

Doğum Öncesi Bakım Esnasında Kötü Haberin Verilmesi

Breaking Bad News During Antenatal Care

Sebahat ATAR^a

Özet: Hasta ile hekim arasındaki iletişimin en hassas olduğu anlardan birisi hekimin hastasına kötü haber verdiği zamandır. Kötü haberin uygun şekilde verilmemesi halinde etik açıdan hastaya yararlı olma veya zarar vermeme ilkesi çiğnenmekte; yetersiz bilgilendirme hastanın doğru karar almasını olumsuz etkileyerek özerkliğine zarar vermektedir. Bu nedenle kötü haberin hastaya uygun şekilde verilmemesi bir etik ve hukuki sorun oluşturmaktadır. Son zamanlarda, en önemlisi ultrason teknolojisi olmak üzere, doğum öncesi tanı araçlarındaki ilerlemeler ile pek çok fetal ve jinekolojik patolojinin gebelik esnasında tanısının konulması mümkün hale gelmiştir. Dolayısı ile saptanan bu patolojilere ilişkin kötü haber verme sorumluluğu da doğum öncesi bakımının klinik pratiğine eklenmiştir. Tıp fakültelerinin yanı sıra uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimleri esnasında kötü haber verme ile ilgili eğitim genellikle verilmemekte veya yüzeysel olarak anlatılmaktadır. Etik kavramların ve bireyin haklarının giderek önem kazandığı günümüzde tanısı konulan ciddi bir patoloji için yapılacak görüşmenin bu konuda eğitim alınmaksızın gerçekleştirilmesi doğru bir yaklaşım değildir. Bu makalede, gebelikte kötü haber verme konusunda başta hekimler olmak üzere ilgili sağlık personelinin konuya ilişkin bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kötü haber, doğum öncesi bakım, eğitim, ultrasonografi, iletişim.

--

Abstract: One of the most sensitive moments during communication between the patient and the physician is the moment that the physician gives bad news to his patient. If bad news is not given properly, the principle of being beneficial or harmless to the patient in terms of ethics is violated; inadequate information do harm the autonomy of the patient by negatively affecting the right decision of the patient. For this reason improperly breaking bad news to patient pose an ethical and legal problem. As a result of the recent advances in prenatal diagnostic tools, especially in ultrasound technology, it is now possible to diagnose many fetal and gynecologic pathologies during pregnancy. Therefore, the responsibility of breaking bad news about these pathologies has also been added to the clinical practice of antenatal care. Education about breaking bad news is generally not given during medical faculty or speciality and subspeciality training or it is provided in a limited way. Nowadays in which ethical concepts and individual rights are increasingly becoming important, it is not a correct approach breaking bad news for a diagnosed serious pathology without training in this regard. In this article, it was aimed to inform and raise awareness of related medical personnel, especially physicians, regarding the issue of breaking bad news during pregnancy.

Key words: Bad news, antenatal care, education, ultrasonography, communication

^aDoktora öğrencisi, Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı ✉ sebhul@yahoo.com

Gönderim Tarihi: 28.02.2018 • Kabul Tarihi: 05.05.2018

GİRİŞ

Tıbbi teşhis ve tedavi yöntemleri, günümüzde giderek daha karmaşık ve mekanik bir hal almaktadır. Giderek hem çeşitliliği hem de karmaşıklığı artan tıbbi tetkik, müdahale, muayene yöntemleri ve diğer gelişmelere ayak uydurmak ve bunları pratiğine katabilmek için hekimin giriştiği yoğun çaba, onun hasta ile olan fiziksel ve teknolojik ilişkisini geliştirirken duygusal ilişkisini giderek zayıflatmıştır. Halbuki hekim hastasına insancıl bir ruh hali ile yaklaşıp onunla iyi bir iletişim kuramadığı takdirde diğer alanlarda çok iyi yetişmiş olsa bile bu durum hasta memnuniyetine istenilen düzeyde yansımayacaktır. Hasta ile hekim arasındaki iyi iletişimin belki de en kritik olduğu anlardan birisi hekimin hastasına kötü haber verdiği zamandır. Hekimin bu görevi başarılı bir şekilde yerine getirebilmesi hastasına empati yapması; ona karşı açık, dürüst ve samimi olması ve hastasını dinlemesini bilmesi ile mümkündür (1). Daha açık bir ifade ile hekimin hastasına mekanik değil insancıl bir ruh hali ile yaklaşması ile mümkündür.

Prenatal bakım esnasında en önemli uygulama obstetrik ultrason olup fetüsü ilgilendiren patolojilerin tanısında ultrason çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Ultrason teknolojisindeki hızlı gelişme neticesinde fetüsün ölümünden ciddi anomalilerine, uterusun şekil bozukluğundan plasentanın yapışma anomalilerine kadar pek çok ciddi sorun artık gebelik sırasında teşhis edilebilmektedir. Özellikle, uzman doktor düzeyinde yapılan gebelik muayenelerinde ultrason ile inceleme, ülkemizde çok yaygın olup neredeyse ultrasonsuz gebelik muayenesi yapılmaz olmuştur. Gebelik esnasında ultrason kullanımının ve buna bağlı olarak fetüs ile anneyi ilgilendiren ve ultrason ile tanısı mümkün olan patolojilerin giderek artan oranda saptanması nedeniyle, daha önce doğumda veya sonrasında fark edilen anomali ve diğer patolojilerde doğumu gerçekleştiren sağlık personeli, pediatri uzmanı veya diğer ilgili uzmanlara ait olan kötü haber verme sorumluluğu, gebelik esnasında kadın doğum hekimi, perinatoloji uzmanı, radyoloji uzmanı veya ultrasonu yapan diğer hekimlerin görevi haline gelmiştir.

Gebelikte ultrason ile tanısı konulan patolojiler, gebeliğin dönemine göre değişiklik göstermektedir. Ultrason, erken gebelikte gebeliğin olup olmadığı, gebelik kesesinin yerleşim yeri, embriyonun canlı olup olmadığı, çoğul gebelik gibi durumların tanısı için kullanılırken, gebeliğin ilk ve ikinci üç ayında, sıklıkla kromozom anomalilerine bağlı şekil bozuklukları ile belirteçlerin taranması ve ciddi fetal anomalilerin saptanması için, gebeliğin son üç ayında ise sıklıkla fetal gelişimin takibi, fetal iyilik halinin değerlendirilmesi, plasentanın yerleşimi ve patolojileri, amniyon sıvısı patolojileri ile doğuma yönelik değerlendirmeler için yapılmaktadır.

Ultrason bulguları normal olduğunda gebe ile fetüs arasında erken bağlanmayı sağlamak ve anne adayının gebeliğine karşı olumlu duygularını arttırmaktadır (2). Ultrason incelemesinin sonunda bir patoloji saptanması veya bir patolojiden şüphelenilmesi ise gebelikte, fetüs kaynaklı kötü haber vermenin en önemli nedenini oluşturmaktadır.

Kötü haberin verilme şekli gebenin verilen bilgiyi anlamasını, buna dayanan kararını, yeni koşullara psikolojik uyumunu, sürece katılımını ve ileride yapacağı değişiklikleri etkilemektedir (3,4). Kötü haberin uygun olmayan bir şekilde verilmesi gebede uzun vadeli psikolojik travma riskini arttırabilmektedir (5). Dolayısı ile, hekimin kötü haber verme sorumluluğunu gereken şekilde yerine getirememesi halinde etik açıdan hastaya yararlı olma veya zarar vermeme ilkesi çiğnenmiş olmaktadır. Ayrıca fetüste ciddi fetal anomali veya bir kromozom anomalisi saptandığında sağlık ekibi, gebeliğin devamı, prognoz, doğumdan sonra beklenen sonuçlar gibi konularda gebeyi bilgilendirmek zorundadır (6,7). Gebe ve eşi, gebeliğin devamı veya tıbbi terminasyon gibi ciddi kararları bu bilgilendirme sonucunda alacağından bilgilendirmenin yapılmaması veya eksik yapılması gebenin doğru karar almasını olumsuz etkileyerek özerkliğine de zarar vermektedir. Bu nedenle, kötü haberin hastaya uygun şekilde verilmemesi bir etik ve hukuki sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu yazıda, gebelere kötü haber verme ile ilgili ileride gerçekleştirilecek kılavuz hazırlığı çalışmalarına altyapı oluşturulması ve başta hekimler olmak üzere ilgili sağlık personelinin konuya ilişkin bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amaçlanmıştır.

KÖTÜ HABER TANIMI

“Kötü haber” tıp ile bağlantılı olarak, kişiyi umutsuzluğa sevk eden, bireyin fiziksel ve/veya ruhsal iyilik halini tehdit eden, mevcut yaşam tarzını bozan veya kişisel seçim yapma şansının az olduğu durum olarak tanımlanmıştır (8).

Kötü haber vermenin değişik tanımları yapılmış olmakla birlikte net bir tanımının yapılması pek mümkün görünmemektedir. Kötü haber kişinin psikolojisi, değer yargıları, mevcut sağlık sorunları, sosyal konumu, dini inançları gibi pek çok etmeden etkilenmekte olup bu etmenlerin öneminin de sürekli değişmesi nedeniyle aynı olay aynı kişide bile olayın ciddiyeti açısından farklı zamanlarda farklı değerlendirilebilmektedir. Dolayısı ile bir kişiye göre kötü haber olan bir durum başka bir kişi tarafından olağan karşılanabilirken, aynı kişinin benzer olaylara tepkisi farklı zamanlarda tamamen farklı olabilir. Örnek vermek gerekirse normal koşullarda kendiliğinden düşük için çok üzülecek olan bir kadın boşanmak üzereyken düşük yaptığında bu olayı daha makul karşılayabilir. O nedenle, bir sağlık durumunu “ciddi” olarak değerlendirmek için sadece tıbbi açıdan bakılması doğru olmayıp hastanın içinde bulunduğu koşullar açısından da bakılması gerekir.

KÖTÜ HABER VERME VE GEBE PSİKOLOJİSİ

Kötü haberin verilmesi tıbbi uygulamalarda karşılaşılan en güç görevlerden biridir. Kötü haber aldıklarında hastaların genellikle bu haberin verilme şekline memnun kalmadıkları bildirilmiştir (9). Kötü haberin uygun şekilde verilmemesi kişi memnuniyetini azaltmanın yanısıra psikolojisini de olumsuz etkileyebilmekte; kişinin yaşayacağı psikolojik travmayı artırıp azaltabilmektedir (10,11).

Gebelikte yüksek progesteron düzeyinin duygudurum bozukluğunda artış ile birlikte olduğu ve negatif duygudurum sıklığının arttığı bildirilmiştir (12). Gözlemlerimize göre kötü haber verme açısından gebe ile gebe olmayanlar arasındaki en önemli fark, gebelik nedeniyle anne adayının hassas bir ruh hali içinde olması ve bu nedenle verilen kötü habere daha şiddetli bir duygusal reaksiyon gösterebilmesidir. Diğer tespit edilen farklar ise, kendileri istese dahi gebelerden kötü haberi saklama olasılığının bulunmaması; özellikle fetal anomali, kromozom anomali tarama sonucu gibi durumlardan kaynaklandığında kötü haberin her zaman net ve kesin olmaması; bazen ultrason incelemesinden sonra fetal MR gibi testler veya başka kliniklerden konsültasyon istenilmekle birlikte genellikle kötü haber verme sürecinin tek aşamalı olmasıdır. Diğer bir ifade ile, kanser vakalarının devam eden tetkik ve ilave muayeneler sürecinde olduğu gibi çok aşamalı olarak verilmemesidir.

Ultrason incelemesinin gebe ve eşinde anksiyeteye yol açtığı gösterilmiştir (13,14). Kötü haberin verilmesi ile gebeliğin hangi döneminde olunduğuna bakmaksızın mevcut anksiyete psikolojik travmaya dönüşebilmektedir (15). Kötü haber ile gebenin yaşadığı üzüntüye akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, artmış anksiyete gibi çeşitli psikolojik tablolar eşlik edebilmektedir (16). İlk üçay gebelik kaybından sonra gebe, günlük aktivitelerini yerine getirmekte güçlük çekmekte, kaybettiği bebeğini özlemekte ve bazen de umutsuzluğa düşmektedir (17).

KÖTÜ HABERİ VERME ESNASINDA HEKİM PSİKOLOJİSİ VE DAVRANIŞLARI

Kötü haberin verilmesi esnasında hekimin de strese girdiği bildirilmiştir (18). Hekimler, kötü haberi verirken kendilerini kötü, gergin hatta suçlu hissettiklerini, hasta ile benzer duyguları yaşadıklarını bildirmişlerdir (19). Hekimler, anlatılanların aile tarafından kolay anlaşılmasını sağlama ve üzüntüsünü azaltma konusunda hassas olmaya çalışmaktadır (20).

Kötü haberin verilmesi sırasında hekimlerde standart bir davranış biçimi bulunmamaktadır (19). Hekimler genellikle, kendilerinden daha kıdemli meslektaşlarından gördüklerini taklit ederek veya içlerinden geldiği gibi hareket ederek kötü haberi vermektedirler.

GEBELİKTE KÖTÜ HABER VERME SIKLIĞI

Gebelikte kötü haber verme gereği düşünüldüğünden daha sık ortaya çıkar. Gebelikte sık görülen bazı patolojilerin görülme sıklığına baktığımızda; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması sonuçlarına göre ülkemizde kendiliğinden düşük oranı 2008 yılı verilerine göre %11, 2013 verilerine göre %14 olarak bildirilmiştir (21). Erken doğum sıklığı %10-11 (22), rahim içi gelişme geriliği sıklığı %3-7 (23), zarların erken açılma sıklığı ise düşük risk grubunda %4.8 olarak bildirilmiştir (24). Bu rakamlar çalışmanın gerçekleştirildiği popülasyonun özelliklerine göre değişmekle birlikte verilen oranlara bakıldığında ve başka patolojilerin de gebelikte görülebileceği dikkate alındığında, gebelikte kötü haber verme sıklığının yüksek olduğunun tahmin edilmesi yanlış olmaz. Antenatal takipte bu kadar sık karşımıza çıkmasına karşılık pratik uygulamada kötü haber verme, sıklıkla bilimsel bir temeli olmadan, önceki tecrübe ile kişisel davranış ve kabullere göre yapılmakta; bu durum kısa veya uzun vadede bazı olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

KÖTÜ HABER KİME VERİLMELİ? KİM, NE ZAMAN VERMELİ?

Kötü haberin kime verileceği konusunda her zaman için gebenin önceliği olup (1) zorunlu bir durum varlığında gebenin eşine veya üçüncü bir kişiye de bilgilendirme yapılabilir. Ancak, bu durumun gerekçesi ile birlikte kayıt altına alınması uygun olur.

Kötü haberi verecek olan ideal koşullarda gebeyi takip eden hekim veya kıdemli konsültan hekim olmalıdır. Kötü haber verme, ekipteki kıdemsiz hekimin görevi olarak görülmemelidir (10).

Gebe, ultrason için perinatoloji, radyoloji veya fetal eko için kardiyoloji gibi başka bir merkeze yönlendirildiğinde, burada yapılan incelemede bir patoloji saptanması halinde hiçbir açıklama yapılmadan gebenin doktoruna yönlendirilmesi gebede stres ve memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. Özellikle, gebe muayene esnasında olumsuz bir durum olduğunu fark ettiğinde veya olabileceğini hissettiğinde normal olarak bunun en kısa zamanda açığa çıkmasını istemektedir. Ayrıca, fetüste ciddi bir anomalinin bulunması nedeniyle gebeliğin sonlandırılması veya kromozom anomali riskinin yüksek olması nedeniyle invaziv girişim veya başka nedenlerle herhangi bir girişim yapılmasının gerektiği durumlarda gecikme gebenin aleyhine olabileceğinden ultrason incelemesi ile gebeye bilgi verilmesi arasında önemli bir zaman kaybının olmaması gerekmektedir. Bu durumda ultrasonu yapan başta radyoloji uzmanı olmak üzere diğer branş hekimlerinin sadece raporunu yazıp hiçbir şey söylemeden gebeyi takibini yapan hekime göndermek yerine, makul ölçüde açıklama yapması gebe açısından daha rahatlatıcı olacağı gibi, bazı planların yapılması açısından da istenmeyen gecikmeleri önleyebilir. Burada, makul ölçüde bilgilendirme ile anlatılmak istenilen yönlendirici olmadan sadece, saptanan patoloji ve olası tanı konusunda bilgi verilmesidir. Ultrason incelemesini yapan perinatoloji uzmanı ise saptanan patoloji ile ilgili yapılacak bilgilendirmede en yetkin konumda bulunması nedeniyle gebeyi takip eden hekim gibi bilgilendirmeyi yapması beklenir.

Gebeye kötü haberi kimin vereceği konusu hizmet alınan sağlık biriminin kamu veya özel olmasına göre de farklılık gösterebilmektedir. Özel sağlık kurumlarında genellikle gebenin takibini yapan belirli bir hekiminin olmasına karşılık kamuda gebe sıklıkla her kontrolde farklı bir hekime muayene olmaktadır. Bu durumda patolojinin saptandığı veya değerlendirildiği muayene, konsültasyon veya konseyden sonra bu aşamada görevli bir hekim tarafından kötü haber verilmektedir. Dolayısı ile kötü haberi veren uzman doktor olabileceği gibi kadın doğum asistanı veya perinatoloji üst ihtisasını yapmakta olan bir hekim de olabilmektedir. Bu durumda, hekim gebenin devamlı takibini yapmadığı için genellikle gebeyi iyi bilmemektedir. Ayrıca, ihtisas veya üst ihtisas eğitimi almakta olan hekim özellikle asistanlığının ilk yıllarındaysa ve kötü haber verme konusunda belirli bir eğitim de almamış ise hem gebe ile istenilen iletişimin kurulmasında hem de kötü haberin konusu olan patoloji ile ilgili soruların cevaplandırılmasında yetersiz kalabilmektedir. Bu durum ise gebenin anlatılanları kavramasını ve tanıyı kabullenmesini zorlaştırabileceği gibi, gebe üzerinde olumsuz psikolojik sonuçlara da

yol açabilmektedir. Dolayısıyla tıp fakültesi öğrencilerinin yanısıra kötü haberin verilmesi konusunda aktif rol alan ihtisas veya üst ihtisas yapan araştırma görevlilerinin de bu konuda eğitilmesi büyük önem taşımaktadır.

Gebeye kötü haberin verilmesi konusunda hemşire/ebenin rolüne baktığımızda, saptanan patoloji veya konulan tanı ile ilgili gebeye yapılan tıbbi bilgilendirmenin haricindeki konularda, mesela gebeye duygusal destek verilmesinde hemşire/ebenin hem gebe hem de hekime büyük desteği olacaktır. O nedenle, kötü haberin sıklıkla verildiği perinatoloji klinikleri gibi yerlerde bir hemşire/ebe bu konuda eğitilip yetiştirilmeli ve gebeye kötü haber verilirken ekibe dahil edilmelidir. Kötü haber verilirken gebeye insani açıdan yaklaşım gerekli psikolojik desteğin verilmesi, gebe memnuniyeti açısından en az yapılan tıbbi bilgilendirme kadar önemlidir. Bu yaklaşımın sağlanmasında, kötü haber verme konusunda eğitim görmüş, tecrübeli bir hemşire/ebenin önemli katkısı olacaktır.

KÖTÜ HABER NE ZAMAN VERİLMELİ?

Hekimler, gebe ve doktorun hazır olduğu zaman kötü haberin verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir (19). Kötü haberi verme işlemi, haberi verecek olan hekimin gireceği önemli bir ameliyatın öncesine veya kalabalık poliklinik saatlerine denk getirilmemelidir. Hekim bu iş için kendine yeterli zaman ayırabilmelidir. Aksi takdirde zaten kötü haberi verme görevi nedeniyle baskı altında olan hekimin stresi ameliyathaneye indirilmek üzere olan vaka veya poliklinikte bekleyen hastalar nedeniyle daha da artar ve bu durumdaki hekimin empati, sempati, sabır gerektiren bu görevi hakkıyla yerine getirmesi beklenemez.

KÖTÜ HABERİN VERİLECEĞİ ORTAMIN VE GEBENİN HAZIRLANMASI

Gebeye kötü haber verilirken patolojinin niteliği, gebenin o andaki duygusal durumu, obstetrik geçmişi, mevcut tıbbi hastalıkları gibi etmenler dikkate alınmalı; gerektiğinde gebeye duygusal açıdan destek olacak altyapı hazır tutulmalıdır.

Kötü haberin verilmesi ile ilgili onkoloji alanyazınında bir bilgi birikiminin olmasına karşın gebelikte bu konuya ilişkin verilerin az olduğunu bildiren Allen ve ark, kanser hastaları için yapılan tavsiyelere dayanarak gebelere kötü haberin verilmesi için ortamın hazırlanması ve kötü haberin verilmesi aşamalarında şunların yapılmasını önermişlerdir (15):

- Kötü haberi gebenin takibini yapanlardan kimin vereceği belirlenmelidir.
- Belirlenen hekim, kötü haberi hangi içerik ile nasıl vereceği konusunda kendini hazırlamalıdır.
- Kötü haberin verilmesi için yeterli aydınlatmaya sahip, hasta mahremiyetinin sağlandığı, sessiz bir oda kullanılmalıdır.
- Gebe muayene masasından kalkmış, giyinmiş olmalı ve otururken kötü haber verilmelidir.
- Gebenin yanında eşi veya başka bir yakın var ise onlar da odaya alınmalıdır.
- Kötü haberi verecek olan hekim gebenin karşısına oturup, onunla göz teması kurarak konuşmasını yapmalıdır.

KÖTÜ HABER GEBELERE NASIL VERİLMELİ?

Kötü haber verirken kullanılmak üzere çeşitli protokol ve kılavuzlar geliştirilmiştir. Bir kılavuz veya protokol, kötü haber verilmesi konusunda önemli ölçüde yol gösterici olmakla birlikte, tek başına, her zaman yeterli olması beklenemez. Hangisi kullanılırsa kullanılsın, hizmet verilen popülasyonun özelliklerine ve bilgi verilecek olan kişiye göre yeniden düzenlenmesi gerekir. Bu düzenlemeyi yapacak olan da hekimin tecrübesi ve sağduyusudur.

Dolayısı ile kötü haberin verilmesi ile ilgili aşağıda verilen bilgilerin her bir olguda, o olgunun özelliğine göre güncellenmesi, yani bireyselleştirilmesi gerekir. Gebelere kötü haberin nasıl verilmesi gerektiği konusu, literatürün ışığı altında, kendi görüşlerimiz de ilave edilerek aşağıda, maddeler halinde özetlenmiştir.

-Kötü haber, gebeyi takip eden ekibin üyesi olan bir hekim tarafından verilmelidir. Birden fazla kişinin aynı anda bu işi yapması kargaşaya, bazen de birbiri ile çelişkili bilgilerin verilmesine neden olabilir.

-Sözel olmayan iletişim sözlü iletişim kadar etkili olabilmektedir (25). Bu nedenle kötü haber verirken hekimin duruşu, tavrı, söyleyiş tarzı gibi sözel olmayan iletişim araçları önemlidir. Hekim hastasına yakın olmalı; kötü haber, gebe ve yakını otururken verilmeli, hekim de aynı hizada ve gebeye dokunabileceği mesafede oturmalıdır. Hekim, gebenin yüzüne bakarak kötü haberi vermeli; konuşmasını yaparken bilgisayar, başka bir kişi veya nesne ile ilgilenmemelidir. Hekim, hastanede yatmakta olan gebeye kötü haberi, hasta odasından çıkmak üzereyken veya hasta yatağının ayak tarafında, ayakta durarak vermemelidir. Hekim, hastasına yakın olmak ve güvenilir olduğunu hissettirmek için gerektiği yerde hastanın omuzunu dokunabilir veya elini tutabilir (26). Ancak, bunun için gelenek ve dini inançlardan gelen hassasiyetler dikkate alınmalı ve dokunma yoluyla iletişimi arzu etmeyeceğini belli eden gebeler ile bu tarz iletişim kurulmasından kaçınılmalıdır.

-Kötü haber gebeye sade, açıklayıcı şekilde ve onun üzüntüsüne empati yaparak verilmelidir.

-Hastanın hem hukuki hem de ahlaki açıdan doğru, güvenilir bilgi alma hakkı vardır. Gebenin kendisine yapılacak bilgilendirmeye göre gebeliğinin sonlandırılması, invaziv girişim yapılması, doğumunun öne alınması gibi ciddi konularda karar vereceği düşünülürse doğru bilgilendirmenin ne kadar önemli olduğu anlaşılır. Hekim, hastanın sorduğu sorulardan bilmediklerini geçiştirmemeli veya emin olmadığı yanıtları vermemeli; gebeye soru ile ilgili kendisine geri döneceğini söyleyerek konuyu öğrenip gebeyi tekrar bilgilendirmelidir. Ayrıca, hasta ile hekim arasında güven ilişkisinin devam edebilmesi için hekimin hastasını doğru bilgilendirmesi şarttır.

-Kötü haber, aniden ve hızlı verilmemelidir (1). Kötü haberin aniden verilmesi hasta üzerindeki olumsuz etkiyi daha da arttırmaktadır (27). Kötü haber, gebeye alıştırılarak söylenmeli; kötü haberi verme hızı ve içeriği gebeye göre ayarlanmalıdır. Bunu sağlamak için “korkarım bazı kötü haberlerim var” şeklinde bir giriş ile konuşmaya başlanabilir (15).

-Halkın anlayacağı terimler ile bulgular ve ne anlama geldiği açıklanmalıdır. Kötü haberin konusu olan patoloji açık bir şekilde, kelime oyunu yapılmadan anlatılmalı; kısaltma ve jargon kullanımından kaçınılmalıdır (28). Örneğin “zeka geriliği” yerine “zihinsel gelişim bozukluğu” denilmemelidir. Kötü haber verilirken farklı anlamlara gelebilecekleri ve aile hafızasına yerleşebilecekleri göz önüne alınarak doğru kelimelerin kullanılmasına dikkat edilmelidir (29). “Limon bulgusu”, “muz bulgusu”, “kurbanın yüzü”, “yonca yaprağı kafa”, “çilek kafa” gibi akılda kolay kalan, simgesel kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır (30). Bu benzetmeler gebede anomalinin çok ağır olduğu düşüncesini ortaya çıkarıp panik yapmasına neden olabilir.

-“En iyisi bu olabilir”, “bundan daha kötüsü de olabilirdi” şeklinde basmakalıp sözlerin kullanılmasından kaçınılmalıdır. Bunun yerine “kaybınız için üzgünüm” gibi cümlelerin söylenilmesi uygun olur (15).

-Hekim, anlattıklarının gebe ve yakını tarafından anlaşıldığından emin olmalı, bunun için önemli gördüğü yerlerde gebeye soru sorarak geri bildirim almalıdır (28).

-Hekimin ne kadar bilgi vereceğinin belirli bir ölçüsü olmayıp bunu gebenin konu ile ilgili bilgisi, öğrenme isteği, kötü haber konusunun ciddiyeti gibi etmenler belirler. Genel olarak kabul edilen, gebeye faydası olacak bilginin, gebenin arzu ettiği düzeyde verilmesinin uygun olduğu şeklindedir. Dolayısı ile hekimin gebe ile konuşurken vermesi gereken bilgi düzeyini, gebeden gelen geri bildirimlere göre ayarlaması gerekir. Hekimin gebenin beklediğinden az bilgilendirme yapması gebede memnuniyetsizliğe yol açarken gereğinden fazla bilgilendirme de kafa karışıklığı ve yanlış anlaşılmalara neden olabilir.

-Tarama ve tanı testlerinin yapılma aşamasında hekim, testin olumsuz sonuçları konusunda gebeyi en erken dönemde hazırlamalıdır. Örnek vermek gerekirse, üçüncü ay ultrasonunda fetusun ense cilt saydamlığı ölçümünü normalin üzerinde saptayan hekimin, fetusta Down Sendromu riskinin yüksek olduğunu ve kesin tanı için yapılması gereken girişimleri gebeye anlatması gerekir.

-Kötü haber vermenin öznesi gebeler olunca sadece gebelik ile ilgili kötü haber verileceğinin düşünülmesi yanlıştır. Örneğin gebe, asker olan eşini kaybetmenin acı haberi ile yüz yüze gelebilir (31). Veya, gebelik dışında başka hastalıkları nedeniyle kötü haber alabilir. Gebe, kanser olabileceği gibi diğer kötü haber konusu olabilecek her türlü hastalığa da yakalanabilir. Üstelik, kanser gibi diğer ciddi hastalıkların tanısının konulması gebenin yanısıra fetüsü de ilgilendirmesi nedeniyle gebe ve hekimi açısından daha stresli olup yönetimi de daha güçtür. Gebenin ciddi hastalıklarının teşhis ve tedavisinde bazen anne ve fetus birbirine rakip olabilir, birinin sağlığı için yapılması gereken bir işlem veya tedavi diğerine zarar verebilir. Örneğin, gebeye kanser tanısı konulması durumunda uygulanacak tedavi seçenekleri fetus açısından risk oluşturabileceği gibi, tedavinin doğum sonrasına ertelenmesi ise gebenin tedavisini geciktirerek kanserin ilerlemesine yol açabilir. Gebenin ciddi hastalıklarında tedavi seçenekleri, fetal etkileri, hastalığın prognozu gibi konularda ailenin hem gebe, hem de fetus açısından dürüst ve anlaşılır bir şekilde bilgilendirilmesi, gebenin karar alma sürecine dahil edilmesi ve gebenin özerkliğine saygı gösterilmesi önemlidir.

-Anormal test sonuçlarının telefon ile verilmesi önerilmemektedir (30,32). Guerra ve arkadaşlarına göre kötü haberin telefon ile verilmesi, verilecek bilginin düzenlenmesi ve haberin en iyi nasıl verileceğinin düşünülmesi için zaman harcanmaksızın zor bir işin hızlıca yerine getirilmesidir (30). Kötü haberin telefon ile verilmesi durumunda, gebe ile yüz yüze yapılan görüşmede olduğu gibi hekimin empati yaparak bilgilendirme, vakit ayırma, gebeye destek olma gibi işlevleri ihtiyaca göre ayarlaması güç olup, başta telefon olmak üzere mesaj bırakılarak veya internet kullanılarak yapılan ve yüz yüze olmayan bilgilendirmeden kaçınılması uygun olacaktır. Burada, telefon ile veya internet üzerinden görüntülü görüşme imkanı yaratılarak kötü haber verilebilir mi? sorusu akla gelebilir. Kanaatimizce bu durumda da gebenin vereceği duygusal tepkiye göre gerekli desteğin verilmesi yüz yüze görüşmedeki gibi olamayacağından zorunlu durumlar haricinde yüz yüze görüşmenin tercih edilmesi uygun olacaktır. Zorunlu nedenlerin varlığında (gebenin uzakta yaşaması, çeşitli nedenlerle görüşme için hemen gelememesi gibi) bilgilendirmenin telefon ile yapılma talebinin gebenin kendisinden gelmesi halinde kötü haber telefon ile verilmeli; aksi takdirde yüz yüze görüşme tercih edilmelidir. Telefon ile kötü haber verilirken dikkat edilmesi gerekenler şunlardır (32): Telefon ile bilgi verilmeden önce tanı, test sonucu, klinik bilgiler tekrar doğrulanmalı; görüşmenin mahremiyeti sağlanarak yeterli zaman ayrılmalı, görüşme öncesinde hastaya zaman ve mekan açısından uygun olup olmadığı sorulmalıdır.

-Kötü haber verilirken rastlanılan bir durum, haberin verilmesiyle gebenin büyük bir şoka girmesi, hekim ile arasındaki iletişimin kopması ve takip eden konuşmaları anlayamamasıdır. Bu durumda kötü haberin verilmesi sadece bir görev, bir an önce bitirilmesi gereken bir iş gibi görülmemeli; hekim acele etmemelidir. Bunun yerine gebe ve ailesi rahat edeceği bir odaya alınmalı, gebenin sakinleşmesi için bu konuda eğitilmiş bir hemşire/ebe veya psikolog desteği sağlanmalı; gebe sakinleşip konuşmaları anlayabilir hale geldikten sonra görüşmeye devam edilmelidir. Görüşme esnasında gebenin gösterdiği duygusal tepkiler anlayış ile karşılanmalı, gebenin duygularını ifade etmesine müsaade edilmelidir.

-Gebeye fetüsü ilgilendiren olumsuz bir bilgi verildiğinde aileye bu bulgunun önem derecesi iyi bir şekilde anlatılmalıdır. Eğer bu yapılmaz ise gebeliğin neden olduğu duygusallık ortamında çok önemli olmayabilecek veya gerçekleşme olasılığı çok düşük bir durumun bile gebe tarafından çok ciddiye alınarak aşırı tepki verebileceği bilinmelidir.

-Gebenin yanında eşinin bulunması en ideal olanıdır. Eşinin bulunamaması durumunda bir yakınının yanında olması çok iyi olur. Kötü haberi verirken gebenin yanında eşi veya başka bir refakatçisinin bulunması hem kötü haberin şoku ile gebenin anlatılanları anlayamadığı durumlarda anlatılanların anlaşılması, hem de gebeye

duygusal destek verilmesi gereken durumlarda bu desteğin gebeye bir yakını tarafından da sağlanması açısından önemlidir. Bu nedenle gebenin refakatçisinin hem anlatılanları anlayabilecek hem de gebeye gerekli desteği verebilecek kapasitede olması gerekir. Refakatçinin bu görevi yerine getirebileceği konusunda bir tereddüt varsa, özellikle verilecek haberin ciddi olduğu ve önemli bir kararın alınmasının gerektiği durumlarda, kötü haber verilmeden önce hem anlatılanları anlayabilecek, hem de sağlık personeli ile işbirliği yapıp gebeyi rahatlatabilecek bir başka refakatçi ile gelmesi istenilebilir. Kötü haberin verileceği ortamda konu ile ilgisiz bir kişi bulunmamalıdır. Kötü haber verilirken gebenin yanında bulunmak isteyen, ancak gebenin istemediği üçüncü kişi bilgilendirmeye dahil edilmemelidir (1). Odada bulunması gereken ve gebenin tanımadığı birisi varsa önce bu kişi gebeye ve refakatçisine tanıtılmalıdır.

-Gebeye prognoz ile ilgili bilgi verilirken kesin konuşmaktan kaçınmalıdır. Örneğin, Down Sendromlu bebeklerin tümüyle aileye bağımlı yaşadıklarını söylemek yerine bu bebeklerin geç öğrenme nedeniyle aileye bağımlı bir yaşantıları olmakla birlikte eşlik eden zeka geriliğinin düzeyi ve iyi eğitim imkanları nedeniyle aileye bağımlılığın farklı seviyelerde olabileceği şeklinde bilgilendirmenin yapılması daha sağlıklı olacaktır.

-Hekimin kötü haber verirken yaşadığı sıkıntılardan bir diğeri de tıbbın verilerinin olasılık üzerine dayanmasına karşın gebe ve ailesinin söz konusu durum ile ilgili kesin bilgiye sahip olmayı istemesidir. Örneğin, gebelikte yapılan ultrason ile fetüste sadece hafif düzeyde ventrikülomegali saptandığını varsayalım. Bu durumda aileye, yapılan ultrason incelemesinde fetüste ilave bir patolojik bulgu saptanmamakla birlikte gebeliğin devamında veya doğumdan sonra olguların yaklaşık %8-10'unda beyinde ilave anomali çıkabileceği; bu olguların yaklaşık %8-10'unda sinir sistemi gelişim anomalisine rastlanıldığı bilgisi verilir. Ailenin bu olasılıklardan sıklıkla kafası karışır; onlar için tek önemli olan bebeğin normal olup olmayacağı iken hekimin bu konuda olasılıklardan söz etmekten ve bekleyip görmekten başka yapabileceği bir şey yoktur.

-Bazen kötü haberi alan gebe sanki bu haberin oluşmasından hekim sorumluymuş gibi üzüntüsünü, öfkesini hekime olumsuz tavır olarak yansıtabilmektedir. Hekim, gebenin bu tutumunun o anda yaşadığı aşırı üzüntüye bağlı anlık bir durumdan kaynaklandığının bilincinde olmalı, mümkün olduğunca sabırlı ve şefkatli davranmaya gayret göstermelidir.

-Gebenin gebelik ve doğuma ilişkin öyküsü ile psikolojik ve fizyolojik genel sağlık durumunun yanısıra bebeğine bağlanma derecesi, ön hazırlığı, kültürel altyapısı ve zor durumlarla başa çıkma becerisi de kötü habere göstereceği psikolojik cevabı etkilemektedir (33). Bu nedenle bir gebeye kötü haber verilirken onun önceki gebelik ve doğuma ilişkin öyküsü bilinmeli ve özellikli bir durumun bulunması halinde bu bilgi dikkate alınmalıdır. Örnek vermek gerekirse, hiç korunmamasına rağmen evlendikten on yıl sonra kısırlık tedavisi gören gebe kalan bir kadına ultrason ile fetüs kalp atımlarının saptanmadığının söylenmesi ile genç, gebe kalma sorunu olmayan ve yaşayan bir bebeği olan kadına benzer bilginin verilmesi aynı değildir. O nedenle kötü haberi vermeden önce gebenin yaşı, gebelik-doğum-yaşayan bebek sayısı, tekrarlayan gebelik kaybı, miyom, kalp hastalığı gibi gebeliği sorunlu hale getiren tıbbi patolojilerin olup olmadığı bilinmelidir. Kötü bir gebelik öyküsü olan veya gebe kalma, sağlıklı bebek sahibi olma olasılığı düşük görünen gebelere kötü haber verilirken daha anlayışlı, sabırlı olunmalı; ailenin ihtiyacı olan bilgilendirme yapılarak gerekli destek sağlanmalıdır.

-Kötü haber verilen gebelerin psikolojik durumunun değerlendirilerek ihtiyaç olduğu düşünülen vakalar için psikiyatri konsültasyonunun istenilmesi uygun olur. Özellikle, psikolojik yatkınlığı olanlar, geçirilmiş depresyon öyküsü olanlar ile kötü haber verilmesini takiben düşük/doğum yapan veya kürtaj gibi bir müdahale geçirenlerde depresyon gelişimi açısından uyanık olunmalıdır.

-Fetal anomali saptandığında veya başka olumsuz bir durum ortaya çıktığında gebenin yaşadığı ilk duygulardan biri "suçluluk duygusu" olmaktadır (34). Gebe, yaşadığı herhangi bir durumu bu olumsuzluğun nedeni gibi görüp kendini suçlayabilmektedir. Kötü haberi veren hekim bu durumun farkında olmalı, kötü haber konusu

patolojinin ortaya çıkmasından sorumlu tutarak suçluluk hissettiği bir durumun olup olmadığına dikkat etmeli; eğer böyle bir durum saptarsa suçluluk duygusunu giderecek şekilde gerekli açıklamayı yapmalıdır.

-Kötü haber ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra sorularının olup olmadığı sorulmalı; mevcut sorular, açık ve anlaşılır bir şekilde cevaplandırılmalıdır. Gebenin sorduğu soruların önemsiz veya ilgisiz görülmesi halinde soruyu cevaplandırmaktan kaçınmak yerine gebenin soruyu soruş nedeni araştırılmalı; gebenin endişesi anlaşılmaya ve giderilmeye çalışılmalıdır.

-Gebenin aldığı kötü haberin şoku ile anlatılanları tam olarak anlamaması veya yanlış anlaması doğaldır. O nedenle, bir hafta içinde tekrar bir görüşme ayarlanarak gebe ve ailesinin ihtiyacı olan bilgiler tekrar verilmelidir.

-Bir kişiye kötü haber verildiğinde ilk verdiği reaksiyonun şok, takiben inkar, öfke, aşırı üzüntü ve nihayetinde kabul etme olduğu bildirilmiştir (35). Gebelerin kendilerine verilen kötü habere ilk tepkileri beklenildiği üzere inkar etmek olmaktadır. Bu nedenle, kendisine kötü haber verilen gebelerin başka bir hekime tekrar muayene olmayı istemeleri veya başta internet olmak üzere erişilebilen kaynaklardan verilen kötü haberi araştırmaları sıklıkla görülen bir davranıştır. Gebenin bu psikolojide olduğu fark edildiğinde hekim, bunu kendi hekimliğine karşı yapılan bir hareket olarak algılamamalı, kötü habere verilen tepkinin bir aşaması olarak kabul etmelidir. Bu konuda, kanaatimize göre hastanın güvenilir bir kaynağa yönlendirilmesi konusunda hekimin sorumluluğu bulunmaktadır. Hekim, “ben üzerime düşeni yaptım, bana inanmıyorsa istediği yere gitsin” zihniyeti ile hareket etmek yerine, eğer ailenin tekrar muayene olma isteği var ise bunun için gidebileceği merkezler konusunda bilgi vermelidir. Ayrıca, gebe ve ailesi internet bilgisinin güvenilir olmadığı; sonucun doğrulanmasının ancak bu konuda özelleşmiş kliniklerde, örneğin perinatoloji merkezlerinde muayene ile olabileceği konusunda uyarılmalıdır.

-Kötü haber konusu ile ilgili destek servisleri konusunda bilgilendirme önemli olmakla birlikte maalesef ülkemizde yaygın değildir. Bununla birlikte hekimin mevcut destek servisleri hakkında bilgi sahibi olması ve gebeye bu konuda bilgi vererek aileyi buralara yönlendirmesi sosyal desteğin sağlanması açısından çok önemlidir. Örneğin tarama testinde Down sendrom riski yüksek gelen, ultrason incelemesinde de riskin arttığını gösteren bulgular saptanan ve gebeliği sonlandırmayı düşünmeyen aileye bebeğin Down Sendromlu doğması halinde destek alabilecekleri Down Sendromu Derneği, Down Sendromu Araştırma ve Uygulama Merkezi gibi yerlerin mevcut olduğu konusunda bilgi verilmelidir.

-Hastalar, kötü haberin konsültasyon raporunun kendilerine verilmesini yararlı bulmuş, memnuniyet düzeylerini arttırabileceğini bildirmiştir (36,37). Kötü haber verme konusunda hazırlanan kılavuzlarda yer alan konulardan birisi de kötü haberin verildiği görüşmenin ses kaydının alınarak veya yazılı metin haline getirilerek aileye verilmesidir (25). Yapılan görüşmenin ses kaydının alınarak hastaya verilmesi ülkemizde uygulanan bir yöntem olmayıp gebenin bu uygulamayı nasıl karşılayacağını bilinmemesi, izin alma gereği ve teknik altyapı gerektirmesi gibi durumlar dikkate alındığında uygulanabilirliği tartışmalı görünmektedir. Bununla birlikte hekim, kötü haberi verdiği görüşmenin ayrıntılı bir özetini hastanın dosyasına kayıt etme konusunda azami özeni göstermelidir. Hatta, ideal koşullarda bu kaydın bir örneğinin gebeye verilmesi uygun olur. Kötü haberin verildiği görüşmenin bu şekilde hasta dosyasına yazılarak belgelendirilmesinin pek çok yararı olacaktır. Her şeyden önce bu tür bir belge ileride yaşanabilecek hukuki davalarda hekimin bilgi verme yükümlülüğünü uygun biçimde yerine getirdiğinin kanıtıdır. Görüşme notlarının yer aldığı metnin hasta kayıtlarında yer alması ile gebenin bakımı ile ilgili diğer hekimlerin bilgilenebilmesi ve hekimler arasında bir söz birliğinin sağlanması mümkün olur. Aileye de bu metnin verilmesi halinde, gebe ve eşi görüşmeden sonra tekrar tekrar okuyarak yapılan bilgilendirmeyi çok daha iyi anlama imkanına kavuşur. Bu nedenlerle, kötü haberin verildiği görüşmeyi özetleyen notun gebenin dosya kayıtlarına geçirilmesi ve bir örneğinin aileye verilmesi uygulamasının klinik pratiğe yerleştirilmesi konusunda çaba gösterilmelidir.

-Görüşme bittikten sonra gebenin ihtiyacı olduğu sürece uygun bir odada kalması sağlanmalı, varsa diğer acil ihtiyaçları karşılanmalıdır.

HEKİMLERİN KÖTÜ HABER VERME İLE İLGİLİ EĞİTİM ALMA DURUMU

Tıp eğitiminin değişik aşamalarında hastayla iyi iletişim kurma becerisinin geliştirilmesinin öneminin farkında olan hekimler, hastaya kötü haber vermenin öğretilmesinde bir eksiklik olduğunu da kabul etmektedirler (38). Tıp fakültelerinde teknik konularda iyi bir eğitim verilirken hasta ile iletişim konularında verilen eğitim yetersiz kalmaktadır (27,39)

Avustralyalı intörnlerde yapılan bir araştırmada muayene etmek, damar yolu açmak gibi teknik alanda %64'ünün kendini yeterli hissetmesine karşılık, hastaya kötü haber verilmesini de içeren iletişim alanında sadece %35'i kendini yeterli bulduğunu bildirmiştir (40).

Ülkemizde hekim-hasta iletişimine yönelik dersler “iletişim becerileri” başlığı altında veya diğer derslerin kapsamı içinde bazı tıp fakültelerinde verilmeye başlanılmıştır. Ancak kötü haber vermeye yönelik eğitim çoğu tıp fakültesinde hiç verilmemekte, bazı tıp fakültelerinde ise yüzeysel olarak anlatılmaktadır. Kötü haber vermede aktif rol alan asistan ve yan dal asistanlarına da bilginiz dahilinde bu eğitim verilmemektedir. Bu nedenle, şu anda hastaya kötü haber vermek durumunda kalan bir hekim, bu zorlu görevi formal bir eğitim almaksızın yerine getirmek durumunda olup sıklıkla kendinden kıdemli hekimlerin tutumuna bakarak yapmaktadır. Etik kavramların ve bireyin haklarının giderek önem kazandığı günümüzde, saptanan ciddi bir sağlık sorunu için yapılacak önemli bir görüşmenin sadece usta-çırak ilişkisi içinde edinilmiş bir tutuma dayanarak verilmesi günümüz koşullarında kabul edilemez. Bu nedenle, tıp fakültelerinde verilen lisans eğitimi ile birlikte uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimlerine kötü haber verme eğitiminin de dahil edilmesi gerekli görünmektedir.

SONUÇLAR

Günümüzde, genetik ve prenatal tanı imkanlarındaki ilerlemeler ile ultrasonun yaygın kullanımı, gebelikte tanısı konulan fetüs ve gebeye ilişkin patolojilerin çeşidi ve sıklığında belirgin artış ile sonuçlanmıştır. Bu durum, beklenildiği üzere gebelikte kötü haber verme sıklığının artması ile sonuçlanmıştır. Bu yazıda gebelere kötü haber verilmesine odaklanılmış olmakla birlikte kötü haber vermenin temel ilkeleri sadece gebelikte değil, kadın hastalıklarında ve tıbbın diğer branşlarında da geçerli olup haliyle hepsinde hastalara kötü haberin verilmesinde kullanılabilir.

Kötü haberin hekim tarafından istenilmeyen şekilde verilmesinin gebe psikolojisi üzerine kısa ve uzun vadeli olumsuz etkilerine ilave olarak hastanın doğru seçim yapmasını, tedaviye uyumunu, hasta hekim ilişkisini olumsuz etkilemesi; hasta memnuniyetsizliğini arttırması ve bu olumsuzlukların tıbbi davalara yansması gibi önemli sonuçları bulunmaktadır. İyi hekim olmak için ilgili klinik dalda gerekli teknik bilgi ve becerilerin edinilmesi yeterli olmayıp bunun yanısıra hekimin etik değerlere saygı göstererek hastasıyla iyi iletişim kurma becerilerine de sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle, kötü haberin verilmesi, hekimin kendi kendine bunu keşfetmesine bırakılamayacak kadar önemli bir konudur. Standart eğitim programlarının oluşturularak, kötü haber verme konusunda eğitimlere bir an önce başlanılmasına ilave olarak bu konuda gerekli kılavuzların da hazırlanması gereklidir. Kötü haber verme konusunda sadece lisans öğrencilerine eğitim verilmesi yeterli olmayıp bizzat kötü haber verme işlevini üstlenen yan dal asistanları ile klinik branşlardaki araştırma görevlilerine de bu eğitim verilmelidir.

Son olarak, burada anlatılanlar ideal koşullarda, kötü haber verirken yapılması önerilenlerdir. Yazar, hekimlerin zor çalışma koşullarının bilincinde olup klinik uygulamaya yönelik kılavuzlar hazırlanırken bu durumun da dikkate alınması gerektiğine inanmaktadır.

TEŞEKKÜR

Bu konuyu önererek beni yazma konusunda teşvik eden, titiz bir şekilde makalenin son kontrolü ile düzeltmelerini yapan ve önerilerde bulunan çok değerli Hocam Sayın Prof. Dr. N. Yasemin YALIM'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Atienza-Carrasco J, Linares-Abad M, Padilla-Ruiz M. et al. Breaking bad news to antenatal patients with strategies to lessen the pain: a qualitative study. *Reproductive Health*. 2018; 15: 11. Doi: 10.1186/s12978-018-0454-2.
2. Eurenus K, Axelsson O, Gallstedt-Fransson I. et al. Perception of information, expectations and experiences among women and their partners attending a second-trimester routine ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997; 9(2): 86-90.
3. Gesser-Edelsburg A, Shahbari N.A. Decision-making on terminating pregnancy for Muslim Arab women pregnant with fetuses with congenital anomalies: maternal affect and doctor-patient communication. *Reprod Health*. 2017; 14(1): 49. Doi: 10.1186/s12978-017-0312-7.
4. Burgers C, Beukeboom C.J, Sparks L. How the doc should (not) talk: when breaking bad news with negations influences patients' immediate responses and medical adherence intentions *Patient Educ Couns*. 2012; 89(2): 267-73. Doi: 10.1016/j.pec.2012.08.008. Epub 2012 Aug 29.
5. Abel J, Dennison S, Senior-Smith G. et al. Breaking bad news – development of a hospital-based training workshop. *Lancet Oncol*. 2001; 2(6): 380-384.
6. Barr O, Skirton H. Informed decision making regarding antenatal screening for fetal abnormality in the United Kingdom: a qualitative study of parents and professionals. *Nursing & Health Sciences* 2013; 15: 318-325.
7. Hodgson J, Pitt P, Metcalfe S. et al. Experiences of prenatal diagnosis and decision-making about termination of pregnancy: a qualitative study. *Aust N Z J Obstet Gynecol*. 2016; 56: 605-613.
8. Bor R, Miller R, Goldman E, Scher I. The meaning of bad news in HIV disease: counseling about dreaded issues revisited. *Counseling Psychologist Quarterly*. 1993; 6: 69-80.
9. Egely S, Afonso N, Rojas G. et al. An assessment of residents' competence in the delivery of bad news to patients. *Acad Med*. 1997; 72(5): 397-399.
10. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. *Behav Med*. 1998; 24: 53-59.
11. Walsh RA, Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 2:What evidence is available to guide clinicians. *Behav Med*. 1998; 24: 61-72.
12. Buckwalter JG, Stanczyk FZ, McCleary CA et al. Pregnancy, the postpartum, and steroid hormones: effects on cognition and mood. *Psychoneuroendocrinology*. 1999; 24: 69-84.
13. Zlotogorski Z, Tadmor O, Duniec E, et al. Anxiety levels of pregnant women during ultrasound examination: coping styles, amount of feedback and learned resourcefulness. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1995; 6: 425-9.
14. Zlotogorski Z, Tadmor O, Rabinowits R, et al. Parental attitudes toward obstetric ultrasound examination. *J Obstet Gynaecol Res*. 1997; 23(1): 25-8.
15. Allen VM, Johannesen J, Savage D, et al. Breaking Bad News in Prenatal Ultrasonography. *J Soc Obstet Gynaecol Can*. 2001; 23(6): 518-522.
16. Prettyman RJ, Cordle CJ, Cook GD. A three-month follow-up of psychological morbidity after early miscarriage. *Br. J. Med. Psychol*. 1993; 66 (Pt 4): 363-372.

17. Franche RL, Hammond I, Black DM et al. First trimester pregnancy loss: how can we help our patients? *J Ultrasound Med.* 1997; 16(8): 513-514.
18. Buchman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. Baltimore: Johns Hopkins UP; 1992.
19. Saviani-Zeoti F, Petean EBL. Breaking Bad News: Doctors' Feelings and Behaviors. *The Spanish Journal of Psychology.* 2007; 10(2): 380-387.
20. Ptacek JT, Ptacek JJ, Ellison NM. "I'm sorry to tell you..." Physicians' reports of breaking bad news. *Journal of Behavioral Medicine.* 2001; 24: 205-217.
21. Adalı T, Çavlin A, Berkaş F. İsteyerek ve kendiliğinden düşüklerin yaygınlığı ve düşükleri etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2015), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara; Türkiye.
22. Creasy RK. Preterm labor and delivery. *Maternal Fetal Medicine* 3. Ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1994.
23. Romo A, Carceller R, Tobajas J. Intrauterine growth retardation (IUGR): epidemiology and etiology. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2009; 3: 332-6.
24. Miller H.C, Jekel J.F. Epidemiology of spontaneous premature rupture of membranes: factors in pre-term births. *Yale J Biol Med.* 1989; 62(3): 241-251.
25. Harvey P. Guidelines on the beaking of bad news. Guideline No: 01 12 03. 2010. Erişim: <http://www.ycn.nhs.uk/>. Erişim tarihi: 04.02.2018.
26. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000; 5(4): 302-311.
27. Parkers CM. Communication and cancer-A social psychiatrist's viewpoint. *Soc Sci Med.* 1974; 8: 189-190.
28. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med.* 1999; 171: 260-263.
29. Buckman R. Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurol Clin.* 2001; 19(4): 989-1004.
30. Guerra F.A.R, Mirlesse V, Baião. Breaking bad news during prenatal care: a Challenge to be tackled. *Cinécia & Saúde Coletiva.* 2011; 16(5): 2361-2367.
31. Karaşahin E, Alanbay İ, Ercan M, et al. Death of the spouse during pregnancy giving the bad news and the management. *Gynecol Obstet Reprod Med.* 2009; 16(1): 26-31.
32. Ngo-Metzger Q. Breaking bad news over the phone. *Am Fam Physician.* 2009; 80(5): 520-522.
33. Ptacek JT ve Eberhardt TL. Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA* 1996; 276: 496-502.
34. Mirlesse V. Interruption de grossesse pour pathologie fœtale. Paris: Flammarion; 2004.
35. Kubler-Ross E. The Family Physician and the Dying Patient. *Can Fam Physician.* 1972; 18(10): 79, 81-83.
36. Reynolds PM, Sanson-Fisher RW, Poole AD, et al. Cancer and communication: Information-giving in an oncology clinic. *BMJ.* 1981; 282: 1449-1551.
37. Damian D, Tattersall MHN. Letter to patients: Improving communication in cancer care. *Lancet.* 1991; 338: 923-925.
38. Ungar L, Alperin M, Amiel GE, et al. Breaking bad news: Structured training for family medicine residents. *Patient Educational and counseling.* 2002; 48: 63-68.
39. Tripp J. Giving bad news. *J Christian Medical Fellowship.* 1990; 36: 9-15.

40. Roche AM. Drug and Alcohol Medical Education: Skills and Training for Early and Brief Intervention [Doktora Tezi]. University of Newcastle; 1993.