

Tıpta Zor Konuşmalar

“Bir Konuşmanın En Etkili Kelimeleri Kalpten Gelen Kelimelerdir.”

M. Nuri KALKAY

Yaşamda hiç kimse, bir defa için bile olsa, kötü bir haberi başkalarına vermek istemez. Çünkü karşıdaki insan kötü bir haberi duyar duymaz, aniden çok üzülebilir, ağlamaya başlayabilir ve hatta haber vereni suçlayabilir. Bu durumda, insanların aniden meydana gelen kontrolsüz hislerine muhatap olmak kolay bir iş değildir. Genel yaşamda ve tıpta, “zor konuşmalar” diye adlandırabileceğimiz bu durumlarda, kötü haberi veren insanın kendi duyduğu hisleri kontrol edebilmesi, karşıdaki insanın hislerini anlayabilmesi, ona bilgi ve tecrübesi ile psikolojik olarak yardım edebilme-

si şarttır. O zaman, öncelikle tıpta zor konuşmaları yapmak, herkesin yapabileceği bir iş değildir.

Tıpta zor konuşmalar, genellikle hastaya veya hasta sahiplerine ölümlü bir tanıyı veya ölüm haberini vermek için yapılır. Zor konuşmaların onkoloji ve cerrahi uzmanlık dallarında daha sıklıkla, bazen her gün, hatta günde bir kaç defa yapılma zorunluluğu vardır. Tıpta zor konuşmalar, “artık tıp mesleğinin rutin bir parçası haline gelmiş ve doktorlarda bir alışkanlık yaratmıştır”, demek asla doğru değildir. Çünkü kötü



haberi veren doktor, her defasında hasta kadar olmasa da, kendisi de üzülür ve kötü haberi gereğince veremediği için hastayı ve hasta sahiplerini üzüp ağlattığını düşünerek, kendisini suçlar. Doktorun duyduğu bu his hiç bir zaman alışkanlık haline gelmez. Hatta o kadar ki, doktorlar arasında, öncelikle onkoloji ve cerrahi dallarına çalışan doktorlar arasında, intihara teşebbüs etmek veya intihar etme oranı, diğer mesleklere göre daha yüksektir.

Tıpta zor konuşmaları yapmak hiç bir zaman kolay olmamasına rağmen, doktorlara tıp öğretim ve eğitimleri sırasında, zor konuşmaların nasıl yapılması gerektiğine değin hiç bir şey öğretilmemiştir. Bu konuda her doktor, bu tip konuşmaların nasıl yapılacağını kendi yaptığı hatalardan ve kendi tecrübelerinden öğrenir.

Şimdi kişisel tecrübelerimden bazı örnekler vererek, hasta ve hasta sahiplerine kötü bir haber nasıl verilmelidir üzerinde durmak istiyorum. Bir gün, kolon kanseri taraması (screening) için yaptığım ve hiç bir şikayeti olmayan orta yaşlı bir erkek hastada, sağ kolonda, kanser ihtimali yüksek olan büyük bir polip buldum. Hastanın sedasyondan uyanmasını beklerken, gidip hastanın karısıyla konuşmak istedim. Karısı, “Aman doktor bey, sakın kocama kanser ihtimali hakkında hiç bir şey söylemeyin, o bu tanıyı asla kaldıramaz.” dedi. Halbuki hastaya hastalığı hakkında hiç bir şey söylememek, ondan gerçeği saklamak, tıbbın etik prensiplerine aykırıydı. Sonra, hastaya hiç bir şey söylemeden onu nasıl bazı ileri testlerin yapılmasına, tedaviye ve gerekirse cerrahi tedaviye ikna edebilirdim. Sonra “hasta bizim hastamız, hasta sahipleri bizim hastamız değil”. Bu yüzden, “hasta ile konuşmadan, hasta sahipleriyle konuşmanın doğru olmadığı” fikrine bir çok doktor katılır. Hasta sahipleri hemen daima, kötü bir haberin hastadan saklanmasını ister. Bu yanlış bir istektir. Bu durumda tutulacak en iyi yol, hastayı önceden psikolojik olarak, kötü bir haberi duymaya hazırlamak ve sonra, kötü haberi hasta ve hasta sahipleriyle beraber, özel bir toplantı yaparak, bir gizemlilik içinde paylaşmaktır. Bir hastayı kötü bir haberi duymaya hazırlamak için, ona düşünülen tanıyı anında söylemek yerine, “Bazı testler yaptık, biyopsi aldık, test sonuçları bir kaç gün içinde belli olacak, siz kendinizi psikolojik olarak hem iyi ve hem de kötü haberleri duymaya hazırlayın. Haberler iyi gelirse zaten yapılacak hiç bir şey yok, ama haberler kötü gelirse, siz ve biz psikolojik olarak buna hazırız. Ne yapabileceğimizin kararını, hep beraber toplanır veririz.” demek tutulacak en

iyi yoldur. İnsanlar daima düşünerek ve psikolojik bir kompanzyon mekanizması olarak kendilerini, kötü bir haberi duymaya hazırlama temayülünü gösterirler. Bunun için yapılacak tek şey, onlara bu ihtimali belirtmek ve kötü bir haberi duymak halinde ne yapacaklarını düşünmeleri için onlara bir kaç gün zaman tanımaktır.

Ben, bu düşüncelerin ışığı altında, hastama yaklaşıp onu psikolojik olarak kötü bir haberi duymaya hazırlamak isterken, o bana “Aman doktor bey, sakın karıma bunları söylemeyin o bu tanıyı kaldıramaz.” demesi beni biraz şaşırtmış, demek ki bazen hasta da, “kötü bir haberin ailesinden saklanmasını ister” diye düşündürmüştü.

Hastalara kötü haberler ani olarak değil, daima onları psikolojik olarak hazırladıktan sonra ve bir gizemlilik içinde, özel bir odada veya bu amaç için hazırlanmış küçük bir konferans odasında, doktorun bizzat kendisi tarafından verilmelidir. Eğer tanı başka uzmanlık dalında çalışan bir doktor tarafından konulmuş ise, o doktorunda toplantıya katılması şarttır. Doktor, kötü haberi hiç bir zaman ayakta durarak, kollarını çaprazlayıp, otoriter ve sert bir ses tonu ile değil, fakat hasta ve hasta sahipleriyle aynı seviyede oturarak, empati ile (yani onların açısını duyan) bir ses tonu ve vücut diliyle vermeli. Onlara, hiç bir kimseyi suçlamadan, aradan geçen olayları olduğu gibi anlatmalıdır. Anlatırken de hiç bir zaman tıbbi tabirlerle değil, onların anlayabileceği basit bir halk diliyle konuşmalıdır. Doktor böyle durumlarda acelesi olduğunu, hiç bir zaman göstermemeli, toplantının ortalama 30 dakika süreceğini bilmelidir. Doktor “bana bu konuda soracağınız başka bir şey var mı?” demeden, konuşmasına son vermemelidir.

Beklenmeyen kötü bir haber, hastaya ve hasta sahiplerine asla, telefonda ve doktordan başka hiç birisi tarafından verilmemelidir. Bu insanlığın ve doktor olmanın etik prensiplerinin icabıdır.

Tıpta zor konuşmaların ne kadar yersiz yapıldığı ve hastalara çok kızdırıp çektiği artık çok iyi anlaşılmış ve doktorlara, bu konuda gereken öğretim ve eğitimin verilmesinin şart olduğu herkes tarafından kabul edilmiştir. Bu konu, ABD’de bir çok “medical school”un müfredat programlarının bir parçası haline getirilmiştir. Bu konuda öğretim için, “SPIKES” akronimiyle belirtilen çok basamaklı bir öğretim protokolu hazırlanmıştır:

S (set up) - basamağında, doktor kendisini, vereceği kötü haber hakkında hazırlar. Hasta dosyasını dikkatle gözden ge-

çirir. Söz konusu hastalık hakkında belli başlı literatürü okur. Kafasında hasta ve hasta sahiplerine ne söyleyeceğini ve nasıl söyleyeceğinin planlarını yapar.

P (perception) - basamağında doktor, hastanın hastalığı hakkında ne algıladığını, ne bildiğini bilmek ve diğer doktorların hastaya ne söylediğini bilmek ister ve,

I (invitation) - basamağında doktor, hep kendisi konuşup hastaya konferans çekeceğine, hastayı yukardaki konu hakkında konuşmaya davet eder. Böylece hastanın hastalığı hakkındaki bilgi noksanlığını doldurmaya çalışır. Hastanın hastalığı hakkında konuşabilmesi psikolojik yönden hastayı rahatlatır.

K (knowledge) - basamağında doktor, daima basit bir halk diliyle konuşarak hastanın hastalığı hakkında ne kadar detaylı bilgi öğrenmek istediğini bularak konuşur. Bazı hastalar hastalıkları hakkında herşeyi bilmek istemezler. Benim bazı hastaların bana, “sen benim doktorumsun, ben sana güveniyorum, sen bana ne yapacağımı söyle, ben bu konuda daha fazla düşünmek istemiyorum” derlerdi.

E (empathy) - basamağında doktor, kendini hastanın yerine koyar, hastanın acı ve ızdıraplarını duymaya çalışır. Bu durumda kendisine ne yapılmasını istiyorsa aynı seyleri hastasına yapar.

S (strategize) - basamağında doktor, hastanın tedavi, prognoz ve takip planlarını, niye ve nedenlerini, hasta ve hasta sahipleriyle, gene basit bir şekilde paylaşarak onların fikirlerini alır.

Bazen ölüm, o kadar ani olarak meydana gelir ki, bu durumlarda hasta sahiplerini psikolojik olarak kötü haberi duymaya hazırlamanın imkanı yoktur. O zaman zor konuşmalar daha da zorlaşır. Böyle durumlarda hasta hastaneye yatmadan

önce veya bir girişim ve ameliyattan önce alınan, imzalanmış detaylı müsaade formu (informed consent) çok faydalı olur. Bu detaylı müsaade formunun imzalanması sırasında, yapılacak girişimlerin muhtemel bütün komplikasyonları ve muhtemel anestezi komplikasyonları, tıp literatüründeki % de ihtimaliyle, hasta ve hasta sahiplerine verilmelidir. Doktor hiç bir zaman, bir girişim veya bir ameliyatın sonuçlarını aşırı bir iyimserlik ve aşırı bir kötümserlikle vermemeli ve “benim tecrübeme göre” dememelidir. Aksi halde ani ve beklenmeyen bir ölüm, hasta sahiplerinde, doktora karşı kontrolsüz bir kızgınlık ve nefret hissi yaratabilir. Öncelikle bu durumlarda doktor, empatik bir dil ve davranışla hasta sahiplerine yaklaşmalı ve “Ne kadar çok, üzgün ve kızgın olduğunuzu çok iyi anlıyorum. Ben de çok üzgünüm. Ama hatırlarsanız size müsaade formu imzalarken böyle bir komplikasyon ihtimalinin olabileceğini söylemiş ve % delerini vermiştim. Bizim elimizden gelen herşeyi yaptığımızdan hiç şüphemiz olmasın. Demek kader böyleymiş. Başınız sağ olsun. Allah geride kalanlara uzun ömür nasip etsin.” demelidir. Bundan sonra doktor mutlaka aradan geçen bütün olayları, hasta sahiplerine, hiç kimseyi suçlamadan olduğu gibi anlatmalıdır. Bu yaklaşım, aradan geçen olayları bildikleri için hasta sahiplerini sakinleştirir ve onlara bazen böyle durumlarda, kadere inanmalarını hatırlatır.

Eğer ağır bir hastanın ölümü bekleniyorsa, bunun haberi hasta sahiplerine hiç bekletilmeden telefonla ve uygun bir dille, bir an önce verilmesi, tutulacak en iyi yoldur.

Bana öyle geliyor ki, Türkiye’de doktorlara karşı gösterilen nefret ve şiddet muamelelerinin sebepleri arasında, hekimlerin zor konuşmaları nasıl yapacaklarını bilmemelerinden dolayı olabilir. Bu bakımdan bir an önce Türkiye’de de bu konu tıp öğretim ve eğitiminin devamlı bir parçası haline getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R. SPIKES- a six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-311.
2. Chesanoë N. Delivering Bad vs Serious News to the Patients. *Medscape*.2016.
3. Emanuel LL von Gunten CF, Ferris FD. Education for Physician. Handbook model2; Communicating bad news. AMA, 1999.
4. Maggio R. The art of talking to anyone. 2005,McGraw-Hill, New York.
5. Vital Talk.Disclose serious news.www.vitaltalk.org/clinicians/disclose-serious-news