

## Sağlık çalışanları için kötü, üzücü ya da zor haberleri iletme tekniği\*

Fahriye OFLAZ<sup>1</sup>

### ÖZET

Sağlık hizmetlerinin her aşamasında çalışanlar görevlerini yerine getirirken, bir şekilde kötü, üzücü ya da acı veren bir durumu karşı tarafa iletme zorunda kalmaktadır. Kötü bir haber vermek her zaman zor bir görevdir ve tam olarak doğru bir yolu olduğunu söylemek de olası değildir. Bununla beraber öğrenilmesi gereken en önemli iletişim becerilerinden biridir. Sağlık çalışanlarının birçoğu kötü haber vermeyi sıkıntı verici bulmakta ve bu görüşmeyi yapmakta zorlanmaktadır. Bu makalede, kötü haber verme görüşmelerini kolaylaştırmayı sağlayacak olan altı temel basamak özetlenmiş ve bazı iletişim teknikleri açıklanmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:62-69)

**Anahtar sözcükler:** Kötü haber, iletişim, sağlık personeli

## The strategy of breaking bad, sad or difficult news for health professionals

### ABSTRACT

In every stage of health care delivery, each health professionals has faced to break bad, sad, or difficult news to the others. Breaking bad news is always a difficult task and it is not possible to say that there is a right way to do it. However, it is a vital communication skill to learn during the school years. Many of health workers find it very distressful and having difficulties to do it. With this paper, it has been summarized the six steps of breaking bad news and some communication techniques have been explained. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2007; 8:62-69)

**Key words:** bad news, communication, health professionals

### GİRİŞ

Sağlık uygulaması içindeki herkes bir şekilde kötü, üzücü ve zor olarak nitelenen bilgileri hasta ve ailelerine iletme zorunda kalır. Kötü haber iletme sağlık personelinin işinin bir parçasıdır ve uygun bir biçimde yapılmalıdır. Bu, bir sağlık çalışanı için isterse seçebileceği bir beceri değil, zorunlu ve temel bir beceridir. Yeni yasalar ve hasta hakları ile ilgili protokoller de bu işin iyi yapılmasını gerektirmektedir. Her

şeyin ötesinde, bu görevin iyi yapılması mesleki doyuma katkıda bulunmaktadır. İyi yapılmadığı takdirde kötü haber verme ile ilgili anılar hem haberi veren kişide, hem de alan kişide olumsuz izler bırakan durumlardır. Bununla birlikte, sağlık personeli genellikle nasıl destekleyici olabilecekleri ve görüşmeyi etkin bir biçimde nasıl sürdürebilecekleri konusunda sıkıntı duymaktadır.<sup>1-4</sup> Mager ve Adrykowski, haberi veren doktorun kişilerarası ilişki becerilerinin hastanın

\* 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde (16-20 Eylül 2005) sunulmuştur

<sup>1</sup> Yrd.Doç.Dr.Sağ.Bnb. Fahriye OFLAZ, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Psikiyatri Hemşireliği BD, ANKARA

**Yazışma adresi:** Fahriye OFLAZ, GATA Hemşirelik Yüksekokulu 06018 Etilik/ANKARA

E-posta: foflaz@gata.edu.tr

daha sonraki ruhsal iyilik durumu ile doğrudan ilişkisi olduğunu belirtmiştir.<sup>5</sup>

### 'Kötü Haber' Neden Kötüdür?

Kişinin geleceğe bakışını olumsuz ve önemli düzeyde değiştiren her haber "kötü haber"dir. Kötü haberin etkisi bireyin beklentileri, istekleri, planları ve durumuyla, tıbbi gerçek arasındaki boşluğun büyüklüğüne bağlıdır. Kişi için değişik dönemlerde değişik durumlar kötü haber olabilir. Örneğin, ergenlik döneminde kronik bir hastalık tanısının konması, çok çocuklu bir kadın için gebelik haberi gibi. Kötü haber verme ile ilgili durumların çoğunda açık bir şekilde ölüm tehdidi olmamakla beraber, konu bu olduğunda görüşmenin yoğunluğu ve güçlüğü hem hasta için, hem de sağlık personeli için daha da artmaktadır.<sup>1-4</sup>

Birine hasta olduğunu söylemek her durumda kötüdür, çünkü hiç kimse hasta olduğunun söylenmesinden, yaşam tarzını değiştirmeye zorlayan reçeteler verilmesinden hoşlanmaz. Sağlık durumu nedeniyle yaşamındaki fırsatların azalması ya da tehdit edilmesi rahatsız edicidir. Aynı biçimde hiçbir sağlık personeli de kötü haber vermekten hoşlanmaz. Bu rahatsızlığın bir kısmı hastalık olgusuna toplumun bakış açısından, bir kısmı hastanın özelliklerinden, bir kısmı da sağlık çalışanlarının başkalarının acılarına yönelik empatik yaklaşımı ve eğitimde bu beceriyi öğrenmemiş olmasından, acıya neden olmama isteği ve kendi duygusal tepkilerini kontrol edememe korkusundan kaynaklanmaktadır.<sup>1,4</sup>

Konu ölüm olduğunda, ölümle yüzleşme korkusu kötü haber verme görüşmelerini daha zor duruma sokmaktadır. Günümüzde artık ölümlerin çoğu evde değil, kurumlarda olmaktadır. Ayrıca, birkaç neslin bir arada yaşadığı ve yaşam döngüsünün daha normal ve bütün algılandığı geniş aile azalmıştır. Bu nedenle, günümüzde yetişkinler ölümü artık yaşamın doğal bir süreci olarak algılayamamaktadır. Medyada yer alan hastalıklarla savaş ile ilgili mucize yaklaşımlar da, yaşam ve sağlıkla ilgili beklentileri artırmakta ve ölümsüzlük ümidi yaratmaktadır. Bu da sonuç olarak televizyonda ve gazetelerde mucizeler varken, kişinin tedavi olamayacağı düşüncesiyle yüzleşmesini engellemektedir. Ölümle ilgili her tür konuşmada rahatsızlığı artıran toplumsal etkilerin yanında, bireysel etkiler de bu konudaki rahatsızlığı artırmaktadır.<sup>1,6</sup>

Hasta açısından ölüm korkusu ele alındığında anımsanması gereken şey, yaşamı tehdit eden

hastalık ya da ölüm korkusunun tek bir duygusal durum olmadığıdır. Bu korku, aynı zamanda bireyin başka korkularını da içermektedir. Ölüm korkusuna eşlik eden korkular ağrı, hareket kaybı, sakat kalma gibi *hastalıkla ilgili korkular*; baş edememe, aklını kaybetme, bunama, kontrolü kaybetme gibi *ruhsal etkiler ile ilgili korkular*; var oluşsal korkular ve dinsel kaygılar nedeniyle *ölümden korkma*; yan etkiler (kellik, ağrı), cerrahi girişim (ağrı, zarar görme), beden imgesinde bozulma gibi nedenlerle *tedavi korkusu*; cinsel işlev ve çekicilik kaybı, yük olma, aile içinde rolünü kaybetmeyi içeren *aile ve arkadaşlarla ilgili korkular*; iş/güç/statü kaybı, işle birlikte sağlık güvencesini kaybetme riski, tedavi giderleri, yaşamın akışının dışında kalmayı da içeren *ekonomik, sosyal statü ve işle ilgili korkular*dır. Başka bir deyişle, ölüm korkusunun evrensel bir doğasının olmadığı, bireye özgü olduğu unutulmamalıdır.<sup>1,6</sup>

### Kötü Haberi Kim Vermelidir?

Kötü haberi iletme konusunda yanıtlanması gereken önemli iki sorudan biri, haberi kimin vereceği, diğeri de gerçeği söyleyip söylememedir. Kuramsal olarak hasta bakımı ve tedavisinin tüm yönlerinden sorumlu olan *doktoru* bunu yapmaktan sorumludur. Bununla birlikte, zor ve acemilik çekilen bir görev olduğu, bir standardı olmadığı için ve nöbet gibi gerekçelerle bu iş genellikle genç doktorlara ya da hemşirelere kalabilmektedir.<sup>1,2</sup>

Kötü haber dikkatlice ele alınması gereken, tedbir ve beceri gerektiren bir durumdur. Bu nedenle *bu işte uzmanlaşmış, deneyimi olan biri* tarafından yapılmalıdır. Ayrıca, kötü haberi vermek "anlılık" bir durumdan çok, zaman ayırmayı gerektiren soru ve sonuçların tartışıldığı bir süreç olduğundan *sonradan ortaya çıkabilecek sorulara yanıt verebilecek birinin* bunu yapması, hasta için daha yararlı olacaktır. İdeal ortamda, profesyoneller kötü haberi verme konusunda eğitilmiş olmalıdırlar. Uygulamada ise bunu öğreten bir ders yoktur. Gerçekte en deneyimsiz personel (tıp öğrencileri ve genç hemşireler) en zor sorularla karşılaşmaktadır. Bunun bir nedeni onların ekip içinde en az tehdit edici ve en çok hasta tarafında olan kişiler olarak görülmesidir. Diğer neden de, yanıtları bilemeyecek olmalarıdır. Bu, hastaların karşıt değerliliği ve gerçeği duymak isteyip istemediği konusundaki belirsizlik nedeniyle çekici olmalarını sağlayan bir özelliktir. Hastanın doktoru meşgul olduğunda, hemşireler hasta ve ailesi ile açık konuşmaları sürdürür ve

sorularına yanıt verir. Hastanın sağlık durumu ile ilgili endişe ve korkularını ele alır. Aslında kötü haber hasta ve aile tarafından ekibin tanınan ve güvenilen, terapötik bağı önceden kurmuş olan birisi tarafından verilmelidir ve haber iletildikten sonra hastanın ya da ailenin yanında duygusal tepkilerini ele alabilecek birinin kalması destekleyici olacaktır. Tüm bu nedenlerden dolayı sağlık ekibi içindeki her üye bu durumla yüz yüze kalabileceğinden, kötü haberi vermenin genel ilkeleri konusunda ve bireye nasıl destek olabileceği konusunda donanımlı hale getirilmelidir.<sup>1-4</sup>

Kötü haber vermek konusunda düşünülmesi gereken ve en zor olan etik soru ise, 'Kötü haberi verirken gerçeği söylemek zorunda mıyız?' sorusudur. Bu çok kolay yanıtlanabilecek bir soru değildir. Eskiden beri uygulamada bu ikilem sürüp gitmiştir. Gerçeğin söylenmesinden kaçınma tutumu gerçeğin zararlı olabileceğine, tıbbi gerçeklerin açıklanmasının hastanın ümidini ve iyi çabasının engelleyebileceğine dayanmaktadır. Ülkemizde bununla ilgili kesin bir bilgi olmamakla beraber, diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda gerçeği bilmek isteyen hastaların oranının, tahminlerin tersine %50-97 arasında olduğu belirtilmektedir. Günümüzde hastaların her tür tıbbi bilgiyi isteme hakkı (yasal ve etik olarak) vardır ve söyleyip söylememe değil, "nasıl söyleneceği" tartışılmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken, hastanın bilme hakkına saygı gösterilirken hastanın duygularının göz ardı edilmemesidir. Gerçeği duyarsız ve düşüncelemezce söylemek, gerçeği saklamak kadar zarar verici olabilir.<sup>1</sup>

Kötü haber doğru bir şekilde iletilirse, hasta ve yakınları ile ilişkiyi olumlu yönde geliştirir, baş etmelerine yardımcı olur ve işbirliği olasılıklarını artırır. Duyarsız bir şekilde yapıldığında ise, kötü haberi alanın sıkıntısını artırır, kişinin uyum ve dengeleme yeteneği üzerinde uzun süreli olumsuz etkilere neden olur. Bu görüşmede başarmak istediğimiz şey, *hastanın ve ailesinin baş etme stratejilerini artırmak ve güçlendirmektir*. Görüşme sırasında "elçi" ve "ileti"nin birbirinden ayrılmasını sağlayarak "ileti" kötü bile olsa, "elçinin" destek sisteminin bir parçası olarak görülebilmesini sağlamak önemlidir. Kötü haber sürecinin hazırlık, haberi verme ve izlem olarak 3 ana aşaması olduğu söylenebilir. Literatürde kötü haberi iletme için stratejiler belirlenmiş ve bunlarla ilgili eğitim çalışmalarının sağlık çalışanlarının sıkıntısını azalttığı ve hasta memnuniyetini artırdığı belirtilmiştir.<sup>3,7,8</sup>

**Kötü Haber Verme Tekniğinin Altı Basamağı**  
**Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:62-69**

### **1. Fizik ortamın düzenlenmesi ve görüşmeyi**

**başlatma:** Bir şeye başlamak her zaman zordur, fakat atasözlerinde söylendiği gibi, en uzun yolculuklar bile ilk adımla başlar. Kesinlikle olanaksız olmadıkça, bütün kötü haber görüşmeleri yüz yüze yapılmalıdır. İyi bir başlangıç sağlamanın ilk adımı, doğru fiziksel ortamı yaratmaktır ve bunun için mutlaka birkaç saniye ayırmak gerekir.<sup>1,2,9</sup>

Doğru fiziksel ortam için hasta ile aranızdaki engelleri kaldırın, uzaklığınızı ayarlayın, gözünüz aynı düzeyde olsun ve oturarak konuşun. Eğer olasıysa, hasta ve/veya ailesini ayrı bir odaya alın, böylece herkesin oturabildiği bir ortamda gizlilik sağlanmış olur. Bunun birçok klinik ortam için olanaksız olduğu söylenebilir ama bir görüşme odasının olduğu yerlerde bile genellikle bu odalar, oraya gitmek zaman alacağından kullanılmamaktadır. Görüşme odası yoksa ve hasta yatağında ise, yataklar arasındaki perdeyi çekmek ya da diğer hastalarla bir şekilde ayrılmasını sağlamak gizliliğe saygıyı gösterir. Eğer görüşmenin ayakta yapılması kaçınılmazsa (gidecek bir yer yoksa ve o anda görüşülmesi gerekiyorsa), en azından duvara dayanmak profesyonel kişinin bir süre orada duracağı, kaçıp gitmeyeceği mesajı verir. Ayrıca ayakta iken görüşme yapmak zorunda kaldığınızda kişiyi yana alarak, aradan geçişleri engelleyecek şekilde yakın durmak görüşmenin bölünmesini engeller.<sup>1,10,11</sup>

Hastaya kimleri yanında istediğini sorun. Hastanın yanında biri(leri) varsa, kim olduklarını sormadan konuşmaya başlamayın ve yanındakiler ziyareti bitirecek gibi durmuyorlarsa, hastaya ziyaretçinin yanında konuşup konuşamayacağınızı sorun ya da konuşmayı erteleyin. Sözlerinize başlamadan önce hastanın sözleri ve davranışları ile ne söylediğini anlamaya çalışın.<sup>3,10,11</sup>

Konuşmayı başlatırken uygun hitabı kullanarak, mesafeyi ayarlayarak ve beden dilinizin iletmesine dikkat ederek nezaket kurallarına uyun. Hastanın sizi ve ne iş yaptığınızı bildiğinden emin olun. Konuşmayı hasta başlatmamışsa "Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?", "Bugünü nasıl geçirdiniz?", ya da "Biraz konuşmamız gerekiyor, beni dinleyebilecek kadar iyi misiniz?" gibi bazı sorularla başlamak iyi olur. Ayrıca, duyarlı bir konuda konuşmayı başlatmadan önce, hastanın durumunu bilmek önemlidir. Hastanın ağrısı, bulantısı varsa, ya da daha yeni bir sedatif ilaç almışsa, bu tür bir konuşmayı yapmamak gerekir.<sup>1,11</sup> Bazan mutlaka konuşmanız gerektiğinde, "Şu anda kendinizi iyi his-

setmediğinizi biliyorum, ama belki bir iki dakika konuşabiliriz ve ben yarın tekrar gelirim.” gibi basit şeyler söylenebilir.

**2. Hastanın neyi, ne kadar bildiğinin öğrenilmesi:** Bu adım hastanın hastalığı hakkında ne ve ne kadar bildiği konusunda fikir verir. Görüşmenin en üst düzeyde dinleme becerisi ve tam bir odaklanma gerektiren önemli bir adımdır. Yanlış bilgiler ve gerçeklerin bir kısmını bilmek daha çok anksiyeteye neden olabilir. Hedef, hastanın tanı sınıflandırması ya da temel patoloji hakkında ne bildiğini değil, hastalığın geleceğini nasıl etkileyeceği konusunda neler bildiğini öğrenmektir. Bunu sağlamak için “Hastalığınızla ilgili olarak şimdiye kadar neler yaptınız?”, “Bu bulantı, kitle vs. hakkında ne düşünüyorsunuz?”, “Dr. X sizi buraya gönderirken ne söyledi?” gibi sorular yardımcı olacaktır.<sup>1,2,10</sup> Bu soruların yanıtları dikkatle dinlendiğinde hasta hakkında üç önemli bilgi verecektir:

a. Hastanın tıbbi durumunu algılayışı hakkında fikir verir. Hastanın ne kadar anladığı ve tıbbi gerçekliğe ne kadar kapalı olduğunu anlamayı sağlar. Bazı hastalar bu noktada kendilerine bir şey söylenmediğini belirtir. Bunun doğru olmadığı bilinse bile, hastanın yadsımasının bir belirtisi olarak kabul edilmeli ve hemen yüzleştirilmemelidir. Hasta sizden bir bilgi rica etmek üzere olabilir, durumu kısmen yadsıyor olabilir ve bir önceki ile aynı bilgiyi verip vermediğini görmek istiyor olabilir. Önceki bilgiyi yadsıyan hasta, sıklıkla kızgınlık ve huzursuzluğa neden olur. Bu nedenle, hastanın yadsıma aşamasında olabileceği unutulmamalıdır.

b. Hastanın anlatım biçimi, hastanın duygusal durumu, eğitim düzeyi ve konuşurken nasıl bağlantılar kurduğu ile ilgili bilgiler verir. Hastanın hangi sözcükleri kullandığına ve neleri kullanmaktan kaçındığına dikkat etmek önemlidir. Hastanın anlama düzeyi bilinirse, konuşmaya ve bilgi vermeye o düzeyden başlanabilir. Ancak bu değerlendirmeyi yaparken hastanın mesleğini dikkate almamak (özellikle hasta sağlık personeli ise) önemlidir. Çünkü hasta sağlık personeli ise, sıklıkla kendinizi bir biçimde bir şeyleri varsayıyor bulursunuz. Bu nedenle, hasta sağlık personeli ise, bu stratejiyi izlemek daha da önemlidir. “Bir hemşire/doktor olduğunuzu biliyorum, ama umarım size de diğer hastalar gibi davranmamda bir sakınca yoktur. En baştan başlayacağız ve eğer bildiğiniz şeyleri söylersen beni uyarın.” diyerek konuşmayı başlatmak çok daha iyi olur.

c. Hastanın söylediklerinin duygusal içeriğini anlamak önemlidir ve hastanın konuştuğu ile

ilgili ve sözcüklerin ima ettiği duyguları anlamaya çalışılmalıdır. Hastanın özellikle hangi duygu ile ilgili konuşmaktan kaçındığına ve sözel olmayan iletilerine (doktordan ne kadar uzağa oturduğu, ileri doğru kamburlaşma, ağlama, ellerini ovuşturma) dikkat edilmelidir. Sözel ve sözel olmayan anlatımlar arasındaki uyumsuzluğa bakmak da önemlidir (eller anksiyete gösterirken, sözler soğukkanlı ve cesurca olabilir). Bunlar hastanın duygusal durumu ile ilgili basit ipuçlarıdır ve normal olup olmadığı konusunda karar vermek ve yargılamak doğru değildir.

**3. Hastanın ne kadar bilmek istediğinin öğrenilmesi:** Görüşmedeki en kritik noktalardan biri, 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.<sup>1,2,10</sup>

Kötü haberle ilgili her konuşmada asıl sorun “Bilmek istiyor musunuz?” değil, “Neler olup bittiğini ne kadar bilmek istiyorsunuz?”dur. Genel yanılmanın aksine, doktorların söyledikleri, hastaların tek bilgi kaynağı değildir. Hastalar, ne ve nasıl hissettiğinin farkındadırlar, tetkiklere ya da operasyona gönderildiklerini bilirler, diğer hastalardan bir şeyler duyarlar, diğer personelden bilgi alırlar ve doktor hiçbir şey söylemese de iyi bir haber almayacaklarının farkında olurlar. Bir başka deyişle, her hasta belli bir düzeyde işlerin iyi gitmediğini bilir, ya da öğrenir. Biz bunu sorarak basit bir biçimde hastanın sorunu açıkça tartışmak isteyip istemediğini anlamış oluruz.<sup>1,4,10</sup>

Çalışmaların çoğu bilginin tartışılmasından çok, tartışılmamasının sıkıntı yarattığını belirtmektedir. Hastaya ne bilmek istediğini sormak, kendi tercihlerinin ne olduğunu incelemelerini sağlar. Çoğunluğu tam olarak açıklanmasını isteyecektir, istemeyenler ise yadsıma düzeneğini kullanmaktan uzaklaştırılmayacak ve sonrasında ek bir sıkıntı yaşamayacaktır. Aşağıda bu sorunun başka sözlerle anlatımını sağlayacak örnekler yer verilmiştir. Bu soruyu nasıl soracağınız kendi tarzınızla ilgilidir.<sup>1</sup>

\* Eğer durumunuz ciddileşirse, ne olup bittiğini tam/açık olarak bilmek isteyen biri misiniz?

\* Neyin yanlış olduğunu tüm ayrıntıları ile isteyen biri misiniz, ya da sadece tedavi planını mı duymak istersiniz?

\* Tam olarak neler olup bittiğini bilmek ister

misiniz, ya da size sadece durumu özetlememi mi tercih edersiniz?

\* Durumunuzun ayrıntıları hakkında size mi bilgi vereyim, yoksa konuşmamı istediğiniz başka biri var mı?

Bu yaklaşımlardan sonra hasta bütün ayrıntıları bilmek istemezse, diğer iletişim kanalları kapanmamış olur. Özellikle "... birisi misiniz?" sorusu hastaya birçok insanın bundan hoşlanabileceği ve eğer tartışmak istemezse bunun ona özel bir davranış olmayacağı, zayıf ya da korkak olmadığı iletisini verir.

Görüşmenin bu bölümü bilgiyi paylaşmak için açık bir davettir. Eğer hasta bunu reddederse, daha sonrası için kapı açık bırakılmalıdır (örn., "Tamam, eğer fikrinizi değiştirirseniz ve daha sonra sorularınız olursa, bunları her zaman sorabilirsiniz."<sup>1</sup>)

**4. Bilginin/durumun paylaşılması ve öğretilmesi:** Hasta ayrıntıları bilmek istemezse, tedavinin nasıl olacağı ve nasıl bir bakım verileceği tartışılabilir. İçinde kötü haberin konuşulduğu görüşme bir yönlüdür, hastanın sahip olmadığı ve verilmesi gereken bilgiye sağlık personeli sahiptir. Yanı sıra, hastanın tepkileri de görüşmenin en önemli bölümüdür. Görüşme öncesinde her şey planlı olmasa da, ne konuşulacağıyla ilgili bir taslak olması iyi olur.<sup>3,10</sup> Her aşamada ne kadar bilginin açıklanacağı hastalığa, tedavi seçeneklerine ve hastanın tepkilerine bağlıdır. Görüşmeye başlarken kısa bir giriş yapmak her zaman en kolay yoldur ("Hastalığınızın ne olduğunu ve tedavisini anlatarak başlayacağım ve sonra ileride neler olacağını ve başka şeyleri konuşabiliriz." gibi).<sup>1,2</sup> Hastaya verilecek bilgi:

- \* Hastalığı ve hastalığın olası gidişini,
- \* Tedavi biçimini ya da planını,
- \* Karşılaşılabilecek sorunları ve sonlanmayı,
- \* Bunlarla baş etme yollarını ve desteğin biçimini içermelidir.

Görüşmenin bu aşamasında hastanın durumu hakkında neyi, ne kadar bildiği ve kullandığı sözcükler artık bilindiğinden, başlarken bunları kullanmak yararlı olur. Elden geldiğince hastanın sözlerini kullanarak bunların doğruluğunu pekiştirmek ve böyle sürdürmek gerekir. Bu, hastanın kendine ve haberi verene güvenini artırır. Durumla ilgili kendi bakış açısının işitildiği ve önemsendiği iletisini verir. Bu aşamada hastanın duruma bakış açısı, tıbbi gerçeklere daha yakın duruma getirilmeye çalışılır. Bu aşamayı en iyi 'eğitim' sözcüğü karşılar. Bu aşamada, hastanın ne anladığı ile bunun tıbbi gerçeklikle yakınlığı değerlendirildikten sonra, hasta-

nın anlayışını küçük küçük değiştiren ve hastanın yanıtının sürekli izlendiği eğitim süreci başlar. Bu süreçte, hastayı gerçeklere yaklaştıran yanıtları pekiştirmek, hasta anlamdan uzaklaşıyorsa ilgili tıbbi bilgiyi vurgulamak önemlidir.<sup>1,2,10</sup>

Bu aşamada unutulmaması gereken şey, tıbbi bilgileri hastaların sindirmesinin zor olduğudur. Çalışmalar, verilen bilgilerin basit bir işleme ilgili olsa bile, %50'sinin anımsanmadığını göstermektedir. Tanı ciddi olduğunda, bu kayıp daha önemlidir ("Kanser dediğiniz andan sonra ne dediğinizi anımsamıyorum..."). Sağlık personelinin sürekli kullandığı bu bilgileri hastaların ilk kez duydukları unutulmamalıdır. Bu nedenle en önemli kural, bilgiyi küçük parçalar halinde vermektir.<sup>2,11</sup> Bu süreci başlatmak için en iyi tekniklerden biri 'uyarı atışı'dır. Hastanın beklentileri ve tıbbi gerçekler arasında büyük bir boşluk varsa, durumun hastanın gördüğünden daha ciddi olduğu uyarısını yaparak anlaması kolaylaştırılabilir. Sonra aşama aşama sonlanmayla ilgili daha ciddi konular verilerek ve her aşamada hastanın yanıtı beklenerek hastanın anlamasına yardım edilir ("Bu morarmalarla geldiğinizde yapılan kan testi, kanınızda trombosit dediğimiz hücrelerin az olduğunu gösterdi. Bu hücreler kemik iliğinde yapılır, bu nedenle yanışın nerede olduğunu görmek için doktorunuz kemik iliği testi istedi. Bu test bir problem olduğunu söylüyor...").<sup>1,2,9</sup>

Tıbbi açıklamalar yaparken kullanılan sözcüklere dikkat edilmeli ve tıbbi terimler kullanılmamalıdır. Sağlık personelinin kullandığı dil, sadece aynı meslekten olanlar için kolay anlaşılabilir. Bir başka deyişle, hastalar bu kapalı dili anlamazlar ve dışlanmış hissederler. Görüşmede kullandığımız sözcüklerin kendimiz için değil, hastanın yararına olması gerektiği unutulmalıdır.<sup>2,9,11</sup>

Mesleksi iletişimin yaşamsal parçalarından biri de, iletinin alınıp alınmadığını kontrol etmektir ve görüşme sırasında sık sık yapılmalıdır. Konuşmaya ara vermek, verilen bilginin küçük ve anlaşılabilir parçalara ayrılmasına yardım eder. Monoloğu kırmak için ara ara "Söylediklerim anlaşılıyor mu?", "Ne demek istediğimi anlıyor musunuz?" gibi sorular sorulabilir. Bu tür sorular, hastanın söylenenleri anlayıp anlamasının önemli olduğunu gösterir, hastanın konuşmasını sağlar (hastaların çoğu o kadar şaşkın ve şoktadır ki, sanki sesleri yokmuş gibi görünürler ve konuşmak için cesaretlendirilmeye gereksinime duyarlar).<sup>1,2</sup>

Bilginin verilmesinde diğer önemli bir konu da,

bilginin netlik kazanması ve pekiştirilmesidir. Pekiştirme sağlamanın en iyi yollarından biri, söylenenleri hastanın yinelemesini sağlamaktır. Sessizce oturan ve uygun aralıklarla başıyla onaylayan bir hasta, söylenenlerin ana noktalarını kaçırmış olabilir ve önemli sözcükleri farklı anlamış olabilir. Bu tür yinelemeler, sonra olabilecek yanlış anlamaları önleyecektir. Diğer bir yol da önemli noktaları sizin yinelemenizdir. Özellikle bilgi ciddi ise ve yadsıma düzeneği çalışıyorsa, birkaç kez yinelemek çok önemlidir. Bilgiyi yinelerken empatik tepkileri kullanmak ("*Bütün bunları anımsamanın zor olduğunu biliyorum.*" gibi) destek sağlar.<sup>1,10</sup>

Pekiştirme için bir başka yöntem de, bilgi verirken boş bir kağıda birkaç karalama yapmaktır. Bu yöntem karmaşık kemoterapi protokollerini açıklarken, ameliyatın aşamalarını anlatırken yararlı olur. Var olan yazılı materyalleri kullanmak da yararlıdır; bunları hastaya vermeden önce okumak ve içinde ne yazılı olduğunu bilmek önemlidir. Tüm bu teknikler birkaç dakika alır ve görüşmenin uzamasını engelleyebilir.<sup>1</sup>

Bilgi verirken hastanın endişe ve kaygılarını izlemek ve onda endişe ve anksiyete yaratan durumları anlamaya çalışmak önemlidir. Genellikle hastanın ve profesyonelin kaygısı farklıdır. Örneğin, hastalar genellikle birincil hastalığın etkilerinden çok, tedavinin etkilerinden endişe duyabilir. Bu kaygılara hemen yanıt vermek gerekmez, ancak duymazlıktan gelmek ya da öyle görünmek yerine, hastaya ne hakkında konuştuğunu anladığını, sonra yeniden bu konuya döneceğini söylemek gerekir. *Hastanın üstü kapalı sorularını dinlemek önemlidir.* Derin kişisel kaygılar kolayca ortaya çıkmayabilir (Bazan 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 gelindiği düşünülürken, hasta yeniden başlamayı gerektiren bir şey söyleyebilir. Bu, genellikle korku ve güvensizlikten kaynaklanır, konuşmayı yeniden başlatarak hasta, bir şekilde kontrolü sağlamaya çalışır.<sup>1,2,10</sup>

**5. Hastanın duygularına yanıt verme:** Kötü haber verme görüşmesinin başarısı ya da başarısızlığı hastanın tepkilerine ve bu tepkilere nasıl yanıt verildiğine bağlıdır. Bu tepkileri tanıdıkça değişim ve gelişim sağlanır. Gözyaşları, kızgınlık, anksiyete normal tepkilerdir. Hastalar bilişsel olarak yadsıma, suçlama, suçluluk, korku ve utanma duygusu belirtebilirler; panik nöbeti yaşayabilirler. Haber aynı da olsa, her birey farklı tepkiler verecektir. Duygunun anlatıl-

masına izin vermek, kabul etmek ve sadece orada onunla olmak önemlidir. Duyguyu aynı biçimde hissetmek ve hastayla aynı bakış açısını taşımak gerekmez. Sessiz kalmak, dokunma ve rahatlık sağlama destekleyici olabilir. Hastanın güven duyma ve destek gereksinmesi hakkında veri toplamak ve bunları karşılamaya çalışmak önemlidir.<sup>1,2,4</sup>

**6. Planı belirleme ve sonraki görüşmeyi planlama:** Görüşmenin bu noktasında haberin kötülük düzeyine göre hasta kendisini şaşkın, keyifsiz ve dezorganize hissedebilir. Bir profesyonel olarak gelecek için planlar önermeniz için size bakmaktadır. Bu tutum bir profesyonelle bir arkadaşı birbirinden ayıran tutumdur. Görüşmenin bu noktasında, hastanın ajandası hakkında bilinenler ile tıbbi senaryo ve baş etme planını biraraya getirmeye çalışmak gerekir.<sup>1,10</sup>

Bu aşamada hastanın sunduğu *sorun listesine ilişkin anlayışlı olmak ve tedavi edilebilir olanla olmayanın ayırt edebildiğini hastaya göstermek* önemlidir. Hasta sorunlarını ortaya koydukça, sorunları bir liste şeklinde sıralamak yardımcı olur ve bu hastanın öncelikli olan sorunlarını görmesini sağlar. Bundan sonra, hangi sorunun önce ele alınacağı ve üstesinden gelineceğini söyleyerek ajanda oluşturmaya başlanabilir.<sup>1,2</sup>

Bundan sonra neler yapılması gerektiği ile ilgili bir plan yapmak/strateji belirlemek ve onu açıklamak gerekir. Bu bölüm *gelecek için kontrat yapma aşamasıdır.* Hastanın kafanızda bir plan olduğunu görmeye gereksinmesi vardır. Plan yapmayı ve bunu hastaya açıklamayı, hasta destek olarak algılar. Bu, hasta ile yakın gelecekteki ilişkinizi ve onun için ne yapacağınızı tanımlar. Bu aşamada hastada gerçekçi bir ümit sağlanırken 'en kötüye hazırlanması' konusunda da yardımcı olmak önemlidir. Gerçekçi ümitler vermek destek sağlar. Sonlanma hakkında neyi bilmek istediklerini/ne beklediklerini sormak gerekir. Kesin yanıtlar vermekten kaçınmak ve tahminleri, istatistikleri geniş bir aralıkta vermek ümidi kırmamak açısından önemlidir.<sup>1,10,12</sup>

Bu noktada hastanın baş etme yöntemlerini tanımlamak ve güçlendirmek önemlidir. Kronik hastalıkla yüzleşirken, hasta kendine yardım edebilmelidir. Hastaya yardım edecek ruhsal kaynaklara bakmak ve hastanın kendisi için neler yapabileceğini değerlendirmesine yardım etmek gerekir.<sup>1,2</sup>

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. Ancak genellikle

hastanın bir kapasitesi olduğunu unutmakla kalmayıp hasta-profesyonel ilişkisi dışındaki yardım edebilecek kişileri de unutma eğilimi gösterilir. Kötü haber verme görüşmesi, hastanın gelecek planları için bu tür destek kaynaklarını değerlendirme ve diğer desteklerle birleştirme için önemli bir buluşurma noktasıdır.<sup>1,2,10</sup>

Görüşmenin son aşaması *özetleme ve gelecek için kontrat yapmadır*. Bu aşamada yapılan özetleme, hastaya onu dinlemiş olduğunuzu, ana sorunları ve endişeleri anladığınızı göstermelidir. Bu aşamada bütün sorunlara çözüm bulunamayabilir, durumla ilgili dürüst yorumlara yer verilebilir ve belirsizliklere işaret edilebilir ('En çok 6 hafta tabletlerle devam edeceğiz, sonra eğer stabilite sağlanamazsa, testleri yineleyeceğiz ya da her tedavi başında röntgenle izleyeceğiz; iki kürden sonra gelişme olmazsa, duracağız ve yeni bir plan yapacağız').<sup>1</sup>

Ana noktaları özetledikten sonra hastaya "*Şimdi bana sormak istediğiniz bir şey var mı?*" gibi bir soru yöneltilmelidir. Bazan hastalar endişelerinin içinde sıkışıp kalırlar ve açıkça konuşmaya davet etmedikçe öylece kalırlar. Görüşmenin bu bölümü dersin sonundaki soru bölümü kadar önemlidir. Çözümlememiş sorunlar açığa çıkabilir. Hastaların çoğu kendini kötü hisseder ve o anda soru soracak hiçbir şey bulamayabilir. Hastaya bunun soru sormak için son şansları olmadığını söylemek yararlı olur ve akıllarına bir soru gelirse, onları not ederek bir dahaki görüşmeye getirmelerini istemek, özendirici olur.

Son olarak, gelecek için bir kontrat yapılmalıdır. Bu basitçe '*Sizi iki gün sonra yine görecekmiş, ya da yeni ..X.. tedavisini deneyeceğiz, sizi klinik vizitesinde yarın görecekmiş.*' gibi anlatımlarla bu sağlanabilir ve önemlidir. Hasta tekrar görülmeyecekse, en azından hastaya iletişim ağının nasıl olacağını belirtmek gerekir. İnsanın bir özelliği olarak, herkes hasta olduğunda birisi için özel olmak ister ve ilgilenilmekten korkar. Bu nedenle hiçbir görüşme özetleme ve kontrat yapılmadan bitirilmemelidir.<sup>1</sup>

## ÖLÜM HABERİ

Bir aile üyesine yakınının öldüğünü söylemek her tür klinik ortamda zordur. En zor ve en sık yaşanan ortamlar ise, acil servislerdir. Burada hastanın ölümü genellikle beklenmedik biçimde ve anidir. Ölüm haberi aile üyelerinin genellikle iyi ya da eğlendiği bir anda gelir ve bu, acı ve şoku daha da artırır. Daha da kötüsü, haberi vermeden önce aile üyeleri ile tanışma şansı, habere hazırlanmayı sağlayan bir süreç yoktur.<sup>1</sup> Ölüm haberi vermek için basamaklar şunlardır:

**Anatolian Journal of Psychiatry 2007; 8:62-69**

**1. Doğru fiziksel ortamı sağlama:** Ölüm haberini vermek için gizliliğin olduğu bir ortam sağlamak önemlidir. Odalardan birini, ya da varsa görüşme odasını kullanmak en iyisidir. Böyle bir odaya kadar gitmek, uzun bir yol gibi görünebilir, ancak bekleme salonları ve koridorlar gibi yerlerde bu haberi vermek felaketi çağırır olur. Haberi verirken mutlaka oturmak ve aile üyelerinin de oturmasını sağlamak önemlidir.<sup>1</sup>

**2. Kendini tanıtmaya ve aile üyelerini tanıma:** Bir hastalık sonucunda ölüm gerçekleşmişse, ölüm haberi aileyi tanıyan, daha önceden tanıyan ve güvenilen birisi tarafından verilmelidir. Ölüm akut bir durum sonrasında ise, aile üyelerine isminizi ve görevinizin ne olduğunu söyleyin. Aile isminizi genellikle anımsamayacaktır, ama isimsiz bir yabancından bu haberi almak çok daha zordur. Bu tanışma, size aileyi tanıtmada ve uyum sağlamada zaman kazandırır. Kendini tanıtarak ve aile üyelerini tanıyarak ('*Bana kim olduğunuzu söyler misiniz, lütfen*') herkesin olduğu bir ortamda açıklamanın uygun olup olmadığını kontrol etmiş olursunuz.<sup>1</sup>

**3. Olanları kısaca anlatarak ölüm haberini söyleme:** Uygun selamlaşma ya da tanışma sonrasında ne söyleyeceğiniz sizin tarzınıza bağlıdır, ama şu yöntemler kullanılabilir:<sup>1</sup>

a. Aile en son gördüğünde hasta yaşıyor idiyse, ailenin o anda neler düşündüğünü öğrenmeye çalışmak uygun olur (2. basamak, ne biliyorlar?). Elbette, burada 'ne bilmek istiyorlar basamağı' atlanır. Bundan sonra neler olduğunu ve yapıldığını anlatmak gerekir. Kısa ve basit olmasına özen gösterilmelidir. Bu durumdaki aile söylenenlerin çoğunu anımsamayacaktır. En önemli an, hastanın öldüğünü söyleme anıdır; genellikle kısa, basit bir biçimde öyküleştirilebilir ('*Kalbi atmamaya başladık ve biz yeniden kalp atımını başlatmaya çalıştık, fakat maalesef yapabileceğimiz çok fazla bir şey yoktu. Bunu söylediğim için üzgünüm ama ...'ı kaybettik*').

b. Aile en son gördüğünde hasta yaşamıyorsa, bu durumda aile üyelerine ne düşündüklerini sormayın, doğrudan neler yapıldığını açıklayan ve ölüm haberini onaylamaya doğru ilerleyen kısa bir anlatımda bulunun ('*Çok ağır bir iç kanaması vardı, bunu söylediğim için üzgünüm ama hastaneye geldiğinde ölmüştü. Onu geri getirmek için yapabileceğimiz bir şey yoktu*').

**4. Aile üyesi konuşmayı böldüğünde, ölümü onaylamaya hazırlıklı olma:** Aileyi kötü bir habere hazırlamaya çalışırken, anlatımı karmaşık yaparak ve içinde dönüp durarak ailenin ıstırabını artırmamak önemlidir. Aile sizi durdurur-

sa, anlatımınızı kesmeye ve ölüm haberini vermeye hazır olun. Neden başarısız olunduğu ile ilgili sonrasında da açıklama yapılabilir.

**5. Empatik yanıtlar verme:** Empatik yanıtlar vermek en değerli tekniklerdir. Bunlar her tepki için kullanılır ('*Bunları duymak zor olmalı*' gibi). Ağlama, şok ve kızgınlık tepkilerine hazırlıklı olmak gerekir. Aile üyeleri ölümü kavradığında yalnız kalmak isteyebilir, ya da kaybedilen aile üyesini görmek isteyebilir. Bu anda ne istediklerini sormak faydalı olur. Görmek isterlerse ortamdaki rahatsız edici görüntüleri temizledikten sonra görmelerini sağlamak ve vücudun görünümündeki değişikliklere hazırlamak gerekir. Duygusal vedalaşmalar için zaman tanımak, acele ettirmemek ve kişinin acısını/kederini gösterebileceği, yaşayabileceği güvenli ve göz önünde olmayan bir alan sağlamak uygun olur. Ölen kişi hakkında konuşurken ismini kullanmak ve duyarlı olmak olumsuz tepkileri önler.<sup>1,9,13</sup>

**6. Görüşmeden sonra yardımcı olabilecek birinin orada bulunmasını sağlama:** Görüşmeden sonra yardımcı olabilecek birinin orada bulunmasını sağlamak önemlidir. Sadece bir aile üyesi varsa (yalnız bir eş gibi), odada yalnız bırakmamak gerekir. Bir arkadaş ya da aranabilecek, kısa sürede oraya ulaşabilecek bir akrabası olup olmadığını sormak gerekir. Eğer yoksa kısa bir süre onunla kalabilecek biri bulunmalıdır (sosyal çalışmacı, hemşire gibi).<sup>1,13</sup>

Özetle, ölüm haberini yüz yüze vermeye çalış-

mak, dürüst olmak, bireyin yanında olarak sessiz destek sağlamak, görmek isteyip istemediğini, dinsel uygulamaları olup olmadığını, banyo veya diğer vücut bakımı isteyip istemediğini ve başkalarına haber vermek isteyip istemediğini sormak önemlidir. Anormal yas tepkileri olup olmadığını kontrol etmek, destek sistemini açığa çıkarmak ve izlem görüşmesi planlamak destek sağlar. Cenaze/otopsi/organ bağıışı hakkında konuşurken duyarlı olmak ve kaybedilen kişinin ismiyle hitap etmek gerekir.<sup>9</sup>

Sonuç olarak, vereceğiniz haberin içeriği ne olursa olsun (hastalık, ölüm):

- Vereceğiniz haberi konuşmak için yeterince zaman ayırın ve bölünmesini engelleyin,
- Vereceğiniz bilgiyi bireyin baş edebileceği hızda anlatın,
- Böyle bir haber aldığı için üzgün olduğunuzu söyleyin,
- Bilgiyi verirken bireyin orada olmasını istediği eşi ya da diğer aile üyelerini de görüşmeye alın,
- Sık sorulan sorular için hazırlanmış yazılı materyallerden yararlanın,
- Verilecek olan haberi zaman geçirmeden, elden geldiğince çabuk verin ama kişiyi iş yerinden/çalışırken aramayın,
- Kişisel olarak aynı deneyimi yaşamadıkça "Ne hissettiğinizi anlıyorum" demeyin,
- Rahatlatıcı sözsüz iletileri kullanın,
- Kötü haberi telefonla vermeyin,
- Haberi iletirken ümidi yok etmeyin.

## KAYNAKLAR

1. Buckman R. *How to Break Bad News-A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1992.
2. Brixey L. *The difficult task of delivering bad news*. AAACN Viewpoint, Proquest Nurs J 2003;25:3-5.
3. Billson A, Tyrrell J. *How to break bad news*. Curr Paediatrics 2003; 13:248-287.
4. Fallowfield L, Jenkins V. *Communicating sad, bad, and difficult news in medicine*. Lancet 2004; 363:312-319.
5. Mager WM, Andrykowski MA. *Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment*. Psycho-Oncology 2002; 11:35-46.
6. Rudnick A, Ezra Y, Melamed E. *Breaking bad news and personality assessment*. Patient Educ Couns 2000; 41:157-160.
7. Ladouceur R, Goulet F, Gagnon R, Boule R, Girard G, Jacques A et al. *Breaking bad news: impact of a continuing medical education workshop*. J Palliat Care 2003; 19:238-245.
8. Farber NJ, Friedland A, Aboff BM, Ehrenthal DB, Bianchetta T. *Using patients with cancer to educate residents about giving bad news*. J Palliat Care 2003; 19:54-57.
9. Blok GA, Dalen J, Jager KJ, Ryan M, Wijnen RMH, Wight C et al. *The European Donor Hospital Education Programme (EDHEP): addressing the training needs of doctors and nurses who break bad news, care for the bereaved, and request donation*. Transpl Int 1999; 12:161-167.
10. Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL, Ptacek JJ. *Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process*. Support Care Cancer 1999; 7:113-120.
11. Anuk D. *Kanser, kanserli hasta, hasta ailesi ve tedavi ekibi etkileşimi*. S Özkan (ed), *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999*, İstanbul, 1999, s.166-172.
12. Links M, Kramer J. *Breaking bad news: realistic versus unrealistic hopes*. Support Care Cancer 1994; 2:91-93.
13. Carpenito-Moyet LJ. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. F Erdemir (çev.), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005, s.8-9.