

Kötü Haber Vermede İletişim Becerileri

Communication Skills In Breaking Bad News

Selda YARDIM¹, Yeşim ŞENOL²

¹Doktora Öğrencisi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

²Profesör Doktor, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Anahtar Sözcükler:

İletişim Becerileri, Tıp Eğitimi, Kötü Haber Verme, Hekim-Hasta İlişkileri

Keywords:

Communication Skills, Medical Education, Bad News, Physician-Patient Relations

Gönderilme Tarihi

Submitted: 14.09.2018

Kabul Tarihi

Accepted: 02.11.2018

ÖZET:

Kötü haber bireylerin beklenti halinden daha olumsuz sonuçları olan, mevcut yaşantı ve geleceğine bakış açısına önemli derecede olumsuz yönde etki edecek olan haberdır. Tıp Eğitiminde kötü haber verme konusu, iletişim becerileri eğitim programlarında yer almaktadır. Kötü haber vermenin iyi bir şekilde yapılamaması, hekimin iletişim becerisinin iyi olmaması hastanın memnuniyetini, tedaviye uyumunu, hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarıyla ilişkilerini, hastanın iyileşme sürecini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumları doğurmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Tıp Eğitiminde iletişim becerileri eğitimlerinde kötü haber verme konusu ile ilgili kavram ve özellikleri açıklamak haberin nasıl verileceğiyle ilgili basamakları gözden geçirmek ve konu hakkında bazı ipuçları sunmaktır.

ABSTRACT:

The bad news is that the individuals will have more negative consequences than they expect, and they will have a significant negative impact on their current life and future. The topic of breaking bad news in medical education is communication skills in educational programs. The fact that poor communication can not be done well and that the communication skill of the physician is good results in the patient satisfaction, the compliance with the treatment, the relations of the patient and his / her relatives to the health workers, the situation which adversely affects the healing process and quality of life of the patient to explain the relevant concepts and features, to keep an eye on the steps to be taken and to provide some clues about the topic.

1. Kötü Haber Verme Tanımı, Dünyada ve Türkiye’de Durum

Literatürde kötü haberin, 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 tanımlandığı izlenmektedir (1,2).

Makale Künye Bilgisi: YARDIM S, ŞENOL Y. (2018). Kötü Haber Vermede İletişim Becerileri. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 53, 60-68.

Tıp eğitiminde hızlı bilgi artışıyla birlikte temel beceri ve yeterliliklerin de kazanılması gerekliliğinin uzmanlar tarafından önemsenmesi eğitim programlarını evrensel standartlarda yenileme yönünde zorlayıcı olmuştur. Tıp öğrencisinin, bilgiyi kullanarak bulunacağı her duruma en uygun etik kararı verebilme hedefine ulaşabilmesi için temel ve klinik tıp bilimlere ek olarak, klinik beceri ve iletişim becerilerini elde etmesi önemlidir. Bu eğitimlerin erken dönemde başlatılması, tıpta madalyonun iki yüzü olan “bilim” ve “sanat” yanlarının ayrılmaz bütünüün parçaları olarak birbirine entegre edilmesi önerilmektedir (3).

Tıp Literatürü incelendiğinde Dünya üzerinde iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kötü haberin verilmesi sürecinde en fazla yönelimin batı ülkelerinde olduğu, özellikle son yıllarda bu konu hakkında daha duyarlı olunmasına ilişkin çaba ve eğilimin arttığı görülmektedir. Türkiye’de ise henüz bu alana çok da hassasiyet gösterilmediği açıkça izlenmektedir (4).

Bir yaşam krizi olan tedavi edilemeyen bir hastalık durumunun ele alınmasında hasta aile hekim işbirliğini oldukça kolaylaştırıcı olan bu eğilim daha çok önemsenmelidir (4).

2. Kötü Haber Verme Süreci

Bireylerin yaşantısını altüst eden kötü haber hayata bakış açısını da önemli oranda etki etmektedir (5). Aldığı kötü haberle bir çok durumuyla birlikte baş etme yöntemlerini yaşayan hastalar genellikle sözlü veya sözsüz ipuçları vermekte, bu aşamalarda hekimler de iletişimin önemini daha çok kavramaktadır (6). Hayati tehlike sunan hastalıklara yakalanma durumunda kişilerin semptomların ilerlemesine yönelik genel bazı aşamaları yaşadığı tespit edilmiştir. Kübler-Ross saptadığı bu evreleri şöyle sınıflandırmıştır:

- İnkâr -Pazarlık Etme
- Öfke -Suçluluk
- Korku -Kabullenme
- Depresyon

Bakım vermekte zorlanılan, sağlık çalışanlarının “zor hasta” olarak tanımladığı hastalar sıklıkla içe dönük, ek bir kazanç sağlama amacıyla, tehlikeli, ilgi bekleyen, ağlayan, işbirliğine yanaşmayan, istekleri bitmeyen, hayati sağlık sorunları olmayan, daha çok belli olmayan, yakınmalar ve psikosomatik belirtiler gösteren, zorlayıcı, saldırgan, cinsel içerikli davranışları olan, sözel iletişim kurmayan, kural tanımayan, agresif, yalan söyleyen, korkmuş, inatçı, kafası karışık, kırıcı, açıklanamayan semptomları olan, kişisel hijyeni bozuk, bakım ve tedavilerine uymayan, hastalığı inkar eden hastalardır (5). Uygulamalarda karşılaşılan hastaların %10-%60’ının zor davranışlar gösteren hastalar olduğu belirlenmiş, yapılan bir çalışma hastaların yaklaşık %15’inin sağlıkçılar tarafından bakım vermekte zorlanılan hasta olarak nitelendirildiğini ortaya koymuştur (5).

2.1. Özerklik Kavramı

Kötü haberlerin aktarılmasının hekimler için zorlu ve önemli bir iletişim becerisi olduğu bilinmektedir. Tıp Hukuğu sorumluluğunda olan bu bilgilerin hassas ve doğru biçimde aktarılması konusu ise aynı zamanda da ahlaki, etik ve sosyal bir yükümlülüktür (7). Hastanın kendi hastalığı hakkında bilgilendirilmesi ve karar verme süreçlerinde yer alması “özerklik” kavramı temelinde gerçekleşmektedir (8). Hastanın kendi kendini yönetme hakkı olarak bilinen özerklik, günümüzde tıp camiası ve mahkemelerce saygıyla yaklaşılan bir kavramdır. Hastaneler ve hekimler insanlara, özellikle de kronik hastalıklı kişilere karar verme bilinçliliğinde olamayacağı terminal aşama için,

kendisine yaşam sürecini uzatmadan başka işe yaramayan birtakım “cesur” önlemlerle müdahale edilmesini isteyip istemediğini belirten talimatlar ya da vasiyetname gibi belgeler hazırlamasını önermektedir. Böyle bir hazırlık terminal dönemde aileye ve sağlık ekibine yardımcı olmaktadır (6,9).

2.2. Hekimlerin Yaklaşımları

Hasta ile görüşme öncesi doktorların stres seviyesi artmakta ve görüşme esnasında en yüksek seviyeye ulaşmaktadır. Hastanın çok genç olması, hasta ile uzun süren bir tanışıklığın olması, hastaya öncesinde kuvvetli bir iyimser tablo çizilmiş olunması ve etkin tedavi seçeneklerinin dar sınırlarda olması gibi durumlar da hekimin stresini artırıcı etmenlerdir. Bu zorlanma nedeniyle hasta ile görüşülmesi gereken tedavi seyri gibi ana konuları bazı hekimler atlayabilmekte, hastayı gerçekçi olmayan şekilde ümitlendirme yoluna gidebilmekte ve hastaya yarar sağlamayacak bazı tedaviler önerebilmektedir (10,11). Hekimlerin tedavi edilemez hastalara bilgi verme, açıklama yapma yaklaşımları konusunda önemli değişkenlikleri olduğu görülmekte, coğrafi bölge ve kültürel ve aile gibi değişkenler bu süreçte önemli etkiler oluşturmaktadır (10,11). Ülkemizde de bu durum iyileştirilemez hastalığı olan hastalar için bilgilendirme işleminde kültürel nedenlerle uygulamada sorunlar yaşanan bir alan olarak yerini korumaktadır (8). Hekimlerin de, kötü haber verme konusunda kendilerini yetersiz gördüğünü ortaya koyan çalışmaların olduğu bilinmektedir. Bir araştırmada doktorların %42 sinin kötü haber verme üzerine bir eğitim almadıkları, %47 sinin bu konuda kendilerini yetersiz hissettikleri bulunmuştur (8, 12). Bu sorunların üstesinden gelmek için kötü haber verme eğitimleri uygulamalı şekillerde gerçekleştirilmektedir.

Hekimin, kendisini koruması, bu konuda yetkinliği ve temel iletişim becerileri açısından da donanımlı olması önemlidir (13,14). Mezuniyet öncesi tıp eğitimi kapsamında da yer alması önerilen kötü haber verme konusu, 2014 yılı Ulusal Çekirdek Eğitim Programı kapsamında da, tıp fakültesi mezunlarının, karmaşık olmayan, sık görülen, durum ve/veya olgularda uygulayabilecek düzeyde öğrenmiş olmaları beklenen temel hekimlik uygulamaları arasında yer almaktadır (12).

İletişimin, öğrenilebilen bir beceri olduğu bilinmektedir ve deneyim yoluyla öğrenme ilkelerini uygulayan çoğu tıp fakültesinde, iletişim beceri eğitimlerine de yer verilmektedir. Kötü haberin iletilmesinin etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi için gerekli olan beceriler ve bu konuda rehberlerin geliştirilmesi yönünde çok fazla yayın ve görüş birliği mevcuttur (15,16).

Kötü haberin aktarılmasına ilişkin mevcut eğitim uygulamalarında kullanılan ve oldukça geniş çeşitliliği olan model ve yaklaşımların, eğitimsel çerçevelerinde bazı net olmayan hedeflerle eğitim çıktılarının da açığa kavuşturularak değerlendirilmesi de gerekmektedir (17). Bu derslerin etkinliği ve sonucunda hekimlerin kötü haber verme becerisini geliştirmesi ve bu becerileri edinebilme derecesi kritik önem arz etmektedir. Bu eğitimlerin yeterlilik düzeyi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi de diğer bir gereksinim olarak yer tutmaktadır (18).

2.3. Bilgilendirme hakkı

Kötü haberin verilmesi (bilgilendirme) hasta hakkı olmasıyla birlikte ruhsal bir gereksinim olarak da görülmektedir. Dünya Tabipler Birliğinin 1995’de Endonezya’da yapılan toplantısında Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesinin 7. maddesinde bilgilendirme hakkı tanımlanmıştır. Türk Tıbbi Deontoloji

Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği de, hastanın bilgilendirme hakkını 1998’de yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğiyle yasaya bağlamış, 3.bölüm 15. maddede, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı açıkça tanımlanmıştır. Bu durumda, konu hastaya tanının uygun bir biçimde nasıl iletileceği konusudur (19).

3. Kötü Haber Verme Yöntemleri

Yaşamı sarsan hastalık durumunda kötü haberin verme sürecinde hekimlerin üç farklı yaklaşım kullandığı bilinmektedir. Bunlar;

1) Tanıyı hastaya kör bir tutumla hissiz olarak açıklama, 2) Nazik ve üzüntülü bir yaklaşımla söyleme, 3) Anlayışlı ve olumlu mesaj taşıyan bir biçimde, temel bileşeni esneklik olan yöntemle haberi verme. Bu yolda hekimin bu durumda esas görevinin hastanın bilgi isteğini doğru değerlendirmesinin önemi vurgulanmaktadır. Hastaya hastalığı ile duygularını doğru ifade etme fırsatı sağlanması, bunun içinde hekimin hastanın duygularını doğru tanınması ve ortaya çıkarabilmesi için dinleme becerisini geliştirmesinin ve iyi bir eğitim alması gerekliliğinin üzerinde durulmaktadır (20). Kötü haberlerin verilmesinde önerilen, haberin hastaya ya da yakınlarına özenli ve özel bir yolla verilmesidir. Eğitimlerde yer alan ve yaygın olarak kullanılan bu yollar, ABCDE ve SPIKES yöntemleridir. ABCDE yöntemi, ön hazırlık, iyileştirici bir ortam oluşturmak, iyi iletişim kurmak, hasta ve ailesinin tepkisini idare edebilmek, hastanın duygularını ortaya koymasını teşvik etme ve onaylama olarak özetlenebilir. SPIKES yöntemi ise, görüşmeye hazırlık, hastanın algısını değerlendirme, hastanın neyi, ne kadar bilmek istediğini anlama, hastaya uygun strateji belirleme, hastaya bilgi verme, aydınlatma, hastayla empati kurabilme ve özetleme yapma olarak tanımlanabilmektedir

(12). Buckman tarafından geliştirilen SPIKES yöntemi kötü haber vermede en çok tercih edilen yöntemdir. Yapılan bazı çalışmalarda bu yöntemin, doktorun hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını kişiselleştirilmiş ve “hasta odaklı” bir şekilde ele almasına yardımcı olmak için çok esnek bir rehber niteliğinde görüldüğü kanıtlanmıştır. Hasta ve ailesiyle yapılacak zor görüşmeyi adım adım yapılandırılan bu modeldeki her bir harf, bir aşamayı temsil etmekte olan toplam altı adımın kısaltmasıdır (strategy, perception, invitation, knowledge, empathy, summary) (21,22).

3.1. Görüşme Hazırlığı Oluşturma

Hastayla görüşme öncesi gündem planının bir taslağı oluşturularak hastanın bireysel ve sosyal kimliğiyle bütün olarak ele alınıp onu tanımaya yönelik bir tutum izlenmelidir. Bu bağlamda hastanın kişilik özellikleri, hastalık hakkındaki bilgisinin düzeyi, yaptığı iş, aile içinde oynadığı rol, eğitim düzeyi, duygusal durumu, verilecek bilgiyi hangi düzeyde idrak edebileceği değerlendirilmelidir (19).

Hastalara kötü haber vermede esas adımlar ise;

- İlk görüşmeye kesinti olmaması için yeterli kadar zaman ayırmak,
- Kötü haber verme için sakin ve özel bir mekan seçimi,
- Dürüst ve yalın bilgi verilmeli,
- Hastaya verilen bilginin anlaşılıp anlaşılmadığı ve duygu durumun değerlendirilmesi,
- Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat verilmeli,
- Hastanın duygularına empatiyle yanıt verilmesi, kesin belirli bir zaman limiti vermekten kaçınılmalı,
- Prognoz için geniş bir zaman çerçevesi verilmeli,
- “Bundan başka bir şey yapılamaz” mesajı vermekten kaçınılmalı,

- Durumunu tekrar gözden geçirmek için yeni görüşme zamanı belirlenmeli,
- Tedavi seçenekleri konuşulmalı ve tanının söylenebileceği diğer kişiler belirlenmeli,
- Destek alınabilecek kaynaklar hakkında bilgi edinilmeli,
- Verilen bilgi belge haline getirilmelidir (23).

Ek olarak konuşurken tıbbi tanımlamalardan uzak durulmalı ve zaman zaman hastanın ne anladığı kontrol edilerek varsa yanlış algılamalar düzeltilmelidir. Hastaya açık ve dürüst olmalı, anlaşılır şekilde ve sabırla konuşmalı, hasta gereksiz yere ne aşırı umutlandırılmı ne de umudu kırılmamalıdır (19).

Kötü haberler belirli bir dereceye kadar öznel olup bireyin yaşam deneyimleri, kişilik, manevi inançlar, sosyal destek algısı, felsefi bakış açısı ve duygusal dayanıklılığına bağlı olarak derecelendirilmektedir (18).

3.2. Bilgilendirme süreci

Bilgilendirme, hastayla tedavi edici ve empatiye dayanan eş zamanlı bir ilişki kurmaktır. Hastanın ön bilgileri belirlenmeli, neyi ne kadar bilmek istediği araştırılmalıdır. Hastaya karşı olabildiğince açık davranmak, tıbbi terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanmak, hastanın hızıyla ilerlemek ve hastanın ne anladığını test etmek önemlidir (19). Yapılan bazı çalışmalar deneyimlerin, bazı hastaların tanıyı bilmek istediği ancak hastalığın seyriyle ilgili bilgileri öğrenmeyi istemedikleri yönünde olduğunu göstermiştir. Hastayla bu durumun konuşulup konuşulmayacağı, hastanın neyi ne kadar bilmek istediği ile yakından ilişkilidir. Bu durum hastanın, hastalıkla ilgili yaşadıklarının ve duygularının açığa çıkarılması ile mümkün olabildiğinin göstergesidir (24). Hastanın duygularının kabul edilmesi göz teması, bedeninin açık duruşu, konuşacaklarını duymaya hazır şekilde orada hasta için bulunduğu söz

olmayan şekilde ifadesi ile “ Bu sizin için zor olmalı ”, “ Bu konuda başka bir şey söylemeyi ister miydiniz ” gibi cümlelerle sözel şekilde de desteklenebilir (4).

3.3. Duyguların yansıtılmasının tedavi edici etkileri ise;

Bir duygu hekim tarafından, bir yaşantı durumunda her zaman farklı duyguların bir arada olabileceğinin bilinciyle, uygun biçimde yansıtılıp hasta da bunu doğruladığında, yapılan müdahale başarıya ulaşacaktır. Amaç, hastanın olabildiğince fazla duygusunun ortaya çıkartılması olmalıdır. Konuşma bir duygudan diğerine geçiyorsa görüşme doğru yoldadır, hasta başlangıçtaki hislerini uygun cümlelerle ifade edebildiğinde artık daha fazla üzerinde durmaya gereksinimi kalmaz. Duyguların değişimi diğer bir insanla gerçekten paylaşılabildiğinde gerçekleşmektedir (4).

Bilgilendirme esnasında hastanın kaygıları önemsenmeli, beden dili gözlenmeli, hastaya kendi isteği doğrultusunda bilgi ve detay verilmelidir. Hasta duygularını göstermesi yönünde teşvik edilmeli, kendisinin ve aile bireylerinin duygularını dışa vurmalarına yardımcı olmalı, paylaşılmalıdır. Bu süreçte hastanın verebileceği şiddetli duygusal tepkilere maruz kalma korkusunun, hekimi esas mesajı iletmeyi bir kenara bırakarak gereksiz teknik ayrıntılar hakkında konuşmaya itebileceği de bilinmektedir (19). Hekimlerin bu görevden kaçınmasının başlıca nedenleri hastanın duygularıyla başa çıkma konusundaki isteksizlik ve beceri eksikliği olarak bildirilmiştir (25, 26).

4. Kötü Haber Vermenin Zorlukları

Kötü haber vermenin zor bir görev olmasında rol oynayan etmenler ise, içeriği, yaşanan durumu hekim ve hastanın uygun biçimde değerlendirip değerlendirmemesi, habere karşılıklı olarak

verilen bilişsel ve duygusal tepkiler, hasta-hekim - aile ilişkileri gibi özelliklerdir. Bunlar şöyle özetlenebilir: Nasıl söylemek gerektiğini kestirememe, suçlanma korkusu ve bunun öğretilmemiş olmasıyla ilgili korku, hastanın kontrol dışı duygusal tepkileriyle nasıl başa çıkılacağını bilememe, duyguları ifade etmede yetersizlik, sorulacak soruları yanıtlayamama durumu yaşamak, hastanın belirsizliğini paylaşma durumundaki zorluklar ve ölüm korkusu gibi etki eden unsurlardır (27).

Kötü haber vermenin iyi uygulanması; hastanın psikolojik yönden iyileşmesi ve güç kazanmasını sağlamakta, doktorun stres seviyesini de azaltarak görüşmeyi kolaylaşmaktadır (28). Kötü haber iletilmesi zayıf olduğunda ise, güvensizlik, öfke, korku, suçluluk gibi duygular üretebilir. Bir doktorun etkili iletişim kurma becerisi genelde deneme yanılma veya gözlem (usta-çırak) yoluyla öğrenilmektedir (29).

Kötü haber vermede en sık yapılan hatalar ise;

1. Kötü haberin verilmesinde doğru yer veya zamanın seçilememesi
2. Kötü haberin “doğrusal” nokta tarzında, düz bir şekilde verilmesi
3. Açıklamanın tam karşılığı olmayan tıbbi dil kullanma
4. Hastanın anlayıp anlamadığı teyit edilmeden görüşmenin sonlandırılması (30).

5. Tıp Eğitiminde Kötü Haber Verme Eğitim Stratejileri:

Kötü haber verme tıp eğitimi açısından tutum hedefleri arasındadır. Bu nedenle didaktik eğitimlerin yanı sıra tutumu geliştirecek küçük uygulamalar, tartışma saatleri, bu becerilerin geliştirilmesinde standart hastalar ile görüşme vb gibi interaktif yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Aşağıda bu eğitimin verilmesinde kullanılan eğitim stratejilerinin avantajları ve dezavantajları incelenmiştir.

Didaktik yaklaşımlarda; Temel tanım ve kavramları çok sayıda öğrenciye verimli bir şekilde sunması, öğrenciler için beceri gösterimlerinin etkili şekilde sunumuna eğitmenler için ise zaman ve kaynakların en verimli şekilde asgari düzeyde kullanımını sağlamakta ancak uygulama, tartışma ve geri bildirimler için fırsat sunmamaktadır.

Küçük grup tartışmasında; Sorunları, becerileri ve kaygıları tartışabilme fırsatı sağlarken eğitmenlerin çok zaman alıcı aynı zamanda pratik yapma ve geri bildirim için fırsat sunmamaktadır.

Küçük grup, akran rol yapmada; Sorunların, becerileri ve kaygıları tartışabilme fırsatı sağlarken öğrencilerin hasta algılarını anlamaya ve geribildirimlere yönelik içgörü kazanımlarını artırırken eğitmenlerin çok zamanını alması ve öğrencilerin hastalara tanı koymasına ilişkin değişken beceriler geliştirmesine yol açmaktadır.

Küçük grup standart hasta- rol yapma eğitimleri; Senaryo ve hasta yelpazesinin genişliği hastalık nedenleri, tıbbi yaklaşım çeşitliliği ile eğitmen, standart hastalar ve akran geribildirimleri sunması, akran rol yapmaya oranla daha gerçekçi olması gibi avantajları bulunurken, akran performansları gerilimleri, eğitmen ve standart hastalar için yoğun zaman alıcı özelliği taşınması, maliyet ve birebir standart hasta karşılaşmasından daha az gerçekçilik sağlaması gibi de kısıtlılıkları bulunmaktadır.

Standart hasta karşılaşmaları; Eğitmen ve standart hastalardan geri bildirim olarak beceri uygulaması ile karşılaşır. Grup karşılaşmalarına göre oldukça gerçekçidir. Grup tartışmasının olmaması, farklı yaklaşımlar, hasta-eğitmen yanıtları ve standart hastalarla yoğun temas olmaması bu eğitim stratejisindeki kısıtlılıklardır.

Klinik ortamlarda öğrenmede ise; Hasta

bakımında gerçek bağlam olarak, gözlem, gösteri ve geri bildirim yollarıyla öğrenmeyi kolaylaştırırken, hasta gizliliği ve klinik zaman kısıtlamaları bulunmaktadır (31,32).

Ülkemizde Dokuz Eylül üniversitesinde yapılan bir çalışmada bu konuda erken dönemde farkındalık kazandırma amacıyla eğitim oturumları öğrencilere geribildirimlerin de verilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Hekimin tutum ve davranışlarının hastaların tedaviye bakış açısını ve sonraki yaşantısını doğrudan etkilediğinin bilinciyle kötü haberin özel bir yolla verilmesi gerektiği üzerinde durulmuş, süreçte bilimsel yayın hazırlama teknikleriyle hekimin hastaya ve hasta yakınlarına kötü haber aktarması konusu işlenmiştir (12).

Sonuç:

Kötü haber verme haberin içeriği ve aktarma güçlükleri nedeniyle zor görüşme ve görevdir. Hastanın duygularını ortaya çıkartarak paylaşmasına, kendini ifade etmesine yardımcı olmak, kaygı, korku ve endişelerinin anlaşıldığını, kendisinin destek gördüğünü hissetmesi açısından da oldukça önemlidir. Tedavi seyri sürecinin olabildiğince kolay geçirilmesi, hastanın tutumu ve tedavi başarısının gerçekleşmesi hekimin tutumu ve becerisine bağlı gelişmektedir. Eğitim programlarında iletişim beceri eğitimleri gibi deneysel eğitimlerin işlenmesi hekimin bu konularda yetkinlik ve yeterliği kazanmasını sağlamaktadır. Bu eğitimlerin geliştirilmesi hastalarla iletişimlerde yaşanan güçlüklerin giderilmesinde yardımcı olacaktır. Bu durum sağlık çalışanları hasta ve aile bireyleri dolayısıyla halkın daha nitelikli hizmet alabilmesinin gerçekleştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar:

1. Ptacek J. T, Eberhardt T. L. Breaking Bad News: A Review of The Literature. *Jama*, 1996; 276 (6): 496-502.
2. Grassi L, Gritti P, Rigatelli M, Gala C. Psychosocial Problems Secondary to Cancer: An Italian Multicentre Survey Of Consultation-Liaison Psychiatry In Oncology. *European Journal Of Cancer*, 2000; 36(5): 579-585.
3. Ünalın P. C, Kalaça S, Çifçili S, Uzuner A, Akman M, Sarıkaya Ö, Gülpınar M. A. Temel Hekimlik Uygulamalarının Öğretilmesi İçin Bir Program Modeli: Klinik Uygulamalara Giriş. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2006; 22 (22).
4. Okyayuz U. H. Ölümcül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizi Kötü Haber Verilmeli, *Kriz Dergisi*; 2003, 11.3: 29-35.
5. Türkmen S, Bayraktar T, Arslan G. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Zor Hasta Algısı ve İletişim Becerilerinin Belirlenmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017; 4(1): 27-38
6. Gordon T, Edwards S. Hasta-Doktor İletişimi, 2014
7. Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D. Teaching Students to Break Bad News. *The American Journal of Surgery*, 2001; 182(1), 20-23.
8. Bilgin G, Öztürk G, Şirin S. Kanser Tanısı Konan Hastalarda Kötü Haber Verme: Hekime Düşen Görev. *İst Tıp Fak Dergisi*, 2008;71: 22-6. 5.

9. Bucka -Lassen E. Hekim Ve Hasta İçin Zor Görüşme, 2005
10. Kahveci R. Sağlık Hizmetlerini Demokratikleştirecek Bir Adım: Son Dönem Yaşam Destek Kararlarına Hastaların Katılımı. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 2007; 15: 90-3.
11. Baile W. F. Giving Bad News. *The Oncologist*, 2015; 20(8): 852-853.
12. Boz Y. K, Muslu E. C, Badem A, Yıldız C. M, Küçük İ. F, Ulaş, S. B, Özcan S. Bir Özel Çalışma Modülü Deneyimi: Hastaya Kötü Haber Verme. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2016; 15(47).
13. Ptacek J. T, Ptacek J. J, Ellison N. M. “ I’m Sorry To Tell You...” Physicians’ Reports of Breaking Bad News. *Journal of Behavioral Medicine*. 2001; 24(2):205-217.
14. Özdoğan M, Samur M, Artac M, Yildiz M, Savas B, Bozcuk H. S. Factors related to truth-telling practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. *Journal of palliative medicine*, 2006; 9(5):1114-1119.
15. Amiel G. E, Ungar L, Alperin M, Baharier Z, Cohen R, Reis S. Ability of Primary Care Physician’s To Break Bad News: A Performance Based Assessment of An Educational Intervention. *Patient Education and Counseling*, 2006; 60(1): 10-15.
16. Bowyer M. W, Hanson J. L, Pimentel E. A, Flanagan A. K, Rawn L. M, Rizzo A. G, Lopreiato J. O. Teaching Breaking Bad News Using Mixed Reality Simulation. *Journal of Surgical Research*, 2010; 159(1):462-467
17. Cegala D. J, Lenzmeier Broz S. Physician Communication Skills Training: A Review of Theoretical Backgrounds, Objectives And Skills. *Medical Education*, 2002; 36(11): 1004-1016.
18. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating Sad, Bad, and Difficult News İn Medicine. *The Lancet*, 2004; 363(9405): 312-319.
19. Tezcan E, S. Hastalara Kötü Haber Vermek. *Sağlık Düşüncesi ve Türk Kültürü Dergisi* 2011, Sdplatform.com
20. Brewin T. B. Three Ways Of Giving Bad News. *The Lancet*, 1991; 337(8751): 1207-1209.
21. Baile W F, Lenzi R, Parker P. A, Buckman R, Cohen L. Oncologists’ Attitudes Toward and Practices İn Giving Bad News: An Exploratory Study. *Journal Of Clinical Oncology*, 2002; 20(8): 2189-2196.
22. Kaplan M R. N. SPIKES: A Framework for Breaking Bad News to Patients With Cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 2010; 14(4): 514.
23. Girgis A, Sanson-Fisher R. W. Breaking Bad News 1: Current Best Advice For Clinicians. *Behavioral Medicine*, 1998; 24(2): 53-59.
24. Faulkner A, Maguire, P Regnard C. Breaking Bad News-A Flow Diagram. *Palliative Medicine*, 1994; 8(2): 145-15
25. Cantwell BM, Ramirez AJ. Doctor–Patient Communication: A Study of Junior House Officers. *Med Educ*. 1997;3:17–21.

26. Dosanjh S, Barnes J, Bhandari M. Barriers to Breaking Bad News Among Medical And Surgical Residents. *Med Educ.* 2001; 35: 197-205.
27. Buckman R. Breaking Bad News: Why Is It Still So Difficult?. *British Medical Journal Clinical Research Ed.* 1984; 288 (6430): 1597.
28. Greening S. L. Breaking Bad News. *The Foundation Years*, 2008; 4 (4): 162-163.
29. Colletti L, Gruppen L, Barclay M, Stern D. Teaching Students To Break Bad News. *The American Journal Of Surgery*, 2001; 182(1):20-23.
30. Zheng G, Delivering Bad News To Patients—The Necessary Evil. *Journal Of Medical Colleges of PLA*, 2011; 26.2: 103-108.
31. Rosenbaum M E, Ferguson K J, Wolves J G. Teaching Medical Students And Residents Skills For Delivering Bad News: A Review Of Strategies. *Acad Med.* 2004;79 (2):107–117
32. S.M Alelwani , Y.A Ahmed. Medical Training For Communication of Bad News: A Literature Review. *Journal Of Education and Health Promotion.* 2014; 3