

Kötü haberi nasıl verelim?*

Prof. Dr. Ahmet Ertan Tezcan



1957 yılında Ankara'da doğdu. İlköğretimini İstanbul Pertevniyal İlkokulunda, ortaöğrenimini Saint Benoit Fransız Lisesinde tamamladı. Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlığını Ondokuz Mayıs Üniversitesinde tamamladı. Ondokuz Mayıs, Fırat ve Maltepe üniversiteleri ile SSK İzmit ve Kartal Lütüfi Kırdar Eğitim ve Araştırma hastanelerinde çalıştı. Bir dönem Paris V Üniversitesi Saint Anne Psikiyatri Hastanesinde görev yaptı. Türkiye Psikiyatri Derneği Elazığ Şubesini, Fırat Tıp Merkezi Psikiyatri Kliniğini ve Maltepe Üniversitesi Psikiyatri Kliniğini kurdu. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefliğinden emekli olduktan sonra Beykent ve Gelişim üniversitelerinde psikoloji dersleri verdi. Halen Aydın Üniversitesi Psikoloji Bölümünde yüksek lisans dersleri vermektedir.

Sonuçları kişinin beklediğinden daha olumsuz olan, mevcut yaşamına ve geleceğine bakışını önemli derecede olumsuz yönde etkileyecek haber; kötü haberdır. Ptacek ve Eberhardt kötü haberi, "ümit 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 tanımlamışlardır. Kötü haberi vermek; dikkatlice ele alınması gereken, tedbir ve beceri gerektiren çok zor bir durum ve başta hekim olmak üzere sağlık çalışanlarının çok zor bir görevidir. Kötü haberin etkisi, ortaya çıkan tıbbi sorunun büyüklüğüne bağlı olarak bireyin durumunu, yaşama bakışını, çevre ile ilişkilerini, isteklerini, beklentilerini, planlarını, hayallerini ne derecede etkileyeceği ile yakından ilintilidir. Her türlü koşulumuzu etkileyen ve dengelerimizi alt üst eden kanser ya da yaşam tehdidi taşıyan bir diğer ciddi hastalık gerçeği ile yüz yüze gelmek, kaçma imkânı olmayan bir yaşam krizidir. Doğru, duyarlı bir biçimde ve deneyimli bir kişi tarafından verilse bile, haberi alan hasta ve yakınını ve haberi veren sağlık çalışanını çok olumsuz etkilemekte ve etkisi uzun süre devam etmektedir.

Uygun olmayan bir biçimde ve duyarsız bir şekilde verilen kötü haber, hastaların tedavi ekibi ile ilişkilerini kesmelerine ya da tedavilerini bırakmalarına, hastane

değiştirmelerine ve hatta intihar etmelerine bile neden olabilmektedir. Araştırmalar, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının bu konuda okulda ve mezuniyet sonrasında yeterince eğitim almadıklarını ve bu görevi yerine getirmede zorlandıklarını, hatta bazen bu görevi yerine getirmekten kaçındıklarını göstermektedir.

Bilgilendirme Hakkı

Kötü haberi verme (bilgilendirme) hastanın hakkı olduğu kadar; ruhsal bir ihtiyaçtır. Bilgilendirme hakkı, Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'da düzenlenen toplantıda Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesinin 7.maddesinde tanımlanmaktadır. Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği de, hastanın bilgilendirme hakkını yasaya bağlamıştır. Ayrıca 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin üçüncü bölüm, 15.maddesinde, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı net olarak tanımlanmıştır.

Kötü Haberi Veren Kişide Duygulanım

Eğer kötü haber; ciddi, ölümcül ya da organ kaybına neden olabilecek bir hastalık ise bu haberi vermek her durumda haberi veren kişide de olumsuz duygular yaratan bir durumdur ve hiçbir sağlık personeli de kötü haber vermekten hoşlanmaz. Bu hoşnutsuzluk, haberi verecek kişi kadar haberi alan kişinin tepkilerini de aynı anda içeren bir süreci de

beraberinde getirir. Kötü haber mümkün mertebe hasta ve aile tarafından tedavi ekibinin tanınan ve güvenilen, terapötik bağı önceden kurmuş olan kişi tarafından, tercihen takip ve tedavi eden hekim tarafından verilmelidir. Hekimin kendi duygusal tepkilerini kontrol edememesi, suçlanma ve nasıl söylemek gerektiğini bilememe korkuları, hastanın duygusal tepkisinin denetimden kurtulup ortaya çıkıvermesi durumunda bu sorunla nasıl başa çıkılacağını bilememesi, hastanın belirsizliğini paylaşmaktaki güçlük ile hastalık ve ölümden kişisel olarak korkması, hastanın çok genç olması, hasta ile uzun süren bir tanışıklığın olması, danişılını duygusal yönden mutlak surette olumsuz etkileyen etmenlerdir.

Kötü Haberi Alanda Duygulanım

Kötü haber verecek olanın aklında tutması gereken diğer bir bilgi, ölüm korkusunun tek bir duygusal durum olmadığıdır. Kötü haberi alanda, başta endişe ve korku olmak üzere karışık duygular söz konusudur. Hareket kaybı, sakat kalma, bedeninin zedeleneceği, beden işlevleri üzerinde denetimin kaybolacağı korkusu gibi hastalıkla ilgili korkular; acı duyma, baş edememe, aklını ve kontrolü kaybetme gibi ruhsal etkilerle ilgili korkular, varoluşsal ve dinsel kaygılar, tedavinin yan etkileri, beden imgesinde bozulma korkuları, cinsel işlev ve çekicilik kaybı, aile içinde rolünü kaybetme ve aileye yük olma ve bağımlı hale gelme, ilgi, onay ve sevginin kaybedileceği, tedavi



giderlerinin karşılanamayacağı korkuları, ayrılık ve gelecek kaygısı, pişmanlık, suçluluk, cezalandırılma duyguları gibi pek çok duygu ve korku hastada ortaya çıkabilir. Bu süreçte birçok hasta, hekimlerin kendilerini bilgilendirmek için yeterli süre ayırmadıklarından, görüşme esnasında yeterli ilgiyi hissetmediklerinden şikayetçi olurlar.

Kötü Haber Vermede İzlenecek Süreç

Görüşme öncesi danışılanın bir görüşme planının ön hazırlığını yapması ve bu bağlamda hastayı bireysel ve sosyal kimliğiyle bütünleşmiş bir insan olarak ele alıp tanımaya yönelik bir tutum izlemesi gerekmektedir. Hekim, karşısındaki hastanın kişilik özelliklerini, aile içinde oynadığı rolü, duygusal durumunu, eğitim düzeyini, hastalık hakkında neyi ve ne kadar bildiğini, ne iş yaptığını, verilecek bilgiyi hangi düzeyde anlayabileceğini değerlendirmelidir. Hekim, kişilerarası ilişki becerisinin, hastanın daha sonraki ruhsal iyilik durumu ile doğrudan ilişkisi olduğunu daima aklında tutmalıdır. İyi yapılmadığı takdirde kötü haber verme ile ilgili anılar hem haberi veren, hem de alan kişilerde olumsuz izler bırakan durumlardır.

Görüşme Ortamı ve Görüşmenin Özellikleri

Hekim, yeterli klinik bilgiyi aldıktan, zihinsel prova ve duygusal hazırlığını yaptıktan, hangi bilgilerin verileceğini planladıktan, uygun görüşme yerini sağladıktan ve zaman ayırdıktan sonra görüşmeyi başlatmalıdır. Kötü haber, sakin ve özel bir ortamda verilmelidir. İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalı-

dır. Görüşme yerindeki harici telefon ve mobil telefonlar öncelikle kapatılmalıdır. Danışılanın yanında kâğıt mendil bulundurması, teferruat gibi algılanabilecek önemli bir detaydır. Kötü haber görüşmesi yüz yüze yapılmalıdır. Sözel iletişim, kişinin yakınına yaklaşım ve selamlaşma ve kendimizi tanıtmaya ya da hatırlatma ile başlar. Hastaya kimleri yanında istediği sorulmalı, hastanın yanında biri ya da birileri varsa, kim olduklarını öğrenmeden bilgilendirmeye başlanmamalıdır. Konuşmayı başlatırken uygun hitabı kullanarak, mesafeyi ayarlayarak ve beden dilimizin iletişimlerine dikkat ederek terbiye kurallarına uyulmalıdır. Mümkünse konuşmaya “Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?”, “Geceyi nasıl geçirdiniz?”, “Biraz konuşmamız gerekiyor, beni dinleyebilecek durumda mısınız?” gibi bazı sorularla başlanabilir. Hasta ile göz temasının yanı sıra zaman zaman hastanın elini ya da kolunu tutmak da rahatlatıcı olabilir. Konuşmayı başlatmadan önce hastanın tıbbi durumunu bilmek de önemlidir. Hastanın ağrısı, sıkıntısı, bulantısı, uykuya eğilimi gibi tıbbi iletişimsel engeller varsa bu tür bir konuşmayı yapmamak gerekir. Hasta tarafından açıklamaların dinlendiği, önemsendiği, yargılanmayan, anlaşılmaya yönelik çaba gösterilen ve ne dediğimizi duyduğumuz bir konuşma hedeflenmelidir.

Hastanın Bilgilendirilmesi

Hastanın bilgilendirilmesi aynı zamanda terapötik ve empatik bir ilişki kurmaktır. Hastanın neyi ne kadar bildiği araştırılmalı, neyi ne kadar bilmek istediği belirlenmelidir. Hastaya karşı olabildiğince açık olunmalı ve anlayacağı bir dil kullanılmalıdır. Tıbbi tanımlardan kaçınmak, kısa cümleler kurmak ve hastanın anladığını test etmek önemlidir. Bilgilendirme sü-

Hekim, yeterli klinik bilgiyi aldıktan, zihinsel prova ve duygusal hazırlığını yaptıktan, hangi bilgilerin verileceğini planladıktan, uygun görüşme yerini sağladıktan ve zaman ayırdıktan sonra görüşmeyi başlatmalıdır. Kötü haber, sakin ve özel bir ortamda verilmelidir. İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalıdır. Görüşme yerindeki harici telefon ve mobil telefonlar öncelikle kapatılmalıdır.

recinde hastanın beden dili gözlenmeli, kaygıları önemsenmeli, hastaya istediği kadar bilgi ve detay verilmelidir. Hasta duygularının gösterilmesine cesaretlendirilmeli, kendisinin ve aile bireylerinin duygularını dışı vurmalarına yardımcı olmalı, paylaşmalıdır. Bu süreçte hasta tarafından verilebilecek şiddetli duygusal tepkilere maruz kalma korkusu, haber vereni esas mesajı iletmeyi bir kenara bırakarak gereksiz teknik ayrıntılar hakkında konuşmaya itebilir. Bunlara ek olarak hasta ile yüz yüze görüşülebilecek ortamda aynı zamanda aile fertlerine de yeterince zaman ayrılmalıdır. Kullanılan dil, tıbbi terimlerden uzak olmalı ve zaman zaman hastanın anladığı kibarca kontrol edilerek mevcut yanlış algılamalar düzeltilmelidir. Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmeli, başka bir şey yapılamaz mesajı vermekten kaçınılmalıdır. Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmelidir. Tedavi seçenekleri konuşulmalı ve tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmelidir. Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya açık ve dürüst olmalı, hastanın anlayabileceği bir dille ve sabırla konuşmalı, hastayı gereksiz yere ne aşırı umutlandırmak ne de umudunu kırmak konularında dikkatli olunmalıdır.

İyi İletişim Engelleri

Hastayla iyi bir iletişim kurmadaki temel engeller; sosyal statü, yaş ve cinsiyet farklılıklarıdır. Diğer engeller ise hastanın iletişim yeteneğini kısıtlayan Alzheimer gibi anlama yetisini azaltan bir hastalık, utanma, suçluluk ve korku gibi duygulardır. İletişimde zaman kısıtlılığı da çok sık dile getirilir. Hastalara kötü bir görüşmenin nedenleri sorulduğunda; hekimin aşırı duyarsızlığı, yer ve zamanın böyle bir görüşmeye uygun olmadığı ve ümit verici olunmadığı cevapları alınmaktadır, "Moralini iyi tutarsan daha iyi olursun", "Çok daha kötü durumda olanlar var, sen yine iyisin", "Kimin başına ne geleceği belli olmaz, ben de by pass geçirdim, yarın ölebiliyim" gibi iyi niyetle de olsa söylenen bazı cümlelerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktan çok kızgınlığa ve anlaşılma duygusuna yol açtığı bir gerçektir.

Tanı Söylenmeli mi?

Öncelikle, "Hasta ne biliyor, ne bilmek istiyor, ne kadar bilmek istiyor?" sorularına yanıt aramalıyız. Kötü haber vermek konusunda düşünülmesi gereken ve ciddi etik kaygılara neden olan zor soru ise, "Kötü haberi verirken gerçeği söylemek zorunda mıyız?" sorusudur. Günümüzde hastaların her tür tıbbi bilgiyi isteme hakkı yasal ve etik olarak vardır ve söyleyip söylememe değil, "nasıl söyleneceği" tartışılmaktadır. Dikkat edilmesi gereken, hastanın bilme hakkına saygı gösterirken hastanın duygularının göz ardı edilmesidir. Gerçeği duyarsız ve düşüncesizce söylemek, gerçeği saklamak kadar zarar verici olabilir. Kötü haber doğru bir şekilde iletilirse, hasta ve yakınları ile ilişkiyi olumlu yönde geliştirir, baş etmelerine yardımcı olur ve işbirliği olasılığı artar. ABD'de de konuya bireyin kişisel sorumluluğu ve yasalar çerçevesinde bakılmakta ve tanı hastaya söylenmektedir. Batı ve Kuzey Avrupa ülkelerinde de yaklaşım aynıdır. Buna karşın İtalya, İspanya, Yunanistan gibi Güney Avrupa ülkelerinde kanser tanısı ve prognozun söylenmemesi hasta yakınlarının tercihidir. Ülkemizde ailelerin hastadan tanıyı gizlemek için çaba sarf ettikleri ve hekimden hastaya tanının söylenmemesini istedikleri gözlenmektedir.

Hekim; kanser olduğunu sezen ya da kuşkulanan hastanın bilgilendirilmemesinin hastayı korkuları ve kaygıları ile baş başa bırakarak hastalık sürecinin derin

bir yalnızlık içinde geçirmesine sebep olabileceğini aileye izah edilmelidir. Sorunun diğer bir yanıtı da şu olabilir: Hastanın ne kadar bilmek istediğini anlamalıyız. Bu nedenle görüşmedeki en kritik noktalardan biri de, hastanın açık bir biçimde ne olup bittiğini bilmek isteyip istemediğinin anlaşılmasıdır. Bu bölümün atlanması, görüşmenin sonraki aşamalarına güvenle ilerlemeyi engeller. Hasta, bilgiyi isteyip istemediğini açıkça belirtmediği sürece ve bu konudaki açık isteği ya da isteksizliği bilinmedikçe, hastaya az mı, çok mu bilgi verildiği konusunda emin olmak zordur. Kötü haberle ilgili her konuşmada asıl sorun, "Bilmek istiyor mudur?" değil, "Neler olup bittiğini ne kadar bilmek istiyordur" konusudur. Önemli bir gerçek de; doktorların söylediklerinin, hastaların tek bilgi kaynağı olmamasıdır. Hastalar, ne olduğunun bir şekilde farkındadırlar. Birçoğu, dış duvarında dev harflerle "kanser hastanesi" yazan yapıların odalarında yattıklarının bilincindedir. Diğer hastalardan bir şeyler duyarlar, diğer personelden bilgi alırlar ve doktor hiçbir şey söylemese de iyi bir haber almayacaklarının farkındadırlar. Bir başka deyişle, her hasta belli bir düzeyde işlerin iyi gitmediğini bilir ya da öğrenir. Bu soruyu nasıl soracağımız, kendi tarzımızla ilgilidir: "Eğer durumunuz ciddileşirse, ne olup bittiğini açık olarak bilmek isteyen biri misiniz? Neyin yanlış olduğunu tüm ayrıntıları ile isteyen biri misiniz? Sadece tedavi planını mı duymak istersiniz? Size sadece durumu özetlememi mi tercih edersiniz? Eğer istemezseniz, sizin istediğiniz konuşabileceğim başka biri var mı?"

Bazı insanlarda kötü giden şeyleri bilmek istemezler. Fakat kendi yerine ailesinin bilmesini tercih edebilirler. "Siz hangisini tercih edersiniz?" gibi sorular hastanın sorununu konuşmak isteyip istemediğini anlamamıza yardımcı olur. Hastaya ne bilmek istediğini sormak, kendi tercihlerinin ne olduğunun anlaşılmasını sağlar. Hastaların birçoğu her şeyin tam olarak açıklanmasını ister. İstemeyenler ise inkâr düzeneğini kullanmaktadırlar ve bu da hastalar için gereklidir. Sorunu tüm açıklığıyla bilmek isteyen ve bunu onaylayan ailelere ise iletişimin duygusal öğeleri kullanılarak açıklama yapılmalıdır. "Korkarım size iyi olmayan haberler vereceğim, biyopsiniz karaciğer kanseri olduğunuzu gösteriyor", "Keşke daha farklı haberler verebilseydim, maalesef test sonuçları bunun bir kanser olduğunu gösteriyor", Raporunuz umduğumuz

gibi çıkmadı, midede kanser olduğunu gösteriyor", "Korkarım beklediğimizden daha ciddi bir durumla karşı karşıyayız. "Size daha iyi bir haber vermek isterdim" gibi. Haber iletdikten sonra hastanın ya da ailenin yanında duygusal tepkilerini ele alabilecek birinin kalması son derece destekleyici olacaktır.

Hastanın Ayrıntıları Bilmek İstemediği Durumlar

Hasta ayrıntıları bilmek istemezse, tedavinin nasıl olacağı ve nasıl bir bakım verileceği tartışılabilir. İçinde kötü haberin konuşulduğu görüşme tek yönlü bir iletişimdir. Hekim, hastanın sahip olmadığı ve verilmesi gereken bilgiye sahiptir. Bu aşamada unutulmaması gereken konu, tıbbi bilgileri hastaların algılamasının zor olduğudur. Çalışmalar, verilen bilgilerin basit bir işlemle ilgili olsa bile, %50'sinin anımsanmadığını göstermektedir. Sağlık personelinin sürekli kullandığı bilgilendirmeyi hastaların ilk kez duydukları unutulmamalıdır. Tıbbi açıklamalar yaparken kullanılan sözcüklere dikkat edilmeli ve tıbbi terimler kullanılmamalıdır. Meslek- sel iletişimin yaşamsal parçalarından biri de iletinin alınıp alınmadığını kontrol etmektir ve görüşme sırasında sık sık yapılmalıdır. Bu nedenle en önemli kural, bilgiyi küçük parçalar halinde vermektir. Hastanın beklentileri ve tıbbi gerçekler arasında büyük bir boşluk varsa, durumun hastanın gördüğünden daha ciddi olduğu uyarısı yapılarak anlaması kolaylaştırılabilir. Her aşamada hastanın yanıtı beklenerek hastanın anlamasına yardım edilir. Konuşmaya ara vermek, verilen bilginin küçük ve anlaşılabilir parçalara ayrılmasına yardım eder. Tek taraflı iletişimi ve hasta sessizliğini engellemek için ara ara, "Söylediklerim acaba anlaşılıyor mu?", "Ne demek istediğimi izah edebilir miyim?" gibi sorular sorulabilir. Bu tür sorular, hastanın söylenenleri anlayıp anlamamasının önemli olduğunu gösterir, hastanın konuşma için cesaretlendirilmesini sağlar.

Hastanın üstü kapalı sorularını dinlemek önemlidir. Derin kişisel kaygılar kolayca ortaya çıkmayabilir. Bazen hasta sorular sorabilir. Bu sorular genellikle hasta için çok önemli olan sorulardır. Eğer hasta bunu yaparsa, cümlelerinizi tamamlayın ve ne söylediğini sorun ve yanıt verin. Tam görüşmenin sonuna geldiği düşünülürken, hasta yeniden başlamayı gerektiren bir şey söyleyebilir. Bu, genellikle korku ve güvensizlikten kaynaklanır. Hasta, ko-

nuşmayı yeniden başlatarak bir şekilde kontrolü sağlamaya çalışır.

Kötü Haber Karşısında Hasta Tepkileri

Hemen hemen her hastada kötü haber karşısında şaşkınlık, kabullenmeme, hastalığın önemini reddetme, çaresizlik, yetersizlik, kötü haberin doğruluğuna inanmama, inkâr ve öfkeye kapılma gibi ruhsal tepkilerle birlikte günlük olağan yaşamın altüst olması, uyku, yeme, içme gibi doğal fizyolojik alışkanlıklarda bozukluklar gözlenir. Hastalar yas dönemine girebilir. Birkaç haftalık kabullenmeme sürecini takiben umutlanma, savaşıma süreci başlar. Ya da hızla tedaviye uyum gösterir, gerekenleri yapar ve bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Ancak inkâr safhasının uzun sürmesi, hastanın tedaviyi geciktirmesine ya da kabullenmemesine neden olabilir. Hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da psikiyatrik bozukluk saptandığında, zaman yitirmeden psikiyatrik tedaviye başlamak hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesine sağlar.

Birçok hastada son aşama kabullenmedir. Kabullenme, umutsuzluk olarak düşünülmemelidir, 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. Kötü haber verme görüşmesinin başarısı ya da başarısızlığı, hastanın tepkilerine ve bu tepkilere nasıl yanıt verildiğine bağlıdır. Gözyaşları, kızgınlık, kaygı normal tepkilerdir. Hastalar bilişsel olarak; inkâr, suçlama, suçluluk, korku ve utanma duygusu belirtilebilirler, kaygı hatta panik atak ortaya çıkabilir. Haber aynı da olsa her birey farklı tepkiler verir. Duygunun anlatılmasına izin vermek, kabul etmek ve sadece orada onunla olmak önemlidir. Duyguyu aynı biçimde hissetmek ve hastayla aynı bakış açısını taşımak gerekmez. Sessiz kalmak, dokunmak ve rahatlık sağlamak son derece destekleyicidir.

Bir Sonraki Görüşmeyi Planlama

İlerleyen süreçte neler yapılması gerektiği ile ilgili bir plan yapmak, strateji belirlemek ve bunları hastaya açıklamak gerekir. Hastanın kafamızda bir plan olduğunu görmeye ihtiyacı vardır. Plan

yapmayı ve bunu hastaya açıklamayı, hasta destek olarak algılar. Bu aşamada hastada gerçekçi bir ümit sağlanırken “en kötüye hazırlanması” konusunda da yardımcı olmak gerekir. Gerçekçi ümitler vermek destek sağlar. Sonlanma hakkında neyi bilmek istediklerini, ne beklediklerini sormak, kesin yanıtlar vermekten kaçınmak ve tahminleri, istatistikleri geniş bir aralıkta vermek, ümidi kırmamak açısından önemlidir. Bu noktada hastanın baş etme yöntemlerini tanımlamak ve güçlendirmek ve hastanın destek kaynaklarını tanımlamak ve bir araya getirmek de önemlidir. Çoğu hastanın destek alabileceği en azından bir ya da iki arkadaşı ya da akrabası vardır. Danışılan; hasta-profesyonel ilişkisi dışında yardım edebilecek kişileri de unutmamalıdır. Kötü haber verme görüşmesi, hastanın gelecek planları için bu tür destek kaynaklarını değerlendirme ve diğer desteklerle birleştirme için önemli bir buluşturma noktasıdır. Kaliteli bir kötü haber verme görüşmesinin kötü haberi alan kişilerin kötü haber kaynağı ile daha iyi başa çıkabildikleri gerçeği daima akıld tutulmalıdır.

* Yazarın 2011 yılında SD Dergisi 17. sayıya yayımlanan “Kötü Haber Vermek” başlıklı yazısının kendisi tarafından gözden geçirilmiş halidir.

Kaynaklar

- Amiel GE, Ungar L, Alperin M, et al. 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.
- Aoun SM, Bentley B, Funk L, et al. A 10-Year Literature Review of Family Caregiving for Motor Neuron Disease: Moving From Caregiver Burden Studies to Palliative Care Interventions. *Palliat Med*. 2013;27:437-446.
- Aoun SM, Connors SL, Priddis L, et al. Motor Neuron Disease Family Carers' Experiences of Caring, Palliative Care and Bereavement: An Exploratory Qualitative Study. *Palliat Med*. 2012;26:842-850.
- Back AL, Arnold RM, Tulskey JA, et al. Teaching Communication Skills to Medical Oncology Fellows. *J Clin Oncol* 2003; 2: 2433-2436.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*, 2000;5:302-311.
- Brewin TB. Three Ways of Giving Bad News. *Lancet* 1991; 337:1207-1209.
- Buckman R. Breaking Bad News: Why is it still so Difficult? *Br Med J* 1984; 288:1597-1599.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA* 1983; 249:751-757.
- Devrimci H, Ünlüoğlu G. Kanser Hastaları ve Yakınlarında Psikiyatrik Bozukluklar. *3P Dergisi* 1998;6:196-206.
- Elbi H. Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001;5:5-10.

Gebhardt C, Gorba C, Oechsle K, et al. Breaking Bad News to Cancer Patients: Content, Communication Preferences and Psychological Distress. *Psychosom Med Psychol* 2017; 67:312-311.

Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking Bad News 1: Current Best Advice for Clinicians. *Behav Med* 1998;24:53-60.

Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. *Eur J Cancer* 2000; 36:579-585.

<http://www.ttb.org.tr/mevzuati>. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. 01.08.1998; Sayı: 23420. Erişim tarihi 12.03.2020.

Lee A, Wu HY. Diagnosis Disclosure in Cancer Patients-when the Family Says “No!”. *Singapore Med J* 2002;43:533-538.

Locock L, Brown JB. 'All in the Same Boat'? Patient and Carer attitudes to Peer Support and Social Comparison in Motor Neuron Disease (MND). *Soc Sci Med* 2010;71:1498-1505.

Loge JH, Kaasa S, Hytten K. Disclosing the Cancer Diagnosis: The Patients Experiences. *Eur J Cancer* 1997; 33:878-882.

Mack JW, Block SD, Nilsson M, et al. Measuring Therapeutic Alliance Between Oncologists and Patients with Advanced Cancer. *Cancer* 2009;15: 3302-3311.

Maguire GP. Breaking Bad News: Explaining Cancer Diagnosis and Prognosis. *Med J Aust* 1999;171:288-289.

McCluskey L, Casarett D, Siderowf A. Breaking The News: A Survey of ALS Patients and Their Caregivers. *Amyotroph Lateral Scler* 2004;5:131-135.

McPherson CJ, Higginson IJ, Hearn J. Effective Methods of Giving Information in Cancer: A Systematic Literature Review of Randomised Controlled Trials. *J Public Health Med* 2001;23:227-234.

Mueller PS. Breaking Bad News to Patients: The SPIKES Approach Can Make His Difficult Task Easier. *Postgrad Med* 2002;112:15-18.

Mulder DW. Clinical Limits of ALS. *Neurol* 1982;15-22.

O'Brien MR, Whitehead B, Jack BA, Mitchell JD. From Symptom Onset to A Diagnosis of Amyotrophic Lateral Sclerosis/Motor Neuron Disease (ALS/MND): Experiences of People with ALS/MND and Family Carers - A Qualitative Study. *Amyotroph Lateral Scler* 2011;12:97-104.

O'Brien MR, Whitehead B, Jack BA, Mitchell JD. The Need for Support Services for Family Carers of People with Motor Neuron Disease (MND): Views of Current and Former Family Caregivers -A Qualitative Study. *Disabil Rehabil* 2012;34:247-256.

Ofiaz F. Sağlık Çalışanları İçin Kötü, Üzücü ya da Zor Haberleri İletme Tekniği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 62-69.

Okuyuz ÜH. Ölümçül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizi. *Kötü Haber Verilmeli mi? Kriz Dergisi* 2003; 11; 29-35.

Parker PA, Baile WF, de Moor C, et al. Breaking Bad News About Cancer Patients' Preferences for Communication. *J Clin Oncol* 2001;19:2049-2056.

Placek JT, Eberhardt TL. Breaking Bad News. A review of The Literature. *JAMA*. 1996; 276: 496-502.

Şenol S, Bitlis V, Ünal E, et al. Kanser Teşhis ve Tedavisi Amacı ile Bir Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastalarda Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5:103-108.

Tezcan AE. Kanserli Hastalarda Major Depresyon. *Türkiye Tıp Dergisi* 1996; 3: 172-177.

VandeKieft GK. Breaking Bad News. *Am Fam Physician* 2001; 64:1975-178.