

ÖLÜMCÜL HASTALIK TANISI ALMAK: BİR YAŞAM KRİZİ KÖTÜ HABER VERİLMELİ Mİ?*

Ulgen H. Okyayuz*

ÖZET

Kanser gibi olumsuz bir hastalık tanısı almak birçok insan için bir yaşam krizidir. Çalışmalar her dört aileden üçünün günün birinde kanser olgusuyla yüzyüze geleceğini göstermektedir. Bu ise herkesin, bir biçimde, olumsuz hastalık tanısı almış en azından bir kişiyle yakın ilişkide olacağı anlamını taşımaktadır. Yaşamı tehdit eden bu yaşantıda hasta-doktor iletişimi çok önemlidir. Bu durum özellikle kötü haberin verildiği anlarda belirginleşir, hasta ve ailesinin iyilik halini etkiler. Kötü haberin verilmesi, içerik, hasta – hekim iletişiminin özellikleri, hastaların tepkileri, böyle durumlarla nasıl başa çıkacağını bilememe vb nedenlerle hekimler için de zor bir görevdir. Klinik deneyimler ve literatur bilgileri kötü

haber vermesinin kötü biçimde yapılmasında, suçlanma duygusu, duyguların nasıl ifade edilmesi gerektiğini bilememe, soruların yanıtlarını bilememe ve kişisel olarak hastalıktan ve olumden korkmanın etkili olduğu yonundadır. Literatur bilgileri, uygulamada hekimlerin kötü haberin verilmesine ilişkin farklı tutumları olduğu yonundadır. Bu tutumlar, hiç bir şey hissetmeden ve korlemesine, nazık ve uzuntulu bir tavırla ya da anlayışla ve olumlu yaklaşarak davranma olarak belirtilebilir. Literatürde, kötü haberin, bu haberi alan kişiyi düşünerek, dikkat ederek ve ona saygı gösterip, empati yapacak duyarlılıkla verilmesinin uygun olacağı ileri sürülmektedir. Son sıralarda Batılı ülkelerde tıp eğitiminde konuyla ilgili iletişim becerilerinin kazanılmasının önemi bu konudaki eğitimin azlığı vurgulanmaktadır. Bu konu ülkemizde de yeni yeni gündeme gelmekle birlikte, profesyonellerin konuya yeteri kadar eğildiklerini söylemek güçtür.

+ Bu Yazı, 2003 Sosyal Psikiyatri Kongresinde "Kötü Haber Verilmeli mi?" konulu sununun genişletilmiş şeklidir.

* Doç. Dr. A. U. T. F. Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Öğretim Üyesi

Anahtar Sozcükler: Olumsuz hastalık, kanser, hasta – hekim iletişimi

**To Be Diagnosed With A Malignant Disease:
A Life Crisis Should The Bad News Be
Broken?**

SUMMARY

To be diagnosed with a malignant disease like cancer is a life crisis for many people, Studies have shown that three out of every four families will one day be touched by cancer. That means every one can be involved in at least one close relationship with someone who has this malignancy. During this life threatened experience, patient-doctor communication has a crucial importance, particularly at the moment breaking bad news and this communication also have implications for the well-being of patients and family members. Breaking bad news is a difficult task for the physicians because of context, the characteristics of patient-doctor communication, the patient's reactions, not to know how to cope with thin kind of situations and the others. Clinical experiences and literature have shown that breaking bad news generally were done badly because of fear of blamed, of the unknown of expression of emotions and of not knowing all the answers as well as personal fear of illness and death. As mentioned in the literature there are three methods of breaking bad news approach: the blunt and unfeeling way, the kind and sad way, and the understanding and positive way. Recommendations has been made that the news should be presented in a thoughtful, caring and sensitive way that shows respect and the empathy for the receivers. Recently communication skills and medical practice have become an area of intense interest and emphasized that there is at present little training on the process of delivering bad news.

Key words: Malignancy, cancer, patient-doctor communication.

GİRİŞ

Yaşamın olağan akışı içinde günün birinde birdenbire ruhsal, toplumsal, ekonomik vb. her türlü koşulumuzu etkileyen ve dengelerimizi alt üst eden kanser ya da yaşam tehdidi taşıyan bir diğer ciddi hastalık gerçeği ile yüzyüze gelmek kaçınma olanağı olmayan bir durum, bir yaşam krizidir. Bloom (1996), her dört aileden üçünün günün birinde kanser olgusuyla karşılaşacağını ve dolayısıyla da herkesin en azından yakın ilişkide olduğu bir insanın kanser hastası olması nedeniyle bu hastalıkla yüzyüze gelme olasılığının güçlü olduğunu bildirmektedir. Ne var ki insanlar, sanki kendilerine bir şey olmayacakmışçasına bir yaşam sürdürme eğilimindedirler. Bu duruma değinen Yalom (1980), insanın biyolojik varoluşuna ters düşen ve **delir** olarak nitelendirdiği iki yanlış inancı olduğunu ileri sürer. Bunlar, **günün birinde bir kurtarıcı gelecek** ve **bana bir şey olmaz** inançlarıdır. Bize **birşeylerin** olduğu anlarda, bizim için kritik önem taşıyan insanlar arasında sağlık çalışanları ve özellikle hekimler yer alır.

Prostat kanseri tanısı alan bir hasta bu durumu şöyle anlatılmaktadır (Broyard 1992):

... Hasta olduğunuza ilişkin bilgi, yaşamın önemli yaşantılarından birisi. Siz ölümsüzcesine, ebediyen yaşayacağınızı bekliyorsunuz. Freud, her insanın kendi ölümsüzlüğüne inandığını söyler. Ben kesinlikle böyleydim... Doktor bana hasta olduğumu söyleyince, bu bana bir elektrik şoku gibi geldi. Galvanize olduğumu hissettim. **Yani bir insandım**, önceki bütün önemsiz kendiliklerim zayıfladı ve **ben özüme indirgendim.** (s.37)... Ben bir hekimden

ne istiyordum? Ben, benim hastalığımı yakından okuyacak ve tıpsal bilgiyi iyi eleştirecek bir doktor istiyorum Ben bir doktorun sadece yetenekli bir hekim olmasını istiyorum Benim bedenimi ve ruhumu tedavi edebilen bırı. Hasta olan bir fiziksel ben var, ama aynı zamanda hasta olan metafiziksel bir ben de var (39)

.. Tıpkı bir doktor için benim hastalığım rutin bir olgudur. Benim içinse **yaşam krizidir!** Bir doktor en azından bu karşılığı algılasa kendimi daha iyi hissedebilirim Ondan beni sevmesini istemiyorum (s 41,43) .. Doktorumun beni sevmesi için ne bir neden ne de gereksinim var ne de benimle birlikte acı çekmesini bekleyebilirim Ben doktorumun zamanının çoğunu benim için harcamasını da beklemiyorum. **Ben sadece, her insanın kendine özgü bir biçimde yaşayacağı hastalığıma ulaşmak için, benim durumumu belki beş dakika derin ve uzun düşünmesini, benimle kısa bir aralıkta birlikte olup, sadece bedenimi değil, ruhumu da araştırmasını isterdim (s.44)...**

Bir kanser hastası olan Broyard'ın (1992) şok olarak tanımladığı ve olumlu olmak gerçeğinin en keskin biçimde yaşandığı durumlardan bırı de tanıyla karşı karşıya kalındığı anlardır. Bu zaman dilimi yalnız hasta değil, aynı zamanda hastanın ailesi, sağlık çalışanları ve özellikle de hekimler için birçok güçlük içermektedir (Grassi ve ark 2000) Son yıllarda tıp literaturunde bu konuyla ilgili birçok yayın goze çarpmakta ve olumcul hastalık tanısının soyleneşinin çoğunlukla "Kotu haberin verilmesi" başlığı altında ele alındığı izlenmektedir (Ptacek ve Eberhardt 1996, Girgis ve Sanson-Fisher 1998, Ptacek Ptacek ve Ellison 2001). Genellikle de bu yayınlarda olumcul hastalık olarak kanser hastalığının ele alındığı ve bu

tanının soyleneşinin hasta, aile,hekim gibi, sureçte birbirleriyle etkileşim içinde olan taraflar arasındaki iletişim özellikleri (Gautam ve Nijkawan 1987, Butow ve ark 1996 (Sepucha ve ark 2002) ve hekimlerin tutumları açısından incelendiği görülmektedir (Grassi ve ark 2000)

Kötü haber nedir?

Tıp literaturunde kotu haber;

"Umit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal **iyilik-haline** tehdit oluşturan, yerleşik yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamındaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj" olarak tanımlanmaktadır (Ptacek ve Eberhardt 1996).

Bu tanımın önemli bir ögesi haberin şiddetinin, ne denli **nesnel** ya da **öznel** olarak algılanıyor olmasıdır. Kotu olarak tanımlanacak birçok tanı vardır Bir olgunun kotu olarak nitelendirilmesi, onu algılayan insanın zihnindeki bir durumdur

Bu sarsıcı yaşam olayında kotu haberin verilmesi surecinde hekimin başvurduğu uç yol olduğu ileri sürülmektedir. Brewin'e (1991) gore hekim, olumcul hastalık tanısını soyleneşken ya kor bir tutumla ve hiçbir şey hissetmeden, ya nazık ve uzuntulu bir biçimde konuşarak ya da anlayışla ve olumlu mesaj taşıyan bir biçimde haberi vermek yollarından bırıını kullanır Boyle bir durumda klinisyenin asıl görevi, hastanın bilgi isteğini doğru değerlendirmektir Boyle bir tutum hastaya, hastalıkla ilgili duygularını doğru ifade etme fırsatını verir Sağlık çalışanları da hastanın duygularını doğru olarak tanımak ve ortaya çıkarmak üzere dinleme becerilerini geliştirme konusunda iyi eğitilmiş olmalıdırlar (Burton 1991)

Hasta tepkileri

Kotu haberin verilmesi sürecinde hastaların tepkilerinin farklılık göstermesi kuşkusuz beklenen bir durumdur. Bu farklılıklara karşın bazı ortak, çarpıcı özellikler taşıyan tepkilerden söz etmek de olanaklıdır. Bunlar arasında, hastanın çaresizlik içinde kanser olmadığına ilişkin güvence verilmesini umut etmek, reddetme savaşımı verdiği böyle bir tanı ya da prognoz nedeniyle altüst olmuşken, adeta saldırgan bir biçimde, neşe saçan bir iyimserlik göstermek, açıkça tüm gerçeğin ne olduğunu bilmek ve tanı ya da prognozu tartışmak istememek davranışlarından söz etmek olanaklıdır (Brewin 1977).

Uygulamada neler yapılıyor?

Son yıllarda hastayla ilişkide daha açık ve durust olma eğilimlerinin artmasıyla birlikte hasta, aile ve hekim arasında konuyla ilgili iletişim sorunlarının da ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Burton ve Watson, 1998). Tanının söylenip söylenmemesinin ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sorunların kültürden kulture 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. Benzer bir eğilimin Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde de var olduğu bildirilmektedir (Loge, Kaasa ve Hytten 1997). Buna karşın İtalya, İspanya, Yunanistan gibi Güney Avrupa ülkelerinde, halen geleneksel tıp uygulamasındaki kanser tanısı ve prognozun hastalara söylenmemesi eğiliminin, her ne kadar değişim yönünde bazı ipuçları olsa da- sürdüğü bildirilmektedir (Grassi ve ark 2000). 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 (Burton ve Watson 1998). Bu konuda ülkemizde de benzer bir yaklaşımın egemen olduğu ve genellikle ailelerin, hastanın tanıyı öğrenmemesi konusunda ciddi çabalar harcadıkları izlenmektedir. Böyle bir durumda hastalığının kanser olduğunu sezen, en azından bundan kuşkulanan hastanın surece 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.

Çeşitli çalışmalarda da bu düşüncelerin desteklendiği söylenebilir. Bu bağlamda Gautam ve Nizhawan (1987) benzer düşünceleri ileri sürerek, hastaya tanının söylenmediği durumlarda, birçok hastanın bir süre sonra sozel olmayan ipuçlarından kanser olduğunu tahmin ettiğini ya da en azından kuşkulandığını ileri sürmektedirler. Slevin de (1987), böyle bir durumda aileye gerçekler söylenirken, hastanın karanlıkta bırakılmasının birçok sorunu beraberinde getirdiğini dile getirmektedir.

Gerçeklerin gizlenme çabası içinde yaşanan anksiyetenin sozel 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 seçenektir. Kanser tanısı ile yüzyüze geldiği halde hastalığı unutmak ve kararları hekime bırakmak isteyen hastaların bunu yapmasına da izin verilmelidir. Klinik deneyimlerde bazı hastaların tanıyı öğrenmek isterken prognozla ilgili bilgileri duy-

mak istemedikleri de görülebilmektedir. Prognozun 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 olanaklıdır (Faulkner ve Maguire 1994).

Yukarıda da belirtildiği gibi, kanser hastasıyla sözel olmayan iletişim özgül bir öneme sahiptir. Özellikle hekimlerin ve hemşirelerin tavırları, onların davranışlarındaki inceliklere aşırı duyarlı olan hasta için ipuçları oluşturmaktadır. Hekimin bilgi vermektan kaçınması, içinde bulunduğu durumdan kuşkulanan hasta tarafından kolaylıkla prognozun kötü olduğu biçiminde yorumlanabilir.

Kötü haberin verilmesi niçin zordur?

Kötü haberin verilmesinin zor bir görev olmasında içerik, hekim ve hastanın yaşamakta olan durumu uygun biçimde değerlendirip değerlendirmedikleri, karşılıklı olarak bu bilgiye verilen bilişsel ve duygusal tepkiler, hasta – hekim – 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 belirtilmektedir (Buckman 1984).

Girgis ve Sanson – Fisher (1998), medikal hastalarda kötü haber vermenin temel adımlarını özetlemişlerdir. Bu yazarlara göre:

- Kötü haber, sakin ve özel bir mekanda verilmeli,
- İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalı,
- Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı ve duygu durumu değerlendirilmeli,
- Dürüstçe ve yalın bilgi verilmeli,
- Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat verilmeli,
- Hastanın duygularına empati ile yanıt verilerek, kesin, belli bir zaman limiti vermektan kaçınmalı,
- Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmeli,
- "Bundan başka bir şey yapılamaz" mesajı vermektan kaçınmalı,
- Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmeli,
- Tedavi seçenekleri konuşulmalı ve tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmeli,
- Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi edinilmeli,
- Verilen bilgi belge haline getirilmelidir.

Maguire ve Faulkner (1988) tanının (kötü haber) zaten kötü olması nedeniyle, sonucun etkisinin yumuşatılamayacağını ileri sürmektedirler. Bu yazarlara göre kötü haberi vermekte kilit noktası, **hastanın kendisinin iyi olduğu algısından, yaşamını tehdit eden bir hastalığı olduğu gerçeğini farketmesine geçiş hızının yavaş olmasıdır.**

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 mudahaleyle 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 duyguları hakkında konuşurken gozonunde tutulması gereken temel ilkeler ise empati, koşulsuz olumlu yaklaşım ve duygulara açık olma olarak özetlenebilir (Rogers 1951)

Duyguların kabul edilmesinde iyi bir göz teması, bedeninin duruşundaki açıklık, orada o insan için bulunduğunuzu ve size söyleyeceklerini duymaya hazır olduğunuzu belirtmek gibi özellikleri içeren **sözel olmayan dikkat**, "Bu sizin için zor olmalı", "Bu konuda başka bir şey söylemeyi ister miydiniz?" vb. söylemler biçiminde yapılabilecek **sözlerle destekleme** önemlidir.

Duyguların yansıtılmasının tedavi edici etkileri nelerdir?

Yaşanan bir durumda her zaman farklı duyguların bir arada olduğu gozonune alındığında, bir duygu tedavici tarafından uygun biçimde yansıtılmış ve hasta da buna yanıt olarak "Bu doğru, diğer bir konu da .." gibi bir tepki vermişse yapılan mudahalenin başarılı olduğu soylenebilir. Tedavcinin amacı, olabildiğince fazla sayıda duyguyu ortaya çıkartabilmek olmalıdır. Yukarıda da belirtildiği gibi sağlık çalışanı doğru bir yolda ise, konuşma bir duygudan diğerine geçer. Hasta başlangıçta hissettiklerini uygun sozcuklerle 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 sozu edilen güçlüklerine yardımcı olmakta benzer eğitim süreçlerinden geçtikleri soylenebilir. Ancak konuyla ilgili güçlüklerin aşılmasında, duyguların yansıtılması tekniği de hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı gibi sağlık çalışanlarına öğretilebilir. Nitekim batı ülkelerinde son onlu yıllarda iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kötü haberin verilmesi sürecinde daha duyarlı olunması yönündeki ilgi ve çabaların arttığı izlenmektedir (Charlton 1992, Ptacek ve Ellison 1996)

Ülkemizde henüz bu konuya batıdaki örneklerine benzer bir duyarlık gösterildiği soylenebilir. Ancak bir yaşam krizi oluşturan böyle bir hastalık durumunun ele alınmasının hasta-hekim-aile işbirliğini nedenli kolaylaştıracağı gozonune 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.

KAYNAKLAR

Bloom JR (1996) Social Support of the Cancer Patient and the Role of the Family In L Baider, CL Cooper, A Kaplan De-Nour (eds) Cancer and the Family NewYork, John Wiley & Sons, s 53-70

Brewin TB (1977) The Cancer Patient Communication and Morale Br Med J, 2 1667-1668

Brewin TB (1991) Three Ways of Giving Bad News Lancet, 337 1207-1209

Broyard A (1992) Intoxicated by my Illness Ballantine Books, NewYork

Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin A, Dunn SM, Tattersal MHN (1996) When the Diagnosis is Cancer Cancer, 15, (77) 12, 630-2637

Faulkner A, Maguire P (1994) Talking to Cancer Patients and Their Relatives London, Oxford University Press

Buckman R (1984) Breaking Bad News Why is it Still so Difficult? Br Med J, 288 1597-1599

Burton M, Watson M (1998) Counselling People with Cancer NewYork, John Wiley & Sons,

Gautam S, Nijhawan M (1987) Communicating with Cancer Patients Br J Psych, 150 760-764

Girgis A, Sanson – Fisher RW (1998) Breaking Bad News 1 Current Best Advice for Clinicians Behav Med 24 53-59

Grassi L, Giraldi T Messina EG, Magnani K, Valle, E, Carter, G (2000) Physicians' Attitudes to and Problems with Truth – Telling to Cancer Patients Supp Care Cancer, 8 40-45

Loge JH, Kaasa S, Hytten K (1997) Disclosing the Cancer Diagnosis The Patients' Experiences Euro J Cancer, 33 (6) 878-882

Maguire P, Faulkner A (1988) How to do it Communicate with Cancer Patients 1 Handling Bad News and Diffcult Questions Br Med J, 297 907-9

Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM (2001) "I'm Sorry To Tell You " Physicians' Reports of Breaking Bad News J Behav Med, 24 (2) 205-217

Rogers CR (1951) Client – Centered Therapy Boston, Houghton Mifflin

Sepucha KR, Belkora JK, Mutchnick S, Esserman LJ (2002) Consultation Planning to Help Breast Cancer Patients Prepare for Medical Consultations Effect on Communication and Satisfaction for Patients and Physicians J Clin Onco, 20 11 2695-2700

Slevin ML (1987) Talking About Cancer Now Much is too Much? Br J Hosp Med, 38(56) 58 – 59

Yalom ID (1980) Existential Psychotherapy NewYork, Basic Book, Inc ,