**KONU 13: KÖTÜ HABER VERMEK**

Hastanın hayatını tehdit eden bir tanı koyduğunuz zaman bunu hastaya nasıl söylemelisiniz? Eskiden hastaya hastalığının söylenmemesi gibi bir gelenek vardı. Halen de bazen uygulanıyor. “Eğer öğrenirse hasta umudunu yitirir” inancı nedeniyle hastanın öğrenmesinin kendisine zarar vereceği düşünülürdü. Hatta bazı durumlarda “kanser” sözcüğünü kullanmak ayıp sayılırdı. Bugün bile hasta doktorundan kanser sözcüğünü işitince şok geçiriyor. Her ne kadar kanser gibi sözcüklere aşinalığımız artmış olsa da hala bazı aileler durumu bilmenin ölümü çabuklaştıracağını düşünüyorlar (Gordon ve Edwards, 2013: 204). Ancak bu durum bir sessizlik komplosuna yol açar. Hasta sevdikleri üzülmesin diye konuşmaz, aile hastayı üzmekten korktuğu için konuşmaz. Bazen bunun kırılması için aracılık yapmanız gerekebilir (Tate,1998: 117).

Günümüzde yürürlükte olan bilgilendirme koşuluyla hastanın onamını alma gerekliliğine göre, hastaya teşhis, tedavi opsiyonları, riskler ve önceden hesap edilemeyen koşullar hakkında bilgi vermek zorunludur. Ancak tanının çok komplike olması ya da hastanın anlama yetisinin olmaması gibi durumlarda hastaya uygun ve yeterli bilgi vermek güç olabilir. Bilgileri gündelik dile aktarmak zor olabilir (Gordon ve Edwards, 2013: 205). Örneği hastanın çocuğunun bakımını/sorumluluğunu birine devretmesi gerekebilir. Bu gibi kararlar yüzünden durumunun ciddiyetini bilmesi gerekir. Bu gibi durumlarda “hastaya söylemeli miyiz?” sorusundan çok “alıştıra alıştıra nasıl söyleriz?” sorusu ön plana çıkar. “Hedef, teşhis hakkında özgürce konuşabilmek ama hastayı bekleyen ölümden lüzumsuz yere bahsetmemek olmalıdır. Ümidin içeri girmesi için kapıyı daima açık bırakmak gerekir-her şey bitmiş değildir daha. Hastaya iletilmesi gereken mesaj, sonuç ne olursa olsun kurulan bu ilişkide doktorun, hastanın ve ailenin elbirliğiyle hastalıkla savaşmasına ihtiyaç olduğudur” (Gordon ve Edwards, 2013: 206).

“Yapılan araştırmalarda kanser hastalarının çoğunun konulan tanıyı ve durumun ciddiyetini bilmek istediğini göstermektedir… Başka araştırmalar teşhis hakkında bilgilendirilmeyen hastaların daha bezgin ve kaygılı olduklarını ve kendilerini daha yalnız hissettiklerini göstermiştir” (Gordon ve Edwards, 2013: 206) Bu aşamada yapılan yanlışlardan kaçınmak da çok önemlidir. Örneğin başkasının söylemesini beklemek, hastayla yalnız kalmaktan kaçmak ya da sürekli ertelemek, hastanın yanıtlarına bilerek kaçamak yanıtlar vermek ve duygusal konulardan kaçmak gibi davranışlarda bulunmamalısınız (Tate, 1998: 111-112).

Peki hasta durumu hakkında bilgi almak istemiyorsa?

“Hasta eğer sakinse ve olup bitenleri bilmeden normal hayatına devam ediyorsa, özellikle hastanın bilmesini gerektiren tıbbi ve ailevi bir neden yoksa gerçeklerin bıçak saplar gibi doktoru, ailesi veya dostları tarafından ona söylenmesine gerek yoktur. Fakat hasta “bana söylemeyin” diyor ama üzgün veya endişeli görünüyorsa, gerçekleri onunla paylaşmak kimi zaman yardımcı olabilir. Bu durumda hasta soru sormak istemekte fakat alacağı cevaplardan korkmaktadır. Burada ihtiyaçların çatıştığını dikkate almamız gerekir” (Gordon ve Edwards, 2013: 206).

Aslında yasalar gereği hastalara başında ve süreç içinde bilgi vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle hekimlere önemli bir görev düşmektedir: Hastanın teşhis karşısındaki tepkilerini anlatması için hastaya cesaret vermek. Hastaların bu tür durumlarda genellikle aşağıdaki evrelerden geçtikleri tespit edilmiştir.

İnkâr Pazarlık Etme

Öfke Suçluluk

Korku Kabullenme

Depresyon

Bunların her birinde iletişim becerileri çok önemlidir. Aldıkları haberle baş etmek için hastalığı **inkâr etme** yolunu seçen hastalar her zaman sözlü veya sözsüz ip uçları verir. Aktif dinleme ile bunları geri bildirebilir ve hastanın kabullenmesini sağlayabilirsiniz. Daha önce **öfke** konusunda da altında başka bir duygunun yattığını konuşmuştuk. Hastanın öfkesiyle yüzleşmesi için de aktif dinleme ile kendisine geri bildirim verilebilir. Böylece asıl duygusuyla yüzleşebilir. (Gordon ve Edwards, 2013: 207-208)

**ÖRNEK**

“David etrafındaki herkese karşı kızgındı. Bir ay önce David’e Lou Gehrig hastası olduğu söylenmişti. Bu hastalık vücut kaslarının gücünü kaybetmesine yol açar, hastalık ilerleyicidir ve ölümle sonuçlanır. Hukuk fakültesinde profesör olan David 45 yaşındaydı ve kısa süre önce yeni ve çok çalışmayı gerektiren prestijli bir pozisyona terfi etmişti. Hastalığın tedavisi olmadığı ve teşhisten sonra hastaların yaklaşık 18 aylık ömrü kaldığı kendisine söylenmişti. Her zaman sakin ve yumuşak bir insan olan David çevresindeki herkese acımasızca saldırmaya başlamıştı. Hukuk öğrencisi olan oğluna en yüksek notları almadığı için ve 20 yıl kadar önce bir ilişkisi olduğunu sandığı için karısına bağırıp çağırıyordu. İşinde de huysuzluk yapan David’den artık meslektaşları da uzaklaşmaya başlamıştı. Bütün bunlar yaşandığı sırada melekeleri oldukça iyi durumdaydı ve işlerini görebiliyordu. David’in arkadaşlarından biri yazardan (WSE) hastayla görüşmesini rica etti. Görüşme şöyle cereyan etti:

D: Oğlum tembelleşti ve layıkıyla çalışmıyor; bu da beni kızdırıyor.

WSE: Oğlunuzun sıkı çalışmamasına kızıyorsunuz.” (Gordon ve Edwards, 2013: 208)

“D: Mezun olduğu zaman çok iyi yerlere gelmek istiyorsa en yüksek notları alması gerektiğini söyledim ama tavsiyelerimi dinlemiyor.

WSE: Önerilerinize kulak asmadığını düşündüğünüz için öfkeleniyorsunuz.

D: Herkes beni kızdırıyormuş gibi geliyor bana. Karım 20 yıl önce beni aldattı. Bu anı beni çıldırtıyor. Bir türlü aklımdan çıkaramıyorum.

WSE: Bu acı hatıra yakanızı bırakmıyor.

D: Fakültedeki avukatlar bile kendi işlerini benim yapmamı bekliyor. Ben onların yaşındayken böyle şeyler olmazdı.

WSE: İş arkadaşlarınızın kendilerine düşen işleri yapmadıklarını düşünüyorsunuz.

D: Bir yıl önce her şey farklıydı ve huzur vardı. Şimdi bu insanlar beni neden çıldırtıyor?

WSE: Geçen sene bir şey olmuş ve sizin huzurunuzu bozmuş.

D: Doğru. Şu lanet olası hastalık var ya, büyük bir haksızlık. Ama neden şimdi, tam da yeni bir mevkiye gelmişken? Neden ben emekli olana kadar beklemedi? Kariyerimi noktalayıncaya kadar bekleyemez miydi?

WSE: Sizi bu hastalık çılgına çeviriyor-çok erken başlamış çünkü.

D: Evet. Neden ihtiyar Jacob C.’nin başına gelmedi? Hukuk bürosundan emekli olalı 10 yıl var ve artık yaşamaktan sıkılmış bir durumda. Benim yapmak istediğim o kadar çok şey var ki! Hasta yatacak zamanım bile yok ve öleceğim.

WSE: Bu kadar yapacak işiniz varken bu hastalığa yakalanmak hiç adil değil gibi görünüyor – gerçekten çok sinir bozucu. Neden ömrünün sonuna yaklaşmış insanların başına gelmiyor ki bu hastalık? (Gordon ve Edwards, 2013: 209)”

D: Beni delirtiyor. Karşıma çıkan herkese, özelikle de sağlıklı olanlara bir tekme atmak geliyor içimden.

WSE: Sağlıklı insanlara kızıyorsunuz çünkü onlar iyi ama siz iyi olamazsınız.

D: İşte asıl sinirimi bozan da bu. Hastalığı kontrol edemiyorum.

WSE: Kaderin merhametine terk edildiğinizi düşünüyorsunuz ve bu sizi çok rahatsız ediyor.

D: Öfkemi ve duygularımı aileme ve arkadaşlarıma boşalttığımı düşünmekteyim. Benden uzaklaşmalarına şaşmamak gerek.

David ile dürdürülen buna benzer birçok görüşme öfkesinin nedenleriyle yüzleşmesini sağladı. Bundan sonra çevresindeki insanlarla uğraşmaktan vazgeçti. Sizin de gördüğünüz gibi hemen hemen sadece Aktif Dinleme kullanıldı ve Yol Bariyerlerinden kaçınıldı. Sonuçta David hastalığını kontrol edememekten ötürü öfkelendiğini anlamış oldu. (Gordon ve Edwards, 2013:210)”

Hayatı tehlikede olan insanlar en çok kontrolü yitirdikleri duygusuna kapılırlar. Olaylara müdahale edemediğimizi düşündüğümüzde öfkelenir ve hüsrana uğrarız. Kime kızacağımızı (Allah? Kader? Kör Talih?) bilmediğimiz için hırsımızı yakınlarımızdan çıkarırız. Hasta da hırsını aile, arkadaşlar, hemşireler ve doktorlardan çıkarır. Genelde bu öfkeye maruz kalanlar da bunu kişisel almaya eğilimlidir ve deliliğe delilikle cevap verirler. Bu da durumu ağırlaştırır ve çoğunlukla patlamalara yol açar. Özellikle ailede ve iş yaşamlarında kontrolü elinde tutanlar bağımlı olmayı daha zor kabullenirler. Ne yapacaklarının sürekli dikte edilmesi onları kızdırır. Bir de en sık rastlanan ve zor problemlerden biri de hasta ve eşi arasında çıkan çatışmaları yönetmektir (Gordon ve Edwards, 2013: 210).

Bir de günümüzde insanlar tıp mesleğinin artık her şeyi tedavi etmeye gücünün yeteceğini ummaktadır. Bu inanç yüzünden bir hastalığın tedavisinin olmadığını veya vücutlarının tedaviye yanıt vermediğini söylediğinizde öfkelenmektedirler. Kontrol kaybına karşı sağlık doktor, hemşire, hasta bakıcı ve aile fertleri katılımcı davranmalıdırlar. Hastaların en azından çevreleri üzerinde mümkün olduğunca kontrol sahibi olmaları sağlanır. Mümkün olduğu kadar banyo yapma zamanı, giyinme, menü gibi tercihte bulunabilecekleri seçimlerde kendilerinin karar vermeleri için hastalar teşvik edilmelidir (Gordon ve Edwards, 2013: 213-214).

Bu tür ölümcül hastalık tanısında gösterilen bir diğer tepki **korku**dur. Çok yönlü olan korkunun derecesi farklılık gösterir. İlk başta ve hastalık ilerledikçe artan ağrılar yüzünden korkulurken sonrasında kendine bakamama ve bağımlı olmaktan korkulur. İş görememek, kendine bakamamak, acizlik ve küçük düşmekten korku bazen ölüm korkusunun önüne geçebilir. Bunun yanında kişi sevdiklerini kaybedeceği için, ailesini desteksiz bırakacağı için korkar. Bazen erkeklerin korkmaktan korktuğu (cesur görünememe) söylenebilir (Gordon ve Edwards, 2013: 214). Bütün bu korkular hastanın problemidir ve böyle durumlarda hastaya duygularını paylaşmasına yardımcı olmak gerekir. Aktif dinleme burada önemli bir beceridir. Bununla birlikte hastada **depresyon**a işaret eden belirtilere de dikkat etmek gerekir. İştah kaybı, çevreye karşı ilgisizlik, günlük haber ve yerel olaylara karşı ilgisizlik, uykusuzluk, gülümsemenin kaybolması, yüzde donuk bir ifade depresyon belirtisi olabilir. Özellikle aile ve arkadaşların bu belirtileri doktora bildirmesi için uyarmanız gerekir. Çünkü genellikle hastalar depresyonda olduklarını inkâr etmektedirler. Depresyonda olan hasta konuşmak istemediği için diyalog kurmak zor olacaktır. “Hastanın bu ruhsal evrede olması onun bakımını üstlenenlerin yılmasına yol açar; hastanın duygusal tepkisizliğinden alınır ve davranışını nankörlük olarak yorumlarlar” Gordon ve Edwards, 2013: 215-216). Bu tür durumlarda ortamı şenlendirmeye çalışılabilir. Müzik, kitap, kâğıt oyunları vb. Hastalara küçük işler yaptırmanın da iyi geldiği görülmüştür. Ancak çok ağır seyrettiği durumlarda yapabileceğiniz şey kalmayabilir ve sizin de uzmandan destek almanız ya da hastayı yönlendirmeniz gerekebilir (Gordon ve Edwards, 2013: 217)

Hastalık karşısındaki bir diğer tepki de **pazarlık etme**ktir. Hastalar kendileriyle, doktorla, Allah’la pazarlık etmeye çalışır ve vaatlerde bulunurlar. En çok da zaman pazarlığı yapılır. Bu pazarlıklar “hastaların umutsuzluğun olduğu yerde biraz umut kazanma gayretleri”dir. Yine empati kurularak hastaya yanıt vermeniz gerekir. Belki son olarak **cezalandırılma** düşüncesinden bahsedebiliriz. Bazı hastalar bir günah işledikleri için cezalandırıldıklarını düşünebilirler. “Kendini suçlu hissetmen için bir sebep yok” diyerek hastayı rahatlatmaya çalışmak işe yaramaz. Yine hastanın duygularını anlamaya çalışmalı ve böyle hissetmesinin normal olduğunu onaylamanız yardımcı olabilir (Gordon ve Edwards, 2013: 218). Son olarak **asla bir zaman vermemeniz** gerektiğini söyleyebiliriz. Çünkü söylediğiniz zaman aralığı hastanın aklından çıkmayacaktır, zaman azaldıkça ümidini yitirir ve endişesi artar (Tate, 1998: 113)

**TÜM KAYNAKÇA**

Pearson Judy C. Vd. (2017), **Human Communication**, 6. Baskı, New York- Mc Graw Hill,

Gordon, Thomas ve Edwards, Sterling, (2014), **Hasta ve Doktor İletişimi**, Profil Yay. İst.

Hartley, Peter (2010), **Kişilerarası İletişim**, İmge Yay. İst.-Ank.

Tate, Peter (1998), **Doktorun İletişim El Kitabı**, Beyaz Yayınları.

Arslan, Aynur, (2005), **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde Hekim-Hasta İletişimi**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım ABD Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Emrah Doğan, Seyhan Hıdıroğlu ve Melda Karavuş, (2017), **Birinci Basamak Hekimlerinin Hastalarla İlgili Karşılaştıkları Sorunların Değerlendirilmesine Yönelik Niteliksel Bir Araştırma**, The Journal of Turkish Family Physician 2017;8(1):02-10.

Atilla, Gaye, Oksay, Aygen ve Erdem, Ramazan, (2012), **Hekim-Hasta İletişimi Üzerine Nitel Bir Ön Çalışma**, İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 2012/II, 43: 23-37.