

# Kötü Haber Verme: Spinal Kord Yaralanması Olan Hastamıza Yürüyemeyeceğini Nasıl Söyleriz?

## Breaking Bad News: How Do We Tell Our Patient With Spinal Cord Injury That He/She Cannot Walk Again?

<sup>ID</sup> Deniz DÜLGEROĞLU<sup>a</sup>, <sup>ID</sup> Şenay GÜL<sup>b</sup>, <sup>ID</sup> Serap ŞAHİNOĞLU<sup>c</sup>, <sup>ID</sup> Feyza ÇELİKEL<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, TÜRKİYE

<sup>b</sup>Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Ankara, TÜRKİYE

<sup>c</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, Ankara, TÜRKİYE

**ÖZET** Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanlık alanında, hastaların önemli bir kısmını “spinal kord yaralanması” olanlar oluşturmaktadır. Bu hastalar yemek yeme, öz bakım, tuvalet, yürüme gibi motor aktiviteleri yapamaz ya da büyük ölçüde bir yakınına ve refakatçiye bağımlıdır. Klinikte yatarak uzun süreli rehabilitasyon programına alınan hastaların, beklentileri ile sağlık profesyonellerinin hedefi çoğu kez örtüşmez. Sağlık profesyonellerinin hedefi, hastanın optimum düzeyde bağımsız hâle getirilmesidir. Bu hedef, hastanın tekrar ambule olmasını, ellerini kullanmasını, kendine bakım aktivitelerinde bağımsızlaşmasını, cihazlarla ayağa kalkmasını, tekerlekli iskemle ile toplumsal hayata katılımını içermektedir. Hastalar çoğu kez, sadece yürümek isterler. Onlara hastalıkları hakkında bilgi vermek, hasta özerkliğine saygı bağlamında temel bir etik ilkedir. Bu ilke, hastalığın seyri, tedavi seçenekleri, bakım süreçleri ve olası sonuçlar konusunda hastanın bilgilendirilmesiyle etkin hâle gelir. Ancak felçli hastaya bir daha yürüyemeyeceği açıklamasını yapmak, yani kötü haber vermek için zor kısmını oluşturmaktadır. Bu makalede, spinal kord yaralanması olan hastalara kötü haber verme yaklaşımları ve etik boyutu tartışılacaktır.

**ABSTRACT** In the field of physical medicine and rehabilitation, “spinal cord injury” constitutes a significant part of the patients. These patients cannot engage in motor activities such as eating, self-care, toilet, walking, or are mostly depend on family member. The expectations of patients admitted to the long-term rehabilitation program in the clinic and the target of health professionals often do not overlap. The professional's goal is to make the patient optimally independent. This target includes the patient being ambulatory again, using their hands, independence in self-care activities, standing up again with devices, and participation in social life with a wheelchair. Patients often only want to walk again. Giving information to these patients about their disease is a fundamental ethical principle in the context of respect for patient autonomy. This principle becomes effective by informing the patient about the course of the disease, treatment options, maintenance processes and possible outcomes. However, the most difficult part of the job is to explain to the paralyzed patient that he cannot walk again, that is, to give bad news. In this article, breaking bad news approaches and ethical aspect to patients with spinal cord injury will be discussed.

**Anahtar Kelimeler:** Etik; felç; kötü haber verme; spinal kord yaralanması

**Keywords:** Ethics; paralysis; breaking bad news; spinal cord injury

Spinal kord yaralanması (SKY) olan hastalara, nörolojik rehabilitasyon programı uygularken günlük yaşam aktivitelerini bağımsızlaştırmak, tekrar ellerini kullanmalarını, yürümelerini sağlamak en önemli hedeflerdendir. Ancak SKY sonucu nörojenik rejene-

rasyon tümüyle gerçekleşmeyebilir, tam bir iyileşme olmayabilir ve klinik tabloda sekel/felç kalıcı olabilir. Bu nedenle SKY, yaşamı bir anda değiştiren, çok ağır özürüllük ve engellilik oluşturan felaketlerden biri olarak nitelenmektedir.<sup>1,2</sup>

**Correspondence:** Şenay GÜL

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Ankara, TÜRKİYE/TURKEY

**E-mail:** senaygundogmus@gmail.com



Peer review under responsibility of Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Science.

**Received:** 17 Jun 2020

**Received in revised form:** 13 Oct 2020

**Accepted:** 1 Nov 2020

**Available online:** 18 Jan 2021

1307-7384 / Copyright © 2020 Turkey Association of Physical Medicine and Rehabilitation Specialist Physicians. Production and hosting by Türkiye Klinikleri.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

SKY olan hastalar kaza sonrası önce acil servise, sonra beyin cerrahi ya da ortopedi kliniklerine kabul edilmektedir. Genellikle opere edilenler ve cerrahiye gerek görülmeyenler, sonrasında fizik tedavi rehabilitasyon (FTR) kliniğine nakledilir. Hastanın prognozuna ilişkin ilk konuşma, cerrahlar tarafından yapılmakla birlikte yeterli olmamaktadır. Ayrıca “Ameliyatın çok iyi geçti, FTR kliniğinde seni yürütecekler.” gibi açıklamalar da yapılabilmektedir. Bu açıklamalarla şartlanarak, rehabilitasyon kliniğine gelen tetraplejik ve paraplejik hastaların ilk soruları “Ne zaman yürüyeceğim?” olmaktadır. Bu durum, FTR uzmanlarının zorlandığı bir konu olsa da meslek pratiklerinin bir parçasıdır. Hastanın yaşı, eşlik eden hastalıkları, nörolojik seviyesi, spinal kordun tam ya da kısmi kesisi ambulasyon beklentisini belirleyen en önemli faktörlerdir.<sup>3</sup>

Kliniğe kabul edildikten sonra hastalara duruma ilişkin genel bir açıklama yapılmaktadır, ancak kesin olarak “yürüyeceksin” ya da “yürüyemeyeceksin” demekten kaçınılmaktadır. Hastalar doğal olarak, ilk günden itibaren doktorlarına ve fizyoterapistine “Tekrar yürüyebilecek miyim?”, “Ellerimi yeniden kullanabilecek miyim?”, “İdrarımı tekrar tutabilecek miyim?”, “Eskisi gibi sevişebilecek miyim?” şeklinde sorular sormaktadır. Hastanın sorularına kesin cevaplar vermek yerine, genel ifadeler vererek açıklama yapmak tercih edilmektedir: “Omuriliğiniz kaza nedeniyle zedelenmiş, sinir dokusu kendisini kolay tamir etmez, bazen kalıcı hasar kalır, en fazla iyileşme ilk 6 ayda olur. Ancak 2 yıla kadar da gelişme olabilir.” şeklinde ifadeler kullanılmaktadır. Rehabilitasyon programının sonuna doğru taburculuk öncesi durumunu kabullenemeyen, hastalığı ve durumu hakkında açıklama yapıldığı hâlde defalarca soran hastalar ve yakınları için FTR uzmanı, asistanı, fizyoterapist, psikolog, klinik hemşiresi ve sosyal hizmet uzmanının bir araya gelerek yaptığı “mini konsey” uygun bir yöntem olabilir.<sup>3,4</sup> Konsey toplantıları, hem hastayı tanımak hem de bütüncül yaklaşımla hastayı ele almak adına oldukça önemlidir. Ciddi SKY olan hastanın, kalıcı bir şekilde felç olacağını, yürüyemeyeceğini söylemek kendisi ve ailesi için yıkıcı olmasının yanı sıra bu haberin nasıl verilmesi gerektiği de tartışma konusudur. Hastanın kendi geleceği hakkında doğruları söylemek riskli bir

durumdur. Hasta “Zaten hiç yürüyemeyeceğim.” diyerek motivasyonunu kaybedebilir, rehabilitasyon programına katılımı bırakabilir ve tedavisi başarısızlıkla sonuçlanabilir.<sup>3,4</sup>

## KÖTÜ HABER VERME

Kötü haber verme (KHV), kişinin geleceğini olumsuz ve ciddi şekilde etkileyen herhangi bir bilginin söylenmesidir. Hekim için önemli ve stresli bir sorumluluktur. Terapötik iletişimin bir parçası olduğu için hastalık hakkında yetkin olmayı da gerektirmektedir.<sup>4-6</sup>

Kötü haber konusunda yapılan ilk çalışmalar, kanser hastaları ile ilgili olmakla birlikte palyatif bakım üniteleri, acil tıp hastaları üzerine yapılan çalışmalar da mevcuttur.<sup>3,7-9</sup>

Kirshblum yazdığı derlemede SKY hastalara KHV sırasında yapılacakları; prognoz hakkında hasta ve bakım verecek aile bireylerine detaylı açıklama yapılması, ev ortamının hazırlanması, mesane, bağırsak bakımı, yardımcı cihaz kullanımı bilgisi verilmesi şeklinde özetlemektedir.<sup>3</sup>

KHV hakkında ilk ve en kapsamlı çalışma, Robert Buckman’ın kanser hastaları için yaptığı çalışmadır.<sup>9</sup> Felçli hastaya KHV konusundaki öneriler ise Kirshblum ve Phillips’in inme için yazdığı makaleden alınmaktadır.<sup>3,10</sup> Phillips makalesinde, felçli hastaya KHV konusunda konsültasyon ve iletişim becerilerini geliştirmeyi ve tedavi sürecinde ekip çalışmasını önermektedir.<sup>10</sup>

Kötü haber verirken zamanlama nasıl olmalıdır, hastaya durumu detaylı mı anlatmalı yoksa olduğundan önemsiz mi gösterilmelidir gibi sorular ön plana çıkmaktadır. Bu konudaki genel ilkeler, açık konuş pozitif ol, hazırla şeklinde özetlenmektedir.<sup>3</sup> Literatürde, akut dönem geçtikten sonra hasta ile konuşulması önerilmekle beraber abartma, kesin ifadeler, fazla umut verilmesi, gerçekçi olmayan hedefler önerilmemektedir.<sup>3,9-11</sup> Kötü haberin nasıl verildiği ve hastanın durumu nasıl algılandığı, ne kadar bilgilendiği önemlidir. Buckman yaptığı bir çalışmada kanser hastalarının %80’inin prognozunu iyi mi kötü mü olduğunu derhâl bilmek istediklerini bildirmiştir.<sup>11</sup>

KVH ile ilgili birkaç model önerilmiştir. Bunlar arasında en çok kullanılanlar; SPIKES, ABCDE, BREAKS yaklaşım modelidir.<sup>4,8,12</sup> Rabow ve McPhee, baş harflerden oluşturdukları ABCDE yaklaşımı, Advanced preparation (ileri hazırlık); Build a therapeutic environment (terapötik bir ortam oluşturma); Communicate well (iyi iletişim kurmak); Deal with patient and family reactions (hasta ve aile reaksiyonlarıyla başa çıkmak); ve Encourage and validate emotions (duyguları teşvik etme ve onaylama) şeklindedir.<sup>12</sup> BREAKS' protokolü ise oldukça basittir. B: Background (arka plan); R: Rapport (dostça ilişki); E: Explore (araştır); A: Announce (bildir); K: Kindling (aydınlat); S: Summarize (Özetle).<sup>4</sup>

Baile ve ark.nın yaptıkları çalışmada, onkologların 6 adım protokolüne göre KVH'nin istenmeyen sonuçlarının önlenmesi bakımından güvenilir olduğunu belirtilmiştir. Bu adımlar; görüşmeye hazırlanma (setting), algıyı değerlendirme (perception), davet (invitation), bilgilendirme (knowledge), empati (empathy) ve özet (summary) şeklinde olan SPIKES modelidir.<sup>8</sup>

Kötü haberi ekipten kimin söyleyeceği de önemlidir. Bu konuda Kirshblum'un çalışmasında, tam omurilik kesisi olan 56 SKY olan hastaya sorulduğunda çoğu, "olaydan hemen sonra hekimim durum hakkında bilgi vermeli" şeklinde ifade etmişlerdir. Hastaların %39,3'ü haberi cerrah, %21,4'ü FTR uzmanı, daha azı nörolog, fizyoterapist, hemşire vermeli demiştir. Hastalar, çalışmada haberi veren hekimin SKY hakkında deneyimli olması gerektiğini belirtmişlerdir. Ne zaman sorusuna hastaların %51'i akut fazda, %47'si rehabilitasyon sürecinde yanıtını vermiştir. Hastaların %74,5'i ilk konuşma sırasında konuyu anlamış, %46'sı konuşmayı sürdürmüştür. Bunların %61,5'i rehabilitasyon kliniğinde hekimi ile sürekli konuşmuştur.<sup>13</sup> Özyemişi Taşkiran ve ark. 14 SKY olan hasta ile SPIKES Protokolü'ne göre deneyim ve beklentileri sorguladıkları çalışmada 14 hastanın 7'si doktoruna durumu ile ilgili sorabildiğini, 13'ü yapılan açıklamanın anlaşılır olduğunu, 8'i açıklamanın rahatlatıcı olduğunu, 8'i tıbbi durumu hakkında yeterli bilgi edindiğini ifade etmiştir. Hastalığı hakkında bilginin ne zaman verildiği sorusuna 8 hasta rehabilitasyon sırasında, 1'i rehabilitasyonun başında cevabını vermiş,

tercihlerinin de bu yönde olduğunu ifade etmiştir. Üç hasta kötü haberin FTR uzmanı, 3'ü FTR asistanı, 2'si cerrah tarafından verildiğini, ancak tercihleri sorulduğunda 8'i FTR uzmanı, 3'ü cerrah cevabını vermiştir. Altı hasta konuşmanın hasta odasında, 1'i kalabalık ortamda olduğunu, 7'sinin yanında aile ferdi olduğu, 1'i yalnız olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların yarısı kendileriyle empati kurulmadığını, birkaç hasta da emosyonel olarak örselendiklerini ifade etmiştir.<sup>14</sup>

Özyemişi Taşkiran ve ark.nın SKY olan hastalara KHV konusunda FTR asistanı ve uzmanlarından oluşan 69 katılımcı ile yaptıkları çalışmada da SPIKES Protokolü kullanmıştır. Kötü haberin hangi uzman tarafından, ne zaman ve nerede verileceği katılımcılara sorulmuştur. Katılımcıların çoğu "FTR uzmanı planlı toplantıda, rehabilitasyon sürecinde" cevabını vermiştir. Katılımcıların çoğu bu konuda iletişim becerilerinin yeterli olmadığını, eğitime ihtiyaçlarının olduğunu ifade etmiştir. Hastaya kötü haberi veren hekimin motor iyileşme ve fonksiyonel prognoz hakkında bilgi verecek düzeyde yetkin olması gerektiğini de bildirmişlerdir. KVH'nin, hekime duygusal yük bindirdiğini ifade etmişlerdir. Hastaların KVH sırasında umutlu fakat gerçekçi yaklaşım bekledikleri belirtilmiştir. Ancak katılımcıların %20'si hastaya doğruyu olduğu gibi söylenebileceğini ifade ederken, %80'i gerçeği "kısmen" ya da "hiç söylemem" demiştir.<sup>15</sup>

FTR uzmanlık alanı müfredatında ise KHV üzerine bir ders mevcut değildir. Klinikte usta-çırak ilişkisinde kıdemli hekimler gözlenerek örnek alınmakta, onların uygulamaları genç hekimlere yol gösterici olmaktadır.<sup>5</sup> Rehabilitasyon alanında bu konuda eğitim programları, standart rehberler ve yayınların yetersiz olduğunu söylemek mümkündür.

## HASTA ÖZERKLİĞİ, BİLGİLENDİRME VE TIP ETİĞİ BAĞLAMINDA KÖTÜ HABER VERME

Kötü haber, hastanın yaşamını ve geleceğini olumsuz yönde etkileyen, umut kırıcı bir bilgidir. Literatürde KVH, hastaya doğrunun söylenmesi konusundaki çalışmalar sıklıkla kanser hastalarına yönelik araştırmaların sonuçlarına dayanmaktadır.

SKY olan bir hastaya ya da bir kanser hastasına kötü haber vermek temelde benzerlikler taşımakla birlikte aralarındaki temel farklılık, kanserli hastanın doğrudan ölüme olan yakınlığı, SKY olan hastanın ise geri kalan yaşamını ölene kadar bacıklarını kullanamadan, yürüyemeden ya da hem kollarını hem de bacıklarını hareket ettirmeden yaşamını geçirmesi, ölene kadar böyle yaşamak zorunda olduğunu bilmesidir. Kanserli hasta, sayılı olan günlerinde geri kalan yaşamını planlamak isteyebilirken, SKY olan hastanın yapabilecekleri sınırlı olduğu gibi yaşam kalitesinin düşmesi, sıklıkla bir başkasının bakımına gereksinim duyması, ellerini ya da ayaklarını kullanamaması onun gelecekle ilgili ümitsizliğinin de temel nedenleridir.

KVH, tıp etiğinin hasta özerkliği, hasta hakları ve hastanın bilgilendirilmesi başlıklarında ele alınmaktadır. İnsan hakları ve hasta hakları zemininde hastaya doğrunun söylenmesi, çağdaş tıp etiğinde temel bir ilke olarak günümüzde sıklıkla önerilmektedir.

Hipokrat (MÖ 460-370), tıp, sağlık, hastalık hakkındaki düşünce ve öğütleri ile pek çok hekimi etkilemiş ve saygı uyandırmıştır. Hipokrat'ın neredeyse evrensel olarak kabul görmesinde, akılcı yaklaşımı, mitolojik ve dinsel öğelere tıp içinde yer vermemesinin yanında hastaya insancıl yaklaşımda bulunmasının payı oldukça fazladır. Hipokrat'ın, özellikle yaşlılık döneminde kaleme aldığı *Aforizmalar*'ı hekimlere verdiği öğütlerden oluşur. Hipokratın "Primum non nocere (öncelikle zarar vermeyeceksin)" öğüdü, neredeyse tüm hekimlerin bildiği ve sıklıkla benimsediği bu yaklaşım, günümüzde temel bir etik ilkedir. Hipokrat, hastaya kötü haber vermeyi "Hekimin görevi hastayı nadiren iyileştirmek, çok kere ağrısını gidermek, her zaman teselli etmektir." ifadesiyle dile getirir.<sup>16</sup> Bu söylemden yola çıkarak Hipokrat'ın, hem hastaya zarar vermemek hem de onun ümidini kırmamak için KVH konusunda hekimi cesaretlendirici olduğu söylenemez.

Hekimler, uzun yıllar boyunca hastanın duygusal durumunun onun hastalık ile savaşıma yeteneğini doğrudan etkileyeceğini düşünerek, hastayı fiziksel ve duygusal zararlardan korumak için kötü haber vermekten kaçınmayı yeğlemişlerdir. Bu durum, hekimin paternalistik tutumuyla da örtüşmektedir. Tıp etiği alanında

yazdığı kitapla tanınan Thomas Percival'ın KVH, hastaya doğruyu söyleme konusundaki görüşü Hipokrat'ın yaklaşımıyla benzerlik taşımaktadır. Sokol, Percival'ın bu görüşünü hekimlere, "Hastanın çıkarına kullanıldığında aldatmanın/gerçeği söylememenin ahlaki olarak haklılığının savunulur." olacağı şeklinde aktarmıştır. Bu yaklaşım, XX. yüzyılın başlarına kadar hekimlere yol gösterici olmuş, hastalara gerçeği söylerken umut kırıcı olmamak gerektiği işaret edilmiştir.<sup>17</sup>

Özellikle XX. yüzyılın başlarında KVH konusundaki yeni akım, hastalara bazı durumlarda geleceğiyle ilgili bilgilerin olumsuz da olsa verilebileceği yönünde değişmeye başlamıştır. Hekimler, gerçeğin ne olduğu, hastalarda umut kaybı, kötü haberle başa çıkma, hastaya gerçeği söyleme konusunda pek çok çalışma yapmıştır. Bu çalışmalarda hekimler, artan oranlarda gerçeği söylemenin daha ahlaki olduğunu savunurken, hastalar ise gerçeği öğrenmenin temel hakları olduğunu dile getirmiştir.<sup>18</sup> Kötü haberin verilmesi, hastaya zarar vermemek ile özerklik ilkesini karşı karşıya getirmektedir. Özerkliğe saygı gösterme, özellikle insan hakları kavramı ve bunun tıp etiği kapsamında ele alınmasıyla ortaya çıkan ve günümüzde en çok konuşulan ilkelere dendir. Tıptaki uygulamalar ve araştırmalar, insan onurunun korunmasına ilişkin önlemler alınmasına gereksinim duyulduğunu göstermektedir. İnsan onurunun korunması, insanın özerk seçimler yapabilmesi ve geleceğini belirlemesi hakkı ile ilişkilendirilmektedir.<sup>19</sup> Tıp etiğinin temel ilkelerinden olan özerklik, hastanın kendisiyle ilgili konularda karar süreçlerine dâhil olmasını ve hastanın kendisine yönelik uygulamalar üzerinde söz sahibi olabilmesini ifade etmektedir. Hastanın özerkliği, hekimin bu özerk olma durumunu benimsemesi ve ona saygı duyarak, hastayı tanı ve tedavi süreçlerine dâhil etmesiyle gerçekleşebilecektir.

"Kötü haber verilmeli mi?" sorusu sağlık profesyonellerinin çoğunlukla etik ikileme karşı karşıya kaldıkları bir konudur. Bu noktada unutulmaması gereken, haber kötü de olsa hastanın geleceği hakkında bilgi alması onun en temel hakkıdır. Bilgi alma hakkı, 1981 yılında, Dünya Hekimler Birliğinin Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin 7. maddesinde tanımlanmaktadır.<sup>20</sup> Türkiye'de 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 3. bölüm, 15. maddesinde, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı net olarak tanımlanmıştır.<sup>21</sup> Tıbbi Deontoloji Nizam-

namesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği'nde hastanın bilgilendirme hakkı yasal yükümlülüklerle belirlenmiştir.<sup>22,23</sup>

Hastaya bilgi verirken, içerik kadar bunu nasıl aktarılacağı da önem taşımaktadır. Kötü haberi, kimin, nasıl, nerede, ne kadar bilgi vereceği hekim-hasta iletişiminde oldukça önemlidir. Hekim-hasta ilişkisi tarihsel süreçte temel bir değişim göstermiş, hekimin hastanın tanı ve tedavi sürecindeki paternalistik tutumu, paylaşımcı, hasta merkezli, empatik iletişime doğru evrilmeye başlamıştır.

## HASTAYA YÜRÜYEMEYECEĞİNİ NASIL SÖYLEYELİM?

Yürüyemeyen bir hastanın tek arzusu yürümeaktır. Kuşkusuz hastanın, hastalığı ve onun hakkında bilgi alması temel bir etik ilkedir. Ancak verilen haber olumsuz, kötü, umutsuz bir haber ise bunu anlatmak, hastaya gerçeği söylemek hekim/sağlık çalışanı için zorlu bir süreç anlamına gelmektedir. Çünkü hastaya vereceğimiz bilginin onu olumsuz bir duyguya, umutsuz bir duruma taşıma olasılığı oldukça yüksektir. Bu durum hekimin/sağlık çalışanının temel ikilemini oluşturmaktadır.

Hasta, rehabilitasyon kliniğinde yattığı ilk günlerde omurilik yaralanmasının nasıl bir durum olduğunu, kendisi ve ailesini bekleyen zorluklar asistan eşliğinde, uzman doktor tarafından açıklanmalıdır. Hekim ve hasta birebir olduğu durumlarda değil, bir grup hekimle hatta olanaklı ise hasta ve hasta yakınla-

rıyla birlikteyken açıklamada bulunmak daha doğru olacaktır. Bu aynı zamanda, kötü durumu paylaşmak açısından hekime de bir tür kolaylık sağlayabilir. Empatik bir dil kullanılması burada oldukça önemlidir. Hastaya yalnız olmadığı, olmayacağı vurgulanmalıdır.

Rehabilitasyon programının neler içerdiği ve ulaştırılması mümkün hedefler hasta ve yakınları ile paylaşılmalı, taburculuk yaklaşırken hastanın neler kazandığı, bunların günlük yaşamda hangi aktivitelerini kolaylaştıracağı ifade edilmelidir. Hastanın yürüme beklentisi karşılanmadı ise klinikteki ekibin (hekim, hemşire) katıldığı mini konseyle bu hedefin bazen mümkün olamayacağı, teknolojik imkânlardan tekerlekli iskemle, ortezlerle daha bağımsız hâle gelebileceği, öğrendiği egzersizleri günlük uygulaması gerektiği söylenebilir. Hastaya gereksiz umut verilmemeli, ancak bilimsel gelişmelerin hızla devam ettiği de vurgulanabilir.

## SONUÇ

KVH, sağlık profesyonellerinin özellikle hekimlerin sık karşılaştığı ve zorluk yaşadığı, ancak işlerinin gereği olan bir durumdur. Hastaya kötü haber verirken, etkin ve empatik bir iletişim kurmanın yanı sıra hekimin hastalık hakkında yetkin olması da oldukça önemlidir. KVH konusuna, etik boyutu ve iletişim becerileri dikkate alınarak uzmanlık eğitiminde detaylı yer verilmeli, farklı eğitim yöntemleri uygulanmalı, konu bilimsel toplantılarda daha sık dile getirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Waters RL, Adkins RH, Yakura JS, Sie I. Motor and sensory recovery following complete tetraplegia. *Arch Phys Med Rehabil.* 1993;74(3):242-7.[PubMed]
2. Bryce T, Ragnarsson K, Stein A. Spinal cord injury. In: Braddom R, ed. *Physical Medicine and Rehabilitation*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007. p.1293-346.[Crossref]
3. Kirshblum S, Fichtenbaum J. Breaking the news in spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2008;31(1):7-12.[Crossref] [PubMed] [PMC]
4. Narayanan V, Bista B, Koshiy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care.* 2010;16(2):61-5.[Crossref] [PubMed] [PMC]
5. Atar S. [Breaking bad news during antenatal care]. *Türkiye Biyoetik Dergisi.* 2017;4(4):145-57.[Crossref]
6. Çırpan Kantarcıoğlu A. [A difficult but compelling subject: giving bad news by doctors] *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2018;44(3):217-9.[Crossref]
7. Cvengros JA, Behel JM, Finley E, Kravitz R, Grichanik M, Dedhia R, et al. Breaking bad news: a small-group learning module and simulated patient case for preclerkship students. *MedEdPORTAL.* 2016;22;12:10505.[Crossref] [PubMed] [PMC]
8. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.* 2000;5(4):302-11.[Crossref] [PubMed]
9. Buchman R, Kason Y. *How to Break Bad News: A Guide For Health Care Professionals*. 1st ed. Baltimore: Johns Hopkins UP; 1992. *Bad News: A Guide For Health Care Professionals*. 1st ed. Baltimore: Johns Hopkins UP; 1992.[Crossref]

10. Phillips J, Kneebone II, Taverner B. Breaking bad news in stroke rehabilitation: a consultation with a community stroke team. *Disabil Rehabil.* 2013;35(8):694-701.[Crossref] [PubMed]
11. Buckman R. Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurol Clin.* 2001;19(4):989-1004.[Crossref] [PubMed]
12. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med.* 1999;171(4):260-3.[PubMed] [PMC]
13. Kirshblum SC, Botticello AL, DeSipio GB, Fichtenbaum J, Shah A, Scelza W, et al. Breaking the news: a pilot study on patient perspectives of discussing prognosis after traumatic spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2016;39(2):155-61.[Crossref] [PubMed] [PMC]
14. Ozyemisci Taskiran O, Coskun O, Budakoglu II, Demirsoy N. Breaking bad news in spinal cord injury; a qualitative study assessing the perspective of spinal cord injury survivors in Turkey. *J Spinal Cord Med.* 2018;41(3):347-54.[Crossref] [PubMed] [PMC]
15. Ozyemisci Taskiran O, Budakoglu II, Coskun O, Demirsoy N. Breaking bad news to patients with spinal cord injury in Turkey-physiatrists' perspective. *J Spinal Cord Med.* 2017;40(4):423-31.[Crossref] [PubMed] [PMC]
16. Castiglioni A, Krumbhaar EB. *A History of Medicine.* (Translated from the Italian by E.B Krumbhaar). In: Krumbhaar EB, Knopf AA, eds. New York: Routledge; 1958.
17. Sokol DK. How the doctor's nose has shortened over time; a historical overview of the truth-telling debate in the doctor-patient relationship. *J R Soc Med.* 2006;99(12):632-6.[Crossref] [PubMed] [PMC]
18. Sisk B, Frankel R, Kodish E, Harry Isaacson J. The truth about truth-telling in american medicine: a brief history. *Perm J.* 2016;20(3):15-219.[Crossref] [PubMed] [PMC]
19. Şaylıgil Ö, Demirhan Erdemir A. Klinik uygulamalarda bir temel etik yükümlülük: İnsan onurunun korunması-aydınlatılmış onam ilişkisi. Demirhan Erdemir A, editör. 1. Baskı. *Klinik Etik.* İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2019. p.139-51.
20. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2020 [Link]
21. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2020 [Link]
22. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2020 [Link]
23. Erişim tarihi: 25 Mayıs 2020 [Link]