



**T.C**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN ANESTEZİYOLOJİ VE  
REANİMASYON ANABİLİM DALI ARAŞTIRMA  
GÖREVLİLERİNİN, AİLE GÖRÜŞMELERİNDE KÖTÜ HABER  
VERME KONUSUNDAKİ YETKİNLİKLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Niyaz Kamilov**

**UZMANLIK TEZİ**

**Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA**

**2023**





**T.C**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**

**TIP FAKÜLTESİ**

**ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON ANABİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON  
ANABİLİM DALI ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN, AİLE  
GÖRÜŞMELERİNDE KÖTÜ HABER VERME KONUSUNDAKİ  
YETKİNLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Niyaz Kamilov**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. SEDA BANU AKINCI**

**YARDIMCI TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Banu Kılıçaslan**

**UZMANLIK TEZİ**

**Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA**

**2023**

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında değerli fikirleri ve vizyonu ile beni yönlendiren değerli tez danışmanım sayın Prof. Dr. Seda Banu Akıncı'ya,

Çalışma ile ilgili her türlü desteği veren Doç. Dr. Banu Kılıçaslan, Uzm. Dr Murat Tümer, Uzm. Dr. Şerf Can Gürele'e,

Çalışmama verdikleri destekler için sayın Prof.Dr Melih Elçin'e, sayın Prof.Dr Nüket Örnek Büken'e, sayın Doç.Dr Gülşen Taşdelen Teker'e,

Tüm eğitim hayatım boyunca sevgileri, ilgileriyle her zaman yanımda olan, bugünlere gelmemde en büyük katkılara sahip olan, haklarını ödeyemeyeceğim canım babam, annem, abim ve kız kardeşim'e,

Hep yanımda olan ve olumlu fikirleriyle beni destekleyen sevgili eşim Semra Kamilova'ya,

Varlığından hep güç aldığım canım oğlum Atilla'ya

Sevgi ve hoşgörüsünü benden esirgemeyen sevgili dostlarım Elnur Comerdov, Attila Guliyev, Sabina Umudova, Heyrana Mhmudova'ya,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Dr. Niyaz Kamilov

## ÖZET

**Kamilov N., Yoğun Bakımda Çalışan Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinin, Aile Görüşmelerinde Kötü Haber Verme Konusundaki Yetkinliklerinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara 2023.**

Kötü haber verme sürecinde en önemli konu; hekim ve hasta veya hasta yakını arasında olan iletişimidir. Yoğun bakım üniteleri; yaşam sonu süreçleri ve ölümle ilgili tartışmaların sıklıkla yapıldığı ve kötü haberlerin verildiği hastane ortamlarıdır.

Bu çalışmanın amacı; yoğun bakımda çalışan Anesteziyoloji ve Reanimasyon anabilim dalı araştırma görevlilerinin, aile görüşmelerinde kötü haber verme konusundaki yetkinliklerinin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiş komplikasyon ve ölüm bildirilmesine yönelik bir değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

Çalışma için etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.04.2023 tarihinde alınmıştır. (Kayıt no:GO23/111). Çalışma 06.04.2023-06.05.2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalındaki çalışmakta olan araştırma görevlilerinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Onam alındıktan sonra katılımcılar yazı-tura atılarak iki senaryo grubundan birine (sanal aile görüşmesi) rastgele atıldılar. Odalarda bilgi veren hekim ve oyuncu karşılıklı şekilde oturdu. Oda duvarına sabitlenen kamera sistemi tarafından görüşmeler kayıt altına alındı. Görüşmeler; hem görüşmeye katılan oyuncu tarafından hem de kamera kayıtları üzerinden 4 farklı profesyonel değerlendirici (bir yoğun bakım uzmanı, bir anesteziyolog, bir sosyal psikolog ve bir psikiyatrist) tarafından puanlandırıldı.

Çalışmamıza 52 araştırma görevlisi dahil edildi. Katılımcılardan 21 kişi erkek, 31 kişi ise kadın idi. Katılımcılardan 27 (%51.9) kişi komplikasyon bilgilendirmesi, 25 (%48.1) kişi ise ölüm bilgilendirmesi yaptı. Katılımcılardan 18 (%34.6) kişi daha önce kötü haber verme üzerine eğitim almışken, 34 (%65.4) katılımcı bu konuda daha önce eğitim almamıştı. 44 (%84.6) katılımcı daha önce ölüm bilgilendirmesi yapmış olup, 8 (%15.4) katılımcı daha önce ölüm bilgilendirmesi yapmamıştı. 33 (%63.5) katılımcı daha önce komplikasyon bilgilendirmesi yapmış, geri kalan 19 (%36.5) katılımcı daha önce komplikasyon bilgilendirmesi yapmamıştı. Çalışmamızda araştırma görevlisinin kendini değerlendirdiği öz değerlendirme anketinin her iki formun (komplikasyon ve ölüm bilgilendirmesi) Cronbach's  $\alpha$  değeri, 0.93 olarak tespit edildi. Çalışmamızda profesyonel değerlendiriciler tarafından değerlendirilen komplikasyon bilgilendirme formunun Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.81, ölüm

bilgilendirme formunun Cronbach's  $\alpha$  0.88 bulunmuş olup yüksek iç tutarlılığa sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca değerlendirme formları arasında yapılan istatistik sonucuna göre, hem komplikasyon bilgilendirmesi formu, hem de ölüm bilgilendirmesi formu ile Tıp Eğitimi ve Bilişim Ana bilim Dalı iletişim becerisi değerlendirme rehberi arasında korelasyon olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak; çalışmamızda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız **“HASTA YAKININA KÖTÜ HABER VERME- KOMPLİKASYON BİLGİLENDİRMESİ”** ve **“HASTA YAKININA KÖTÜ HABER VERME- ÖLÜM BİLGİLENDİRMESİ”** ölçekleri güvenilir olup yapılandırılmış klinik sınavlarda kullanılabilir. Kötü haber verme bilgilendirmesi eğitimi ve iletişimin kalitesinin ölçümü Anesteziyoloji ve Reanimasyon araştırma görevlilerinin eğitim programlarına dahil edilmelidir.

## ABSTRACT

The most important aspect while informing about bad news is the communication between the doctor and the patient/patient relatives. Intensive care units are the places where end-of-life discussions are often made and bad news are conveyed.

The aim of this study is to conduct a validity and reliability study of an evaluation scale in Turkish for reporting complications and deaths, developed with the aim of assessing the competence of anesthesiology and reanimation residents working in intensive care units while giving bad news during family interviews.

The approval of ethical committee for the study was given on May 5, 2023 by the Hacettepe University Non-Invasive Clinical Research Ethical Committee (registration number: G023/111). The study was conducted between April 6,2023 and May 6,2023 with the help of residents working for Hacettepe University Anesthesiology and Reanimation department. After obtaining informed consent, participants were randomly assigned to two different scenario groups (virtual family interviews) by tossing a coin. In the interview rooms the medical doctor and roleplayer were seated face-to-face. The interviews were recorded with video cameras mounted on the wall. The interviews were evaluated by both the roleplayer and 4 different professional evaluator (an intensive care specialist, an anesthesiologist, a social psychologist and a psychiatrist) using the video recordings.

52 residents were included in the study. Among the participants 21 were male and 31 were female. 27 of the participants (51.9%) informed about complications and 25 of them (48.1%) conveyed death news. While 18 of the participants (34.6%) had a training for conveying bad news, 34 of them (65.4%) had no such training. 44 of the participants (84.6%) had previously reported death to family members, whereas 8 of them (15.4%) had not. In our study, the Cronbach's  $\alpha$  value of the self evaluation surveys of both groups (complication and death reports) with which a resident evaluated himself/herself was found to be 0.93

In conclusion, both "Informing patient relatives about bad news- Complications " and "Informing patient relatives about bad news- Death" evaluation scales for which we conducted a validity and reliability study in our research were found to be reliable and can be used in objective structured clinical examinations (OSCE). Training about reporting bad news and evaluation of the quality of communication should be included in the curriculum of anesthesiology and reanimation residents.

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMALAR DİZİNİ .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	viii
TABLOLAR DİZİNİ .....	ix
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Hasta / Hasta Yakını -Hekim İlişkisi .....	3
2.2. Yoğun Bakımda Hasta Yakını Bilgilendirmesi .....	11
2.3. İletişim Değerlendirilmesi .....	15
2.4. Kötü Haber Verme .....	16
2.5. YBÜ’de Görülen Komplikasyonlar .....	24
2.5.1. Yoğun Bakım Hastası/Kritik Hasta .....	24
2.6. YBÜ’de Ölüm ve Komplikasyon Oranları .....	41
2.7. Yoğun Bakım Ünitelerinde Ölüm Süreci .....	43
2.8. Yoğun Bakımda Ani Ölüm ve Hasta Yakınının Ani Ölüm Haberine Tepkisi ...	44
3. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ .....	47
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	47
3.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi, Araştırma Grubu .....	47
3.3. Araştırmanın Tipi .....	47
3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları .....	47
4. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ .....	53
5. BULGULAR .....	55
5.1. Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Kategorik Sorularına İlişkin Frekans Dağılımları .....	57
5.2. Öz Değerlendirme Anketi Komplikasyon Bilgilendirmesi Formu Güvenilirlik Analizi .....	60



5.4. Hasta Yakınına Kötü Haber Verme Komplikasyon Bilgilendirmesi Profesyonel Değerlendirmeleri .....	61
5.5. Hasta Yakınına Kötü Haber Verme Ölüm Bilgilendirmesi Profesyonel Değerlendirmelerinin Analizi .....	78
5.6. Ölüm Ölçeğinin Toplam Skorunun Güvenilirlik Analizi.....	91
5.7. Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı-TEBAD ölçeği .....	93
6. TARTIŞMA.....	94
7. SONUÇ .....	105
8. ÖNERİLER .....	106
9. KAYNAKLAR.....	107
10. EKLER .....	121
EK 1: ÖLÇEĞİN İNGİLİZCE FORMU .....	121
EK 2: DEĞERLENDİRME FORMU .....	127
EK 3: DEĞERLENDİRME FORMU .....	129
EK 4: DEĞERLENDİRME FORMU .....	131
EK 5: DEĞERLENDİRME FORMU .....	133
EK 6: DEĞERLENDİRME FORMU .....	135

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>SBA</b>	: Yoğun bakım uzmanı
<b>BK</b>	: Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı
<b>MT</b>	: Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman ve sosyal psikolog
<b>SCG</b>	: Psikiyatri uzmanı
<b>SS</b>	: Standart sapma
<b>YB</b>	: Yoğun Bakım
<b>TEBAD</b>	: Tıp Eğitimi ve Bilişim Ana Bilim Dalı

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1:</b> Tıp eğitimi ve Bilişim anabilim dalı görüşme odası .....	50
--	----

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Yerleşik iletişim stratejileri[12].	8
<b>Tablo 2:</b> Toplantı rehberi[12].	10
<b>Tablo 3:</b> Yoğun bakımda hasta yakını iletişimde duygulara yanıt vermek için sekiz empatik strateji[19].	11
<b>Tablo 4:</b> Aile destek ihtiyaçları[23].	12
<b>Tablo 5:</b> Hasta yakını ile ortak karar vermek için yapılacaklar[28].	14
<b>Tablo 6:</b> Hekimlerin ölüm ile başa çıkması	15
<b>Tablo 7:</b> Nörolojik komplikasyonlar ve oranları	28
<b>Tablo 8:</b> Santral venöz kateterizasyon komplikasyonları ve önlemler.	29
<b>Tablo 9:</b> Arteriyel kanulasyon komplikasyon ve oranları.	30
<b>Tablo 10:</b> Nazogastrik sonda komplikasyonları ve önlemleri.	31
<b>Tablo 11:</b> Epidural anestezi komplikasyonları ve önlemler.	32
<b>Tablo 12:</b> Tüp torakostomi komplikasyonları ve önlemleri.	33
<b>Tablo 13:</b> Entübasyon komplikasyonları	33
<b>Tablo 14:</b> Entübasyon ve ekstübasyon komplikasyonları	34
<b>Tablo 15:</b> Trakeostomi komplikasyonları ve oranları.	35
<b>Tablo 16:</b> Yüksek akımlı nazal oksijen tedavisinin komplikasyonları.	36
<b>Tablo 17:</b> Non-invaziv mekanik ventilasyon komplikasyonları ve önlemler.	37
<b>Tablo 18:</b> Hemodiyalizin akut komplikasyonları ve önlemleri.	40
<b>Tablo 19:</b> Ektrakorporal Membran Oksijenasyonu (ECMO) komplikasyonları.	41
<b>Tablo 20:</b> Katılımcıların betimsel istatistikleri.	55
<b>Tablo 21:</b> Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Komplikasyon Bilgilendirmesi Formuna İlişkin Betimsel İstatistikleri	56
<b>Tablo 22:</b> Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Ölüm Bilgilendirmesi Formuna İlişkin Betimsel İstatistikleri	57
<b>Tablo 23:</b> Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Kategorik Sorularına İlişkin Frekans Dağılımları	59
<b>Tablo 26:</b> Öz Değerlendirme Anketi Komplikasyon Bilgilendirmesi Formu Güvenilirlik Analizi	60

<b>Tablo 27.</b> Öz Değerlendirme Anketi Ölüm Bilgilendirmesi Formu Güvenilirlik Analizi.....	61
<b>Tablo 28.</b> Dört değerlendiricinin araştırma görevlilerinin komplikasyona ait tıbbi gerçeklerin açıklamasını değerlendirmeleri.....	62
<b>Tablo 29.</b> Dört değerlendiricinin araştırma görevlisinin dürüstlük ve doğruluğunu değerlendirmeleri.....	65
<b>Tablo 30.</b> Dört değerlendiricinin araştırma görevlisinin empati düzeyini değerlendirmeleri.....	68
<b>Tablo 31.</b> Araştırma görevlisinin gelecekteki komplikasyonları önlemesi konusundaki yaklaşımının uzmanlarca değerlendirilmesi.....	70
<b>Tablo 32.</b> Araştırma görevlisinin genel iletişim becerilerinin uzmanlarca değerlendirilmesi.....	72
<b>Tablo 33.</b> Araştırma görevlisinin tartışmayı sonlandırmasının uzmanlarca değerlendirilmesi.....	75
<b>Tablo 34.</b> Uzmanların tüm görüşmedeki araştırma görevlisinin bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmesini değerlendirmeleri.....	77
<b>Tablo 35.</b> Uzmanların Hasta Yakınına Kötü Haber Verme- Komplikasyon Bilgilendirmesi ölçeği toplam skorları.....	78
<b>Tablo 36.</b> Araştırma görevlisinin görüşme içeriğini oluşturmasının değerlendirilmesi.....	79
<b>Tablo 37.</b> Araştırma görevlisinin hastanın durumu hakkındaki ortak anlayışı oluşturması.....	81
<b>Tablo 38.</b> Araştırma görevlisinin empati düzeyi.....	84
<b>Tablo 39.</b> Araştırma görevlisinin ölüm süreci ve bu süreçte verdiği eğitim.....	86
<b>Tablo 40.</b> Araştırma görevlisi hasta yakınının bilgi ihtiyacı.....	88
<b>Tablo 41.</b> Araştırma görevlisi hasta yakınının destek ihtiyacını karşılama.....	89
<b>Tablo 42.</b> Tüm görüşmeyi genel olarak değerlendirme.....	90
<b>Tablo 43.</b> Ölüm bilgilendirmesi profesyonel değerlendiricilerin toplam skorlarının ortalaması ve Cronbach $\alpha$ değerleri.....	91
<b>Tablo 44.</b> Değerlendiricilerin açık uçlu sorulara verdikleri cevaplar.....	92
<b>Tablo 45.</b> Ölçeklerarası korelasyon matrisi.....	92

## 1. GİRİŞ

Yoğun bakım üniteleri; kritik durumdaki hastaların yakınlarına kötü haberlerin sıklıkla verildiği hastane ortamlarıdır, ancak bu konularla ilgili konuşmaları yapmak zordur.[1] Bu zorlukların temel sebepleri, hasta yakını beklentileri ile verilen haberlerin uyumsuzluğudur. Hasta ve hasta yakınlarının yoğun bakımdan hayat kurtarmaya yönelik beklentilerinin yüksek olmasına rağmen akut bir hastalık veya komplikasyonla karşı karşıya kalması bu uyumsuzlukların başında gelir.

Yoğun bakımda çalışan doktorların hasta yakınlarına profesyonel olarak kötü haber bilgilendirmesi yapabilmesi, onlara iyatrojenik komplikasyonları söyleyebilmesi ve gerektiğinde ölüm bildirimini yapabilmesi gerekir. Yaşam sonu kararları ve iyatrojenik komplikasyonların açıklaması gibi zor konuşmalar yapmak; iyi gelişmiş kişilerarası iletişim becerileri ve profesyonel bir tavır gerektirir. Aile üyeleri ile yaşam sonu kararlarını tartışmak ve iyatrojenik komplikasyonları bildirmek duygulu yüklü iki konuşma ortamlarıdır. Bu güçlü ve duygusal konuşmalar tıbbi bilgiye hakim olmanın ötesinde aile üyeleri ile konuşabilme becerisi gerektirir. Bu konuşmalar hassasiyetle yapılmalı ve olgun muhakeme yeteneği ile karşılaşılan tepkilere karşılık verilmelidir. Çünkü karmaşık aile dinamiklerini ve bu konuşmaların etik sonuçlarını öngörmek önemlidir. Bu konuşmalar aynı zamanda hekimlerin 'başarısızlık' hisleri ile başa çıkmalarını gerektiren zorlayıcı süreçlerdir [1]. Başarısızlık hissi ile aile görüşmeleri sırasında yapılan konuşmalarda olgun davranılamayabilir. Bu nedenlerden dolayı aile görüşmelerinde yapılan konuşmalar, aile üyeleri için olduğu kadar hekimler için de zor ve streslidir.

Yaşam sonu bakım ile ilgili yapılan araştırmalar; ailelerin, hekimlerin klinik becerilerinden daha çok, iletişim becerilerini önemsediklerini göstermiştir [2]. Bu tür aile görüşmelerinde; hem sağlık ekibi üyeleri arasında hem de klinisyenler ile aile üyeleri arasında uyumsuzluk olması yüksektir. Etkili iletişim becerileri, olumsuz bir olay açıklandıktan sonra profesyonel ilişkilerin devam edip etmediğini gösteren önemli bir faktördür [2].

Kötü haber; “ *haberi alan kişide, haberi aldıktan sonra bir süre devam eden bilişsel, davranışsal ve duygusal bir eksiklik oluşması*” olarak tanımlanır [1]. Bu nedenle hangi haberin kötü olduğunun belirlenmesi, haberi alan kişinin zihninde öznel bir yargı oluşturur. Hekim kötü haberi verdiğiğinde, haber verme biçimine bağlı olarak hastaların ve aile üyelerinin yanıtlarını etkileyebilir.

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimler ve hasta yakınları arasındaki yaşam sonu bakımı hakkındaki iletişimi anlamak ve geliştirmek, yoğun bakımdaki bakımın kalitesini iyileştirmek için önemli bir odak noktasıdır. İyi bir yaşam sonu bakımı, yüksek kaliteli yoğun bakımın önemli bir parçası olduğu için; yoğun bakımda çalışan hekimler aile görüşmelerine, diğer yoğun bakım prosedürleri gibi aynı özen ve planlama ile yaklaşmalıdır.

Bu çalışmanın amacı; yoğun bakımda çalışan Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı araştırma görevlilerinin, aile görüşmelerinde kötü haber verme konusundaki yetkinliklerinin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiş komplikasyon ve ölüm bildirilmesine yönelik bir değerlendirme ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hasta / Hasta Yakını -Hekim İlişkisi

Tıp tarihi boyunca görülen gelişmeler ile birlikte hasta-hekim ilişkisi, özellikle 20. yüzyılda teknolojik araç ve gereçlerin tıbbı kazandırdığı yükseliş sayesinde farklı bir boyutta karşımıza çıkmaktadır. Bu durumun oluşmasında bir çok başka etkenler de vardır. Sosyolojik, ekonomik, ideolojik tutumlar, ontolojik anlayışlar ve başkaları örnek gösterilebilir[3].

Hekimin günlük pratikte düşünme amacı, hastanın hastalığının belirlenmesi ve tanı almasıdır. Bu anlamda, hekimin ifşa etme mantığı, doğası gereği basit epistemolojik ( episteme yunanca ‘sistemik bilgi, doğru bilgi, kanıtlanabilir bilgi) bir sorun değildir. Hastanın kendini hekime açması ontolojik (varoluş ve varlık hakkında düşünceleri savunma) bir meseledir. Hastanın kendisini geri plana atarak, tıbbi pratiklerin ön plana çıktığı bir zeminde hastalığın gerçek doğası gözden kaçabilir. Unutulmamalıdır ki, hastanın hastalığı yaşama şekli büyük bir deneyimdir ve bu öznel deneyim; hekim tarafından bilimsel algoritmalar ile nesnel olarak algılandığında, her şeyden önce iyileşme ihtiyacı olan hastanın, hekimin bu davranışlarına olan bakışı da değişecektir. Bu anlamda hastalık, hasta ile birlikte vardır. Onu, ayrı, bağımsız ve hastadan özerk bir şekilde konumlandırma tutumunun doğru bir tutum olmadığını söylemek mümkündür[4].

Hekim hasta ile hastalığı hakkında konuşurken ve ondan anamnez alırken, hastanın biyopsikososyal taraflarına dikkat etmesi, şüphesiz ki hastanın iyileşme sürecini olumlu etkileyecek bir adımdır. Bu yaklaşım hastayı bir bütün olarak anlamaya imkan verir. Bilimin değerler dizisinin (paradigmasının) kesin, hüküm verici, hiyerarşik taraflarını hekim-hasta ilişkisine uygulamak bu ilişkiyi tutarsız ve güvensiz hale getirecektir[5].

Hekim ile hasta veya hasta yakınının algılamalarının aynı olmaması; karşılıklı iletişimin var olduğunu gösterse de, hastanın mevcut durumuna farklı bakış açısı ve hislerle bakan hekim ve hastalığı yaşayan hasta arasında var olan bir ilişkisizlik durumu mevcuttur. Bu durumu yok etmek ve hastanın sağlığına kavuşması için bir iş



birliğine varılmasının en öncelikli yolu; hastalığın detaylı anlaşılması için, hastanın mevcut sağlık durumunun hekim tarafından tam anlamıyla bilinmesidir[6].

Hekimlik pratiğinde korkulan tanı, kötü prognoz, ölüm gibi kötü haber vermek durumunda kalınıyor. Kötü haber verme sürecinde en önemli konu hekim ve hasta veya hasta yakını arasında olan iletişimdir. Hekimin iletişim becerilerinin iyi olması hem hasta memnuniyetini artırır, hem de hekimin meslek sevgisini olumlu yönde etkiler. İletişim iki kaynak arasında birinden diğerine duygu, bilgi-birikim, haber aktarılması anlamına gelir. Kullanılan dil, ifadeler, mimikler, göz teması, vücut hareketleri, dış görünüş iletişim kurmakta etkili faktörlerdir[7].

Hekim-hasta veya hasta yakını ilişkisinde, hastanın sağlık durumunun korunması ve devam ettirilmesi, hastaya uygulanan tedavinin geliştirilmesi, hasta veya hasta yakını ile hekim arasında iyi bir iletişim sağlamak, hekimin hastaya veya hasta yakınına mevcut durumu ile ilgili bilgi vermesi gibi hedefler vardır. Bu süreç karşılıklı olarak devam ettiği sürece hastanın tedavi sürecini olumlu yönde etkiler. Bu sebepten dolayı hekimlerin iletişim becerileri tıbbi becerileri kadar iyi olmalıdır. Çünkü, örneğin iyi alınmış bir anamnez hastaya tanı koymada %70 oranında başarı sağlar[8].

Hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi konu alan modeller vardır. Bu modellerden biri Szasz ve Hollender tarafından geliştirilmiştir[9]. Bu modelde hekim ve hasta arasında ilişkinin üç türü belirlenmiştir. Etkinlik-edilgenlik, yol gösterme-işbirliği ve karşılıklı katılım biçimleri[9].

- 1) Etkinlik-edilgenlik biçiminde, hekim hastanın yararına olan kararları hastanın onayı olmadan alır. Bu ilişki tipine örnek olarak genel anestezi altındaki veya yoğun bakımda tedavi görmekte olan hastalar ile hekim arasındaki ilişki gösterilebilir.
- 2) Yol gösterme-işbirliği etme ilişkisinde hasta kendi isteği ile doktora gider ve hekimin tedavi planını kabul eder[9].
- 3) Karşılıklı katılım temelli ilişkide tanı ve tedavinin tüm aşamalarına hasta ve hekim beraber karar verir[9].

Hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi biçimlendiren Ezekiel J. Emanuel ve Linda L. Emanuel bu ilişki biçimini 4 başlık altında toparlamışlardır.

1. Hekim hastanın yararına olduğunu ve onun sağlığını iyi yönde etkileyeceğini düşündüğü tetkik ve tedavilerini uygulayıp hastanın koruyucusu gibi davrandığı bu süreci '**paternalistik model**' olarak tanımlamışlardır. Bu aşamada tedavi kararlarına hastanın katılımı azdır[10].
2. Hekimin hastaya mevcut sağlık durumu ile ilgili tüm bilgilendirmeyi yaptığı ve tedavi kararlarında hastanın da fikirlerinin alındığı bu model '**bilgilendirici modeldir**'. Hasta hastalığı ile ilgili tüm detayları öğrenmiş olur, güncel tedavileri, girişimleri, riskleri, yararları anlar ve hangi tedaviyi istediğine karar verir[10].
3. Hastaya, onun değerlerine uygun tedavi planının yapılmasında yardımcı olunan bu hasta-hekim ilişkisi modeli '**açıklayıcı modeldir**'. Bilgilendirici modelde olduğu gibi bu modelde de hekim hastaya hastalığı ile bilmesi gereken her şeyi anlatır. Açıklayıcı modelin bilgilendirici modelden farkı, hekim hastaya değerlerini , ne istediğini belirtmesi için olanak sağlar ve tedavi bu kapsamda yürütülür[10].
4. Hekimin hasta ile sağlığına dair değerlerin en yararlısını seçmesine yardımcı olduğu bu model '**görüşmecî model**' olarak tanımlanır. Hekimin bu görüşmede amacı hangi değerlerin hastanın mevcut durumuna daha çok yararlı olacağını anlatması ve önerilerini bildirmesidir[10].

Hekim ve hasta veya hasta yakını arasında olan iletişimin ne kadar yararlı olduğu, hekim tarafından verilen bilgilerin hasta veya hasta yakını tarafından ne kadar doğrulukta anlaşılması ile ölçülür. Hekimin iletişim becerileri ne kadar etkili olursa, hasta ve hasta yakını ile yaptığı bilgilendirme görüşmeleri o kadar iyi geçer. Çünkü hastalık durumunda insanların verdiği tepkiler farklı olabilir. Hasta veya hasta yakını endişeli, gergin, kızgın olabilirler ve durumu en iyi şekilde yönetmek hekimin iletişim becerilerine bağlıdır. Bu iletişim ne kadar sağlam olursa hasta veya hasta yakını mevcut sağlık durumunu daha iyi benimser ve bu durum tedavi sürecine olumlu yansır.

Hekimin hasta veya hasta yakını ile kurduğu ilişki hastanın hekimine olan güvenini etkiler ve bu güven hissi hastalar için tedavi sürecinde rahatlatıcı rol oynar[11].

Hastanın bilincinin kapalı olması veya hasta ile iletişiminin mümkün olmadığı durumlarda, hasta yakını ile iletişim önem kazanır. Yoğun bakımda aile üyeleri ile iletişim kurmanın yolu aile-doktor platformları oluşturmaktır. Bu platformlar: aile toplantıları, aileleri yoğun bakım vizitlerine dahil etme, iletişim yönlendiricileri ve yatak başı hemşire- aile iletişimidir[12].

***Aile toplantısı:*** Yoğun bakım ünitesindeki aile toplantıları ağırlıklı olarak yoğun bakım doktoru ile hastanın aile üyeleri arasındaki yüz yüze görüşmeler olarak veya yoğun bakım hemşiresi, sosyal hizmet uzmanları ve manevi veya palyatif bakım sağlayıcıları gibi diğer meslekleri de içeren kurumlar arası bir toplantı olarak tanımlanır[12]. Zaman verimliliğini en üst düzeye çıkarmak için, aile toplantıları için uygun zaman belirlenmelidir. Aile toplantıları özel bir buluşma yerinde (örn. bir konferans odasında) gerçekleştirilir. Bir aile toplantısından önce, yoğun bakım personeli arasında bakımın amaçları ve rol dağılımı hakkında ön bilgilendirme yapılması teşvik edilir. Zamanlama ile ilgili olarak, ilk aile toplantısı en erken aynı gün veya 48 saat içinde ve en geç yoğun bakıma yatıştan bir hafta sonra yapılır. Telefonla veya yüz yüze takip toplantıları günlük olarak gerçekleştirilir. Disiplinlerarası aile toplantıları her üç günde bir veya daha erken, bakım hedefleri toplantıları ise yedi gün veya daha erken bir tarihte yapılmalıdır. Konferans görüşmesi veya Skype telekonferansı kullanmak; ailelerin toplantılardan memnuniyetlerini etkilemediği gösterilmiştir. Toplantılar için bir dokümantasyon yolu oluşturulması, örneğin, tartışılan hastanın isteklerini, sağlık durumunu, tedavi planını ve prognozunu, kısa vadeli ve orta vadeli hedefleri kaydetmek için hasta çizelgesinde bir toplantı dokümantasyon şablonu kurmak önerilir[12].

***Aileleri yoğun bakım vizitlerine dahil etmek:*** Bu aile ziyaretleri sırasında, aile üyeleri hastanın yatağının yanında hazır bulunur ve onlara hastanın durumu hakkında kısa bir özet verilir. Hasta tartışılırken dinlerler ve soru sorabilirler. Aileleri vizitlerine dahil etmek, aile için zaman ayırmak anlamı taşır. Tıbbi jargonu tercüme etmek, ailelerin soru sorması ve karar vermesi için yeterince rahat bir ortam yaratmak gerekir. Aile ziyaretleri, aileler ve yoğun bakım personeli arasında güvene dayalı bir

ilişki kurmak ve ailelerin güvence ihtiyacını karşılamak için bir fırsat olarak görülür. Aile ziyaretlerinin ailelerin günlük plan bilgisini artırdığını, toplamda daha az aile toplantısına yol açtığını ve hemşirelerin iş yükünü azalttığını kanıtlanmıştır. Aile ziyaretlerinin hekimlerle iletişim sıklığı ve karar verme desteği ile aile memnuniyetini arttırdığını göstermiştir. Ancak karar verme süresinden duydukları memnuniyeti azaltır[12].

***İletişim araçları:*** İletişim yardımcısı ya bir hemşire ya da bir sosyal hizmet görevlisi olabilir. Önceden iletişim eğitimi alırlar ve endişelerini anlamak için ailelerle empatik bir ilişki kurarlar. Araçlar ayrıca aileler ve doktorlar arasında da aracı görevi görürler ve ailelere günlük güncellemeler, yazılı bilgiler, taburcu olduktan sonra takip toplantıları sağlarlar . Bu uygulama sayesinde, özellikle hastaların yoğun bakım kalış süresi ve maliyetleri azalmış, iletişim kalitesi ise artmıştır. Ailelerin, taburcu olduktan sonraki altıncı aydaki depresif belirtilerinin de azaldığı belirtilmiştir[12].

***Hasta başı hemşire-aile iletişimi:*** Hasta başucunda hemşireler aile bireyleri ile havadan sudan konuşarak yoğun bakım ortamı, hastanın tedavisi ve sağlık durumu, hastane hizmetleri ve resmi aile toplantıları hakkında bilgi verirler. Hemşireler, ailelerin kendileri ve hasta hakkında konuşmalarına yardımcı olur ve karar verme sürecini destekler[12].

***İletişim stratejileri:*** 1) yerleşik iletişim stratejileri, genel iletişim davranışı ve belirli iletişim zorluklarıyla karşılaşma[12].

**Tablo 1:** Yerleşik iletişim stratejileri[12].

<b>VALUE[13].</b>	Söylenenlere değer verin ve takdir edin. Duyguları kabul edin. Dinleyin. Sorular sorarak hastanın bir kişi olarak kim olduğunu anlayın. Soruları ortaya çıkarın.
<b>NURSE [14].</b>	Algılanan duyguları adlandırın. Diğerinin durumunu ve duygularını anlayın. Diğerinin duygularına saygı gösterin. Destekleyin. Odaklanmış sorular sorarak keşfedin.
<b>SPIKES protokolü[15].</b>	Toplantı Algısını ayarlayın.: zaten ne biliyorlar? Davet: Ne kadar bilgi istiyorlar? Bilgi: Bilgileri anlaşılır bir şekilde nasıl sağlarız? Empati kurun ve duygulara empatik bir şekilde yanıt verin Özetleyin ve strateji belirleyin: Sırada ne var?
<b>SBAR yöntemi[16].</b>	Durum: sorunun kısa bir açıklamasını yapın. Arka plan: durumla ilgili kısa bilgi verin. Değerlendirme: tüm seçenekleri analiz edin ve göz önünde bulundurun. Öneri: eylemi veya tavsiyeyi belirtin.
<b>Ask-tell-ask[14].</b>	Karşınızdaki kişiden konuyla ilgili mevcut anlayışını açıklamasını isteyin. Tıbbi jargon olmadan iletişim kurmanız için neye ihtiyacınız olduğunu doğrudan söyleyin. Diğer kişiye ne duyduklarını ve anladıklarını sorun.
<b>Bana daha fazla yöntem söyle[17].</b>	Örnekler: Bu noktada hangi bilgilere ihtiyacınız olduğu hakkında daha fazla bilgi verebilir misiniz? Bunun sizin için ne anlama geldiğini söyleyebilir misiniz?
<b>Sorgulamayı dolaşın[18].</b>	Her kişiyi düşüncelerine katkıda bulunmaya davet ederek fikir birliğini güçlendirme tekniği: "Jane, bahsettiğimiz bu palyatif seçenek hakkındaki düşüncelerin neler?"
<b>Dilek beyanları[18].</b>	Örnekler: Keşke daha iyi haberlerim olsaydı. Keşke daha fazlasını yapabileseydik.

**Genel iletişim davranışı:** Kaçınılması gereken davranışlar, tıbbi jargon kullanarak basmakalıp sözler ve kişisel hikayeler anlatmak, kapalı uçlu sorular sormak, aile üyelerinin sözünü kesmekten kaçınmalıdır. Önerilen davranışlar: beden dilinin farkında olmak ve aktif olarak hasta yakınına dinlemektir.

**Belirli iletişim zorlukları:** Güçlü duygulara tepki veren, vazgeçmemeyi ifade eden, mucize bekleyen aileler ve sedasyon uygulanan bir hastanın fiziksel hareketleri

hakkında sorular. Güçlü duygulara yanıt vermek için duygunun uygunluğunu meşrulaştırmaya ve baş etme stratejilerini ele alma teşvik edilmelidir. İlgili teknikler arasında başka kelimelerle ifade etme, tekrarlama, özür dileme ve sözel olmayan ipuçları yer alır. Hasta ve ailelerinin terk edilmemesi, hasta için konfor sağlanması, yoğun bakım personelinin mevcudiyeti ve ailelerin hasta başında bulunmasını kolaylaştırmak gerekir. Aile üyelerinin bir mucize beklemesi durumunda; hastanın prognozu kötü iken, önce her bir aile üyesi için "mucize"nin anlamını keşfetmesi, ardından örneğin iyileşme dışındaki olumlu yönleri vurgulayarak tartışmacı olmayan bir yanıt vermesi ve son olarak da hasta merkezli uzlaşmalar için müzakere etmesi önerilir. Sedasyon alan bir hastanın neden hareket ettiği sorusuna yanıt veren klinisyenler, önce soruyu kabul etmeli, ardından tıbbi bir açıklama yapmalı ve son olarak altta yatan duyguların anlamını keşfetmelidir[12].

Aile-doktor iletişimi için araçlar: 1) Yoğun bakım klinisyenleri için araçlar ve yoğun bakım hastalarının aile üyeleri için araçlar.

Yoğun bakım hekimi için araçlar; toplantı öncesi (kontrol listesi ve aile toplantısı panosu), toplantı sonrası (dökümantasyon şablonu) ve toplantı rehberleri ( toplantı kılavuzu, literatür taraması , anketler, görüşmeler ve uzman panelleri) olarak üçe ayrılır[12].

**Tablo 2:** Toplantı rehberi[12].

Hazırlık	<p>Vakayı ve hastanın ailesi hakkında bilinenleri gözden geçirin</p> <p>Kendi duygularımızı ve önyargılarımızı inceleyin</p> <p>Ekip üyelerinizin duygularını kabul edin</p> <p>Toplantı hedeflerini ve gündemi netleştirin</p> <p>Toplantının her görevi için sorumluluk dağıtın</p> <p>Yeterli oturma yeri, mendil ve içme suyu bulunan özel bir oda hazırlayın.</p> <p>Katılımcıları belirleyin ve davet edin</p> <p>Ailelerden önceden soru hazırlamalarını ve bir hazırlık kontrol listesi sunmalarını isteyin.</p> <p>Yoğun bakım ekibi içindeki mevcut çatışmaları çözün</p> <p>Telefonunuzu ve çağrı cihazınızı teslim edin</p>
Toplantı sırasında	<p>Kendinizi (pozisyonla) ve tüm katılımcıları tanıttın</p> <p>Aile üyeleri arasında herhangi bir yasal karar vericiyi belirleyin</p> <p>Toplantı gündemini ve hedeflerini sunun</p> <p>Temel kurallar belirleyin</p> <p>Ailenin ana endişelerini ortaya çıkarın</p> <p>Ortak zemin oluşturmak</p> <p>Hastanın tıbbi durumunu, prognozunu ve tedavisini gözden geçirin</p> <p>Soruları ortaya çıkarın</p> <p>Anlamak için sık sık kontrol edin</p> <p>Aile üyelerinin hastanın isteklerine ilişkin algılarını değerlendirin</p> <p>Çerçeve önerileri</p> <p>Toplantının önemli noktalarını özetleyin</p> <p>Minnettarlığınızı ve takdirinizi ifade edin</p> <p>Aileyi yoğun bakım ortamına hazırlamak</p> <p>Takip için plan yapın ve sonraki adımları tartışın</p> <p>Ek yazılı bilgi sağlayın</p> <p>Olumlu bir notla bitirin</p>
Belgeler	<p>Toplantıyı hasta dosyasında tartışın, bilgilendirin ve belgeleyin</p> <p>Varsa, hastanın kod durumunu güncelleyin</p> <p>Belgelenmiş içerik: tarih, yer, zaman, toplantı katılımcıları, tartışma konuları, hastanın durumu ve varsayılan istekleri, tedavi planı, kısa ve orta vadeli hedefler, prognoz, sonuç.</p>
Yaşam sonu konferansı sonrasında	<p>Strese özel palyatif tedaviler</p> <p>Ailenin kararını destekleyin</p> <p>Umudu, haysiyetle rahat bir ölüme yönlendirin</p> <p>Hastanın ölümünün nasıl olacağını tartışın</p> <p>"Ölüm" ve "ölmek" terimlerini kullanın</p> <p>Güçlü duyguları keşfedin ve kabul edin</p>

Aile üyeleri için araçlar: basılı araçlar (broşür,kitpçık) ve görsel-işitsel araçlar (eğitim videoları, yüz-yüze konuşmak, web sitesi)[12].

## 2.2. Yoğun Bakımda Hasta Yakını Bilgilendirmesi

Hasta yakınlarına, yoğun bakım sorumlu hekimi tarafından, hasta ilk yattığında ve yattığı süre boyunca her gün, hastanın genel durumu ve tedavisi konusunda bilgilendirme yapılır. Bilgilendirmenin hasta yakını tarafından anlaşılır olmasına özen gösterilir. Ziyaretçi olarak yoğun bakıma alınacak kişilere yoğun bakımda uyulması gereken kurallar ve el hijyeninin önemi hakkında sözlü bilgi verilir. Hastanın tıbbi durumu hakkında hastanın vasisi/birinci derece yakını dışındaki kimselere bilgi verilmez.

Yoğun bakımda hasta yakınları sevdiklerinin kritik durumları ile yüzleşirler ve yoğun duygular yaşarlar. Yoğun bakımda kritik hastalık sürecinde, hasta yakını ile iletişimin temellerinde biri hasta yakını ile empati kurmaktır (tablo 3).

**Tablo 3:** Yoğun bakımda hasta yakını iletişiminde duygulara yanıt vermek için sekiz empatik strateji[19].

Stratejiler	Önerilen diyaloglar ve notlar
Normalleştirme/doğrulama	Böyle bir zamanda üzölmek normal Öfkeniz anlaşılır
Duyguyu adlandırın veya kabul edin	Üzgün görünüyorsunuz Üzgün olduğunı görebiliyorum
Jest veya dokunma	Mendil, içecek veya nazik bir dokunuş (kültürel olarak uygınsa) sunmak empati veya güveni geliştirebilir
İfadeyi teşvik edin	Bana nasıl hissettiğın hakkında daha fazla bilgi ver
Başka kelimelerle ifade edin ve tekrar edin	Sizi doğru anladıysam kızgınsınız, çünkü onkolog, yoğun bakım ünitesinde zatürreyi tedavi ettikten sonra kemoterapiye başlanabileceğini söyledi
Özür dile	İşler istediğımız gibi gitmediğı için özür dilerim
Uyarlanabilir başa çıkmayı övün/onaylayın	Bu büyük cesaret ister
sesizlik	Sesizlik ,dinlemeyi, kabullenmeyi ve acıyı paylaşmayı yansıtır

Kritik durumdaki hastaların ailelerinin destek ihtiyaçlarını (tablo 4) konu alan bir çok çalışma vardır. Yoğun bakım çalışanlarının veya aile tarafından tutulan



günlüğün etkinliği, hemşireler veya sosyal hizmetler uzmanı gibi sağlık profesyonelleri için yoğun bakım hastalarının ailelerini desteklemek için bir aile destek mentorluk programı, yoğun bakım ortamında palyatif bakım konusunda eğitim alan yoğun bakım doktorlarını hedefleyen kalite geliştirme çalışması yapılmıştır[20-22]. Aile destek ihtiyaçlarını karşılamak için aile tarafından günlük tutmak, yoğun bakımda palyatif bakım kalite iyileştirme, hasta yakınına güven vermek, yakınlık, bilgi ihtiyacı karşılama, konfor (karar verme sürecinde aile üyelerini rahatlatmak) gibi konulara dikkat etmek gerekir[23].

Gönüllü destek programı, Appleyard ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ele alınmıştır. Araştırmaya katılan yoğun bakım ünitesindeki hastaların ailelerinin destek, güvence, yakınlık ve bilgi ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli bir gelişme göstermedi[24]. Bir sağlık uzmanının destek programında gönüllülerden daha başarılıdır.

**Tablo 4:** Aile destek ihtiyaçları[23].

Aile ihtiyaçları
Her gün aynı hemşire ile konuşmak
Her gün aynı doktorla konuşmak
Hastanın durumundaki değişiklikler hakkında evde aranmak
Hastanın ölüm olasılığı hakkında konuşmak
Anlaşılabilir açıklamalara sahip olmak
Dini ziyaret yapmak
Hangi personelin ne tür bilgi vereceğini bilmek
Hastane personeli tarafından kabul edildiğini hissetmek
Günde en az bir kez bilgi almak
Hastane personelinin hasta ile ilgilendiğini hissetmek

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen bir akrabası olan ailelerin ihtiyaçlarını karşılamak için aşağıdaki müdahaleler klinik alanda araştırılmıştır ve klinik uygulama için çıkarımlar şöyle özetlenmiştir:

- Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların aile üyeleri için destek gruplarının oluşturulması, aileye sunulan hasta başı desteği ve hastaya erişim imkanı gibi diğer destek türlerini tamamlayabilir.
- Aile destek koordinatörleri, yoğun bakım klinisyenleri ve aileler arasındaki iletişimi geliştirir ve ailenin bakımdan memnuniyetini artırır.

- Yoğun bakım ünitesindeki hastaların aile üyeleri için yapılandırılmış iletişim programlarının başlatılması, bakımdan memnuniyeti artırır veya ailenin bilgi ihtiyacından ödün vermeden aile üyelerinden gelen telefon aramalarının sayısını azaltabilir.
- İletişim müdahaleleri, ailenin bakıma katılımını artırmaya, klinisyen ve aile etkileşimini geliştirmeye yardımcı olur ve yoğun bakım ünitesinden taburcu olduktan sonra travma sonrası stresle ilişkili semptomların gelişimini azaltabilir.
- Yoğun bakım ünitesindeki hastaların aileleri için açık veya daha esnek ziyaret saatleri, aile memnuniyetini artırmaya yardımcı olabilir.
- Gürültü azaltmayı teşvik eden rahat bir fiziksel ortam sağlamak, aile memnuniyetini artırabilir.
- Ailelere bir bilgi broşürü veya özel olarak geliştirilmiş bir program aracılığıyla sağlanan bilgiler, kaygıyı hafifletmeye ve anlayışı geliştirmeye yardımcı olabilir.
- Vizitlere aile katılımı, yoğun bakım klinisyenleri ile iletişim sıklığını artırır ve karar vermeye yardımcı olur.

Yoğun bakım ünitesi nedenli tedaviler anlaşılması, hastaların aileleri arasında genellikle tam anlaşılmamaktadır[25, 26]. Dil engelleri, tedavinin karmaşıklığı ve zaman kısıtlamaları uzun süredir devam eden zorluklardır, ancak son zamanlarda COVID-19 yoğun bakıma erişimin kısıtlanmasına yol açarak ailelerin ziyaret etmesini engelledi. Etkili iletişim, aynı anda bir veya iki yerine üç veya dört hastaya bakması gereken personel üzerindeki artan taleplerle daha da karmaşık hale geldi[27].

COVID-19 salgını sırasında Londra'daki iki yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyonu açıklayan çok dilli animasyonlar tarafından uygulamada tanıtıldı. Tedavi, faydaları, riskleri ve alternatifleri hakkında bildiriler içeren bu animasyonlar hasta yakınlarının bilgilendirilmesinde faydalı olmuştur[27].

Yoğun bakım ünitesi hastalarının aile üyelerinde, genellikle zayıf iletişim, yoğun bakımdaki aile toplantıları için hazırlıksız hissetme ve karar verme sonrasında kötü psikolojik sonuçlar bildirmektedir. Bu durum için geliştirilen yöntemlerden biri çizgi roman tarzında hazırlanan ve hasta yakınlarının kendilerini rahat ifade edebilecekleri ve aile görüşmelerine hazırlanabilecekleri kitapçıkların hazırlanmasıdır. Çalışma kitapçıkları, yoğun bakım ünitesi doktorları, hemşireler, sosyal hizmet görevlileri, iletişim bilimcileri, din görevlisi, psikolog ve kritik hastaların aile üyeleri dahil olmak üzere çok sayıda katılımcıdan alınan girdilerle geliştirilmiştir[28]. Yoğun bakımda hasta yakını ile ortak karar vermek için yapılacaklar tablo 5te yer almaktadır.

**Tablo 5:** Hasta yakını ile ortak karar vermek için yapılacaklar[28].

<b>PAYLAŞILAN KARAR VERME GÖREVLERİ</b>
Hasta yakını ile hastanın durumu hakkında ortaklık kurmak
Hasta yakınına duygusal destek sağlayın
Hasta yakınının duruma ilişkin anlayışını değerlendirin
Hastanın tıbbi durumunu ve prognozunu açıklayın
Bir seçim olduğunu vurgulayın
Hasta yakını karar verme ilkelerini açıkla
Hastanın/hasta yakınının rol tercihini değerlendirin
Tedavi seçeneklerini açıklayın
Hastanın değerlerini, hedeflerini ve tercihlerini ortaya çıkarın
Karar vermek

İletişim kalitesini iyileştirmek ve değerlendirmek için yeni yollar bulmak, yoğun bakım ünitesi hastalarının aile üyeleri için stresi azaltmanın ve hastalar için sağlık sonuçlarını iyileştirmenin anahtarıdır. Duygusal destek olmadan karar verme sürecine dahil olan ailelerin posttravmatik stres bozukluğu yaşama ihtimalinin daha yüksek olmasına rağmen, aileleri karar vermeyle ilişkili streslere hazırlayan çok az çalışma vardır[28].

**Tablo 6:** Hekimlerin ölüm ile başa çıkması

SIKINTI KAYNAKLARI	SAĞLIK PERSONELİNİN YOĞUN BAKIMDA ÖLÜM DENEYİMİ	
	Baş çıkma yöntemleri	İleriye giden yol
Ölümden rahatsızlık	Kişisel bakım	Ölümün anlamını bulmak
Zayıf iletişim	İş arkadaşlarına destek	Daha derin ilişkiler kurmak
Destek eksikliği	Net iletişim,şefkatli bakım	Yoğun bakımda amaç ve gurur

### 2.3. İletişim Değerlendirilmesi

Çalışmalar, hasta/karar verici memnuniyetinin iyi iletişim ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Azoulay ve diğerleri tarafından yapılan bir çalışmada, karar mercii olarak görev yapan aile üyelerinin yarısından fazlası yoğun bakım hekimleri ile yetersiz iletişim yaşıyor[29, 30]. Başka bir çalışmada, çoğu yoğun bakım klinisyen-aile konferansında önemli iletişim unsurları yoktu; Konuşmaların %25'i hastanın değerleri ve tercihleri hakkında bilgi alışverişi içermiyordu[31]. 2007'de Kritik Bakım Tıbbı Derneği (SCCM), güvenlik duygularını, hasta memnuniyetini ve emniyeti teşvik eden yoğun bakım turlarına ve karar verme sürecine aile katılımına odaklanan bir kılavuz yayınladı[32].

Yoğun bakım hekimleri, hasta yakınları ile sıklıkla yüzeysel, tek yönlü bir iletişim sergilerler. Bu becerileri yaygın olarak sergilemelerine rağmen, hekimler bu becerilerde zamanın %70'inden daha azında yetkindir. Çift yönlü iletişim ve ortak karar verme becerilerini daha az kullanırlar. Hasta merkezli bakımı teşvik ederken hasta, hasta yakını ve yoğun bakım personelinin memnuniyetini iyileştirmek için hekimleri eğitmek ve uygulamak için hedeflenen bir simülasyon müfredatına ihtiyaç vardır. Yoğun bakım doktorları, dil sorunu için gerektiğinde sertifikalı tercümanlar ile çalışmalı ve tutarlı bir şekilde iki yönlü iletişim sağlamak için daha fazla programlanmış görüşme yapmalıdır[33].

## 2.4. Kötü Haber Verme

Kötü haber vermek tıpta hekimlerin en zor sorumluluklarının başında gelir. Ptacek ve Eberhardt kötü haberi ‘‘Ümit etme duygusunun olmadığı ya da bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline tehdit oluşturan yaşam biçimini altüst etme riski olan ya da bireyin yaşamdaki seçimlerini azaltma anlamı taşıyan mesaj’’olarak nitelendirmiştir[34].

Kötü haberi hastaya veya hasta yakınına verecek olan kişi, hastayı yakından takip eden, hasta ile ilgili tüm medikal bilgilere sahip olan kıdemli hekim tarafından verilmesi daha uygundur. Hasta ile ilgili bilgilerin, hasta ile ilgilenen diğer sağlık çalışanlarının da bilmesi gerekir. Bunun sebebi hasta ve yakınları tarafından doğabilecek olan soruların kötü haberi veren kişi tarafından tam ve ayrıntılı şekilde açıklanabilmesidir. Ancak yoğun hastane şartlarında veya nöbet koşullarında araştırma görevlileri veya hemşireler de kötü haber vermek durumunda kalabilmektedirler[35].

Hekimlerin kötü haber verirken zorluk yaşamalarının bir sıra sebepleri vardır. Bu sebeplerin başında tıp eğitimi aldıkları dönemde etkin iletişim yöntemlerine dair verilen eğitimin yeterli olmaması geliyor. Diğer sebepler ise hastaların veya yakınlarının vereceği tepkiye nasıl karşılık vereceğini bilmemek, hastanın veya yakınlarının soracakları sorulara cevaplayamamak, hastaların umutlarını kırmak korkusu gibi sıralanabilir. Bu gibi durumlar hekimlerin kötü haber vermekten çekinmelerine sebep olur[36].

Hastanın kendi hastalığı hakkında kötü haberi almak hastanın hakkı olduğu bilinmelidir. Bilgilendirme hakkı, Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya’da düzenlenen toplantıda Uluslararası Hasta Hakları Bildirgesinin 7. maddesinde tanımlanmaktadır. Bu maddenin içeriği aşağıdaki şekildedir.

- a. Hasta kendisiyle ilgili tıbbi gerçekler dahil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Bununla birlikte hastanın kayıtlarında bulunan ve

üçüncü bir kişiyi ilgilendiren bilgiler bu kişinin onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir.

- b. İstisnai olarak, eğer hastaya verilecek bilginin onun yaşamı veya sağlığı üzerinde ciddi zararları olacağına inanılıyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir.
- c. Bilgilendirme yerel kültüre uygun olarak ve hastanın anlayabileceği şekilde yapılmalıdır.
- d. Hastalar bir başka kişinin yaşamının korunması için gerekli olmadığı sürece ve kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptir.
- e. Hastalar kendileri yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.

Türk Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve İlaç Araştırmaları Yönetmeliği de, hastanın bilgilendirme hakkını yasaya bağlamıştır. Ayrıca 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nin üçüncü bölüm, 15. Maddesinde, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı net olarak tanımlanmıştır. Bu maddenin içeriği aşağıdaki şekildedir.

Hastaya;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç) Muhtemel komplikasyonları,
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,

hususlarında bilgi verilir.

Hastalara veya hasta yakınlarına kötü haber verirken dikkat edilmesi gereken durumlar vardır. Literatürde bu durumlara ilgili öneriler vardır. Kötü haber verilen ortamın sakin olması, dürüst ve yakın bilgi verilmesi, hastaların verilen bilgiler

karşısında duygularını ifade etmesine fırsat verilmesi, tedavi ile ilgili bilgi verilmelidir. Ayrıca, verilen bilgiler kayıt altına alınmalı ve yeni görüşme için plan yapılmalıdır[37].

Kötü haber verme hekimler için zor bir görevdir ve bu görevde iletişim becerilerini ve tekniklerini kullanmak gerekir. Kötü haber verme ile ilgili protokoller geliştirilmiştir. Ancak hekim kötü haber verme sırasında bu protokellere birebir uymak zorunda değildir. Bu protokoller farklı kültürlere uyarlanabilir ve kötü haber verme sırasında hekime kolaylık sağlayabilir. Kullanılan protokollerden biri ABCDE protokolüdür [38]

A-(Advanced preparation). Önceden Hazırlık: Görüşme sırasında cep telefonu, radyo, televizyon gibi görüşmeyi kesecek cihazlar kapatılmalıdır. Hastaya veya hasta yakınına görüşme sırasında doğru bilgileri aktarmak adına görüşmeden önce hasta bilgileri yeniden kontrol edilmelidir. Görüşme için uygun yer ve zaman seçilmelidir

B-(Build A Therapeutic Environment And Relationship) Tedaviyle İlgili Ortam Ve İlişki Geliştirme: Bilgi verecek kişi görüşmeye başlamadan önce kendini tanıtmalıdır. Hastanın kendi durumu hakkındaki bilgilerin ne kadarını bilmek istediği tespit edilmeye çalışılmalıdır. Görüşmeye psikolog çağırılmalıdır. Hasta veya hasta yakını ile uygun iletişim kurmaya çalışılmalıdır.

C- (Communicate Well) İyi İletişim: Hastalık ile bilgileri hastanın anlayabileceği cümleler seçerek (terminolojiyi çok kullanmamak) hasta ile paylaşma evresidir. Ayrıca bu evrede hastanın duygularını ifade etmesine izin vermek ve soru sorması için zaman tanımak lazım.

D- (Deal with reactions) İlgi göstermek: Empati kurulmalı, beden diline dikkat edilmeli ve hastanın duygusal durumlarına uygun bir şekilde karşılık verilmelidir.

E- (Encourage and validate) Cesaretlendirme ve doğrulama: Verilen kötü haberin hasta tarafından nasıl algılandığı belirlenmeli ve uygulanabilecek tedavi çeşitleri konuşulmalıdır. Yeni görüşme zamanı belirlenmelidir.

Kötü haber verme modellerinden biri de SPIKES protokolüdür[35].

S (Setting Up The Interview—Görüşmeyi Ayarlama)

P (Assesing The patient's Perception –Hastanın durumunu ne kadarını bildiğini öğrenmek)

I (Obtaining The Patient's Invitation--Hastanın Ne Kadar Bilmek İsteddiğini Öğrenmek)

K (Giving Knowledge And Information To The Patient--Bilgileri Paylaşmak)

E (Addressing The Patient's Emotions With Empathic Responses--Hastanın duygularına cevaplama)

S (Strategy And Summary--Planlama ve takip etme)

#### 1.Aşama-Görüşmeyi Ayarlama

Bu aşamada kötü haberi verecek olan hekim görüşme için kendini hem duygusal olarak hem de hastaya veya hasta yakınına anlatacağı durumun planlanmasını yapmalıdır. Ayrıca kötü haber verilecek olan ortamın hasta veya hasta yakını ve hekim için rahat olması görüşmenin kalitesini arttıracaktır. Görüşme sırasında iletişimin kesintiye uğramaması için telefon, televizyon, radyo gibi cihazlar kapatılmalıdır[39, 40].

Görüşme sırasında hastaya hasta yakınları eşlik etmek isteyebilir. Hastanın kendisine sorarak onun için kıymetli olan yakınları da görüşmeye davet edilir. Çoğu hasta kötü haber alırken yakınlarının yanında olmasından memnuniyet duyar ve kendini güvende hisseder[39].

Kötü haber verecek olan kişi görüşmeye başlamadan kendini tanıtmalı, vücut diline özen göstermelidir. Hastaya ismi ile hitap edilmesi ve nezaketli davranılması hastaları rahatlatacaktır. Görüşme sırasında hasta ile karşılıklı oturmak ve arada dikkat dağıtıcı nesnelere olmamasına özen gösterilmelidir. Kötü haber verme ne kadar gergin bir durum olsa da görüşme sırasında sakin olunmalıdır. Endişelerinizin karşı tarafa hissettirilmemesine dikkat edilmelidir[39].



Hasta veya hasta yakını ile göz teması kurmak, elini tutmak, dokunmak gibi davranışlar iletişim kurmanın yöntemlerindedir. Ancak, burada dikkat edilmesi gereken durum hastayı veya hasta yakınına rahatsız edecek boyutlardan kaçınmaktır.

## 2.Aşama-Hastanın ne kadarını bildiğini öğrenmek.

Hastanın hastalığı hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğu ve bundan sonraki hayatını ne derecede etkileyeceği hakkındaki fikirlerini öğrenme aşamasıdır. Hastaya sorular sorarak bu bilgiler öğrenilebilir.

-Var olan semptomlardan endişe duyuyor musunuz?

-Daha önce gittiğiniz doktorlar siz hastalığınız hakkında ne anlattı?

-Tetkiklerin sonuçlarına dair bilginiz var mı?

-Bu hastalık için hiç tedavi aldınız mı?

Sorulan bu sorular hekim için hastanın durumu hakkında bilgiler verir. Hastanın hastalığı ile ilgili sorabileceği sorulara ayrıntılı cevap vere bilmek için hastanın anlattıkları dikkatli dinlenilmelidir. Hastanın eğitim seviyesi, konuşma tarzı, duygusal durumuna göre görüşme içerisinde ne tür cümleler seçeceğinize karar verebilirsiniz.[39]

Eğer hasta hekim veya sağlık çalışanı ise herşeyi biliyormuş gibi davranmasından dolayı bilgilendirme kalitesi yeterli olmayabilir. Bu durumlarda bilgilendirmeye sağlık çalışanı olmayanlar gibi başlamak daha doğru adım olacaktır[39].

## 3.Aşama-Hastanın ne kadar bilmek istediğini öğrenmek.

Çoğu hasta hastalığı hakkında tüm bilgileri bilmek istediği halde, bazı hastalar bunu duymaktan kaçınır. Hekim, hastanın bilgilenme isteğini bildiği durumlarda kötü haberi verme daha kolay olur[41]. Bu aşama SPIKES protokolünde en önemli aşamadır. Çünkü, bu adımda hastanın hastalığı hakkındaki bilgilerin bilmek istediği veya bilgilerden kaçındığını öğrenme aşamasıdır. Görüşmenin bu aşamasının

yapmadığımız takdirde bilgilendirmenin sonraki bölümleri kalitesiz olacaktır. Hastaya hastalığı hakkında bilgi veren hekim karmaşık, fazla bilgi vermekten kaçınmalı, aynı zamanda verdiği bilgiler az olmalıdır[39].

Bazı hastalar hastalığı hakkında bilgelerin hepsini dinlemeyi kabul etmezler. Bu durumda hastaya neyi bilmek istediği sorulmalıdır. Çünkü, yapılan çalışmalar hastalara durumu hakkındaki bilgileri vermektense bu bilgilerin konuşulmasının daha doğru olduğunu göstermiştir[42]. Bu sebeplerden dolayı hastalara ne istediklerini sormak mantıklı bir adımdır.

Bu aşamada hastaya yönlendireceğimiz bazı soru kalıpları hastaların neyi bilmek istedikleri hakkında bize yardımcı olacaktır.

-Hastalığınız ile ilgili konulan tanı hakkında size detaylı bilgi vermemi ister misiniz?

-Hastalığınızın ilerleyen dönemlerde başka hangi belirtilerin ortaya çıkacağını bilmek ister misiniz?

-hastalığınız ile ilgili her şeyi bilmek istermisiniz, yoksa sadece hangi tedavileri uygulanacağını mı bilmek istersiniz?

Bazı hastalar bu sorulara, hastalığı hakkında tüm ayrıntıları bilmek istemediğini belirtebilir. Bu durumda hastaya tedavi planlaması açısından yine görüşme veya iletişim kurulacağını belirtmek lazımdır.

#### 4.AŞAMA-Bilgileri paylaşmak.

Hasta hastalığı konusunda tüm ayrıntıları bilmek istedikten sonra bu adıma geçebiliriz. Hastalara durumu hakkında neyi bilmek istediğini sormak zordur, ancak bilgilendirmenin sonraki bölümlerini kolay hale getiren bir durumdur. Hasta durumu ile ilgili konuları bilmekten kaçınırsa tedavi planlanması ve hangi aşamalarda onunla tekrardan görüşüleceği tartışılmalıdır[39].

Bilgilendirme başlamadan önce hasta ile konuşulacak konuların planlaması yapılmalıdır. Hastaya tanıyı söylemek, bu hastalıkla ilgili uygulanan tedavileri

anlatmak, ilerleyen dönemde prognozun nasıl olacağını ve hangi destek programlarının uygulanacağını belirtmek faydalı olacaktır.

Bilgilendirme sırasında hasta ona anlatılan tedavi çeşitlerini kabul edebilir veya reddedebilir. Hekimin verdiği bilgilere farklı tepkiler gösterebilir ve duygularını kendi tercih ettiği gibi ifade edebilir. Bu durumların hastanın hakkı olduğu unutulmamalı ve bunların yaşanmasına zaman tanınmalıdır[39].

Hastanın kendi durumu ile ilgili neyi ne kadar bildiği ve bunları anlatırken kullandığı kelimelerin hekim tarafından bilgi vermek için kullanılması başarılı bir adımdır. Hastalığı hakkında bildiği bilgilerin doğruluğu hastaya söylenmelidir. Bu durumda hasta kendinin dinlendiğini ve önemsendiğini anlar, güven hissi duyar[39].

Görüşme sırasında hekimin kurduğu cümleler hastanın anlayabileceği şekilde olmalıdır. Tıbbi terimlerden uzak durmak gerekir. Hastalar terminolojiyi anlamadığı için verilen bilgi faydalı olamaz ve hasta kendini dışlanmış hisseder. Hekim bilgi verirken bu görüşmenin hastanın yararına olması gerektiğini unutmamalıdır[39].

Bu aşamada hasta hastalığı hakkında eğitilmelidir. Eğitim verilirken dikkat edilmesi gereken en önemli hususlardan biri bilgileri kısa parçalar halinde söylemektir. Çünkü tıbbi bilgileri algılamak sağlık çalışanı olmayan biri için kolay değildir. Hekim söylediği tüm bilgilerin hasta tarafından hatırlanmasını beklememelidir. Bazı konuları birkaç kez tekrar etmiş olabilirsiniz ancak terminolojinin zorluğundan dolayı hasta bunu ilk kez duyduğunu ifade edebilir. Bilgilerin kısa parçalar halinde söylenmesi hastanın kendi durumu hakkında farkındalığını artırır ve durumun ciddiyetini anlamasına yardımcı olur[39].

##### 5.Aşama-Hastanın hislerini yanıtlama.

Hekim hastaya kötü haber verdikten sonra hasta farklı tepkiler gösterebilir. Ağlamak, kızmak veya anksiyete gibi tepkilerle karşılaşılabilir ve bunların normal olduğu unutulmamalıdır. Görüşmenin başarılı olması hekimin bu tepkilere nasıl karşılık verdiğiyle bağlıdır. Hekim hastanın hislerini anlatmasına izin vermelidir. Hastaya dokunmak, elini tutmak veya sessiz kalmak hasta için rahatlatıcı olabilir.

Hekim ile hasta arasında olan iletişim iyi olursa, hastalar bu dönemleri daha rahat geçirebilirler ve tedaviye uyum sağlama oranları yüksek olur[43].

#### 6.Aşama-Planlama ve takip etme

Bu aşamada hasta aldığı kötü haberin etkisi altındadır ve duyguları net değildir. Hayatının geleceği açısından endişeleri vardır. Hekim hasta ile empati kurmalı ve hastanın bu durumuna hassas yaklaşmalıdır. Hastaya onun bu durumu ile ilgili bilgi sahibi olduğunuzu hissettirmeniz gerekir ve bunu söylemek hastaya güven sağlayacaktır. Hastalığı ile ilgili hangi durumların düzeltilebilir olduğunu ve bunun için neler yapılabileceği anlatılmalıdır. Bu sorunlarla başa çıkma bilmek için bir planınızın olduğunu bilmek hastayı sakinleştirecektir. Umudunu kaybetmemesi gerektiği aşılmalı ve kötü durumlar için de hazırlıklı olunması ifade edilmelidir[39].

Hastaya mevcut durumu ile nasıl başa çıkacağı ve var olan destek stratejileri anlatılmalıdır. Hastalara bu dönemlerinde yakın arkadaşlarının ve akrabalarının destek olması mevcut durumla mücadele etme yeteneklerini artırır. Ancak bazı hastalara sosyal destek gerekebilir ve aşamada sosyal hizmetlerden destek alınmalıdır. Gerekirse psikolog desteğinin yardımcı olabileceği vurgulanmalıdır[39].

Bilgilendirmenin son kısımlarında hastaya sorularının olup olmadığı sorulmalıdır. Ayrıca yeni bir görüşme için tarih belirlenmelidir. Görüşme sonunda hastalar duydukları kötü haberin etkisinde oldukları için o anda soru sormak istemeyebilirler. Bu durumda sonradan aklına gelebilecek soruları not etmesi ve sonraki görüşmede sorabileceği ifade edilmelidir[39].

Hastalar veya hasta yakınları kötü haberi aldıktan sonra verecekleri tepkiler çok farklı olabilir. Bu davranışlar üzüntü, kabullenmeme, gerginlik, kızgınlık, hayatı için endişe etme gibi geniş bir aralıktadır[44]. Hastaların bu gibi negatif durumlarla mücadele edebilmesi çok etken vardır. Hastanın dini inançları, yetiştiği kültür ortamı, kişisel karakteri, hastalığın yapısı, hastalığın devam süresi, var olan semptomlar, ona destek olan yakınlarının ilgisi, kötü haberin verilme şekli gibi faktörler bu süreçte önemlidir[45].

Hastalığı inkar etme-Kötü haberi alan çoğu hastada görülen tepkilerden biri kabullenmemektir. Kötü haberi aldıktan sonra görülen bu durum bir çeşit koruma görevi görür ve hastanın kendisini duygusal olarak toparlamasına yardım eder. Bu süreç birkaç gün sürebilir. Bu duygunun sebebi hastanın var olan gerçeklerden kaçmak istemesi, bu korku ile yüzleşmek istememesidir[46].

İnkâr sürecinin ardından hastada kızgınlık, küskünlük gibi duygular ortaya çıkar. Bu hislerle başa çıkmak hem hekim için, hem de hasta yakınları için zor bir süreçtir. Hasta ona önem verildiğini, onun bu durumu ile ilgilenildiğini hissetmesi bu duygularla başa çıkmasında yardımcı olacaktır[46]. Hastalar bir süre sonra hastalığını kabullenir ve sağlık durumu ile ilgili yitireceği durumların farkına varır. Oluşan bu duygu hastalarda ve hasta yakınlarında depresyona sebep olur[46].

Uzamış yas bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu ve depresif semptomlar 2 yas yılı boyunca devam edebilir. Kayıptan 6 ay sonra daha yüksek uzamış yas semptomları, posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının zaman içinde alevlenmesine katkıda bulunurken, uzun süreli posttravmatik stres bozukluğu semptomları, ilk yas yılından sonraki uzun süreli depresyon ve uzamış yas semptomları ile ilişkilendirildi. Depresyon ve uzamış yas bozukluğu semptomlarının kayıptan sonraki 6 ay gibi erken bir tarihte tanımlanması ve hafifletilmesi, yaşlı hasta yakınlarının etkili bir şekilde yas tutmasını ve bu semptomların uzun süreli uzamış yas bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu ve depresyona dönüşmesinin önlemesini sağlar[47].

## **2.5. YBÜ’de Görülen Komplikasyonlar**

### **2.5.1. Yoğun Bakım Hastası/Kritik Hasta**

Günümüzde kronik hastalıkların sıklığının artması, ileri yaş nüfusunun çok olması ve sepsis görülme sıklığında artış ile birlikte yoğun bakım ünitesinde tedavi görmesi gereken hasta sayısı da artmaktadır[48]. Kritik hastaların tanısı ne kadar erken tanınırsa ve tedavi düzenlenmesi ne kadar erken yapılırsa, sağ kalım oranlarının da aynı şekilde yüksek olduğu görülmüştür[49]. Unutulmamalıdır ki, bu hastaların acil servis kalış süresinin uzaması ve yoğun bakım ünitesine kabulünün gecikmesi

hasta sağ kalımını olumsuz etkilemektedir[50]. Bu bağlamda önemli konulardan biri yoğun bakıma transfer olan hastalarda yatış öncesi ve yatış süresinde pekçok komplikasyon gelişebilmektedir.

Kelime anlamı itibariyle komplikasyon : "Bir hastalığın devamı sırasında oluşan başka patolojik olaylar veya hastalıklar" olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi bir terim olarak komplikasyon ise: "Bir hastalığa ve duruma bağlı olarak veya bu hastalık ya da durumdan bağımsız bir şekilde ortaya çıkan ikincil (ek) bir hastalık ya da durum" anlamına gelmektedir .

Komplikasyon kavramı öğretilde: "Hastanın ya da doktorun elinde olmadan gelişen, istenmeyen gelişmeler" , "Her türlü tedbir alınmasına rağmen ortaya çıkmasından kaçınılamayan zarar", "Bilinen metodlarla önceden tahmin edilemeyen ve/veya kontrol edilemeyen durumlar" , "Tıp bilimi ve mesleğinin verilerine uygun davranılmasına ve ortaya çıkmaması için gereken önlemler alınmasına karşın, tıbben benzer girişimlerde meydana gelme olasılığı kabul edilen riskler" olarak tanımlanmaktadır [51]. Komplikasyon en çok malpraktis kavramı ile karışabilmektedir.

Malpraktis; "Profesyonel bir meslek kapsamındaki bir hizmetin yerine getirilmesinde, bir hekim tarafından mesleğin kabul ettiği standart bilgi, beceri veya eğitim eksikliğinden kaynaklanan hata veya ihmal sonucunda ölüm, yaralanma veya zarar ortaya çıkması" olarak tanımlanmaktadır. Malpraktisin temeli, tıbbi hatadır. Hekim, şansızlıktan veya başarısızlıktan değil; haksızlıktan (tıbbi kusurdan/tıbbi uygulama hatasından) sorumludur[51]. Hata bilgilendirilmesinde komplikasyon ve malpraktis arasındaki farklar anlatılmalıdır.

Yoğun bakım ünitelerinde görülen komplikasyonlar mortalite artışında önemli rol oynamaktadır[52] ve pekçok komplikasyon ile karşılaşmaktadır. Bu komplikasyonlar ve önlem yöntemleri aşağıda özetlenmiştir.

### ***Sepsis***

Sistemik inflamatuvar bulguların yanısına enfeksiyon ajanının gösterilmesi olarak tanımlanır. Sepsisin en yaygın görülen bulgusu septik ensefolopati'dir. Bu tablo sepsiste sık görülür ve erken tedavi ile geriye dönebilir. Klinik tabloda, mental

durumda düzensizlik (letarji, deliryum gibi), tremor, myoklonus ve nöbet olabilir. Bazen sepsiste nörolojik defisit olabilir. Bu hastalarda ensefalopati gelişmesi mortalite oranını artırır[53].

### ***Karaciğer yetmezliği***

Karaciğer yetmezliği, şok, enfeksiyon, zehir alımı veya kronik hastalıklar (alkolizm veya kalp yetmezliği gibi) gibi birçok nedenden dolayı gelişebilir. Yoğun bakımda, diğer önemli durumları tedavi etmek için kullanılan ilaçların yan etkisi olarak karaciğer hasarı görülebilir.

Hepatik ensefalopati, hafif konfüzyondan komaya kadar geniş bir yelpazeye sahip olan nöropsikiyatrik bir sendromdur. Tremor, asteriks ve konvülsiyon akut ve kronik karaciğer hastalıklarında eşlik edebilir. Patogenez tam olarak açık değildir ve karmaşıktır. Bir çok faktör hepatik ensefalopati gelişiminden sorumlu tutulmuştur. Bunlar arasında, intestinal bakteriler, amonyak toksisitesi, yalancı nörotransmitterler ve GABAerjik (gama amino bütirik asit) tonüste artış sayılabilir[54].

### ***Böbrek yetmezliği.***

Böbrek yetmezliğinin birçok nedeni vardır. Yoğun bakımda buna genellikle şok, enfeksiyonlar veya ilaçlar neden olur. Bazen böbrek yetmezliği geçicidir, diğer durumlarda ise ömür boyu süren bir hastalık haline gelir. Atık ürünleri uzaklaştırmak için kanın bir makineden filtre edilmesi gerekebilir; buna diyaliz denir.

Üremik ensefalopati'de (ÜE) hafifden ağıra kadar değişen çeşitli nörolojik tablolar görülebilir. Üremik ensefalopatide eksitasyonların aşırı olmasına bağlı olarak myoklonus veya jeneralize epileptik nöbetler olabilir.

**Sıvı ve Elektrolit Bozuklukları:** Hastaneye yatırılan hastalarda hiponatremi insidansı %1 civarlarındadır. Hiponatreminin nörolojik semptomları arasında baş ağrısı, letarji, konfüzyon, nöbet, koma ve serebral herniasyon yer almaktadır[55].

**Asit-Baz Bozuklukları:** Akut gelişen alkaloz (kan pH>7.6) serebral vazokonstriksiyon yaparak, serebral kan akımını düşer ve sonuçta solunum

depresyonu yapar ve hemoglobine oksijen bağlanmasını artırarak dokulara oksijen sunumunu azaltır [56].

### ***Derin ven trombozu***

Derin ven trombozu (DVT), hareketsizleştirilmiş herhangi bir hastayı etkileyebilen yaygın bir komplikasyondur. DVT'nin en ciddi komplikasyonu, kan pıhtısının akciğere ilerlediği ve yaşamı tehdit edebilen pulmoner embolidir. DVT için ana risk faktörü, yoğun bakım hastalarında sık görülen hareketsiz olmaktır. Bazı hastaların kanser, enfeksiyonlar, travma veya genetik nedenler gibi başka nedenlerle kan pıhtılaşması olasılığı daha yüksektir. DVT'yi önlemek için, YBÜ'deki hastalar, eğer güvenliyse, düşük doz kan sulandırıcılarla tedavi edilir. Kan sulandırıcı kullanamayan hastalarda kan sulandırıcılar güvenli hale gelinceye kadar bacakları sıkılmak için özel çoraplar veya kompresyon cihazları kullanılır. Bir DVT meydana gelirse, genellikle daha yüksek dozda kan sulandırıcılarla tedavi edilir.

### ***Mide ülseri***

Stres ülserleri olarak da bilinen mide ülserleri, midenin asiditesine bağlı olarak midenin koruyucu epitelin bozulduğunda ortaya çıkar. Bu bozulma, genellikle küçük ama ciddi ve hatta yaşamı tehdit edici olabilen kanamaya neden olabilir. Çoğu yoğun bakım ünitesi hastası, midedeki asit miktarını düşürerek mide ülseri riskini azaltan ilaçlarla tedavi edilir. Mide ülseri nedeniyle kanama olursa midedeki asit miktarını azaltan ilaçlar verilir. Bu, birçok durumda kanamanın durmasına ve ülserin iyileşmesine yardımcı olacaktır. Bazen hastalar endoskopi kullanılarak doğrudan tedaviye ihtiyaç duyarlar ve nadir durumlarda kanamayı durdurmak için ameliyat gerekebilir.

### ***Yatak yarası.***

Bası yaralarının gelişmesi için birincil risk faktörü, yoğun bakım hastalarında sık görülen uzun süreli hareketsizliktir. Yetersiz beslenen, kronik kas zayıflığı olan veya uzun süre hastanede yatan hastalar özellikle risk altındadır. Mümkün olduğunda bası yaralarını önlemeye odaklanılır, çünkü bir kez oluştuğundan sonra tedavi edilmeleri çok zordur. Basınç noktalarını değiştirmek için hastaların pozisyonunu çok sık



değiştirmeye çalışılır. Fizyoterapistler gücü ve hareketliliği en üst düzeye çıkarmak için çalışır ve yoğun bakım hekimleri hasta beslenmesini optimize etmek için çabalar.

### *Nörolojik komplikasyonlar.*

Kritik hastalığın kendisi sıklıkla merkezi ve periferik nörolojik komplikasyonlara yol açar. Bu komplikasyonlar aynı zamanda YBÜ prosedürleri ve tedavisi, tıbbi veya cerrahi durumlar veya basitçe altta yatan bir birincil nörolojik hastalıktan da kaynaklanabilir. Kritik hastalar genellikle entübe edildiğinden, sedasyon yapıldığından ve/veya nöromusküler bloke edici ajanlar aldığından, bu tür komplikasyonlar fark edilmeyebilir. Ensefalopati, YBÜ'deki en yaygın nörolojik komplikasyon olmaya devam etmektedir ve genellikle çok faktörlüdür. Sepsis, nörolojik komplikasyon insidansının en yüksek olduğu durumdur. "Kritik hastalık polimiyonöropatisi" olarak adlandırılan şiddetli zayıflık, kritik hastalık ve tedavisinin sık görülen başka bir komplikasyonudur. Nörolojik komplikasyonlar artmış sakatlık, daha uzun hastanede kalış ve artmış mortalite ile ilişkilidir[57] (Tablo 7)

**Tablo 7:** Nörolojik komplikasyonlar ve oranları

Nörolojik durum	İnsidans/yorumlar
Ensefalopati (sepsis, ilaçlar, üremi, hepatik, hiperkarbik, hipoksik metabolik – Na, Ca, glikoz vb.)	%70'e kadar metabolik, %23,5 hipoksik/iskemik
Kritik hastalık polinöropatisi (CIP) ve miyopati	%79 (sepsis/MSOF) Risk faktörleri-sepsi, gentamisin, steroidler, solunum hastalığı, asidoz, organ nakli(akciğer>karaciğer>böbrek), nöromusküler bloke ediciler ilaçlar,beta agonistler(salbutamol, inotropolar)
İnme (iskemik ve hemorajik)	%22
Uyku bozuklukları ve yoğun bakım psikozu, anksiyete, depresyon, TSSB (aile ve hasta)	%12–38
Nöbetler	Genel olarak %8–28. %0,8–4 yeni başlangıç.
Prosedürlerin nörolojik komplikasyonları	Santral kord sendromu,ingual/hipoglossal sinir hasarı(entubasyon için aşırı uzama) Ventilasyon ve değişen pc02/ph nedeni ile ICP'deki değişiklik CNS enfeksiyonu-lomber ponksiyon,EVD Prosedürlerle ilişkili radükulopati/nöropraksi
Ağrı	Akut ve kronik ağrı sendromları, özerklik ve bağımsızlık eksikliği ile kötüleşir

Yoğun bakım ünitelerinde yapılan invaziv işlemlere bağlı komplikasyonlar gelişebilmektedir.

**Santral Venöz Kateterizasyon:** Santral venöz kateterizasyon; yoğun bakım üniteleri, ameliyathane ve acil durumlarda (kardiyopulmoner resüsitasyon, acil kalp pili yerleştirilmesi vb) çok amaçlı olarak uygulanan girişimlerdir ve bu girişimler sırasında bir sıra komplikasyonlar gelişebilir [55]. Bu komplikasyonlar ve önleme yöntemleri tablo 8de gösterilmiştir.

**Tablo 8:** Santral venöz kateterizasyon komplikasyonları ve önlemler.

Kateter ucunun yerleşimi	SVK uygulamasından sonra kateter ucunun yerleşim yerinin belirlenmesi ve komplikasyonların saptanması için mutlaka akciğer grafisi çektilererek değerlendirilmelidir.
Vasküler lezyonlar(erozyonlar)	Radyolojik olarak da doğrulanmalıdır. Kanın kateterden rahat aspire edilmesi, her zaman vasküler perforasyonun saf dışı edilmesi için yeterli değildir.
Kateter ve Hava embolileri	Antekübital ve femoral kateterlerin girişimi sırasında daha sık görülür. Hava embolisi daha fazla klinik önem taşır, genellikle tanı zor konur ve ölümle sonuçlanabilir. Trendelenburg pozisyonu gibi venöz basıncı arttıran yöntemler oluşumu engelleyen faydalı durumlardır. Kalp oskültasyonunda değirmen taşı sesi karakteristiktir. Tedavi; hastanın sol yan yatar pozisyona alınarak havanın aspirasyonudur.
Kateter ilişkili tromboz (mural trombüs %10-30 ve tıkaçıcı trombüs ise %0-10 oranında bildirilmektedir)	İdeal kateter pıhtı oluşturmayan ve perkütan girişim için oda sıcaklığında sertken, vücut ısısında yumuşak ve bükülgen olmalıdır. Hidromer ile kaplı poliüretan materyal en uygundur.
Koagülopati	Koagülopati; protrombin zamanı (PT) >15 sn, trombosit sayısı < 50.000/mm <sup>3</sup> ve kanama zamanının >10 dk olduğu durumlar olarak tanımlanır.
Kateter ilişkili enfeksiyonlar	İşlemin steril ortamda yapılmasına dikkat edilmelidir.
<b>İŞLEM BÖLGESİNE GÖRE KOMPLİKASYONLAR</b>	<b>ORANLAR</b>
Antekübital Yaklaşım	Steril flebit, tromboz, lenfödem, prekardiyal tamponad gibi komplikasyonlar ola bilir.
Eksternal juguler ven yaklaşımı	Vene girememe %10, lokal hematom %1-5
Femoral ven yaklaşımı	Femoral arter ponksiyonu %10, enfeksiyon %5, alt ekstremitenin derin ven trombozu
İnternal juguler ven yaklaşımı	İnternal karotis arter ponksiyonu %80, pnömotoraks %0.2, tromboz, enfeksiyon. USG kullanımı komplikasyon oranını düşürmede etkili yöntemdir.
Subklavyen ven yaklaşımı	Pnömotoraks %1-5, hemotoraks. Arter ponksiyonu %1, santral venöz tromboz %0-3

**Arteriyel Kateterler:** Arteriyel kateterler serebral hava embolisi oluşturma açısından dikkatli olunmalıdır. İki ml'den daha fazla hava radial artere girerse retrograd yol ile hava önce vertebral sisteme ve daha sonrada beyine ulaşabilir. Şişman hastalar, hasta pozisyonu, enjeksiyon alanı, infüzyon hızı ve zamanı gibi faktörler bu komplikasyon için risk faktörleridir[58]. Arteriyel kanulasyon komplikasyonları ve görülme oranları tblo 9da özetlenmiştir.

**Tablo 9:** Arteriyel kanulasyon komplikasyon ve oranları.

Radiyel arter kanulasyonu	Hematom (%15)
Radiyel arter kanulasyonu	Oklüzyon (%2-35)
Radiyel arter kanulasyonu	Periferik nöropati
Radiyel arter kanulasyonu	Tromboz (%25)
Radiyel arter kanulasyonu	Enfeksiyon (0.75 enfeksiyon/1000 kateter günü)
Femoral arter kanulasyonu	Enfeksiyon ( 3 enfeksiyon/1000 kateter günü)

***Nazogastrik sonda uygulaması sırasında gelişebilecek komplikasyonlar.***

Nazogastrik sonda uygularken tekniğine uygun yapılmadığı veya hastadan kaynaklanan nedenlerden dolayı istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir (tablo 10). İstenmeyen durumları en aza indirmek için hasta, malzeme ve uygulayan kişi ile ilgili güvenlik önlemleri alınmalıdır. NG genel komplikasyon oranı %0,3-8 arasında değişirken, trakeopulmoner komplikasyon oranı %2'dir. Sondanın yerinin doğrulanmasında en hızlı ve basit yöntem sonda içinden hava geçirilmesidir. Nazogastrik sondadan hava verilmesi esnasında epigastrik bölgenin oskültasyonu ile midede hava sesi duyulur, ancak epigastrik oskültasyon her zaman güvenilir değildir. Epigastrik oskültasyon yanlış pozitif oranı %20'lerdedir[59, 60].

**Tablo 10:** Nazogastrik sonda komplikasyonları ve önlemleri.

<b>Komplikasyonlar</b>	<b>Önlemler</b>
Burun mukozasında ülserasyona bağlı kanamalar meydana gelebilir.	Sondayı takarken anestezi içerikli solusyonla kayganlaştırın, mukozayı travmatize etmemeye çalışın
Bilinci açık kişilerde şiddetli ağrı oluşabilir.	Anestezi jel, pomat, sprey
Farenkste ülserasyon meydana gelebilir.	
İrritasyona ve hava yolu açıklığına geçişten dolayı öksürük oluşabilir	Birkaç saniye hastayı dinlendirim.
Sondanın hava yoluna geçişinden kaynaklanan siyanoz gelişebilir.	Sondayı çekin
Glossofarengeal sinir uyarılması ile oluşan kusma meydana gelebilir	İşlemi hasta rahatlayana kadar erteleyin
Sondanın ucu mide yerine gastroözofageal kavşakta ise reflü oluşur, bunun sonucunda özofajit gelişebilir.	Sonda ölçümü yapın (ksifoid çıkıntı sternumun alt ucu- kulak- burun mesafesi ölçülüp 15 cm ekle) radyolojik olarak doğrulayın
Sondanın orta hatta yerleşmesi durumunda trikoid kırıkta nekroz gelişebilir	Doğrulamayı dikkatli yapın
Eğer işlem esnasında kusma ile birlikte akciğer aspirasyonu gelişirse aspirasyon pnömonisi oluşabilir.	Radyolojik görüntüleme yapın
Kafatası kırıklarında intrakranial (kafa içi) yerleşim	Deneyimli kişiler tarafından takılması önerilir
Sondanın yerinin yanlış doğrulanmasına bağlı olarak bronşiolere yerleşim	Deneyimli kişiler tarafından doğrulanması.
Özofageal yırtıklar ve perforasyonlar	
Sondanın bronşlara geçmesiyle pnömotoraks	Sondanın yerini doğrulayın
Yine bronşlarda ve alveollerde perforasyon	Sondanın yerini doğrulayın
Sonda yerinin yanlış doğrulanmasından dolayı akciğerlere yabancı madde verilmesi	Radyolojik görüntüleme ile doğrulayın
Uzun süreli ve travmatizeli sonda uygulama sonucu mide ve duodenum rüptürü	Sondayı takarken dikkatli davranın

**Epidural Kateter:** Epidural anestezi, bazen postoperatif ağrı tedavisinde ve yoğun bakım izlemi sırasında kullanılır. İşlem sırasında dural zedelenme şansı %1.2 olarak saptanmıştır [61]. Epidural hematoma gelişmesi paraplejiye yol açabilmektedir [62]. Epidural anestezi komplikasyonları ve önlemleri tablo 11de özetlenmiştir.

**Tablo 11:** Epidural anestezi komplikasyonları ve önlemler.

<b>Komplikasyonlar</b>	<b>Önlemler</b>
Bradikardi ve kardiyak arrest	0.98 : 10000 ( işlem öncesi sıvı yüklenmesi, hasta monitorizasyonu) [63].
Nörolojik	1:5071 ile 1:161.550 arasında(nörolojik defisite yol açan nedenler arasında vazokonstriktör kullanımı veya uzamış hipotansiyona bağlı spinal kord iskemisi, epidural iğneyle veya kateterle spinal korda veya sinir köklerine travmatik hasar, hematoma bağlı spinal kord basısı, enfeksiyon ve lokal anestezi seçimi)[63].
Geçici nörolojik hasar	%0-37 (tek veya iki taraflı, ön veya arka uyluk bölgesinde, bazen bacaklara doğru yayılabilen ve beraberinde bel ağrısının olabildiği ağrı ) [63]
Spinal hematoma	1:168.000- 1:190.000 (antikoagulasyon alan hastalarda dikkatli olunmalı, tedavisinde semptomlar ortaya çıktıktan sonra, 12 saat içinde MR ile tanı konmalı ve erken dekompresyon sağlanmalıdır)
Kauda ekuina sendromu	2.7:100.000 (epidural anestezi uygularken test dozu verilmesi ve anestezi dozunun fraksiyone olarak verilmesi önerilmektedir )
Enfeksiyon	1.1:100.000-2.6:100.000 (el yıkama, steril eldiven, maske ve bone kullanma, işlemden önce steril ameliyat önlüğü kullanma, işlemin uygulanacağı bölgenin asepsisi için mümkünse alkol-bazlı antiseptiklerle temizlenmesi ve epidural kateter için de bakteri filtrelerinin kullanılması önerilmektedir)[63]

### ***Tüp Torakostomi komplikasyonları.***

Tüp torakostomi (TT) yoğun bakım ünitelerinde en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biridir. Bu işlem hastaya ameliyathanede uygulandığı gibi yatak başında da uygulanabilir. İşlem genelde göğüs cerrahları tarafından uygulanmasına rağmen girişimsel radyologlar, yoğun bakım ve acil servis uzmanları tarafından da uygulanmaktadır. TT için birçok endikasyon vardır. Yoğun bakım ünitesinde işlem daha çok spontan pnömotoraks, travmatik pnömotoraks ve hemotoraks nedeni ile yapılmaktadır. İşlem basit bir prosedür olarak görülmele birlikte %2-25 komplikasyon oranları bildirilmiştir[64, 65]. Tüp torakostomi komplikasyonları ve önlemleri tablo 12de özetlenmiştir.

**Tablo 12:** Tüp torakostomi komplikasyonları ve önlemleri.

<b>Komplikasyonlar</b>	<b>Önlemler</b>
Tüpün yanlış pozisyonu (en sık komplikasyon)	İntraparankimal %9, intrafissüral%21,subkütan %1, intraabdominal (BT ile doğrulayın)
Tüpün tıkanması veya bükülmesi	Tüpü sağma ve sıvazlama işlemi ile giderilebilir.
Tüpün çıkması	Sütür güçlü ve emilmeyen olmalıdır.
Reekspansiyon akciğer ödemi (%20 mortalite)	Sualtı drenajının tercih edilmesi ve 1litreden az sıvı boşaltılması önleyici tedbirlerdendir.
Subkütan amfizem	İnfraklavüküler hava delikleri açılabilir.
Horner sendromu	Tüp yerini radyolojik olarak değerlendirin.
Frenik sinir yaralanması	Tüp yerini radyolojik olarak değerlendirin.
Kardiyak ve vasküler yaralanmalar	Torasik deformite, travma gibi predispozan faktörler vardır ve acil resüsitasyon gerektirir.
Rezidüel pnömotoraks	Tüp çıkarılırken valsalva manevrası yaptırılarak önlenbilir
Özefagus perforasyonu	Tedavisi cerrahidir
Bronkokütanöz fistül	Endoskopik onarım, plöredez gibi tedavi seçenekleri vardır.
Enfeksiyon	İşlem 'temiz kontamine' olarak sınıflandırılır. %7 oranında enfeksiyon oranı vardır

**Entübasyon komplikasyonları:** America Anestezi Cemiyeti (ASA)'ya göre entübasyon komplikasyonları iki sınıfa ayrılmıştır. (Tablo 13)

**Tablo 13:** Entübasyon komplikasyonları

Ciddi komplikasyonlar	Kardiyak arrest ve ölüm Ciddi kardiyovasküler kollaps. Hipoksemi.
Hafif ve orta derece komplikasyonlar	Zor entübasyon. Aspirasyon (%0.4-5) Özefagial entübasyon (%2-9) Diş hasarı. Ventriküler veya supraventriküler aritmiler. Tehlikeli ajitasyon.

Özefagial entübasyon ve daha önemlisi fark edilememesi önde gelen komplikasyonlardandır. Görülme insidansı %2-%9 arasında değişmektedir[66].

Aspirasyon elektif entübasyonlarda nadir görülen bir durumdur. Ancak acil entübasyonlarda görülme oranı 0.4%-%5 arasında değişmektedir[66].

Entübasyon sırasında hava yolu yaralanması sık görülen durumlardan biridir. Larenks %33, farenks %19 ve özefagus %18 oranla en çok yaralanan bölgelerdir[67].

Entübasyon sırasında, entübasyon tüpünün kaldığı süre boyunca ve ekstübasyon sürecinde komplikasyonlar gözlenmektedir. (Tablo 14)

**Tablo 14:** Entübasyon ve ekstübasyon komplikasyonları

Entübasyon sırasında (% 13 ila 30 aralığında)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipotansiyon veya hipertansiyon</li> <li>2. Üst solunum yolu travması – farinks, gırtlak, trakea, yanlış geçiş vb.nin delinmesi veya yırtılması.</li> <li>3. Sağ ana bronşun entübasyonu</li> <li>4. Aspirasyon ile regurjitasyon</li> <li>5. Aritmi</li> <li>6. Kanama</li> <li>7. Yemek borusu entübasyonu</li> <li>8. Entübasyon veya ventilasyon yapamama – hipoksi ve ölümlü sonuçlanır</li> <li>9. Miyokardiyal iskemi</li> <li>10. Kafa içi basınç artışı</li> <li>11. Omurilik yaralanması</li> <li>12. Bronkospazm</li> <li>13. Bakteriemi</li> <li>14. Farkındalık</li> <li>15. Endotrakeal tüp arızası (kısmi yerinden çıkma, uygun olmayan tüp uzunluğu, kaf yırtılması, tıkanma, kaf sızıntısı)</li> <li>16.Uzun süreli entübasyon girişimi</li> </ol>
Gecikmiş komplikasyonlar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sinüzit</li> <li>2. Zatürree</li> <li>3. Tüp tıkanması veya bükülmesi</li> </ol>
Geç komplikasyonlar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trakeomalazi</li> <li>2. Subglottik stenoz</li> <li>3. Trakeoözofageal fistül</li> <li>4. Ses teli felci</li> <li>5. Trakeit</li> <li>6. Granülom oluşumu</li> <li>7. Sinüzit</li> <li>8. Gastrik veya oral sekresyonların geç aspirasyonu</li> </ol>
Ekstübasyonla ilişkili komplikasyonlar (entübasyon komplikasyonlarından daha yaygın gelişebilir)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipoksi</li> <li>2. Laringospazm</li> <li>3. Bronkospazm</li> <li>4. Hipoventilasyon (hiperkapni)</li> <li>5. Aspirasyon</li> <li>6. Kusma</li> <li>7. Öksürük</li> <li>8. Hava yolu tıkanıklığı</li> <li>9. Boğaz ağrısı, ses kısıklığı, kötü öksürük</li> <li>10. Akciğer ödemi</li> </ol>
İlişkili komplikasyonlar	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pozitif basınçlı ventilasyon komplikasyonları – örneğin hiper-/hipokapni, barotravma, pnömotoraks, ARDS</li> <li>2. Kaf kaçağı – hemen veya geç, yeniden entübasyon gerektirebilir, olası aspirasyon</li> <li>3. Yanlışlıkla ekstübasyon</li> <li>4. Kendi komplikasyonlarıyla birlikte ajitasyon ve devam eden sedasyon/kas gevşetici</li> </ol>

### ***Trakeostomi işlemi komplikasyonları.***

Trakeostomi yoğun bakımlarda iki şekilde açılmaktadır. Bunlar cerrahi ve perkütan tiptir[68]. Trakeostominin komplikasyon oranı %3-16 iken işlem ilişkili mortalite % 0,03-0,6 arasındadır[68-70]. Bu komplikasyonlar (Tablo 15) uygun anatomik bölgenin seçimi (fiberoptik ve ultrason eşliğinde), hastanın optimum sedasyonu ile önlenmeye çalışılır.

**Tablo 15:** Trakeostomi komplikasyonları ve oranları.

<b>Trakeostominin erken komplikasyonları ( ilk 24saat)</b>	<b>Trakeostominin geç komplikasyonları %65 (24 saat sonra)</b>
Hemoraji, dilatasyonda güçlük	Granüloma gelişmesi %3
Hava yolu güvenliğinin sağlanamaması, hipotansiyon, desaturasyon,bronkospazm	Kanülün tıkanması, yerinden çıkması
Kardiyak aritmiler	Aspirasyon
Kanülün ekstra trakeal yerleşmesi	Atektazi, pnömoni %15 (ventilatör ilişkili)
Perkütan tekniğin cerrahi tekniğe dönüşmesi	Skar
Trakeal kırıklarda hasar	Stoma yerinde enfeksiyon
Özefageal hasar	Ciddi disfaji
Pnömotoraks, pnömomediastinum, subkütanöz amfizem	Trakeo-özefagial fistl % 1
Mediastinit, sepsis	Stridor, ses kısıklığı %2, fonasyon bozulması %27
Kardiyopulmoner arrest	Trakeo-innominat arter fistülü % 1
Dekanulasyon	Trakeal stenoz %3-12, trakeomalazi %3
Perkütan girişime spesifik olarak:	
Yol gösterici telin bükülmesi	
Trakeal halkaların fraktürü	
Stomannın lateral yerleşimi	
Posterior trakeal duvarın hasarlanması	

### ***Yüksek akımlı nazal oksijenasyon.***

Yüksek akımlı oksijen cihazları bir flowmeter, hava-oksijen karıştırıcı, gaz analizörü ve nemlendirici ısıtıcı ünitelerden oluşur. En yaygın kullanımı nazal yolla yüksek akım (HFNC) uygulanmasıdır. Yüksek akım hastaya uyumlu yumuşak bir nazal kanül ile uygulanır. Geleneksel oksijen uygulama sistemlerine göre noninvaziv



olması ve kullanımının kolay olması tercih nedeni olmuştur. Yüksek akımlı nazal oksijen tedavisinin komplikasyonları tablo 16da özetlenmiştir.

**Tablo 16:** Yüksek akımlı nazal oksijen tedavisinin komplikasyonları.

Kanül tıkanıklığı
Epistaksis
Gastrik distansiyon
Yenidoğanda pnömotoraks
Cilt lezyonları

***Non-invaziv mekanik ventilasyon (NİMV).***

Noninvazif mekanik ventilasyon (NIMV) hastaya entübe etmeden, genellikle yüz ya da nazal maske ile uygulanan bir destek tedavisidir. Uygun hastalarda NIMV uygulaması ile hastaya verilecek destekte herhangi bir değişiklik olmaksızın, invaziv mekanik ventilasyon sırasında görülebilen bazı komplikasyonların (özellikle entübasyon ile ilgili komplikasyonlar ve infeksiyöz komplikasyonlar) oluşmasını engelleyerek mortalite ve morbiditeyi azaltmak mümkündür[71]. Non-invaziv mekanik ventilasyon uygulanmasının da kendine ait komplikasyonları vardır. (Tablo 17)

**Tablo 17:** Non-invaziv mekanik ventilasyon komplikasyonları ve önlemler.

Komplikasyonlar	%	Önlemler
Maske ile ilgili		Bağın gerginliğini azaltmak, maske ile burun sırtı arasına yapay deri yerleştirmek, maskeyi değiştirmek, B asıncı azaltmak Nazal maske kullanmak , sedasyon
Rahatsızlık hissi	30-50	
Yüzde eritem	20-34	
Burun sırtında ülser	5-10	
Klostrofobi	5-10	
Akne benzeri döküntü	5-10	
Hava akımı ve basıncı ile ilgili		Steroidli nazal sprey Analjezik, basınçların azaltılması Serum fizyolojik damla, nemlendirici Hava kaçağının engellenmesi Simetikon nazogastrik sonda
Nazal konjesyon	20-50	
Sinüs, kulak ağrısı	10-30	
Nazal, oral kuruluk	10-20	
Göz irritasyonu	10-20	
Aeorofaji	5-10	
Hava kaçağı	80-100	Maske yüz uyumunun sağlanması, maskenin değiştirilmesi, volüm yerine basıncı kontrollü mod
Major komplikasyonlar		Yarı oturur pozisyon, antibiyotik Sıvı ve inotrop Takip ya da tüp takılması
Aspirasyon pnömonisi	< 5	
Hipotansiyon	< 5	
Pnömotoraks	< 5	

**İnvaziv Mekanik ventilasyon komplikasyonları:** Mekanik ventilasyon tedavisi alan hastalarda farklı sistemler üzerinde komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Kalp fonksiyonları üzerindeki etkiler temelde iki mekanizma ile oluşur. Birincisi toraks iç basıncın yükselmesine bağlı olarak sağ ventrikül önyükünün azalması, ikincisi ise akciğer volümlerindeki artmaya bağlı olarak sağ ventrikül sonyükünün artmasıdır. Bu etkiler özellikle pozitif ekspiryum sonu basıncı (PEEP) uygulanan hastalarda daha belirgin oluşur. Pozitif basınçlı ventilasyonda hem ortalama, hem de zirve hava yolu basıncı daha yüksektir. Dolayısıyla sağ atriya kanın venöz geri dönüşü için basıncı gradientinin de yüksek olması gerekir. PEEP

uygulandığında intratorasik basınç daha da yükseldiği için hafif hipovolemisi olan hastalarda bile kardiyak fonksiyonlar önemli oranda bozulabilir.

Mekanik ventilasyonun solunum sistemi üzerine olan komplikasyonları:

Travmatik komplikasyonlar, uzamış entübasyon girişimi, endobronşiyal entübasyon, özefagus entübasyonu, tüp migrasyonu, sekresyonla oklüzyon, trakea stenozu, trakeomalazi, trakeostomi komplikasyonları, pulmoner interstisyel amfizem, pnömotoraks, pnömomediastinum, pnömoperikardium, ventilatörle ilişkili akciğer hasarı, venöz hava embolisi, dinamik hiperinflasyon (otoPEEP), oksijen toksisitesi veya hipoksemi, ventilatörle ilişkili pnömoni, pulmoner emboli, hasta-ventilatör uyumsuzluğudur[72].

Mekanik ventilasyonun gastrointestinal sistem üzerine olan etkileri: Gastroözefageal reflü, eroziv gastrit, stres ülseri (%48-100), mide rezidü artışı (%39), önemli GİS kanaması (%3-4), İleus(% 4-10 ) diyare (%15-51 ), bağırsak sesleri azalması(% 50 ), kabızlık (%15)[72].

Kafa içi basıncı üzerine olan etki. Pozitif basınçlı ventilasyon ile juguler venöz basınç artar, beyinden kalbe venöz dönüş azalır ve kafa içi basınç artar[73].

Son yıllarda çoklu organ yetmezliğinin gelişiminde mekanik ventilasyonun katkısının olabileceği ileri sürülmüştür[74]. Bilindiği gibi pozitif basınçlı ventilasyon intratorasik basıncı arttırması nedeniyle kardiyak debiyi azaltmakta, tüm organ ve sistemlerde perfüzyon ve oksijenasyonda bozulmaya neden olmaktadır. Ayrıca mekanik ventilasyonun inflamatuvar hücreler ve mediatörlerin düzeylerini de anlamlı olarak arttırmaktadır[75]. Alveolokapiller membranın hasarlanmasıyla alveoler boşluktaki inflamatuvar hücre ve mediatörler sistemik dolaşıma geçmeye başlar. Çoklu organ yetmezliğinin patofizyolojisinde dolaşımdaki inflamatuvar mediatörler kritik bir rol oynadığından akciğerden dolaşıma katılan mediatörlerin sistemik inflamatuvar yanıtta önemli etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Respiratuar alkaloz, mekanik ventilasyon sırasında en sık karşılaşılan komplikasyondur. Şiddetli alkaloz geliştiğinde kardiyak aritmiler ve konvülsiyon

gelişebilir. Mekanik ventilasyon uygulanan hastaların %11'inde istemeden solunum alkalozu geliştiği ve bunun da mortaliteyi arttırdığı belirtilmiştir.

Mekanik ventilasyonda izlenen hastalarda ve özellikle de PEEP uygulananlarda sıvı birikmesi ve ödem yaygındır. Serum antidiüretik hormon seviyesinde artma, aldosteron etkisinde artma ve atriyal natriüretik hormon azalması sonucu renal kan akımı azalarak fonksiyonları bozulur[75].

Mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda karaciğer bozukluğu da yaygındır. Pozitif basınçlı ventilasyonun karaciğer yetmezliği yaptığı yönünde görüş bildirmişlerdir. PEEP uygulanması ile portal kan akımında azalma olur, ancak bunun klinik önemi tam olarak bilinmez. Çoğu zaman da mekanik ventilasyon uygulanan hastaların klinik durumlarının ağır olması ve çok çeşitli ek hastalıkları nedeniyle renal ve hepatik etkiler tam olarak aydınlatılamaz[75].

Hasta ventilatör uyumsuzluğu: Ajite ve solunum sıkıntısı olan mekanik ventilatör hastaları hemen sedatize edilmemeli, dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Öncelikle hasta ventilatörden ayrılıpambu ile yavaşça solutulmalıdır. Bu şekilde hastanın solunum sıkıntısı rahatlıyorsa problem cihazda veya ventilatör setlerindedir. Eğer bu işlem problemi çözmediyse sekresyonlar aspire edilmeli ve hasta dikkatli bir şekilde muayene edilmelidir. Vital bulgularda bir değişiklik varsa bu incelenmeli, arter kan gazı ve akciğer grafisi ile kontrol edilmeli, hastanın şuuru açıksa derdi sorulmalıdır.

### ***Hemodiyaliz ve komplikasyonları.***

Kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin tedavisinde sıklıkla hemodiyaliz uygulanarak, hastaların daha rahat ve uzun yaşayabilmeleri sağlanmaya çalışılmaktadır. Türk Nefroloji Derneği'nin verilerine göre, ülkemizde 2013 yılı sonu itibariyle toplam 66.711 hastaya renal replasman tedavisi uygulanmaktadır. En sık (%79) uygulanan renal replasman tedavi tipi hemodiyaliz tedavisidir

**Tablo 18:** Hemodiyaliz akut komplikasyonlar ve önlemleri.

<b>Komplikasyonlar</b>	<b>Önlemler</b>
Hipotansiyon (en sık)	UF kontrollü diyaliz makinesi kullanımı, interdiyalitik kilo alımını önleyen diyet ve tuz kısıtlaması, kuru ağırlığın iyi tesbiti ve kuru ağırlığın altında UF yapmamak, diyaliz solüsyonu Na <sup>+</sup> 'unu düşük tutmamak, Na <sup>+</sup> profili uygulamak, antihipertansif ilaçları diyaliz sonrası vermek, bikarbonatlı diyaliz solüsyonu kullanmak, diyaliz solüsyonu ısısını azaltmak (34-36 R C), hematokriti diyaliz öncesi %33'ün üzerinde tutmak[76, 77].
Kramplar (% 5-20)	Diyaliz süresinin uzatılması, diyaliz boyunca giderek azalan Na <sup>+</sup> konsantrasyonu kullanılması (Tedaviye 146 - 150 mEq/L ' lik Na <sup>+</sup> düzeyi ile başlanıp, azaltılarak tedavinin sonunda 135 - 140 mEq/L ' ye indirilir). EVitamini; 12 hafta boyunca Akşam 200 İU verilen E vitamini tedavisinin HD sırasında oluşan krampları % 68.3 oranında azalttığı gösterilmiştir[78].
Bulantı kusma (%5-15)	Diyaliz kan akım hızı kontrolü, hipotansiyonun düzeltilmesi ve antiemetik (oral/parenteral) verilmesinin faydalı olabileceği gösterilmiştir[77, 79].
Kaşıntı (%5)	Antihistaminik, cildin nemlendirilmesi, yüksek akımlı (high flux) diyalizer membranı kullanmak, ultraviyole ışın tedavisi (özellikle UVB) ve oral aktif karbon tedavide kullanılabilir [80].
Baş ağrısı (%5)	Asetaminofen veya parasetamol, başlangıçta UF hızının düşük tutulması ve azalan Na <sup>+</sup> lu HD uygulaması, yararlı olabilir.
Sırt ağrısı (%2-5)	Takip
Göğüs ağrısı (%2)	Diyaliz membranının kan ile teması sonucu oluşan kompleman aktivasyonu sorumlu olabilir[81].
Titreme ve ateş	İnfeksiyona bağlı ise antibiyotik verilmelidir. Endotoksinlere bağlı ise antipiretik yeterlidir. Diyaliz makinesinin temizliği ve dezenfeksiyonu ile su sisteminin temizliği gözden geçirilmelidir[82].

### ***Ektrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO) komplikasyonları.***

Ektrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO), respiratuar, kardiyak veya kombine yetmezliği olan hastalarda, günler hatta haftalar süren destek sağlanması

amacıyla giderek artan oranlarda uygulamaya girmektedir. İzole respiratuar yetmezliği olan hastalarda veno-venöz ECMO, hastada yeterli akciğer kapasitesi sağlanana kadar uygulanabilmektedir. Veno-arteriyel (VA) ECMO ise, kardiyak veya kardiyopulmoner kompensasyon için tercih edilmektedir[83].

**Tablo 19:** Ektrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO) komplikasyonları.

Hemoraji	16.4 %
Kan ürünü replasmanı	24.3 %
Hiperperfüzyon sendromu	12.7 %
Kompartman sendromu	1 %
Akut ekstremite iskemisi	3.1 %
İkincil vasküler girişim	11.1 %
Venöz tromboz	1.6 %
Sürekli renal replasman tedavisi	19 %
Pnömoni	10 %
Heptik disfonksiyon	19.5 %
Dalak iskemisi	2.6 %
Böbrek yetmezliği	10 %
Bilirubin pik	5.5 %
Gastrointestinal kanama	6.3 %
Kanulasyon bölge enfeksiyonu	2.6 %
Sepsis	13.2 %
İntrakraniyel kanama	4.2 %
İnme	1.6 %
Dissemine intravasküler koagülasyon	15.8%
Oksijenatör değişim ihtiyacı	7.9 %

### **Kardiyak arrest**

Yoğun bakım ünitelerinde kardiyopulmoner resüsitasyon uygulananlarda sağkalım %5-10'dur[84].Kardiyopulmoner resusitasyon sonrası hastaların %70 de kot fraktürü, %9 hastada sternum kırığı radyolojik olarak görülmüş, ayrıca pnömotoraks ve hemotoraks da karşılaşılan komplikasyonlardandır[85].

### **2.6. YBÜ'de Ölüm ve Komplikasyon Oranları**

Yoğun bakım üniteleri birden fazla ciddi hastalığı olan ve çok sayıda çeşitli müdahalelere maruz kalan hasta popülasyonuna sahiptir. Bu yüzden yoğun bakım üniteleri hastanenin diğer bölümlerine göre en yüksek mortaliteye sahip kısımlarıdır[86]. Yoğun bakım ünitesinde mortalite oranları genellikle hastanın daha önceden var olan hastalıklarına bağlı olarak değişmektedir ve hastanenin diğer

servislerine oranla daha yüksektir. Bu oranın yüksek olmasının başlıca sebepleri enfeksiyonlar, altta yatan hastalıklar, ileri yaş ve yapılan farklı girişimsel işlemlerdir[87]. Birleşik Devletler’de bildirilen ortalama YBÜ mortalite oranı %8 ile %19 arasında ve yıllık ölüm yaklaşık 500,000 kişi olarak rapor edilmiştir[86]. Ülkemizden bildirilen çalışmalarda yoğun bakım mortalite oranı %20,5-40,2 arasında bildirilmiştir[87].

Bizim yoğun bakım ünitemizde yapılan çalışmalarda yoğun bakım mortalite oranı %16-%40 arasında değişmektedir [88].

Yoğun bakım ünitelerinde mortalite oranları kabul edilen hasta gruplarına göre değişmektedir. Yoğun bakım ünitelerine yatışı yapılan hastaların, yoğun bakıma kabulünden önce mevcut genel sağlık durumu, inflammatuvar, immün durumu ve fizyolojik parametreleri (özellikle kardiyorespiratuar) mortaliteyi belirlemede önemli parametrelerdir. Özellikle kardiyoasküler bir hastalığı olan ve ileri yaşlı olan hastaların mortalite riski daha yüksektir[88] [89].

Yoğun bakım ünitesinde tedavi alan ileri yaş hastalar komplike hasta grubunu oluşturmaktadır. Genellikle yaşlı hastalar, altta yatan kronik sağlık durumlarının veya multiorgan yetmezliklerinin akut olayları nedeniyle hastaneye yatırılır. Bu sebeplerden dolayı daha yaşlı hastalarda mortalite riski yüksektir[90].

Yoğun bakım ünitelerinde yatış süresi uzadıkça mortalite riski de artmaktadır. Bunun sebebi, invaziv girişim sayısı, antibiyotik kullanımı, malnütrisyon, sepsis ve pnömoni gibi mortaliteye etkisi olan durumlardır[91].

İleri yaş tek başına yoğun bakımda mortalite artışı için parametre değildir. Altda yatan primer hastalık, hastalığın süresi ve ciddiyeti, yoğun bakımdaki komplikasyonlar prognozun oluşmasında başlıca sebeplerdendir. Bu sebeplerden dolayı hastaların mortalite riski değerlendirilirken, tek başına hastanın kabulündeki klinik durumu değil, geçmiş öyküsü de geniş bir şekilde sorgulanmalıdır[92].

## 2.7. Yoğun Bakım Ünitelerinde Ölüm Süreci

Yaşam, canlılığı belirleyen hareket, büyüme, üreme, uyarılabilirlik ve organizasyon öğelerinin var olması demektir. Ölüm ise canlılığı belirleyen bu öğelerin var olmaması, yaşamın sona ermesi demektir[93]. Günümüzde bilimsel gelişmeler ve tıp alanına teknolojik gelişmelerin entegre olması ölüm sürecini geciktirmektedir ve buna bağlı olarak terminal dönem, yaşam sonu bakım ve ölüm sürecinde olan hasta kavramları önem kazanmaktadır[94]. Türkiye’ de terminal dönem hastalarının hastalıklarının nedenlerinin %38.8’inin malignite, %37.2’ sinin kardiyovasküler sistem hastalıkları, %12’ sinin geriatrik problemler, %8.1’ inin böbrek yetmezlikleri ve %3.9’ unun diğer sebepler olduğu bildirilmektedir[95].

‘Terminal dönem’ yaşamsal fonksiyonların belirli bir süre içinde sonlanmasının beklendiği süre olarak tanımlanmaktadır[96]. Hastalığının son evresinde bulunan ya da herhangi bir nedenle ölmek üzere olan, yaşamsal fonksiyonlarını geriye dönüşsüz olarak kaybetmiş olan ve belirli bir süre içinde ölümü beklenen hastaya ‘ölüm sürecinde olan hasta’ ya da ‘terminal dönem hastası’ denilmektedir[96].

Ölüm sürecinde olan hastalar bu süreçte var olan sorunları ile başa çıkabilmek ve gereksinimlerini karşılayabilmek için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu dönemde hastaların gereksinimlerini karşılamayı ve onlara daha iyi bir yaşam sürmeyi amaçlayan faaliyetlere ‘yaşam sonu bakım’ denmektedir[97].

Yaşam sonu bakımının amacı ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı amaçlar . Yaşam sonu bakımın temel ilkeleri; bireye bütüncül bakım anlayışı içinde bakım vermek, hastaya tanı ve tedavi seçenekleri konusunda bilgi vermek, yeterince açık iletişim kurmak, hastanın seçimlerine saygı göstermek, problemlerin kontrol altına alınmasını sağlamak ve hastanın yaşam kalitesine önem vermektir [98]. Yaşam sonuna yaklaşan hastalar için ölümü geciktirmektense yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak bakımda öncelikli konu olmalıdır. Bu doğrultuda yaşam sonu bakımda hedeflenen yaşam kalitesini artırmak, ağrı ve diğer sorunları azaltmak ya da ortadan kaldırmak, bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmesini sağlamak, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlamak ve aile üyelerini desteklemektir[98].



Ölüm sürecindeki hastaların yaşadıkları fiziksel problemler genellikle ağrı, solunum sıkıntısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, güçsüzlük, yorgunluk, halsizlik, fiziksel aktivitede azalma, konstipasyon, bası yaraları, ağızda kuruluk ve yaralar, idrar ve gaita inkontinansı, kilo kaybıdır [99]. Ölüm sürecinde olan hastanın bakımı süresince bu problemler sürekli olarak değerlendirilmeli ve uygun tedavi ve bakımla kontrol altında tutulmaya çalışılmalıdır. Mümkünse öncelikle bu problemlerin nedenleri belirlenip ortadan kaldırılmalıdır, mümkün değilse doğrudan problemin verdiği rahatsızlığı azaltıcı farmakolojik tedaviler ve diğer girişimler uygulanmalıdır [97]. Ölüm sürecinde olan hastanın fiziksel gereksinimleri ağrının giderilmesine; nörolojik, solunum, gastrointestinal, üriner, kardiyovasküler fonksiyonların, sıvı – elektrolit dengesinin, bireysel bakımın sürdürülmesine; bası yaralarının önlenmesine ve gelişen bası yaralarının bakımına ilişkin uygulamaları içermektedir.

Yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip bireyler, yaşamları üzerindeki kontrolün, beden imajının, hareket yeteneği ve gücün, bağımsızlığın, fiziksel fonksiyonların kaybının kederini yaşarlar. Hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılamayı hedefleyen yaşam sonu bakım, aynı zamanda hastaya psikososyal destek vermeyi de içine almaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının ölüm sürecinde olan hastanın keder sürecinde yaşadıklarını da bilmesi ve dikkate alması gerekir. Keder genellikle huzursuzluk, yalnızlık, ümitsizlik, suçluluk, öfke, anksiyete gibi duygusal tepkileri içerir[100].

## **2.8. Yoğun Bakımda Ani Ölüm ve Hasta Yakınının Ani Ölüm Haberine Tepkisi**

Sevdiklerinin beklenmedik bir şekilde yoğun bakımda öldüğünü aile üyelerine iletmek, belki de bir hekimin yapması gereken en stresli görevdir. Sevdiklerinin beklenmedik ölümü hakkında aile üyeleriyle iletişim kurma sürecinin proaktif ve reaktif olmak üzere 2 farklı aşamada ele alınabilir[101]. Buradaki argümanlar ve bakış açıları, bireysel ve işbirlikçi mesleki deneyimlere ve ilgili yayınlanmış literatüre ilişkin incelemeler ve eleştirel analizlere dayanmaktadır. Proaktif fazın amacı, hasta ve aileyi eğitmektir. Çeşitli müdahalelerin endikasyonlarının, tekniklerinin, risklerinin, yararlarının ve alternatiflerinin tartışılması etik ve ahlaki bir zorunluluktur. Etkili bir hasta-hekim ilişkisi kurmak, temel yetkinliklerin gösterilmesini gerektirir: tıbbi bilgi,

tıbbi bakım, iletişim becerileri, kişilerarası dinamikler, uygulamaya dayalı öğrenme ve sistem tabanlı uygulamayı içerir. Reaktif aşamasının diyalogları ve diyalektiği oldukça yüklü, mantıksız, niteliksel ve öznel olabilir. Tüm katılımcıların duygularını ifade etmelerine izin verilmelidir, ancak görüşme sonunda belirsizlik ortadan kaldırılarak, yani ayırt edilebilecek tüm niceliksel ve nesnel bilgilerin iletilmesiyle çözümlenmelidir. Tüm katılımcılar kederi deneyimleyecek ve aşamalı olarak doğrusal olmayan bir şekilde ilerleyecektir: şok, inanmama, öfke, pazarlık, depresyon ve nihayetinde çözüm (kabul, bağışlama ve barış). Bu, hastanın ailesi ve hekim için son derece stresli bir süreçtir[101].

Hastanın ölümü ile hastanın ailesi ile iletişim arasında geçen süre şüphesiz kısa olacak olsa da, ne söyleneceği üzerinde dikkatle düşünülmelidir. Bir toplantı çağrısı yapılmış olması, kötü haberlerin habercisi olacaktır. Toplantıyı duyuran hekim veya hemşire, ciddi konuların görüşüleceğini belirtmelidir,

Toplantı başladığında herkes tanıtılmalı ve aileye herkesin katılmasını isteyip istemedikleri sorulmalıdır. Ekip sözcüsü daha sonra hastanın öldüğünü içten bir üzüntüyle şefkatle ifade eder, bu da aile üyelerinden bir yas tepkisi alır. Bu bilgiyi özümsemelerine zaman tanınmalıdır. Hekim, ölümü çevreleyen koşulları dürüstçe ve gerçeklere dayalı olarak iletmeli ve aileye, yoğun bakım ekibinin hastayı hayata döndürmek için mümkün olan her şeyi yaptığını dair güvence vermelidir. Ölüm nedeninden şüpheleniliyor ancak tam olarak bilinmiyor ise, aileye kapsamlı bir soruşturma yürütüleceği ve sonuçların mümkün olan en kısa sürede kendilerine bildirileceği konusunda güvence verilmelidir. Mümkünse, sözcü analiz edilecek en olası koşullar hakkında bir fikir verebilir. Sözcü, tüm soruları olabildiğince açık ve şefkatle yanıtlamalıdır; ancak, herhangi bir gerçek belirsiz ise, bu çekinceler ifade edilmelidir.

Beklenmedik bir ölüm meydana geldiğinde, aile üyeleri, ölümün beklendiği durumda yaşayabileceklerinden daha belirgin ve şiddetli yas tepkileri yaşayabilirler. Yasın ilk aşaması şok, inkar ve/veya inanmama olarak kendini gösterebilir. Son derece duygusal tepkilerle (ağlama, öfke ve suçlamalar) karakterize edilen yasin bir sonraki aşamasına hızla geçebilirler. Ölen kişiyi görmek ve ona dokunmak isteyebilirler. Hekim ve hastane personelinin, bu noktada mümkün olduğunca

yardımcı ve uzlaşmacı olması, ailenin kederine yönelik gerçek anlayışlarını ve şefkatlerinin göstergesi olacaktır. Normalde, keder sonunda yerini kabullenme ve barış aşamasına bırakacaktır. Bu ilerleme için gereken sürenin uzunluğu büyük ölçüde değişir[101].

### **3. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ**

#### **3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalında 6 Nisan 2023-6 Mayıs 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Evreni, Örneklemi, Araştırma Grubu**

Araştırmaya Hacettepe Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim dalında çalışan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan araştırma görevlileri dahil edilmiştir.

#### **3.3. Araştırmanın Tipi**

Araştırma metodolojik tipte çalışmadır.

#### **3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Veri Toplama Araçları**

Çalışma için etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.04.2023 tarihinde alınmıştı. (Kayıt no:GO23/111). Tıp Tarihi ve Etik ve Tıp Eğitimi ve bilişimi alan uzmanlarının görüşleri alındı ve uygun düzenlemeler yapıldı. Çalışma 06.04.2023-06.05.2023 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalındaki çalışmakta olan araştırma görevlilerinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Onam alındıktan sonra katılımcılar yazı-tura atılarak iki senaryo grubundan birine (sanal aile görüşmesi) rastgele atandılar. Daha sonra katılımcıların demografik bilgileri kaydedildi. Sanal aile görüşmesi başlamadan 30 dakika önce her katılımcıya katılacakları senaryo verildi. İki senaryo da daha önce yoğun bakımda izlenmiş isimsiz vaka örnekleri idi.

### ***Senaryo 1: Komplikasyon Haberi Verme***

69 yaşında kadın hasta, bilinen hipertansiyon, hipotiroidi ve astım tanıları ile takiplerinde endometriyum kanser ön tanısıyla Kadın hastalıkları ve doğum servisine yatırılarak ameliyatı planlanmıştır. Preoperatif dönemde, endokrinoloji ve nefroloji bölümlerine konsülte edilmiştir. Hasta debulking ameliyatı sonrasında ameliyathanede ekstübe edilmiş, ekstübasyon sonrası solunum zorluğu yaşanmıştır. Hasta reentübe edilmiş ve anestezi yoğun bakım ünitesine çıkarılmıştır. Yoğun bakım ünitesinde 24 saat sonra uyanıklığı olmayan hastaya; beyin bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme çekilmiştir. Bilgisayarlı tomografi sonucunda; sol serebellar hemisfer, pons, sağ korona radiata ve sentrum semiovalede enfarkt ile uyumlu hipodens alanlar saptanmıştır. Manyetik rezonans görüntüleme sonucunda ise; bilateral kortikal, pons, beyin sapında ve serebellumda diffüzyon lezyonu mevcuttur. Toraks tomografisinde ise: yaygın pulmoner tromboemboli ile uyumlu görünüm saptanmıştır. İzleminde derin hipotansiyonu gelişen hastaya santral katater takılması endikasyonu konumuş, subklavyen ven kanülasyonu sırasında pnömotoraks gelişmiştir. Pnömotoraks nedeniyle hastanın saturasyonları düşmüş ve hipotansiyonu derinleşmiştir. Acil göğüs cerrahisi konsültasyona çağrılmış ve göğüs tüpü takılmıştır.

Lütfen şimdi santral katateri takan kişi olarak hasta yakınına komplikasyon bilgisini veriniz.

### ***Senaryo 2: Ölüm Haberi verme***

44 yaşında, bilinen primer kronik böbrek hastalığı, 3 kez renal transplantasyon yapılmış, aralıklı hemodiyaliz öyküsü, sponilodiskit ve vertebra osteomyelit öyküsü olan kadın hasta; sağ göğüs ağrısı, nefes darlığı, balgamlı öksürük şikayetleri ile acile başvuruyor. Toraks bilgisayarlı tomografi raporu enfeksiyon lehine değerlendirilmiştir. Hasta acil bölümüne yatışında saturasyon düşüklüğü, karbon dioksit retansiyonu ve takipnesi olması üzerine, non-invaziv mekanik ventilasyon uygulanmış, fayda görmediği için elektif entübe edilmiş ve pnömozeptis düşünülerek enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilmiştir. Hasta daha sonra entübe şekilde ve vazopressor destekli olarak yoğun bakım ünitesine kabul edilmiştir. Hastanın yoğun bakım kabulünde enfeksiyon odak taramaları yapılmış ve antibiotik tedavisine devam

edilmiştir, Hastanın septik durumu devam etmiş ve yoğun bakıma kabulünün 10. gününde kardiyopulmoner arrest gelişmiştir. Yapılan tüm müdahalelere rağmen hastanın hayati fonksiyonları geri dönmemiş ve eksitus kabul edilmiştir.

Lütfen şimdi hastanın yoğun bakım takibinde ve resüsitasyonunda bulunan kişi olarak hasta yakınına ölüm bilgisini veriniz.

Birinci senaryo grubundaki katılımcılardan hasta yakınına (profesyonel bir tiyatro oyuncusuna) yoğun bakımdaki bir hastanın ölüm haberini vermesi istendi. İkinci senaryo grubundaki katılımcılardan ise hasta yakınına (profesyonel bir tiyatro oyuncusuna) yoğun bakımda gerçekleşmiş bir komplikasyon haberini vermesi istendi. Profesyonel oyuncu yoğun bakım gerçek aile görüşmelerine izleyici olarak katıldı ve sanal aile görüşmelerine hazırlandı. Sanal aile görüşmelerinde aynı kişiyi canlandırmak üzere (hastanın kardeşi) tiplleme oluşturuldu. Oyuncu her görüşmede standart jest ve mimikler kullanarak önceden yapılandırılmış olan aynı karakteri canlandırdı. Aile görüşmeleri aile bilgilendirme odasında 10 dakikalık oturumlarda farklı oyuncular ile gerçekleştirildi. Oyuncular Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD tarafından görevlendirilen 6 kadın oyuncudan oluşmaktadır. Oyunculardan üç kişi komplikasyon bilgisi almak için, üç kişi ise ölüm haberi almak için senaryolar üzerinden bilgilendirildi. Görüşmeler Tıp Eğitimi ve Bilişim Anabilim Dalındaki bilgilendirme odalarında gerçekleştirildi.



**Şekil 1:** Tıp eğitimi ve Bilişim anabilim dalı görüşme odası

Odalarda bilgi veren hekim ve sanal aile üyesi karşılıklı şekilde oturdu. Oda duvarına sabitlenen kamera sistemi tarafından görüşmeler kayıt altına alındı. Görüşmeler hem görüşmeye katılan oyuncu tarafından hem de kamera kayıtları üzerinden 4 farklı profesyonel değerlendirici (bir yoğun bakım uzmanı, bir anesteziyolog, bir sosyal psikolog ve bir psikiyatrist) tarafından puanlandırıldı.

Her katılımcının görüşmeye başlamadan demografik bilgileri alındı ve görüşmeye katılma sırasına göre katılımcı numaraları belirlendi. Katılımcılar komplikasyon ve ölüm bilgisi vermelerine göre 2 gruba ayrıldı. Katılımcıların yaş, cinsiyet, doktorluk süresi, asistanlık süresi, yoğun bakımda çalışma süreleri demografik formlara yazıldı. Ayrıca daha önce komplikasyon veya ölüm bilgilendirmesi yapıp yapmadıkları, bilgilendirme yaptılarsa kaç kere yaptıkları soruldu ve demografik forma kaydedildi.

Puanlamada bağımsız iki yazar tarafından Türkçeye çevrilen Schmitz ve ark (2008) tarafından geliştirilen “Aile Konferansı Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav” ölçeği soruları kullanıldı [1]. Bu ölçekte (ölçeğin ingilizce hali EK 1 olarak

eklenmiştir) Türkiye’de yasal olmadığı için tedavinin kısıtlanması, çekilmesine yönelik sorular çıkartılmıştır. Her katılımcı görüşme bitiminde kendi görüşmelerini değerlendirdi.

İngilizceden Türkçeye çeviri aşamasında aşağıdakiler yapılmıştır:

1. Türkçe ve İngilizceye hâkim olan uzmanlar (Anestezi uzmanı olup kötü haber vermek konusunda deneyimi olan iki uzman (Seda Banu Akıncı, Murat Tümer) tarafından orijinal dilden Türkçeye çevirildi.
2. Uzmanların birbirlerinden bağımsız olarak Türkçeye çevirdikleri maddelerin araştırmacılar tarafından gözden geçirildi ve çeviri farklılıkları üzerinde karar verildi. Karar verememe durumunda ise başka uzman görüşlerine başvuruldu ve ölçme aracının Türkçe formuna son hali oluşturuldu. Türkçe çevirisi tamamlanmış ölçme aracında yer alan maddelerin kapsamı yeterince temsil edip etmediği ve ölçme aracında yer alan maddelerin Türk kültürüne uygunluğu ile ilgili 5 alan uzmanı görüşünün alınması yoluyla kapsam geçerliğine ilişkin kanıt sağlanmıştır.
3. Kapsama ilişkin alan uzmanı görüşü alındıktan sonra uzmanların bu yönde görüşleri olması sebebiyle gerekçelendirilerek değişiklikler yapılmıştır. Bu ölçekte Türkiye’de yasal olmadığı için tedavinin kısıtlanması, çekilmesine yönelik sorular çıkartılmıştır.

Türkçe çeviri sonrasında uzman görüşü alınıp uygun olmayan maddeler çıkarıldıktan sonra ölçme aracı deneme uygulamasında kullanılmaya uygun hale gelmiştir. Ölçme aracını kullanmadan önce ölçme aracında yer alan her bir maddenin ne anlama geldiği, puanlamanın nasıl yapılacağı ile ilgili puanlayıcı eğitimini verilmiştir. Mevcut senaryolar üzerinden bu ölçme aracını kullanarak dört bağımsız değerlendirici katılımcıları değerlendirdi. Bir yoğun bakım uzmanı, bir anesteziyoloji uzmanı, bir anesteziyoloji uzmanı klinik psikolog, bir psikiyatri uzmanı. Bu değerlendiriciler arası güvenilirlik analizi (Inter-rater reliability) yapılmıştır. Bu değerlendiriciler dışında katılımcıların kendileri ve oyuncu da değerlendirme yapmıştır. Oyuncu ve katılımcıların değerlendirmeleri ayrıca sunuldu.



Hasta yakınına kötü haber verme -ölüm bilgilendirmesi-profesyonel değerlendirme formu (EK 2) görüşmeye içerik oluşturma, ortak anlayışa ulaşma, empati, ölüm sürecinin yönetimi hakkında bilgilendirme, ölüm sürecinin yönetimi, ölüm sürecinde yapılanlar, aile memnuniyeti, araştırma görevlisinin hasta yakınının bilgi ihtiyacının ne kadar karşıladığı, araştırma görevlisinin hasta yakınının destek ihtiyacını ne kadar karşıladığı, tüm görüşmenin değerlendirmesi ve araştırma görevlisinin güçlü ve geliştirilmesi gereken yanlarının yazılmasını istenen iki açık uçlu sorunun da dahil olduğu şekilde oluşturuldu.

Hasta yakınına kötü haber verme-komplikasyon bilgilendirmesi-profesyonel değerlendirme formu (EK 3) araştırma görevlisinin komplikasyona ait tıbbi gerçeklerin değerlendirmesi, dürüstlük ve doğruluk, empati, gelecekteki komplikasyonların önlenmesi, genel iletişim becereleri, araştırma görevlisinin tartışmayı sonlandırma becerisi, araştırma görevlisinin hasta bakımı konusunda güvenebilirliği, genel değerlendirme ve araştırma görevlisinin güçlü ve geliştirilmesi gereken yanlarının yazılmasını istenen iki açık uçlu sorunun da dahil olduğu şekilde oluşturuldu.

Hasta yakınına ölüm bilgilendirmesi-öz değerlendirme formu (EK 4) görüşmeye içerik oluşturma, hasta yakını ile ilişki kurabilme, görüşmenin amacının açıklanması, hastanın durumu hakkında hasta yakını ile ortak anlayışa varma, empati, hasta yakınlarına duygularını ifade etmek için izin verme, ölüm sürecinin yönetimi, ölüm süreci ve bu süreçte uygulananlar hakkında verilen eğitim, aile memnuniyeti, hasta yakınının bilgi ve destek ihtiyacının ne kadar karşılanması, genel değerlendirme ve olgunun ne kadar gerçekçi olduğunu anlamaya yönelik sorulardan oluşturuldu.

Hasta yakınına komplikasyon bilgilendirmesi-öz değerlendirme formu (EK 5) komplikasyona ait tıbbi gerçeklerin açıklanması, dürüstlük ve doğruluk, empati, gelecekteki komplikasyonların önlenmesi, genel iletişim becerileri, tartışmayı sonlandırma becerileri, güvenilirlik, genel değerlendirme ve olgu sunumunun ne kadar gerçekçi olduğunu kapsayan sorulardan oluşturuldu.

#### 4. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ

Analizler SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Ölçek maddeleri arası korelasyon değerleri matrisi incelendi ve boyutlara ilişkin Cronbach alpha değerlerinin ilgili kritik eşikleri karşılama düzeyi yoklandı. Sonrasında bu değerlendiriciler arasındaki uyuma bakıldı, puanlayıcılar arasındaki tutarlılığa ilişkin kanıt elde edildi. Son olarak değerlendiriciler arası güvenilirlik analizi (Inter-rater reliability) yapıldı.

Değerlendiriciler kötü haber verme becerisini ölçmek için Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı-TEBAD olarak Dönem 3 öğrencilerinin bu becerilerini ölçmek için kullanılan kontrol listesi (ek-6) ile de değerlendirme yapılmıştır. Katılımcılarınız performanslarını bu araçla da puanlayıp iki araçtan elde edilen puanlar arasındaki Pearson korelasyonu çalışıldı. Yapı geçerliğine ilişkin kanıt sunuldu.

Araştırma verilerinin analizi için öncelikle uyarlanan ölçek ve alt boyutları için güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla ölçek maddeleri arası korelasyon değerleri matrisi incelenecek ve boyutlara ilişkin Cronbach alpha değerlerinin ilgili kritik eşikleri karşılama düzeyi yoklanmıştır. Maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsü olan Cronbach alfa katsayısı, ölçekte bulunan maddelerin homojen yapısını açıklamak veya sorgulamak üzere kullanılmıştır. Cronbach alfa katsayısı yüksek olan ölçekteki maddelerin birbirleriyle tutarlı bir o kadar da aynı özelliği ölçen maddelerden meydana geldiği yorumu yapılmıştır.  $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir,  $0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir,  $0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilir,  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Ardından kullanılan ölçümler arası ilişkiler için Pearson çarpım-moment korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Son olarak değerlendiriciler arası güvenilirlik analizi (Inter-rater reliability) yapılmıştır. Değerlendirmeciler 4 kişidir: Bir yoğun bakım uzmanı, bir anesteziyoloji uzmanı, bir anesteziyoloji uzmanı klinik psikolog, bir psikiyatri uzmanı. Bu değerlendiriciler arası güvenilirlik analizi (Inter-rater reliability) yapılmıştır. Fleiss'in kappa katsayısı ( $\kappa$ )  $< 0$  ise Hiç uyuma olmaması,  $\kappa=0.0 - 0.20$  ise önemsiz düzeyde uyum olması,  $\kappa=0.21 - 0.40$  ise zayıf

düzeyde uyum olması,  $\kappa= 0.41 — 0.60$  ise orta düzeyde uyum olması,  $\kappa= 0.61 — 0.80$  ise iyi düzeyde uyum olması,  $\kappa= 0.81 — 1.00$  ise çok iyi düzeyde uyum olması şeklinde yorumlandı.  $\kappa=1$ : Tüm değerleyiciler hep birlikte birbirine uyuşmaktadırlar.  $\kappa=0$ : Değerleyiciler aralarında uyuşmalar sadece şans ile belirlenmiştir ve diğer hallerde hiçbir uyuşma yoktur.

Bu değerlendiriciler dışında katılımcıların kendileri ve oyuncu da değerlendirme yapmıştır. Oyuncu ve katılımcıların değerlendirmeleri ayrıca sunuldu.

G\*Power güç analizi yazılımı kullanılarak korelasyonel bir desende, %80 güç ile  $(1-\beta)$  minimum etki büyüklüklerini ( $P = 0.10$ ) tespit edebilecek hassasiyette bir araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için en az 782 katılımcıya ihtiyaç duyulduğu hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada bu örnekleme ulaşılması hedeflenemeyecektir. Anabilim dalımızdaki 65 araştırma görevlisinden pilot çalışmaya katılmayan hepsinin katılması istenecektir.

## 5. BULGULAR

Çalışmamıza Hacettepe Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalındaki çalışmakta olan 65 araştırma görevlisinden 52 araştırma görevlisi dahil edildi. Katılımcılardan 21 kişi (%40.4) erkek, 31 kişi (%59.6) ise kadın idi. Katılımcılardan 27 (%51.9) kişi komplikasyon bilgilendirmesi, 25 (%48.1) kişi ise ölüm bilgilendirmesi yaptı. Komplikasyon bilgilendirilmesi yapılan grupta ortalama±SD bilgilendirme süresi 6±2.3 dakika iken, ölüm bilgilendirme süresi 4±1.15 dakika idi (p>0.001). Katılımcılardan 18 (%34.6) kişi daha önce kötü haber verme üzerine eğitim almışken, 34 (%65.4) katılımcı bu konuda daha önce eğitim almamıştır. 44 (%84.6) katılımcı daha önce ölüm bilgilendirmesi yapmış olup, 8 (%15.4) katılımcı daha önce ölüm bilgilendirmesi yapmamıştır. 33 (%63.5) katılımcı daha önce komplikasyon bilgilendirmesi yapmış, geri kalan 19 (%36.5) katılımcı daha önce komplikasyon bilgilendirmesi yapmamıştır. Katılımcıların Betimsel İstatistikleri tablo 20 da özetlenmiştir.

**Tablo 20:** Katılımcıların Betimsel İstatistikleri.

	N	Ortalama	SD	En düşük	En yüksek
Yaş	52	29.65	3.520	24.00	42.00
Doktorluk süresi	52	4.84	3.749	1.00	18.00
Asistanlık süresi	52	3.385	1.728	1.00	8.00
Yoğun bakımda çalışma süresi	52	10.57	11.981	0.00	72.00
Daha önceki yapılan ölüm bildirim sayısı	52	10	18.609	0.00	100.00
Daha önceki yapılan ölüm komplikasyon bildirim sayısı	52	8	28.380	0.00	200.00

SS-standart sapma

Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Komplikasyon Bilgilendirmesi Formuna İlişkin Betimsel İstatistikleri tablo 21’de özetlenmiştir.

**Tablo 21:** Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Komplikasyon Bilgilendirmesi Formuna İlişkin Betimsel İstatistikleri

	N	Median	En düşük	En yüksek
Komplikasyona ait tıbbi gerçekleri açıklamanızı nasıl değerlendirirsiniz?	27	3	1	5
Dürüstlük ve doğruluğunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	27	4	2	5
Empati düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?	27	4	2	5
Gelecekteki komplikasyonların önlenmesi konusundaki yaklaşımınızı nasıl değerlendirirsiniz?	27	3	1	5
Bu görüşmedeki genel iletişim becerilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?	27	3	2	5
Tartışmayı sonlandırmanızı nasıl değerlendirirsiniz?	27	4	2	5
Hasta yakını size hastasına bakımı konusunda ne kadar güvenebilir?	27	3	2	5
Bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmenizi nasıl değerlendirirsiniz?	27	4	2	5

Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Ölüm Bilgilendirmesi Formuna İlişkin Betimsel İstatistikleri tablo 22’de özetlenmiştir.

**Tablo 22:** Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Ölüm Bilgilendirmesi Formuna İlişkin Betimsel İstatistikleri

	N	Median	En düşük	En yüksek
Görüşme içeriğini oluşturmanızı nasıl değerlendirirsiniz?	25	4	1	5
Hastanın durumu hakkındaki hasta yakını ile ortak anlayışa varma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	25	4	2	5
Empati düzeyiniz nasıl değerlendirirsiniz?	25	4	2	5
Ölüm süreci ve bu sırada uygulananlar hakkında verdiğiniz eğitimi nasıl değerlendirirsiniz?	25	3	1	5
Hasta yakınının bilgi ihtiyacını ne kadar karşıladınız?	25	4	2	5
Hasta yakınının destek ihtiyacını ne kadar karşıladınız?	25	4	2	5
Hasta yakını görüşmenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	25	4	2	5

### 5.1. Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Kategorik Sorularına İlişkin Frekans Dağılımları

Katılımcılardan 26 kişi (%96.3) komplikasyonun ne olduğunu söylediği halde, bir katılımcı (%3.7) komplikasyonun ne olduğunu söylemedi. Katılımcıların 25-i (%92.6) komplikasyonun neden olduğunu açıklamışken, 2 (%7.4) katılımcı ise komplikasyonun neden olduğunu açıklamadı. Katılımcılardan 19'u (%70.4) komplikasyonun hastanın bakımını nasıl değiştirdiğini anlattığı halde 8 (%29.6) kişi bu konuda bilgi vermedi. Katılımcıların 24'ü (%88.9) komplikasyon sonuçlarının nasıl yönetileceğini açıklarken 3 (%11.1) kişi bu konuda açıklama yapmadı. Katılımcılardan 16'sı (%59.3) komplikasyon sorumluluğunu üstlenirken 11 (%40.7) kişi komplikasyon sorumluluğunu üstlenmedi. Katılımcılardan 20 kişi (%74.1) problemi doğrudan açıklarken 7 (%25.9) problemi doğrudan açıklamaktan kaçındı. Katılımcılardan 25'i (%92.6) hasta yakınının bilmesi gerekenleri saklamadığı halde, 2

(%7.4) katılımcı hasta yakınının bilmesi gerekenleri söylemedi. Katılımcıların hepsi hasta yakınının sorularından kaçmadı. Katılımcıların 10'u (%37.0) hastaya üzgün olduğunu söyledi ve gönülden özür diledi. Katılımcıların 17'si (%63) hasta yakından özür dilemedi. Katılımcılardan 19'u (%17.4) hasta yakınının duygularını ifade etmesine izin verirken, 8 kişi (%29.6) hasta yakınının duygularını ifade etmesine izin vermedi. Katılımcıların 24'ü (%88.9) hasta yakınının kızgınlık, kaygı ve şüphelerine olumlu cevap verdiği halde 3 (%11.1) katılımcı hasta yakınının şüphelerine olumlu cevap vermediğini ifade etdi. Katılımcılardan 15 kişi (%55.6) komplikasyonların önlenmesi için neler yapıldığını anlattığı halde 12 (%44.4) katılımcı bu konuyu anlatmadı. Katılımcıların 5'i (%18.5) nelerin farklı yapılabilir olduğunu anlatırken, 22 (%81.5) katılımcı bu anlatımı yapmadı. Katılımcıların 25'i (%92.6) hasta yakınının söylediklerini dikkatle ve aktif olarak dinledi. Katılımcılardan 2 kişi (%7.4) hasta yakınının söylediklerini dikkatle dinlemediğini belirtti. Katılımcılardan 24'ü (%88.9) jargon kullanmadan, anlaşılabilir bir dil kullandığını ve sözel olmayan ifade ve davranışlarının uygun olduğunu ifade ederken, 3 katılımcı (11.1) anlaşılabilir dil kullanmadığını ve davranışlarının uygun olmadığını belirtti. Katılımcılardan 16 kişi (%59.3) hasta yakınının bilgiyi anlayışını kontrol ettiğini belirtirken, 11 katılımcı (%40.7) hasta yakınının bilgiyi anlayışını kontrol etmediğini belirtti. Katılımcılardan 12'si (%44.4) takip sözü verirken, 15 katılımcı (55.6) takip sözü vermedi. 23 katılımcı (%85.2) görüşmeden uygun şekilde ayrıldığını, 4 katılımcı ise (%14.8) görüşmeden uygun şekilde ayrılmadığını ifade etdi. Olgu sunumunun gerçekliği ile ilgili soruya 3 katılımcı (%11.1) gerçekçi sayılabilir, 15 kişi (%55.6) çoğunlukla gerçekçi, 9 kişi (%33.3) tümüyle gerçek cevabı verdi. Hasta yakınının soruları ve cevapları ne kadar gerçekçi idi sorusuna 2 kişi (%7.4) gerçekçi sayılabilir, 16 kişi (%59.3) çoğunlukla gerçek, 9 kişi (%33.3) tümüyle gerçek cevabı verdi.

Hasta yakını ile ilişki kurdunuz mu ' sorusuna 22 (%88) katılımcı evet, 3 (%12) katılımcı hayır cevabı verdi. ' Görüşmenin amacını açıkladınız mı ' sorusuna 22 (%88) katılımcı evet, 3 (%12) katılımcı hayır cevabı verdi. ' Hasta yakınına hastanın durumu hakkında ne bildiğini sordunuz mu ' sorusuna 16 (%64) katılımcı evet, 9 (%36) katılımcı hayır cevabı verdi. 'Hastanın durumunu jargon kullanmadan açıkça anlatabildiniz mi ' sorusuna 24 (%96) katılımcı evet, 1 (%4) katılımcı hayır cevabını verdi. ' Hasta yakınının bilgiyi alayabildiğini kontrol ettiniz mi ' sorusuna 21 (%84)

katılımcı evet, 4 (%16) katılımcı hayır cevabını verdi. ‘ Hata yakınının sorularını açıkca ve doğrudan cevapladınız mı ’ sorusuna 22 (%88) katılımcı evet, 3 (%12) katılımcı hayır cevabını verdi. ‘Hasta yakının duygularını ifade etmek için izin verdiniz mi ’ sorusuna 19 (%76) katılımcı evet, 6 (%24) katılımcı hayır cevabını verdi. ‘ Korkular, suçluluk, öfke, kaygı hakkında konuştunuz mu ’ sorusuna 13 (%52) katılımcı evet, 12 (%48) katılımcı hayır cevabını verdi. ‘ Rahatlatıcı sözler söyleyip gerekirse destek önerilerinde bulundunuz mu ’ sorusuna 13 (%52) katılımcı evet, 12 (%48) katılımcı hayır cevabını verdi. ‘ Ailenin ölüm ile ilgili değer, adet ve inanışlarını sordunuz mu ’ sorusuna 8 (%32) katılımcı evet, 17(%68) katılımcı hayır cevabını verdi. ‘Kariyopulmoner resusitasyon sırasında hasta konforu (mahremiyet, ağrı yönetimi) korunmasını açıkladınız mı ’ sorusuna 5 (%20) katılımcı evet, 20 (%80) katılımcı hayır cevabını verdi. ‘ Ölüm sürecinde (kardiyopulmoner resusitasyon) sırasında yapılanları açıkladınız mı ’ sorusuna 20 (%80) katılımcı evet, 5 (%20) katılımcı hayır cevabını verdi. ‘ Bu olgu sunumu ne kadar gerçekçi idi ’ sorusuna 3 (%12) katılımcı kısmen gerçekçi, 4 (%16) katılımcı gerçekçi sayılabilir, 10 (%40) katılımcı çoğunlukla gerçekçi,8 (% 32) katılımcı tümüyle gerçek cevabını verdi. ‘Hasta yakınının soruları ve cevapları ne kadar gerçek idi ’ sorusuna 7 (%28) katılımcı gerçekçi sayılabilir, 8 (%32) katılımcı çoğunlukla gerçek, 10 (%40) katılımcı tümüyle gerçek cevabını verdi.

**Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Kategorik Sorularına İlişkin Frekans Dağılımları aşağıdaki tablolarda özetlenmiştir. Tablo 23-24-25**

**Tablo 23.** Katılımcıların Öz Değerlendirme Anketi Kategorik Sorularına İlişkin Frekans Dağılımları

SORULAR	HAYIR	EVET
Hasta yakını ile ilişki kurabildiniz mi?	3(12)	22(88)
Görüşmenin amacını açıkladınız mı?	3(12)	22(88)
Hasta yakınına hastanın durumu ile ilgili ne bildiğini sordunuz mu?	9(36)	16(64)
Hastanın durumunu jrgon kullanmadan açıkca anlatdınız mı?	1(16)	21(84)
Hasta yakınının bilgiyi anlayışını kontrol etdiniz mi?	4(16)	21(84)
Hasta yakınının sorularını açıkca cevkladınız mı?	3(12)	22(88)
Hasta yakınının duygularını ifade etmek için izin verdiniz mi?	6(24)	19(76)
Korkular, suçluluk, öfke, kaygı hakkında konuştunuz mu?	12(48)	13(52)
Destek önerilerinde bulundunuz mu?	12(48)	13(52)
Ailenin adet ve inanışlarını sordunuz mu?	17(68)	8(32)
Kardiyopulmoner resusitasyon sırasında hasta konforu korunmasını açıkladınız mı?	20(80)	5(20)
Ölüm sürecinde yapılanları açıkladınız mı?	5(20)	20(80)
Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.		



## 5.2. Öz Değerlendirme Anketi Komplikasyon Bilgilendirmesi Formu Güvenilirlik Analizi

Öz değerlendirme anketinin komplikasyon bilgilendirmesi formunun güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir. Öz değerlendirme anketi komplikasyon bilgilendirmesi formu güvenilirlik analizi tablo 26'te özetlenmiştir.

**Tablo 26.** Öz Değerlendirme Anketi Komplikasyon Bilgilendirmesi Formu Güvenilirlik Analizi

SORULAR	SS	Cronbach's $\alpha$
Komplikasyona ait tıbbi gerçekleri açıklamanız nasıl değerlendirisiniz?	1.014	0.925
Dürüstlük ve doğruluğunuzu nasıl değerlendirisiniz?	0.759	0.940
Empati düzeyinizi nasıl değerlendirisiniz?	1.209	0.916
Gelecekteki kompliksiyonların önlenmesi konusundaki yaklaşımınız nasıl değerlendirisiniz?	0.974	0.919
Genel iletişim becerilerinizi nasıl değerlendirisiniz?	0.698	0.923
Tartışmayı sonlandırmanızı nasıl değerlendirisiniz?	0.844	0.915
Hasta yakını size hastasına bakımı konusunda ne kadar güvenebilir?	0.698	0.924
Bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmenizi nasıl değerlendirisiniz?	0.839	0.920

SS-standart sapma

## 5.3. Öz Değerlendirme Anketi Ölüm Bilgilendirmesi Formu Güvenilirlik Analizi

Öz değerlendirme anketinin ölüm bilgilendirmesi formunun güvenilirliğini test etmek amacıyla güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir. Öz değerlendirme anketi ölüm bilgilendirmesi formu güvenilirlik analizi tablo 27'da özetlenmiştir.

**Tablo 27. Öz Değerlendirme Anketi Ölüm Bilgilendirmesi Formu Güvenilirlik Analizi**

<b>SORULAR</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
Görüşme içeriğini oluşturmanızı nasıl değerlendirirsiniz?	1.108	0.914
Hastanın durumu hakkındaki hasta yakını ile ortak anlayışa varma durumunuz nasıl değerlendirirsiniz?	0.997	0.926
Empati düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?	0.945	0.916
Ölüm süreci ve bu sırada uygulananlar hakkında verdiğiniz eğitimi nasıl değerlendirirsiniz?	1.143	0.948
Hasta yakınının bilgi ihtiyacını ne kadar karşıladınız.	0.952	0.916
Hasta yakınının destek ihtiyacını ne kadar karşıladınız?	1.036	0.913
Hasta yakını görüşmenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?	0.926	0.911

SS-standart sapma

#### **5.4. Hasta Yakınına Kötü Haber Verme Komplikasyon Bilgilendirmesi Profesyonel Değerlendirmeleri.**

##### **1. Araştırma görevlisinin komplikasyona ait tıbbi gerçekleri açıklamasını nasıl değerlendirirsiniz**

**Komplikasyona ait tıbbi gerçeklerin açıklaması** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .67 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 28.** Dört değerlendiricinin araştırma görevlilerinin komplikasyona ait tıbbi gerçeklerin açıklamasını değerlendirmeleri

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ÖLÇEK	3.61	0.618	0.673
	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
SBA Komplikasyona ait tıbbi gerçek açıklama	3.18	1.124	0.823
BK Komplikasyona ait tıbbi gerçek açıklama	3.68	0.905	0.582
MT Komplikasyona ait tıbbi gerçek açıklama	3.79	0.686	0.510
SCG Komplikasyona ait tıbbi gerçek açıklama	3.79	0.686	0.510

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma

Fleiss' kapa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin komplikasyona ait tıbbi gerçekleri açıklamasını nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında orta düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .304$  (95% CI, .301 to .307),  $p = <.001$ .

## 2. Araştırma görevlisi komplikasyonun ne olduğunu söyledi mi?

Fleiss' kapa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi komplikasyonun ne olduğunu söyledi mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.033$  (95% CI, -.037 to -.030),  $p = .569$ .

KOMPLİKASYONUN NE OLDUĞUNU SÖYEDİ Mİ?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	25(48)	26(50)	28(53)	28(53)
HAYIR	3(5.8)	1(1.9)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 3. Araştırma görevlisi komplikasyonun neden olduğunu söyledi mi?

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi komplikasyonun neden olduğunu söyledi mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf derecede uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.057$  (95% CI, -.061 to -.052),  $p = .463$ .

KOMPLİKASYONUN NEDEN OLDUĞUNU SÖYEDİ Mİ?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	22(42)	28(53)	28(53)	28(53)
HAYIR	6(11)			
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 4. Araştırma görevlisi komplikasyonun hastanın bakımını nasıl değiştirdiğini anlattı mı?

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi komplikasyonun hastanın bakımını nasıl değiştirdiğini anlattı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .137$  (95% CI, .132 to .141),  $p = .077$ .

<b>HASTA BAKIMINI NASIL DEĞİŞTİRDİĞİNİ ANLATTI MI?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	23(44)	26(50)	28(53)	28(53)
HAYIR	5(9.6)	2(3.8)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### **5. Araştırma görevlisi komplikasyonun sonuçlarının nasıl yönetileceğini açıkladı mı?**

Fleiss' kappası analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi komplikasyonun sonuçlarının nasıl yönetileceğini açıkladı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .178$  (95% CI, .173 to .183),  $p = .021$ .

<b>KOMPLİKASYONUN SONUÇLARININ NASIL YÖNETİLECEĞİNİ AÇIKLADI MI?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	24(46)	26(50)	28(53)	28(53)
HAYIR	4(7.7)	2(3.8)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

## 6. Araştırma görevlisinin dürüstlük ve doğruluğunu nasıl değerlendirirsiniz?.

Araştırma görevlisinin dürüstlük ve doğruluğunu değerlendirmeleri maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .75 olarak tespit edilmiştir

**Tablo 29.** Dört değerlendiricinin araştırma görevlisinin dürüstlük ve doğruluğunu değerlendirmeleri

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	3.66	0.701	0.755

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
SBA Komplikasyona ait dürüstlük doğruluk	3.54	1.201	0.889
BK Komplikasyona ait dürüstlük doğruluk	3.79	0.917	0.641
MT Komplikasyona ait dürüstlük doğruluk	3.64	0.731	0.629
SCG Komplikasyona ait dürüstlük doğruluk	3.68	0.772	0.628

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin dürüstlük ve doğruluğunu nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında düşük düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .286$  (95% CI, .283 to .289),  $p = <.001$ .

## 7. Araştırma görevlisi komplikasyonun sorumluluğunu üstlendi mi?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi komplikasyonun sorumluluğunu üstlendi mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .339$  (95% CI, .334 to .343),  $p = <.001$ .

<b>KOMPLİKASYONUN SORUMLULUĞUNU ÜSTLENDİ Mİ?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	13(25)	22(42)	13(25)	13(25)
HAYIR	15(28)	6(9.6)	15(28)	15(28)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### **8. Araştırma görevlisi hasta yakınının ayrıntı almak için soru sormasına gerek kalmadan problemi açık ve doğrudan anlattı mı?**

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınının ayrıntı almak için soru sormasına gerek kalmadan problemi açık ve doğrudan anlattı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .134$  (95% CI, .129 to .139),  $p = .083$ .

<b>PROBLEMİ AÇIKCA VE DOĞRUDAN AÇIKLADI MI?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	22(42)	23(44)	24(46)	24(46)
HAYIR	6(11)	5(9.6)	4(7.7)	4(7.7)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### **9. Araştırma görevlisi hasta yakınının bilmesi gerekenleri sakladı mı?**

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınının bilmesi gerekenleri sakladı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.057$  (95% CI, -.077 to -.734),  $p = .463$ .

HASTA YAKINININ BİLMESİ GEREKENLERİ ANLATDI MI?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	22(42)	28(53)	28(53)	28(53)
HAYIR	6(11)			
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 10. Araştırma görevlisi hasta yakınıni sorularından kaçındı mı?

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınıni sorularından kaçındı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .178$  (95% CI, .173 to .183),  $p = .021$ .

HASTA YAKINININ SORULARINDAN KAÇINDI MI?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	25(48)	27(51)	27(51)	27(51)
HAYIR	3(5.8)	1(1.9)3	1(1.9)	1(1.9)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 12. Araştırma görevlisinin empati düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

Araştırma görevlisinin empati düzeyini değerlendirmeleri maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .70 olarak tespit edilmiştir.



**Tablo 30.** Dört değerlendiricinin araştırma görevlisinin empati düzeyini değerlendirmeleri

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	2.73	0.670	0.704
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
SBA Komplikasyon- empati düzeyi	2.61	1.066	0.605
BK Komplikasyon- empati düzeyi	2.25	1.005	0.781
MT Komplikasyon- empati düzeyi	2.96	0.744	0.565
SCG Komplikasyon- empati düzeyi	3.11	0.832	0.590

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin empati düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .182$  (95% CI, .179 to .185),  $p = <.001$ .

### 13. Araştırma görevlisi üzgün olduğunu söyleyip özür diledi mi?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi üzgün olduğunu söyleyip özür diledi mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .136$  (95% CI, .131 to .141),  $p = .078$ .

ÖZÜR DİLEDİ Mİ?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	1(1.9)	3(5.8)		
HAYIR	27(51)	25(48)	28(53)	28(53)

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma  
Veriler frekans (%) olarak sunulmuştur.

**14. Araştırma görevlisi hasta yakınının duygularını ifade etmesine izin verdi mi?**

Fleiss' kapp analizi sonuçları uzmanların ‘araştırma görevlisi hasta yakınının duygularını ifade etmesine izin verdi mi?’ sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.056$  (95% CI,  $-.061$  to  $-.051$ ),  $p = .469$ .

DUYGULARI İFADE ETMESİNE İZİN VERDİ Mİ?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	11(21)	25(48)	27(51)	27(51)
HAYIR	17(32)	3(5.8)	1(1.9)	1(1.9)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

**15. Araştırma görevlisi hasta yakınının kızgınlık, kaygı ve şüphelerine olumlu cevap Verdi mi?**

Fleiss' kapp analizi sonuçları uzmanların ‘araştırma görevlisi hasta yakınının kızgınlık, kaygı ve şüphelerine olumlu cevap verdi mi?’ sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .069$  (95% CI,  $.064$  to  $.074$ ),  $p = .370$ .

KIZGINLIK, KAYGI, ŞÜPHELERE OLUMLU CEVAP VERDİ Mİ?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	10(19)	17(32)	26(50)	26(50)
HAYIR	18(34)	11(21)	2(3.8)	2(3.8)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

**16. Araştırma görevlisinin gelecekteki komplikasyonları önlemesi konusundaki yaklaşımını nasıl değerlendirirsiniz?**

**Araştırma görevlisinin gelecekteki komplikasyonları önlemesi konusundaki yaklaşımı** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .52 olarak tespit edilmiştir

**Tablo 31.** Araştırma görevlisinin gelecekteki komplikasyonları önlemesi konusundaki yaklaşımının uzmanlarca değerlendirilmesi

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	3.04	0.706	0.529
	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
SBA Gelecek komplikasyonları önleme	2.68	1.249	0.524
BK Gelecek komplikasyonları önleme	2.64	1.339	0.668
MT Gelecek komplikasyonları önleme	3.36	0.780	0.236
SCG Gelecek komplikasyonları önleme	3.46	0.922	0.387

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
 BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
 MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
 SCG-Psikiyatri uzmanı  
 SS-Standart sapma

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin gelecekteki komplikasyonları önlemesi konusundaki yaklaşımını nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .132$  (95% CI, .129 to .134),  $p = .002$ .

### 17. Araştırma görevlisi komplikasyonların önlenmesi için neler yapıldığını anlattı mı?

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi komplikasyonların önlenmesi için neler yapıldığını anlattı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .132$  (95% CI, .129 to .134),  $p = .002$ .

KOMPLİKASYONUN ÖNLENMESİ İÇİN NELER YAPILDIĞINI ANLATDI MI?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	5(9.6)	18(34)	16(30)	16(30)
HAYIR	23(44)	10(19)	12(23)	12(23)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 18. Araştırma görevlisi nelerin farklı yapılabilir olduğunu anlattı mı?

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi nelerin farklı yapılabilir olduğunu anlattı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .170$  (95% CI, .166 to .175),  $p = .027$ .

NELERİN FARKLI YAPILABİLİR OLDUĞUNU ANLATDI MI?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	1(1.9)	13(25)	13(25)	15(28)
HAYIR	27(51)	15(28)	15(28)	13(25)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 19. Araştırma görevlisinin genel iletişim becerilerini nasıl değerlendirirsiniz?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin genel iletişim becerilerini nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .153$  (95% CI, .150 to .156),  $p = <.001$ .

**Araştırma görevlisinin genel iletişim becerileri** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .78 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 32.** Araştırma görevlisinin genel iletişim becerilerinin uzmanlarca değerlendirilmesi.

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	3.48	0.713	0.783
	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
SBA Komplikasyon-genel iletişim	3.32	1.090	0.794
BK Komplikasyon-genel iletişim	3.32	0.905	0.712
MT Komplikasyon-genel iletişim	3.57	0.790	0.710
SCG Komplikasyon-genel iletişim	3.71	0.854	0.709

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

**20. Araştırma görevlisi hasta yakınının söylemek istediklerini dikkatli ve aktif olarak dinledi mi?**

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınının söylemek istediklerini dikkatli ve aktif olarak dinledi mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .136$  (95% CI, .131 to .141),  $p = .077$ .

HASTA YAKININI AKTİF DİNLEDİ Mİ?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	27(51)	27(51)	27(51)	27(51)
HAYIR	1(1.9)	1(1.9)	1(1.9)	1(1.9)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

**21. Araştırma görevlisi jargon kullanmadan anlaşılabilir dil kullandı mı?**

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi jargon kullanmadan anlaşılabilir dil kullandı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .271$  (95% CI, .266 to .276),  $p = <.001$ .

ANLAŞILIR DİL KULLANDI MI?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	24(46)	27(51)	23(44)	22(42)
HAYIR	4(7.7)	1(1.9)	5(9.6)	6(11)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

## 22. Araştırma görevlisinin sözel olmayan ifade ve davranışlarını uygun buldunuz mu?

Fleiss' kapa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin sözel olmayan ifade ve davranışlarını uygun buldunuz mu?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında iyi düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .188$  (95% CI, .184 to .192),  $p = .003$ .

<b>SÖZEL OLMAYAN DAVRANIŞLARI UYGUN BULDUNUZ MU?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	26(50)	26(50)	27(51)	27(51)
HAYIR	2(3.8)	2(3.8)	1(1.9)	1(1.9)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

## 23. Araştırma görevlisi hasta yakınının bilgiyi anlayışını kontrol etti mi?

Fleiss' kapa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınının bilgiyi anlayışını kontrol etti mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.061$  (95% CI, -.065 to -.056),  $p = .432$ .

<b>BİLGİYİ ANLAYIŞINI KONTROL ETTİ Mİ?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	20(38)	12(23)	28(53)	28(53)
HAYIR	8(15)	16(30)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

## 24. Araştırma görevlisinin tartışmayı sonlandırması nasıl değerlendirirsiniz?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin tartışmayı sonlandırması nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında orta düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .428$  (95% CI, .425 to .432),  $p = <.001$ .

**Araştırma görevlisinin tartışmayı sonlandırması** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .86 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 33.** Araştırma görevlisinin tartışmayı sonlandırmasının uzmanlarca değerlendirilmesi

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	3.54	0.707	0.864
		Ortalama	SS
			Cronbach's $\alpha$
SCG Komplikasyon-tartışmayı sonlandırma	3.71	0.713	0.785
BK Komplikasyon-tartışmayı sonlandırma	3.29	0.810	0.859
MT Komplikasyon-tartışmayı sonlandırma	3.71	0.713	0.785
SBA Komplikasyon-tartışmayı sonlandırma	3.46	1.071	0.883

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

## 25. Araştırma görevlisi hasta yakınına takip sözü verdi mi?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınına takip sözü verdi mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .399$  (95% CI, .394 to .404),  $p = <.001$ .



<b>TAKİP SÖZÜ VERDİ Mİ?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	19(36)	17(32)	25(48)	25(48)
HAYIR	9(17)	11(21)	3(5.8)	3(5.8)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### **26. Araştırma görevlisi görüşmeden uygun ayrıldı mı? (el sıkı, kaçarak uzaklaşmadı)**

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi görüşmeden uygun ayrıldı mı? (el sıkı, kaçarak uzaklaşmadı)' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .093$  (95% CI, .088 to .098),  $p = .229$ .

<b>GÖRÜŞMEDEN UYGUN AYRILDI MI?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	26(50)	25(48)	28(53)	28(53)
HAYIR	2(3.8)	3(5.8)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### **27. Bu görüşmeden sonra hasta yakını bu araştırma görevlisine hastasına bakımı konusunda ne kadar güvenebilir?**

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'bu görüşmeden sonra hasta yakını bu araştırma görevlisine hastasına bakımı konusunda ne kadar güvenebilir?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .260$  (95% CI, .257 to .263),  $p = <.001$ .

**28. Tüm görüşmeyi düşünürseniz araştırma görevlisinin bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmesini nasıl değerlendirirsiniz?**

**Araştırma görevlisinin bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmesi** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .79 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 34.** Uzmanların tüm görüşmedeki araştırma görevlisinin bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmesini değerlendirmeleri.

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	3.35	0.647	0.791
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
SBA Komplikasyon-profesyonel tavır	3.18	0.945	0.831
BK Komplikasyon-profesyonel tavır	3.14	0.932	0.759
MT Komplikasyon-profesyonel tavır	3.54	0.693	0.686
SCG Komplikasyon-profesyonel tavır	3.54	0.693	0.686

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların '**tüm görüşmeyi düşünürseniz araştırma görevlisinin bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmesini nasıl değerlendirirsiniz?**' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .213$  (95% CI, .210 to .217),  $p = <.001$ .

### **Komplikasyon ölçeğinin toplam skorunun güvenilirlik analizi.**

Dört uzmanın komplikasyon bilgilendirömmesi ölçeğinin toplam skorlarının ortalaması  $41.5 \pm 6.23$  olarak saptandı. Anketinin komplikasyon bilgilendirmesi formunun güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri 0. 0.813 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 35.** Uzmanların Hasta Yakınına Kötü Haber Verme- Komplikasyon Bilgilendirmesi ölçeği toplam skorları

	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
SBA Komplikasyon-toplam	37.3	10.30	0.876
BK Komplikasyon-toplam	40.3	7.59	0.751
MT Komplikasyon-toplam	44.0	6.21	0.724
SCG Komplikasyon-toplam	44.5	6.36	0.726

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

### **5.5. Hasta Yakınına Kötü Haber Verme Ölüm Bilgilendirmesi Profesyonel Değerlendirmelerinin Analizi**

#### **1. Araştırma görevlisinin görüşme içeriğini oluşturmasını nasıl değerlendirirsiniz?**

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin görüşme içeriğini oluşturmasını nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .221$  (95% CI, .218 to .224),  $p = <.001$ .

**Araştırma görevlisinin görüşme içeriğini oluşturması** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .84 olarak tespit edilmiştir (Tablo 36).

**Tablo 36.** Araştırma görevlisinin görüşme içeriğini oluşturmasının değerlendirilmesi

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	3.36	0.941	0.847

  

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
SCG ÖLÜM görüşme içeriği oluşturma	3.43	1.16	0.742
BK ÖLÜM görüşme içeriği oluşturma	3.43	1.16	0.864
MT ÖLÜM görüşme içeriği oluşturma	3.43	1.16	0.742
SBA ÖLÜM görüşme içeriği oluşturma	3.13	1.06	0.855

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma

## 2. Araştırma görevlisi hasta yakını ile ilişki kura bildi mi?

Fleiss' kapa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin görüşme içeriğini oluşturmasını nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.047$  (95% CI,  $-.051$  to  $-.044$ ),  $p = .443$ .

Hasta yakını ile ilişki kura bildi mi?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	23(44)	19(36)	24(46)	24(46)
HAYIR	1(1.9)	2(3.8)		

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma  
Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.

### 3. Araştırma görevlisi görüşmenin içeriğini açıkladı mı?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi görüşmenin içeriğini açıkladı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .058$  (95% CI, .054 to .061),  $p = .229$ .

GÖRÜŞMENİN İÇERİĞİNİ AÇIKLADI MI?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	23(44)	23(44)	24(46)	24(46)
HAYIR	1(1.9)	1(1.9)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 4. Araştırma görevlisinin hastanın durumu hakkındaki ortak anlayışı oluşturmasını nasıl değerlendirirsiniz?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin hastanın durumu hakkındaki ortak anlayışı oluşturmasını nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .013$  (95% CI, .010 to .017),  $p = .823$ .

**Araştırma görevlisinin hastanın durumu hakkındaki ortak anlayışı oluşturması** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .67 olarak tespit edilmiştir (**Tablo36**)

**Tablo 37.** Araştırma görevlisinin hastanın durumu hakkındaki ortak anlayışı oluşturması

	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
scale	4.08	0.485	0.673
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
SBA ÖLÖM hasta durum ortak anlayış	3.78	0.795	0.610
BK ÖLÜM hasta durum ortak anlayış	3.57	0.843	0.745
MT ÖLÜM hasta durum ortak anlayış	4.48	0.511	0.542
SCG ÖLÜM hasta durum ortak anlayış	4.48	0.511	0.542

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma

### 5. Araştırma görevlisi hasta yakınına hastanındurumu hakkında ne bildiğini sordu mu?

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınına hastanındurumu hakkında ne bildiğini sordu mu?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .324$  (95% CI, .319 to .329),  $p = <.001$ .

<b>HASTANIN DURUMU HAKKINDA NE BİLDİĞİNİ SORDU MU?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	9(17.3)	15(28)	4(7.7)	4(7.7)
HAYIR	15(28)	8(15)2	20(38)	20(38)

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma  
Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.

### 6. Araştırma görevlisi hastanın durumunu jargon kullanmadan anlatabildi mi?

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hastanın durumunu jargon kullanmadan anlata bildi mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.045$  (95% CI,  $-.051$  to  $-.040$ ),  $p = .593$ .

DURUMU JARGON KULLANMADAN ANLATDI MI?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	21(40)	23(44)	24(46)	24(46)
HAYIR	3(5.8)	1(1.9)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekans (%) olarak sunulmuştur.				

### 7. Araştırma görevlisi hasta yakınının bilgiyi anlayabildiğini kontrol etti mi?

BİLGİ ANLAYIŞINI KONTROL ETTİ Mİ?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	19(36)	13(25)	24(46)	24(46)
HAYIR	5(9.6)	11(21)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekans (%) olarak sunulmuştur.				

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınının bilgiyi anlayabildiğini kontrol etti mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.011$  (95% CI,  $-.016$  to  $-.006$ ),  $p = .897$ .

### 8. Araştırma görevlis hasta yakınının sorularını açıkca ve doğrudan cevladı mı?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlis hasta yakınının sorularını açıkca ve doğrudan cevladı mı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .124$  (95% CI, .118 to .129),  $p = .146$ .

SORULARI AÇIKCA CEVAPLADI MI?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	24(46)	21(40)	22(42)	22(42)
HAYIR		3(5.8)	2(3.8)	2(3.8)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 9. Araştırma görevlisinin empati düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin empati düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .210$  (95% CI, .207 to .213),  $p = <.001$ .

**Araştırma görevlisinin empati düzeyi** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .68 olarak tespit edilmiştir



**Tablo 38.** Araştırma görevlisinin empati düzeyi

	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
ölçek	3.10	0.660	0.688
<hr/>			
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
SBA ÖLÜM empati	3.17	0.937	0.540
BK ÖLÜM empati	3.48	1.082	0.799
MT ÖLÜM empati	2.87	0.815	0.565
SCG ÖLÜM empati	2.87	0.815	0.565

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma

### 10. Araştırma görevlisi hasta yakınına duygularını ifade etmek için izin verdi mi?

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınına duygularını ifade etmek için izin verdi mi?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .002$  (95% CI, -.003 to .007),  $p = .982$ .

<b>DUYGULARI İFADE ETMEK İÇİN İZİN VERDİ Mİ?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	16(30)	23(44)	23(44)	23(44)
HAYIR	8(15)	1(1.9)	1(1.9)	1(1.9)

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı  
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog  
SCG-Psikiyatri uzmanı  
SS-Standart sapma  
Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.

### 11. Araştırma görevlisi korkular, suçluluk, öfke, kaygı hakkında konuştu mu?

Fleiss' kapa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi korkular, suçluluk, öfke, kaygı hakkında konuştu mu?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = -.022$  (95% CI,  $-.028$  to  $-.017$ ),  $p = .794$ .

KORKU, ÖFKE, SUÇLULUK HAKKINDA KONUŞTU MU?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	5(9.6)	7(13)	24(46)	24(46)
HAYIR	19(36.5)	17(32)		
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

### 12. Araştırma görevlisi rahatlatıcı sözler söyledi,gerekirse destek önerilerinde bulundu mu?

Fleiss' kapa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi rahatlatıcı sözler söyledi,gerekirse destek önerilerinde bulundu mu?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .066$  (95% CI,  $.061$  to  $.072$ ),  $p = .436$ .

DESTEK ÖNERİLERİNDE BULUNDU MU?	SBA	BK	MT	SCG
EVET	1(1.9)	17(32)	22(42)	22(42)
HAYIR	23(44)	7(13.5)	2(3.8)	2(3.8)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

**13. Araştırma görevlisinin ölüm süreci ve bu süreçte verdiği eğitimi nasıl değerlendirirsiniz?**

Araştırma görevlisinin ölüm süreci ve bu süreçte verdiği eğitim maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .86 olarak tespit edilmiştir (**Tablo 38**)

**Tablo 39.** Araştırma görevlisinin ölüm süreci ve bu süreçte verdiği eğitim

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
scale	3.12	1.02	0.861
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
SBA ÖLÜM ölüm süreci eğitimi	3.00	1.17	0.872
BK ÖLÜM ölüm süreci eğitimi	2.87	1.32	0.879
MT ÖLÜM ölüm süreci eğitimi	3.30	1.18	0.751
SCG ÖLÜM ölüm süreci eğitimi	3.30	1.18	0.773

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisinin ölüm süreci ve bu süreçte verdiği eğitimi nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .275$  (95% CI, .272 to .278),  $p = <.001$ .

**14. Tüm puanlamalar aynı olduğu için ‘araştırma görevlisi ailenin ölüm ile ilgili değer, adet ve inanışlarını sordu mu?’ sorusu için uyum analizi gerçekleştirilememiştir.**

**15. Araştırma görevlisi kardiyopulmoner resusitasyon sırasındaki hasta konforu (mahremiyet, ağrı kontrolü) korunmasını açıkladı mı?’**

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların ‘araştırma görevlisi kardiyopulmoner resusitasyon sırasındaki hasta konforu (mahremiyet, ağrı kontrolü) korunmasını açıkladı mı?’ sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında orta düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .438$  (95% CI, .433 to .444),  $p = <.001$ .

<b>KPR KONFORU KORUNMASINI AÇIKLADI MI?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	1(1.9)	1(1.9)	6(11.5)	6(11.5)
HAYIR	23(44)	23(44)	18(34)	18(34)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

**16. Araştırma görevlisi kardiyopulmoner resusitasyon sırasında yapılanları açıkladı mı?’**

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların ‘araştırma görevlisi kardiyopulmoner resusitasyon sırasında yapılanları açıkladı mı?’ sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında orta düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .381$  (95% CI, .375 to .386),  $p = <.001$ .

<b>KPR SIRASINDA YAPILANLARI AÇIKLADI MI?</b>	<b>SBA</b>	<b>BK</b>	<b>MT</b>	<b>SCG</b>
EVET	8(15)	11(21)	12(23)	11(21)
HAYIR	16(30)	13(25)	12(23)	13(25)
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma Veriler frekansı (%) olarak sunulmuştur.				

**17. Araştırma görevlisi hasta yakınının bilgi ihtiyacını ne kadar karşıladı?’**

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların ‘araştırma görevlisi hasta yakınının bilgi ihtiyacını ne kadar karşıladı?’ sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .198$  (95% CI, .195 to .201),  $p = <.001$ .

**Araştırma görevlisi hasta yakınının bilgi ihtiyacını ne kadar karşıladı?’** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach’s  $\alpha$  değeri .84 olarak tespit edilmiştir (**Tablo 40**)

**Tablo 40.** Araştırma görevlisi hasta yakınının bilgi ihtiyacı

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	3.33	0.858	0.845
	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
SBA ÖLÜM bilgi ihtiyacını karşılama	3.09	0.900	0.813
BK ÖLÜM bilgi ihtiyacını karşılama	3.00	1.000	0.916
MT ÖLÜM bilgi ihtiyacını karşılama	3.61	1.118	0.717
SCG ÖLÜM bilgi ihtiyacını karşılama	3.61	1.118	0.717

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

**18. Araştırma görevlisi hasta yakınının destek ihtiyacını ne kadar karşıladı?’**

**Araştırma görevlisi hasta yakınının destek ihtiyacını ne kadar karşıladı?’** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach’s  $\alpha$  değeri .84 olarak tespit edilmiştir (**Tablo 41**)

**Tablo 41.** Araştırma görevlisi hasta yakınının destek ihtiyacını karşılama

	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
ölçek	3.09	0.940	0.849
	Ortalama	SS	Cronbach's $\alpha$
SBA ÖLÜM destek ihtiyacı karşılama	3.00	0.798	0.840
BK ÖLÜM destek ihtiyacı karşılama	3.13	1.100	0.900
MT ÖLÜM destek ihtiyacı karşılama	3.09	1.276	0.720
SCG ÖLÜM destek ihtiyacı karşılama	3.13	1.290	0.714
SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı			
BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı			
MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog			
SCG-Psikiyatri uzmanı			
SS-Standart sapma			

Fleiss' kappa analizi sonuçları uzmanların 'araştırma görevlisi hasta yakınının destek ihtiyacını ne kadar karşıladı?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında önemsiz düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .185$  (95% CI, .182 to .188),  $p = <.001$ .

**19. Tüm görüşmeyi genel olarak düşünürseniz, araştırma görevlisinin hasta yakını görüşmesini nasıl değerlendirirsiniz?**

**Tüm görüşmeyi genel olarak düşünürseniz, araştırma görevlisinin hasta yakını görüşmesini nasıl değerlendirirsiniz?** maddesinin güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .80 olarak tespit edilmiştir (Tablo 42)

**Tablo 42.** Tüm görüşmeyi genel olarak değerlendirme

	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
scale	3.26	0.774	0.807
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
SBA ÖLÜM genel görüşme değerlendirmesi	3.09	0.949	0.844
BK ÖLÜM genel görüşme değerlendirmesi	3.00	0.953	0.846
MT ÖLÜM genel görüşme değerlendirmesi	3.43	0.992	0.641
SCG ÖLÜM genel görüşme değerlendirmesi	3.52	0.994	0.644

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

Fleiss' kapp'a analizi sonuçları uzmanların 'tüm görüşmeyi genel olarak düşünürseniz, araştırma görevlisinin hasta yakını görüşmesini nasıl değerlendirirsiniz?' sorusuna ilişkin değerlendirmeleri arasında zayıf düzeyde uyum olduğunu göstermiştir  $\kappa = .207$  (95% CI, .204 to .211),  $p = <.001$ .

### 5.6. Ölüm Ölçeğinin Toplam Skorunun Güvenilirlik Analizi

**Tablo 43.** Ölüm bilgilendirmesi profesyonel değerlendiricilerin toplam skorlarının ortalaması ve Cronbach  $\alpha$  değerleri

	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
ölçek	30.8	6.35	0.887
<hr/>			
	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
SBA ÖLÜM Toplam	28.8	7.02	0.854
BK ÖLÜM Toplam	30.5	8.13	0.940
MT ÖLÜM Toplam	31.9	7.06	0.807
SCG ÖLÜM Toplam	32.0	7.10	0.809

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı

MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog

SCG-Psikiyatri uzmanı

SS-Standart sapma

**Açık uçlu sorulara verilen cevaplar tablo 27'de özetlenmiştir.**



**Tablo 44.** Değerlendiricilerin açık uçlu sorulara verdikleri cevaplar

<b>Araştırma görevlisinin güçlü yanlarını belirtiniz.</b>	<b>Araştırma görevlisinin geliştirmesi gereken yanlarını belirtiniz.</b>
Çok duygusal konuştu. Empati. Güven verici konuşması. Sakinleştirici anlatımı. Göz teması. Anlaşılır ve net konuştu. Göz teması kurdu. Akıcı konuştu. Bilgi anlayışımı teyit etti. Soru sormama izin verdi. Üzgün olduğunu belirtmesi. Kendinden emin konuşması ve tavırları. Sakin tavrı. Karşısındaki hasta yakınına dinlemesi. Tıbbi terim az kullanması. Güleryüzlü karşılama. Sorulan soruları sabırla dinlemesi. Ciddi ve disiplinli olması. Her şeyi açıkca ifade etmesi. Dürüstlük. Hasta yakınına hak verme. Hasta yakınına ilgi göstermesi. Rahatlatıcı ses tonu. Beden dili.	Kendini tanıtmadı. Oturacak yer göstermedi. Empati kurmadı. Aceleci ve özensiz davrandı. Fazla heyecanlıydı. Hızlı konuştu. İsim ile hitap etmedi. Beden dili, mimikleri 'yalan mı söylüyor?' hissi verdi. Hatayı kabul etmedi. Karşısındakinin sözünü kesti. Kendini tanıtmadı. Sürekli ayağını sallaması. Hasta yakını fazla soru sorduğunda sinirlenmesi. Hasta yakını ile konuşurken dışarıya bakması. Aynı kelimeleri ve cümleleri tekrar etmesi. Fazla tıbbi terim kullanması. Sorumluluk almak. Karmaşık konuşma.

Her iki ölçekte tıp eğitimi iletişim ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı yüksek korelasyon gösterdiği saptandı (Tablo 45).

**Tablo 45.** Ölçeklerarası korelasyon matrisi.

		<b>KOM toplam</b>	<b>ÖLÜM Toplam</b>
T toplam	Pearson's r	0.721	0.845
	df	25	21
	p-value	< .001	< .001
	95% CI Upper	0.864	0.933
	95% CI Lower	0.469	0.665

**T toplam:** Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı-TEBAD ölçeği profesyonel değerlendiricilerin toplam skorlarının ortalaması  
**KOM toplam:** Komplikasyon bilgilendirmesi profesyonel değerlendiricilerin toplam skorlarının ortalaması  
**ÖLÜM Toplam:** Ölüm bilgilendirmesi profesyonel değerlendiricilerin toplam skorlarının ortalaması

### 5.7. Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı-TEBAD ölçeği

Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı-TEBAD ölçeği güvenilirliğini test etmek amacıyla reliability analizi gerçekleştirilmiştir ve Cronbach's  $\alpha$  değeri .83 olarak tespit edilmiştir.

	Mean	SS	Cronbach's $\alpha$
SBA T toplam	13.4	4.27	0.809
BK T toplam	16.5	3.50	0.824
MT T toplam	12.6	2.35	0.766
SCG T toplam	12.5	2.24	0.773

SBA-Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı BK- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı MT- Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzman, Sosyal psikolog SCG-Psikiyatri uzmanı SS-Standart sapma T toplam: Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı-TEBAD ölçeği profesyonel değerlendiricilerin toplam skorlarının ortalaması
--

## 6. TARTIŞMA

Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanları çok geniş yelpazede hasta popülasyonu ile çalışan bir uzmanlık grubudur. Hem hasta profilleri bebekten yaşlıya tüm yaşları içerir; hem de yoğun bakım ameliyathane, ağrı polikliniği gibi farklı ortamlarda çalışırlar. Bu çalışma pratiğinde, bebek, yaşlı ya da iletişim kurulamayacak hastaların yakınlarına önemli bilgilendirmeleri, bazen kötü haberleri vermek durumundadır. Bu tez çalışmasında; yoğun bakımda çalışan Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı araştırma görevlilerinin, aile görüşmelerinde kötü haber verme konusundaki yetkinliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla aileye komplikasyon ve ölüm bildirilmesinin kalitesini değerlendirmeye yönelik bir değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Araştırmaya Hacettepe Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında çalışan araştırma görevlilerinin %80'i katıldı. Tıp Eğitimi Anabilim Dalı tarafından Dönem III Tıp öğrencilerine yönelik eğitimlerde kullanılmış olan oyuncular ile yapılan aile görüşmesi, hem görüşmeye katılan katılımcı ve oyuncu tarafından hem de kamera kayıtları üzerinden 4 farklı profesyonel değerlendirici (bir yoğun bakım uzmanı, bir anesteziyolog, bir sosyal psikolog ve bir psikiyatrist) tarafından puanlandırıldı. İki senaryo (komplikasyon bilgilendirilmesi, ölüm bilgilendirilmesi) için ayrı ayrı ölçek değerlendirilmeleri yapıldı.

Çalışmamızda araştırma görevlisinin kendini değerlendirdiği öz değerlendirme anketinin komplikasyon bilgilendirmesi formunun ve öz değerlendirme anketinin ölüm bilgilendirmesi formunun güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir ve her iki formun Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.93 olarak tespit edilmiştir (Tablo 23-24). Schmitz ve arkadaşlarının genel cerrahi araştırma görevlileri üzerinde yaptığı İngilizce orijinal çalışmada da benzer şekilde her iki form için Cronbach's  $\alpha$  değeri 0.91 olarak belirtilmiştir[1].

Çalışmamızda profesyonel değerlendiriciler tarafından değerlendirilen komplikasyon bilgilendirme formunun ve ölüm bilgilendirme formunun güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Komplikasyon bilgilendirme formu için Cronbach's değeri 0.81,

ölüm bilgilendirme formu için ise Cronbach's değeri 0.88 bulunmuştur. Schmitz ve arkadaşlarının genel cerrahi araştırma görevlileri üzerinde yaptığı İngilizce orijinal çalışmada da ise sırası ile bu değerler 0.93 ve 0.94 şeklinde belirtilmiştir[1]. Ayrıca değerlendirme formları arasında yapılan istatistik sonucuna göre hem komplikasyon bilgilendirmesi formu, hem de ölüm bilgilendirmesi formu ile Tıp Eğitimi ve Bilişim Ana bilim Dalı iletişim becerisi değerlendirme rehberi arasında korelasyon olduğu bulunmuştur ( Tablo 44).

Katılımcıların öz değerlendirme anketi ölüm bilgilendirmesi formuna ilişkin bu olgu sunumunu %40 'çoğunlukla gerçekçi' buldu. Schmitz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 'çoğunlukla' veya 'hayata çok uygun' cevaplarının oranı %42 olarak bulunmuştur[1]. Katılımcıların "hasta yakınının soruları ve cevapları ne kadar gerçekçi idi?" sorusuna %40 oranda 'tümüyle gerçek' cevabı verdi. Schmitz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 'çoğunlukla' veya 'çoğunlukla gerçeğe uygun' cevaplarının oranı %74 olarak belirlendi. Katılımcıların öz değerlendirme anketi komplikasyon bilgilendirmesi formuna ilişkin olgu sunumunu ve "hasta yakınının soruları ve cevapları ne kadar gerçekçi idi?" sorusunu %33.3 'tümüyle gerçek' olarak yanıtladılar. Schmitz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu oran sırası ile %74 ve %79 olarak bulundu[1]. Çalışmamızda ki %84.6 katılımcı daha önce ölüm bilgilendirmesi %63.5 katılımcı daha önce komplikasyon bilgilendirmesi yapmış olması yapılandırılmış bu sanal aile görüşmesini daha düşük oranda gerçekçi bulmalarına sebep olmuş olabilir.

Yoğun bakımlarda aile ile iletişimin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler; aile görüşmelerinin doğrudan gözlemlenmesi, aileden geri bildirim alınması veya yapılandırılmış klinik sınav uygulamaları ve ölçeklerin kullanımı şeklinde özetlenebilir. İdeal olarak, öncelikle ölçeklerin geliştirilmesi gerekir, sonrasında geçerlik güvenirliği gösterilmiş ölçeklerin gerçek aile görüşmelerinin değerlendirilmesinde kullanılması mümkün olabilir. Bu çalışmada kullanılan ölçek genel cerrahi araştırma görevlilerine yönelik objektif yapılandırılmış klinik sınav değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Ölçme ve değerlendirme, öğrenmeyi yönlendiren eğitim sürecinin en önemli ögesidir [102]. Bu bağlamda, hasta başında sözlü sınavlar öğrencinin klinik becerilerini ölçme ve değerlendirmede kullanılan en

eski yöntemdir. Ancak eğitim sisteminin gelişmesi, öğrenciyi objektif değerlendirebilmek için alternatif sınav yöntemlerini gündeme getirmiştir [103]. Bu amaçla, Harden (1979) alternatif ölçme ve değerlendirme araçlarından olan “Objektif yapılandırılmış klinik sınavı (OYKS)’nı” oluşturarak tıp eğitimine kazandırmıştır[104]. OYKS’nin asıl hedefi öğrencilerden beklenen mesleki klinik becerilerin performansını değerlendirmektir. Öğrencilerden beklenen mesleki becerilerini ve uygulamaya hazır olup olmadıklarını değerlendirmek için kullanılan geçerli bir yöntemdir[105]. Öğrencinin; hastaya yaklaşımını, hasta ile iletişim becerisi, anamnez alma, fizik muayene yapma, hasta ile ilgili karar verme, tanıya yönelik yorum yapabilme gibi çeşitli klinik uygulama becerilerindeki performansını değerlendirme amacıyla pek çok sağlık alanında (tıp fakülteleri, radyoloji, fizyoloji, hemşirelik gibi) kullanılmaktadır[106].

Sağlık mesleklerinde, profesyonel beceriler ve nitelikler çeşitli şekillerde öğretilir, öğrenilir ve değerlendirilir. Objektif yapılandırılmış klinik sınav, öğrencilerin beklenen klinik uygulama seviyesinde uygulandıkları sürece, klinik beceri kazanımını ve 'uygulamaya uygunluğu' değerlendirmek için değerli bir stratejidir. Bu sınavlar 1970'lerde tıp öğrencilerinin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir[104]. Klinik uygulamada yer alan bir dizi mesleki beceri ve bilgiyi değerlendirmek için tasarlanmıştır ve “yeterliliğin bileşenlerinin iyi planlanmış veya yapılandırılmış bir şekilde objektifliğe dikkat edilerek değerlendirildiği klinik yeterliliğin değerlendirilmesine yönelik bir yaklaşım” olarak tanımlanırlar. Objektif yapılandırılmış klinik sınav pahalı ve yoğun emek gerektirmesine rağmen, sağlık profesyoneli eğitiminin kalitesini artırdığına dair kanıtlar vardır[107]. İyi bildirilmeyen şey, kaliteli çıktıları desteklemek için müfredatı en iyi şekilde nasıl entegre edilebilecekleridir. Çalışmamızdaki katılımcılardan 18 (%34.6) kişi daha önce kötü haber verme üzerine eğitim almışken, 34 (%65.4) katılımcı bu konuda daha önce eğitim almamıştır. Kötü haber verme eğitimi mezuniyet öncesi tıp eğitimi ulusal çekirdek eğitim programında(2020) yer almaktadır[108]. Fakat Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatında kötü haber verme ile ilişkili eğitim yer almazken, diğer uzmanlık dallarında örneğin iç hastalıkları çekirdek eğitim programında bu eğitime yer verilmiştir. Kötü haber verme ile ilgili eğitim

Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi çekirdek müfredatına dahil edilmeli ve ölçüm yapılmalıdır.

Yoğun bakımda izlenen kritik hastaların bilinçsiz, yetkisiz olduğu durumlarda, aileleri hastaların teşhisi, prognozu ve tedavisi hakkında tam bilgi alır ve onların adına tıbbi kararlar vermeleri beklenir[109]. Kritik hastaların aile üyeleri ile etkili iletişim, tartışmasız yoğun bakım ünitesinde yüksek kaliteli göstergesidir. Yoğun bakım ünitesi hekimleri ve hemşireleri, yalnızca karmaşık bilgileri anlaşılır bir şekilde sağlamak ve empatik bir şekilde iletişim kurmakla kalmamalı, aynı zamanda bunu zaman ve personel kısıtlamaları ile kısıtlanmış halde yapmalıdır. Ayrıca, farklı yoğun bakım faktörleri, hasta yaş grupları, iletişim dinamiklerini bu iletişimi daha da karmaşık hale getirebilir. İletişimin karmaşıklığına rağmen, yoğun bakım klinisyenleri genellikle özel eğitim almazlar ve bu nedenle bu tür etkileşimler için yeterince hazır olmayabilirler. Önceki çalışmalarda, yoğun bakım ünitesindeki aile üyeleriyle iletişimin genellikle etkisiz olduğunun ve aile üyeleri arasında yetersiz anlaşılma ile sonuçlandığı bildirilmiş olması bu nedenle şaşırtıcı değildir[12].

Kritik hastaların aile üyeleri ile iletişim düzenli olarak değerlendirilmeli ve gerekirse geliştirilmelidir. Ailenin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik çabalar, ailenin isteklerine göre (hastanın yetersiz olduğu varsayılarak), özellikle arzu edilen özerklik düzeyi, hastanın tıbbi durumu ve toplumsal normlar dikkate alınarak şekillendirilmelidir. Yaşam sonu ortamında aile merkezli bakım esastır. Bilgi tek başına yeterli olmamakla birlikte erken ve etkili iletişim (iyi anlaşılmış, tatmin edici olarak algılanmış ve minimal anksiyete ve depresyon semptomlarıyla ilişkili) ortak karar verme modelinin kullanılması için bir ön koşuldur. Etkili bilgi almış olan ve hasta bakımı ve tıbbi kararları yoğun bakım personeli ile paylaşmaya istekli olan aileler, düzenli bilgilendirme süreciyle vekil olarak görevlerinde desteklenmelidir. Çalışmamızda “ölüm süreci ve bu sırada uygulananlar hakkında verdiğiniz eğitimi nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna araştırma görevlilerinin öz değerlendirmelerinin medyanı 5 üzerinden 3 (iyi) olarak saptandı. Ölüm sürecinde yapılanlara hakkında aileye daha iyi eğitim verilebileceği sonucu çıkarıldı. Ölmekte olan hastaların aile üyeleri, şefkat ve ilgiyi iletme, suçluluğu hafifletme, özerkliği geliştirmek ve ailenin en iyi seçimleri yaptığına dair güven ifadeleri sağlamak için

değerli fırsatlar sağlayan bir veya daha fazla aile konferansından yararlanır. Sıralanan beş noktanın, ortak karar alma modelinde yer alan herkese önemli faydalar sağladığına inanıyoruz: İletişim becerilerinin geliştirilmesi, bilgi ve iletişim araştırması, yoğun bakım dışındaki çalışmalar, tıbbi çıkarlar ve özerklik etiği arasındaki potansiyel çatışma, toplum içinde tanıtım ve etik tartışmalar[109].

Yoğun bakım ünitesinde ailelere sağlanan bilgilerin etkililiğini ölçmek için üç belirteç; anlama, memnuniyet, anksiyete ve depresyon belirtileri kullanılmıştır[110]. Ailelerin hastalığın doğasını anlaması, ölüm riskini ölçmesi, umutlarını gerçeğe uyarlaması ve hastanın durumunun net bir genel resmini oluşturması için tanı, prognoz ve tedavinin anlaşılması önemlidir. Anlama, Fransız FAMIREA grubu tarafından çok basit niteliksel kriterler kullanılarak ölçülmüştür[31] ve yoğun bakım hastalarının aile üyelerinin yarısında yetersizdi. İlk aile görüşmesinde daha fazla zaman harcamak ve aile bilgilendirme broşürü kullanmak, daha iyi anlama ile ilişkilendirildi. Aynı grup tarafından yapılan başka bir çalışma, aileleri yoğun bakım yöntemleri, yoğun bakım ortamı ve yakınlarından sorumlu yoğun bakım personelinin adları hakkında bilgilendiren aile bilgi broşürünün olumlu etkisini vurgulamıştır[111]. Ses kaydına dayalı kantitatif yöntemler kullanan Curtis ve meslektaşları[112, 113] ölmekte olan hastaların aile üyelerine sağlanan bilgilerin etkinliğine ilişkin son derece doğru ölçümler gerçekleştirdi. Aile üyesi memnuniyeti, sağlık çalışanlarının ailenin beklentilerini karşıladığını göstermektedir. Memnuniyeti artırmak muhtemelen hem yoğun bakım hastalarının ailelerinin yükünü hem de aileler ile yoğun bakım sağlık çalışanları arasındaki çatışma olasılığını azaltır.

Yaşamın sonunda hasta-aile-personel üçlüsünde iletişimi geliştirmek için kapsamlı çalışmalar yapılmıştır[114, 115]. Ölmek üzere olan hastaların ve ailelerinin bakımı çok önemli olmakla birlikte, aile merkezli bakım süreci, yaşam sonu kararları alınmadan çok önce başlamaktadır. Hastada beklenen sonuç ne olursa olsun, her aile çok erken bilgilendirilmelidir[116]. Çarpıcı bir şekilde, yoğun bakım taburculuğunda iletişimin etkinliği üzerine yapılan çalışmalarda, hayatta kalan hastaların aile üyeleri ile ölen hastaların aile üyeleri arasında anlama ve memnuniyet açısından fark bulunmazken, ölen hastaların yakınlarında depresyon belirtileri daha yaygın bulunmuştur[117]. Ölmekte olan hastaların aile üyeleriyle yoğun bakım ünitesinden

taburcu olduktan birkaç ay sonra görüşüldüğünde, bunların yaklaşık yarısı aldıkları bilgilerin yetersiz olduğunu ve daha çok hastanın durumu, ölüm nedeni ve ağrı ve kaygıyı azaltmak için kullanılan yöntemlere odaklanmaları gerektiğini bildirdi[118]. Ayrıca, yoğun bakımda ölen hastaların ailelerinin tanımlanmış en önemli on ihtiyacı arasında aile üyelerinin etkili bir şekilde bilgilendirilmesi yer almaktadır[114].

Çalışmamızda “Empati düzeyiniz nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna araştırma görevlilerinin hem komplikasyon hem de ölüm bilgilendirmesinde öz değerlendirmelerinin medyanı 5 üzerinden 4 (çok iyi) olarak saptandı. Empatik stratejiler, iletişim eğitim programlarında öğretilir[119]. Sözel olmayan empatik ifadeler (örn; duruş), hekimin teknik uzmanlığına ilişkin değerlendirmelerinden bağımsız olarak hasta memnuniyetini tahmin eder[120]. Güçlü empatik beceriler, bir başkasının rahatsızlığının ve ıstırabının farkında olmayı ve hastalığa eşlik eden insan hikayelerini tanımayı içerir [121]. Empati ve duygusal bağlılık, güvenin merkezinde yer alır[122].

Çalışmamızda “Dürüstlük ve doğruluğunuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna araştırma görevlilerinin hem komplikasyon hem de ölüm bilgilendirmesinde öz değerlendirmelerinin medyanı 5 üzerinden 4 (çok iyi) olarak saptandı. Hekim aile ilişkisinde dürüst olmak açıklamaları doğrulukla yapmak önem taşımaktadır. Web tabanlı bir çalışmada aile üyelerinin yoğun bakım ünitesi ortamında prognozla ilgili sorulara verilen dolaylı veya yönlendirme yanıtlarını doğrudan yanıtlardan daha iyimser olarak yorumladıklarını gösterilmiştir[123]. Bilgilendirmeler açık, net, doğrudan yanıtlarla yapılmalıdır.

Çalışmamızda “Hasta yakını size hastasına bakımı konusunda ne kadar güvenebilir?” sorusuna araştırma görevlilerinin öz değerlendirmelerinin medyanı 5 üzerinden 3 (iyi) olarak saptandı. Hasta yakınında güven oluşturma konusu geliştirilmelidir. Güven olmadan, yoğun bakım doktorunun ailelerle yaşam sonu iletişimi ve karar verme temeli yoktur. Aile memnuniyeti, iletişimin bir barometresi olarak kullanılabilir ve aslında iletişim başarıları ve başarısızlıkları, bakımın diğer yönlerinden daha fazla şükran ve şikayet yaratır [118, 124]. Memnuniyet, kendisine soru sorma fırsatı verilmesiyle ilişkilidir. Kişisel değerleri ifade etmek, acı verici



duyguları ifade etmek, endişeleri, duyguları veya suçluluğu dile getirmek için izin verilmelidir[125, 126]. Aynı zamanda bu durum yoğun bakım ünitesinde ölme ve ölümün kalitesi ile yüksek oranda ilişkilidir[113, 127]. Kriz zamanlarında tıbbi verileri anlamadaki zorluk, “ailenin hastalık ve tedaviler hakkındaki anlayışını kontrol etme” ve “sık sık özetleme” gibi iletişim becerileri eğitimi tekniklerinin yararlı olduğunu düşündürür[128]. İletişim becerileri eğitiminin bir sonucu olarak daha iyi hasta/aile/kurum sonuçları olduğunu gösteren inandırıcı veriler varsa, yoğun bakım eğitimi önemli ölçüde değişebilir[17, 129].

Çalışmamızda araştırma görevlilerinin öz değerlendirmesinde %96’sının jargon kullanmadan açıklama yaptığı saptanmıştır. Bilgilendirme (EMPOWER) kılavuzunda, jargonun azaltılması, navigasyonun iyileştirilmesi, bilgilendirmenin çeşitli hastalık senaryoları için uygulanabilir hale getirilmesi, modüllerin yeniden düzenlenmesi ve daha fazla talimat ve psikoeğitim eklenmesi dahil olmak üzere değişiklikler uygulanarak yapıldığında elde edilen ön veriler; bilgilendirmenin uygulanabilir, kabul edilebilir olduğunu ve vekiller arasında psikolojik semptomlarda dikkate değer gelişmelerle ilişkili olduğunu göstermektedir. [130].

Çalışmamızda, komplikasyon bilgilendirilmesi yapılan grupta ortalama±SD bilgilendirme süresi 6±2.3 dakika iken, ölüm bilgilendirme süresi 4±1.15 dakika idi. Bu sürelerin yetersiz olduğu düşünüldü. Yapılan çalışmalarda aile üyelerinin %54’ünün hastanın tanısını, tedavisini ve prognozunu iyi anlamamış olabildiğini göstermiştir; Hekim-aile toplantıları 10 dakikadan az sürdüğünde anlama özellikle zayıftır[17, 31].

Hasta yakınları, hastaların kötüleşen sağlığı karşısında bir şok halinde olabilir, sevdiklerinin yaklaşan ölüm olasılığı karşısında kederlenebilir ve yoğun bakım ünitesindeki travmaya neden olan hasta ıstırapı ve tıbbi gerçeklerle başa çıkamayabilir. Böylesine sıkıntılı bir psikolojik durumda olmak, anlaşılır bir şekilde, bir hasta yakınının karar verme kapasitesi üzerinde bir etkiye sahip olabilir. Bu nedenle, hastanın ölümünden sonra suçluluk, pişmanlık ve uzun süreli yas sık görülür[130, 131]. Bir iletişim stratejisi ve bir broşürden oluşan bir yas stratejisinin postravmatik stres bozukluğu, kaygı ve depresyon semptomlarının görünümünü azalttığı gösterilmiştir. Yas desteği olarak bir broşür, taziye kartı ve telefon görüşmesi,

uzun süreli yas riskini azaltır. Kardiyopulmoner resusitasyon hakkında bilgi almak ve resusitasyona katılma seçimini elde etmek, daha az posttravmatik stres bozukluğu, depresyon ve travmatik keder sıklığına yol açtığı gösterilmiştir. Aksine, bir taziye kartı, posttravmatik stres bozukluğuna ve/veya depresyon risklerinin artmasına neden olabilir. Bir yoğun bakım günlüğü, kaygı, depresyon veya posttravmatik stres bozukluğu oluşumunda hiçbir azalmaya yol açmaz[132]. Ayrıca, aile bakımı ritüelleri için fırsatlar sunmak, stresle ilişkili semptomların azaltılmasına yardımcı olabilir. Kardiyopulmoner resusitasyona aile katılımının psikolojik olumlu sonuçlarının olduğu görüldü. Çok sayıda çalışma, klinisyenlerin karar verme sürecine aile üyelerini dahil etmeleri ve durumu olabildiğince iyi açıklamaları için iletişim eğitimi önermektedir[132]

Son on yılda, epidemiyolojik çalışmalar, ölmekte olan hastaların aile üyelerinin özel ihtiyaçlarını belirlemiştir, böylece aile üleriyle iletişimi iyileştiren proaktif müdahalelerin geliştirilmesine olanak sağlamıştır. Yaşam sonu aile görüşmeleri, bu literatür tarafından sağlanan kanıtlara dayanmaktadır ve ana hedefleri, YBÜ personeli ile aile üyeleri arasındaki iletişimi geliştirmek ve zor kararlar verilmesi gerektiğinde ailelere yardımcı olmaktır[13]. Yoğun bakım klinisyenlerinden iletişime yaklaşımlarında tek tip ve etkili bir değişiklik sağlamak için yayınlanan ayrıntılı kılavuzları takip etmeleri istenmektedir. Aile konferanslarına daha fazla sayıda akraba katılmalı, bilgi vermek ve akrabaları dinlemek için daha uzun süreler harcanmalıdır. Aile konferansları aynı zamanda aile üyelerine hastanın isteklerini tartışmak, duyguları ifade etmek, suçluluk duygularını hafifletmek ve bakımın amaçlarını anlatabilmek için daha fazla fırsat sağlanmalıdır. Aile görüşmesi sonunda aileye yas broşürü verilebilir. Yapılan önceki araştırmalar, aileler için standartlaştırılmış yazılı bilgiler sunarak anlamının önemli ölçüde arttığını gösterdi. Bu konudaki araştırmalar, klinisyenlerin davranışlarındaki değişiklikleri etkilemek için çok yönlü müdahalelerin gerekli olduğunu göstermektedir[13]. Alışlagelmiş uygulamalarla karşılaştırıldığında yaşla ilgili bir broşürün sağlanmasını içeren rutin yaşam sonu aile konferansları için proaktif bir strateji, ailelerin konuşmak ve duygularını ifade etmek için daha fazla fırsata sahip olduğu, kendilerini daha desteklenmiş hissettikleri daha uzun toplantılarla sonuçlanır. Zor kararlar vermede, suçluluk duygusundan daha fazla rahatlama yaşayabilirler ve gerçekçi bakım

hedeflerini kabul etme olasılıkları daha yüksektir. Bu stratejinin sonucunda, hastanın ölümünden 3 ay sonra posttravmatik stres bozukluğu ile ilişkili semptomlarda ve anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma olduğu gösterilmiştir. [13].

Uzamış yas bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu ve depresif semptomlar 2 yas yılı boyunca devam edebilir. Kayıptan 6 ay sonra daha yüksek uzamış yas semptomları, posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının zaman içinde alevlenmesine katkıda bulunurken, uzun süreli posttravmatik stres bozukluğu semptomları, ilk yas yılından sonraki uzun süreli depresyon ve uzamış yas semptomları ile ilişkilendirilmiştir. Depresyon ve uzamış yas bozukluğu semptomlarının kayıptan sonraki 6 ay gibi erken bir tarihte tanımlanması ve hafifletilmesi, yaşlı hasta yakınlarının etkili bir şekilde yas tutmasını ve bu semptomların uzun süreli uzamış yas bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu ve depresyona dönüşmesinin önlemesini sağlar[47].

Yastan 6 ay sonra ortaya çıkan uzamış yas bozukluğu semptomları, posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının zamanla alevlenmesine katkıda bulunabilirken, uzun süreli posttravmatik stres bozukluğu semptomları normal yas sürecini bozar ve ilk yas yılından sonra uzun süreli depresif ve uzamış yas bozukluğu semptomlarını hızlandırır. Sağlık uzmanları, yoğun bakım ünitesindeki bir ölümden sonra mümkün olan en kısa sürede (örneğin, kayıptan 6 ay sonra) yaşlı hasta yakınlarının arasında uzamış yas bozukluğu ve depresyonu değerlendirmelidir. Yasın erken döneminde yüksek uzamış yas bozukluğu ve depresif belirtiler, uzun süreli posttravmatik stres bozukluğu için bir risk faktörü olarak kabul edilebilir. Yasın ikinci yılında uzamış yas bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu semptomları arasındaki çift yönlü ilişkiye dair yeni gözlemimiz, birinci yas yılından sonraki uzamış yas bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının birbirini besleyebileceğini ve kayıptan kurtulmayı engelleyebileceğini göstermektedir. Artmış uzamış yas bozukluğu ve posttravmatik stres bozukluğu semptomlarını hedeflemek, yaşla ilgili bu tepkileri hafifletebilir[47].

Yoğun bakım ünitesinde sevilen birinin/önemli bir kişinin ölümü, ölen yoğun bakım hastalarının yakınları üzerinde psikolojik bir etkiye sahip olabilir. Yoğun bakım sonrası sendrom-ailesi semptomları, yaşam kalitesinde değişikliklere neden

olabilen anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve komplike kederden oluşur. Sevilen birinin yoğun bakımda ölümünden sonra yoğun bakım sonrası sendrom - ailesi gelişimini önlemek veya azaltmak için yas destek stratejilerine ihtiyaç vardır. Yas desteği taziye mektubu, yoğun bakım günlükleri, telefonla takip araması, yoğun bakım doktorları ve personeli ile takip toplantısı, broşür kullanarak ölüm hakkında bilgi, farklı iletişim stratejisi biçimi veya farklı yas desteğinin kombinasyonudur. Bununla birlikte, mevcut yoğun bakım ünitesi kılavuzu yaşam sonu/yoğun bakım ünitesi yas sonrası destekleyici bakımın olması gerektiğini belirtir, ancak bu kılavuzlarda pratik uygulama stratejileri ve bu desteğin yoğun bakım ünitesinde nasıl organize edileceği konusunda eksiklikler vardır[132].

Yoğun bakımda ölüm bilgilendirmesinde sevilen birinin kaybıyla başa çıkmakla ilgili bir broşürün ve yasla ilgili bilgilerin aile üyeleri için çok yararlı olmasını bekliyoruz. Bu broşür, destek kaynakları hakkında bilgiler ve sevilen birini kaybetme ve bununla nasıl başa çıkılacağı hakkında küresel bilgiler içermelidir. Bu, aile üyeleri tarafından anlayışı geliştirir. Ayrıca, desteğin mevcut olduğunu bilmek, yas döneminde yardımcı olur. Bu broşür uygun zamanda okunabilir ve bu nedenle aile üyeleri için doğru zamanda erişilebilir. Ancak broşürü vermek için doğru zaman belli değildir. Hastanın ölümü üzerine verildiğinde, aile fedleri bu broşürü okumayı unutabilmektedir[133]. Başka bir yazıda, hastanın ölümünden 4 hafta sonra bir broşür gönderdikleri ve iki hafta sonra arayıp gelip almadıklarını kontrol ettikleri anlatılmaktadır. Yas broşürünün gönderileceği en uygun anı belirlemek için daha fazla araştırma yapılması gerekiyor[132].

Kentish-Barnes ve ark. taziye kartının tek başına depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu semptomlarının daha yüksek prevalansına yol açtığını gösterdi[134]. Yoğun bakım günlüğü için de geçerli olan, duygusal ve zor bir dönemin tatsız anılarını hatırlayabilir. Ayrıca, aile üyeleri bir taziye kartı aldıktan sonra daha fazla destek bekleyebilirler. Ancak, McAdam ve ark. geniş bir yas destek stratejisinin parçası olarak taziye kartı kullandı ve Erikson ve diğerleri tarafından da savunulan olumlu geri bildirim aldılar. Bir taziye kartının yas sürecinde ne zaman yardımcı olabileceğini öğrenmek için daha fazla araştırma yapılması önerilir[132].

Bir takip telefon görüşmesi, McAdam ve arkadaşlarının çalışmasında karışık sonuçlarla sonuçlandı. Katılımcıların yarısı bu telefon görüşmesini tercih etti[133]. Ayrıca, bir telefon görüşmesi çok zaman alıcıdır. Erikson ve ark. bu takip telefon görüşmesinden kimin yararlanabileceğini değerlendirmek için aileleri yas riski açısından tarama yaklaşımını önerdi. Yalnızca yaklaşık %10'u, çoğunlukla ölüm nedenine ilişkin cevaplar almak için destekleyici bir telefon görüşmesine ihtiyaç duyduğunu bildirdi. Komplike yas için risk faktörleri üç kategoriye ayrılabilir: 1) daha genç yaş ve kadın cinsiyet dahil olmak üzere geçmişe bağlı risk faktörleri, 2) yaşamın sonundaki travmatik veya beklenmedik durumlar dahil olmak üzere hastalık veya ölümle ilgili risk faktörleri ve hayatın sonunda kötü hasta yaşam kalitesi ve 3) pişmanlık, suçluluk, utanç veya kendini suçlama duyguları veya hayatın anlamını yitirme duygusu gibi yasla ilgili risk faktörleri[132].

Yoğun bakım ünitesine kabul, başlı başına zorlu ve yaşamı tehdit eden bir olaydır; taburcu olduktan sonra sorunlar bitmemektedir. Düşen ölüm oranları ile birlikte kritik hastalık veya yoğun bakımda kalmaları nedeniyle devam eden rahatsızlıkları olan ve hayatta kalanların sayısı artmaktadır. Yoğun bakım ünitesi kliniklerinde veya birinci basamakta yoğun bakım ünitesinden taburcu olan hastalar tarafından ifade edilen ana semptomlar, duygu değişikliği, halsizlik, yorgunluk, konsantrasyon ve hafızada devam eden eksiklikler, uyku bozuklukları ve saç dökülmesini içerir. Hep birlikte, bu yeni veya kötüleşen bozukluklar, yoğun bakım sonrası hastaların ve bakıcılarının refahını potansiyel olarak etkileyen yoğun bakım sonrası sendromu olarak tanımlandı. Ailelerin ve bakıcıların da yoğun bakım ünitesinde geçirilen süreden ve sevdikleri veya önemli bir başkasının geçirdiği iyileşmeden muzdarip olduğu spesifik bir yoğun bakım sonrası sendrom formu tanımlanmıştır. Bu forma yoğun bakım sonrası sendrom-ailesi adı verilir. Çoğu zaman, bu gruptaki semptomlar tanınmaz ve aile üyeleri ile bakıcıları tedavi edilmeden ve desteklenmeden bırakılabilir[132]. Çatışan değerler, kültür, din ve prognostik zorluklar duyguları artırabilir [135]. Yoğun bakım hastalarının aile üyelerinin yaklaşık %73'ünde önemli düzeyde kaygı, % 35'inde depresyon belirtileri saptanmıştır [136]. Bu nedenle sıkıntı, yoğun bakım ünitesi aile toplantısının öngörülebilir bir özelliğidir[17]. Bu sıkıntılı görüşmelere özellikle kötü haber verecek olan hekimlerin eğitilmiş ve iyi hazırlıklı olmaları gerekir.

## 7. SONUÇ

Kötü haber verme bilgilendirmesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon araştırma görevlilerinin eğitim programlarının önemli bir parçası olmalıdır. Çalışmamızda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız **“HASTA YAKININA KÖTÜ HABER VERME- KOMPLİKASYON BİLGİLENDİRMESİ”** ve **“HASTA YAKININA KÖTÜ HABER VERME- ÖLÜM BİLGİLENDİRMESİ”** ölçekleri güvenilir olup yapılandırılmış klinik sınavlarda kullanılabilir. Gerçek hasta görüşmelerinde bu çalışmada kullanılan ölçekler esas alınarak görüşme içeriği oluşturulabilir. Bu ölçekler kayıt edilmiş gerçek aile görüşmelerinde değerlendirilmesinde kullanılarak aile memnuniyeti ile ilişkisi çalışılabilir. İyi bir hekim- aile ilişkisi, profesyonel bir kötü haber bilgilendirilmesi hasta memnuniyetini artırması dışında, yoğun bakım yüksek kalite göstergesi olabilir, yasal problemleri önleyebilir, ölüm sonrası yas reaksiyonları ve postatratvamatik stres bozukluğu, aile depresyonu gibi ailelerde rastlanan yoğun bakım sonrası sendromunu azaltabilir.

## 8. ÖNERİLER

1. Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık çekirdek eğitim programlarına aile ile iletişim-kötü haber verme eğitimi eklenmelidir.
2. Bu eğitim çıktıları için yapılandırılmış klinik sınavlar, geliştirilmiş ölçekler kullanılmalıdır. **”HASTA YAKININA KÖTÜ HABER VERME-KOMPLİKASYON BİLGİLENDİRMESİ”** ve **“HASTA YAKININA KÖTÜ HABER VERME- ÖLÜM BİLGİLENDİRMESİ”** ölçekleri kullanılabilir.
3. Yoğun bakım ünitelerinde kalite ölçümü için aile görüşmelerinin izlenmesi ve iletişimin etkinliğinin ölçülmesi değerlendirilmelidir.
4. Araştırma görevlilerinin iletişim yeteneklerinin geliştirilmesi, profesyonel yetkinliklerinin artırılması açısından önerilir.
5. Ailelerde tüm yoğun bakım sonrası sendromunun azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

## 9. KAYNAKLAR

1. Schmitz, C.C., et al., *Professionalism and communication in the intensive care unit: reliability and validity of a simulated family conference*. Simul Healthc, 2008. **3**(4): p. 224-38.
2. Chipman, J.G., et al., *Development and pilot testing of an OSCE for difficult conversations in surgical intensive care*. J Surg Educ, 2007. **64**(2): p. 79-87.
3. Güzeloğlu, T., *20. yüzyıl tıp tarihinde hasta-hekim ilişkisinin fenomenolojik analizi*. 2022.
4. Küçükalp, K., *Batı metafiziğinin dekonstrüksiyonuna yönelik iki yaklaşım: Heidegger ve Derrida*. 2008, Bursa Uludag University (Turkey).
5. Charon, R., *The novelization of the body, or, how medicine and stories need one another*. Narrative, 2011. **19**(1): p. 33-50.
6. Küçükalp, K., *Nietzsche ve postmodernizm*. 2003: Paradigma.
7. APAYDIN, H., *Aile içi iletişimin çocuğun dinsel gelişimine etkisi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2001. **12**(12-13): p. 319-337.
8. Hampton, J.R., et al., *Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients*. Br Med J, 1975. **2**(5969): p. 486-9.
9. Habiba, M.A., *Examining consent within the patient-doctor relationship*. J Med Ethics, 2000. **26**(3): p. 183-7.
10. Emanuel, E.J. and L.L. Emanuel, *Four models of the physician-patient relationship*. Jama, 1992. **267**(16): p. 2221-6.
11. O'Rourke, K., *Trust and the patient-physician relationship*. Am J Kidney Dis, 1993. **21**(6): p. 684-5.



12. Reifarth, E., J. Garcia Borrega, and M. Kochanek, *How to communicate with family members of the critically ill in the intensive care unit: A scoping review*. *Intensive Crit Care Nurs*, 2023. **74**: p. 103328.
13. Lautrette, A., et al., *A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU*. *N Engl J Med*, 2007. **356**(5): p. 469-78.
14. Back, A.L., et al., *Approaching difficult communication tasks in oncology*. *CA Cancer J Clin*, 2005. **55**(3): p. 164-77.
15. Baile, W.F., et al., *SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer*. *Oncologist*, 2000. **5**(4): p. 302-11.
16. Leonard, M., S. Graham, and D. Bonacum, *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. *Qual Saf Health Care*, 2004. **13 Suppl 1**(Suppl 1): p. i85-90.
17. Levin, T.T., et al., *End-of-life communication in the intensive care unit*. *Gen Hosp Psychiatry*, 2010. **32**(4): p. 433-42.
18. Vanden Bergh, H. and D.M. Wild, *[Conversations about end-of-life in the intensive care unit]*. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 2015. **50**(1): p. 56-63.
19. Levin, T.T., et al., *End-of-life communication in the intensive care unit*. *General hospital psychiatry*, 2010. **32**(4): p. 433-442.
20. Kloos, J.A. and B.J. Daly, *Effect of a Family-Maintained Progress Journal on anxiety of families of critically ill patients*. *Crit Care Nurs Q*, 2008. **31**(2): p. 96-107; quiz 108-9.
21. Garrouste-Orgeas, M., et al., *Impact of an intensive care unit diary on psychological distress in patients and relatives\**. *Crit Care Med*, 2012. **40**(7): p. 2033-40.

22. Jones, C., C. Bäckman, and R.D. Griffiths, *Intensive care diaries and relatives' symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study*. *Am J Crit Care*, 2012. **21**(3): p. 172-6.
23. Kynoch, K., et al., *The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update*. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 2016. **14**(3): p. 181-234.
24. Appleyard, M.E., et al., *Nurse-coached intervention for the families of patients in critical care units*. *Crit Care Nurse*, 2000. **20**(3): p. 40-8.
25. McKiernan, M. and G. McCarthy, *Family members' lived experience in the intensive care unit: a phenomenological study*. *Intensive Crit Care Nurs*, 2010. **26**(5): p. 254-61.
26. Xyrichis, A., et al., *Interventions to promote patients and families' involvement in adult intensive care settings: a protocol for a mixed-method systematic review*. *Syst Rev*, 2019. **8**(1): p. 185.
27. Wachtl, M., et al., *Animation supported communication on intensive care; a service improvement initiative*. *J Intensive Care Soc*, 2022. **23**(4): p. 433-438.
28. Van Scoy, L.J., et al., *Feasibility and Acceptability of a Novel Intensive Care Unit Communication Intervention ("Let's Talk") and Initial Assessment Using the Multiple Goals Theory of Communication*. *Am J Hosp Palliat Care*, 2023: p. 10499091231176296.
29. Boissy, A., et al., *Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction*. *J Gen Intern Med*, 2016. **31**(7): p. 755-61.
30. Biglu, M.H., et al., *Communication Skills of Physicians and Patients' Satisfaction*. *Mater Sociomed*, 2017. **29**(3): p. 192-195.
31. Azoulay, E., et al., *Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians*. *Crit Care Med*, 2000. **28**(8): p. 3044-9.

32. Davidson, J.E., et al., *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005*. Crit Care Med, 2007. **35**(2): p. 605-22.
33. Erickson, S.G. and N.F. Siparsky, *Assessing Communication Quality in the Intensive Care Unit*. Am J Hosp Palliat Care, 2022: p. 10499091221139427.
34. Ptacek, J.T. and T.L. Eberhardt, *Breaking Bad News: A Review of the Literature*. JAMA, 1996. **276**(6): p. 496-502.
35. Buckman, R., *How to break bad news: a guide for health care professionals*. 1992: University of Toronto Press.
36. VandeKieft, G.K., *Breaking bad news*. Am Fam Physician, 2001. **64**(12): p. 1975-8.
37. Girgis, A. and R.W. Sanson-Fisher, *Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians*. Behav Med, 1998. **24**(2): p. 53-9.
38. Rabow, M.W. and S.J. McPhee, *Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer*. West J Med, 1999. **171**(4): p. 260-3.
39. Ptacek, J.T. and T.L. Eberhardt, *Breaking bad news. A review of the literature*. Jama, 1996. **276**(6): p. 496-502.
40. Whippen, D.A. and G.P. Canellos, *Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists*. J Clin Oncol, 1991. **9**(10): p. 1916-20.
41. Conlee, M.C. and A. Tesser, *The effects of recipient desire to hear on news transmission*. Sociometry, 1973: p. 588-599.
42. Goldie, L., *The ethics of telling the patient*. J Med Ethics, 1982. **8**(3): p. 128-33.
43. Mack, J.W., et al., *Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the Human Connection Scale*. Cancer, 2009. **115**(14): p. 3302-11.

44. Elbi, H., *Kanser ve depresyon*. Psikiyatri Dünyası, 2001. **5**(1): p. 5-10.
45. Kaplan, H.I. and B.J. Sadock, *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*. 1988: Williams & Wilkins Co.
46. Miller, S.M., *Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management*. Cancer, 1995. **76**(2): p. 167-77.
47. Wen, F.H., et al., *How symptoms of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression relate to each other for grieving ICU families during the first two years of bereavement*. Crit Care, 2022. **26**(1): p. 336.
48. Angus, D.C., et al., *Caring for the critically ill patient. Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease: can we meet the requirements of an aging population?* Jama, 2000. **284**(21): p. 2762-70.
49. Simchen, E., et al., *Survival of critically ill patients hospitalized in and out of intensive care units under paucity of intensive care unit beds*. Crit Care Med, 2004. **32**(8): p. 1654-61.
50. Sprung, C.L., et al., *The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: intensive care benefit for the elderly*. Crit Care Med, 2012. **40**(1): p. 132-8.
51. Hakeri, H., *TIP HUKUKUNDA MALPRAKTİS KOMPLİKASYON AYRIMI*. Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni, 2014. **5**(1).
52. Isensee, L.M., L.J. Weiner, and R.G. Hart, *Neurologic disorders in a medical intensive care unit: A prospective survey*. Journal of critical care, 1989. **4**(3): p. 208-210.
53. Eidelman, L.A., et al., *The spectrum of septic encephalopathy. Definitions, etiologies, and mortalities*. Jama, 1996. **275**(6): p. 470-3.

54. Butterworth, R.F., *Neuroactive amino acids in hepatic encephalopathy*. *Metab Brain Dis*, 1996. **11**(2): p. 165-73.
55. Anderson, R.J., et al., *Hyponatremia: a prospective analysis of its epidemiology and the pathogenetic role of vasopressin*. *Ann Intern Med*, 1985. **102**(2): p. 164-8.
56. Adrogué, H.J. and N.E. Madias, *Management of life-threatening acid-base disorders. Second of two parts*. *N Engl J Med*, 1998. **338**(2): p. 107-11.
57. Hicks, P., et al., *The financial cost of intensive care in Australia: a multicentre registry study*. *Medical Journal of Australia*, 2019. **211**(7): p. 324-325.
58. Chang, C., et al., *Air embolism and the radial arterial line*. *Crit Care Med*, 1988. **16**(2): p. 141-3.
59. Kawati, R. and S. Rubertsson, *Malpositioning of fine bore feeding tube: a serious complication*. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2005. **49**(1): p. 58-61.
60. Benya, R., S. Langer, and S. Mobarhan, *Flexible nasogastric feeding tube tip malposition immediately after placement*. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, 1990. **14**(1): p. 108-9.
61. Scherer, R., et al., *Complications related to thoracic epidural analgesia: a prospective study in 1071 surgical patients*. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1993. **37**(4): p. 370-4.
62. Gustafsson, H., H. Rutberg, and M. Bengtsson, *Spinal haematoma following epidural analgesia. Report of a patient with ankylosing spondylitis and a bleeding diathesis*. *Anaesthesia*, 1988. **43**(3): p. 220-2.
63. Auroy, Y., et al., *Major complications of regional anesthesia in France: The SOS Regional Anesthesia Hotline Service*. *Anesthesiology*, 2002. **97**(5): p. 1274-80.

64. Bailey, R.C., *Complications of tube thoracostomy in trauma*. J Accid Emerg Med, 2000. **17**(2): p. 111-4.
65. Kesieme, E.B., et al., *Tube thoracostomy: complications and its management*. Pulm Med, 2012. **2012**: p. 256878.
66. Mort, T.C., *Complications of emergency tracheal intubation: immediate airway-related consequences: part II*. J Intensive Care Med, 2007. **22**(4): p. 208-15.
67. Mort, T.C., *Esophageal intubation with indirect clinical tests during emergency tracheal intubation: a report on patient morbidity*. J Clin Anesth, 2005. **17**(4): p. 255-62.
68. Richard, S. and J. MR, *Yoğun bakımda Girişimler ve Teknikler*. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, 2005: p. 150-9.
69. Durbin, C.G., Jr., *Early complications of tracheostomy*. Respir Care, 2005. **50**(4): p. 511-5.
70. Epstein, S.K., *Late complications of tracheostomy*. Respir Care, 2005. **50**(4): p. 542-9.
71. Mehta, S. and N.S. Hill, *Noninvasive ventilation*. Am J Respir Crit Care Med, 2001. **163**(2): p. 540-77.
72. Pingleton, S., *Complication of critical illness: nosocomial pneumonia, pulmonary barotrauma and complications of endotracheal intubation*. Eur. Respir. Mon, 1998. **3**: p. 430-457.
73. Hickling, K.G., S.J. Henderson, and R. Jackson, *Low mortality associated with low volume pressure limited ventilation with permissive hypercapnia in severe adult respiratory distress syndrome*. Intensive Care Med, 1990. **16**(6): p. 372-7.
74. Slutsky, A.S. and L.N. Tremblay, *Multiple system organ failure. Is mechanical ventilation a contributing factor?* Am J Respir Crit Care Med, 1998. **157**(6 Pt 1): p. 1721-5.

75. Tremblay, L., et al., *Injurious ventilatory strategies increase cytokines and c-fos m-RNA expression in an isolated rat lung model*. J Clin Invest, 1997. **99**(5): p. 944-52.
76. Lindholm, T., et al., *Temperature and vascular stability in hemodialysis*. Nephron, 1985. **39**(2): p. 130-3.
77. Levin, N.W. and P. Kotanko, *Is cool dialysis an effective and well-tolerated Ortalamas of reducing the frequency of intradialytic hypotension?* Nat Clin Pract Nephrol, 2006. **2**(12): p. 670-1.
78. El-Hennawy, A.S. and S. Zaib, *A selected controlled trial of supplementary vitamin E for treatment of muscle cramps in hemodialysis patients*. Am J Ther, 2010. **17**(5): p. 455-9.
79. Skroeder, N.R., et al., *Acute symptoms during and between hemodialysis: the relative role of speed, duration, and biocompatibility of dialysis*. Artif Organs, 1994. **18**(12): p. 880-7.
80. Tarng, D.C., et al., *Hemodialysis-related pruritus: a double-blind, placebo-controlled, crossover study of capsaicin 0.025% cream*. Nephron, 1996. **72**(4): p. 617-22.
81. Francos, G.C., et al., *Dialysis-induced hypoxemia: membrane dependent and membrane independent causes*. Am J Kidney Dis, 1985. **5**(3): p. 191-8.
82. Twardowski, Z.J., *Dialyzer reuse-Part I: Historical perspective*. Semin Dial, 2006. **19**(1): p. 41-53.
83. Çakıcı, M., et al., *Erişkin Akut Kardiyojenik Şoklu Hastalarda Veno-Arteriyel Ekstra-korporeal Membran Oksijenasyon Desteği: Retrospektif Analiz*.
84. Landry, F.J., J.M. Parker, and Y.Y. Phillips, *Outcome of cardiopulmonary resuscitation in the intensive care setting*. Arch Intern Med, 1992. **152**(11): p. 2305-8.

85. Kashiwagi, Y., et al., *Computed tomography findings of complications resulting from cardiopulmonary resuscitation*. Resuscitation, 2015. **88**: p. 86-91.
86. Siddiqui, S., *Mortality profile across our Intensive Care Units: A 5-year database report from a Singapore restructured hospital*. Indian J Crit Care Med, 2015. **19**(12): p. 726-7.
87. Altıay, G., et al., *Mortality rates and related factors in respiratory intensive care unit patients*. Toraks Dergisi, 2007. **8**: p. 79-84.
88. Kara, D., et al., *Increased heart rate on first day in Intensive Care Unit is associated with increased mortality*. Pak J Med Sci, 2016. **32**(6): p. 1402-1407.
89. Bion, J.F., *Susceptibility to critical illness: reserve, response and therapy*. Intensive Care Med, 2000. **26 Suppl 1**: p. S57-63.
90. Unal, A.U., et al., *Prognosis of patients in a medical intensive care unit*. North Clin Istanbul, 2015. **2**(3): p. 189-195.
91. Vincent, J.L., et al., *The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. Results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. EPIC International Advisory Committee*. Jama, 1995. **274**(8): p. 639-44.
92. Dogan, S., et al., *Comparison of the mortality rates for patients aged 65 years and over and aged below 65 years, hospitalized in the intensive care unit*. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2013. **33**(6): p. 1408-13.
93. Karahisar, F., *Ölümcül hasta, hemşire ve hekimlerin ölüm ve ötenaziye ilişkin görüşlerinin incelenmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006: p. 2-15.
94. Sucaklı, M.H., *Ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım*. TJFMPC, 2013. **7**(3): p. 52-57.



95. Özbek, N., *Kanserli hastaya bakım verenlerin cinsiyetine göre bakım yükü ve baş etme biçimlerinin belirlenmesi*. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
96. Yılmaz, E. and S. Vermişli, *YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN ÖLÜME VE ÖLMEKTE OLAN BİREYE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN TUTUMLARI*. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015. **2**(2): p. 41-46.
97. Nazarko, L., *Nursing in care homes*. 2009: John Wiley & Sons.
98. AKPINAR, A. and N. Ersoy, *Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı?* Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi, 2012. **27**(1).
99. Brandt, H.E., et al., *The last two days of life of nursing home patients--a nationwide study on causes of death and burdensome symptoms in The Netherlands*. Palliat Med, 2006. **20**(5): p. 533-40.
100. Francke, A.L. and D.L. Willems, *Terminal patients' awareness of impending death: the impact upon requesting adequate care*. Cancer Nurs, 2005. **28**(3): p. 241-7.
101. Taylor, D., et al., *Unexpected intraoperative patient death: the imperatives of family- and surgeon-centered care*. Arch Surg, 2008. **143**(1): p. 87-92.
102. ESKİOCAK, S., et al., *Biyokimyada nesnel yapılandırılmış pratik sınav (OSPE) deneyimi*. Türk Biyokimya Dergisi, 2005. **30**(2): p. 174-177.
103. FİDAN, U.M. and I.M. Sak, *İlköğretim öğretmenlerinin tamamlayıcı ölçme değerlendirme teknikleri hakkında görüşleri*. Bartın University Journal of Faculty of Education, 2012. **1**(1): p. 174-189.
104. Harden, R.M. and F.A. Gleason, *Assessment of clinical competence using an objective structured clinical examination (OSCE)*. Med Educ, 1979. **13**(1): p. 41-54.

105. Nulty, D.D., et al., *Best Practice Guidelines for use of OSCEs: Maximising value for student learning*. Nurse Educ Today, 2011. **31**(2): p. 145-51.
106. Ünver, V., *GATA Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin laboratuvar ve klinik beceri eğitimlerini geliştirmeye yönelik model oluşturma*. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007.
107. Mitchell, M.L., et al., *The objective structured clinical examination (OSCE): optimising its value in the undergraduate nursing curriculum*. Nurse Educ Today, 2009. **29**(4): p. 398-404.
108. Özger İlhan, S., *MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİ ULUSAL ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMI 2020*. 2020.
109. Azoulay, E. and C.L. Sprung, *Family-physician interactions in the intensive care unit*. Crit Care Med, 2004. **32**(11): p. 2323-8.
110. Azoulay, E. and F. Pochard, *Meeting the needs of intensive care unit patients' family members: beyond satisfaction*. Crit Care Med, 2002. **30**(9): p. 2171.
111. Azoulay, E., et al., *Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial*. Am J Respir Crit Care Med, 2002. **165**(4): p. 438-42.
112. Curtis, J.R., et al., *Understanding physicians' skills at providing end-of-life care perspectives of patients, families, and health care workers*. J Gen Intern Med, 2001. **16**(1): p. 41-9.
113. Curtis, J.R., et al., *A measure of the quality of dying and death. Initial validation using after-death interviews with family members*. J Pain Symptom Manage, 2002. **24**(1): p. 17-31.

114. Truog, R.D., et al., *Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine*. Crit Care Med, 2001. **29**(12): p. 2332-48.
115. *A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators*. Jama, 1995. **274**(20): p. 1591-8.
116. Cook, D., et al., *Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit*. N Engl J Med, 2003. **349**(12): p. 1123-32.
117. Azoulay, E., et al., *Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff*. Intensive Care Med, 2003. **29**(9): p. 1498-504.
118. Abbott, K.H., et al., *Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support*. Crit Care Med, 2001. **29**(1): p. 197-201.
119. Bonvicini, K.A., et al., *Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters*. Patient Educ Couns, 2009. **75**(1): p. 3-10.
120. DiMatteo, M.R., et al., *Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills*. Med Care, 1980. **18**(4): p. 376-87.
121. Chochinov, H.M., *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care*. Bmj, 2007. **335**(7612): p. 184-7.
122. Roter, D.L., et al., *Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis*. Med Care, 1998. **36**(8): p. 1138-61.
123. Oppenheim, I.M., et al., *Effect of Intensivist Communication in a Simulated Setting on Interpretation of Prognosis Among Family Members of Patients at High Risk of Intensive Care Unit Admission: A Randomized Trial*. JAMA Netw Open, 2020. **3**(4): p. e201945.

124. Burns, J.P. and R.D. Truog, *Futility: a concept in evolution*. Chest, 2007. **132**(6): p. 1987-93.
125. Quill, T.E., *Perspectives on care at the close of life. Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: addressing the "elephant in the room"*. Jama, 2000. **284**(19): p. 2502-7.
126. Lilly, C.M. and B.J. Daly, *The healing power of listening in the ICU*. N Engl J Med, 2007. **356**(5): p. 513-5.
127. Mularski, R., et al., *Agreement among family members in their assessment of the Quality of Dying and Death*. J Pain Symptom Manage, 2004. **28**(4): p. 306-15.
128. Azoulay, E., et al., *Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients*. Am J Respir Crit Care Med, 2005. **171**(9): p. 987-94.
129. Epstein, R.M. and R.L. Street Jr, *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. 2007.
130. Lichtenthal, W.G., et al., *Development and preliminary evaluation of EMPOWER for surrogate decision-makers of critically ill patients*. Palliat Support Care, 2022. **20**(2): p. 167-177.
131. Hickman, R.L., Jr., B.J. Daly, and E. Lee, *Decisional conflict and regret: consequences of surrogate decision making for the chronically critically ill*. Appl Nurs Res, 2012. **25**(4): p. 271-5.
132. Brekelmans, A.C.M., D. Ramnarain, and S. Pouwels, *Bereavement Support Programs in the Intensive Care Unit: A Systematic Review*. J Pain Symptom Manage, 2022. **64**(3): p. e149-e157.
133. McAdam, J.L. and K. Puntillo, *Pilot Study Assessing the Impact of Bereavement Support on Families of Deceased Intensive Care Unit Patients*. Am J Crit Care, 2018. **27**(5): p. 372-380.

134. Kentish-Barnes, N., et al., *Effect of a condolence letter on grief symptoms among relatives of patients who died in the ICU: a randomized clinical trial*. Intensive Care Med, 2017. **43**(4): p. 473-484.
135. Curtis, J.R. and D.B. White, *Practical guidance for evidence-based ICU family conferences*. Chest, 2008. **134**(4): p. 835-843.
136. Pochard, F., et al., *Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study*. J Crit Care, 2005. **20**(1): p. 90-6.

## 10. EKLER

### EK 1: ÖLÇEĞİN İNGİLİZCE FORMU

#### Professional Rater Evaluation of Resident

Surgery Family Conference OSCE - End-of-Life Family Conference  
(Master Checklist)

Please rate the resident in each of the following areas and provide comments at the end about his/her particular strengths and areas for improvement. When you are done, click the DISPLAY UNANSWERED button at the top of the page. Complete any unanswered questions, and then click the SUBMIT button.

##### SET AN APPROPRIATE CONTEXT FOR DISCUSSION

##### 1. How would you rate the resident on his/her ability to set an appropriate context for the discussion?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 09 Set context for EOL discussion

Question Point Value: 5.00

##### 2. Check the box if the resident:

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Established rapport (e.g., introductions, eye contact, body positioning) | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Explained the purpose of the meeting                                     | P.V.: 1.00 |

Category: 09 Set context for EOL discussion

Question Point Value: 2.00

##### ACHIEVE A COMMON UNDERSTANDING

##### 3. How would you rate the resident on the ability to achieve a common understanding of the patient's status?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 10 Achieve common understanding of prognosis

Question Point Value: 5.00

##### 4. Check the box if the resident:

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Asked family members what their understanding of the patient's status was | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Explained patient status clearly, fully, without jargon                   | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Checked for family members' understanding of information                  | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Answered family members' questions clearly, directly                      | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Talked through confusion, conflicts regarding meaning of "futility"       | P.V.: 1.00 |

Category: 10 Achieve common understanding of prognosis

Question Point Value: 5.00

##### EMPATHY

##### 5. How would you rate the resident on empathy?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 11 Empathy with EOL decisions

Question Point Value: 5.00

## Professional Rater Evaluation of Resident

Surgery Family Conference OSCE - End-of-Life Family Conference  
(Master Checklist)

---

### 6. Check the box if the resident:

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Allowed family members to express emotions                       | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Talked through fears, guilt, anger, anxiety                      | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Provided words of comfort, arranged for other supports as needed | P.V.: 1.00 |

Category: 11 Empathy with EOL decisions

Question Point Value: 3.00

### EDUCATION ABOUT LIFE SUPPORT, DYING PROCESS

### 7. How would you rate the resident on providing education about life support and the dying process?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 12 Clarify life support, dying process

Question Point Value: 5.00

### 8. Check the box if the resident:

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Asked about family values, customs, beliefs about end-of-life       | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Asked family members what they thought DNR, DNI, comfort care meant | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Addressed misconceptions of "heroic measures"                       | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Explained shift in medical focus from intervention to comfort care  | P.V.: 1.00 |

Category: 12 Clarify life support, dying process

Question Point Value: 4.00

### ESTABLISH CARE GOALS / CARE PLAN

### 9. How would you rate the resident on establishing care goals and a care plan?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 13 Establish care goals/care plan

Question Point Value: 5.00

### 10. Check the box if the resident:

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Focused on what patient would want   | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Clarified surrogate role, responsibilities; other circumstances            | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Documented code status and other orders regarding treatment / comfort care | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Assured follow-up (how to contact him/her, next communication)             | P.V.: 1.00 |

Category: 13 Establish care goals/care plan

Question Point Value: 4.00

### FAMILY SATISFACTION

## Professional Rater Evaluation of Resident

Surgery Family Conference OSCE - End-of-Life Family Conference  
(Master Checklist)

11. How well did this resident help the family members understand the choices and decision that needed to be made?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Extremely Well | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Well      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Well           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Somewhat well  | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Not Well       | P.V.: 1.00 |
| <input type="radio"/> Not At All     | P.V.: 0    |

Category: 14 Support for family process

Question Point Value: 5.00

12. How well did the resident meet the family's needs for information?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Extremely Well | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Well      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Well           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Somewhat Well  | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Not Well       | P.V.: 1.00 |
| <input type="radio"/> Not All All    | P.V.: 0    |

Category: 14 Support for family process

Question Point Value: 5.00

13. How well did the resident meet the family's needs for support?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Extremely Well | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Well      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Well           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Somewhat well  | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Not Well       | P.V.: 1.00 |
| <input type="radio"/> Not At All     | P.V.: 0    |

Category: 14 Support for family process

Question Point Value: 5.00

### GLOBAL RATING

14. Overall, how would you rate this resident's ability to lead an End-of-Life Family Conference?

- |                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Extremely Able  | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Able       | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Able            | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Somewhat Able   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Marginally Able | P.V.: 1.00 |
| <input type="radio"/> Not At All Able | P.V.: 0    |

Category: 15 Overall EOL rating

Question Point Value: 5.00

### COMMENTS

15. Please comment on the resident's strengths. This information will be shared with the resident.

P.V.: 0

Category: Comments

Question Point Value: 0



## Professional Rater Evaluation of Resident

Surgery Family Conference OSCE - End-of-Life Family Conference  
(Master Checklist)

16. Please comment on the resident's areas for improvement. This information will be shared with the resident.

P.V.: 0

Category: Comments

Question Point Value: 0

When you are done with the questions, click the DISPLAY UNANSWERED button at the top of the page. Complete any unanswered questions, and then click the SUBMIT button.

## Family Member Evaluation of Resident

Surgery Family Conference OSCE - Disclosure of a Complication  
(Master Checklist)

Please rate the resident in each of the following areas and provide comments at the end about his/her particular strengths and areas for improvement. When you are done, click the DISPLAY UNANSWERED button at the top of the page. Complete any unanswered questions, and then click the SUBMIT button.

### EXPLANATION OF FACTS REGARDING THE COMPLICATION

1. How would you rate the resident on his/her ability to explain the facts regarding the complication?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 01 Medical facts of complication

Question Point Value: 5.00

2. Check the box if the resident:

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Told us what the complication was              | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Explained why it happened                      | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Told us how it impacted care for our relative  | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Told us how the consequences will be addressed | P.V.: 1.00 |

Category: 01 Medical facts of complication

Question Point Value: 4.00

### HONESTY AND TRUTHFULNESS

3. How would you rate the resident on honesty and truthfulness?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 02 Honest, truthful disclosure

Question Point Value: 5.00

4. Check the box if the resident:

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Took responsibility for the complication   | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Explained the problem freely and directly, without our having to ask a lot of probing questions to get details | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Did not keep things from us that we should know  | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Did not avoid our questions (was not evasive)  | P.V.: 1.00 |

Category: 02 Honest, truthful disclosure

Question Point Value: 4.00

### EMPATHY

5. How would you rate the resident on empathy?

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 03 Empathy with complication

Question Point Value: 5.00

## Family Member Evaluation of Resident

Surgery Family Conference OSCE - Disclosure of a Complication  
(Master Checklist)

---

**6. Check the box if the resident:**

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Said he/she was sorry and apologized sincerely                  | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Allowed us to express emotions                                  | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Responded well (non-defensively) to our anger, concerns, doubts | P.V.: 1.00 |

Category: 03 Empathy with complication

Question Point Value: 3.00

**PREVENTION OF FUTURE COMPLICATIONS**

**7. How would you rate the resident on addressing the prevention of future complications?**

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 04 Preventing future complications

Question Point Value: 5.00

**8. Check the box if the resident:**

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Told us about what is done to prevent complications | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Told us what he/she would have done differently     | P.V.: 1.00 |

Category: 04 Preventing future complications

Question Point Value: 2.00

**GENERAL COMMUNICATION SKILLS**

**9. How would you rate the resident on general communication skills?**

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 05 Communication skills in Disclosure

Question Point Value: 5.00

**10. Check the box if the resident:**

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Listened respectfully, actively to what we had to say                 | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Was verbally coherent, avoided jargon                                 | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Had appropriate non-verbal expressions, behaviors (e.g., eye contact) | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Checked for our understanding of information                          | P.V.: 1.00 |

Category: 05 Communication skills in Disclosure

Question Point Value: 4.00

**CLOSURE**

## Family Member Evaluation of Resident

Surgery Family Conference OSCE - Disclosure of a Complication  
(Master Checklist)

**11. How would you rate the resident on providing closure to the discussion?**

- |                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| <input type="radio"/> Outstanding    | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Good      | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Good           | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Satisfactory   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Unsatisfactory | P.V.: 1.00 |

Category: 06 Ending Disclosure conversation

Question Point Value: 5.00

**12. Check the box if the resident:**

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Assured follow-up (how to contact him/her, when to expect next communication) | P.V.: 1.00 |
| <input type="checkbox"/> Took appropriate leave (handshake, avoided "hasty retreat")                   | P.V.: 1.00 |

Category: 06 Ending Disclosure conversation

Question Point Value: 2.00

**TRUSTWORTHINESS**

**13. Given this discussion, how comfortable are you with entrusting your loved one's care to this resident?**

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="radio"/> Extremely Comfortable  | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Comfortable       | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Comfortable            | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Somewhat Comfortable   | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Marginally Comfortable | P.V.: 1.00 |
| <input type="radio"/> Not At All Comfortable | P.V.: 0    |

Category: 07 Trustworthiness, given complication

Question Point Value: 5.00

**GLOBAL RATING**

**14. Overall, how would you rate this resident's ability to disclose a complication in a professional manner?**

- |  |            |
|--|------------|
| <input type="radio"/> Extremely Able   | P.V.: 5.00 |
| <input type="radio"/> Very Able        | P.V.: 4.00 |
| <input type="radio"/> Able             | P.V.: 3.00 |
| <input type="radio"/> Somewhat Able    | P.V.: 2.00 |
| <input type="radio"/> Marginally Able  | P.V.: 1.00 |
| <input type="radio"/> Not All all Able | P.V.: 0    |

Category: 08 Overall Disclosure rating

Question Point Value: 5.00

**COMMENTS**

**15. Please comment on the resident's strengths. This information will be shared with the resident.**

P.V.: 0

Category: Comments

Question Point Value: 0

**16. Please comment on the resident's areas for improvement. This information will be shared with the resident.**

P.V.: 0

Category: Comments

Question Point Value: 0

When you are done with the questions, click the DISPLAY UNANSWERED button at the top of the page. Complete any unanswered questions, and then click the SUBMIT button.

## EK 2: DEĞERLENDİRME FORMU

### PROFESYONEL DEĞERLENDİRME FORMU

#### HASTA YAKININA KÖTÜ HABER VERME

#### ÖLÜM BİLGİLENDİRMESİ

Lütfen araştırma görevlisini aşağıdaki her bir alan için derecelendirin .

<p><b>Görüşmeye İçerik Oluşturma</b></p> <p>1. Araştırma görevlisinin görüşme içeriğini oluşturmasını nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>2. Uygun kutucuğu işaretleyin:</p>	<p><input type="checkbox"/> Araştırma görevlisi ilişki kurabildi mi? (örn: kendini tanıtmaya, göz teması, vücut dili) Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Görüşmenin amacını açıkladı mı? Puanı: 1.00</p>
<p><b>Ortak Anlayışa Ulaşma</b></p> <p>3. Araştırma görevlisinin hastanın durumu hakkındaki ortak anlayışı oluşturmasını nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p><b>Prognoz hakkında ortak anlayışa ulaşma</b></p> <p>4. Uygun kutucuğu işaretleyin</p>	<p><input type="checkbox"/> Araştırma görevlisi hasta yakınına hastanın durumu hakkında ne bildiğini sordu mu? (örn: kendini tanıtmaya, göz teması, vücut dili) Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Hastanın durumunu jargon kullanmadan açıkça anlatabildi mi? Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Hasta yakınının bilgiyi anlayabildiğini kontrol etti mi? Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Hasta yakınının sorularını açıkça ve doğrudan cevapladı mı? Puanı: 1.00</p>
<p><b>Empati</b></p> <p>5. Araştırma görevlisinin empati düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p><b>Empati</b></p> <p>6. Uygun kutucuğu işaretleyin:</p>	<p><input type="checkbox"/> Hasta yakınlarına duygularını ifade etmek için izin verdi mi? Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Korkuları, suçluluk, öfke, kaygı hakkında konuştu mu? Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Rahatlatıcı sözler söyledi, gerekirse destek önerilerinde bulundu mu? Puanı: 1.00</p>

<p><b>Ölüm Sürecinin Yönetimi Hakkında Bilgilendirme</b></p> <p>7. Araştırma görevlisinin ölüm süreci ve bu sırada uygulananlar hakkında verdiği eğitimi nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>8. Uygun kutucuğu işaretleyin:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ailenin ölümle ilgili değer, adet ve inanışlarını sordu mu? Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> KPR sırasındaki hasta konforu (mahremiyet, ağrı yönetimi)korunmasını açıkladı mı? Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Ölüm sürecinde yapılanları (KPR) açıkladı mı? Puanı: 1.00</p>
<p><b>Aile Memnuniyeti</b></p> <p>9. Araştırma görevlisi hasta yakınının bilgi ihtiyacını ne kadar karşıladı?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p><b>Aileye destek</b></p> <p>10. Araştırma görevlisi hasta yakınının destek ihtiyacını ne kadar karşıladı?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p><b>Genel Değerlendirme</b></p> <p>11. Tüm görüşmeyi genel olarak düşünürseniz; araştırma görevlisinin hasta yakını görüşmesini nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün yetkinlikte Puanı: 5.00 o Çok yetkin Puanı: 4.00 o Yetkin Puanı: 3.00 o Kısmen Yetkin Puanı: 2.00 o Yetkin değil Puanı: 1.00</p>
<p><b>Yorumlar</b></p> <p>12. Lütfen araştırma görevlisinin güçlü yanlarını belirtiniz. Bu bilgi kendisi ile paylaşılacaktır.</p>	
<p>13. Lütfen araştırma görevlisinin geliştirmesi gereken yanları belirtiniz. Bu bilgi kendisi ile paylaşılacaktır. Sorunun puan değeri yoktur.</p>	

**EK 3: DEĞERLENDİRME FORMU**

**PROFESYONEL DEĞERLENDİRME**  
**HASTA YAKININA KÖTÜ HABER VERME**

Lütfen araştırma görevlisini aşağıdaki her bir alan için derecelendirin ve sonunda araştırma görevlisinin güçlü yanlarını ve geliştirmesi gereken alanları yorumlayınız.

**KOMPLİKASYON BİLGİLENDİRMESİ**

<p><b><i>Komplikasyona Ait Tıbbi Gerçeklerin Açıklanması</i></b>  1. Araştırma görevlisinin komplikasyona ait tıbbi gerçeklerin açıklamasını nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>oÜstün Puanı: 5.00  oÇok iyi Puanı: 4.00  oİyi Puanı: 3.00  oYeterli Puanı: 2.00  oYetersiz Puanı: 1.00</p>
<p><b><i>2. Uygun kutucuğu işaretleyin:</i></b></p>	<p>Komplikasyonun ne olduğunu söyledi. Puanı:1.00  Neden olduğunu açıkladı. Puanı: 1.00  Hastanın bakımının nasıl değiştiğini anlattı. Puanı:1.00  Komplikasyon sonuçlarının nasıl yönetileceğini açıkladı. Puanı: 1.00</p>
<p><b><i>Dürüstlük Ve Doğruluk</i></b>  3. Araştırma görevlisinin dürüstlük ve doğruluğunu nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>oÜstün Puanı: 5.00  oÇok iyi Puanı: 4.00  oİyi Puanı: 3.00  oYeterli Puanı: 2.00  oYetersiz Puanı: 1.00</p>
<p><b><i>4. Uygun kutucuğu işaretleyin</i></b></p>	<p>Araştırma görevlisi komplikasyonun sorumluluğunu üstlendi Puanı:1.00  Hasta yakınının ayrıntı almak için soru sormasına gerek kalmadan problem açık ve doğrudan açıkladı Puanı: 1.00  Hasta yakınının bilmesi gerekenleri saklamadı Puanı: 1.00  Hasta yakınının sorularından kaçmadı Puanı: 1.00</p>
<p><b><i>Empati</i></b>  5. Araştırma görevlisinin empati düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>oÜstün Puanı: 5.00  oÇok iyi Puanı: 4.00  oİyi Puanı: 3.00  oYeterli Puanı: 2.00  oYetersiz Puanı: 1.00</p>
<p><b><i>6. Uygun kutucuğu işaretleyin:</i></b></p>	<p>Üzgün olduğunu söyledi, gönülden özür diledi Puanı:1.00  Hasta yakınının duygularını ifade etmesine izin verdi Puanı: 1.00  Hasta yakınının kızgınlık, kaygı ve şüphelerine olumlu cevap verdi. Puanı: 1.00</p>

<p><b>Gelecekteki Komplikasyonların Önlenmesi</b> 7. Araştırma görevlisinin gelecekteki komplikasyonların önlenmesi konusundaki yaklaşımını nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>oÜstün Puanı: 5.00 oÇok iyi Puanı: 4.00 oİyi Puanı: 3.00 oYeterli Puanı: 2.00 oYetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>8. <b>Uygun kutucuğu işaretleyin:</b></p>	<p>Komplikasyonların önlenmesi için neler yapıldığını anlattı. Puanı:1.00 Nelerin farklı yapılabilir olduğunu anlattı. Puanı:1.00</p>
<p><b>Genel İletişim Becerileri</b> 9. Araştırma görevlisinin genel iletişim becerilerini nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>oÜstün Puanı: 5.00 oÇok iyi Puanı: 4.00 oİyi Puanı: 3.00 oYeterli Puanı: 2.00 oYetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>10. <b>Uygun kutucuğu işaretleyin</b></p>	<p>Hasta yakınımın sötlemek istediğini dikkatle ve aktif olarak dinledi.Puanı:1.00 Jargon kullanmadan, anlaşılabilir bir dil kullandı. Puanı: 1.00 Sözel olmayan ifade ve davranışları uygundu. (örn; göz teması) Puanı: 1.00 Bilgiyi anlayışımızı kontrol etti Puanı: 1.00</p>
<p><b>Kapanış</b> 11. Araştırma görevlisi tartışmayı sonlandırmasını nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>oÜstün Puanı: 5.00 oÇok iyi Puanı: 4.00 oİyi Puanı: 3.00 oYeterli Puanı: 2.00 oYetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>12. <b>Uygun kutucuğu işaretleyin</b></p>	<p>Takibin sözünü verdi (Kendisine nasıl ulaşılacağı bilgisini verdi). Puanı:1.00 Görüşmeden uygun şekilde ayrıldı. (El sıkıttı,kaçarak uzaklaşmadı).Puanı: 1.00</p>
<p><b>Güvenilirlik</b> 13. Bu görüşmeden sonra, hasta yakını bu araştırma görevlisinin hastasına bakımı konusunda ne kadar güvenebilir?</p>	<p>oHerkesten çok güvenebilir Puanı: 5.00 oRahatlıkla güvenebilir Puanı: 4.00 oGüvenebilir Puanı: 3.00 oKısmen güvenebilir Puanı: 2.00 oHiç bir şekilde güvenemez Puanı: 1.00</p>
<p><b>Genel Değerlendirme</b> 14. Tüm görüşmeyi genel olarak düşünürseniz; araştırma görevlisinin bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmesini nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>oÜstün yetkinlikte Puanı: 5.00 oÇok yetkin Puanı: 4.00 oYetkin Puanı: 3.00 oKısmen Yetkin Puanı: 2.00 oYetkin değil Puanı: 1.00</p>
<p><b>Yorumlar</b> 15. Lütfen araştırma görevlisinin güçlü yanlarını belirtiniz. Bu bilgi kendisi ile paylaşılacaktır. Sorunun puan değeri yoktur.</p>	
<p>16. Lütfen araştırma görevlisinin geliştirmesi gereken yanları belirtiniz. Bu bilgi kendisi ile paylaşılacaktır. Sorunun puan değeri yoktur.</p>	

**EK 4: DEĞERLENDİRME FORMU**

**ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU**  
**HASTA YAKININA ÖLÜM BİLGİLENDİRMESİ**

Lütfen kendinizi aşağıdaki her bir alan için derecelendirin.

<p><b>Görüşmeye İçerik Oluşturma</b>  1. Görüşme içeriğini oluşturmanızı nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00  o Çok iyi Puanı: 4.00  o İyi Puanı: 3.00  o Yeterli Puanı: 2.00  o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>2. <b>Uygun kutucuğu işaretleyin:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Hasta yakını ile ilişki kurabildiniz mi? (örn: kendini tanıtmaya, göz teması, vücut dili) Puanı:1.00  <input type="checkbox"/> Görüşmenin amacını açıkladınız mı? Puanı: 1.00</p>
<p><b>Ortak Anlayışa Ulaşma</b>  3. Hastanın durumu hakkındaki hasta yakını ile ortak anlayışa varma durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00  o Çok iyi Puanı: 4.00  o İyi Puanı: 3.00  o Yeterli Puanı: 2.00  o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>4. <b>Uygun kutucuğu işaretleyin</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Hasta yakınına hastanın durumu hakkında ne bildiğini sordunuz mu? (örn: kendini tanıtmaya, göz teması, vücut dili) Puanı:1.00  <input type="checkbox"/> Hastanın durumunu jargon kullanmadan açıkça anlatabildi mi? Puanı: 1.00  <input type="checkbox"/> Hasta yakınının bilgiyi anlayabildiğini kontrol etti mi? Puanı: 1.00  <input type="checkbox"/> Hasta yakınının sorularını açıkça ve doğrudan cevapladı mı? Puanı: 1.00</p>
<p><b>Empati</b>  5. Empati düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00  o Çok iyi Puanı: 4.00  o İyi Puanı: 3.00  o Yeterli Puanı: 2.00  o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>6. <b>Uygun kutucuğu işaretleyin:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Hasta yakınlarına duygularını ifade etmek için izin verdiniz mi? Puanı:1.00  <input type="checkbox"/> Korkuları, suçluluk, öfke, kaygı hakkında konuştunuz mu? Puanı: 1.00  <input type="checkbox"/> Rahatlatıcı sözler söyledi, destek önerilerinde bulundunuz mu? Puanı: 1.00</p>
<p><b>Ölüm Sürecinin Yönetimi Hakkında Bilgilendirme</b>  7. Ölüm süreci ve bu sırada uygulananlar hakkında verdiğiniz eğitimi nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00  o Çok iyi Puanı: 4.00  o İyi Puanı: 3.00  o Yeterli Puanı: 2.00  o Yetersiz Puanı: 1.00</p>



8. <i>Uygun kutucuğu işaretleyin:</i>	<input type="checkbox"/> Ailenin ölümle ilgili değer, adet ve inanışlarını sordunuz mu?Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> KPR sırasındaki hasta konforu (mahremiyet, ağrı yönetimi) korunmasını açıkladınız mı? Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Ölüm sürecinde yapılanları (KPR) açıkladınız mı? Puanı: 1.00
<b>Aile Memnuniyeti</b>	
9. Hasta yakınının bilgi ihtiyacını ne kadar karşıladınız?	o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00
10. Hasta yakınının destek ihtiyacını ne kadar karşıladınız?	o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00
<b>Genel Değerlendirme</b>	
11. Tüm görüşmeyi genel olarak düşünürseniz; hasta yakını görüşmenizi nasıl değerlendirirsiniz?	o Üstün yetkinlikte Puanı: 5.00 o Çok yetkin Puanı: 4.00 o Yetkin Puanı: 3.00 o Kısmen Yetkin Puanı: 2.00 o Yetkin değil Puanı: 1.00
<b>Yorumlar</b>	
12. Bu olgu sunumu ne kadar gerçekçi idi?	o Tümüyle gerçek Puanı: 5.00 o Çoğunlukla gerçek Puanı: 4.00 o Gerçekçi sayılabilir Puanı: 3.00 o Kısmen gerçekçi Puanı: 2.00 o Hiç gerçekçi değildi Puanı: 1.00
13. Hasta yakınımın soruları ve cevapları ne kadar gerçekçi idi?	o Tümüyle gerçek Puanı: 5.00 o Çoğunlukla gerçek Puanı: 4.00 o Gerçekçi sayılabilir Puanı: 3.00 o Kısmen gerçekçi Puanı: 2.00 o Hiç gerçekçi değildi Puanı: 1.00

**EK 5: DEĞERLENDİRME FORMU****ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU****HASTA YAKININA KOMPLİKASYON BİLGİLENDİRMESİ**

Lütfen kendinizi aşağıdaki her bir alan için derecelendirin.

<p><b><i>Komplikasyona Ait Tıbbi Gerçeklerin Açıklanması</i></b></p> <p>1. Komplikasyona ait tıbbi gerçekleri açıklamanızı nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>2. <b><i>Uygun kutucuğu işaretleyin:</i></b></p>	<p><input type="checkbox"/> Komplikasyonun ne olduğunu söyledim. Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Neden olduğunu açıkladım. Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Hastanın bakımının nasıl değiştiğini anlattım. Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Komplikasyon sonuçlarının nasıl yönetileceğini açıkladım. Puanı: 1.00</p>
<p><b><i>Dürüstlük Ve Doğruluk</i></b></p> <p>3. Dürüstlük ve doğruluğunuzu nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>4. <b><i>Uygun kutucuğu işaretleyin</i></b></p>	<p><input type="checkbox"/> Komplikasyonun sorumluluğunu üstlendim Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Hasta yakınının ayrıntı almak için soru sormasına gerek kalmadan problem açık ve doğrudan açıkladım. Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Hasta yakınının bilmesi gerekenleri saklamadım. Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Hasta yakınının sorularından kaçmadım. Puanı: 1.00</p>
<p><b><i>Empati</i></b></p> <p>5. Kendi empati düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>
<p>6. <b><i>Uygun kutucuğu işaretleyin:</i></b></p>	<p><input type="checkbox"/> Üzgün olduğunu söyledim, gönülden özür diledim Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Hasta yakınının duygularını ifade etmesine izin verdim Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Hasta yakınının kızgınlık, kaygı ve şüphelerine olumlu cevap verdim. Puanı: 1.00</p>
<p><b><i>Gelecekteki Komplikasyonların Önlenmesi</i></b></p> <p>7. Gelecekteki komplikasyonların önlenmesi konusundaki yaklaşımınızı nasıl değerlendirirsiniz?</p>	<p>o Üstün Puanı: 5.00 o Çok iyi Puanı: 4.00 o İyi Puanı: 3.00 o Yeterli Puanı: 2.00 o Yetersiz Puanı: 1.00</p>

8. <i>Uygun kutucuğu işaretleyin:</i>	<input type="checkbox"/> Komplikasyonların önlenmesi için neler yapıldığını anlattım. Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Nelerin farklı yapılabılır olduğunu anlattım. Puanı:1.00
<b>Genel İletişim Becerileri</b>	
9. Bu görüşmedeki genel iletişim becerilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="radio"/> Üstün Puanı: 5.00 <input type="radio"/> Çok iyi Puanı: 4.00 <input type="radio"/> İyi Puanı: 3.00 <input type="radio"/> Yeterli Puanı: 2.00 <input type="radio"/> Yetersiz Puanı: 1.00
10. <i>Uygun kutucuğu işaretleyin</i>	<input type="checkbox"/> Hasta yakınımın söylediklerini dikkatle ve aktif olarak inledim. Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Jargon kullanmadan, anlaşılabilir bir dil kullandım. Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Sözel olmayan ifade ve davranışlarım uygundu. (örn; göz teması) Puanı: 1.00 <input type="checkbox"/> Bilgiyi anlayışlarımı kontrol ettim. Puanı: 1.00
<b>Kapanış</b>	
11. Tartışmayı sonlandırmanızı nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="radio"/> Üstün Puanı: 5.00 <input type="radio"/> Çok iyi Puanı: 4.00 <input type="radio"/> İyi Puanı: 3.00 <input type="radio"/> Yeterli Puanı: 2.00 <input type="radio"/> Yetersiz Puanı: 1.00
12. <i>Uygun kutucuğu işaretleyin</i>	<input type="checkbox"/> Takibin sözünü verdim (Bana nasıl ulaşılacağı bilgisini verdi). Puanı:1.00 <input type="checkbox"/> Görüşmeden uygun şekilde ayrıldım. (El sıktım, kaçarak uzaklaşmadım). Puanı: 1.00
<b>Güvenilirlik</b>	
13. Bu görüşmeden sonra, hasta yakını size hastasına bakımı konusunda ne kadar güvenebilir?	<input type="radio"/> Herkesten çok güvenebilir Puanı: 5.00 <input type="radio"/> Rahatlıkla güvenebilir Puanı: 4.00 <input type="radio"/> Güvenebilir Puanı: 3.00 <input type="radio"/> Kısmen güvenebilir Puanı: 2.00 <input type="radio"/> Hiç bir şekilde güvenemez Puanı: 1.00
<b>Genel Değerlendirme</b>	
14. Tüm görüşmeyi genel olarak düşünürseniz; bir komplikasyonu profesyonel bir tavırla açıklayabilmenizi nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="radio"/> Üstün yetkinlikte Puanı: 5.00 <input type="radio"/> Çok yetkin Puanı: 4.00 <input type="radio"/> Yetkin Puanı: 3.00 <input type="radio"/> Kısmen Yetkin Puanı: 2.00 <input type="radio"/> Yetkin değil Puanı: 1.00
<b>Yorumlar</b>	
15. Bu olgu sunumu ne kadar gerçekçi idi?	<input type="radio"/> Tümüyle gerçek Puanı: 5.00 <input type="radio"/> Çoğunlukla gerçek Puanı: 4.00 <input type="radio"/> Gerçekçi sayılabilir Puanı: 3.00 <input type="radio"/> Kısmen gerçekçi Puanı: 2.00 <input type="radio"/> Hiç gerçekçi değildi Puanı: 1.00
16. Hasta yakının soruları ve cevapları ne kadar gerçekçi idi?	<input type="radio"/> Tümüyle gerçek Puanı: 5.00 <input type="radio"/> Çoğunlukla gerçek Puanı: 4.00 <input type="radio"/> Gerçekçi sayılabilir Puanı: 3.00 <input type="radio"/> Kısmen gerçekçi Puanı: 2.00 <input type="radio"/> Hiç gerçekçi değildi Puanı: 1.00

## EK 6: DEĞERLENDİRME FORMU

### TIP EĞİTİMİ VE BİLİŞİMİ ANABİLİM DALI İletişim Becerisi Değerlendirme Rehberi

Katılımcının Adı Soyadı		Araş. Gör yılı	
Tarih		Senaryo	
Gözetimci Adı Soyadı		Sıra No	
<b>Değerlendirme Kriterleri</b>			
<b>E (Evet):</b> Doğru ve yerinde uygulama, <b>H (Hayır):</b> Yanlış uygulama ya da atlanma. Puanlama Evet işaretlenen her basamağın puanı (parantez içerisindeki rakam) toplanır. Hayır işaretlenen ya da boş bırakılan basamaklar puanlamaya katılmaz.			
No	Basamaklar	Evet	Hayır
1	Hastayı uygun şekilde karşıladı. ( <i>Hastayı selamlama, fark ettiğini gösterme, tokalaşma vb.</i> )	E (1)	H
2	Kendisini tanıttı. ( <i>"Ben dönem III Tıp Fakültesi öğrencisi Ahmet Koloğlu" gibi.</i> )	E (2)	H
3	Görüşmeye hastanın neden başvurduğunu öğrenmeye yönelik açık uçlu soru ile başladı. ( <i>"Başvuru nedeninizi öğrenebilir miyim?" gibi.</i> )	E (1)	H
4	Rahatlatıcı bir göz teması sağladı.	E (1)	H
5	Duruşu ve yüz ifadesi ilgiliydi.	E (1)	H
6	Konuşması açık ve netti, hastanın anlayabileceği tarzda kelimeler kullandı.	E (1)	H
7	Karmaşık ve yönlendirici sorulardan kaçındı.	E (1)	H
8	Hastayı konuşmaya özendirdi.	E (1)	H
9	Hastanın sözlerini bölmeden dinledi.	E (1)	H
10	Hastanın anlatımına ilgi gösterdi. ( <i>etkin dinleme</i> )	E (1)	H
11	Konuşma sırasında hastaya ismiyle hitap etti. ( <i>Sadece özet yaparken ismini söylemesi yeterli değildir.</i> )	E (2)	H
12	Şu anki hastalığın öyküsünü özetledi. ( <i>Öğrencinin hastaya özet yapacağını özetten önce söylemesi, yanlış bir şey söylerse hastanın anında düzeltebileceğini, hastanın eklemek istediği bir şey olursa özetten sonra ekleyebileceğini hastaya söylemesini sonrasında özet yapması.</i> )	E (3)	H
13	Özet yaptıktan sonra hastanın varsa ek açıklamalar yapmasına olanak sağladı.	E (1)	H
14	Hastanın problemi algılaması, problemden etkilenişi, beklentileri ve düşüncelerine yönelik sorular sordu.	E (3)	H
15	Hastanın sorusu olup olmadığını sordu.	E (2)	H
16	Sonraki aşamalar için hastayı bilgilendirdi.	E (1)	H
17	Görüşmeyi bitirerek hastayı nazik bir şekilde uğurladı.	E (1)	H
<b>Toplam Evet Puanı:</b> Bu beceri değerlendirme 17 basamak üzerinden yapılmaktadır. Toplanabilecek en fazla puan 24'dür.			