastalığın evreleri boyunca değişen bağlamsal gereksinimleri yeterince kapsayamamaktadır. Nitekim farklı ülkelerde yapılan çalışmalar, bu protokollerin uygulanmasına rağmen, hastaların beklentileri ile aldıkları bilginin sıklıkla örtüşmediğini de göstermektedir (Seifart vd., 2014; Marschollek vd., 2019). Bu durum adı geçen protokollerin farklı toplumlarda işlevselliği, uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliğini sorgulanır kılmaktadır. Buna karşılık "Bağlama Özel İletişim Algoritması" bağlamsal duyarlılığı klinik sürecin her aşamasına entegre etmeyi esası üzerine inşa edilmektedir. Nitekim hastanın bilgi alma isteği, kültürel ve sosyokültürel düzeyi, değerleri ve tercihleri gibi değişkenler algoritmanın başlangıç adımında sistematik olarak değerlendirilmektedir. Bu noktada algoritma kötü gerçeği açıklama odaklı protokollerin ötesine geçerek, tedavi sürecinin tüm kırılma noktalarında bağlamsal farklılıkları dikkate alan kapsamlı bir çerçeve sunmayı hedeflemektedir.

5.2. Etiğe ve Hukuka Uygunluk

Mevcut iletişim protokol ve yaklaşımları empati, etkin dinleme, duygu yönetimi, terapötik iletişim ve hasta merkezli yaklaşıma ilişkin hekimi sahip olması salık verilen yetileri vurgulamaktadır (Arora vd., 2009; Ghiasse, 2021; Küçük, 2015). Ancak bu yaklaşımların büyük kısmında iletişim, normatif etik ilkelerle açık biçimde ilişkilendirilmemektedir. Bahsi geçen yetiler "Bağlama Özel İletişim Algoritması"nın esasları arasında yer alsa da algoritmanın ayırt edici özelliği, etik ilişkinin değerleri ve tıp etiği ilkeleri ile yapılandırılmış olmasıdır. Diğer ifadeyle algoritmanın, klinik iletişimi bir "iletişim yeti/beceri seti" olarak değil, etik ilişki kurma süreci olarak yeniden tanımlamasıdır. Nitekim bu algoritma, sadece hastanın psiko-sosyal tepkilerini anlamaya çalışmamakta, aynı zamanda insan değeri, insan onuru, özerklik, adalet ve mahremiyet ilkelerini iletişim sürecinin merkezinde konumlandırmaktadır. Algoritma, Kuçuradi'nin etik ilişki yaklaşımı ve Buber'in "Ben ve Sen" ilişkisi diyalektiği üzerinden kuramsal bir temel oluşturmakta; bu temel ilişkiyi araçsal bir etkileşim olmaktan çıkararak değerlerarası bir diyalog alanına dönüştürmektedir. Zira Kuçuradi'nin etik ilişki yaklaşımı ve Buber'in "Ben ve Sen" ilişkisi insan ilişkilerinin araçsal değil, değer temelli bir karşılaşma olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadır (Kuçuradi, 1999; Buber, 1971; Scott vd., 2009). "Bağlama Özel İletişim Algoritması" bahsi geçen felsefi yaklaşımları klinik iletişime doğrudan entegre etmesi bakımından özgün bir konum kazanmaktadır. Algoritma, ayrıca iletişimin her aşamasında "etik değerlendirme/kontrol" yapmakta; hastanın değerlerinin, onurunun, özerkliğinin, mahremiyetinin ve

psiko-sosyal bütünlüğünün korunup korunmadığını ve adil hizmet alıp almadığını sistematik biçimde sorgulamaktadır (Tuca vd., 2021; Ruggiero vd., 2025).

Öte yandan klinik uygulamalarda iletişim sorunlarının hasta şikâyetlerine ve tıbbi kötü uygulama hatası iddiaları/davalarıyla ilişkili olduğu da açıkça ortaya konulmuştur (Hickson vd., 2002; Stelfox vd., 2005; Marshall vd., 2015; Doolin vd., 2024). Onkoloji pratiğinde kötü gerçeğin açıklanması, prognozun paylaşılması ve tedavi seçeneklerinin tartışılması sırasında yaşanan iletişim hataları/çatışmaları, etik sorunların yanı sıra hukuki sonuçlar da doğurabilmekte; etiko-legal sorunlara ve tıbbi kötü uygulama hatası iddialarına kaynaklık edebilmektedir. İşte, "Bağlama Özel İletişim Algoritması" iletişimi yapılandırılmış bir süreç hâline getirerek, hekimin etik ve hukuki sorunlara olabildiğince mahal vermemesini ve bu noktada olası riskleri azaltmayı hedeflemektedir. Algoritma; uygulanabilirliği, bağlam değerlendirmesi, rol sınırlarının belirlenmesi, etik kontrol/değerlendirme adımları, toplumsal ve kültürel değerleri dikkate alıp bireysel farklılıkları sistematik olarak dâhil etmesi bakımından sorunları önleyici bir mekanizma olarak da değerlendirilebilir. Kaldı ki bu algoritma klinik iletişimin sadece tek bir görüşmeye indirgenmemesi, aksine süreklilik arz eden değerlendirme, geri bildirim ve yeniden yapılandırma ile etkin bir iletişim döngüsü oluşturulması gerektiği esasına dayanmaktadır.

5.3. Toplumsal ve Kültürel Farklılıklara Odaklılık

Kanser tanısının açıklanmasına ilişkin rehber ve protokoller geliştirildiği toplumda uygulanabilir ve işlevsel olup, uygulama ve işlev açısından toplumlar ve bağlantılı olarak kültürler arasında belirgin biçimde farklılık göstermektedir. Örneğin; Türkiye ve İran'da yapılan çalışmalar aile merkezli karar verme eğiliminin güçlü olduğunu, hastaya bilginin doğrudan verilmesinin sıklıkla ertelendiğini ya da sınırlandırıldığını ortaya koymaktadır (Abazari vd., 2017; Mystakidou vd., 2005; Chiu vd., 2006; Ozdogan vd., 2006). Yanı sıra Türkiye'de yapılan araştırmalarda hekimlerin, hasta yakınlarının talepleri ile hastanın özerkliği arasında etik ikilem yaşadığını ortaya koymaktadır (Aydın-Er & Aşıklı, 2020; Başol vd., 2016). Amerikan Klinik Onkoloji Derneği tarafından geliştirilen "Hastayla İletişim: Uzlaşı Rehberi" gibi kapsamlı iletişim rehberleri, hasta-hekim görüşmelerinde etik ilkeleri ayrıntılı biçimde ele almakta ve bunları klinik pratiğe uyarlamaya çalışmaktadır (Gilligan vd., 2017). Ancak bu rehberlerde dahi etik ilkeler ile uygulamada karşılaşılan pratik zorluklar ve sorunlar arasında boşluk bulunabilmektedir. Ayrıca kültürel farklılıklar ve ulusal bağlamlara özgü gereksinimler çoğu rehberde ve protokolde yeterince temsil edilmemektedir. Özellikle toplumsal değerler, kültürel ve sistemsel farklılıklar söz konusu olduğunda farklı bir ulusta/toplumda uluslararası nitelikte bir iletişim aracının tüm pratik bağlamlarda işlevsel olmadığı görülmektedir (Shah vd., 2023; Jabali vd., 2023). Ne var ki "Bağlama Özel İletişim Algoritması" kültürel farklılıkları, toplumsal değer farklarından ötürü, etik bir alan olarak görünür kılmakta ve iletişimde bu farklılıkları dikkate almaktadır. Algoritma, aileyi dışlayan ya da mutlaklaştıran bir yaklaşım yerine, hastanın bilgilendirilme tercihini merkeze alan ve aileyle kurulacak iletişimi etik sınırlar içinde yapılandıran bir çerçeve sunmaktadır. Bu yönüyle kültürel duyarlılığı etik ilkelerle uzlaştırmaya yönelik önemli bir katkı sunmaktadır.

VI. SONUÇ

Onkoloji pratiği; belirsizlik, yaşamı tehdit eden riskler, yoğun duygusal yük gibi nedenlerle hasta, hasta yakını ve hekim açısından çok katmanlı sorunların ortaya çıktığı bir alan olarak değerlendirilebilir. Zira onkolojinin uğraş alanında iletişimin hastayı bütüncül değerlendirebilme, güvene dayalı ve uzun süreli hasta-hasta yakını-hekim ilişkisi tesis edebilme, hastanın tedaviye uyumunu sağlayabilme/arttırabilme, etik ikilem/ihlal, etiko-legal sorun ve tıbbi kötü uygulama iddialarının önüne geçebilme gibi çok yönlü etkileri söz konusudur. Özellikle de kanser hastalığının mahiyeti gereği hastanın beden bütünlüğüne zarar vermesi, yaşam kalitesini ve geleceğini olumsuz yönde etkilemesi ve ölümle yüzleşmesine yol açması düşünüldüğünde iletişim ilave önem kazanmaktadır. Dolayısıyla iletişimin, salt tıbbi bilginin aktarımına indirgenemeyen, aksine hastanın onurunu, değerlerini, özerkliğini ve psiko-sosyal bütünlüğünü koruyan etik bir ilişki alanı olarak ele alınması gerekmektedir. Ancak klinik uygulamada sıklıkla karşılaşılan standartlaştırılmış iletişim yaklaşımlarının/protokollerinin, onkoloji hastalarının değişken ve bağlama duyarlı gereksinimlerini karşılamakta yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu doğrultuda Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen iletişim yaklaşımı ve rehberlerle onkoloji alandaki iletişim gereksinimlerinin

karşılanması ve hastanın özel durumuna uygun bir iletişim anlayışının sergilenmesi hedeflenmiştir. Yanı sıra kötü gerçeğin açıklanmasına dair iletişim protokolleri de geliştirilmiş, ancak bu protokollerin salt kanser tanısı, kötü prognoz, metastaz ve nüks gibi kötü haberle sınırlandırıldığı görülmüştür. Oysa kanser hastalığı, tedavisi ve bakımı uzun süreli bir yolculuk olup, bu süreçte hastanın biyo-psiko-sosyal varlık boyutlarıyla değerlendirilmesini gerektirmekte, prognozun iyi olması, metastaz ve nüks saptanmaması gibi olumlu gerçekleri de içermektedir. Bu nedenle onkoloji pratiğinde hasta-hekim iletişiminin, engellilik, uzuv kaybı ve infertilite gibi kötü gerçeğin açıkladıktan sonra hasta ile hekim arasındaki ilişkinin sona erdiği bir durumun bildirilmesi ile özdeş kılınamayacağı aşikârdır. Öte yandan gerek onkolojinin uğraş alanına özel iletişim yaklaşım ve rehberleri, gerekse kötü gerçeği açıklama protokolleri yapılandırılmış ve yol gösterici nitelikte olmalarına karşın, sadece geliştirildikleri toplumun gereksinimlerine karşılık verebilmektedir. Zira iletişim; kişisel farklılıklar kadar mensubu olunan toplumun kültürel ve ahlaki norm ve değerleri, hukuk doktrini, sağlık sistemi, koşul, gereksinim ve gerçekliğindeki farklılıklarla da biçem ve içerik kazanmaktadır. Dolayısıyla bahsi geçen iletişim araçlarından birinin Türkiye'de kullanımı zihinde belirse de alanyazında yer alan farklı ülke uygulamalarının olumsuz sonuçları dikkate alındığında işlevsel, uygulanabilir ve sürdürülebilir olamayacağı anlaşılmaktadır. İşte, bu noktada ülkemizin toplumsal hakikatine, norm ve değerlerine, ulusal hukuk sistemine, sağlık politikalarına, onkoloji kliniklerimizin koşul ve gerçekliğine uygun iletişim aracına gereksinimimiz elzem görülmektedir. Bu aracı onkolojinin uğraş alanında iletişimle etiğin iç içeliğini esas almalıdır ki hastaya yararlı olurken, öncelikle hastanın insan değerini ve onurunu sonrasında haklarını, özerklik ve mahremiyetini koruyabilir mahiyette olsun. Böylelikle etik ihlal ve ikilemlerin, etiko-legal sorunların ve tıbbi kötü uygulama iddialarının da olabildiğince önüne geçilebilecektir. Ne var ki, alanyazın incelememiz sınırlarında, ülkemizde bahsedilen amaç ve hedefleri taşıyan ve etikle iletişim kavşağından geliştirilen herhangi bir protokol ve/veya rehbere ulaşılamamıştır. Ülkemizde bu gereksinimi fark ederek esaslarını belirlemeye çalıştığımız "Bağlama Özel İletişim Algoritması"nın ulusal bir iletişim aracı niteliğinde olduğu ileri sürülebilir. Zira bu algoritmanın esasları onkoloji pratiğinde iletişimin önceden belirlenmiş kalıplar yerine, hastalığın evresi, hastanın bireysel özellikleri, psiko-sosyal durumu, kültürel bağlamı ve klinik koşulları dikkate alınarak yapılandırılması gerektiği ön kabulüyle belirlenmiştir. "Bağlama Özel İletişim Algoritması"nın kuramsal dayanağı ve esasları gereği özne-özne ilişkisi bağlamında iletişim kurulan her bir öznenin insan onuru ve insan değerinin korunması esas alınmıştır. İlaveten, hasta-hasta yakını-hekim-tedavi ekibi arasındaki iletişimde kişisel değer farklılıklarını, sosyal, kültürel ve ahlaki değerlerimizle ortak zeminde buluşturarak uzlaşı sağlama, sağlık sistemimize ve mevcut koşullarımıza uygun olma, ilgili yasal düzenlemelerimizle çatışmama ve "en çok değeri koruma" hedefleri olanaklı kılınmaya çalışılmıştır. Bu algoritma iletişimi teknik bir beceri olarak değil, iki özne arasında, etik ilişki temelli ve süreç odaklı bir yaklaşım olarak ele alması bakımından temel olarak mevcut iletişim araçlarından ayrılmaktadır.

Algoritmanın temel katkısı; hastanın tedavi/bakımla yarar görürken insan değeri ve onurunun örselenmemesini, bilgilendirilme hakkı ile psikolojik zarar görmeme gereksinimi arasındaki dengenin gözetilmesini ve hakkaniyetli hizmet alırken kendi kaderini tayin etmesine olanak tanınmasını sağlaması olacaktır. Ayrıca hastanın bütüncül olarak değerlendirilip, tedavi ve sürece ilişkin belirsizlik yaşamaması, hekimi ve tedavi ekibiyle güven ve sadakate dayalı uzun süreli iletişim/ilişki kurabilmesi ve mahremiyetinin korunması olanaklı kılınabilecektir. "Bağlama Özel İletişim Algoritması" ile karar süreçlerine anlamlı biçimde katılımının artması ve tedaviye uyumun desteklenmesi de mümkü görülmektedir. Hekim açısından ise etik, etiko-legal sorun ve mediko-legal riskleri azaltmayı hedefleyen bir çerçeve sunabilecektir. Aynı zamanda hekimin, özellikle kötü haber verme, tedavi başarısızlığı ya da palyatif bakım süreçlerinde yaşadığı iletişim kaynaklı kaygı ve tükenmişliğin azaltılmasına da yardımcı olabilecektir. Bağlam değerlendirmesiyle başlayan, etik ilişki çerçevesinin kurulması, iletişim rollerinin belirlenmesi, bilgi paylaşım stratejisinin seçilmesi, ortak karar verme, etik değerlendirme ve analiz süreciyle devam eden bu algoritma, iletişimin her aşamasında etik bir kontrol mekanizması işletilmesine de olanak tanıyacaktır.

Sonuç olarak, onkoloji pratiğinde etik açıdan sürdürülebilir, hasta merkezli ve bağlama duyarlı bir iletişim anlayışının geliştirilmesi, yalnızca bireysel hekim becerileriyle değil; bu tür yapılandırılmış ve etik temelli yaklaşımların klinik uygulamaya entegre edilmesiyle mümkün görünmektedir. "Bağlama Özel İletişim Algoritması'nın klinik uygulamalar, eğitim programları ve gelecekte yapılacak ampirik

çalışmalar için yol gösterici bir çerçeve sunacağı düşünülmektedir. Ancak bu algoritmanın içeriği, onkoloji pratiğindeki işlevselliği ve sürdürülebilirliği ise ülkemizde görev yapan onkoloji uzmanlarıyla araştırma yapılmasını gerektirmektedir. Böylece kuramsal dayanağını bu çalışmayla oluşturmaya çalıştığımız algoritmanın olanaklılığı kanıta dayalı olarak saptanabilecektir.

KAYNAKLAR

Abazari, P., Taleghani, F., Hematti, S., Malekian, A., Mokarian, F., Hakimian, S. M. R., & Ehsani, M. (2017). Breaking bad news protocol for cancer disclosure: An Iranian version. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 19*, 10–13

Anuk, D., & Bahadır, G. (2020). A challenging issue for both patients and physicians: Breaking bad news in oncology. *Turkish Journal of Oncology, 35*(1), 114–118.

Anuk, D., Alçalar, N., Sağlam, E. K., & Bahadır, G. (2022). Breaking bad news to cancer patients and their families: Attitudes toward death among Turkish physicians and their communication styles. *Journal of Psychosocial Oncology, 40*(1), 115–130.

Arora, N. K., Street, R. L., Jr., Epstein, R. M., & Butow, P. N. (2009). Facilitating patient-centered cancer communication: A road map. *Patient Education and Counseling, 77*(3), 319–321.

Aydın-Er, R., & Aşıklı, E. (2020). Kanser tanısının hastaya söylenmesi konusunda hasta, hasta yakını, hekim ve hemşirelerin görüşleri üzerinden bir değerlendirme. *Turkiye Klinikleri J Med Ethics, 28*(3), 483-491.

Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: An exploratory study. *Journal of Clinical Oncology, 20*(8), 2189–2196

Balseven-Odabaşı, A., & Örnek-Büken, N. (2009). Aydınlatılmış onam ve yaşamın sonunda alınan etik kararlar-Hacettepe örneği. *Journal of Medical Sciences, 29*(5), 1041-1054.

Başol, İ., Güzelant, A. F., Özoğlu, E., Ozan, N. H., Nergis, A., Hancı, D., & Göksel, Ö. (2016). Akciğer kanserli hastaya tanısı söylenmeli mi? *Ege Tıp Dergisi,* 55(1), 20–25.

Blazeković-Milaković, S., Matijasević, I., Stojanović-Spehar, S., & Supe, S. (2006). Family physicians' views on disclosure of a diagnosis of cancer and care of terminally ill patients in Croatia. *Psychiatria Danubina, 18*(1–2), 19–29.

Bor, R., Miller, R., Goldman, E., & Scher, I. (1993). The meaning of bad news in HIV disease: Counselling about dreaded issues revisited. *Counselling Psychology Quarterly, 6*(1), 69–80.

Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P., Shaw, J., & Smith, T. (2009). Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad news consultations. *Academic Medicine, 84*(11), 1595–1602.

Brueck, M., & Salib, A. M. (2017). Strategies for acing the fundamentals and mitigating legal and ethical consequences of poor physician-patient communication. *AMA Journal of Ethics, 19*(3), 289–295

Buber, M. (1971). *I and Thou* (W. Kaufmann, Trans.; 1st Touchstone ed., 100th Anniversary Reissue). Free Press.

Chiu, L. Q., Lee, W. S., Gao, F., Parker, P. A., Ng, G. Y., & Toh, C. K. (2006). Cancer patients' preferences for communication of unfavourable news: An Asian perspective. Supportive Care in Cancer, 14(8), 818–824. https://doi.org/10.1007/s00520-005-0911-7

de Moura Villela, E. F., Bastos, L. K., de Almeida, W. S., Pereira, A. O., de Paula Rocha, M. S., de Oliveira, F. M., & Silva, R. (2020). Effects on medical students of longitudinal small-group learning about breaking bad news. *The Permanente Journal, 24*, 19–157. https://doi.org/10.7812/TPP/19.157

Doolin, J. W., Schaffer, A. C., Tishler, R. B., & Jacobson, J. O. (2024). An analysis of medical malpractice claims against medical oncologists from a national database: Implications for safer practice. *Journal of Healthcare Risk Management, 43*(3), 18–28. https://doi.org/10.1002/jhrm.21563

Erözenci, A. (2013). *Bir Türk filmi olarak kanser: Kanserle iletişim*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Fletcher, K., Prigerson, H. G., Paulk, E., Temel, J., Finlay, E., Marr, L., McCorkle, R., Rivera, L., Muñoz, F., & Maciejewski, P. (2013). Gender differences in the evolution of illness understanding among patients with advanced cancer. *Journal of Supportive Oncology, 11*(3), 126–132. https://doi.org/10.12788/j.suponc.0007

Ghiasse, A. (2021). İnsan ilişkilerinde iletişim. İçinde Atikullah Ghiasse (Ed.), *Onkolojide iletişim* (1. bs., ss. 1-9). Nobel Akademik Yayıncılık: Ankara.

Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., et al. (2017). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology, 35*(31), 3619–3621. https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311

Gül, Ş. (2023). *Hekim ve hemşirelerin kötü haber verme ile ilgili düşünce ve deneyimlerinin etik açıdan analizi* (Doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı). Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Hickson, G. B., Federspiel, C. F., Pichert, J. W., Miller, C. S., Gauld-Jaeger, J., & Bost, P. (2002). Patient complaints and malpractice risk. *JAMA, 287*(22), 2951–2957. https://doi.org/10.1001/jama.287.22.2951

Jabali, O., Shubietah, A. R. M., Ktaifan, M., Zakaria, Z., & Abumohsen, H. (2023). Perspectives of Palestinian healthcare workers on factors affecting the families' acceptance of news of death: A cross-sectional study. *Cureus, 15*(5), e39001. https://doi.org/10.7759/cureus.39001

Kaplan, M. (2010). SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 14*(4), 514–516. https://doi.org/10.1188/10.CJON.514-516

Karakartal, D. (2018). Kanser hastalarının yaşadıkları psiko-sosyal sorunların incelenmesi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 4*(9), 48–62.

Küçük, L. (2015). Sağlık bakım hizmetlerinde iletişim. In F. Akçay-Ay (Ed.), Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler (8. bs., pp. 87–103). Nobel Tıp Kitabevleri.

Kuçuradi, İ. (1999). *Etik* (3. bs.). Türkiye Felsefe Kurumu

Kuçuradi, İ. (2019). *Ahlak, Etik ve Etikler*. Türkiye Felsefe Kurumu

Kuçuradi, İ. (2020). *İnsan ve Değerleri* (8. bs.). Türkiye Felsefe Kurumu

Marschollek, P., Bąkowska, K., Bąkowski, W., Marschollek, K., & Tarkowski, R. (2019). Oncologists and breaking bad news: From the informed patients' point of view – The evaluation of the SPIKES protocol implementation. *Journal of Cancer Education, 34*(2), 375–380.

Marshall, D. C., Punglia, R. S., Fox, D., Recht, A., & Hattangadi-Gluth, J. A. (2015). Medical malpractice claims in radiation oncology: A population-based study, 1985–2012. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, 93*(2), 241–250.

Merriman, L. M., & Dale, J. (2005). Clinical protocols. In W. A. Turner & L. M. Merriman (Eds.), *Clinical skills in treating the foot* (2nd ed., p. 37). Elsevier.

Mersha, A., Abera, A., Tesfaye, T., Abera, T., Belay, A., Melaku, T., Shiferaw, M., et al. (2023). Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: Application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. *BMC Nursing, 22*(1), 381. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01526-z

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2005). Patterns and barriers in information disclosure between health care professionals and relatives with cancer patients in Greek society. *European Journal of Cancer Care, 14*(2), 175–181.

Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' protocol for breaking bad news. Indian *Journal of Palliative Care, 16*(2), 61–65. https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401

National Cancer Institute. (2025a). *Communication in cancer care (PDQ®) – health professional version*. National Cancer Institute. https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/adjusting-to-cancer/communication-hp-pdq

National Cancer Institute. (2025b). *Protocol*. In *Dictionary of cancer terms*. National Cancer Institute. https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/protocol

Oktay, G. (1993). Algorithm. In *Longman-Metro Büyük İngilizce-Türkçe Sözlük* (1st ed., p. 28). Metro Kitap Yayın Pazarlama.

Ozdogan, M., Samur, M., Artac, M., Yildiz, M., Savas, B., & Bozcuk, H. S. (2006). Factors related to truth-telling practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. *Journal of Palliative Medicine, 9*(5), 1114–1119. https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1114

Özkıriş, A., Güleç, G., Yenilmez, Ç., Musmul, A., & Yanaş, M. (2011). A study on the attitudes of physicians: Approach towards death and terminally ill. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 24*(2), 89–100. https://doi.org/10.5350/DAJPN2011240201

Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: A review of the literature. *JAMA, 276*(6), 496–502.

Ruggiero, E., Schiavon, S., Stragliotto, S., Gallio, I., Formaglio, F., Lorusso, M., Feltrin, A., Maruzzo, M., & Brunello, A. (2025). Ethical issues in communication in a tertiary oncology center: Exploratory survey. *Frontiers in Psychology, 16*, 1576369. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1576369

Sánchez, A. R., Beltrán, M. J. M., Arribas Marín, J. M., de la Torre-Montero, J. C., Gil, B. B., García, M. D. C. M., & Ribeiro, A. S. F. (2024). The communication of bad news in palliative care: The view of professionals in Spain. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 41*(1), 26–37. https://doi.org/10.1177/10499091231163323

Scott, J. G., Scott, R. G., Miller, W. L., Stange, K. C., & Crabtree, B. F. (2009). Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 4*, 11. https://doi.org/10.1186/1747-5341-4-11

Seifart, C., Hofmann, M., Bär, T., Riera, B., Knorrenschild, J., Seifart, U., & Rief, W. (2014). Breaking bad news—What patients want and what they get: Evaluating the SPIKES protocol in Germany. *Annals of Oncology, 25*(3), 707–711. https://doi.org/10.1093/annonc/mdt582

Seki-Öz, H. (2020). Terapötik iletişim. In R. Erdem, S. Bostan, & A. Yılmaz (Eds.), *Sağlık iletişimi: Makro perspektif* (1. bs., ss. 171–187). Nobel Akademik Yayıncılık.

Shah, S., Usman, A., Zaki, S., Qureshi, A., Lal, K., Uneeb, S. N., & Khan, M. A. (2023). The role of family and culture in the disclosure of bad news: A multicentre cross-sectional study in Pakistan. *PEC Innovation, 3,* 100200. https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2023.100200

Siegle, A., Villalobos, M., Bossert, J., Krug, K., Hagelskamp, L., Krisam, J., & et al. (2018). The Heidelberg Milestones Communication Approach (MCA) for patients with prognosis <12 months: Protocol for a mixed-methods study including a randomized controlled trial. *Trials, 19*(1), 438.

Siminoff, L. A., Graham, G. C., & Gordon, N. H. (2006). Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Education and Counseling, 62*(3), 355–360.

Stelfox, H. T., Gandhi, T. K., Orav, E. J., & Gustafson, M. L. (2005). The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. *The American Journal of Medicine, 118*(10), 1126–1133.

Stone, P., Buckle, P., Dolan, R., Feliu, J., Hui, D., Laird, B. J. A., Maltoni, M., Kaasa, S., Zimmermann, C., Fallon, M., Cherny, N. I., Jordan, K., & ESMO Guidelines Committee. (2023). Prognostic evaluation in patients with advanced cancer in the last months of life: ESMO clinical practice guideline. *ESMO Open, 8*, 101195. https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101195

Türk Dil Kurumu. (2022). *Algoritma*. Türk Dil Kurumu Sözlük. Erişim 3 Mayıs 2025, https://sozluk.gov.tr/

Timmermann, C., Uhrenfeldt, L., & Birkelund, R. (2017). Ethics in the communicative encounter: Seriously ill patients' experiences of health professionals' nonverbal communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31*(1), 63–71. https://doi.org/10.1111/scs.12317

Tuca, A., Viladot, M., Barrera, C., Chicote, M., Casablancas, I., Cruz, C., Font, E., Marco-Hernández, J., Padrosa, J., Pascual, A., Codorniu, N., & Román, B. (2021). Prevalence of ethical dilemmas in advanced cancer patients (secondary analysis of the PALCOM study). *Supportive Care in Cancer, 29*, 3667–3675. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05885-0

Ulukütük, M. (2011). Martin Buber ve Hans Georg Gadamer'in felsefelerinde Ben-Sen ilişkilerinin ahlaki açılımları. *Birey ve Toplum, 1*(1), 97–110.

Villalobos, M., Deis, N., Wesselmann, S., Seufferlein, T., Ehlers, F., Mahler, C., Heußner, P., Krauß, O., Klinkhammer-Schalke, M., & Winkler, E. C. (2022). Heidelberg Milestones Communication (HeiMeKOM) – Experiences, best practice examples and recommendations from the final symposium on January 30 and 31 in 2020. *Gesundheitswesen, 84*(10), 968–970. https://doi.org/10.1055/a-1375-0922

World Health Organization. (2025, February 3). *Cancer*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

Yazgı, Z. G. (2020). *Onkoloji hastalarının sağlık profesyonellerinin iletişimine ilişkin duygu, düşünce ve deyimleri* (Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik

Anabilim Dalı). Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=644991

Yoshida, S., Shiozaki, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2012). Pros and cons of prognostic disclosure to Japanese cancer patients and their families from the family's point of view. *Journal of Palliative Medicine, 15*(12), 1342–1349. https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0196