

DERLEME

KANSER TANISI KONAN HASTALARDA TANIYI SÖYLEME SÜRECİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

THE PROCESS OF TRUTH TELLING AND NURSING APPROACH IN CANCER PATIENTS

¹Şeyda Dülgerler, ¹Olca Çam

ÖZET

Kanser, insan hayatını beklenmeyen şekilde kesintiye uğratan ölümcül bir hastalıktır. Günümüzde kardiyolojik problemlere bağlı ölümlerden sonra en sık görülen ölüm nedeni olarak bilinmektedir. Çoğu insanda kanser kelimesi ölüm ile aynı anlamı taşımaktadır. Dolayısıyla böyle bir tanının insanlarda oluşturacağı psikososyal sorunlar kaçınılmazdır. Kanser tanısına karşı verilen normal tepkiler; endişe, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntüden hastalığın önemini yadsıma, bu süreci savaş gibi algılama ya da kaderci bir kabullenmeye kadar değişir. Ölümcül hastalık tanısının söylemi literatürde “kötü haber verme” olarak adlandırılmıştır. Kötü haberin hastaya söylenmesi, hastanın ve ailesinin nasıl tepki vereceğini kestirememeye ve bu tepkilerle nasıl baş edileceğinin bilinmemesi nedeniyle hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri açısından zor bir görevdir. Genellikle hemşirenin deneyimleri ve kişilik yapısı söylem tarzını belirlemektedir. Hastalar ile tanıyı, hastalıkla ilgili tedavi ve seyri hakkında yapılan konuşmaları gözden geçirdiğimizde, anlatım ve tavırlarımızın hastaların ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığını değerlendirebiliriz. Bu da iletişim becerileri konusunda eğitim almanın önemini ortaya koymaktadır. Bu yazıda kanser tanısı konan hastalarda hastaya tanıyı söyleme süreci ve hemşirelik yaklaşımları gözden geçirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Kanser, Tanıyı söyleme süreci, Hemşirelik yaklaşımları

ABSTRACT

Cancer is a fatal disease that interrupts human life unexpectedly. It is known as the most common reason for death following the deaths from cardiac disorders. In most people, the term “cancer” has been associated with death. Therefore, the psychosocial problems created by cancer diagnosis are inevitable. Normal response against cancer diagnosis varies from nervousness, anxiety, denial of the disease due to grief over the loss of health, and perceiving the progress of the disease as a battle or fatalistic acceptance. In the literature, the expression of a fatal disease has been termed as “breaking bad news”. Reporting the bad news to a patient is really a hard task for physicians because of the inability to predict how the patient and his/her relatives would react and lack of awareness on how to handle their reactions is a difficult situation for nurses and other health care personel. Generally, the experience and personality of the reporting nurse impress the informing approach. When we evaluate the explanation of the diagnosis, treatment, and progression of the disease to the patient, then we could determine whether our style of expression and our manner in order to meet the needs of the patient. Thus, this execute us the importance of education in communication skills. In this review, the ideal framework for reporting the process of telling the truth in cancer patients and nursing approach.

Keywords: Cancer, Process of telling diagnosis, Nursing approach

Kanser, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek, bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren çok boyutlu bir hastalık ve önemli bir yaşam krizidir. Kanser kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran suçluluk, terk edilme, kargaşa ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır¹. Tedavisinde kat edilen gelişmelere rağmen kanser, günümüzde kardiyolojik problemlerden sonra en sık görülen ölüm nedeni olarak bilinmektedir. Bu nedenle hasta ve aileler için en fazla korkulan hastalıklardan biridir. Hastalığın insan yaşamını birden kesintiye uğratması, kanser kelimesine yüklenen anlamdan kaynaklanır. Hastalığın seyri yaşanan yoğun ve yıpratıcı tedavi aşamaları ve kişilerin yakın çevresinde gözlemediği tablolar hastalarda ve hasta yakınlarında birçok psikososyal sorunların beraberinde ortaya çıkmasına neden olmaktadır². Hastanın kanserle ilgili algısı, kanserin yol açtığı sorunlar ve hastalığın kültürel anlamı kişinin tepkilerini etkiler. Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkene bağlıdır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitimi, kişilik özelliklerinin yanı sıra hastalığa ve tedaviye ait değişkenler ile çevresel özellikler kanser tanısı ile baş etmeyi önemli ölçüde etkiler. Kanser tanısı alan hastalarda en sık görülen psikiyatrik

bozukluklar uyum bozukluğu ve depresyondur. Özellikle depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini uzatmakta, tedavi masraflarının artmasına sebep olmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalarda tanıdan itibaren hastalığın seyri esnasında yaşanan sürecin değişik evrelerinde psikik sorunlar, kişinin konumunu algısı ile paralellik göstermektedir. Bu evreleri; tanı öncesi, tanı, ilk tedavi, tedavi sonrası, nüks ya da metastaz, ileri evre hastalık ve son dönem şeklinde sıralayabiliriz^{3,4}. İnsanlar günlük yaşantılarında kendilerine bir şey olmayacakmış gibi tavır sergiler. Yalom, bu durumu insanın biyolojik var oluşuna ters düşen bir düşünce bozukluğu olarak nitelendirmiş ve insanlarda “bana bir şey olmaz veya bir kurtarıcı olacaktır” şeklinde inançların hakim olduğunu ifade etmiştir⁵. İnsanların ölümlü olmak gerçeğini en net hissettikleri anlardan birisi de kanser tanısı ile yüzleştikleri zaman dilimidir. Bu evre sadece hasta için değil, diğer aile sürecinde sağlık profesyonellerinin başvuracağı değişik yollar olduğu ileri sürülmektedir. Bu yaklaşımlar ya kör bir tutumla ve hiçbir şey hissetmeden, ya nazik ve üzüntülü bir yaklaşımla hastayla konuşarak ya da anlayışla ve olumlu mesaj taşıyan bir biçimde görülebilir. Brewin (1991)’nin belirttiği üzere, yapılan araştırmalar hastanın

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği AD

Geliş
09.12.2015

Kabul
08.01.2016

Sorumlu Yazar
Şeyda DÜLGERLER,
Ege Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği AD

Tel:
+90232 311 56 35

e-posta:
seydadulgerler@yahoo.com

hastalığı ile duygularını doğru ifade etme fırsatı sağlanmasını, bunun içinde hemşirenin hastasının duygularını doğru tanımak ve ortaya çıkarabilmek için dinleme becerisini geliştirmesinin ve iyi bir eğitim almış olma gereğinin üzerinde durmaktadır¹⁰. Hastaya tanının söylenmesi "kötü haberin verilmesi"nin zor bir görev olarak algılanmasında, sağlık profesyonelleri ve hastanın yaşamakta olan durumu uygun biçimde değerlendirip değerlendirmedikleri, karşılıklı olarak bu bilgiye verilen bilişsel ve duygusal tepkiler, hasta-sağlık profesyonelleri-aile ilişkileri vb. diğer birçok etmen rol oynamaktadır. Bunlar arasında özellikle, suçlanma korkusu, nasıl söylemek gerektiğini bilememe ve bunun öğretilmemiş olmasıyla ilgili korku, hastanın duygusal tepkisinin denetimden kurtulup ortaya çıkıvermesi ve bununla nasıl başa çıkılacağını bilememe, duyguları ifade etmekte yetersizlik, sorulacak sorulara "Bilmiyorum" demek durumunda kalmak, hastanın belirsizliğini paylaşmaktaki güçlük ve hastalık ve ölümden kişisel olarak korkma gibi özellikler belirtilmektedir¹¹. Maguire ve Faulkner (1988) tanının zaten kötü olması nedeniyle, sonucun etkisinin yumuşatılamayacağını ileri sürmektedirler. Onlara göre kötü haberi vermenin kilit noktası, hastanın kendisinin iyi olduğu algısından, yaşamını tehdit eden bir hastalığı olduğu gerçeğini fark etmesine geçiş hızının yavaş olmasıdır¹². Hastaya tanının söylenmesi sırasında, hastalığın onun için ne anlam ifade ettiğini konuşmak çok önemlidir. Bazı insanlar için kanser olduğunu öğrenmek sarsıcı bilgiyi oluştururken, bir diğer insan için cerrahi bir müdahaleyle herhangi bir yerinin kesileceğini öğrenmek en sarsıcı bilgi olabilir. Bu nedenle de hastanın duygularını ifade etmesine ve gerçek olanı gerçek olmayandan ayırt etmesine yardım edilmeli ve onu yargılamadan konuşmasına izin verilmelidir. Hastayla duygular hakkında konuşurken göz önünde tutulması gereken temel ilkeler ise empati, koşulsuz olumlu yaklaşım ve duygulara açık olma olarak özetlenebilir. Duyguların kabul edilmesinde iyi bir göz teması, beden duruşundaki açıklık, orada o insan için bulunduğunuzu ve size söyleyeceklerini duymaya hazır olduğunuzu belirtmek gibi özellikleri içeren sözöl olmayan dikkat, "Bu sizin için zor olmalı", "Bu konuda başka bir şey söylemeyi ister miydiniz?" vb. gibi söylemler biçiminde yapılabilecek sözlerle destekleme önemlidir¹³. Son yıllarda hastayla iletişimde daha açık ve dürüst olma eğilimlerinin artmasıyla birlikte hasta, aile ve sağlık profesyonelleri arasında konuyla ilgili iletişim sorunlarının da ortaya çıktığı ileri sürülmektedir¹⁴. Tanının söylenip söylenmemesinin ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sorunların kültürden kültüre bazı değişiklikler göstermesi olağandır. Örneğin ABD'de bu konu yasalar ve bireyin kişisel sorumluluğu ve yaşamını denetleyebilme hakkına sahip olduğu yaklaşımıyla ele alınmakta ve dolayısıyla tanı çoğunlukla söylenmektedir^{6,14}. Benzer bir eğilimin Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde de var olduğu bildirilmektedir. Buna karşın İtalya, İspanya, Yunanistan gibi Güney Avrupa ülkelerinde, halen geleneksel tıp uygulamasındaki kanser tanısı ve prognoz hastalara söylenmemesi eğiliminin, her ne kadar değişim yönünde bazı ipuçları olsa da sürdüğü bildirilmektedir⁶. Bu eğilimin doğu ülkelerinde de egemen olduğu ileri sürülmektedir. Doğru ülkelerinin anlayışında birey

aileye aittir ve karar verme yetki ve sorumluluğu da bir aile sorunudur^{6,14,15}. Bu konuda ülkemizde de benzer bir yaklaşımın egemen olduğu ve genellikle ailelerin, hastanın tanıtı öğrenmemesi konusunda ciddi çabalar harcadıkları izlenmektedir. Böyle bir durumda hastalığının kanser olduğunu sezen, en azından bundan kuşkulanan hastanın sürece ilişkin bilgilendirilmemesinin, onu bir anlamda korkuları, kaygıları, kuşkuları ile tek başına bırakmak ve süreci derin bir yalnızlık içinde geçirmesine yol açmak gibi bir tehlikeyi de beraberinde getirdiği düşünülebilir. Bu bağlamda Gautam ve Nizhawan (1987) benzer düşünceleri ileri sürerek, hastaya tanının söylenmediği durumlarda, birçok hastanın bir süre sonra sözel olmayan ipuçlarından kanser olduğunu tahmin ettiğini ya da en azından kuşkulandığını ileri sürmektedirler¹⁶. Slevin (1987) de, böyle bir durumda aileye gerçekler söylenirken, hastanın karanlıkta bırakılmasının birçok sorunu beraberinde getirdiğini dile getirmektedir. Gerçeklerin gizlenme çabası içinde yaşanan anksiyetenin sözel olmayan ifadesi öylesine belirgin olabilir ki, bu durumda hastayı ikna etme çabaları boş ve anlamsız olmaktadır. Boşa giden ikna çabaları yerine hastaların acele etmeden, koşullara uygun biçimde bilgilendirilmeleri doğru bir seçenektir¹⁷. Kanser tanısı ile yüz yüze geldiği halde hastalığı unutmak ve kararları sağlık profesyonellerine bırakmak isteyen hastaların bunu yapmasına da izin verilmelidir. Klinik deneyimlerde bazı hastaların tanıtı öğrenmek isterken prognozla ilgili bilgileri duymak istemedikleri de görülebilmektedir. Prognoz hastayla konuşulup konuşulmaması da hastanın neyi bilmek istediği ile yakından ilgilidir, bu ise hastanın, hastalıkla ilgili olarak neler yaşadığını, kısacası ne tür duyguları olduğunu açığa çıkarması ile olanaklıdır¹⁸. Yukarıda da belirtildiği gibi, kanser hastasıyla sözel olmayan iletişim, özgün bir öneme sahiptir. Özellikle hekimlerin ve hemşirelerin tavırları, onların davranışlarındaki inceliklere aşırı duyarlı olan hasta için ipuçları oluşturmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bilgi vermektan kaçınması, içinde bulunduğu durumdan kuşkulanan hasta tarafından kolaylıkla prognozun kötü olduğu biçiminde yorumlanabilir.

Kanser kronik ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur. Kanser tanısına karşı verilen normal tepkiler; endişe, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntüden, hastalığın önemini yadsıma, bu süreci bir savaş gibi algılama ya da kaderci bir kabullenmeye kadar değişir⁴. Bu nedenle kötü haber karşısında hastaların algıları doğrultusunda farklı tepkiler göstermesi beklenen bir durumdur. Yine de hemen hemen her hastada kötü haber karşısında şaşkınlık, kabullenmeme ve doğruluğuna inanamama, inkâr ve öfkeye kapılma, "niçin ben?" sorgusu gibi psikik tepkiler ile birlikte günlük olağan yaşamın altüst olması, uyku, yemek- içmek gibi doğal fizyolojik alışkanlıklarda bozukluklar ortak gözlenen tepkilerdir. Hastalar yas dönemine girebilir, 1-2 haftalık kabullenmeme sürecini takiben umutlanma, savaşıma süreci başlar. Ancak inkar safhasının uzun sürmesi hastanın tedaviyi geciktirmesine veya kabullenmemesine neden olabilir. Böyle bir tablo karşısında psikiyatri konsültasyonları çok önem taşımaktadır^{5,19}. Bir hastanın günlük yaşamını etkileyen ve

yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da psikiyatrik bozukluk saptandığında zaman yitirmeden tedaviye başlamak hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesini sağlar. Kötü haber karşısında hasta tepkilerini Elizabeth Kubler Ross evreye göre tanımlamıştır. Bu evreler aşağıdaki gibidir⁴. **İnkâr;** Hastalık ya da önemi reddetmedir. **Öfke;** Hastalığa, tanıyı koyan doktorlara, yakınlarına ve bazen de sağlıklı kişilere kızgınlık duymayı ifade eder. **Pazarlık;** Bu dönemde hasta işbirliği içerisinde. Tedavilere uyum ve gerekenleri yapma ve çaba gösterme dönemidir. **Depresyon;** Bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Kabullenme dönemine geçebilmek için gerekli bir dönemdir. **Kabullenme;** Bu dönemde hastalık kabullenilir. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmemeli, hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır. Bir yaşam süresi bildirmek ve ümidi tümüyle yok etmek ise kabul edilmesi çok zor bir durum yaratır.

Yaşanan bir durumda her zaman farklı duyguların bir arada olduğu göz önüne alındığında, bu duygu hemşire tarafından uygun biçimde yansıtılmış ve hasta da buna yanıt olarak "Bu doğru, diğer bir konu da ..." gibi bir tepki vermişse yapılan girişimin başarılı olduğu söylenebilir. Hemşirenin amacı, olabildiğince fazla sayıda duyguyu ortaya çıkartabilmek olmalıdır. Yukarıda da belirtildiği gibi hemşire doğru bir yolda ise, konuşma bir duygudan diğerine geçer. Hasta başlangıçta hissettiklerini uygun sözcüklerle ifade edebildiği zaman artık daha fazla onlar üzerinde durmaya gereksinimi kalmayacaktır. Duygular ancak bir diğer insanla gerçekten paylaşılabilirse değişirler. Kuşkusuz sağlık çalışanlarının hepsinin aynı düzeyde duyarlılıkları olduğu, bu hastaların sözü edilen güçlüklerine yardımcı olmakta benzer eğitim süreçlerinden geçtikleri söylenemez. Ancak konuyla ilgili güçlüklerin aşılmasında, duyguların yansıtılması tekniği de hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı gibi sağlık çalışanlarına öğretilir. Nitekim batı ülkelerinde son yıllarda iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kötü haberin verilmesi sürecinde daha duyarlı olunması yönündeki ilgi ve çabaların arttığı izlenmektedir⁸. Ülkemizde henüz bu duruma batıdaki örneklerine benzer bir duyarlılık gösterildiği söylenemese de, hemşirelerin kendilerini bazı bağımsız rolleri konusunda geliştirdikleri söylenebilir. Bu roller arasında duyguların ifadesi, etkili iletişim becerileri ve çeşitli psikoeğitimler bulunmaktadır. Ancak bir yaşam krizi oluşturan böyle bir hastalık durumunun ele alınmasının hasta, sağlık çalışanları ve aile işbirliğini ne denli kolaylaştıracağı göz önüne alındığında, bu alana yönelmenin önemi de anlaşılabilir. Bununla ilgili olarak sağlık çalışanlarının eğitim programlarında iletişim becerilerini geliştirmeye, hastalarıyla ilişkilerinde karşılaştıkları güçlükleri gözden geçirmeye yönelik eğitim, onların yaşamını kolaylaştırarak, harcadıkları emeğin doğru kullanılmasına yardım edecektir. Bu ise yalnız sağlık çalışanını değil, sonuç olarak hasta ve ailesine de ulaşan bir sağlık hizmetinin gerçekleştirilmesine katkıda bulunacaktır. Hastayla iyi bir iletişim kurmadaki temel engeller; sosyal statü, ırk, yaş ve cinsiyet farklılıklarıdır. Diğer engeller ise hastanın iletişim yeteneğini kısıtlayan utanma, suçluluk ve korku gibi duygulardır²⁰. İletişimde zaman kısıtlılığı da çok sık dile getirilir. Hastalara etkili iletişim kurulamamasının

nedenleri sorulduğunda; sağlık profesyonellerinin aşırı duyarsızlığı, yer ve zamanın böyle bir görüşmeye uygun olmadığı ve ümit verici olunmadığı cevapları alınmaktadır²¹. "Moralini iyi tutarsan daha iyi olursun", "Daha ne kötülere var sen yine iyisin", "Kimin başına ne geleceği belli olmaz, ben de trafik kazasında ölebilirim" gibi iyi niyetle de olsa söylenen bazı cümlelerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktan çok kızgınlığa yol açtığını görebiliriz. Ayrıca "Kanseri nasıl yendim" "Kanser tedavisinde devrim" gibi yazılı ve görsel medyada verilen haberler ve programlar hastanın endişelerini arttırabildiği gibi sonunda hayal kırıklığına neden olabilecek ümitlenmelere neden olmakta ve hasta-hemşire iletişiminde sorunlar oluşturabilmektedir²². Sağlık profesyonelleri üzerinde yapılan bir araştırmada hekim ve hemşirelerin %42 oranında kötü haber verme üzerine bir eğitim almadıkları ve %47 oranında kendilerini bu konuda yetersiz hissettikleri belirtilmiştir³. Ülkemizde de bu konu standart sağlık eğitimi veren kurumlarda yaygın olarak yer almamaktadır. Hacettepe ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültelerinde iletişim becerileri başlığı altında kötü haber verme eğitimi intörn ve asistan gruplarına 2013 yılından beri uygulanmaya başlanmıştır. Hasta-hemşire ilişkisinde hemşirelerin hasta ile görüşme öncesi stresi çok artmakta ve bu stres görüşme sırasında tepe noktaya ulaşmaktadır. Hemşirenin bu stresini artırıcı faktörler hastanın çok genç olması, hasta ile uzun süren bir tanışıklığın olması, daha önce kuvvetli bir iyimser tablo çizilmiş olunması ve etkin tedavi seçeneklerinin çok sınırlı olmasıdır. Bazı hemşireler bu stres altında hasta ile görüşülmesi gereken esas konuları atlayabilmekte veya hastayı gerçekçi olmayan şekilde ümitlendirme yoluna sapabilmektedirler. Kötü haber vermekte zorluk çeken hemşireler yine hastaya faydası olmayacak etkisiz yöntemler önermeyi tercih etmektedirler. Bazı hemşireler bu durumlardan kendilerini sorumlu tutarcasına suçlu hissetmektedirler. Hemşirelerin kendilerini bu duygudan koruyabilmesi önemlidir²³.

Kanser Tanısını Hastaya Söylemede Hemşirelik Yaklaşımları

Sosyal bir varlık olarak insanın en temel gereksinimlerinden biri iletişimdir. Bireylerin sağlığına olan eğilimi, hastalığa gösterecekleri endişe, korku ve tepkileri farklı olduğundan, sağlık personeli ile kuracakları iletişim ve beklentileri de farklılık göstermektedir. Etkili iletişim, tanı, tedavi ya da ölüm sürecinde, sağlık personeli ve hasta arasındaki ilişkiyi etkiler. Sağlık personeli etkili iletişim kurma metodlarını tam anlamıyla uygulayarak, kişilerin sağlık inancı modelinin pozitif yönde gelişimine katkıda bulunabilmektedir. İletişimsel başarı sağlık personelinin, hastanın sahip olduğu düşünceleri anlamasına, hastanın ise sağlık personelinin ne anlattıklarını anlamalarına bağlıdır. Kısaca hastaya tanısını söylemede ve tedavi etmede başarılı olma, hastalarla kurulabilecek etkili iletişimi bağlıdır. Hastaya kanser tanısını aldığı söylenirken ekip üyeleri işbirliği içinde olmalıdır. Ekibin etkin bir üyesi olan hemşireler açısından bu süreçte hasta ile etkili bir iletişim kurmak önemlidir. Hastalar tanı öncesi dönemde yapılan bir dizi tetkikler sonuçlanana kadar gerginlik, sıkıntı ve endişe içindedirler. Kötü bir sonuç beklentisi içinde olan hasta için ölümcül hastalık tanısı almak bile çok etkisi yaratır. Hastanın

Ş. DÜLGERLER ve O. ÇAM

ve ailesinin nasıl tepki vereceğinin kestirilememesi ve bu tepkilerle nasıl baş edilebileceğinin bilinmemesi ekip üyeleri ve hemşire açısından sıkıntılı bir durumdur²⁴. Bilgilendirme hakkı, Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'nın Bali kentinde yapılan toplantıda Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesinin 7. maddesinde tanımlanmaktadır. Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve ilaç Araştırmaları Yönetmeliğinde de hastanın bilgilendirme hakkı yasaya bağlanmıştır²⁵. Ayrıca 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nin üçüncü bölüm 15. maddesinde sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı net olarak tanımlanmıştır²⁶. Bu durumda hastaya tanıyı söylememek yerine bu haberin uygun bir biçimde nasıl verileceği düşünülmelidir. Girgis ve Sanson-Fisher (1998), kötü haber vermenin temel özelliklerini şu şekilde sıralamıştır:

- 1) Kötü haber, sakın ve özel bir ortamda verilmelidir.
- 2) İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalıdır.
- 3) Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı ve duygu durumu değerlendirilmelidir.
- 4) Dürüst ve yakın bilgi verilmelidir.
- 5) Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat verilmelidir.
- 6) Hastanın duygularına empati ile yanıt verilerek, kesin belli bir zaman limiti vermekten kaçınılmalıdır.
- 7) Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmelidir.
- 8) Bundan başka bir şey yapılamaz mesajı vermekten kaçınılmalıdır.
- 9) Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmelidir.
- 10) Tedavi seçenekleri konuşulmalı ve tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmelidir.
- 11) Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi verilmelidir.
- 12) Verilen bilgi belge haline getirilmelidir⁷.

Rabow ve Mc Phee ise kötü haber vermenin temel prensiplerinin kolaylıkla hatırlanabilmesi için bir ABCDE modeli geliştirmişlerdir (Çizelge 1)²⁷.

Çizelge 1. Rabow ve McPhee'nin kötü haber vermede ABCDE modeli

Önceden Hazırlık (Advance preparation)

- Kesintilere imkan vermeyecek yer ve zaman planlama (iletişim cihazlarının kapatılması)
- Hastaya ait klinik bilgilerin gözden geçirilmesi
- Zihinsel olarak hazırlık yaparak, hangi kelime veya ifadelerin kullanılıp kullanılmayacağını belirlenmesi
- Bu yaklaşım için duygulanımın hazırlanması

Tedaviyle ilgili ortam ve/veya ilişki Geliştirme (Build a therapeutic environment)

- Hastanın neyi ne kadar bilmek isteğinin tespiti
- Görüşmede aile bireylerinin veya destekleyici personelin bulundurulması
- Herkese kendinin tanıtılması
- Hastaya kötü haberin geldiğinin uyarılması
- Uygun olduğunda hastayla temas edilmesi
- Takip görüşmelerinin belirlenmesi

İyi iletişim (Communicate well)

- Hali hazırda hasta ve yakınlarının neler bildiğinin sorulması
- Seveceken bir şekilde içten davranılmalı, tıbbi terminolojiden ve üstü örtülü konuşmadan sakınılmalı
- Sessizliğe ve duygulanıma (ağlamak gibi) izin ver, görüşme esnasında hastanın hızına uyulmalı

- Kötü haberi nasıl algıladığını tarif etmesi sağlanmalı, bu veriyi takip eden görüşmelerde tekrarlanmalı
- Sorulara cevap verecek kadar zaman ayarlanmalı, konuşulanlar yazılmalı ve yazılı bilgi verilmeli
- Her görüşmede bir özet yaparak takip planı konuşulmalı
- Hastanın ve Ailesinin Reaksiyonlarının Üstesinden Gelme (Deal with patient and the family reactions)**
- Tekrarlayan her görüşmede hasta ve yakınlarının duygusal reaksiyonlarını değerlendirilerek uygun yanıt verilmeli
- Empati yapılmalı
- Meslektaşları ile aynı fikirde olmadığını göstermeli ve eleştirmemeli
- Duygulanımın Cesaretlendirilmesi ve Onaylanması (Encourage and validate emotions)**
- Hasta için tanının ne anlam ifade ettiği araştırılmalı.
- Hastanın hedeflerine göre diğer gerçekçi ümitleri önermeli
- Multidisipliner bilgileri ve yaklaşımlar kullanılmalı
- Hastanın kendisinin ve diğer çalışan personelin ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalı

Bunlara ek olarak hasta ile yüz yüze görüşülebilecek ortamda aynı zamanda aile fertlerine de yeterince yer olmalıdır. Hasta ile göz teması önemli olduğu gibi zaman zaman hastanın elini veya kolunu tutmak rahatlatıcı olabilir. Gerekli olduğunda verilebilecek basılı belgeler bulundurulabilir. Hastaya bilgiler tanı, evre, prognoz gibi ardışık kabul edilebilir paketler halinde sıra ile hastanın reaksiyonlarına göre ve her seferinde ne kadar detaylı öğrenmek istediğine bağlı olarak verilebilir. Merdiven tarzı bu kötü haber yöntemi ile hasta soru sormaya isteksiz olursa veya bu ciddi konuyu konuşmaktan erkenden vazgeçerse başarısız olunabilir²³. Kullandığımız dil jargondan uzak olmalı ve her seferinde hastanın anladığı kibarca kontrol edilerek mevcut yanlış bilgiler düzeltilmelidir. Son yıllarda Girgis ve Sanson-Fisher (1998)'in yukarıda açıklanan kötü haber vermenin temel özelliklerine uyma eğiliminde artış olmakla birlikte tanının söylenip söylenmemesinin ve buna bağlı sorunların toplumlar arasında farklılıklar gösterdiği izlenmektedir⁶. Goncalves ve diğ. (2005) Portekiz Onkoloji Enstitüsü'nde yaptıkları çalışmada hastaların tanı ve tedavi sürecine ilişkin yeterli bilgilendirmeyi alamadıkları ve bilgilendirmeler arasında farklılıklar olduğunu saptamışlardır²⁸. Gautam ve Nizhawan (1987) bu konuda yaptıkları çalışmada hastaya tanının söylenmediği durumlarda birçok hastanın bir süre sonra kanser olduğunu anladığını veya en azından kuşkulandığını tespit etmişlerdir. Yukarıdaki tespitler ışığında hastayı bir birey olarak algılamak ve duygularına değer verildiğini hissettirmek temel amaç olmalıdır. Tanının zaten kötü olması, oluşturacağı etkiyi yumuşatmaktan ziyade sözel ve bedensel iletişim ile gerçeği algılaya ve tedaviye optimal uyumu sağlamaya yönelik olmalıdır. Böylece hastanın savaşıma direncini artırabilir, gereksiz zaman kayıpları ve yanlış yöntemlerle hastanın zarar görmesinin önüne geçilebilir. Uygun olan yaklaşımları hemşirelerin kişisel deneyimleri ile kazanmasından ziyade hasta-hemşire iletişimi konusunda hemşirelerin bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi için gerekli eğitimin sağlanmasının önemi yadsınamaz. Amiel ve Ungar (2006)'ın çalışmasında kötü haber verme kabiliyeti ve eğitim düzeyi ölçülmüş ve bu konuda yapılacak eğitimin faydalı olduğu ortaya konmuştur²⁹.

Sonuç olarak, her yıl dünyada milyonlarca insana kanser tanısı konulmakta ve hastalar bu süreçle baş etmek zorunda

kalmaktadır. Kanser tanısı konulması bireyin umut duygusunu tehdit etmektedir. Kanser tanısı gelecekte belirsizliğe yol açmakta ve bireyin duygusal yapısını etkilemektedir. Kanser tanısı hasta için olduğu kadar, bu deneyimi paylaşan hastanın aile üyeleri için de başa çıkılması zor bir olaydır. Hemşireler, bireylerin ve ailelerinin bu süreçte en önemli yardımcılarından birisidir. Hemşireler bu süreçte bireylere bütüncül yaklaşmalı, bireylerin ve ailelerinin kaygılarını ve duygularını ifade edebilmelerine olanak sağlamalı, onları dinlemeli ve hastaya zaman tanımalı, umut yaratabilecek olumlu mesajlar vermelidir. Hemşirelerin en önemli rolü, bireyin ve ailesinin uyumunu sağlamak, onların yaşam kalitelerini ve hastalıkla başetme yeteneklerini arttırmak ve sıkıntılarını azaltmaktır.

Kaynaklar

1. Kavlak O, Ertem G, Sevil Ü. Kanserli Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Kanserli Hastalara Doğruyu Söyleme Konusundaki Tutumları. Türkiye Klinikleri. 2008; 16 (1):1-7
2. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer Statistics,2000. CA Cancer J Clin. 2000; 50(1):7-33.
3. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients JAMA. 1983; 249(6):751-757.
4. Elbi H. Kanser ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası. 2001; 5(1):5-10
5. Okyavuz Ü H. Ölümcül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizi Kötü Haber Verilmeli mi? Kriz Dergisi. 2003; 11(3): 29-35.
6. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation- liaison psychiatry in oncology. Italian Consultation-Liaison Group. European Journal of Cancer. 2000; 36 (5):579-585.
7. Giris A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. Journal of Behavioral Medicine. 1998; 24(2): 53-59.
8. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA 1996; 276(6):496-502.
9. Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM. I'm sorry to tell you physicians reports of breaking bad news. Journal of Behavioral Medicine. 2001; 24(2):205-217.
10. Brewin TB. Three ways of giving bad news. The Lancet. 1991; 337(1):1207-1209.
11. Buckman R. Breaking Bad News: Why is it Still so Difficult. British Medical Journal. 1984; 288: 1597-1599.
12. Maguire P, Faulkner A. How To Do It: Communicate with Cancer Patients: 1 Handling Bad News and Difficult Questions. British Medical Journal. 1988; 297: 907-909.
13. Rogers CR Client - Centered Therapy. Boston, Houghton Mifflin, 1951.
14. Burton M, Watson M. Counselling People with Cancer, John Wiley & Sons. New York, 1998.
15. Loge JH, Kaasa S, Hytten K. Disclosing the cancer diagnosis: the patients experiences. European Journal of Cancer. 1997; 33(6):878-882.
16. Gautam S, Nizhawan M. Communicating with cancer patients. The British Journal of Psychiatry. 1987; 150 (6):760-764
17. Slevin ML. Talking About Cancer Now Much JS too Much? Br J Hosp Med. 1987; 38(56): 58 - 59
18. Faulkner A, Maguire P. Talking to Cancer Patients and Their Relatives. London, Oxford University Press. 1994.
19. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999, 40-152.
20. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. Annals of Internal Medicine. 1980; 92(6):832-936.
21. Back AL, Arnold RM, Tülsky JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. Journal of Clinical Oncology. 2003; 2: 2433-2436.
22. Mete HE, Önen Ö. Kanserli Hastalarda Depresyon. Duygu Durum Dizisi. 2001; 4: 184-191.
23. Dias L, Chabner BA, Lynch TJ Jr, Penson RT. Breaking bad news: A patient's Perspective. Oncologist. 2003; 8:587-96.
24. Voelter V, Mirimanoff RO, Stiefel F, Rousselle I, Leyvraz S. Breaking bad news. Rev Med Suisse. 2005; 1:1352-1353.
25. Ayan M. Tibbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı Hukuk Yayınları, Konya, 1991.
26. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı:23420
27. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. West J Med. 1999; 17: 260-263
28. Goncalves F, Marques A, Rocha S, Leitao P, Moutinho S. Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese Oncology centre. Palliat Med. 2005; 19:526- 531.

29. Amiel GE, Ünğar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of primary care Physician's to break bad news: a performance based assessment of an educational intervention. Patient Educ Couns. 2006; 60:10-15.