

Kanser Hastasına Doğru Bilgi Verme

GIVING TRUE INFORMATION TO CANCER PATIENT

Deniz YAMAÇ*, Birsen CEYHUN**

* Yrd.Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji BD, ANKARA

** Prof.Dr., Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, KIRIKKALE

Özet

Kanser, bireyin yaşamının akışını bozmakta ve varoluşuna ciddi bir tehdit getirmektedir. Kanser hastası ölüm düşüncesi ile mücadele etmeli ve bu nedenle hastalığın getireceği tehlikelerden haberdar olmalıdır. Bu sırada vücudun hastalık tarafından tehdit edildiği gerçeğinden hareketle yeni yaşam şekline adaptasyon süreci yaşanır. Bu durumdan hem hastanın kendisi, hem de yakın çevresi etkilenmektedir. Hastanın bu kriz durumu ile başa çıkmasında doktoru ile kuracağı iletişim oldukça önemlidir. Bu makalede hastaya tanının bildirilmesi aşamasından başlanarak doktor hasta ilişkisinin kurulması, bu ilişkinin hastalığın ilerlemesi ile birlikte nasıl farklı bir boyut kazanması gerektiği üzerinde durulmuştur. Ayrıca her aşamada doktorun hastanın anlayabileceği şekilde doğruyu söylemesinin önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser/psikoloji, Doktor-hasta ilişkisi, İletişim kurma, Bilgilendirme

T Klin Tıp Etiği 1999, 7:34-40

Geçmişte kanserli hastanın psikososyal gereksinimlerinin karşılanması sadece terminal dönemdeki hastanın bakımını içeriyordu. Bugün erken tanı konan birçok hasta tamamen tedavi edilmektedir. Bir kısmı da son yıllarda tedavideki gelişmeler sayesinde kanserleriyle daha önce olduğundan uzun yaşamaktadır. Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık ileriye yönelik yaşam yörüngesini derhal bozar, bireyin varsaydığı dünyasını yok eder. Kanser yaşantısı, farklı kronolojik fazlar içerir: tanı öncesi, tanı, tedaviye

Yazışma Adresi: Dr Deniz YAMAÇ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları AD
Beşevler, 06500 ANKARA

Summary

Cancer influences the life of individual and threatens his existence. Cancer patients have to challenge the idea of death and therefore become aware of the dangers represented by disease. This involves a necessary process of adaptation to new conditions of life, assuming the reality of a body attacked by disease. This situation effects both the patient and his relations. Communication with doctor is the cornerstone in coping with this crisis. This article mentions the establishment of the relation between patient and doctor, beginning from telling diagnosis, as well as the different aspects of the relation as the illness progresses. Besides, importance of telling the truth to the patient at every stage of the disease is emphasized.

Key Words: Neoplasms/psychology, Physician-patient relations, Communication, Informing

T Klin J Med Ethics 1999, 7:34-40

başlama, tedavi sonrası, yineleme, ilerleyen hastalık ve terminal / yatışma. Bu dönemlere uyumlu ve uyumsuz tepkiler eşlik eder (Tablo 1). Hastaların yeni duruma uyum sağlaması, uyumlu ve uyumsuz başa çıkma stratejilerini keşfetmesi ve ileriye umutla bakabilmesi için gerektiğinde psikiyatrik yardım alınması en uygundur. Ancak, kanser tanısını hastaya bildirme primer doktorunun görevi olduğuna göre hastalıkla tanışma dönemindeki duygular ve davranışlar başta olmak üzere kanser hastalarının yaşadığı fazlan kanserle uğraşan tüm doktorların bilmesi zorunludur.

Tam Öncesi ve Kanser Tanısı Döneminde İlişki

Tanı öncesi, yani kanser şüphesinin ilk kez araştırıldığı dönemde hastalar ağrı, dış görünüm

bozukluğu, kansere ilişkin şüphe, kaygı, izolasyon ve ölüm korkuları yaşarlar. Tanıyı koyacak olan hekim, tanınal testler ve değerlendirme kararları ile hastaya rehberlik eder. Hastaya kanser olduğunun açıklanması doktor-hasta iletişiminin temel noktalarından birini oluşturur. Karşılıklı güvenin çok önemli olduğu kanser gibi uzun seyirli hastalıklarda ilişkinin sağlıklı olması için en baştan açık bir iletişim kurulmalıdır. Doktora güvenerek başlayan bir ilişki, verilen tıbbi bilgiyi anlamaya istekli, önerilen tedavilere bağlı kalan ve uygulayan, hastalığıyla baş edebilen ve dolayısıyla tedavisinden memnun, hayat kalitesi iyi hastalar yaratır (1,2). İdeal olan, doktorun kanser haberini aceleci olmayan ve dürüst bir biçimde, gerçekçi umut ve karar ile vermesidir. Hasta bu dönemde anksiyete içindedir. Bu durum bilgiyi kavramasını engeller. Bu nedenle klinik bilginin tekrarlanması uygundur. Hastanın anlayabileceği bir dille iletişim kurulmalıdır ve eğer gerekirse bilgilendirme birkaç oturumda yapılmalıdır.

Doktor-Hasta İlişisini Olumsuz Etkileyen Faktörler

Doktor-hasta ilişkisi tıbbın kalbidir. Tüm insan ilişkilerinde olduğu gibi düzgün gelişmesi için özen gösterilmesi, emek verilmesi gerekir. Doktor-hasta arasındaki bağ ilk karşılaşmada şekillenir ancak, iletişimi olumsuz yönde etkileyen bazı faktörler vardır (3). Hasta için iletişimde zorluk yaratabilecek nedenler şu şekilde sıralanabilir:

1- Hasta yabancı bir ortamda bulunmaktadır. Doktorunun nasıl biri olduğunu, ilişkinin nasıl gelişeceğini merak etmektedir.

2- Beklenmedik bir durumla karşılaşmıştır. Hastalık yüzünden yaşantısının akışı değişmiştir. Tek isteği hastalığının ne olduğunu öğrenmek ve sağlığına kavuşmaktır. Açıklama yapılmadan devam edip gitmekte olan incelemeler, hastalıkla ilgili kaygıların gittikçe artmasına neden olur.

3- Hastalığı ile ilgili bazı önyargıları vardır. Hastalıklar kültürel değerlerle şekillenmiştir. Toplumun görenekleri, dini ve ahlaki değerleriyle hastalıklara bilimsel perspektif dışında özellikler kazandırılmıştır. Kanserli ve AIDS'li hastaların toplum dışına itilmelerinin bir nedeni de bu gibi hastalıkların bulaşıcılığı veya tedavi edilebilirliği

konusunda kulaktan dolma yanlış bilgiler ve inanışlardır.

Doktorun ilişkiyi olumsuz yönde etkileyen davranışı ise olaya profesyonel yaklaşımı olmaktadır. Hastanın başına ilk kez gelen bu durum doktor için her zaman karşılaştığı, bilimsel, teknik ve sosyal içeriği olan bir görevdir. Doktorun hastayı değil hastalığı görmesi iletişim kurulmasını engeller. Bu olumsuzlukların ortadan kalkması ve hastanın kendini rahat ve güvende hissetmesi için, tedavi ekibi hastanın kişiliği ve duygularıyla bir insan olduğunu, değerli olduğunu kabul etmeli ve hastaya bunu hissettirmelidir. Hastayı çalışma, araştırma veya profesyonel işlerin materyali olarak görmemelidir. İlk karşılaşmada dostça ve duyarlı davranan, hastasını tüm korkuları, gereksinimleri ve istekleriyle kabul eden, bilgilendirme ve bilgi almada rahat ve aceleci olmayan, yol gösterici doktoran hastasıyla iletişimi tüm hastalık sürecinde başarılı olacaktır (4).

Tanıyı Söyleme ve Tedaviye Başlama

Döneminde İlişki

Ölümcül Hastalık Haberinin Verilmesindeki Zorluklar

Ölümcül ve kronik hastalıkların tanısının söylenmesi doktorların en fazla sıkıntı yaşadıkları andır. "Kötü haberin verilmesi" hasta-doktor arasında ilişki kurulmasında en önemli sorunu oluşturduğu gibi ilişkiyi kopma noktasına da getirebilir (1,2,5). Araştırmalar sırasında kötü bir sonuç beklentisi olan hastada bile ölümcül hastalık tanısı şok yaratır. Bu sırada hasta yakınları hastayı korumak adına doktora tanıyı söylememesi için baskı yapar. Doktor hastanın kötü haberle baş edemeyeceğinden, gerçekle yüzleşemeyeceğinden ve duygusal tepki vereceğinden korkarak doğruyu söylemekten çekinir. Aslında bu doktorun kendi seçimidir. Doktor, hastasının düşüncesini bilmeden onun adına karar vermiştir.

Hastanın "hastalığını öğrenme hakkı" olduğu gibi, olası hastalık nedenleri, beklenen hastalık süreçleri, var olan tedavi seçenekleri, tedavinin olası risk ve yararları konusunda "bilgilendirilme hakkı" vardır. Bilgilendirilme hakkı, uluslararası hasta hakları belgelerinde birinci madde olarak tanımlanmaktadır (6,7). Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği'nde

de hastanın bilgilendirilme hakkı açık bir şekilde yasaya bağlanmıştır (8,9).

Yapılan çalışmalar, ailelerine rağmen hastaların kendileriyle ilgili tüm iyi veya kötü haberleri duymak istediğini göstermektedir (10). Ayrıca unutmamalıdır ki, hasta-doktor ilişkisinin en önemli şartlarından biri karşılıklı güvendir. Hayatıyla ilgili önemli kararlar alacak olan hastayı doktor hiçbir zaman yanıltmamalıdır. Her zaman doğruyu söylemelidir. Doktor hastasına doğruyu söyleyerek, onun bedeni ve yaşamıyla ilgili kararların alınmasında haklarını tanımış ve insanlık değerlerine saygı göstermiş olmaktadır. Öyleyse üzerinde düşünülmesi gereken konu "Hastaya doğruyu söyleyelim mi ?" değil, "Haberi uygun bir biçimde nasıl verelim ?" olmalıdır.

Hastalık tanısını nasıl söylemeli ?

Tanı, yakında gelecek olan ölümle eş tutmadan, ümit kapısını da açık bırakarak, doğal bir davranışla ve kısa bir konuşmayla açıklanmalıdır (11). Hasta konuşmaya teşvik edilmeli ve hastalığının her döneminde ilgi ve bakımın süreceği konusunda güven verilmelidir (12). Hastanın iyimserliği, kötümserliği, umudu, umutsuzluğu onun sorunudur. Doktorun görevi hastası için en iyisini yapmak, tedavi seçeneklerini sunarak kendi hayatıyla ilgili kararlar almasına yardımcı olmaktır. Bu zor durumu aşmak için son yıllarda kötü haberin verilmesiyle ilgili yöntemler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Kötü haberin doğru şekilde verilmesi psikolojik sorunların yaşandığı uyum döneminin kısa sürede atlatılmasını ve hastanın geleceği ve tedavisi ile ilgili sağlıklı kararları biran önce almasını sağlar. Üstelik hasta doktoruyla birlikte tedavisine karar verirken hem değerli olduğunu hisseder, hem de kararların risklerini paylaşır.

Hastayı daha iyi anlayabilmek için kanser tanısını alan kişilerin duygularını bilmek gerekir. Kanser tanısını duyduğu andan başlayarak, hasta umutsuz bir hastalığı ve belirsiz bir geleceği olduğu inancını taşır. Dünyada varoluş nedeni değişmiş gibi olur (13). Tanıyı öğrenmek sevilen birinin ani kaybına benzer biçimde katastrofik bir krize yol açar. Ağrılı ölüm, sakatlık, beden görüntüsünde bozukluk, başkalarına bağımlı olma, kişiler arası

ilişkilerde bozulma korkusu ortaya çıkar (14). Kanserli hastaların yaklaşık %50'si hastalığa normal duygusal tepki davranışı göstermektedir (Tablo 1).

Hastaların diğer bölümünün çoğunda depresyon en belirgin psikiyatrik bozukluktur (15). Kanser merkezlerinde majör depresyon prevalansı %5,8'dir. Bu oran diğer tıbbi hastalıklarda belirtilen oranlarla benzerlik göstermektedir. Uyum bozukluğu oranı daha yüksektir (%25). Depresyon, panik bozukluk ya da bipolar bozukluk öyküsü olanlar büyük risk altındadırlar. Kronik ağrısı olanlarda bununla ilişkili olarak depresif özelliklerin görülme oranı daha yüksektir. Pankreas kanserleri olan bireylerde disibri insidansı diğer kanser türlerinden çok daha fazladır. Steroid ve interferon gibi biyolojik tedaviler affektif değişkenlere neden olabilir. Genelde rahatsızlığa çok yatkın olan hastalar daha fazla fiziksel semptomlar getirirler. Maddi ve evlilik sorunları daha fazladır ve ego güçleri düşmüştür. Weisman'm analizlerine göre bu bireyler daha soyutlanmış, çekingen, kadercı, pasif, baskılanmış, geçmiş konusunda pişmanlık yaşayan, terapi konusunda kararsız ve diğerlerini suçlama eğiliminde kişilerdir (16).

Hastanın duygusal uyum döneminde de doktora çok iş düşer. Bu dönemde olumlu iletişim kurulması hastanın kendine zarar verici yaklaşımlarını engeller. Doktor, kanserin ölümle eş anlamlı olmadığını hastanın fark etmesi ve bundan sonraki yaşamından beklentilerini gözden geçirmesine yardımcı olmak gibi zor bir görevi yüklenmektedir. Başka bir deyişle doktor hastanın yüz yüze geldiği gerçekleri kabul etmesine, onlarla yaşamayı öğrenmesine yardım edebilir.

Görüşme Süreci

Temel iletişim kuralları

Görüşme sırasında doktor kendi deneyimine ve her hastanın özelliğine göre davranabilir. Bilgi, doğru olduğundan emin olunduktan sonra, doğru zaman ve ortamda ve gerektiği kadar verilmelidir. Verilen bilgi hastadaki belirsizliği gidermeli, doktor-hasta ilişkisini güçlendirmelidir. Bilgi verirken öncelikle temel iletişim kurallarına dikkat edilmelidir (17-19):

1- Görüşmenin yapılacağı ortam iyi seçilmelidir. Hastada konuşma ortamının özel olduğu duy-

Tablo 1. Kansere verilen psikolojik tepkiler

Dönem	Normal - Uyumlu Tepki	Anormal - Uyumsuz Tepki
Tanı Öncesi	Kanser olma olasılığını karşı endişe	Aşırı tetikte olma, uygunsuz aşın uğraş, Hastalık olmadan kanser semptomu
Tam	Şok, inanmama, Başlangıçta kısmi inkar, kızgınlık. düşmanlık, perseküter duygular, Anksiyete, depresyon	Tam inkar, tedaviyi reddetme, klinik Depresyon, Alternatif tedaviler arama. Ölümün kaçınılmaz olduğu düşünülerek tedavinin fatalistik biçimde reddi
Cerrahi Tedavi	Ağrı ve ölüm korkusu, anestezi korkusu, Beden imgesindeki değişikliklere üzülme	Ameliyatın ertelenmesi, Alternatifler arama, Ameliyat sonrası reaktif depresyon
Işın Tedavisi	Işın verilen araçlar ve yan etkiler korkusu, Terk edilme korkusu	Psikoz benzeri hezeyanlar, Hallüsinasyonlar
İlaç Tedavisi	Yan etkiler korkusu,» Anksiyete, orta düzeyde depresyon, beden imgesinde değişiklikler, Soyutlanma	İlacın ortaya çıkardığı psikozlar, Yoğun soyutlanma sonucu psikotik rahatsızlıklar, Organik beyin sendromu, Deliryum
Tedavi sonrası	Normal başa çıkma örüntülerine geri dönme, Tekrarlama korkusu, anksiyete ve depresyon	Yoğun anksiyete ve depresyon
Hastalığın nüksü	Şok, inanmama, başlangıçta kısmi inkar, Kızgınlık, düşmanlık, perseküter duygular Anksiyete, depresyon	Uykusuzlukla giden yoğun reaktif Depresyon, anoreksiya, huzursuzluk Anksiyete, sinirlilik
İlerleyen hastalık	Çılgınca yeni bilgiler edinme. diğer doktorlar ve alternatif tedavilerin araştırılması	Depresyon
Terminal Dönem	Terkedilme korkusu, huzur ve saygınlığın kaybedilme korkusu, ağrı korkusu, Bitirilmemiş işler, Ölümün tahmin edilmesi ve kabul edilmesi ile kişisel yas tutma, bilinmeyenden korkma	Depresyon Akut Deliryum

gusu oluşmazsa, görüşme başarısız olabilir. Hastane koridorları ve kalabalık odalar haberin verilmesi için hiç uygun değildir. Bir görüşme odasına gitmek veya hasta odasının kapısını kapatarak özel bir durum duygusu yaratmak gerekir. Hasta odasında açık radyo veya televizyon varsa, hastadan izin alınarak kapatılmalıdır. Görüşme odasında kağıt mendil bulunmalıdır. Oturarak konuşulmalı, doktor ile hasta arasında engel olmamalı, aradaki mesafe 1 metre kadar olmalıdır. Yatan hastanın yakınındaki sandalyeye veya izin isteyerek yatağının kenarına oturulabilir.

2- İletişim iki taraflı olmalıdır. Bilgi verildikten sonra dinlemeye geçilir. Doktor hastayı dinlemeye ve bilgi vermeye istekli olduğunu hissettirmelidir. Dinleme sırasında hastayı cesaretlendirici ve güven artırıcı yöntemler kullanılabilir:

a- Hastaya açık sorular sormalıdır. "Son görüşmemizden beri nasılsınız?" gibi. Hastanın yanıtı kesilmemeli ve anlatmaya cesaretlendirme-

lidir. "Bana bunu biraz daha anlatın" gibi yanıtlar verilmelidir

b- Sessizlik anlatmaya istekli olan hastalarda kullanılan bir yöntemdir. Doktorun başıyla onaylayıp uygun yerlerde gülümsemesi ve arada "hımmmm" gibi hastayı dinlediğini gösteren sesler çıkartması yeterli olabilir.

e- Doktorun, hastasının son cümlesinde kullandığı önemli bir sözcüğü kendi cümlesinin başında kullanması, dinlediğini göstermede etkili bir yöntemdir (aktif dinleme). Bu yöntem hastanın sorunlarını kolaylıkla dile getirmesini sağlar.

3- Kullanılan sözcüklerle beden dilinin uyumlu olmasına dikkat edilmelidir. Hasta doktoran beden dilini çok iyi gözler ve yorumlar. Beden dili bazen kanser kelimesinden çok daha üzücü olabilir. Doktor sakın bir pozisyonda oturmalı, hastaya acelesi olmadığını, ona zaman ayıracağını hissettirmelidir. Yüz yüze, göz teması sürdürerek, sakın ve kendinden emin olarak konuşulmalıdır. Ayrıca

görüşmenin gizliliği ile ilgili güven duygusu verilmelidir.

4- Tıp dili az kullanılmalıdır. Bazı hastalar tıbbi terminolojiyi anlamaz ancak, sormaya da utanır. Doktor bilgi vermeden önce sık kullanmak zorunda olduğu terimlerin anlamını açıklamalıdır.

5- Hastanın tercihinine göre, bilgi yalnız başına ya da yakınları ile birlikte verilir. Hastanın aile bireyleri istekli ise desteklerine izin verilmelidir. İletişimin kurulmasında yapıcı rol oynayabilirler.

6- Hastanın içinde bulunduğu ruhsal durum baskı altına alınmamalıdır. Örneğin, ağlıyorsa tedavi ekibi tarafından doğal karşılanmalı ve durumunun anlaşıldığı hastaya ifade edilmelidir.

7- Hastaya endişelerini tartışarak gerçekçi bir güven verilmelidir. Hastaya aşırı güven vermeye çalışma, alay etmek gibi algılanmaktadır. Ör. "Benden daha sağlıklısın, aslan gibisin" gibi.

Görüşme aşamaları

1- Doktor görüşmenin başında, hastanın hastalığı veya durumu ile ilgili bildiklerini ve beklentilerini anlamaya çalışır. Örneğin; "Memenizdeki kitleyi fark edince ne olduğunu düşündünüz?", "Şimdiye kadar durumunuzla ilgili ne bilgi verildi?", "Ciddi bir şey mi diye kaygılandığınız oldu mu?" gibi sorular sorabilir. Bu soruların yanıtlarından hastanın hastalığı ile beklentileri arasındaki fark ortaya çıkar. Genellikle beklenti çok fazladır. Hele hasta hastalığını yadsıma döneminde ise bu uçurum daha da derindir. "Kanser olduğuma hiç inanmıyorum!" diyen hastanın kanser tanısını öğrenmeye hazır olmadığı düşünülmelidir. Bu durumda bilgilendirme aşamasına dikkatli geçilmelidir.

2- Hastanın ne kadar bilgi almak istediği bilinmelidir. Doktorun mesleki deneyimine, kişiliğine ve hasta ile paylaştığı atmosfere göre seçeceği cümleler değişir. Ancak "Size tanınızla ilgili geniş bilgi vermemi ister misiniz, yoksa tedavi için neler yapılacağını mı bilmek istersiniz?" sorusu hastanın isteğini dile getirmesi için uygun bir sorudur. Bilgi almak isteyen hasta 10-15 saniye içinde "evet" cevabını verir. Hastaya sordukları hakkında bilgi verilip, reddettikleri hakkında zorlamadan görüşme sürdürülür. Hasta tanısını bilmek istemezse bu kararına saygı göstermelidir. İleride

hastalığı ile ilgili bir soru sormak isterse veya bir yakınının bilgilendirilmesini isterse tüm sorulara yanıt alabileceği söylenmelidir. Hasta doktorun bilgi vermeye hazır, kendisinin duygularına ve isteklerine saygılı olduğunu her zaman bilmelidir.

3- Hasta bilgi verilmesini istediye bazı tıbbi ön bilgiler verilir. Tanıdan söz ettikten sonra anlamını, gidişini, tedavi yöntemlerini, yaşamında ne gibi etkiler yaratacağını anlatmak gerekir. Tedavide yöntemleri, amacı ve sonuçları açıkça anlatılır, yan etkilerden söz edilir. Bilgi parçalar halinde verilir. Hastaya duyduğunu anlaması için zaman tanımalıdır. Hastanın bilgileri anladığını denetlemek için "Buraya kadar anlaşıldı mı?", "Beni izleyebiliyor musunuz?" gibi sorular sorulur. Anlaşıldığı izlenimi edinilirse devam edilir, yoksa tekrarlanır.

4- Hasta anlatılanlara ilişkin soru sorarsa ya da duygusal katılımı olursa soru hemen yanıtlanır ve duygusal durumunun anlaşıldığı hastaya hissettirilir. Hastanın duygusal katılımı görmezden gelinmemelidir. Örneğin, ağlayan bir hasta olduğunda doktorun verdiği bilgiyi kesmeyip aynı tonda devam etmesi hastanın doktoru duygusuz ve soğuk bir kişi olarak yorumlamasına neden olacaktır. Hasta ile olumlu bir ilişki kurmak için onun duygularını paylaşmak önemlidir. Doktorun hastasının duygularını anladığını göstermesi empatik yaklaşımdır. Bunun için doktor (a) hastanın duygularını anlamalı, (b) bu duyguların nedenini anlamalı, (c) duygular ve nedenleri arasında ilişki kurduğunu gösteren yanıtlar vermelidir. Örneğin, kemik sintigrafisinde metastaz saptanan hasta çok etkilenmiş görünüyor. Onun yaşadığı duygulan şu şekilde dile getirebiliriz: "Bunu duymak sizi şok etmiş olmalı", "Bu çok sıkıntı verici bir durum değil mi?", "Bunu duymayı beklemediğinizi görüyorum." Böylece hasta, doktorun kendisini anladığını, duygularını ve tepkilerini normal bulduğunu düşünür ve rahatlar. Duygularını doktoruyla konuşabileceği mesajını alır. Hastanın duygularına zaman ayrılacağını hissetmesi doktorun ona verebileceği en büyük destektir.

5- Görüşmenin sonunda üç veya dört cümle ile durum özetlenir ve bir tedavi planı önerilir. Hastaya sormak istediği soru, anlaşılmayan veya tartışmak istediği nokta olup olmadığı sorulur. Hastanın yanıtı alındıktan sonra neler yapılabileceğine birlikte karar verilmelidir. Karar verilemediyse bir

sonraki görüşmeye kadar hastaya düşünme payı vererek tekrar gelmesini sağlayacak şekilde hasta gönderilir. Tedavi kararı verildiyse doktor tekrar ne zaman görüşeceklerini veya bundan sonraki gelişinde kimlerle görüşmesi gerektiğini açıklayarak konuşmasını sonlandırır.

Yukarıda görüldüğü gibi doğruyu söylemenin pratik yöntemleri vardır. Hastaların doğruyu doktorlarından duymak istedikleri hiçbir zaman unutulmamalıdır. Eğer hasta gerçeği bilmek istiyorsa, doktorun bunu söylemenin yollarını öğrenmesi yeterlidir.

Psikiyatrik Konsültasyon İstenmesi Gereken Durumlar

Tanı öncesi ve tanısız dönemde hastanın psikiyatrik durumu hastalığı ele alma planını bozarsa psikiyatri kliniğine gönderilmelidir. Hastanın yaşadığı yadsıma savunma mekanizması planlanan tedaviyi engellemiyorsa zararı yoktur. Ancak tedavinin hasta tarafından ölümcül bir biçimde reddedilmesi konsültasyonu gerektiren bir durumdur. Tanı konulduğunda hastanın kızgınlığı hekim, aile, arkadaşlar ya da bir dinsel inanışa yönelik olursa yüzleşmede yaşanan rahatsızlık konsültasyon istenmelidir. Hasta kendisini suçladığı gibi perseküte de olabilir. Anksiyete ve yas hastanın yaşadığı tipik duygulardır ancak bu depresif bir duygu-duruma dönüşürse psikiyatrik yardım istenmelidir. Psikiyatrik konsültasyon asılsız korkuları netleştirecek tıbbi bilgi ile donanımlı bir kişi tarafından verilmelidir. Hastanın bazı özel sorunları ile başa çıkma kapasitesini bulma, şiddetli ızdırabını anlayıp korkularını ve beklentilerini dinleme amaçlanmalıdır. Hastalar bazı organlarını kaybettiklerinden yas yaşayabilirler. İşlerini, sosyal yaşamlarını ve kolay hareket etme kapasitelerini kaybedebilirler. Kemoterapi ile dış görünüşte değişiklik, saç dökülmesi gibi fiziksel farklar olabilir. Cinsel işlev ve fertilité risk altındadır. Tedaviye, ağrıya, ölüme duyulan korkular ele alınmalıdır. Tedavinin nöropsikiyatrik komplikasyonları tanımlanmalı, tedavi edilmeli ve olası ise önlenmelidir.

İzleme Döneminde İlişki

İlk tedavi tamamlandıktan sonra hasta kanserin yineleme baskısı ile karşı karşıya kalır. Hastanın

anksiyetesi devam eder. Remisyon döneminde kontrol programında izlenen hastalarda her randevu günü, tetkik beklenti anksiyetesini provoke etmektedir. Doktor sık aralarla kendisini görmediğinde ise kanserin yineleyiciğinden korkarlar. Bu korkuyla hasta başka nedenlere bağlı olan her semptomu kanserine bağlar. Her ağrıda tetikte olması gerektiğini düşünür. Semptomlar tekrarladığında hekimin kolay ulaşabilir olması yararlı olur.

Yineleme Dönemi ve Terminal Dönemde İlişki

Kanserin yinelemesi halinde, tümörün tedavi edilemez olduğu anlaşıldığında birey büyük bir rahatsızlık ve hoşnutsuzluk duygusu yaşar. Uyumsal döngü ve buna eşlik eden yadsıma, kızgınlık ve anksiyete gibi daha yoğun psikolojik zorluklar yaşanır. İlerleyen hastalığına karşın hasta hala çözüm arar. Umutsuzca yeni bilgi, yeni doktorlar ve alternatif tedaviler araştırabilir.

Terminal dönem ise hastanın hastalığının geri döndürülemez olduğunun farkına varmasıdır. Bu dönemde tüm hastalar kendilerine açıkça söylenmeye de ölümün yaklaştığını bilirler. Ancak yine de büyük ölçüde doktorlarının bu haberi kendilerine kabul edilebilir bir şekilde vermesine umut bağlamışlardır. Terk edilme, bedensel değerini kaybetme ve ağrıdan korkarlar. O sıradaki kaygı, bitirilmemiş işler, bakımdan yoksun kalan çocuklar ve kayıplara bağlı kederdir. Bu dönemde de hastaya iletebileceğimiz en önemli mesaj, kaygılarından bazılarını paylaşmaya hazır ve istekli olduğumuzdur. Doktor kendi sözleri ve hareketleriyle kanser ve ölmek sözcükleri geçtiğinde kaçıp gitmeyeceğini hastaya hissettirmelidir. Kapı-açan görüşme, kaygı ve korku duymadan iletişim kurabilen iki insanın buluşmasıdır.

Kanser tanısını alan hastaların kendilerini ve yaşadıklarını içtenlikle ifade edebilmeleri için, kanser hastalarını izleyen kişilerin, bu konuda bilinçli olmaları, hastalara güven vermeleri ve her zaman hastalarının yanında olduklarını hissettirmeleri gereklidir. Ne yazık ki, ciddi zorluklar içeren kanser hastalarına yaklaşım konusunda tıp fakültelerinde eğitim verilmiyor. Meslek yaşamında hasta ile yapıcı ilişki kurmak doktoran kişiliğine ve ustalığına kalıyor. Son yıllarda kanser hastasına yaklaşımla ilgili eğitim toplantıları yapılmakla bir-

likte, bu konunun aynı zamanda tıp eğitimi içinde, tıbbi etik derslerinde yer alması, tüm hekim adaylarının sorunu bilmesi ve gerekirse çözümler üretmesi için zorunludur.

KAYNAKLAR

1. Butow PN, Dunn SM, Tattersall MHN. Communication with cancer patients: Does it matter? *J Palliat Care* 1995; 1:34-8.
2. Siminoff LA. Improving communication with cancer patients. *Oncology* 1992;6: 83-7.
3. Klocker JG, Klocker-Kaiser U, Schwaninger M. Truth in the relationship between cancer patient and physician. *Ann NY Acad Sci* 1997; 809: 56-65.
4. Rogers CR. Client centered therapy. Houghton Mifflin. Boston, 1951.
5. Ong LM, De Haes JCJM, Lloos AM, et al. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903-18.
6. The World Medical Association, Inc., Handbook of Declarations, Cedex, 1992.
7. WHO, Health Aspects of Human Rights with Special Reference to Development in Biology and Medicine, Geneva, 1976.
8. Ayan M. Tıbbi müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara, 1991.
9. Kalaça Ç. Sağlık Hakkından Hasta Haklarına, Bilim ve Teknik, 1995; Ocak: 38-41.
10. Benson J, Britten N. Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semistructured interviews with patients. *BMJ* 1996;313: 729-31.
11. Gordon T, Edwards S. Making The Patient Your Partner. Communication Skills For Doctors and Other Caregiver. London, Auburn House Inc, 1995.
12. Cassem NH. What is behind our masks. *AORNJ* 1974; 20 (1):79-92.
13. Cella DF, Tross S. Death anxiety in cancer survival: A preliminary cross-validation study. *J Pers Assess.* 1987; 51:451-61.
14. Holland JC. Psychological aspects of cancer. In JF Holland and E. Fne III, eds. *Cancer Medicine*, 2nd ed. Philadelphia: Lea and Febiger. 1982:1175-203.
15. Derogatis LR et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.
16. Weisman A. Coping with cancer. New York. McGraw-Hill. 1979.
17. Loge JH, Kaasa S, Hytten K. Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. *Eur J Cancer* 1997; 33: 878-82.
18. Girgis A, Sanson-Fisher W: Breaking bad news: Consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13: 2449-56.
19. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, et al. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994;74: 336-41.