

KANSER TANISI KONAN HASTALARDA KÖTÜ HABER VERME: HEKİME DÜŞEN GÖREV

BREAKING BAD NEWS IN CANCER PATIENTS: THE MISSION OF CLINICIAN

Gökhan BİLGİN*, Gürkan ÖZTÜRK*, Sait ŞİRİN**

ÖZET

Kanser, insan hayatını beklenmeyen şekilde kesintiye uğratan ölümcül bir hastalıktır. Günümüzde kardiyak nedenli ölümlerden sonra en sık ölüm nedeni olarak bilinmektedir. Çoğu insanda kanser kelimesi ölüm ile bağdaştırılmaktadır. Zira yakın çevresinde kanserden dolayı sıkıntı çeken birisini görmeyen yok gibidir. Dolayısıyla böyle bir tanının insanlarda oluşturacağı psikososyal sorunlar kaçınılmazdır. Kanser tanısına normal yanıt; endişe, gerginlik kaybedilen sağlık için keder ve üzüntüden hastalığın önemini yadsıma, bu süreci savaş gibi algılama yada kaderci bir kabullenmeye kadar değişir. Ölümcül hastalık tanısının söylemi literatürde kötü haber verme olarak adlandırılmıştır. Kötü haberi vermek hekimler açısından da hastaya söylenmesi gerçekten zor bir görevdir. Hastanın ve ailesinin nasıl tepki vereceğini kestirememeye ve bu tepkilerle nasıl baş edileceğinin bilinmemesi hekim açısından sıkıntılı bir durumdur. Genellikle hekimin deneyimleri ve kişilik yapısı söylem tarzını belirlemektedir. Hastalar ile tanıyı, hastalıkla ilgili tedavi ve seyri hakkında yapılan konuşmaları gözden geçirdiğimizde, anlatım ve tavırlarımızın hastaların ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığımızı değerlendirebiliriz. Bu da iletişim becerileri konusunda eğitim almanın önemini ortaya koymaktadır. Halbuki halen hekim - hasta iletişimi standart tıp eğitiminin bir parçası olamamıştır. Bu yazıda kötü haber vermenin ideal şartları irdelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Kanser, kötü haber verme, hekim

ABSTRACT

Cancer is a fatal disease that interrupts human life unexpectedly. It is known as the most common reason for death following the deaths from cardiac disorders. In most people, the term "cancer" has been associated with death because there is almost no one who has not met someone with cancer within his/her social medium. Therefore, the psychosocial problems created by cancer diagnosis are inevitable. Normal response to cancer diagnosis varies from nervousness, anxiety, denial of the disease due to grief over the loss of health, and perceiving the progress of the disease as a battle to recognition of the disease as part of fate. In the literature, the expression of a fatal disease has been termed as "breaking bad news". Reporting the bad news to a patient is really a hard task for physicians because inability to predict how the patient and his/her relatives will react and lack of awareness on how to handle their reactions on the part of physician is a difficult situation. Generally, the experience and personality type of the reporting physician affect the style of informing. Review of the talks held in evaluating the diagnosis, treatment, and progression of the disease with the patient will guide us in determining whether our style of expression and our manner meet the needs of the patient. This signifies the importance of education in communication skills. However, to date, patient-physician communication has not been a standard part of medical training curricula. In this review, the ideal framework for reporting bad news has been evaluated.

Key words: Cancer, breaking bad news, physician

Dergiye geldiği tarih/ Date received: 28.08.2006 - Dergiye kabul edildiği tarih: 06.02.2007

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
(İletişim kurulacak yazar: gurkanoztrk@yahoo.com)

** Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Kanser, tedavisinde kat edilen gelişmelere rağmen günümüzde kardiyak nedenlerden sonra en sık ölüm nedeni olarak bilinmektedir (17). Dolayısıyla hasta ve aileler için en fazla korkulan hastalıklardan biridir. Hastalığın insan yaşamını birden kesintiye uğratması, kanser kelimesine yüklenen anlamdan kaynaklanır. Zira hastalığın seyri esnasında yaşanan yoğun ve yıpratıcı tedavi aşamaları ve kişilerin yakın çevresinde gözlemediği tablolar hastalarda birçok psikososyal sorunların beraberinde ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Kanser tanısı ile başa çıkabilme gücü birçok değişkene bağlıdır. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitimi, kişilik özelliklerinin yanı sıra hastalığa ve sağlığa ait değişkenler ile çevresel özellikler kanser tanısı ile baş etmeyi önemli ölçüde etkiler. Kanser tanısı alan hastalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklar uyum bozukluğu ve depresyondur. Yapılan çalışmalarda kanserli hastalarda psikiyatrik bozukluklar % 29 ile 47 arasında değişebilen oranlarda bildirilmektedir. Özellikle depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini uzatmakta, tedavi masraflarının artmasına sebep olmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkilemektedir (8,11,18).

Hastalarda tanıdan itibaren hastalığın seyri esnasında yaşanan sürecin değişik evrelerinde psikik sorunlar, kişinin konumunu algısı ile paralellik göstermektedir. Bu evreleri;

- Tanı öncesi
- Tanı
- İlk tedavi
- Tedavi sonrası
- Nüks ya da metastaz
- İleri evre hastalık ve son dönem şeklinde sıralayabiliriz.

KÖTÜ HABERLE YÜZLEŞME

İnsanlar günlük yaşantılarında kendilerine bir şey olmayacakmış gibi tavır sergiler. Yalom, bu durumu insanın biyolojik var oluşuna ters düşen bir düşünce bozukluğu "delir" olarak nitelendirmiş ve insanlarda "bana bir şey olmaz veya bir kurtarıcı olacaktır" şeklinde inançların hâkim olduğunu ifade etmiştir (22).

İnsanların ölümlü olmak gerçeğini en net hissettikleri anlardan biriside kanser tanısı ile yüzleştikleri zaman dilimidir. Bu evre sadece hasta için değil, diğer aile bireyleri ve tanıyı açıklayan hekim içinde oldukça zor bir durumdur (16). Literatürde bu konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde ölümcül hastalık söyleminin "Kötü haber verme" başlığı altında irdelendiği görülmektedir (14, 25, 26).

Ptacek ve Eberhardt kötü haberi "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 (16,25).

Kötü haberin verilme sürecinde hekimlerin başvurduğu üç yol olduğu ileri sürülmektedir. Bu yaklaşımları;

- Kör bir tutumla ve hiçbir şey hissetmeden
- Nazik ve üzüntülü bir yaklaşımla

Klinisyenin asıl görevinin hastanın bilgi isteğini doğru de-

ğerlendirmesinin önemini vurgulamıştır. Hastanın hastalığı ile duygularını doğru ifade etme fırsatı sağlanmasını, bunun içinde hekimin hastasının duygularını doğru tanımak ve ortaya çıkarabilmek için dinleme becerisini geliştirmesinin ve iyi bir eğitim almış olma gereğinin üzerinde durmuştur (6).

İYİ İLETİŞİMDEKİ ENGELLER

Hastayla iyi bir iletişim kurmadaki temel engeller; sosyal statü, ırk, yaş ve cinsiyet farklılıklarıdır. Diğer engeller ise hastanın iletişim yeteneğini kısıtlayan utanma, suçluluk ve korku gibi duygulardır (7). İletişimde zaman kısıtlılığı da çok sık dile getirilir. Hastalara kötü bir görüşmenin sebepleri sorulduğunda; doktorun aşırı duyarsızlığı, yer ve zamanın böyle bir görüşmeye uygun olmadığı ve ümit verici olunmadığı cevapları alınmaktadır (4). "Moralini iyi tutarsan daha iyi olursun", "Daha ne kötülükleri var sen yine iyisin", "Kimin başına ne geleceği belli olmaz, bende trafik kazasında ölebilirim" gibi iyi niyetle de olsa söylenen bazı cümlelerin hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktan çok kızgınlığa yol açtığını görebiliriz. Ayrıca "Kanseri nasıl yendim" "Kanser tedavisinde devrim" gibi yazılı ve görsel medyada verilen haberler ve programlar hastanın endişelerini arttırabildiği gibi sonunda hayal kırıklığına neden olabilecek ümitlenmelere neden olmakta ve hasta - doktor iletişiminde sorunlar oluşturabilmektedir (21).

Doktorlar üzerine yapılan bir araştırmada doktorların %42 oranında kötü haber verme üzerine bir eğitim almadıkları ve %47 oranında kendilerini bu konuda yetersiz hissettikleri belirtilmiştir (8). Ülkemizde de bu konu standart tıp eğitiminde yer almamaktadır. Hasta-doktor ilişkisinde doktorların hasta ile görüşme öncesi stresi çok artmakta ve bu stres görüşme sırasında tepe noktaya ulaşmaktadır. Doktorun bu stresini artırıcı faktörler hastanın çok genç olması, hasta ile uzun süren bir tanışıklığın olması, daha önce kuvvetli bir iyimser tablo çizilmiş olunması ve etkin tedavi seçeneklerinin çok sınırlı olmasıdır. Bazı doktorlar bu stres altında hasta ile görüşülmesi gereken prognoz gibi esas konuları atlayabilmekte veya hastayı gerçekçi olmayan şekilde ümitlendirme yoluna sapabilmektedirler. Kötü haber vermekte zorluk çeken doktorlar yine hastaya faydası olmayacak agresif tedaviler önermeyi tercih etmektedirler (10). Bazı doktorlar bu durumlardan kendilerini sorumlu tutarcasına suçlu hissetmektedirler. Bu nedenle klinisyenin kendini koruyabilmesi için mesaj ile mesajı veren ayırt edilebilmesi ve kanserin kendisi suçlanmalıdır.

HASTA TEPKİLERİ

Kanser süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur. Kanser tanısına normal yanıt endişe, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntüden hastalığın önemini yadsıma, bu süreci bir savaş gibi algılama yada kaderci bir kabullenmeye kadar değişir (11). Bu nedenle kötü haber karşısında hastaların algıları doğrultusunda farklı tepkiler göstermesi beklenen bir durumdur. Yinede hemen hemen her hastada kötü haber karşısında şaşkınlık, kabullenme ve doğruluğuna inanmama, inkâr ve öfkeye kapılma,

“niçin ben?” sorgusu gibi psikişik tepkiler ile birlikte günlük olağan yaşamın altüst olması, uyku, yemek – içmek gibi doğal fizyolojik alışkanlıklarda bozukluklar ortak gözlenen tepkilerdir. Hastalar yas dönemine girebilir, 1-2 haftalık kabullenme sürecini takiben umutlanma, savaşıma süreci başlar. Ancak inkâr safhasının uzun sürmesi hastanın tedaviyi geciktirmesine veya kabullenmemesine neden olabilir. Böyle bir tablo karşısında psikiyatri konsültasyonları çok önem taşımaktadır (22, 24). Bir hastanın günlük yaşamını etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren herhangi bir sorun olduğunda ya da psikiyatrik bozukluk saptandığında zaman yitirmeden sağıtıma başlamak hastanın bu dönemi daha rahat geçirmesini sağlar (11).

Kötü haber karşısında hasta tepkilerini Elizabeth Kübler Ross evreleyerek tanımlamıştır. Bu evreler;

- 1) İnkâr: Hastalık ya da önemi reddetme
- 2) Öfke: Hastalığa, tanıyı koyan doktorlara, yakınlarla ve bazen de sağlıklı kişilere kızgınlık
- 3) Pazarlık: Bu dönemde hasta işbirliği içerisindedir. Tedavilere uyum ve gerekenleri yapma ve çaba gösterme dönemidir.
- 4) Depresyon: Bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Kabullenme dönemine geçebilmek için gerekli bir dönemdir.
- 5) Kabullenme: Bu dönemde hastalık kabullenilir. Kabullenme umutsuzluk olarak düşünülmemeli hastalığın ve durumun ciddiyetini anlamak olarak ele alınmalıdır. Bir yaşam süresi bildirmek ve ümidi tümüyle yok etmek ise kabul edilmesi çok zor bir durum yaratır (11).

KÖTÜ HABER NASIL VERİLMELİDİR?

Hastaya kanser olduğunun açıklanması hekim-hasta iletişiminin temel noktalarından biridir. Hastalar tanı öncesi dönemde yapılan bir dizi tetkikler sonuçlanana dek gerginlik, sıkıntı ve endişe içindedirler. Kötü bir sonuç beklentisi içinde olan bir hasta için bile ölümcül hastalık tanısı şok yaratır. Bunu bilen hekimler açısından tanının hastaya söylemi gerçekten zordur. Hastanın ve ailesinin nasıl tepki vereceğinin kestirilememesi ve bu tepkilerle nasıl baş edilebileceğinin bilinmemesi hekim açısından sıkıntılı bir durumdur.

Kötü haber ile baş edemeyeceği ve tepki vereceği endişesi ile hekim tanıyı söylemekten çekinebilir. Hasta tarafından verilebilecek şiddetli emosyonel tepkilere maruz kalma korkusu hekimi esas mesajı iletmeyi bir kenara bırakarak gereksiz teknik ayrıntılar hakkında konuşmaya itebilir. Bununla birlikte iyi bir iletişim becerisi ise hastayla yapılacak tatmin edici bir görüşmeyi sağlayacaktır (30).

Bilgilendirme hakkı, Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endoezya'nın Bali kentinde yapılan toplantıda Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesinin 7. maddesinde tanımlanmaktadır. Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliğinde de hastanın bilgilendirme hakkı yasaya bağlanmıştır (3). Ayrıca 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nin üçüncü bölüm 15. maddesinde sağlık durumu ile ilgili bilgi alma

hakkı net olarak tanımlanmıştır (19). Bu durumda hastaya tanıyı söylememek yerine bu haberin uygun bir biçimde nasıl verileceği düşünülmelidir.

Girgis ve Sanson – Fisher (14) kötü haber vermenin temel özelliklerini şu şekilde sıralamıştır;

- 1) Kötü haber, sakin ve özel bir ortamda verilmelidir.
- 2) İlk görüşmenin kesintiye uğramadan yapılması için yeterli zaman ayrılmalıdır.
- 3) Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı ve duygu durumu değerlendirilmelidir.
- 4) Dürüst ve yakın bilgi vermelidir.
- 5) Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat vermelidir.
- 6) Hastanın duygularına empati ile yanıt verilerek, kesin belli bir zaman limiti vermekten kaçınılmalıdır.
- 7) Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmelidir.
- 8) Bundan başka bir şey yapılamaz mesajı vermekten kaçınılmalıdır.
- 9) Durumu tekrar gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmelidir.
- 10) Tedavi seçenekleri konuşulmalı ve tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmelidir.
- 11) Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi verilmelidir.
- 12) Verilen bilgi belge haline getirilmelidir.

Ayrıca Rabow ve McPhee kötü haber vermenin temel prensiplerinin kolaylıkla hatırlanabilmesi için bir ABCDE modeli geliştirmişlerdir (27,29) Tablo 1.

Bunlara ek olarak hasta ile yüz yüze görülebilecek ortamda aynı zamanda aile fertlerine de yeterince yer olmalıdır. Hasta ile göz teması önemli olduğu gibi zaman zaman hastanın elini veya kolunu tutmak rahatlatıcı olabilir. Gerekli olduğunda verilebilecek basılı dokümanlar bulundurulabilir. Hastaya bilgiler tanı, evre, prognoz gibi ardışık kabul edilebilir paketler halinde sıra ile hastanın reaksiyonlarına göre ve her seferinde ne kadar detaylı öğrenmek istediğine bağlı olarak verilebilir. Merdiven tarzı bu kötü haber yöntemi ile hasta soru sormaya isteksiz olursa veya bu ciddi konuyu konuşmaktan erkenden vazgeçerse başarısız olunabilir (10). Kullandığımız dil jargondan uzak olmalı ve her seferinde hastanın anladığı kibarca kontrol edilerek mevcut yanlış bilgiler düzeltilmelidir.

Son yıllarda Girgis ve Sanson – Fisher (14) 'in yukarıda açıklanan kötü haber vermenin temel özelliklerine uyma eğiliminde artış olmakla birlikte tanının söylenip söylenmemesinin ve buna bağlı sorunların toplumlar arasında farklılıklar gösterdiği izlenmektedir. Örneğin ABD de konuya bireyin kişisel sorumluluğu ve yasalar çerçevesinde bakılmakta ve tanı söylenmektedir. Batı ve Kuzey Avrupa Ülkelerinde de yaklaşım ABD ye benzemektedir (20). Buna karşın Grassi ve ark (16). 2000 yılında yaptıkları çalışmada İtalya, İspanya, Yunanistan gibi Güney Avrupa ülkelerinde kanser tanısı ve prognozun söylenmemesinin ağır bastığını tespit etmişlerdir. Yine 2005 yılında Goncalves F ve ark (15). Portekiz Onkoloji Enstitüsünde yaptıkları çalışmada hastaların tanı ve tedavi sürecine ilişkin yeterli bilgilendir-

Tablo 1. Rabow ve McPhee' nin kötü haber vermede ABCDE modeli**Önceden Hazırlık (Advance preparation)**

- Kesintilere imkan vermeyecek yer ve zaman planlama (İletişim cihazlarının kapatılması)
- Hastaya ait klinik bilgilerin gözden geçirilmesi
- Zihinsel olarak hazırlık yaparak, hangi kelime veya ifadelerin kullanılıp kullanılmayacağını belirlenmesi
- Bu yaklaşım için duygulanımımızın hazırlanması

Tedaviyle ilgili ortam ve/veya ilişki Geliştirme (Build a therapeutic environment)

- Hastanın neyi ne kadar bilmek istediğinin tespiti
- Görüşmede aile bireylerinin veya destekleyici personelin bulundurulması
- Herkese kendinin tanıtılması
- Hastaya kötü haberin geldiğinin uyarılması
- Uygun olduğunda hastaya temas edilmesi
- Takip görüşmelerini belirlenmesi

İyi İletişim (Communicate well)

- Halihazırda hasta ve yakınlarının neler bildiğini sorulması
- Sevecen bir şekilde içten davranılmalı, tıbbi terminolojiden ve üstü örtülü konuşmadan sakınılmalı
- Sezgisizliğe ve duygulanıma (ağlamak gibi) izin ver, görüşme esnasında hastanın hızına uyulmalı
- Kötü haberi nasıl algıladığını tarif etmesi sağlanmalı, bu veriyi takip eden görüşmelerde tekrarlanmalı
- Sorulara cevap verecek kadar zaman ayarlanmalı, konuşulanlar yazılmalı ve yazılı bilgi verilmeli
- Her görüşmede bir özet yaparak takip planını konuşulmalı

Hastanın ve Ailesinin Reaksiyonlarının Üstesinden Gelme (Deal with patient and the family reactions)

- Tekrarlayan her görüşmede hasta ve yakınlarının duygusal reaksiyonlarını değerlendirilerek ve uygun yanıt verilmeli
- Empati yapılmalı
- Meslektaşları ile aynı fikirde olmadığını göstermeli ve eleştirmemeli

Duygulanımların Cesaretlendirilmesi ve Onaylanması (Encourage and validate emotions)

- Hastaya tanının ne anlam ifade ettiği araştırılmalı.
- Hastanın hedeflerine göre diğer gerçekçi ümitleri önermeli
- Multidisipliner bilgileri ve yaklaşımlar kullanılmalı
- Kendinin ve diğer çalışan personelin ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalı

mevi alamadıkları ve bilgilendirmeler arasında farklılıklar olduğunu saptamışlardır (15,16).

Ülkemizde de benzer bir yaklaşımın egemen olduğunu söylemek yanlış olmasa gerekir. Yapılan çalışmalarda ülkemizde kanser tanısını bilmeme oranı %20 ila %54 arasında değişmektedir (2,9,12,28). Özellikle ailelerin hastadan tanıyı gizlemek için çaba sarf ettikleri ve hekimden hastaya tanının söylenmemesini istedikleri izlenmektedir. Böyle bir durumda kanser olduğunu sezen veya kuşkulanan hastanın bilgilendirilmemesi kişiyi korkuları, kaygıları ile baş başa bırakarak hastalık sürecinin derin bir yalnızlık içinde geçirmesine sebep olabilir. Gautam ve Nijhawan bu konuda yaptıkları çalışmada hastaya tanının söylenmediği durumlarda birçok hastanın bir süre sonra kanser ol-

duğunu anladığını veya en azından kuşkulandığını tespit etmişlerdir (13).

Yukarıdaki tespitler ışığında hastayı bir birey olarak algılamak ve duygularına değer verildiğini hissettirmek temel amaç olmalıdır. Zira tanının zaten kötü olması, oluşturacağı etkiyi yumuşatmaktan ziyade sözel ve bedensel iletişim ile gerçeği algılama ve tedaviye optimal uyumu sağlamaya yönelik olmalıdır. Böylece hastanın savaşıma direncini arttırabilir, gereksiz zaman kayıpları ve yanlış yöntemlerle hastanın zarar görmesinin önüne geçilebilir.

Uygun olan yaklaşımları hekimlerin kişisel deneyimleri ile kazanmasından ziyade hekim-hasta iletişimi konusunda hekimlerin bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi için gerekli eğitimin sağlanmasının önemi yadsınamaz. Ancak ülkemiz-

de tıp eğitim sürecinde hekim-hasta iletişimi ile ilgili konulara yeterince önem verildiğini söylemek güçtür (23). 2006 yılında Amiel ve Ungar'ın yaptıkları çalışmada kötü haber verme kabiliyeti ve eğitim düzeyi parametrik olarak ölçülmüş ve değerlendirilerek bu konuda yapılacak eğitimin faydalı olduğu ortaya konmuştur (1).

Sonuç olarak psikik yapısı ne olursa olsun kanser tanısı tüm bireylerde psikososyal sorunlar oluşturmaktadır. Kötü haberin doğru, gerçekçi bir şekilde ifadesi hastanın birey olduğu ve duygularına önem verildiğinin hissettirilmesi ve bu konunun idraki hekimlerin önemli görevlerinden biridir ve bu konuya tıp eğitim sürecinde yer verilmesinin faydaları yadsınamaz.

KAYNAKLAR

1. Amiel GE, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of primary care physician's to break bad news: a performance: a performance based assessment of an educational intervention. *Patient Educ Couns* 2006; 60:10-15.
2. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:145-152.
3. Ayan M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Konya, Kazancı Hukuk Yayınları, 1991.
4. Back AL, Arnold RM, Tulskey JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *J Clin Oncol* 2003; 2: 2433-2436.
5. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002; 20:2189-2196.
6. Brewin TB. Three ways of giving bad news. *Lancet* 1991; 337:1207-1209.
7. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980; 92:832-936.
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; 249:751-757.
9. Devrimci H, Ünlüoğlu G. Kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik bozukluklar. *3P dergisi* 1998; 6:196-206.
10. Dias L, Chabner BA, Lynch TJ Jr, Penson RT. Breaking bad news: A patient's perspective. *Oncologist*. 2003; 8:587-96.
11. Elbi H. Kanser ve Depresyon, *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5; 5-10.
12. Ersoy MA. Kanser hastalarında inkar, tedavi ekibiyle ilişki, bilgilendirme, kanser tanısının söylenmesi, alternatif tedavi yöntemlerine başvurma ve depresyon ilişkisinin incelemesi. *3P Dergisi* 2000; 8:17-26.
13. Gautam S, Nijhawan M. Communicating with cancer patients. *Br J Psychiatry* 1987; 150:760-764.
14. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998; 24:53-59.
15. Goncalves F, Marques A, Rocha S, Leitao P, Mesquita T, Motinho S. Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese Oncology centre. *Palliat Med* 2005; 19:526-531.
16. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial problems secondary to cancer: an Italian multicentre survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. *Italian Consultation-Liaison Group. Eur J Cancer* 2000; 36:579-585.
17. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 2000 *CA Cancer J Clin*. 2000; 50:7-33.
18. Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res*. 1989; 33:235-239.
19. Hasta Hakları Yönetmeliği. *Resmi Gazete*, Tarih: 01.08.1998; Sayı:23420.
20. Loge JH, Kaasa S, Hytten K. Disclosing the cancer diagnosis: the patients' experiences. *Eur J Cancer* 1997; 33:878-882.
21. Mete HE, Önen Ö. Kanserli Hastalarda Depresyon, Duygu Durum Dizini, 2001; 4: 184-191.
22. Okyayuz ÜH. Ölümcül Hastalık Tanısı Almak : Bir yaşam krizi kötü haber verilmeli mi? *Kriz Dergisi*. 2003; 11; 29-35.
23. Özçakır A. Tıp Eğitiminde İletişim ve Klinik Beceriler Dersi verilmeli mi? *İntern Öğrenci Görüşleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2002; 22:185-189.
24. Özkan S, Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi* 1998-1999; 40-152.
25. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*. 1996; 276:496-502.
26. Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM. "I'm sorry to tell you ..." physicians' reports of breaking bad news. *J Behav Med* 2001; 24:205-217.
27. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* 1999; 17: 260-263
28. Şenol S, Bitlis V, Ünal E, Göçmen H, Tan D, Çetin A. Kanser teşhis tedavisi amacı ile bir cerrahi kliniğinde yatan hastalarda psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1994; 5:103-108.
29. Vandekieft GK. Breaking Bad News, *Amercan Family Physician*; 2001; 64: 12.
30. Voelter V, Mirimanoff RO, Stiefel F, Rousselle I, Leyvraz S. Breaking bad news. *Rev Med Suisse* 2005; 1:1352-1353.