

## KÖTÜ HABER VERME TEKNİKLERİ

Mehmet Emin Demirkol<sup>1</sup>, Filiz Koç<sup>2</sup>

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Psikiyatri ve <sup>2</sup>Nöroloji Anabilim Dalı

Meslek hayatımız süresince zaman zaman motor nöron hastalığı (MNH) gibi morbidite ve mortalitesi yüksek, hasta ve ailesi tarafından bir anda kabul edilmesi çok zor olan hastalıklar ile ilgili hasta ve/veya hasta yakınlarına kötü haber verir, bunu zaman içinde elde ettiğimiz bilgi, tutum ve beceriler doğrultusunda gerçekleştiririz.

Kötü haber verme, temel bir iletişim becerisidir. Genel olarak etkili bir iletişimin önündeki en önemli engeller dil, sosyokültürel düzey ve yaştır. Nörolojik hastalıklarda ise kendi başına yetebilirlik açısından erkek cinsiyet, yetersizlik ve suçluluk düşünceleri iletişimin etkinliğini azaltan faktörlerdir (Locock ve ark. 2012, Aoun ve ark. 2015, O'Brien ve ark.2012). Hasta-hekim iletişimi ile ilgili pek çok çalışma yapılmış olup Amerika'da yapılan 144 katılımcılı bir çalışma, hastaların ancak yarısından azının kendileri ile kurulan iletişimden memnun oldukları, %16'sının ise kurulan iletişimi çok kötü olarak değerlendirdiklerini göstermiştir (McCluskey ve ark. 2004).

Hastalara göre bir görüşmeyi yetersiz hale getiren en önemli faktör, bilgilendirme için gereken sürenin kısıtlılığıdır. Hekimlerin kısa süre içerisinde yeterli açıklamayı yapamadıkları durumlarda, hastalar hekimlerin duyarsız, tedavi sürecinde ümitsiz ve destekleyici olmadıklarını düşünmektedirler (Back ve ark. 2003). MNH tanısı alan hastalara bakım veren ve hastalık nedeni ile kayıp yaşamış bireylerin dahil edildiği bir çalışma hekimlerin bilgilendirme sırasında yeterli zaman ayırmadıkları ve hastalar ile özdeşim yapamadıklarını göstermiştir (O'Brien ve ark. 2011). Avustralya'da yapılan bir başka çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiş, hastalar görüşme esnasında yeterli sevgi ve şefkat hissetmediklerini söylemişlerdir (Aoun ve ark. 2012).

*“Peki kötü haber verme nedir?” Ptacek ve Eberhardt (1996), kötü haber vermeyi “**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. İnsanoğlu genellikle var olabilecek tüm kötülüklerin başkasının başına gelebileceği düşüncesi ile “*Bana bir şey olmaz, her zaman bir çaresi vardır*” inancı taşır (Okyavuz, 2003). Bir hekimin görevi ise hastanın içsel olarak kabul ettiği gerçeğe ters düşen bu olağanüstü durumla yüzleşmesini, bu sürecin sonuçlarını en*

doğru Şekilde kabul etmesini, tedavi istikrarı açısından motive olmasını ve ihtiyaç duyduğu desteği sağlamaktır.

Hekimler için en önemli sorun standart tıp eğitimi sırasında kötü haber verme teknikleri hakkında yeterli eğitim almamalarıdır. Yapılan bir araŐtırma, doktorların %42'sinin kötü haber verme hakkında eğitim almadığı, %47'sinin ise bu konuda kendisini yeterli hissetmediğini göstermiştir (Derogatis ve ark. 1983).

Kötü haber vermek, haberin içeriği, hekim ve hastanın yaŐanmakta olan durumu uygun biçimde değerlendirip değerlendirmedikleri, karŐılıklı olarak bu bilgiye verilen biliŐsel ve duygusal tepkiler, hasta-hekim-aile iliŐkileri gibi durumlar nedeniyle oldukça zordur. Hekim için kötü haber verme; sorumluluk hissetme ve suçlanma korkusu, nasıl söylenmesi gerektiğini bilememe, kendi tecrübelerinden dolayı hastalık ve ölümden kiŐisel olarak korkma, mevcut hekim hasta iliŐkisini bozmaktan korkma, duygularını ifade etmede kendini yetersiz hissetme, sorulacak sorulara "*bilmiyorum*" demek durumunda kalma ve hastanın belirsizliğini paylaŐmaktaki güçlük gibi kendi ile ilgili nedenlerden dolayı zordur. Ayrıca hastanın duygusal tepkisinin denetimden kurtulup ortaya Őiddet, intihar düşünceleri gibi durumların ortaya çıkması, hastanın bununla nasıl başa çıkılacağını bilememesi bu duruma katkı sunar (Buckman, 1984).

Kötü haberin nasıl verileceği gibi ne zaman verilmesi gerektiği ile ilgili kaygılar da yaŐanmaktadırlar. Tanının ne zaman söylenmesi gerektiği ile ilgili ortak bir fikir birliği sađlanamamıŐ olmakla birlikte genel görüŐ tanının geçici olduğu ya da emin olunmadığı durumlarda haber vermenin geciktirilebileceği yönündedir. Fakat tanının kesin ve klinik gidiŐin ilerleyici olduğu durumlarda tanı hasta ile paylaŐılmalıdır. Bazı hastalıklarda hastalığın seyri ile ilgili net bir bilgi sahibi olmak zor olabilir. Bu durumda genel bir hastalık kavramından ziyade hastaya odaklanmak daha doğru olacaktır (Mulder, 1982).

İlerleyici ve tedavi seçenekleri kısıtlı hastalıklarda genellikle ŐaŐkınlık, kabullenmeme, inkar ve öfkeye kapılma gibi tepkiler gözlenmektedir. Elizabeth Kubler Ross, kötü haber karŐısında gösterilen tepkileri ölümcül hastalarda ele alarak bir evreleme sistemi tanımlanmıŐtır. Bu evreler;

**1)İnkar:**ilk aŐama olan inkar aŐamasında genellikle olay veya durum yok sayılır, başa gelmiŐ kabul edilmez, bir yanlıŐlık olduğu düŐünülür.

**2)fke/Kızgınlık:**Kızgınlık aşaması, inkar aŐamasında devreye sokulmayan sorgulamaların devreye girmesi ile başlar, st üste gelen sorgulamalar neticesinde öfke duyguları vücudu ele geçirir. En bilinen soru "*Neden ben?*" sorusudur. Hasta hastalığına, yakınlarına, hekimlere ve kendine öfke duyar.

**3)Pazarlık:** Bu dönemde hasta işbirliği ve çaba içerisindedir. Hasta durumu kabul edilebilir bir seviyeye indirmeye çalışır. “*Bu hastalık varsa, çaresi de vardır, belki bir yol bulunur*” düşünceleri eşlik eder.

**4)Depresyon:**Pazarlık aşamasının tamamlanmasıyla birlikte etkisi oldukça uzun sürebilen depresyon aşaması başlar. Bu aşamada bütün durumun idrakına varılmıştır, bundan ötürü büyük bir mutsuzluk hakim olmaya başlar. “*Neler yaşanacak?*” korkusu, “*Tamamen düzelir mi?*” endişeleri vardır. Hayattan soyutlanma, hiçbir şey yapmak istememe, kayıtsızlık hali gibi belirtiler görülür. Hasta yapamayacakları ve kaybettikleri için yas tutar. Bu süreç kabullenme dönemine geçebilmek için gereklidir.

**5)Kabullenme:**Bu dönemde hastalık kabul edilir fakat bu durum umutsuzluk olarak düşünülmemeli, hastalığın durumu ve ciddiyetini anlamak olarak düşünülmelidir.

İnkâr ve kabullenmeme süreci tedaviye başlamayı geciktirebilir, prognozu kötüleştirebilir. Bu süreçte psikiyatri konsültasyonları hastalar için faydalı olacaktır (Özkan,1998).

Kötü haber verirken yapılan görüşmenin 4 temel hedefi bulunmaktadır. Bu hedeflerin birincisi hastanın durumu hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunun öğrenilmesidir. Bu sayede doktor hastanın beklentilerini belirleyerek kötü haberi duymaya hazırlıklı olmasını sağlar. İkincisi hastanın o anki durumuna göre istek ve ihtiyaçlarına uygun şekilde bilgi almasını sağlamaktır. Üçüncüsü haberi alan kişiyi duygusal olarak desteklemektir. Görüşmedeki son hedef ise hastanın da işbirliği ile tedavi planını belirlemektir (Baile ve ark, 2000). Bu hedeflere ulaşmak için “SPIKES” olarak adlandırılan tedavi basamakları kullanılmaktadır. Her görüşmede tüm basamakların kullanımı zorunlu değildir, görüşmenin gidişatına göre bazı basamaklar atlanabilir (Baile ve ark, 2000)

### **SPIKES Basamakları;**

**1)Setting (Düzenleme):** Hastanın verebileceği tepkileri ve sorabileceği soruları tahmin etmek, bunları karşılayabilecek şekilde prova yapmak haber veren kişinin kaygısını azaltmaya yardımcı olabilir.

- Görüşmenin yapılacağı ortam özel olarak hazırlanmış olmalıdır. Haberi uzun süre takip eden veya tanıyı koyan kendi hekimi vermelidir. Zaman ayırma sorunu olan hekim vermemelidir. Hekim sadece hasta ile yüzleşmekten kaçındığı için bu görevi bir meslektaşına devretmemelidir. İdeal olan yatak başı değil ayrı bir görüşme odasıdır ancak uygun oda sağlanamıyorsa hastanın yatağında rahatsız olmayacağı bir şekilde koşullar ayarlanmalıdır.

- Aile bireyleri görüşmeye dahil edilmelidir. Aile bireylerinden görüşmeye dahil olacak bir ya da iki kişiyi hastanın seçmesi sağlanmalıdır.
- Hasta oturur pozisyonda olmalıdır. Bu hastaya kendisini daha rahat hissettirir ve acele etmediğini gösterir. Hasta muayene edildi ise giyinmesi için zaman verilmelidir.
- Hastayla temas kurulmalıdır. Göz teması ya da kola dokunmak (hasta izin verirse eline dokunmak) hastayla ilişki kurmanın önemli bir yoludur.
- Görüşmenin bölünmesi önlenmelidir. Olabilecek bölünmeler hastaya bildirilmelidir, görüşmenin bölünmemesi için mümkünse telefon sessize alınmalıdır.

**2) Perception (Algılama):** SPIKES'in 2. ve 3. basamakları "*söylemeden önce sor*" esasına dayanmaktadır. Yani, tıbbi bulguları tartışmadan önce, hekim hastanın bildikleri ve ne kadar bilmek istediği hakkında iyi bir resim oluşturmak için açık uçlu sorular kullanılmalıdır. Örneğin, "*Sizinle aynı şeyden konuştuğumuzdan emin olmak istiyorum, şimdiye kadarki tıbbi durumunuz hakkında ne söylendi?*" veya "*MR'ı neden yaptığımız konusundaki bilginiz var mı?*". Cevabı, problemle ilgili endişelerinin ne düzeyde olduğu hakkında bilgi verecektir. Bu hekimin, yaklaşımının nasıl olması gerektiği ve haberi ne seviyede paylaşması gerektiği hakkında karar vermesini kolaylaştıracaktır. Bu bilgilere dayanarak, yanlış bilgiler düzeltilebilir ve kötü haber hastanın anlayabileceği şekilde uyarlanabilir.

**3. Invitation-İnformation (davet etme-bilgi verme):** Hastaların bilgi alma ile ilgili tutumları değişkenlik gösterebilir. Hastaların bir kısmı hastalık, tedavi süreci ve prognozla ilgili detaylı bilgi almak isterken bir kısmı bilgi almak istemeyebilir. Türkiye'de sağlıklı gönüllü bireylerin katılımı ile yapılan bir çalışmada "*Akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?*" şeklinde soru yönlendirilmiştir. Çalışmaya katılanların %83'ü bilmek istediklerini, %17'si bilmek istemediklerini belirtmişlerdir (Ateşçi ve ark, 2003). Yapılan başka bir çalışmada ise tanıyı bilmek isteyenlerin %93'ü haberi tanıyı koyan ve/veya tedaviyi sürdüreceği olan hekimden öğrenmek istediklerini ifade etmişlerdir (Uçar ve ark, 2007).

Hastanın ne kadar bilmek istediği "*Durumunuzla ilgili tüm detayları size anlatmamı ister misiniz, yoksa konuşmamı istediğiniz bir başkası var mı?*" cümlesiyle sorgulanabilir. Bu adım yani hastaya haberin ne kadarını bilmek istediğini sormak yakışsız bir durum gibi algılanabilir. Ancak, özellikle kültürel altyapı konusunda hekimin endişeleri varsa oldukça yardımcı olabilecek bir yoldur. Ayrıca hastaya "*Test sonuçlarınıza ilişkin bilgileri vermemi ister misiniz?*" gibi sorulan soruya alınan cevap ve istenilen tetkiklerin sonuçlanacağı takvime göre hasta ile konuşularak bir sonraki randevu planlanabilir. Hasta sonuçlara dair bilgi almak istemiyorsa gelecekte bu konu ile ilgili yeniden konuşulabileceği belirtilmelidir.

**4. Knowledge (bilgilendirme):** Bilgilendirme yaparken hastanın yaşı, sosyokültürel düzeyi, inançları dikkate alınmalıdır. Bazı kültürlerde ölümü konuşmanın ölümü yaklaştırdığına veya psikolojik olarak zarar verdiğine inanılır. Birisine öleceğinin söylenmesinin, hastalığıyla mücadele etme isteğini ve umutlarını yok edeceğine inanılabilir. Bazı kültürlerde hekimlerden hep olumlu şekilde konuşması beklenebilir. Bu o hastaların hayatın bir sonu olduğuna inanmadıkları anlamına gelmez. Sadece hastalıklarla başa çıkma anlamında farklı bakış açıları vardır. Hastaya bilgilendirme yapılırken öncelikle hastaya kötü haber verileceği belirtilmelidir. “*MRG bulgularınız hakkında size bazı kötü haberlerim var*” gibi bir uyarı girişi yapan cümle kullanılmalıdır.

Görüşmede hastaya açıklama yapılırken anlaşılması zor tıbbi terimler kullanmak yerine daha basit ve yaygın olarak kullanılan kelimeleri tercih edilmelidir. Hasta ile aynı dili kullanmalı “*Söylediklerimi anladınız mı?*”, “*Bunu anlayabildiniz mi?*” gibi sorularla anladığından emin olunmalıdır.

Mevcut durumu felaketleştirecek ‘*derhal tedavi almazsanız öleceksiniz*’ gibi cümleler kullanmaktan kaçınılmalıdır. Verilen bilgiler küçük parçalara bölünerek ve hastanın anladığından emin olunarak anlatılmalıdır. Unutulmamalıdır ki hekimin hastaya verdiği bilgi miktarı kadar, hastanın verilen bilginin ne kadarını anladığı da önemlidir.

**5) Empathic (duygusal iletişim kurma):** Hastanın duygularına tepki vermek kötü haber vermenin en büyük zorluklarından birisidir. Hastaların duygusal tepkileri sessiz kalmaktan hasta olduğunu reddetme, ağlama veya öfke patlaması gibi durumlar arasında değişiklik gösterebilir. Bu durumda hekim “*Bu sizin duymayı beklediğiniz bir sonuç değildi sanırım*” gibi uygun bir cevap vererek hastayı anladığını göstermelidir. Onun duygularını yakaladığını ve anladığını ifade etmesi, haberin onu nasıl etkilediğine önem verdiğini göstermelidir.

- İlk olarak hasta gözlemlenmelidir. Hasta bu sırada sessiz kalabilir, şaşırabilir, gözyaşı dökülebilir.
- Hekim, hastadan ne anladığını ve ne hissettiğini anlatmasını istemeli, açık uçlu sorularla hastadan hissettiğini anlatması sağlanmalıdır.
- Duyguların nedeni belirlenmelidir. Sebep sıklıkla kötü haber olmakla beraber emin olunamıyorsa ya da başka bir sebep olabileceğini düşünülüyorsa hasta ile durumu konuşulmalıdır.
- Hastaya duygularının anlaşıldığı ifade edilmelidir. Hastanın duygu yoğunluğu fazla ise azalana kadar konuşması için zorlanmamalı, gerekli şekilde beklenmelidir.

Hastalar çoğunlukla hekimlerinin en güçlü psikolojik destekçileri olduğuna inanırlar, bu inanış hastaların izolasyonunu azaltır, dayanışmayı artırır ve duygularını doğru bir şekilde ifade etmesini sağlar (Buckman, 1998). Bu nedenle hasta ile uygun iletişim kurulmalıdır. Çalışmalarda doktor desteği yüksek olan ve hasta-hekim ilişkisi iyi olan hastaların hastalıkla daha iyi başa çıkabildikleri, hastalığa uyumlarının arttığı anksiyete ve diğer psikiyatrik bozuklukların daha az görüldüğü belirlenmiştir (Mack ve ark 2009, Parker ve ark, 2001)

**6) Strategy and Summary (özetleme ve strateji belirleme):** Gelecek ve tedavi planı ile ilgili görüşmeden önce hastaya bu görüşme için hazır olup olmadığı sorulmalıdır. Gelecek ile ilgili planı olan hastalar daha az endişe duygusu taşırlar. Hasta ile tedavi planı belirlenirken hastaya tedavi seçenekleri sunulmalı ve hasta ile hekim tedavi sürecine beraber karar vermelidir. Sorumluluğun paylaşılması tedavi başarısızlığı durumunda hekimin başarısızlık hissini azaltmaktadır.

Kötü haber verme görüşmesi ile ilgili temel özellikleri benzer olan diğer bir yöntem ise Girgis ve Sanson-Fisher (1998) tarafından belirlenmiş olup aşağıda sıralanan basamaklardan oluşmaktadır.

- Sakin ve özel bir ortam olmalı,
- İlk görüşmenin kesintiye uğramaması için yeterli zaman ayrılmalı,
- Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı ve duygu durumu kontrol edilmeli,
- Dürüst ve yakın bilgi verilmeli,
- Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat tanınmalı,
- Hastanın duygularına empati ile yanıt verilmeli,
- Kesin bir zaman dilimi vermekten kaçınılmalı ve geniş bir zaman tanınmalı,
- Başka bir şey yapılamaz mesajından kaçınılmalı,
- Durumu yeniden gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmeli,
- Tedavi seçenekleri hakkında konuşulmalı,
- Tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmelidir.
- Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi verilmeli şeklinde belirlenmiştir.

Her ne kadar yukarıda yer alan görüşme stratejileri geliştirilmiş olsa da süreç için önemli olan hastayı bir birey olarak algılamak, duygularına değer verildiğini hissettirmektir. Görüşmenin amacı hasta ile iyi bir sözel ve bedensel iletişim sağlayarak tedaviye uyumu arttırmak ve hastalığın getirdiği fizyolojik ve psikolojik problemlerle baş etmesine yardımcı olmaktır.

Sonuç olarak hastalarda psikososyal problemlere yol açabilecek, tedavi seçeneklerinin kısıtlı olduğu ve gidişatın ölümle sonuçlanabileceği MNH gibi nörodejeneratif hastalıklarda, hastalara kötü haberi vermek eğitim ve deneyim gerektiren bir durumdur.

## Kaynaklar

1. Aoun SM, Bentley B, Funk L, Toye C, Grande G, Stajduhar KJ. A 10-year literature review of family caregiving for motor neuron disease: moving from caregiver burden studies to palliative care interventions. *Palliat Med.* 2013;27:437-46.
2. Aoun SM, Connors SL, Priddis L, Breen LJ, Colyer S. Motor neuron disease family carers' experiences of caring, palliative care and bereavement: an exploratory qualitative study. *Palliat Med.* 2012;26:842-50.
3. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg* 2003;14:145-52.
4. Back AL, Arnold RM, Tulsy JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol* 2003; 2: 2433-36.
5. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Globler G, Beale AE, Kudelka AP. SPIKES-A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*, 2000;5:302-11.
6. Brewin TB. Three ways of giving bad news. *Lancet* 1991; 337:1207-09.
7. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1984; 288:1597-9.
8. 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; 249:751-7.
9. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998; 24:53-9.
10. 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;71:1498-505.
11. Mack JW, Block SD, Nilsson M, Wright A, Trice E, Friedlander R, Paulk E, Prigerson HG. Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer. *Cancer* 2009;15:3302-11.
12. McCluskey L, Casarett D, Siderowf A. Breaking the news: a survey of ALS patients and their caregivers. *Amyotroph Lateral Scler.* 2004;5:131-5.
13. Mulder DW. Clinical limits of ALS. *Neurol* 1982;15-22.

14. 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. *AmyotrophLateral Scler.* 2011;12:97-104.
15. 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;34:247-56.
16. Okyavuz UH. Ölümcül Hastalık Tanısı Almak: Bir yaşam krizi, kötü haber verilmeli mi? *Kriz Dergisi.* 2003;11;29-35.
17. Özkan S, Psikiyatrik ve psikososyal açısından kanser. *Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi* 1998-1999; 40-152.
18. Parker PA, Baile WF, de Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking bad news about cancer patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 2001;19:2049-56.
19. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA.* 1996 14;276(6):496-502.
20. Uçar N, Yardım Aksu F, Alpar S, Fırat Güven S, Örsel O, Kurt B. Akciğer kanseri tanısı hastaya söylenmeli mi? *Solunum Hastalıkları* 2007;18:148-56.