

Kanser Hastalarında Kötü Haber Vermede Güncel Yaklaşım

Yusuf Karakaş

Acıbadem Bodrum Hastanesi Onkoloji Kliniği, Muğla, Türkiye

Yazışma Adresi: Acıbadem Bodrum Hastanesi Onkoloji Kliniği, Bodrum/Muğla
e-mail: dryusufkarakas@yahoo.com

Orcid NO: YK: 0000 0003 0205 4590

Atf: Karakas Y. Kanser Hastalarında Kötü Haber Vermede Güncel Yaklaşım. Hitit Med J 2023;5(3): 227-231. <https://doi.org/10.52827/hititmedj.1334284>

Özet

Kanser, ölüm nedeni olarak dünyada ve ülkemizde ikinci sırada bulunmaktadır. Ölüm oranının yüksek olması, tedavi esnasında yaşanan sorunlar ve gelecek hakkındaki belirsizlikler nedeni kanser hastaları diğer hastalardan farklı, oldukça zor ve sıkıntılı bir süreç yaşarlar. Onkoloji hastalarında tedavi planı nasıl multidisipliner yapılıyor ise, hasta bakımına da multidisipliner yaklaşılması gerekir. Hasta bakımı ekibinin içinde medikal onkoloji uzmanı, psikiyatrist, palyatif bakım hekimi ve hemşiresi olması önerilir.

Kanser gibi adı anıldığında hastayı ürküten, tanısı ve tedavisi hasta ve hasta yakınlarıyla paylaşıldığında korku, çaresizlik, üzüntü, kızgınlık ve panik gibi son derece doğal duyguların ortaya çıkmasına neden olan hastalığın yönetimi beklenildiği üzere zordur. Bu nedenle kanserle ilgilenen sağlık çalışanlarında, hasta iletişimi rahatsızlık hissi uyandırmakta ve kötü haber verme mesleki zorluklar arasında yer almaktadır. Tanı konulduktan sonra hastanın bilgi gereksinimi artar ve bu ihtiyacı karşılayacak en uygun kişi hekimlerdir. Hastalarını desteklemek, hastalıkla başa çıkmalarına yardımcı olabilmek için etkin iletişim kurmaya, yeterli klinik bilgiyi aktarmaya çalışmaktadırlar. Etkin iletişim kurabilmek için uyulması gereken kurallar ve yaklaşımlar bu yazıda özetlenmeye çalışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: İletişim, Kanser, Kötü Haber Verme.

Geliş Tarihi: 28.07.2023

Kabul Tarihi: 25.09.2023

Yayın Tarihi: 10.10.2023

Hakem Değerlendirmesi: Alan editörü tarafından atanan en az iki farklı kurumda çalışan bağımsız hakemler tarafından değerlendirilmiştir.

Etik Beyanı: Çalışma Derleme türünde olduğundan etik kurul onayına gerek yoktur.

İntihal Kontrolleri: Evet - intihal.net

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması belirtilmemiştir.

Şikayetler: hmj@hitit.edu.tr

Katkı Beyanı: Fikir/Hipotez: YK Tasarım: YK Veri Toplama/Veri işleme: YK Veri Analizi: YK Makalenin Hazırlanması: YK

Hasta Onamı: Onama gerek yoktur.

Finansal Destek: Finansal destek alınmamıştır.

Telif Hakkı & Lisans: Dergi ile yayın yapan yazarlar, CC BY-NC 4.0 kapsamında lisanslanan çalışmalarının telif hakkını elinde tutar.

Current Approach to Reporting Bad News in Cancer Patients

Yusuf Karakaş

Bodrum Acıbadem Hospital, Department of Oncology, Mugla, Türkiye

Adres for Correspondence: Bodrum Acıbadem Hospital, Department of Oncology, Mugla, Türkiye
e-mail: dryusufkarakas@yahoo.com

Orcid ID: YK: 0000 0003 0205 4590

Cite As: Karakas Y. Current Approach to Reporting Bad News in Cancer Patients. Hitit Med J 2023;5(3): 227-231. <https://doi.org/10.52827/hititmedj.1334284>

Abstract

Cancer is the second cause of death in the world and in our country. Due to the high mortality rate, problems experienced during treatment and uncertainties about the future, cancer patients experience a very difficult and troublesome process, different from other patients. Just as the treatment plan in oncology patients is made multidisciplinary, patient care should be approached in a multidisciplinary manner. It is recommended that the patient care team includes a medical oncologist, psychiatrist, palliative care physician and nurse.

The management of a disease such as cancer, which scares the patient when its name is mentioned and causes fear, helplessness, sadness, anger and panic when the diagnosis and treatment is shared with the patient and their relatives, is difficult as expected. For this reason, patient communication creates a feeling of discomfort in healthcare professionals dealing with cancer, and reporting bad news is among the professional challenges.

After the diagnosis is made, the patient's need for information increases and physicians, who are the most suitable person to meet this need, are responsible for trying to communicate effectively and convey sufficient clinical information to support their patients and help them cope with the disease. The rules and approaches to be followed for effective communication are tried to be summarized in this article.

Keywords: Cancer, Diabetes, Thyroid.

Date of Submission: 28.07.2023

Date of Acceptance: 25.09.2023

Date of Publication: 10.10.2023

Peer Review: Evaluated by independent reviewers working in the at least two different institutions appointed by the field editor.

Ethical Statement: Not applicable.

Plagiarism Checks: Yes - intihal.net

Conflict of Interest: No conflict of interest has been declared by the authors.

Complaints: hmj@hitit.edu.tr

Authorship Contribution: Idea/Hypothesis: YK Design: YK Data Collection/Data Processing: YK Data Analysis: YK Article Preparation: YK

Informed Consent: Not applicable.

Financial Disclosure: There is no person/organization that supports the study financially.

Copyright & License: Authors publishing with the journal retain the copyright of their work licensed under CC BY-NC 4.0.

Giriş

Hastalara ve yakınlarına kötü haber verme düzenli ve belirli bir program dahilinde sunulması gerekmektedir. Kanserinin ilk tanısının paylaşılması, kanserin tekrarlanması ve aktif tedavi sürecinin tamamlanarak palyatif bakım sürecine geçilmesi gibi konuşulması zor konular yeterli bilgi ve deneyimle birlikte, adım adım bir çerçeve dahilinde sunulmalıdır. Sunum planının içinde olması gereken; temel iletişim becerileri, tedavi hedefleri ve prognozun paylaşılması, hastaya uygulanması planlanan tedavi seçenekleri, mevcut klinik çalışmalara katılım ve tedavi maliyetleri hakkında bilgilendirme, yaşam sonunun planlanması başlıklar halinde açıklanmaya çalışılmıştır. Derlememizde kötü haber vermek gibi son derece karmaşık ve zor iletişim görevini belirli bir çerçevede sunularak, hem haberi alan hastanın. Hem de haberi veren sağlık çalışanının hissettiği zorluk hafifletilmeye çalışılmıştır.

Temel İletişim Becerileri

Her görüşme öncesi hekim, hastanın tıbbi bilgilerini gözden geçirmeli, görüşme hedeflerini belirlemeli, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını tahmin etmelidir (1). İletişimin başında, hekim, hastanın hastalığı ile ilgili ne bildiğini keşfetmeli, hasta ve ailesinin neyi öğrenmek istediğini sorguladıktan sonra, genel durumun iyi bir resmini oluşturmalı sonra bilgilendirmeye başlamalıdır. Hastanın hastalığı ile ilgili ne bildiğini anlamak için “bugüne kadar sağlık durumunuz hakkında ne söylendi?” veya “bu tomografiyi neden yaptığımız konusunda bir fikriniz var mı?” gibi açık uçlu sorular sorulabilir. Hastanın öğrenmek istediklerine uygun bilgilendirme yaptıktan sonra, hastadan anlatılanları ne kadar anladığını kontrol etmeli ve buradan çıkacak sonuç hasta dosyasına yazılmalıdır. Bu bilgilendirme sürecinde hastalarımız duygulandıklarında, empatik bir şekilde yanıt verilmeli ve hastanın hekim tarafından anlaşıldığını hissetmesi sağlanmalıdır. Hastanın duygu yoğunluğu fazla ise bu durum geçene kadar beklenmeli veya bir sonraki kontrole görüşme ertelenmelidir. Hastalar genelde hekimlerinin en güçlü psikolojik destekçileri olduğuna inanırlar (2). Bundan dolayı hastayla etkin iletişim kurulmalıdır. Hasta-hekim ilişkisi iyi olan hastaların, hastalıklarıyla daha fazla başa çıkabildiği, tedaviye uyumlarının arttığı, depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik rahatsızlıklara daha az rastlandığı çalışmalarla gösterilmiştir (3, 4). Hasta hekim iletişimine engel olabilecek başlıca faktörler ise; hastayı bilgilendirirken fazlaca tıbbi terimler kullanmak, ilgilenebileceğinden fazla sayıda hastanın olması, yeterli vakit ayrılamaması, hastanın hastalığıyla ilgili soru sormasına izin verilmemesi, hastanın yerine karar verilmesi ve son zamanlarda adından daha çok bahsettiren sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşamalarıdır (5).

Tedavi Hedefleri ve Prognozu Konuşmak

Hekim, hastayı yanıltmadan, hastanın ihtiyaçlarına uygun, umut ve güvence sağlayan tanı ve prognostik bilgiler sağlamalıdır. Bilgilendirmede en önemli noktalardan biri de hastanın umudunun korunmasına dikkat edilmesidir. Örneğin metastatik pankreas kanserinde bilindiği gibi prognoz oldukça kötüdür ve 5 yıllık sağ kalım %5'in altındadır. Yani bu evredeki hastaların %95'inden fazlası 5 yıl içinde vefat edecektir. Bu bilgiyi hasta yakınlarıyla paylaşmakta bir sakınca yok iken, hastanın kendisiyle konuşulduğunda hastada büyük bir umutsuzluğu neden olabilir. O nedenle hastaların umudunun korunması maksadıyla bu evrede olup

5 yıldan daha fazla yaşayan hastaların varlığını hatırlatarak, hastanın yaşama sevinci, yaşama arzusu ve direncini sağlamlaştırmak daha doğru olacaktır. Buna ek olarak tedavi süreci ve planlar hakkında hastaya bilgi verilmeli, böylelikle hastanın aklında oluşabilecek belirsizlikler ve gelecek kaygısı giderilmeye çalışılır. Ancak hastanın tıbbi durumu ile ilgili bilgi alma isteği farklılık gösterebilir. Kimi hasta tedavi süreci ve prognozu ile ilgili ayrıntılı bilgi almak isterken çoğu hasta tedavi sürecini hekimine bırakır. Hastanın durumuyla ilgili ne kadar bilgi almak istediği “mevcut durumla ilgili tüm detayları size anlatmamı ister misiniz, yoksa konuşmamı istediğiniz başka birisi var mı?” şeklinde sorulabilir (6). Hekim, hastanın tedavisinde önemli bir değişiklik düşündüğünde, hastanın hedefleri, önceliklerini tekrar değerlendirmeli ve basit, anlaşılır ve tıbbi terimlerden arındırılmış bilgi sağlamalıdır.

Kötü haber verme başlı başına bir iletişim yeteneğidir. “Kötü haber verme” tanım olarak umut duygusunu yok eden, kişinin ruhsal ve fiziksel iyilik haline tehdit oluşturan, yerleşik yaşam düzenini kökten bozacak anlamı taşıyan mesajlardır (7). İnsanoğlu genelde oluşabilecek tüm kötülüklerin başkasının başına geleceğini düşünür. “Bana bir şey olmaz, ben her zaman bir çaresini bulurum” mantığındadır (8). Yalom, bu durumu insanın biyolojik bir varlık oluşu gerçeğine ters düşen bir düşünce bozukluğu olarak değerlendirmiştir. İnsanların ölümlü olduğu gerçeğini en net hissettikleri anlardan birisi de kanser tanısıyla yüzleştikleri zamandır (9). Bireyler günlük hayatlarında unutmuş/bastırılmış olduğu ölme, yok olma, planlanan veya arzulanan geleceğin hiç olmaması gibi bazı gerçeklerle yüzleşir. Hekimin görevi ise hastanın durumunu en doğru şekilde kabul etmesini sağlamak ve tedaviye uyumu için desteklemektir. Tanının söylenip söylenmemesi kültürden kültüre değişiklik göstermektedir. ABD’de konu kanunlar ve kişinin kendi hayatı üzerine karar verme hakkı olarak tanımlandığından, tanı söylenmektedir (10). Benzer eğilim Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde de geçerlidir (11). Ülkemizin de içinde bulunduğu doğu ülkelerinde ise tanının ve prognozun söylenmemesi eğilimi vardır ancak son yıllarda bu eğilimin değiştiğini gösteren bilgiler gelmektedir (11, 12). Tanının söylenmesi tam olarak hekimin sorumluluğundadır. Zaten Eylül 1995 tarihinde Dünya Tabipler Birliği Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesi 7.maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliği 3.bölüm 15.maddesi, Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği hastanın bilgilendirilme hakkını yasalara bağlamıştır (13, 14). Artık mevcut yasal koşullar ve modern yaklaşım ışığında hastaya tanıyı söylememek gibi bir durum söz konusu değildir. Artık bu bilginin uygun şekilde nasıl verileceği düşünülmelidir. Ülkemizde ne yazık ki hasta yakınları, hastanın tanısını öğrenmemesi için ciddi çaba harcadığı klinik pratiğimizde çok sık karşımıza çıkmaktadır. Hasta yakınları, hastanın psikolojik olarak çok fazla etkileneceği, hastayı koruma arzusu, nasıl davranacağı ve konuşacağını bilememesi gibi nedenlerden tanıyı gizlemeye çalışmaktadır (5).

Günümüzde bilgi edinmenin bu kadar kolay ve ulaşılabilir olduğu düşünüldüğünde hastaya tanısının söylenmediği durumda hastanın sözel olmayan ipuçlarından hastalığını öğrenmesi, en azından sezmesi neredeyse kaçınılmazdır (15). Böyle bir durumda hasta, korkuları ve kaygılarıyla tek başına kalır. Duyularını paylaşacak kimseyi yakınında göremediğinden derin bir yalnızlığa mahkum olur (15, 16). Ayrıca bakımından sorumlu aile bireyleri ve özellikle tedavi

ekibine karşı ciddi bir güvensizlik gelişir. O nedenle hasta yakınlarının anlamsız ikna çabaları yerine, uygun koşullarda, acele etmeden doğru bir bilgilendirme yapmak hastanın yararına olacaktır (16). Hastayı takip eden hekim veya sağlık profesyonelinin bilgi vermektan kaçınması da üzerinde durulması gereken başka bir sorundur. Böyle bir durumda hasta sağlıklı bilgi alamadığından, durumunun çok kötü olduğunu, sonunun yaklaştığını, emek ve çabaya değmeyeceği gibi düşüncelere kapılır. Tanının ne zaman söyleneceği de ayrı bir tartışma konusudur. Ancak genel olarak kabul edilen görüş tanının kesinleşmediği durumda bilgilendirmenin yapılmaması yönündedir. Ancak tanı kesin ve ilerleyen klinik gidişin olduğu anda tanı hastayla paylaşılmalıdır.

Kötü haber verme esnasında uyulması gereken bazı kuralllar vardır. Öncelikle görüşmenin yapılacağı yer özel olarak belirlenmelidir. Koridor, poliklinik önü, hastanın mahremiyetinin korunamayacağı kalabalık ortamlar bu görüşme için hiç uygun değildir. Bilgilendirmeyi hastayı uzun süredir takip eden hekim yapmalı ve bu esnada hastaya yeterli zamanı ayırması gerekir (17). Yapılan bir çalışmada, hastaların bakış açısına göre bir görüşmeyi başarısız kılan en önemli faktör, bilgilendirme için yeterli sürenin ayrılmasındır. Hekimlerin kısa sürede yeterli bilgilendirmeyi yapamadığı bu koşullarda, hastalar hekimini duyarsız, tedavide bir hedefi olmayan ve hastasını desteklemeyen olarak algılarlar (18). Aile bireyleri bilgilendirmeye dahil edilmeli, hastanın yanında eşlik edecek aile bireylerini hastanın seçmesi sağlanmalıdır. Hastayla temas kurulmalı, ön planda göz teması, mümkünse de kola dokunmak gibi hastanın yanında olduğunu hissettirecek davranışlar sergilenmelidir. Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat tanınmalı ve onu yargılamadan konuşmasına izin verilmelidir. Bu özel görüşme esnasında görüşmenin (telefon veya kapıdan başka hastanın girmesi gibi) bölünmemesine çok dikkat edilmeli, bunun için uygun ortam hazırlanmalıdır.

Kötü haber karşısında verilen tepkileri Elizabeth Kubler Ross tarafından evrelere ayırmıştır.

1.) İnkâr: Genellikle durum yok sayılır. Bir yanlışlık olduğu düşünülür. "Ben kanser olamam, bu tanı doğru değil".

2.) Öfke/Kızgınlık: Hasta, hastalığına, yakınlarına, hekimlere öfke duyar. "Neden ben, neden o değil?"

3.) Pazarlık: Bu safhada hasta iş birliği yapmak ister. Durumunu kabul eder. "Bu hastalık varsa, çözümü de vardır. Bu hastalığa yakalanan tek ben değilim ki, bir çaresi bulunur"

4.) Depresyon: Durum tam olarak anlaşılmıştır. Bundan ötürü bir mutsuzluk hakim olmaya başlar. "Başıma neler gelecek?", "Tam olarak düzelebilecek miyim?"

5.) Kabullenme: Tanı kabul edilir ve yaşanan sürece uyum sağlandığı dönemdir.

Bu evrelerin her biri hastada görülmeyebileceği veya sırasının değişebileceği de akılda tutulmalıdır. Hastada görülmesi son derece normal olan bu evrelerin uzaması veya tedaviyi aksatacak duruma gelmesi halinde psikiyatri konsültasyonu önem taşımaktadır (19).

Bu beş aşamada da varlığını koruyan duygu umuttur. Umut, hastanın günler, aylar süren acı ve sıkıntılara katlanmasının asıl nedenidir. Tüm hastalar bu zorlu süreç içerisinde umutlarını korumaktadır. Bu kaybedilmeyen umut, sağlık çalışanlarına güven duyulmasını ve tedaviye devam edilmesini sağlamaktadır (20).

Tedavi Seçenekleri ve Klinik Çalışmalar Hakkında Bilgilendirme

Hastayla tedavi seçenekleri konuşulmadan önce, hekim tedavinin hedeflerini (kür, sağ kalım süresini uzatmak, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi) netleştirmelidir. Böylelikle hasta olası sonuçları anlayabilir ve tedavi hedefleri ile kendi beklentilerini ilişkilendirebilir. Hastanın tedavisinden sorumlu hekim, tedavi seçeneklerini hastanın umudunu koruyacak, kendi başına karar vermesini destekleyecek ve anlamasını kolaylaştıracak şekilde anlatmalıdır. Gelecek ile ilgili planı olan hastalar daha az endişe duygusu taşırlar. Mevcut durumu felaketleştirecek "derhal tedavi almazsanız öleceksiniz" gibi ifadelerden veya "başka bir şey yapılamaz" mesajından kaçınılmalıdır. Hekim, klinik çalışma ve palyatif bakım dahil tüm tedavi seçeneklerini hastayla paylaşmalı. Klinik çalışmaya uygun olsa bile standart tedavi hakkında bilgi verilmelidir.

Yaşam Sonunun Paylaşılması

Hasta yakınları ve hasta, yaşam sonu hakkında ayrı ayrı olarak bilgilendirilmeli. Hastanın kültürünün, dininin veya manevi inanç sisteminin yaşamının son döneminde etkisinin farkında olunmalı, destek tedavisini mümkün olduğunca buna uyumlu hale getirilmeye çalışılmalıdır. Hekim, sadece hastanın değil. Hasta yakınlarının da keder, üzüntülerini takip etmeli, uygun gördüğünde hasta yakınlarını sosyal hizmetler uzmanı, psikolog veya psikiyatristlere yönlendirmelidir. Hastanın yaşam sonu bakımında, hastalara ve ailelerine daha etkin destek sağlamak için bölgesel destek üniteleri belirlenmeli ve gerekli görüldüğü durumlarda bu ünitelere (Palyatif bakım merkezleri) hastalar yönlendirilmelidir.

Hasta Ailesinin Hasta Bakımına Dahil Edilmesi

Tedavi hedeflerini ve hasta bakımını gerçekleştirmede – hastanın rızasını almak kaydıyla-, hasta yakınlarının da tedavi planlamasına dahil edilmeye çalışılmalıdır. Hasta ve ailelerinin farklı inançlara, deneyimlere, anlayışlara ve beklentilere sahip olabileceğinin farkında olarak iletişime geçilmelidir. Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği hakkında varsayımlardan kaçınılmalı. Cinsellik- cinsel davranışlar konuşulurken yargılayıcı olmayan bir dil kullanılmalıdır.

İletişim Engeli Olan Hastalarda Etkili İletişim Kurulması

Hekim ile aynı dili konuşmayan hastalar için, aile içi tercüman yerine tıbbi tercüman tercih edilmelidir. Düşük sağlık-okur yazarlığı olan hastalarda, iletişimde en önemli noktalara odaklanılmalı, sade bir dil kullanılmalı ve hastanın bilgilendirmelerden anlayıp-anlamadığı sık sık kontrol edilmelidir. Mümkünse benzer tanıyı alan hastalar ile grup toplantıları organize ederek, hastalığın sadece kendilerinde olmadığı hissettirilmeye çalışılmalıdır.

Tedavi Maliyetleri Hakkında Bilgilendirme

Günümüzde kanser hastalığı ile ilgili çok sayıda klinik çalışma yürütülmekte ve ilaç endüstrisinin önemli yatırımları söz konusudur. Ne yazık ki ölümlerle iç içe olan bu hastalığın iyileştirilmesinde harcanan çabalar yanında yüksek maliyetli tedavileri de getirmiştir. Ülkemizde hastalarımızın çoğunun hizmet aldığı sosyal güvenlik kurumunun bu tedavi maliyetlerini karşılaması mümkün değildir. Buna rağmen yeni tedavi seçeneklerinin hastayla paylaşılması etik ve yasal sorumluluk açısından hekimler için büyük önem taşımaktadır. Hasta mevcut koşullarda bu tedavilere ulaşamıyor bile olsa, böyle bir tedavinin varlığından haberdar olması gerekir. Aksi takdirde hastanın hastalığı ilerlediği veya ölüm gerçekleşikten sonra, hasta veya yakınları yeni tedavi alamadıklarından

hastalığın ilerlediğini öne sürerek hekimden şikayetçi olma durumu söz konusu olabilir.

İletişim Becerileri Konusunda Hekimlerin Eğitimi

İletişim becerileri eğitimi, temel tıp eğitiminin bir parçası kabul edilmeli, teorik uygulamalar ve doğrudan gözlem içeren bileşenleri olmalıdır. 2003 yılında ulusal kanser kongresinde yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %48'inin tanıyı ya hiç söylemediği yada nadir olarak söylediği tespit edilirken, iletişim eğitimi alan hekimlerde gerçeği söyleme oranının oldukça fazla olduğu görülmüş (21). Bu çalışma iletişim becerileri eğitiminin hastanın tedaviye uyumunu ve hekim-hasta iletişimini doğrudan etkilediğini göstermiştir. Çoğu sağlık profesyonelinin iyi niyetle söyledikleri "moralini iyi tutarsan daha iyi olursun", "daha ne kötülere var sen yine iyisin", "kimin başına ne geleceği belli olmaz, bende trafik kazası geçirip ölebilirim" gibi sözler hastanın isteğini karşılamaktan çok, kaygıya ve moral bozukluğuna sebep olacağını bilmek gerekir. Ayrıca hastaların sıkça karşı karşıya kaldıkları yazılı ve görsel basında "kanseri yok eden yeni tedavi", "kanseri ikinci kez yendi" gibi haberler hastanın endişelerini arttırmakta ve günün sonunda hayal kırıklığına neden olabilecek ümitlenmelere neden olabilmektedir. Bu durum hekim hasta iletişimini olumsuz etkileyeceğinden hasta merak ettiği konularda hekiminin bilgisine başvurabileceği iletişim kanallarını açık tutmak gerekir.

Sonuç olarak, kanser hastalarıyla iletişim, belirli kurallar çerçevesinde, bilgi ve deneyimi harmanlayarak gerçekleştirilebilecek bir eylemdir. Hastaların hassasiyetlerini anlayarak, hekimin empati yeteneğiyle yapacağı iletişim, verilen tedaviler kadar önemlidir.

Kaynaklar

1. Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(7).
2. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *British medical journal (Clinical research ed)* 1984;288(6430):1597.
3. Mack JW, Block SD, Nilsson M, Wright A, Trice E, Friedlander R, et al. Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the Human Connection Scale. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society* 2009;115:3302-3311.
4. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of clinical oncology* 2001;19:2049-2056.
5. Yılmaz M. Sağlık Profesyonelleri için İletişim. I. Basım. Ankara: Akademisyen Yayınevi, 2020; 235-262
6. Demirkol ME, Koç F. Kötü haber verme teknikleri. İnternet Erişim adresi: <http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/K%20C3> (Erişim tarihi:24.9.2023)
7. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news: a review of the literature. *Jama* 1996;276:496-502.
8. Özkan S. Psikiyatrik tip: konsültasyon-liyazon psikiyatrisi. *Bull Clin Psychopharmacol* 1990;1:10-17.
9. Dülgerler Ş, Çam O. Kanser Tanısı Konan Hastalarda Tanıyı Söyleme Süreci ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Kocaeli*

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;2:15-19.

10. Burton M, Watson M. *Counselling people with cancer*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1998;197 pp
11. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. for the Italian Consultation-Liaison Group. Psychosocial problems secondary to the cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. *European Journal of Cancer* 2000;36:579-585.
12. Khalil RB. Attitudes, beliefs and perceptions regarding truth disclosure of cancer-related information in the Middle East: a review. *Palliative & supportive care* 2013;11:69-78.
13. Ayan M. Tıbbi müdahalelerden doğan hukuki sorumluluk. Kitap, Kazancı Yayınevi, Ankara,1991; 195.sayfa.
14. TC Sağlık Bakanlığı Hasta hakları yönetmeliği. Resmi Gazete. 1998;1:23420. İnternet Erişim adresi :<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi 24.09.2023).
15. Gautam S, Nijhawan M. Communicating with cancer patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1987;150:760-4.
16. Slevin ML. Talking about cancer: how much is too much? *British journal of hospital medicine*. 1987;38:56, 8-9.
17. Marcelle Kaplan R. SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*. 2010;14:514.
18. Back AL, Arnold RM, Tulsy JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *Journal of clinical oncology*. 2003;21:2433-6.
19. Okyavuz U.H. Ölümçül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizi Kötü Haber Verilmeli Mi? *Kriz Dergisi*. 2003;11:29-35.
20. Bahadır M. An Assessment of the Position of Death in Modern Human Life. *Beytulhikme An International Journal of Philosophy*. 2018:535-52.
21. Ozdoğan M, Samur M, Artac M, Yıldız M, Savas B, Bozcuk HS. Factors related to truth-telling practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. *Journal of palliative medicine*. 2006;9:1114-9.