

T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN İLETİŞİM BECERİLERİ İLE KÖTÜ
HABER ALGISI VE KÖTÜ HABER VERME
DENEYİMLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Pelin GENÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANTALYA-2024

T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN İLETİŞİM BECERİLERİ İLE KÖTÜ
HABER ALGISI VE KÖTÜ HABER VERME
DENEYİMLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Pelin GENÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. İlkay KESER

**“Kaynakça gösterilerek tezimden
yararlanılabilir”**

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

...../...../.....

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. İlkay KESER

Akdeniz Üniversitesi

Üye

: Doç. Dr. Gül ERGÜN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Üye

: Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA

Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Pelin GENÇ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İlkay KESER

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, bana rehberlik edip yol gösteren, benden bir an olsun vazgeçmeyen değerli danışman hocam Doç. Dr. İlkey KESER'e,

Yüksek lisans eğitim sürecinde bilgi ve deneyimleri ile gelişmeye katkı sunan tüm hocalarıma,

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevli olan ve çalışmama katılmayı kabul edip, kendi deneyimlerini ve görüşlerini paylaşarak tezime katkı sunan tüm değerli meslektaşlarıma,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

AMAC: Çalışmada hemşirelerin iletişim becerileri ile kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan bu çalışma Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma katma dışlama kriterlerine uyan 241 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, sosyodemografik veri formu, hemşirelerin kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimlerini belirlemeye yönelik oluşturulan anket formu ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği (SÇYİÖ) kullanılarak, Nisan 2022- Eylül 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler, SPSS 23.0 programında, Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri, Pearson Ki-kare testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Point-Biserial Korelasyonu, Benferroni ve Tek yönlü ANOVA testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanılmıştır.

BULGULAR: Hemşirelerin %83,8'inin kadın, %25,3'nün 20-25 yaş arasında, %77,2'sinin lisans mezunu olduğu, %45,2'sinin 10 yıl ve daha fazla süre çalışma deneyimine sahip olduğu tespit edilmiştir. Kötü haberi tanımlamaları, bakım sürecinde karşılaştığı zorlayıcı durumlar ve bunu yönetme biçimleri ve iletişim beceri ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin kötü haber verme sürecinde destek alma gereksinimleri ile Sağlık Çalışanlarına Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği sosyal beceri alt boyutu arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. ($p<0,05$)

SONUÇ: Çalışmanın sonuçları, hemşirelerin kötü haber verme sürecinde destek alma gereksinimlerinin, sosyal becerilerinin gelişmişliği ile ilişkili olduğunu ve süreci daha etkili yönetebilmeleri için sosyal becerilerini geliştirmelerinin önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, hemşirelerin kötü haber verme süreçlerinde daha iyi iletişim kurabilmeleri için eğitim müfredatında mutlaka bu konuya yer verilmesi, hizmet içi eğitim programları aracılığıyla hemşirelerin bilgi gereksinimlerinin karşılanması ve süreçte destek alabilecekleri birimlerin oluşturulması önerilmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: hemşire, iletişim becerisi, kötü haber, kötü haber algısı, kötü haber verme deneyimi

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to examine the relationship between nurses' communication skills and their perception of bad news and experiences of giving bad news.

Method: This descriptive and relationship-seeking study was conducted at Dr. Abdurrahman Yurtaslan Oncology Education and Research Hospital. A total of 341 nurses were approached to participate in the study, and it was conducted with 241 nurses who met the inclusion criteria. Data were collected between April 2022 and September 2022 using face-to-face interviews with the Socio-demographic Data Form, Questionnaire to Determine Nurses' Perception of Bad News and Experience in Delivering Bad News, and Health Care Workers' Communication Skills Scale (HCCS). Data were analyzed using SPSS 23.0 software, Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov tests, Pearson Chi-square test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test, Point-Two Serial Correlation, Benferroni and One-way ANOVA tests. A significance level of 95% (or $\alpha=0.05$ error rate) was used to determine differences in the analyses.

Result: It was found that 83.8% of the nurses were female, 25.3% were between the ages of 20 and 25, 77.2% had a bachelor's degree, and 45.2% had a working experience of 10 years or more. It was found that there was no significant difference ($p>0.050$) between the definition of bad news, the challenging situations encountered in the care process and the ways of managing it, and the mean scores of the communication skill scale. A weak, positive and statistically significant relationship was found between nurses' need for support and the social skills sub-dimension of the Communication Skills Scale for Healthcare Professionals. ($p<0.05$)

Conclusion: The results of the study reveal that nurses' need for support in the process of giving bad news is related to the development of their social skills and that it is important for them to develop their social skills so that they can manage the process more effectively. In this context, it is recommended that this subject be included in the training curriculum so that nurses can communicate better during the process of giving bad news, that nurses' information needs are met through in-service training programs, and that units are established where they can receive support in the process.

Key words: nurse, communication skills, bad news, perception of bad news, experience of giving bad news

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	vii
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kavramsal ve Kuramsal Boyutuyla İletişim	3
2.2.Hemşirelik Bakımında İletişimin Önemi	4
2.3.İletişimde Yaşanan Güçlükler	5
2.4.Kötü Haber Verme	7
2.5.Kötü Haber Verme Algısı	8
2.6. Kötü Haber Protokolleri	9
2.7.Kötü Haber Sonrası Bireyde Görülebilecek Psikososyal Değişimler	20
2.8.Kötü Haber Verme Sürecinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı	23
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	26
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.5.4.Ön Uygulama	27
3.5.5.Verilerin Toplanması	28
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.7.Araştırmanın Etik Yönü	28
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri	29
4.BULGULAR	30

4.1. Hemşirelerin Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimleri ve Kötü Haber Sürecini Yönetmede İhtiyaç Duydukları Gereksinimler	30
4.2. Hemşirelerin İletişim Becerileri, Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimleri Arasındaki İlişki	36
5.TARTIŞMA	45
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKLAR	53
EKLER	63
ÖZGEÇMİŞ	73



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.3.1. Hemşirelere Ait Sosyo-Demografik Verilerin Dağılımı	24
Tablo 4.1. Hemşirelerin Kötü Haber Algılarını Belirlemeye Yönelik Verilerin Dağılımı	30
Tablo 4.2. Hemşirelerin Kötü Haber Verme Deneyimleri	31
Tablo 4.3. Hemşirelerin Kötü Haber Verme Sürecini Yönetirken İhtiyaç Duydukları Gereksinimleri	35
Tablo 4.4. Hemşirelerin İletişim Becerileri Ölçeğinden Aldığı Puanların Dağılımı	36
Tablo 4.5. Hemşirelerin Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimleri ile Empati, Bilgilendirici İletişim, Saygı ve Sosyal Beceri Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.6. Kötü Haber Verme Sürecinde Yaşanılan Zorluklardan Dolayı Destek Alma Gereksinimi ile Sağlık Çalışanlarına Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği Sosyal Beceri Alt Boyutu ve Ölçek Toplam Puan Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil-1. ABCDE Protokolü

Şekil-2. SPIKES Protokolü

Şekil-3. BREAKS Protokolü

Şekil-4. Ani Ölüm Haber Verme- Kayıp Protokolü



SİMGELER ve KISALTMALAR

TDK: Türk Dil Kurumu

ASCO: American Society of Clinical Oncology (Amerikan Klinik Onkoloji Derneği)

HP-CSS: Health Professionals Communication Skills Scale

SÇ- İBÖ: Sağlık Çalışanlarına Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği

SPSS: Statistical Package for The Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)



1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Tedavi süreci birey ve hasta yakınları için olumlu/olumsuz birçok gelişmeyi içinde barındıran dinamik bir süreçtir. Bu süreç içinde değişen durumlar birey ve yakınları için duymak istemedikleri, üzüntü ve kaygı yaratan kötü haberler niteliğinde olabilir. Kötü haber, bireyin ümit etme duygusunu, algılama yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilen, bedensel ve ruhsal iyilik haline potansiyel tehdit oluşturabilecek, günlük yaşamda yaptığı birçok şeyi seçme şansını azalttığı için sahip olduğu yaşam standartlarının değişmesine neden olabilecek olumsuz bir mesaj olarak tanımlanmaktadır (Mueller, 2002; Ptajek & Eberhardt, 1996). Kötü haber vermek, birey ve/veya yakınları için uzun bir sürecin başlangıcı iken sağlık profesyonelleri için zor ancak kaçınılmayacak bir görevdir. Sağlık profesyonelleri içerisinde önemli bir role sahip olan hemşireler, meslek yaşamları boyunca birçok farklı durum için çok kez kötü haber vermek zorunda kalmaktadır (Küçükzeybek ve Can, 2015; Randall & Wearn, 2005). Hastanelerin çoğunlukla onkoloji, acil ve yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin çalışma yaşamlarında diğer birimlerde görev alan hemşirelere göre daha fazla hasta ve yakınlarına kötü haber vermek zorunda kaldığı belirtilmiştir (Güner, 2006).

Sağlık hizmetlerinin temelini iletişim oluşturmaktır. Bireylerle yakın etkileşim halinde olan hemşirelerin sahip olması gereken en temel beceri, iletişim becerisidir (Adams, et. all,2017; Belanger, et. all, 2016; Robijn, et. all, 2018). Hastayla en çok etkileşim halinde olan hemşirelerin iletişimi uygun şekilde başlatması ve sürdürmesi, hasta ve hasta yakınlarıyla iyi iletişim kurma becerisine sahip olması, hastanın duygularının farkında olması ve hastayla empati kurabilme becerisi nitelikli ve kaliteli hemşirelik bakımı için önemlidir (Altiner Yas ve ark., 2021; Turan ve ark., 2020). Hasta hemşire arasında kurulan etkin bir iletişim, bireylerin günlük bakımlarına ve tedavi süreçlerine aktif katılımını desteklemekte (Houska & Loucka, 2019), tedavi sürecine yönelik olumsuz tutum ve davranışlarını azaltmaktadır (Belanger, et. all, 2016; Castro, et. all, 2016; Grant,2015; Shay & Lafata, 2015).

Hemşirenin bireyin değişen sağlık durumu ile ilgili bireye ya da bireyin ailesine verilen kötü haber sırasındaki sergilediği tutum ve davranışları bireyin tedavi sürecine yaklaşımını etkileyebileceği için kötü haberin verilme süreci önemlidir (Boz ve ark., 2016). Kötü haberin verilmesi birey ve yakınları için beklenmedik ve zor bir durumdur. Bu zor durum eğer uygun şekilde yönetilemez ise bireyin tedaviyi kabullenmesini ve hemşire ile iş birliği içerisinde olmasını olumsuz yönde etkileyerek

tedaviye uyumunun azalmasına neden olabilmektedir (Tanrıverdi Çınar, 2019). Ayrıca kötü haberin uygun şekilde verilmemesi halinde temel bir etik değer olan bireye zarar vermeme/yararlılık ilkesi göz ardı edilmekte; yetersiz bilgilendirme hastanın doğru karar almasını olumsuz etkileyerek, özerkliğine zarar verebilmektedir. Bu nedenle kötü haberin bireye uygun şekilde verilmemesi, etik ve hukuki bir sorunu da beraberinde getirmektedir (Burkhardt & Nathaniel, 2013). Ülkemizde 19.04.2011 tarihinde 27910 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde Psikiyatri Hemşireliğinin bir uzmanlık alanı olarak tanımlanan Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinin görev ve sorumlulukları incelendiğinde, kronik hastalığa sahip bireylere bakım ve tedavi sürecinde karşılaşılan zorlukların yönetiminde hemşirelere önemli sorumluluklar verilmektedir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Bu bağlamda değerlendirildiğinde de hemşireler için kaçınılmaz olan ve sıklıkla karşılaşılan kötü haber verme durumlarının değerlendirilmesi, bu süreçte yaşanan güçlüklerin gözden geçirilmesi ve bu sürecin doğru yönetilmesi oldukça önemlidir. Bu çalışma kapsamında, “hemşire”, “iletişim becerisi”, “kötü haber”, “kötü haber algısı” ve “kötü haber verme deneyimi”, anahtar kelimeleri ile literatür taraması yapılmış, tarama sonucunda yurt dışı literatürde hekimlerin ve hemşirelerin (Alshami, et. all, 2020; Anuk ve ark., 2022; Gonçalves, et. all, 2017; Khalaf, et. all, 2022; Lounsbury, et. al, 2023 ; Mitchell, 2023) kötü haber verme sürecine ilişkin değerlendirmelerini içeren çalışmalar mevcutken, ülkemizde hemşirelerin iletişim becerileri ile kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma sonuçlarının, bu konuda farkındalık yaratacak verileri elde etmede, bundan sonraki süreçleri doğru yönetmede önemli bir kaynak sağlayacağı ve yapılacak çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı ve Soruları

Çalışmada hemşirelerin iletişim becerileri ile kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma soruları aşağıda verilmiştir.

- Hemşireler hangi durum/durumları kötü haber olarak tanımlamaktadırlar?
- Hemşirelerin kötü haber verme süreci ile ilgili deneyimleri nelerdir?
- Hemşirelerin kötü haber verme sürecinde desteğe ihtiyaçları var mıdır?
- Hemşirelerin iletişim becerileri ne düzeydedir?
- Hemşirelerin iletişim becerileri, kötü haber algıları ve kötü haber verme deneyimleri arasındaki ilişki nasıldır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kavramsal ve Kuramsal Boyutuyla İletişim

Türk Dil Kurumu'na göre duygu düşünce ya da bilgilerin çeşitli yollarla başkalarına iletilmesine iletişim denilmektedir (TDK, 2023). İletişim, temel bir klinik becerisidir. Etkili hemşire-hasta iletişimde amaç, hastayı tanıyabilmek, ihtiyaçlarını saptayabilmek ve hemşirelik bakımını bu yönde şekillendirerek hastanın ihtiyaçlarını karşılayabilmektir (Altundal ve Yılmaz, 2020).

Hasta ile kurulan iletişimin her anında empatik ilişkilere vurgu yapan Peplau'ya göre, hemşire ve hasta arasında kurulan iletişimin iyileştirici bir gücü bulunmaktadır. Kurulan etkili iletişimle birlikte hasta ve yakınlarının içinde bulunduğu durum algılanarak problemlerin belirlenmesini, duyguların ifade edilmesini ve hemşirelik bakımının bireyi güçlendirecek şekilde düzenlenmesini sağlar. Anlamlı, amaçlı ve terapötik iletişimi kuran hemşirenin üstlendiği çeşitli roller bulunmaktadır. Bunlar danışman, kaynak kişi, eğitici, lider, teknik uzman ve vekil rolleridir (Çırlak, 2019; Hagerty, et.all, 2017; Mersin, 2016).

Travellbee'ye göre hemşire iletişim kurarken sahip olduğu bilgi ve yetenekleri hasta ve yakınlarına yardım etmek amacıyla hareket eder. Dolayısıyla hemşirenin hasta ve yakınlarıyla olan etkileşimi bilinçli ve amaç taşıyan bir eylemdir. Hasta ve yakınlarıyla tedavi süreci boyunca en çok etkileşim halinde olan hemşire, bireyleri gözlemleyerek mevcut davranışlarını anlamlandırmaya çalışmaktadır. Durumu doğru değerlendirip değerlendirmediyini anlamak amacıyla hasta ve yakınlarıyla algı, duygu ve düşüncelerini paylaşmaya özen göstermelidir (Babacan Gümüş, 2021).

Orlando'nun Hemşirelikte Etkileşim Kuramı, hemşireler hastanın bakım süresi boyunca, sağlık durumunda değişim yaşandığında etkili bir hemşirelik bakım planı oluşturmaktadırlar. Hasta gereksinimlerini karşılamada bağımlı hale geldiğinde, hemşirelik bakımına duydukları ihtiyaç artmaktadır. Hastanın gereksinimlerinin ne olduğunun belirlenmesi ve karşılanması sürecinde iletişimin önemli bir rolü bulunmaktadır. Gereksinimleri doğru belirlenen hastanın ihtiyaçları karşılandığında, hastanın stres düzeyi azalır, yeterlilik duygusu ve refahı artar. Gereksinimleri doğru belirlenemeyen veya karşılanmayan hastada sıkıntı ve huzursuzluk görülmektedir (Orlando, 1984; akt. Uslu ve ark., 2016).

Rogers insanı, çevresi ile etkileşim halinde olan bir enerji alanı olarak tanımlarken; hemşireliği ise insanın iyileşmesi ve iyilik hali ile ilişkilendirmektedir (Farren, 2009; Pektekin, 2013). Psikiyatri hemşireliğinin özünü insanı anlayabilme oluşturmaktadır. Bireyin sahip olduğu tanıdan çok yaşanan sürece odaklanarak başlatılan hemşirelik bakım sürecinde iyi iletişim becerilerine sahip olunması önemlidir (Farren, 2009). Üniter insan bölünemez, tam boyutludur, dinamik yapıdadır, sürekli değişkenlik gösterebilir. Üniter bakış açısına sahip olan hemşireler, hemşirelik bakımı sürecinde bakım verdikleri kişilerle sürekli etkileşim halindedirler. Hemşirelik bakımıyla bireylerin değişim alanını olumlu yönde katkı sağlama imkanına sahiptirler. (Rogers, 1992; akt. Bilge, Durmuş ve Mutlu, 2020).

2.2.Hemşirelik Bakımında İletişimin Önemi

Hemşirelik, sadece tıbbi bilgi ve beceri gerektiren bir meslek değildir; aynı zamanda etkili iletişim becerilerini de gerektirir. İletişim becerileri, hemşirelik bakım sürecinde önleme, tedavi, terapi, rehabilitasyon, eğitim ve sağlığı geliştirme gibi tüm müdahalelerde hayati bir öneme sahiptir (Fakhr-Movahedi, et. all, 2011). Kaliteli bakım vermenin ön koşulu olan iletişim, birey merkezli bakımın ve sağlığın geliştirilip iyileştirilmesinde hasta birey ve ailesine verilen bakımın temelinde yer almaktadır (Marshall & Adams,2018). Kurulacak olan iletişim sağlık profesyonellerini, hastayı ve bakım vericisi olan yakınlarını etkilemektedir (Bramhall 2014, Brandenburg 2017). Hemşirelerin hastaların duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını anlamalarına ve bu ihtiyaçları karşılamak için uygun tedavi planlarını oluşturmalarına yardımcı olur (McCabe, 2016). Etkili iletişim ile hastalar daha az ağrı ifade edebilir, fiziksel semptomlarını daha kolay yönetebilir (Brandenburg 2017).

Hemşire ile hasta ilişkisinde güvenin sağlanmasında bazı öncüller bulunmaktadır. Bunlar bireyin ihtiyacının karşılanması, bakım alan kişiye saygı duyulması, birey için yeterli zaman ayrılmasına dikkat edilmesi, verilen hemşirelik bakımının sürekliliği ve bireyle ilk iletişimin kurulduğu an yer almaktadır (Leslie & Lonneman, 2016). Hasta ve yakınlarıyla kurulacak etkili iletişim ile birlikte sağlanacak güven ortamı, hasta ve ailesinin mevcut sağlık sistemine güveninin artmasına, iş birliğine sıcak bakmasına, kendi bakımına katılmasına dolayısıyla hastalık sürecinin olumlu yönde yönetmesine katkı sağlayacaktır (Kuosmanen, et. all, 2021; Shanahan & Cunningham, 2021).

Hemşire ile hasta/yakınları arasında gerçekleşen ve bireyin sağlığına olumlu yönde katkısı bulunan belli bir amaç doğrultusunda gerçekleştirilen iletişim “terapötik iletişim” olarak adlandırılmaktadır (Sherko, et all, 2013). Hemşirelerin bakım verirken karmaşık ve zor durumlarla başa çıkabilmeleri için gelişmiş terapötik iletişim becerilerine sahip olmaları sürecin yönetimini kolaylaştıran önemli faktörlerden biridir. Hemşirelerin hastalarıyla terapötik iletişim kurması, hastaların mevcut sağlık durumları, tedavi sonuçları ve yaşam kalitesini üzerinde olumlu etkisi bulunmaktadır. (Babaii & Sadooghiasl, 2021; Brownie, et all, 2016).

Hemşire bakımını planlayacağı hastanın gereksinimlerini, hastanın ve ailesinin kendisinden ve alacağı bakımdan beklentilerini anlayabilmelidir (Gürhan, 2016). Aktif dinleme, gözlemleri paylaşma, empati, umudun paylaşılması, mizah, dokunma, sessizlik, bilgi verme, açıklık getirme/ açıklama, odaklaşma, yansıtma, onaylama, durum ile ilişkili sorular sorarak hemşire, hasta ve yakınlarını kabullendiğini, onlarla ilgilendiğini, saygı duyduğunu ileterek bakım ilişkisini geliştiren iletişim tekniklerini kullanmaktadır. Böylelikle güven duygusu gelişmekte hasta ve yakınlarının kendilerini ifade etmesi için cesaretlendirilmektedir (Yalçın ve Aştı, 2011).

Hemşireler etkin dinleme ile hasta ve yakınlarının sahip oldukları sorunları belirlemektedirler. Hastanın belirlenen sorunlarına ya da geliştirilmesi gereken davranışlarına yönelik uygun hemşirelik tanıları belirlenmesiyle hemşirelikte bakım süreci başlamaktadır. Ayrıca bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının kaynağını iyi bir iletişim oluşturmaktadır (Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Hastayla karşılaşılan ilk andan taburculuğuna kadar olan süreçte hemşirenin hasta ve yakınlarıyla kuracağı iletişimde tıbbi terimler kullanmaktan kaçınması gerekmektedir. Hastanın tanı, tedavi, bakımı ya da değişen durumu ile ilgili yapılacak olan bilgilendirmelerde açık, yalın ve net bir dil kullanılmalıdır. Yapılan bilgilendirmenin hasta ve yakınları tarafından doğru anlaşılıp anlaşılmadığını teyit edilebilmesi için soru sormalarına fırsat verilmelidir (Coşkun ve Gündüz Hoşgör, 2024).

2.3.İletişimde Yaşanan Güçlükler

İletişim kuran bireylerin birbirlerini anlama ve algılamada yaşadığı zorlanmalar “iletişim güçlükleri”ni oluşturur (Oshita, et. all, 2023). İletişimi etkileyen faktörler arasında gereksinimleri belirleyen içinde bulunulan gelişimsel dönem, hastalığı anlamlandırmasını sağlayacak olan sahip olunan inanç ve değerler, kişinin kendini

algılaması, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kültür vb. bulunmaktadır (Yalçın ve Aştı, 2011).

Hasta ile kurulan iletişimde hemşirenin merak ettiği kişisel soruları sorması, hastayı kendi düşüncelerine göre yönlendirmesi, duruma uygun olmayan otomatik yanıtlar vermesi, bireyi olumsuz etkileyen durum ile ilgili güvence verilmesi, bireyin düşünce/davranışlarının onaylanması ya da onaylanmaması, savunmacı tepkiler verilmesi, hasta/yakınlarının sorduğu sorulara pasif veya agresif yanıtlar verilmesi ve hasta/yakınlarıyla tartışılması iletişim sürecinin sağlıklı bir şekilde yürütülmesine engel olmaktadır. Bu yüzden iletişimi olumsuz etkileyecek terapötik olmayan tekniklerden uzak durulmalıdır (Sherko vd., 2013).

Onkolojik tanı alma süreci, hasta ve yakınlarını ruhsal olarak etkilemektedir. Onkolojik tanı aldığı hastalar kızgınlık, öfke, ağlama, şok olma gibi çeşitli duygusal tepkiler vermektedirler. Deneyimlenen zor süreç içerisinde hasta duygularını paylaşma gereksinimi duyduğunda hemşiresinin hastaya yeterli vakit ayırmalı ve dinlemeye hazır olmalıdır (Seki Öz, 2020). Hastanın öfke duygusunu deneyimlemesi de kurulmaya çalışılan etkileşimi sınırlandırabilmektedir. Öfkeli hastaya bakım veren hemşirenin öfke duygusunu tanıması, yaşanan durum karşısında sakinliğini korunması ve öfkeli hastaya empatik bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir (Kuzu, 2020). Yaşamı sona ermek üzere olan terminal dönemdeki bireylerin ölüm hakkındaki duygu ve düşüncelerini paylaşması, sevdikleriyle vedalaşmasını kolaylaştırması bakımından önemlidir. Bu durum hastanın yaklaşan ölümün yıkıcılığı ile baş etmesini kolaylaştırabilmektedir (Dönmez, 2020).

Hasta ve yakınlarının hemşirelik tedavi ve bakım sürecini olumsuz yönde etkileyecek şekilde müdahalelerde bulunması, yoğun bir birimde çalışılması, sağlık durumu kötüye giden hastanın bulunması, mahremiyetin korunmasının unutulması, hastanenin fiziksel koşullarının yetersiz olması iletişimde güçlük yaşanmasına neden olabilmektedir (Norouzinia, et. all, 2016). Hastalığı nedeniyle uygulanan damlacık, temas ve solunum izolasyonunda hemşirenin maske kullanması, ortamın fiziki koşullarının yetersizliği kurulan iletişimi olumsuz yönde etkilemektedir. Hastanın maske kullanımına ve ortam ses düzeyinin yüksekliğine bağlı olarak hemşirenin sesini duyamaması, yüz ifadesini görememesi etkili iletişimin kurulmasına engel olmaktadır (Silva, et. all, 2023).

2.4.Kötü Haber Verme

Umutsuzluk hissini barındıran, bireyin zihinsel, ruhsal ve fiziksel sağlığını tehdit eden, bireyin mevcut yaşam şartlarını değiştirmeye zorlayan mesajları ileten habere kötü haber denir (Ptajek & Eberhardt, 1996). Bireyin kendisi ve geleceği hakkındaki düşüncelerini olumsuz yönde etkileyen herhangi bir haber kötü haber niteliği taşımaktadır (Buckman, 1992). Hastaneye sırt ağrısıyla başvuran bireyin deneyimlediği ağrının altında yatan sebebinin kanser metastazı olduğu öğrenmesi kötü haberdur (Baile, et. all,2000). Dolayısıyla kötü haber almak birey için güç ve yaşamını değiştiren bir deneyim olmaktadır (Holmes and Illing, 2021).

Hastanelerde sıklıkla yaşanan ve literatürde yaygın olarak belirtilen kötü haberlere “kronik veya ciddi bir hastalığın teşhis edilmesi ve bu sonucun bireylere iletilmesi”, “sonucu olumsuz olan herhangi bir test sonucunun açıklanması”, “yaşamı tehdit edecek önemli bir sağlık sorunun olduğunun açıklanması”, “hastanın kaybedilmesi ve aileye bilgi verilmesi”, “beslenme/egzersiz vb bir alana yönelik kısıtlamanın getirilmiş olması” gibi durumlar sadece birkaç örnek durumdur (Fesci ve Ünal, 2011; Kantarcıoğlu, 2018). Tedavi süreci devam ederken tedavi planında gelişen ani değişiklikler örneğin; bir süredir devam eden tedaviye olumlu yanıt olmadığının söylenmesi, bireyde tedaviye bağlı istenmeyen ve birey yaşamını tehdit edecek yan etkilerin meydana gelmesi, planlanan tedavinin ertelenmesi, hastada gelişen ani tabloya bağlı olarak yoğun bakıma alınması gerekliliğinin iletilmesi, bireyin sağlık durumunun klinik araştırma için uygun olmaması, herhangi bir invaziv işlemin yapılacağı söylenmesi, taburculuğun ertelenmesi gibi durumlar da sıklıkla kötü haber olarak değerlendirilmektedir (Baile, 2015; Fesci ve Ünal, 2011; Landa-Ramírez et al., 2021; Mueller, 2002). Yine benzer şekilde bireyin bağımsızlığını olumsuz yönde etkileyen bir kısıtlama, sosyal etkileşiminde kısıtlamanın gerekliliği sonucunda ziyaretçi yasağının olduğunun iletilmesi gibi durumlar bireylerin duymaktan hoşlanmadığı kötü haberler arasında yer almaktadır (Hauk, et. all, 2021). Tüm bunlara ek olarak çeşitli tedavi sürecinin birey ve yakınlarına açıklanması, bireyden aydınlatılmış onam alınması, terminal dönem birey bakımı hakkında bilgi verilmesi de kötü haberler içerisinde (Fallowfield, et. all.,1998).

Kötü haber onkolojide ilk olarak hastalığın belirlenmesi, tekrarlaması, verilen tedavinin başarısız olması, bireyin başka bir servise devredilmesi ya da hastaneye sevk

edilmesi olabilir. Yaşanan/yaşanabilecek olan bu durumlar sağlık profesyonellerinin kaygı hissetmesine neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin kaygı hissetmelerinin altında birey-sağlık profesyoneli arasında kurulan ilişki, birey ve yakınlarının sorabilecekleri sorular, birey ve yakınlarının kötü haber karşısında verebilecekleri duygusal tepkiler, mevcut olumsuz durumdan sağlık profesyonelinin sorumlu tutulması gibi faktörler bulunmaktadır (Baile, et. all,2002; Desauw, et. all, 2015).

2.5.Kötü Haber Verme Algısı

Kötü haber vermek, birey ve/veya yakınları için uzun bir sürecin başlangıcı iken sağlık profesyonelleri için kaçınılmayacak bir görevdir. Sağlık profesyonelleri içerisinde önemli bir role sahip olan hemşireler, meslek yaşamları boyunca birçok farklı durum için çok kez kötü haber vermek zorunda kalmaktadır (Küçükzeybek ve Can, 2015; Marschollek, et. all, 2019; Randall&Wearn, 2005). Kötü haber vermenin iki temel nedeni bulunmaktadır. Bunlar hastanın değişen sağlık durumunu açıklamak ve bireyin yaşamını tehdit eden durumdan kurtarmaktır (Whitney, et. all, 2008).

Kötü haberin algılanmasında ise bireylerin psikolojisi, değer yargıları, mevcut sağlık sorunları, sosyal konumu, dini inançları gibi pek çok faktör etkilidir. Bu faktörlerin sürekli değişken olması nedeniyle aynı olay aynı kişide farklı zamanlarda farklı anlamlarda değerlendirilebilmektedir. Dolayısı ile bir kişiye göre kötü haber olan bir durum başka bir kişi tarafından olağan karşılanabilirken, aynı kişinin benzer olaylara tepkisi farklı zamanlarda tamamen farklı olabilir (Bilgin, Öztürk ve Şirin, 2008; Dülgeroğlu ve ark, 2021; Okyavuz, 2003). Dolayısıyla kötü haber verecek olan sağlık ekibinin karşılaşması muhtemel olan tepkiler birey ve yakınları tarafından suçlanma, birey ve yakınlarının deneyimleyebilecekleri ve sağlık ekibine yansıtabilecekleri üzüntü, öfke, inanmama ve/veya inkâr gibi güçlü duygusal tepkilerdir. Sağlık ekibinin hasta ve hasta yakınlarının kullanabilecekleri sözlü ifadeler konusunda hazırlıklı olmaları ekibin süreci en az yıkımla atlatabilmesi için gereklidir (Morse, 2011).

Kanser tanısı aldığı bilgisini içeren kötü haberi alan birey için mevcut tanısı başlı başına bir stres etkenidir ve bu tür psikososyal stres etkenleri duygudurum bozukluklarının gelişmesini hızlandırabilmektedir. Bu durum hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir (Sotelo, et. all, 2014).

2.6.Kötü Haber Verme Protokolleri

Literatürde kötü haber verilme sürecinde kullanılmaya yönelik Rabow ve McPhee'nin ABCDE yaklaşımları, Baile ve Buckman'ın SPIKES yaklaşımı, Girgis ve SansonFisher'in önerilerini içeren yaklaşımlar bulunmaktadır (Baile et al., 2000; Girgis ve SansonFisher, 1998; Rabow ve McPhee, 2000).

2.6.1.Girgis ve Fisher Protokolü

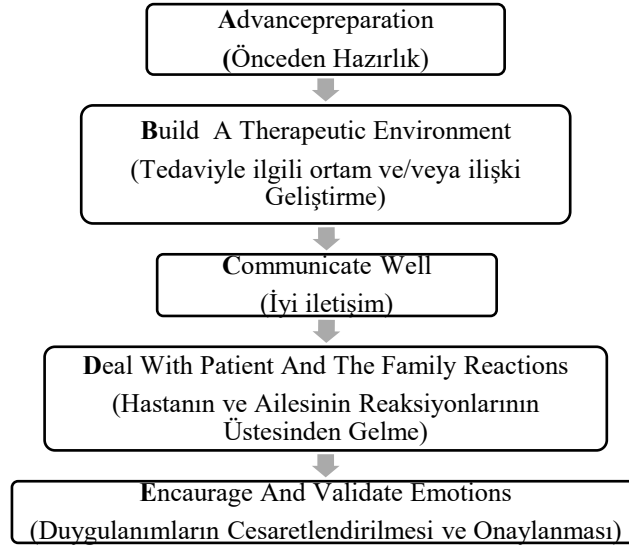
Kötü haber vermeye ilişkin yayınlanan protokol olan Girgis ve Fisher'ın Protokolü 13 basamaktan oluşmaktadır.

- Kötü haber hasta ile sakin ve özel bir ortamda paylaşılmalıdır.
- Kötü haber verilirken görüşme kesintisiz olmalıdır. Her bireyin öğrendiği bilgiyi kabul etmesi için ihtiyacı olan süre miktarı farklıdır. Ancak bireyin kötü haberin verileceği görüşmede zaman kısıtlaması var ise diğer görüşme 24 saat içerisinde tekrar olacak şekilde planlanmalıdır.
- Bireyin durumu anlayıp anlamadığı değerlendirilmelidir. Birey hastalığın ilerlemesini biliyor olabilir, durumun farkında olabilir. Bireyin vereceği cevaba uygun olarak bireye hastalığı hakkında bilgi verilmelidir.
- Hastaya teşhis ve ilerlemesi dürüst bir şekilde basit düzeyde anlatılmalıdır. Tıbbi terimler olan tümör, metastaz, büyüme kavramlarını kullanmaktan kaçınılmalıdır. Eğer birey kanser ise kanser kavramı kullanılmalıdır. Bu aşamada bireyin kötü habere alışabilmesi için birkaç kez ve farklı şekillerde haberin tekrar edilmesi gerekebilir.
- Bireyin duygularını özgürce ifade edebilmesine izin verilmeli ve bunun için cesaretlendirilmelidir. Bireyin bazı ani reaksiyonları olabilir: ağlamak, sessizlik, akut distres, öfke, inançsızlık. Hastaların bu tarz duygu ve endişelerinin olmasının normal olduğunu bilmelerini sağlanmalıdır. Bu durum hastanın kabul edilmiş hissedilmesine yardımcı olarak endişelerini paylaşmasını sağlayabilir.
- Hastaların duyguları karşısında empati yaparak cevap verilmelidir. Bireye dokunmak sıcaklık, güvence ya da cesaret verebilir.

- Bireye hastalığın prognozu için kesin bir zaman vermekten kaçınılmalıdır. Eğer mümkünse bireye kişisel problemlerini çözmeleri için yeterli, geniş, gerçekçi bir zaman aralığı verilmelidir.
- ‘Daha fazla bir şey yapılamaz’ düşüncesinden kaçınılmalıdır. Eğer hastalık küratif tedavi için çok ilerlemiş ise bireye kalan süreçte bireyin rahatını mümkün olabildiğince yardımcı olacağınıza dair güvence verilmelidir. Bireye sağlanan tedavinin palyatif olduğu durumlarda bireye hastalığının tedavi olasılığı varmış gibi davranmamalıdır ve hastanın da bu varsayıma kapılmasına izin verilmemelidir.
- Görüşme sonunda birey için önemli olan kişilerin durum hakkındaki görüşleri için yakın bir zamana görüşme (24 saat içinde gerçekleşecek şekilde) ayarlamalıdır.
- Hastaya olası tedavi seçeneklerini anlatılmalıdır. Eğer bilgi almak isterse yan etkilerini anlatılmalıdır. Hastaya tedavi seçeneklerini sunacağınızı ve tavsiyede bulunacağınızı ancak tedavi ile ilgili son kararın kendisine ait olacağını açıkça belirtilmelidir.
- Hastaya aldığı tanıyı kime anlatmak istediğini sorulmalıdır. Bireye yakınına durumunu anlatırken destek olmayı, yardım etmeyi teklif edilmelidir.
- Hastaya mevcut destek sistemleri (destek grupları, bakım evleri, palyatif bakım hizmetleri, dini hizmetler) hakkında detaylı bilgi verilmelidir.
- Hastanın tıbbi kaydına ne söylediğini, ailesinin ne söylediğini, hastanın durumunu kimlerin bildiğini ve bireyin kötü haberi almasıyla verdiği tepkiyi kısaca not edilmelidir. Bu bilgi kaydı bireyle ilgilenen tüm sağlık profesyonelleri için bilgi sağlayacaktır. Ayrıca bu bilgiler hastanın taburculuk özetine de eklenmelidir (Girgis and Sanson-Fisher, 1998).

2.6.2.ABCDE Protokolü

Bir diğer protokol ise Rabow ve McPhee (1999) tarafından oluşturulmuştur. Kötü haber vermenin temel prensiplerini ABCDE modeli ile ifade etmişlerdir.



Şekil-1: ABCDE Protokolü

Önceden Hazırlık (Advancepreparation)

- Hastanın mevcut bilgisi ve baş etme sistemlerinin ne olduğunu değerlendirilmelidir.
- Görüşme için rahatsız edilemeyecek yer ve zaman ayarlanmalıdır.
- Görüşme sırasında bireye destek olması için ailenin yanında olmasını sağlanmalıdır.
- Kötü haberi verecek sağlık profesyoneli görüşme öncesi duygusal olarak kendini hazırlamalıdır.
- Hastaya neyi nasıl söyleyeceğinizi belirlenmelidir.

Tedaviyle İlgili Ortam ve/veya İlişki Geliştirme (Build A Therapeutic Environment)

- Görüşmenin kesintiye uğramayacağı, özel, sessiz bir yer ayarlanmalıdır.
- Herkes için yeterli oturma yeri sağlanmalıdır.
- Görüşme sırasında terapötik dokunuşu kullanabilmek için hastaya yeterince yakın oturulmalıdır.

İyi İletişim (Communicate Well)

- Görüşmede açık olunmalıdır. “Üzgünüm, kötü haberlerim var” gibi bir giriş cümlesi kullanılabilir.
- Görüşme sırasında kısaltma, jargon kelimeler kullanmaktan kaçınılmalıdır.

- Görüşme içinde hastalığı tanımlarken açık, kısa ifadelerle “kanser” veya “ölüm” gibi kavramlar kullanılmalıdır.
- Sessizliğe izin verilmelidir.
- Gereksinime göre terapötik dokunuşu kullanılmalıdır.
- Hastanın verilen haberi doğru anlayıp anlamadığı kontrol edilmelidir.
- Konu tekrar edilmelidir ve yazılı açıklamalar ya da hatırlatıcılar kullanılmalıdır.
- Gerekli ise ek görüşme yapılmalıdır.

Hastanın ve Ailesinin Reaksiyonlarının Üstesinden Gelme (Deal With Patient and The Family Reactions)

- Hastanın tepkilerini fizyolojik, bilişsel, duygusal olarak değerlendirilmelidir.
- Aktif bir şekilde dinlenmelidir.
- Hastanın duygularını anlamaya çalışılmalıdır.
- Empati kullanılmalıdır.

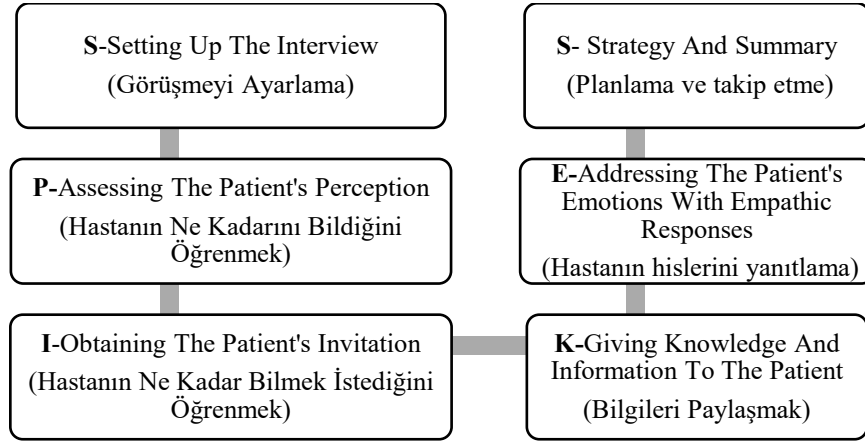
Duygulanımların Cesaretlendirilmesi ve Onaylanması (Encourage and Validate Emotions)

- Hastanın duygularını başkalarıyla paylaşması için cesaretlendirilmelidir.
- Verilen kötü haberin hasta üzerindeki etkileri değerlendirilmelidir.
- Verilen kötü haberin hasta için ne anlama geldiği belirlenmelidir.
- Hastanın diğer ihtiyaçları ele alınmalıdır, acil ve uzun vadeli planları belirlenmelidir.
- Hastanın kendine zarar verme olasılığı değerlendirilmelidir.
- Daha fazla destek için uygun yönlendirmeleri yapılmalıdır.
- Hasta için yazılı materyaller (eğitim materyalleri vb.) sağlanmalıdır.
- Düzenli takip için gerekli planlamalar yapılmalıdır (Rabow and McPhee, 1999).

2.6.3.SPIKES Protokolü

Amerikan Klinik Onkoloji Derneği'nin (ASCO) 1998 yılında düzenlediği yıllık toplantıda katılımcılardan anket yolu ile elde edilen veriler doğrultusunda onkologların

kötü haber verme sürecini etkin yönetebilmesi için iletişim becerilerinin gelişmiş olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Baile, et. all, 2000).



Şekil-2: SPIKES Protokolü

Görüşmeyi Planlama

Bireye verilecek olan kötü haberin zihinsel olarak planlanması iyi bir hazırlık yöntemidir. Zihinsel planlama sırasında hasta bireyin verebileceği tepkileri tahmin ederek bu tepkilerin nasıl yönetileceğinin düşünülmesi, hasta birey tarafından sağlık profesyoneline yönetilebilecek soruların nasıl yanıtlanacağını düşünülmesi zihinsel hazırlık sürecinin aşamalarını oluşturmaktadır. Hasta bireyin gelecek planlaması yapabilmesi amacıyla kötü haberin verilmesindeki hazırlık aşaması önemlidir. Hazırlık aşaması boyunca birey için üzücü bir bilgi verileceği unutulmamalıdır (Baile, et. all, 2000).

Hazırlık aşamasında sağlık profesyonellerinin dikkat etmesi gereken önemli noktalar;

- Kötü haberin verileceği ortamın mahremiyetini sağlanmalıdır.
- Bireyin destek alabileceği eşi, yakını veya aile üyelerinden birinin yanında bulunmasına sağlanmalıdır.
- Bireyin kendini rahat hissetmesi için görüşme süresince oturması sağlanmalıdır.
- Birey ile göz teması kurmanın yanında terapötik dokunuşa kullanılmalıdır.
- Birey için yeterli zaman ayrılmalıdır ve görüşmenin kesintiye uğramasına
- engel olunmalıdır (Baile, et. all, 2000).

Hastanın Ne Kadarını Bildiğini Öğrenme

Bu aşamadaki sağlık profesyonellerinin amacı kötü haberi alan bireyin aldığı haberi ne kadar ciddi olarak algıladığı ve bu haberin gelecekte kendisini nasıl etkileyeceğini düşündüğünü öğrenebilmektir. Sağlık profesyonelinin konsantrasyon ve aktif dinleme becerisine sahip olması bu aşamayı kolaylaştıran etmenlerdir (Buckman, 2017). Sağlık profesyonellerinin amacına ulaşmak için kullanabilecekleri sorular;

- Şimdiye kadar hastalığınız ile ilgili ne yaptınız?
- Yapılan tetkiklerin neden yapıldığını biliyor musunuz?
- Bu hastalık/bu semptomlar size ne hissettiriyor?
- Önceki sağlık profesyonelleri size değişen sağlık durumunuzla ilgili ne anlattı?
- Bu hastalığın ciddi olabileceğini düşündünüz mü?
- Kendiniz hakkında endişe duyuyor musunuz?
- X belirtisini kendinizde fark ettiğinizde ne hissettiniz (Buckman, 2017)?

Hastanın Ne Kadar Bilmek İsteddiğini Öğrenme

Hasta birey ve yakınlarına hastalık sürecine dair ihtiyaçları olan bilgilerin tespit edildiği bir aşamadır (Kaplan, 2010). Birey ve yakınlarına açık uçlu sorular sorulur (Buckman, et. all, 2000).

- Bu durum ciddi bir hale gelirse, siz tam olarak neler olduğunu bilmek ister misiniz?
- Tanı hakkındaki tüm detayları bilmek ister misiniz?
- Nelerin kötü durumda olduğuna dair tüm ayrıntıları bilmek ister misiniz yoksa sadece tedavi planını öğrenmeyi mi tercih edersiniz?
- Neler olup bittiğini tam olarak bilmek ister misiniz, yoksa sadece ana hatlarını vermemi mi istersiniz?
- Durumunuz ciddiyse, bu konuda ne kadar çok şey bilmek istersiniz?
- Durumunuzun ayrıntılarını size söylememi ister misiniz, yoksa konuşmamı istediğiniz bir başkası var mı? (Buckman, 2017).

Bilgileri Paylaşma

Bir önceki aşamada birey ve yakınının neyi ne kadar bilmek istedikleri belirlendiği için diğerlerine göre daha kolaydır (Ptajek and Eberhardt, 1996).

- Hasta bireyin anlayabileceği dil kullanılmalıdır.
- Verilen bilgileri bireylerin en iyi şekilde anlaması için çaba gösterilmelidir.
- Hasta bireyin kendisine verilen bilgiyi doğru anlayıp anlamadığı sorgulanmalıdır.
- Tüm bilgiler bir anda verilmemelidir. Hasta birey ve yakınları bir bilgiyi anladıktan sonra diğer bilgiye geçilmelidir.
- Görüşme esnasında bireylerin yansıttığı duygular kabul edilmeli ve empatik bir şekilde geri dönüt verilmelidir (Buckman, 2005).

Hastanın Hislerini Yanıtlama

Birçok sağlık profesyoneli için hasta birey ve yakınlarının duygularına cevap verebilmek sürecin en zor aşamasını oluşturmaktadır (Buckman, 2005). Bireylerin duygularını ve yansıttıkları tepkileri kabul ederek bireylere uygun geri dönüt vermeye terapötik yanıt olarak adlandırılmaktadır (Kaplan, 2010; Buckman, 2005).

Empatik yanıt üç aşamadan basamaktan oluşmaktadır (Ptajek and Eberhardt, 1996; Buckman, 2005);

1. Bireyi dinleyerek hissettiği duyguyu tanımlanmalıdır.
 - Bu durum size ne hissettiriyor?
 - Size verilen bilgilerden nasıl bir anlam çıkarıyorsunuz?
2. Bireyin aldığı kötü haber karşısında hissettiği duygunun olası kaynağı belirlenmelidir.
3. İlk iki basamak arasında bağlantı kurarak bireye duygusunu ve bu duygusunun kaynağı tanımlanmalıdır.
 - Yapılan kemik taraması sonucunu duymak sizde büyük bir şok yaratmış olmalı.
 - Açıkçası bu kötü haberi almak sizin için çok üzücü bir durum.

Planlama ve Takip Etme

İlk olarak verilen bilgiler bireylerin kolaylıkla anlayabileceği şekilde özetlenir (Kaplan, 2010). Bireyin tedaviye hazır olup olmadığını tespit etmek bu evrede önemlidir (Baile ve ark., 2000). Bireylerin endişelerini ve merak ettikleri soruları konuşmak için yeterli zaman ayrılır ve bir sonraki uygulanması düşünülen adımları planlayarak görüşme sonlandırılır. (Buckman, 2005).

2.6.4.BREAKS Protokolü

Kötü haber verme protokollerinden bir diğeri BREAKS protokolüdür. Altı aşamadan oluşmaktadır.



Şekil-3: BREAKS Protokolü

Arka Plan (Background)

Sağlık profesyonellerinin görüşme yapacağı bireyin değişen sağlık durumu, geçmiş baş etme becerileri, sosyokültürel durumu hakkında yeterli miktarda bilgiye sahip olması ve görüşme sırasında hasta birey ve yakınları tarafından sorulabilecek sorulara hazırlıklı olması önemlidir. Görüşmenin etkin yönetilebilmesi için yeterli sürenin bireylere ayrılması, görüşmeyi olumsuz yönde etkileyebilecek dış etkenlerin en az düzeye indirildiği sessiz bir ortamın seçilmesi diğer önemli parametrelerdir. Bireylerin görüşme süresince duygusal çöküş yaşaması halinde sağlık profesyoneli bireylerin duygularını dışavurumuna saygı duymalı ve destek olmalıdır (Narayanan, et. all, 2010).

Uyum (Rapport)

Sağlık profesyonelleri ile hasta birey/yakını arasında olumlu, doğru ve profesyonel bir etkileşim kurulmalıdır. Bireyin kötü haberi duymaya hazır oluşuluğu açık uçlu sorular sorularak öğrenilmelidir (Narayanan, et. all, 2010).

Keşfetmek (Exploring)

Sağlık profesyonelleri kötü haber vermeye hasta bireyi hazırlarken bireyin değişen sağlık durumundan bildikleriyle başlaması süreci daha kolay yönetmesine yardımcı olmaktadır. Hasta bireyin aile ilişkileri, geçmiş yaşam deneyimleri, inançları ve mevcut etkin baş etmelerinin varlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olunmalıdır. Hasta bireyin izni ve isteği doğrultusunda karar bireyin sosyal destek mekanizmaları sürece sağlık profesyonelleri tarafından dâhil edilebilmektedir. Bireyin değişen sağlık durumu ayrıntılı olarak açıklanırken ne hasta bireye ne de yakınlarına bireyin yaşam

süresi ile ilgili kesin bir güvence verilmemelidir. Ancak sağlık profesyonelleri hasta birey ve yakınlarına değişen sağlık durumuna uygun verilere dayalı gerçek öngörüler sunabilir (Narayanan, et. all, 2010; Razavi, et. all, 2003).

Bildirmek (Announce)

Sağlık profesyonelleri hasta birey ile iletişim kurarken ilk olarak bireyin değişen sağlık durumu ile ilgili bilgi alıp almak istemediğini açık uçlu sorularla sorgulamalıdır. Bireyden onay alındıktan sonra bireyin anlamasını zorlaştıracak tıbbi terimlerden kaçınarak kötü haber verilmelidir. Verilecek olan bilgiler bireyin anlayabileceği kısa, basit kelimelerden oluşmalı ve net cümleler kullanılarak aktarılmalıdır (Narayanan, et. all, 2010).

Harekete Geçirmek (Kindling)

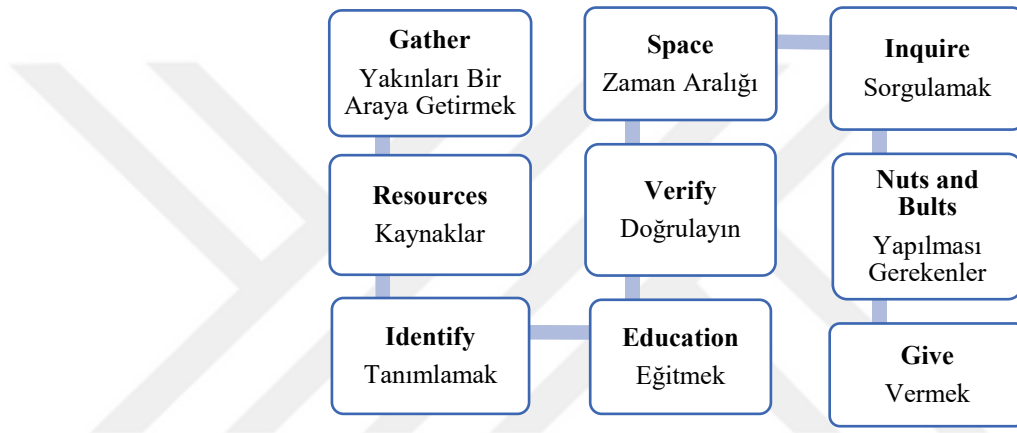
Kötü haberi alan bireylere durumu algılayabilmesi için yeterli süre verilmelidir. Her bireyin durum karşısında sergilediği davranış biçimi farklıdır. Görülebilecek olası tepkiler şu şekildedir: inkâr, sessiz kalma, ağlama, kabullenmeme, ayağa kalkarak oda içerisinde dolaşma. Bireyin kendisine verilen haberi yanlış anlayıp anlamadığı sorgulanmalıdır. Sağlık profesyonelleri bireyin kendisini dinleyip dinlemediğini öğrenmek amacıyla kapalı uçlu soru sorabilirler. Kötü haberin verilmesinin devamında bireye durum hakkında soru sorması için yeterli süre verilmesi önemlidir. Çünkü bireyler sadece duymak istedikleri soruların yanıtları ile ilgilenmektedirler. Sağlık profesyoneli bilgi aktarımını sorulara göre şekillendirmelidir ve bireyde gerçekçi olmayan beklentilerin oluşmasını önlemek amacıyla olası tedavi yöntemlerinde net söylemlerden kaçınmalıdır (Narayanan, et. all, 2010).

Özetlemek (Summarize)

Sağlık profesyoneli önemli noktaları vurgulayarak görüşmenin özetini yapmalıdır. Bireye olası tedavi ya da bakım planlarından kısaca bilgi verilmelidir. Sağlık profesyoneli bireyin kendi tedavi ve bakım planlarına aktif olarak katılacağından emin olmalıdır. Görüşme bir sonraki görüşme zamanı planlanarak ve bireye 24 saat ulaşılabilirlik güvencesi verilerek sonlandırılmalıdır (Narayanan, et. all, 2010).

2.6.5. Ani Ölüm Haber Verme-Kayıp Protokolü (GRIEV-ING Protokolü)

Sağlık profesyonelleri için yerine getirilmesi gereken en zorlu görev bireyin yaşamını yitirdiği haberini yakınlarına vermektir. Sağlık profesyonellerinin özellikle beklenmeyen bir ölüm olduğunda vefat eden bireyin yakınları tarafından suçlanma korkusu, yakınlarının baş etmedeki yaşayabilecekleri zorluklar, bireyler arasındaki sosyokültürel ve dini farklılıkların olması ve bireylerin ölüm korkularının hepsi kötü haberi vermenin zorluğunu arttırmaktadır (Rosenzweig, et. all, 1997). Sağlık profesyonellerinin ölüm haberi verme becerilerini geliştirebilecek protokolün 9 basamağı bulunmaktadır.



Şekil-4: Ani Ölüm Haber Verme- Kayıp Protokolü

Yakınları Bir Araya Getirmek (Gather)

- Bireyin ailesini ve yakınlarını görüşmenin yapılacağı ortamda bir arada bulunmasını sağlanmalıdır.
- Tüm bireylerin hazır olmasını sağlanmalıdır.

Kaynaklar (Resources)

- Haberi verme sürecinde yardımcı olabilecek mevcut destek kaynaklarını aranmalıdır. Örneğin yabancı hasta yakınları ile olan iletişim engelini kaldırmak için tercüman, din görevlisi, sosyal hizmet uzmanı...

Tanımlamak (Identify)

- Sağlık profesyoneli kendisini tanıtmalıdır.
- Ölen bireye ismiyle hitap edilmelidir.

- Yakınlarının ölen bireyin durumu hakkındaki mevcut bilgilerini öğrenilmelidir.
- Yakınların hazır oluşluluğunu belirleyebilmek amacıyla yaşanan ölümün beklenen bir durum mu yoksa beklenmeyen bir ölüm mü olduğunu değerlendirilmelidir.

Eğitmek (Education)

- Bireyin yakınlarını, bireyin sağlık durumunda yaşanan olumsuz değişimler hakkında bilgilendirilmelidir.
- Yakınlarını kötü haber almaya hazırlanmalıdır.
- Ölüm haberini yakınları ile paylaşılmalıdır.

Doğrulamak (Verify)

- Bireyin yaşamını yitirdiğini, öldüğünü doğrulanmalıdır.
- Yakınlarına karşı açık olunmalıdır. Haberi verirken “ölü” ya da “öldü” kelimelerini kullanılmalıdır.

Zaman Aralığı (Space)

- Deneyimlenen duygusal anın anlaşılabilmesi ve kabullenilebilmesi için yakınlarına yeterli kişisel alan ve zaman verilmelidir.

Sorgulamak (Inquire)

- Yakınlarının öğrenmek istediği herhangi bir sorularının olup olmadığı sorulmalıdır.
- Öğrenmek istediklerini gerçeğe uygun bir şekilde yanıtlanmalıdır.

Yapılması Gerekenler (Nuts and Bolts)

- Bireyin yakınlarını organ bağışı, cenaze hizmetleri ve bireyin eşyaları hakkında bilgilendirilmelidir.
- Yakınlarına cesedi görme imkânı sağlanmalıdır.

Vermek (Give)

- Yakınlarının ulaşabilmesi için iletişim bilgileri verilmelidir.
- Daha sonrasında ortaya çıkabilecek soruları cevaplanacağı bilgisi verilmelidir (Hobgood, et. all, 2005).

2.7. Kötü Haber Sonrası Bireyde Görülebilecek Psikososyal Değişimler

Kronik hastalık tanısı alan bireyler ve bu bireylerin yakınları, hastalığın yıkıcı yönü ile sadece bireyin yaşamının sadece son zamanlarında değil tüm hastalık süreci boyunca karşı karşıya kalmaktadır (Franciosi, et al,2019). Hastalık süreci boyunca psikolojik, sosyal, fiziksel ve manevi olarak çeşitli yönlerden etkilenen, belirsizliğin getirdiği korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusunu deneyimleyen birey ve yakınlarının karşılaştıkları olumsuz durumların sonucunda aldıkları kötü haber duygusal, ruhsal ve davranışsal problemlerin yaşanmasına neden olabilmektedir (Ayhan ve ark., 2021; Atan, Özer ve Turan, 2020 Bilgin, Öztürk ve Şirin; 2008; Şentürk, Bıçak ve Akça, 2018; Özkan, 2006).

Kötü haberin algılanmasında bireylerin psikolojisi, değer yargıları, mevcut sağlık sorunları, sosyal konumu, dini inançları gibi pek çok faktör etkilidir. Bu faktörlerin sürekli değişken olması nedeniyle aynı olay aynı kişide farklı zamanlarda farklı anlamlarda değerlendirilebilmektedir. Dolayısı ile bir kişiye göre kötü haber olan bir durum başka bir kişi tarafından olağan karşılanabilirken, aynı kişinin benzer olaylara tepkisi farklı zamanlarda tamamen farklı olabilir (Bilgin, Öztürk ve Şirin, 2008; Dülgeroğlu ve ark., 2021; Okyavuz, 2003).

Yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip olan bireylerin yas sürecini deneyimlemesi kaçınılmazdır. Elizabeth Kübler Ross'un beş aşamadan oluşan yas modeline göre birey sırasıyla inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenmedir. Deneyimlenen aşamaların süresi ve yoğunluğu bireyden bireye değişkenlik göstermektedir. Beş aşamada da varlığını koruyan duygu olan umut ise bireylerin sağlık profesyonellerine güven duymasını, tedaviye devam etmelerini hatta yarar sağlayabilecek yeni bir ilacın üzerlerinde denenmesine izin vermelerini sağlamaktadır (Kübler-Ross, 2010). Benzer şekilde Greer ve arkadaşlarının da beş basamaktan oluşan uyum stratejileri de bulunmaktadır. Bu aşamalar sırasıyla savaşçı ruh, çaresizlik/umutsuzluk, kaygılı meşguliyet, kadercilik, inkardır (Greer, et. all, 1989).

2.8.Kötü Haber Verme Sürecinde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Literatür kötü haber vermeyi çoğunlukla kanser olmak gibi yaşamı tehdit eden ciddi durumların teşhisinin bilgi verilmesi olarak odaklansa da kötü haberler siğilden sedef hastalığına, kısırlığa kadar çeşitlenmektedir (Hoy, 1985 akt. Sparks, et. all, 2007; Sparks, et. all, 2007). Kullanılan kötü haber verme yöntemi haberi alan birey ve yakınlarının bakış açılarını ve yaşanan olumsuz durum karşısındaki tutumlarını etkilemektedir (Fujimori et. all, 2007). Zorlu bir görev olan kötü haberin verilmesi sürecinin başarılı yönetilmesiyle bireylerin olumsuz duygusal tepkileri azaltılabilir ve böylece hasta memnuniyeti artabilir (Mast, et. all, 2005).

Kötü haber verme sürecinde sağlık profesyonellerinin verdikleri kötü haber kadar tutum ve davranışları da önemlidir (Whitney, et all, 2008). Sahip olunan bu iletişim becerisi ile sağlık profesyonelleri stres düzeylerini kontrol altında tutmanın yanı sıra bireyin psikolojik açıdan olumlu etkilenmesini de sağlamaktadır (Yardım ve Şenol, 2018). Hasta ve yakınları ile zamanında ve etkili iletişim kurulması, mevcut sağlık durumuna yönelik potansiyel tehditlerin değerlendirilmesi, bu tehditlere uygulanacak yaklaşımın belirlenmesine yardımcı olmaktadır (Kreps, 2003).

Kötü haber verme süreci yönetilemediğinde hasta ve yakınları ile sağlık profesyonelleri arasında olan iş birliğinin olumsuz yönde etkilenecek azalmasına, birey ve yakınlarının ruhsal çöküntü yaşamasına ve hastanın mücadele gücünü yitirmesine neden olabilmektedir (Marschollek, et. all, 2019). Hemşirenin bireyin değişen sağlık durumu ile ilgili bireye ya da bireyin ailesine verilen kötü haber sırasındaki sergilediği tutum ve davranışları bireyin tedavi sürecine yaklaşımını etkileyebileceği için kötü haberin verilme süreci önemlidir (Boz ve ark., 2016). Kötü haberin uygun şekilde verilmemesi halinde etik açıdan hastaya zarar vermeme/yararlılık ilkesi göz ardı edilmekte, yetersiz bilgilendirme hastanın doğru karar almasını olumsuz etkileyerek özerkliğine zarar verebilmektedir. Bu nedenle kötü haberin bireye uygun şekilde verilmemesi, etik ve hukuki bir sorunu da beraberinde getirmektedir (Burkhardt & Nathaniel, 2013).

Hasta ve yakınlarının bütüncül bir bakım almasının ön koşulu multidisipliner ekip yaklaşımının uygulanmasıdır. Ekip içerisinde yer alan konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri hasta ve yakınlarının tedavi-bakım-rehabilitasyon süreçlerinde ruhsal ve psikososyal ihtiyaçlarını belirleyerek süreç içerisinde ortaya çıkan sorunlarla baş

etmelerini, duygusal, bilişsel, gelişimsel ve davranışsal tepkilerini değerlendirerek süreç içerisine aktif olarak rol almaktadır (Kocaman,2004). Hastanelerin çoğunlukla onkoloji, acil ve yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin çalışma yaşamlarında diğer birimlerde görev alan hemşirelere göre daha fazla hasta ve yakınlarına kötü haber vermek zorunda kaldığı belirtilmiştir (Güner, 2006). Dolayısıyla bu birimlerde görev alan hemşirelerin olumsuz duygularla daha çok karşılaşması hasta ve yakınları ile kurulacak olan iletişimi daha önemli hale getirmektedir. Bu durum KLP hemşiresinin ekip içindeki rolünü ortaya çıkarmaktadır.

Ülkemizde 19.04.2011 tarihinde 27910 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde Psikiyatri Hemşireliğinin bir uzmanlık alanı olarak tanımlanan Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinin görev ve sorumlulukları incelendiğinde, kronik hastalığa sahip bireylere bakım ve tedavi sürecinde karşılaşılan zorlukların yönetiminde hemşirelerin primer sorumlu olarak süreçte etkin sorumluluğu olduğu görülmektedir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Aynı yönetmelikte KLP Hemşiresine verilen görevler arasında Hasta ile hemşire arasında iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözülmesinde yardımcı olmak, etkin kişiler arası iletişimi ve terapötik ilişkiyi kolaylaştırıcı faaliyetler planlamak da bulunmaktadır. Bunlara ek olarak hemşirelerin yaşadığı stres ile baş etme, duygularını ifade etme ve problem çözmeye yardımcı olmak, gereksinimleri olan desteği sağlamak, destek grupları oluşturarak devamlılığını sağlamak görev, yetki ve sorumlulukları arasında bulunmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Bu bağlamda hemşirelerin bakım verme sürecinde sıklıkla karşılaştıkları bir durum olan ve iletişimde bir kördüğüm olarak nitelendirilen kötü haber verme stratejilerinin öğretilmesi, verilecek hemşirelik bakımının kalitesinin ve niteliğinin artırılmasında önemlidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olup, araştırmada hemşirelerin iletişim becerileri ile kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ankara’da bulunan Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. 1956 yılında Türk Kanser Araştırma Kurumunun çabası, gönüllü kişi ve kuruluşların katkılarıyla ilk olarak 100 yataklı Ahmet Andiçen Hastanesi olarak faaliyete başlamış, günümüzde 600 yatak kapasitesi ile hizmet sunmaya devam etmektedir. Ülkemizde onkoloji alanında hizmet veren tek eğitim ve araştırma hastanesidir. Çalışmanın gerçekleştirildiği tarih itibarıyla hastane, dahili ve cerrahi birimler olarak toplam 19 yataklı klinik, poliklinikler ve ayaktan bakım hizmeti sunmaktadır. Hastanemiz her türlü kanser tanı, tedavi, takibi ve bakımını uluslararası kalite standartları çerçevesinde vermektedir. Her türlü kanser cerrahisi, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, kök hücre nakli, palyatif bakım, acil, yoğun bakım, beslenme, psiko-onkoloji, kişisel hijyen ve bakım, sosyal hizmetler, manevi bakım, evde sağlık ve uğraş terapileri kapsamında sosyal sorumluluk projeleri ile kanser alanında nitelikli hizmet verilmektedir. Hastanede ayrıca kanser alanında sağlık okur yazarlığını artırmak için Kanser Hasta Okulu ve Kanser Sürekli Eğitim Merkezi ile haftanın beş günü hizmet vermektedir. Kanser okulunda özellikle yeni tanı almış hasta ve hasta yakınları psiko-onkoloji, beslenme, palyatif bakım, manevi bakım, enfeksiyondan korunma ve kişisel hijyen ve sosyal hizmet, destek ve yardım konularında alanında uzmanlardan eğitim almaktadırlar. Hastane de 450 hemşire görev yapmaktadır. Araştırmanın verileri Nisan 2022- Eylül 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan 450 hemşire oluşturmaktadır. Örnekleme yöntem uygulanmadan hastanede çalışan tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma

kapsamında araştırmaya katılmayı kabul eden 341 hemşireye ulaşılmış, katma dışlama kriterlerine uyan 241 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Dahil Edilme Kriterleri: Araştırmaya katılmaya gönüllü olma, en az 6 aydır aktif olarak hemşire olarak çalışıyor olma

Dışlanma Kriterleri: Veri toplama araçlarındaki soruların eksik yanıtlanması

Araştırmanın örneklemini ile ilgili bilgiler Tablo 3.3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.3.1. Hemşirelere Ait Sosyo-Demografik Verilerin Dağılımı

DEĞİŞKENLER	N	%
Cinsiyet		
Kadın	202	83,8
Erkek	39	16,2
Toplam		100
Yaş Grupları		
20-25	61	25,3
26-30	65	27
31-40	56	23,2
41 ve üstü	59	24,5
Toplam		100
Eğitim Durumu		
Lise	9	3,7
Ön Lisans	23	9,5
Lisans	186	77,2
Yüksek Lisans	22	9,1
Doktora	1	0,5
Toplam		100
Meslekte Çalışma Süresi		
6-11 ay	14	5,8
1-5 yıl	101	41,9
6-9 yıl	17	7,1
10 yıl ve üstü	109	45,2

Toplam		100
Onkoloji Hastaları ile Çalışma Süreleri		
6-11 ay	51	21,2
1-5 yıl	95	39,4
6-9 yıl	26	10,8
10 yıl ve üstü	69	28,6
Toplam		100
Çalışılan Birim		
Hematoloji-Kit	51	21,2
Cerrahi Servisleri	34	14,1
Medikal Onkoloji Servisleri	22	11,6
Poliklinik	22	9,1
Yoğun Bakım Üniteleri	14	5,8
Acil	14	5,8
Ameliyathane	12	5,0
Ayaktan Kemoterapi	11	4,6
Dâhiliye Servisi	10	4,1
Ortopedi ve Travmatoloji Servisi	9	3,7
Enfeksiyon Servisi	8	3,3
Üroloji Servisi	8	3,3
Vip Servisi	6	2,5
Palyatif Servisi	4	1,7
Kadın Hastalıkları Servisi	4	1,7
KBB hastalıkları Servisi	4	1,7
Radyoterapi Servisi	2	0,8
Toplam		100
Mesleki Pozisyon		
Klinik Hemşiresi	178	73,9
Poliklinik Hemşiresi	34	14,1
Klinik Sorumlu Hemşiresi	16	6,6
Eğitim Hemşiresi	9	3,7

Yönetici Hemşire	4	1,7
Toplam	241	100

n:sayı, %:yüzde

Tablo 4.1 incelendiğinde; hemşirelerin %83,8'inin kadın, %16,2'sinin erkek olduğu, yaş oranlarına bakıldığında 26-30 yaş aralığında olanların (%27) çoğunlukta olduğu, eğitim düzeyleri incelendiğinde %77,2'sinin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin çalışma süreleri incelendiğinde; toplam çalışma süresi 10 yıl ve üstü olanların (%45,2) çoğunlukta olduğu ancak onkoloji hastaları ile çalışma süreleri değerlendirildiğinde ise; en yüksek oranda (%39,4) 1-5 yıl onkoloji birimlerinde çalışma deneyimine sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırmaya katılan toplam 241 katılımcının çalıştıkları birimler incelendiğinde; hematoloji servisler %21,1'lik oran ile ilk sırada yer alırken cerrahi servisler %14,1'lik oran ile ikinci, medikal onkoloji servisleri %11,6 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Hemşirelerin mevcut mesleki pozisyonları incelendiğinde ise; klinik hemşiresi olarak çalışanların oranı %73,9iken, poliklinik hemşiresi olarak çalışanların oranı %14,1, klinik sorumlu hemşiresi olarak çalışanların oranı %6,6, eğitim hemşiresi olarak çalışanların oranı %3,7 ve yönetici hemşire olarak çalışanların oranı da %1,7 olarak tespit edilmiştir.

3.4.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Hemşirenin iletişim becerileri düzeyleri

Bağımsız Değişkenler: Hemşirenin sosyodemografik özellikleri, hemşirelerin kötü haber algısı, hemşirelerin kötü haber verme deneyimleri

3.5. Veri Toplama

Araştırmanın verileri sosyodemografik veri formu, hemşirelerin kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimlerini belirleyen form ve sağlık çalışanlarına yönelik iletişim becerileri ölçeği aracılığıyla toplanmıştır.

3.5.1.Sosyodemografik Veri Formu (Ek-5)

Bu bölümde; araştırmacılar tarafından geliştirilen ve bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumları, çalıştığı birim ve kanser tanısı almış bireylere bakım verme deneyimlerini irdeleyen yedi sorudan oluşan form yer almaktadır.

3.5.2.Hemşirelerin Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimlerinin Belirlenmesi (Ek-6)

Hemşirelerin kötü haber algılarını, kötü haber verme deneyimlerini ve bu süreci etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik araştırmacılar tarafından literatüre dayalı soru formu oluşturulmuştur. (Ptajek & Eberhardt, 1996; Drossman, et. all, 2021; Fesci ve Ünal, 2011; Hauk, et. all, 2021; Kantarcıoğlu, 2018). Form, 24 sorudan oluşmaktadır.

3.5.3.Sağlık Çalışanlarına Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği (Ek-7)

Leal Costa ve arkadaşlarının (2016)''Creation Of The Communication Skills Scale İn Health Professionals-HP CSS'' envanteri esas alınarak oluşturulan bir ölçektir. Sağlık profesyonelleri İletişim Becerileri Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması Mendi ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek, empati (beş madde), bilgilendirici iletişim (altı madde), saygı (üç madde) ve sosyal beceri (dört madde) olmak üzere 4 boyuta ayrılmıştır ve 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin, 2-4-6-11-12 maddeleri empatiyi, 5-8-9-14-17-18 maddeleri bilgi veren iletişimi, 1-3-15 maddeleri saygıyı ve 7-10-13-16 maddeleri ise sosyal yetenekleri değerlendirmektedir. Her maddenin 1-6 arasında puanlaması bulunmaktadır (1 = hemen hemen hiçbir zaman, 2 = arada bir, 3 = bazen, 4 = normal, 5 = çok, 6 = sık sık, birçok kez). Ölçeğin 2, 4, 6, 11 ve 12. maddeleri empati alt boyutunu oluşturmakta ve puan aralığı 5-30 arasında değişmektedir. 5, 8, 9, 14, 17 ve 18. maddeleri bilgilendirici iletişim alt boyutunu oluşturmakta ve puan aralığı 6 ile 36 arasında değişmektedir. 1, 3 ve 15. Maddelerinde saygı alt boyutunu oluşturmakta ve puan aralığı 3 ile 18 arasında değişmektedir; 7, 10, 13 ve 16. Maddelerinde sosyal beceri alt boyutunu oluşturmakta ve puan aralığını 4 ile 24 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin daha iyi olduğunu yansıtmaktadır.

3.5.4 Ön Uygulama

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve dâhil edilme kriterlerine uyan beş hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında formlarda değişikliğe ihtiyaç duyulmamış, uygulama yapılan hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5.5.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri kliniğin işleyişini bozmayacak şekilde servis sorumlu hemşirelerinin önerileri doğrultusunda, tedavi ve bakım saatleri dikkate alınarak toplanmıştır. Her bir birim için ayrı bir planlama yapılarak, haftalık çalışma takvimlerine göre önce ilk görüşme yapılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve katma/dışlama kriterine uyan hemşireler ile mesai saatleri içinde uygun oldukları bir zaman diliminde randevu alınarak veriler toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından hemşirelere verilmiş, veri toplama sürecinde katılımcıların birbirleri ile etkileşim kurmalarını engelleyebilmek için yanlarında beklenmiş, kendi öz bildirimleri doğrultusunda veriler elde edilmiştir. Formların doldurulması yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüştür.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılım uygunluk Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov testleri ile incelendi. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılmayan ölçek puanının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan ölçek puanının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü ANOVA testi kullanıldı. Çoklu yanıtı sorulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. İlişkinin belirlenmesinde Point-Biserial Korelasyonu kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ s. Sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde, kategorik veriler ise frekans (yüzde) olarak sunuldu. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde uzman desteği alındı

3.7.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesinde, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (2012-KAEK-20) alınmıştır (Ek-4). Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden kurumsal izin alınmıştır (Ek-5). Ölçeğin kullanımı için araştırmacılardan yazılı izin (Ek-6), veri toplama için hemşirelerden yazılı onamları (Ek-7) alınmıştır.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma bulguları çalışmaya katılan hemşirelerden elde edilen veriler ile sınırlıdır.

Araştırmanın Güçlükleri: Araştırmanın pandemi koşullarında yürütüldüğü için hemşirelerin yoğun mesai içinde ve gergin bir ortamda çalışıyor olmaları araştırmaya katılma isteklerini olumsuz etkilemiştir. Bu durum araştırmanın güçlüğü olarak değerlendirilmiştir.



4.BULGULAR

Bu bölümde hemşirelerin iletişim becerilerinin, kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimlerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları tablolar halinde sunulmuştur. Bulgular, “Hemşirelerin Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimleri ve Kötü Haber Verme Sürecini Yönetmede İhtiyaç Duydukları Gereksinimler” ve “Hemşirelerin İletişim Becerileri, Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimleri Arasındaki İlişki” olmak üzere iki başlık altında sunulmuştur.

4.1. Hemşirelerin Kötü Haber Algısı, Kötü Haber Verme Deneyimleri ve Kötü Haber Verme Sürecini Yönetmede İhtiyaç Duydukları Gereksinimler

Bu bölümde hemşirelerin kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimleri ve kötü haber verme sürecini yönetirken ihtiyaç duydukları gereksinimler değerlendirilmiş ve Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Kötü Haber Algılarını Belirlemeye Yönelik Verilerin Dağılımı

	n	%
Sizce kötü haber nedir? *		
Aniden ortaya çıkan beklenmedik olaylar	86	39,3
Bireyin yaşamını kaybetmesi	82	37,4
Hastalık seyrinin kötüleşmesi, tedaviye yanıtın olmaması	62	28,3
Duygu durumunu etkileyen sağlık durumları	42	19,2
Bireyin yaşamını tehdit eden tanı alması	41	18,7
Terminal dönem	17	7,8
Organ kaybı/geri dönüşsüz zarar	6	2,7
Bakım sürecinde en sık karşılaştığınız, kötü haber olarak nitelendirdiğiniz durumlar aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?*		
Hastanın kaybedildiği haberini vermek	198	82,5
Yaşamı tehdit edecek önemli bir sağlık sorunun olduğunun açıklamak	186	77,5
Hastada gelişen ani tabloya bağlı olarak yoğun bakıma alınması	159	66,3
Bir süredir devam eden tedaviye olumlu yanıt olmadığını söylemek	152	63,3

Sonucu olumsuz olan herhangi bir test sonucunun açıklamak	148	61,7
Kronik veya ciddi bir hastalık tanısı almış bireye bilgi verilirken ekip içinde aynı ortamda bulunmak	88	36,7
Hastanın taburculuğunun ertelendiğini söylemek	80	33,3
Planlanan tedavinin ertelendiğini söylemek	68	28,3
Ziyaretçi yasağının olması	49	20,4
Hastanın izole edilmesi	48	20
Hastaya herhangi bir invaziv işlemin yapılacağını söylenmesi	37	16,2
Sizce sağlık profesyonelleri arasında kötü haberi kim/kimler vermelidir?*		
Doktor	215	89,6
Psikolog	61	25,3
Hemşire	61	25,3
Ekip üyelerinin birlikte belirlediği sağlık profesyoneli	42	17,4
Sosyal çalışmacı	29	12

*Çoklu yanıt, n:sayı, %:yüzde

Tablo 4.1’de hemşireler ait kötü haber algılarını belirlemeye yönelik veriler verilmiştir. Hemşirelerin %39,3’ü tedaviye ara vermeyi gerektiren beklenmedik gelişen durumları, kötü haber olarak tanımlamışlardır. Hemşirelerin %82,5’i bakım sürecinde hastanın kaybedilmesini kötü haber olarak nitelendirmişleridir. Hemşirelerin %89,6’sı kötü haberi vermesi gereken sağlık profesyonelinin doktor olması gerektiğini düşünmektedir. Kötü haber olarak nitelendirilen diğer durumların dağılımları Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Kötü Haber Verme Deneyimleri

	n	%
Daha öncesinde kötü haber vermeniz gereken bir durum ile karşılaştınız mı?		
Evet	126	52,3
Hayır	115	47,7
Sorunuzun cevabı ‘Evet’ ise bu deneyiminizden memnunuz musunuz?		
Evet	38	29,9
Hayır	59	46,5

Kısmen	30	23,6
Sorunuzun cevabı ‘Hayır’ veya ‘Kısmen’ ise nedenini açıklayınız.*		
Olumsuz etkileyeceğini düşünme	55	75,3
Bireyin verebileceği tepki	48	65,8
Kendini yetkin hissetmem	9	12,3
Kendini ve yakınları hazır hissetmeme	4	5,5
En son ne zaman kötü haber vermek zorunda kaldınız?		
Bir gün önce	6	5
Bir hafta önce	11	9,2
Son bir ay içinde	8	6,7
Son üç ay içinde	3	2,5
Son altı ay içinde	6	5
Son bir yıl içinde	10	8,4
Bir yıl ve sonrası	10	8,4
Hatırlamıyor	65	54,6
Kötü haberin içeriğini neydi?*		
Tedaviye bağlı komplikasyonun geliştiğinin söylenmesi	36	31,3
Bireyin yaşamını yitirmesi	29	24,6
Hastanın yoğun bakıma alınmasının gerektiğinin söylenmesi	22	18,6
Hastanın terminal döneme girmesi	16	13,6
Planlanan tedavinin ertelenmesi	11	9,3
Hastanın yaşamını tehdit eden tanı alması	9	7,6
Oral alım kısıtlamasının yapılacağının söylenmesi	3	2,5
Taburculuğun ertelenmesi	3	2,5
Kötü haberi verdiğiniz süreçte hissettiğiniz duygu hangisidir?*		
Çaresiz	80	49,7
Mutsuz	78	48,4
Gergin	50	31,7
Öfkeli	3	1,9
Hiçbir şey hissedememe	3	1,9

Kötü haber verirken süreci kolaylaştıran faktörlerin neler olduğunu düşünüyorsunuz?*		
Bireylerin iletişim becerileri	101	58
Bireylerin hazıroluşluluğu	80	46
Bireylerin davranışları (agresyon)	27	15,5
Kötü haber verme ilkelerine uygun davranmaya çalışıyorum.	96	59,6
Empatik yaklaşım sergilemeye dikkat ediyorum.	67	41,6
Bireylerin hazır oluşluluğuna dikkat ediyorum.	44	27,3
Bilgi vermeye dikkat ediyorum.	37	23
Uygun ortam oluşturmaya dikkat ediyorum.	30	18,6
Bireylerin duygularını ifade etmesi için fırsat veriyorum.	5	3,1
Telkinde bulunması önemişiyorum.	4	2,5
Kötü haber vermeniz gerektiği zaman ilk kime söylemeyi tercih edersiniz?*		
Hasta bireye	33	13,9
Hasta bireyin yakınlarına	209	88,2
Hazır oluşluluğunun iyi olduğuna inandığım bireye	3	1,3
Kötü haberi vereceğiniz bireyi belirlemenizde etkili olan faktör/faktörler nelerdir?*		
Sakin, rahat, stres düzeyini yönetebilecek bir birey olması	78	62
İletişim kurma becerilerine sahip bir birey olması	47	37,3
Bireylerin yeni durumu kabullenebilecek olgunlukta/yetkinlikte olması	42	33,3
Hastanın birinci derece yakını olması	30	23,8
Bireyin yaş, eğitim düzeyi, cinsiyeti gibi sosyodemografik özellikleri	28	22,2
Sosyal desteğe sahip olması	15	11,9
Hastalara kötü haber verme durumunda kaldığınızda sıklıkla karşılaştığınız tepkiler nelerdir?*		
Ağlama	205	87,6
Sessiz kalma	115	49,1
İnkâr/Kabullenmeme	114	48,7
Donakalma	88	37,6
Tedaviyi Reddetme	56	23,9

Düşme/Bayılma	54	23,1
Sözlü Şiddet	29	12,4
Fiziksel Şiddet	11	4,7
Kendine Zarar Verme	14	6
Hasta yakınlarına kötü haber verme durumunda kaldığınızda sıklıkla karşılaştığınız tepkiler nelerdir?*		
Ağlama	207	88,5
Sessiz kalma	113	48,3
İnkâr/Kabullenmeme	108	46,2
Donakalma	91	38,9
Düşme/Bayılma	65	27,8
Sözlü Şiddet	37	15,8
Tedaviyi Reddetme	25	10,7
Kendine Zarar Verme	23	9,8
Fiziksel Şiddet	20	8,5

*Çoklu yanıt n:sayı, %:yüzde

Tablo 4.2’de hemşirelerin ait kötü haber verme deneyimlerine yönelik veriler verilmiştir. Hemşirelerin %52,3’ü meslek yaşamları boyunca kötü haber vermesi gereken bir durum ile karşılaştığını belirtmiştir. Kötü haber veren hemşirelerin %29,9’u kötü haber verme deneyiminden memnunken, %46,5’i memnun olmadığını, %23,6’sı kısmen memnun olduğunu belirtmiştir. Kötü haber verme deneyiminden memnun olmayanların %70,1’i bu durumun nedeninin olumsuz etkileneceğini düşünme (%75,3), bireyin verebileceği tepki (%65,8) olarak belirtmiştir. Hemşirelerin %54,6’sı kötü haber verdiği zamanı hatırlamamaktadır. Hemşirelerin %9,2’si bir hafta önce kötü haber vermek zorunda kaldığını belirtmiştir. Verilen kötü haberin içeriğini sırasıyla tedaviye bağlı komplikasyonların geliştiğinin söylenmesi (%31,3), bireyin yaşamını yitirdiğinin söylenmesi (%24,6), hastanın yoğun bakıma alınması gerektiğinin söylenmesi (%18,6) oluşturmaktadır. Kötü haber verme sürecinde hemşirelerin en çok hissettiği duygu (%49,7) ile çaresizlik olarak belirtilmiştir. Kötü haber verme sürecini kolaylaştıran faktörlerde ilk sırada bireyin iletişim becerilerinin iyi olması (%58) yer almaktadır. Hemşirelerin kötü haber vermesini gerektiren bir durumda ilk olarak (%88,2) ile hasta bireyin yakınlarını tercih ettiği belirtilmiştir. Kötü haber verileceği bireyin belirlenmesinde (%62) ile yakın görünen, rahat ve stres

düzeyini yönetebilecek bir bireyin olmasına öncelik verildiği belirlenmiştir. Hemşireler kötü haber verdikleri süreçte hastaların sırasıyla ağlama (%87,6), sessiz kalma (%49,1), İnkâr/kabullenememe (%48,7) tepkileriyle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Hasta yakınlarının ise kötü haber aldıklarında sırasıyla ağlama (%88,5), sessiz kalma (%48,3), inkar/kabullenememe (%46,2) tepkilerini verdiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Kötü Haber Verme Sürecini Yönetirken İhtiyaç Duydukları Gereksinimler

	n	%
Kötü haber verme sürecinde yaşadığınız zorluklardan dolayı destek alma gereksinimi hissettiniz mi?		
Evet	64	27,5
Hayır	169	72,5
Soruya yanıtınız ‘Evet’ ise kimden destek aldınız?*		
Meslektaşlarımdan	41	65
Ekibin diğer üyelerinden	26	41,3
Profesyonel destek	14	22,2
Yönetici hemşireden	12	19
Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği uygulamaları hakkında bilginiz var mı?		
Evet	72	30,1
Hayır	167	69,9
Eğer çalıştığınız hastanede böyle bir birin olsaydı kötü haber vermede yaşadığınız tüm süreçte size destek olmasını ister miydiniz?		
Evet	219	90,9
Hayır	22	9,1
Kötü haber verme sürecini etkin yönetebilmek amacıyla eğitim aldınız mı?		
Evet	15	6,3
Hayır	224	93,7
Sorunuzun cevabı ‘Evet’ ise eğitimi nereden aldınız?		
Hastanede verilen hizmet içi eğitim programları kapsamında	10	66,7
Onkoloji hemşireliği sertifika programı kapsamında	3	20
Dernek/kurumlardan alınan psikoterapi eğitimi kapsamında	2	13,3

Bu konuda profesyonel bir eğitime ihtiyacınızın olduğunu düşünüyor musunuz?		
Evet	139	57,7
Hayır	102	42,3

*Çoklu yanıt, n:sayı, %:yüzde

Tablo 4.3’de hemşirelerin kötü haber verme sürecine yönelik gereksinimleri ile ilgili veriler verilmiştir. Hemşirelerin %27,5’i kötü haber verme sürecinde yaşadığı zorluklardan dolayı destek alma gereksinimi hissettiğini belirtmiştir. Destek alma gereksinimi hisseden hemşireler çoğunlukla meslektaşlarından (%65) destek aldığını belirtmiştir. Hemşirelerin %30,1’i KLP Hemşirelerinin uygulamaları hakkında bilgiye sahipken %69,9’u KLP Hemşirelerinin uygulamaları hakkında bilgisinin olmadığını belirtmiştir. %90,9’u çalıştıkları hastanede KLP birimi olsaydı kötü haber verme sürecinde kendilerine destek olmalarını istediklerini belirttiler. Kötü haber verme sürecinin etkin yönetebilmek amacıyla hemşirelerin %6,3’ü eğitim aldığını ancak %93,7’si eğitim almadığını belirtmiştir. Eğitim alan hemşirelerin %66,7’si hastanede verilen hizmet içi eğitim programları kapsamında eğitim almıştır. Hemşirelerin %57,7’sinin kötü haber verme sürecini etkin yönetebilmek amacıyla profesyonel bir eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmiştir.

4.2.Hemşirelerin İletişim Becerileri, Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimleri Arasındaki İlişki

Bu bölümde iletişim becerileri, kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimleri arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş ve Tablo 4.4, Tablo 4.5 ve Tablo 4.6’da sunulmuştur.

Tablo 4.4 Hemşirelerin İletişim Becerileri Ölçeğinden Aldığı Puanların Dağılımları

	Minimum	Maksimum	Ortalama	S. sapma	Ortanca
Empati	14,00	30,00	26,29	3,51	27,00
Bilgilendirici iletişim	15,00	36,00	28,78	3,54	29,00
Saygı	9,00	18,00	16,28	2,13	17,00
Sosyal beceri	8,00	24,00	18,05	3,02	18,00
İletişim becerileri toplam puanı	52,00	108,00	89,39	10,44	91,00

Tablo 4.4. incelendiğinde hemşirelerin iletişim becerileri toplam puanlarının 89,39 olduğu görülmektedir. Ölçekte hemşirelerin iletişim becerileri dört alt boyutta değerlendirilmiştir. Empati alt boyutunda hemşireler 26,29±SS puan alırken bilgilendirici iletişim alt boyutunda 28,78±SS puan almıştır. Saygı ve sosyal beceri alt boyutlarında ise sırasıyla 16,28±SS ve 18,05±SS puanlarını almışlardır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimleri ile Empati, Bilgilendirici İletişim ve Saygı Puanlarının Karşılaştırılması

	Empati Ortalama±S S.	Bilgilendiric i İletişim Ortalama±S S	Saygı Ortalama±S S	Sosyal Becerileri Ortalama±S S	Toplam Puan Ortalama±S S
Sizce kötü haber nedir? *					
Aniden ortaya çıkan beklenmedik olaylar	26,85±3,15	29,08±3,39	16,7±1,93	18,34±3,1	90,97±9,62
Bireyin yaşamını kaybetmesi	25,9±3,46	28,57±3,42	16,02±2,09	17,89±2,99	88,39±10,16
Hastalık seyrinin kötüleşmesi, tedaviye yanıtın olmaması	26,19±3,26	28,56±3,26	16,08±2,15	18,47±2,77	89,31±9,89
Duygu durumunu etkileyen sağlık durumları	26,36±3,57	28,21±3,61	16,26±2,13	17,57±3,68	88,4±10,89
Yaşamı tehdit eden tanı alma	25,71±3,65	28,02±3,05	16,12±2,17	17,37±2,9	87,22±9,97
Terminal dönem	27,53±2,48	29,82±3,28	17,18±1,47	18,88±2,74	93,41±8,76
Organ kaybı/geri dönüşsüz zarar	23,33±6,12	26,33±5,32	14,5±3,56	16,17±3,6	80,33±18,1
P*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Bakım sürecinde en sık karşılaştığınız, kötü haber olarak nitelendirdiğiniz durumlar aşağıdakilerden hangisi/hangileridir?*					
Hastanın kaybedildiği haberini vermek	26,15±3,64	28,71±3,63	16,18±2,23	17,91±3,06	88,95±10,77
Yaşamı tehdit edecek önemli bir sağlık sorunun olduğunun açıklamak	26,36±3,51	28,93±3,47	16,31±2,15	18,11±3,12	89,72±10,46
Hastada gelişen ani tabloya bağlı olarak yoğun bakıma alınması	26,38±3,25	28,74±3,45	16,35±2,05	18,02±3,08	89,49±10,14

Bir süredir devam eden tedaviye olumlu yanıt olmadığını söylemek	26,36±3,58	28,86±3,58	16,34±2,2	18,09±3,15	89,64±10,77
Sonucu olumsuz olan herhangi bir test sonucunun açıklamak	26,24±3,5	28,82±3,36	16,36±2,09	18,03±3,01	89,44±10,1
Kronik veya ciddi bir hastalık tanısı almış bireye bilgi verilirken ekip içinde aynı ortamda bulunmak	27,08±2,93	29,35±3,32	16,77±1,68	18,38±3,2	91,58±9,43
Hastanın taburculuğunun ertelenmesi	26,58±3,32	28,74±3,49	16,33±2,15	17,94±3,3	89,58±10,29
Planlanan tedavinin ertelendiğini söylemek	27,03±3,17	29,5±3,5	16,62±2,03	18,62±3,57	91,76±10,33
Ziyaretçi yaşağının olması	26,63±3,76	29,18±3,68	16,57±2,23	17,9±3,51	90,29±10,94
Hastanın izole edilmesi	27±3,26	29,85±3,57	16,73±1,89	18,02±3,47	91,6±10,25
Hastaya herhangi bir invaziv işlemin yapılacağını söylenmesi	27,05±3,69 26,5±4,95	29,68±4,27 27±0	17±1,83 16,5±2,12	17,95±3,81	91,68±11,62
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Daha öncesinde kötü haber vermeniz gereken bir durum ile karşılaştınız mı?					
Evet	26,64±3,26	28,59±3,41	16,43±2,03	17,83±2,92	89,49±9,81
Hayır	25,9±3,75	28,98±3,68	16,12±2,23	18,29±3,12	89,29±11,13
Test istatistiği	U=6451	U=6741,5	U=6736	U=6847	U=7222
P	0,138	0,349	0,326	0,459	0,966
Sorunuzun cevabı ‘Evet’ ise bu deneyiminizden memnun musunuz?					
Evet	26,71±3,53	28,08±3,92	16,45±2,05	17,55±3,01	88,79±10,63
Hayır	26,9±3,04	29,19±2,86	16,73±1,63	18,41±2,91	91,22±8,72
Kısmen	26±3,29	28,1±3,59	15,8±2,54	17,17±2,7	87,07±10,29
Test istatistiği	$\chi^2=1,784$	$\chi^2=2,732$	$\chi^2=2,188$	F=2,130	$\chi^2=3,342$
P	0,41	0,255	0,335	0,123	0,188
Sorunuzun cevabı ‘Hayır’ veya ‘Kısmen’ ise nedenini açıklayınız.**					
Olumsuz etkileyeceğini düşünme	26,8±2,82	29,11±2,94	16,6±1,87	18,2±2,69	90,71±8,45
Bireyin verebileceği tepki	26,88±2,83	28,77±2,96	16,71±1,73	17,92±2,95	90,27±8,48

Kendini ve yakınları hazır hissetmeme	26,5±1,73	28,25±3,1	16,75±1,5	17,25±2,99	88,75±5,85
Kendini yetkin hissetmem	25,44±3,47	26,89±3,48	15,22±2,59	16,67±3,08	84,22±11,43
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
En son ne zaman ve kime (hasta/yakını vb.) kötü haber vermek zorunda kaldınız?					
Bir gün önce	27,5±3,08	29,5±1,76	17,5±0,55	14,33±4,5	88,83±6,43
Bir hafta önce	25,73±2,2	28,55±4,39	16,55±1,44	18,09±3,81	88,91±10,39
Son bir ay içinde	27,75±2,76	29,63±2,07	17,13±1,46	18,38±2,39	92,87±7,7
Son üç ay içinde	29,33±1,15	28,67±0,58	17±1	20,33±3,51	95,33±5,51
Son altı ay içinde	25,5±4,81	26,5±4,23	15,17±3,49	17±2,45	84,17±14,27
Son bir yıl içinde	26,6±2,76	27,2±3,36	16,4±1,96	18,4±2,07	88,6±6,69
Bir yıl ve sonrası	25,9±2,28	27,8±1,75	16,6±1,51	16,7±1,89	87±4,64
Hatırlamıyor	26,46±3,43	28,72±3,56	16,31±2,12	17,88±2,72	89,37±10,48
Test istatistiği	$\chi^2=7,977$	$\chi^2=6,938$	$\chi^2=2,935$	$\chi^2=11,097$	$\chi^2=5,963$
P	0,335	0,435	0,891	0,134	0,544
Kötü haber verirken süreci kolaylaştıran faktörlerin neler olduğunu düşünüyorsunuz?***					
Bireylerin iletişim becerilerinin iyi olması	26,28±3,58	28,44±3,48	16,12±2,41	17,76±2,86	88,59±10,6
Bireylerin agresyon gibi davranışları yönetebilmesi	26,22±3,52	29,44±3,24	16,37±1,96	18,59±2,87	90,63±10,02
Bireylerin hazır oluşluluğu	26,89±3,03	29,16±3,32	16,51±1,77	18,24±3,06	90,8±9,62
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Kötü haber vermeniz gerektiği zaman ilk kime söylemeyi tercih edersiniz?***					
Hasta bireyin yakınlarına	26±6,08	27,67±5,77	15,33±4,62	17,93±2,89	89,22±9,9
Hasta bireye	26,67±4,11	29,15±4,29	16,61±2,32	18,79±3,43	91,21±12,6
Hazır oluşluğunun iyi olduğunu düşündüğüm bireye				20,33±3,79	89,33±20,23
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Kötü haberi vereceğiniz bireyi belirlemenizde etkili olan					

faktör/faktörler var mı?***					
Yaş/egitim/sosyodemografik durum	26,25±3,32	29,04±3,56	16,29±2,09	18,36±2,88	89,93±9,69
Stres yönetimi	27,24±2,63	29,58±3,3	16,67±1,87	17,89±2,78	91,38±8,43
Bireylerin iletişim kurma becerileri	26,96±2,74	28,87±3,28	16,38±1,87	18,15±2,65	90,36±8,56
Birincil yakın	26,3±2,91	28,57±2,97	16,07±1,78	18,1±2,73	89,03±9,01
Kabullenme	26,64±3,29	29,36±3,54	16,27±2,21	17,45±2,81	89,73±9,8
Bireylerin sağlık durumu/bilinç durumu	26,79±2,84	28,88±3,24	16,86±1,6	18,62±2,71	91,14±8,24
Diğer(destek mekanizmaları, temel hak)	26,93±3,28	28,8±2,86	17,27±1,03	17,67±3,66	90,67±8,07
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Hastalara kötü haber verme durumunda kaldığınızda sıklıkla karşılaştığınız tepkiler nelerdir?***					
Ağlama	26,4±3,44	28,85±3,48	16,36±2,07	18,12±3,07	89,73±10,25
Sessiz kalma	26,43±3,17	28,78±3,02	16,37±1,97	17,8±2,79	89,38±8,88
İnkâr/Kabullenmeme	26,36±3,72	28,96±3,52	16,32±2,15	18,04±3,13	89,68±10,64
Kendine Zarar Verme	24,29±3,89	27,21±3,58	15,29±2,67	16,86±4	83,64±10,12
Düşme/Bayıma	25,2±4,36	27,94±3,91	15,61±2,59	17,69±3,49	86,44±12,45
Donakalma	26,44±3,64	29,05±3,32	16,17±2,26	18,26±2,92	89,92±10,58
Sözlü Şiddet	24,66±3,57	27,52±3,45	15,9±2,51	17,1±3,37	85,17±10
Fiziksel Şiddet	25,55±3,36	28,45±3,67	16±2,68	17,55±4,06	87,55±10,82
Tedaviyi Reddetme	26,54±3,71	29,02±3,06	16,43±2,2	18,27±3,34	90,25±10,08
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Hasta yakınlarına kötü haber verme durumunda kaldığınızda sıklıkla karşılaştığınız tepkiler nelerdir?***					
Ağlama	26,41±3,46	28,89±3,46	16,31±2,07	18,07±3,01a b	89,68±10,14
Sessiz kalma	26,29±3,23	28,55±3,13	16,22±2,03	18,03±2,84a b	89,09±9,27
İnkâr/Kabullenmeme	26,41±3,83	29,19±3,58	16,29±2,14	18,69±3,29a b	90,56±11,1
Kendine Zarar Verme	26,96±3,81	29,57±3,72	16,43±2,15	19,78±2,98a	92,74±11,34

Düşme/Bayılma	25,8±3,91	28,11±3,78	15,92±2,45	17,83±2,8b	87,66±11,36
Donakalma	26,14±3,56	28,62±3,41	16,03±2,34	17,87±2,91a b	88,66±10,62
Sözlü Şiddet	25,43±3,79	28,11±3,96	15,95±2,63	17,38±2,8b	86,86±10,85
Fiziksel Şiddet	26,6±3,12	29,65±3,13	16,6±1,85	19,2±2,71ab	92,05±9,05
Tedaviyi Reddetme	25,8±4,41	28,92±3,34	16,24±2,47	18,44±3,03a b	89,4±11,23
p*	>0,05	>0,05	>0,05	<0,050	>0,050
Kötü haber verme sürecinde yaşadığınız zorluklardan dolayı destek alma gereksinimi hissettiniz mi?					
Evet	25,92±3,36	28,14±3,8	16,14±2,34	17,13±3,15	87,33±10,68
Hayır	26,46±3,58	29,03±3,43	16,35±2,06	18,42±2,93	90,25±10,31
Test istatistiği	U=4789	U=4611	U=5175	U=4018	U=4482
p*	0,173	0,081	0,597	0,002*	0,044
Soruya yanıtınız ‘Evet’ ise kimden destek aldınız?*					
Meslektaşlarımdan	26,17±3,07	28,31±3,56	16,22±2,23	17,25±3,46	87,94±10,12
Ekibin diğer üyelerinden	25,81±3,92	27,31±4,21	15,85±2,72	16,81±3,62	85,77±12,12
Profesyonel destek	26,71±2,7	28,71±2,92	16,79±1,72	16,14±3,35	88,36±7,96
Yönetici hemşireden	24,67±2,64	26,75±2,7	16±2,13	16,75±1,76	84,17±7,33
Diğer (Emniyet , din görevlileri)	26±3,94	30±4,9	16,2±2,49	17,4±4,28	89,6±13,94
p*	>0,05	>0,05	>0,05	>0,050	>0,050

*Bonferroni düzeltmesi, **Çoklu yanıt, ~Örnek sayısı düşük olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir, U: Mann-Whitney U test istatistiği, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, F: Tek yönlü ANOVA, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

Tablo 4.5.’de hemşirelerin kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimleri ile empati, bilgilendirici iletişim, sosyal beceri ve saygı puanlarının karşılaştırılması ile ilgili veriler sunulmuştur. Tablo 4.5. incelendiğinde, “**Sizce kötü haber nedir?**” sorusuna “Bireyin terminal döneme girdiğinin iletilmesi” yanıtını veren tüm katılımcıların İletişim Becerileri tüm alt puan ortalamalarının diğer yanıtlara göre yüksek olduğu bu bulgunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,050$) tespit edilmiştir.

“Bakım sürecinde en sık karşılaştığınız, kötü haber olarak nitelendirdiğiniz durumlar nelerdir” sorusuna verilen cevaplar ile İletişim Becerileri puan ortalamaları arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde; ölçekten empati alt boyutu ortalama puanı yüksek olanların, “Kronik veya ciddi bir hastalık tanısı almış bireye bilgi verilirken ekip içinde aynı ortamda bulunulmak durumunda kalmanın”, Bilgilendirici iletişim alt boyutu ortalama puanı yüksek olanlar “Bireyin İzole edileceğinin söylenme durumunda kalmanın”, Saygı alt boyutu ortalama puanı yüksek olanların “Herhangi bir invaziv işlemin yapılacağına bireye söylenmesinin gerektiği durumları”, Sosyal beceri alt boyutu ortalama puanı yüksek olanların “Planlanan tedavinin ertelendiğinin söylenmesinin gerektiği durumları” ve yine benzer şekilde ölçek toplam puanı yüksek olan hemşirelerin de “Planlanan tedavinin ertelendiğinin söylenmesinin gerektiği durumları” kötü haber olarak nitelendirmişlerdir. Bu yanıtların verilme oranı puan ortalamaları diğer yanıtlara oranla istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmamaktadır ($p>0,050$)

“Kötü haber verirken süreci zorlaştıran veya kolaylaştıran faktörlerin neler olduğunu düşünüyorsunuz” sorusuna verilen cevaplar ile iletişim becerisi puan ortalamaları arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde; iletişim beceri ölçeği empati, saygı alt boyutları puan ortalaması ve ölçek toplam puanı yüksek olanların, “Bireylerin hazır oluşluluğu” bilgilendirici iletişim ve sosyal beceri alt boyutu ortalama puanı yüksek olanların ise “Bireylerin agresyon gibi davranışları yönetebilmesi” yanıtını verdikleri bu bulgunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0,050$) yaratmadığı tespit edilmiştir.

“Kötü haber vermeniz gerektiği zaman ilk kime söylemeyi tercih edersiniz?” sorusuna verilen cevaplar ile iletişim beceri puan ortalamaları arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde; iletişim beceri ölçeği empati, saygı, bilgilendirici iletişim alt boyutları ile ölçek toplam puanı yüksek olanların kötü haberi doğrudan “Hasta bireye”, Sosyal beceri alt boyutu ortalama puanı yüksek olanların ise “Hazır oluşluğunun iyi olduğunu düşündüğü bireye” kötü haberi vermeyi tercih ettikleri ancak bu oranların da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadı ($p>0,050$) tespit edilmiştir.

Kötü haberi vereceğiniz bireyi belirlemenizde etkili olan faktör/faktörler nelerdir? Sorusuna verilen cevaplar ile İletişim Becerileri puan ortalamaları arasında

bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde; iletişim beceri ölçeği empati, bilgilendirici iletişim alt boyutları puan ortalaması yüksek olanlar “Sakin, rahat, stres düzeyini yönetebilecek bir birey olması” yanıtını seçerken, saygı, sosyal beceri alt boyutu ortalama puanı ve ölçek toplam puanı yüksek olanların “Bireylerin yeni durumu kabul edebilecek olgunlukta/yetkinlikte olması” yanıtını verdikleri bu oranların da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı ($p>0,050$) tespit edilmiştir.

Hastalara kötü haber verme durumunda kaldığınızda sıklıkla karşılaştığınız tepkiler nelerdir? Sorusuna verilen cevaplar ile iletişim beceri puan ortalamaları arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde, iletişim beceri ölçeği empati, saygı, sosyal beceri alt boyutu ortalama puanı ve ölçek toplam puanı yüksek olanların “Tedaviyi Reddetme”, bilgilendirici iletişim alt boyutu puan ortalaması yüksek olanlar “Kendine Zarar Verme” yanıtını verdikleri bu oranların da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı ($p>0,050$) tespit edilmiştir.

Hasta yakınlarına kötü haber verme durumunda kaldığınızda sıklıkla karşılaştığınız tepkiler nelerdir? Sorusuna verilen cevaplar ile İletişim Ölçeği puan ortalamaları arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde, iletişim beceri ölçeği empati, sosyal beceri alt boyutu ortalama puanı ve ölçek toplam puanı yüksek olanların “Kendine Zarar Verme” davranışı ile karşılaştıklarını ifade ettikleri ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı ($p>0,050$) tespit edilmiştir. Bilgilendirici iletişim ve saygı alt boyutu puan ortalaması yüksek olanların “Fiziksel Şiddet” yanıtını verdikleri bu oranların da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı ($p>0,050$) saptanmıştır.

Kötü haber verme sürecinde yaşadığınız zorluklardan dolayı destek alma gereksinimi hissettiniz mi? Sorusuna verilen cevaplar ile iletişim beceri puan ortalamaları arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde, destek gereksinimi hissetmeyen hemşirelerin destek alma gereksinimi hissedenlere göre sosyal beceri alt boyutu ortalama puanları ile iletişim beceri ölçeğinden toplam puanlarının daha yüksek olduğu ve bu durumun istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı ($p>0,050$) tespit edilmiştir.

Tablo 4.6. Kötü Haber Verme Sürecinde Yaşanılan Zorluklardan Dolayı Destek Alma Gereksinimi ile Sağlık Çalışanlarına Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği Sosyal Beceri Alt Boyutu ve Ölçek Toplam Puanı Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

	Sosyal Beceri Alt Boyutu		Ölçek Toplam Puanı	
	r*	p	r*	P
Kötü haber verme sürecinde yaşanan zorluklardan dolayı destek alma gereksinimi	0,182	0,005	0,126	0,052

*Point-Biserial Korelasyon

Kötü haber verme sürecinde yaşanan zorluklardan dolayı destek alma gereksinimi ile Sağlık Çalışanlarına Yönelik İletişim Becerileri Ölçeği sosyal beceri alt boyutu arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,182$; $p= 0,005$).

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin iletişim becerileri ile kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanan çalışmada hemşirelerin kötü haber algıları ve kötü haber verme deneyimlerine ilişkin önemli sonuçlar elde edilmiştir. Bu bölümde bu sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşireler en yüksek oranda ‘tedaviye ara vermeyi gerektiren, beklenmedik gelişen durumları iletme’ ve ‘bireyin yaşamını kaybettiğinin iletilmesini’ kötü haber olarak tanımlamaktadırlar. Yapılan çalışmalarda “kronik veya ciddi bir hastalığın teşhis edilmesi ve bu sonucun bireylere iletilmesi”, “sonucu olumsuz olan herhangi bir test sonucunun açıklanması”, “yaşamı tehdit edecek önemli bir sağlık sorunun olduğunun açıklanması”, “hastanın kaybedilmesi ve aileye bilgi verilmesi”, “beslenme/egzersiz vb bir alana yönelik kısıtlamanın getirilmiş olması” gibi durumlar kötü haber olarak tanımlanmıştır (Fesci ve Ünal, 2011; Kantarcıoğlu, 2018; Martis&Westhues,2013). Ek olarak ‘bir süredir devam eden tedaviye olumlu yanıt olmadığının söylenmesi’, ‘bireyde tedaviye bağlı istenmeyen ve birey yaşamını tehdit edecek yan etkilerin meydana gelmesi’, ‘planlanan tedavinin ertelenmesi’, ‘hastada gelişen ani tabloya bağlı olarak yoğun bakıma alınması gerekliliğinin iletilmesi’, bireyin sağlık durumunun klinik araştırma için uygun olmaması, herhangi bir invaziv işlemin yapılacağının söylenmesi, taburculuğun ertelenmesi gibi durumlar sıklıkla kötü haber olarak değerlendirilmektedir (Baile, 2015; Fesci ve Ünal, 2011; Landa-Ramírez et al., 2021; Mueller, 2002). Çalışmamızın sonuçlarında ortaya çıkan ve hemşireler tarafından kötü haber olarak tanımlanan durumlar literatüre benzerlik göstermektedir.

Literatürde, kötü haber verilme sürecinde Rabow ve McPhee’nin ABCDE yaklaşımları, Baile ve Buckman’ın SPIKES yaklaşımı, Girgis ve SansonFisher’in önerilerini içeren yaklaşımlar bulunmaktadır (Baile et al., 2000; Girgis ve SansonFisher, 1998; Rabow ve McPhee, 2000). Ülkemizde Ulusal Çekirdek Eğitim Programı kapsamında tıp fakültesi öğrencilerine iletişim becerileri eğitimleri verilmektedir. (Altun, 2022; Güven, 2022). İlgili ve arkadaşlarının (2019) tıp fakültesi öğrencilerinde kötü haber verme becerisi geliştirmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada SPIKES protokolü kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda programdan memnun kalan öğrencilerin, kötü haber verme performanslarını olumlu değerlendirdikleri saptanmıştır. Hemşirelik eğitimindeki mevcut durum incelendiğinde ise, Hemşirelik

Ulusal Çekirdek Eğitim Programı kapsamında hemşirelik öğrencilerine kendini tanıma ve iletişim özel durumlarda iletişim ve çatışma yönetimine ilişkin eğitimler mevcuttur (Kaya, 2022). Ancak bu program incelendiğinde doğrudan kötü haber verme becerisini geliştirmeyi hedefleyen bir konu başlığı bulunmamaktadır. Hemşirelik lisans eğitimi içinde bu konunun ayrı bir başlık olarak ele alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Hauk ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada bireyin bağımsızlığını olumsuz yönde etkileyen bir kısıtlama, sosyal etkileşiminde kısıtlamanın gerekliliği sonucunda ziyaretçi yasağının olduğunun iletilmesi gibi durumları bireylerin duymaktan hoşlanmadığı kötü haber olarak nitelendirmişlerdir. Bizim çalışmamızda izolasyon, ziyaretçi kısıtlaması uygulamasının ve invaziv işlemlerin yapılacağı iletilmesi daha az oranda kötü haber olarak nitelendirilmiştir. Hemşireler bunun nedeni olarak bu tür işlemlerin bireyin bakım ve tedavisinin bir gerekliliği olduğu, bireyin yararına uygulanan işlemler olarak değerlendirilmesi ile ilişkili olabileceğini ileri sürmektedirler.

Literatürde bu konuda tartışılan önemli bir konu da kötü haberin kim tarafından nasıl verileceği konusudur. Kötü haber verme sorumluluğu hekimler açısından zor, stresli bir görevdir. Yapılan çalışmalar kötü haberi vermenin sorumluluğunun tamamıyla hekime ait olmadığını, multidisipliner ekip çalışması ile hastanın bakımına katılan hemşirenin de sürece dahil olduğunu ve dahil olması gerektiğini göstermektedir (BumbM, 2017).

Genellikle hastalar sağlık durumları hakkındaki bilgilendirmenin hekim tarafından ve yakınları yanında yapılmamasını tercih ettikleri belirtilmektedir (Arbabi, et. al,2010). Aminiahidashti ve arkadaşlarının (2016) gerçekleştirdikleri çalışmada hastaların çoğunluğu sağlık durumları hakkındaki bilgiyi alanında deneyimli ve etkili iletişim becerilerine sahip hekim tarafından almak istediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğu kötü haberi doktorların, daha sonrasında psikologların vermesi gerektiğini düşünürken hemşirelerin bir kısmı ekip içerisinde belirlenen kişinin vermesi gerektiğini düşünmektedir. Bu durumun kötü haber vermenin zorluğu ve hemşirelerin duygusal zorlanmalardan kaçınmak istemesi, kötü haberi nasıl vereceği konusunda kendini hazır/yeterli hissetmeme ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Literatürde bakım sürecinde hemşireler hastanın sağlık

durumu ile ilgili yaşanan olumsuz değişim hakkında yakınlarına bilgi vermekten kaçınmaktadırlar. Bu davranışın temelinde hasta yakınlarına eksik bilgi verme veya sorulan soruları cevaplayamama ihtimalinden dolayı kendini hazırlıksız hissetmek, mesleki sınırlılıklarını aşacağını düşünerek bu sorumluluğun kendisine ait olmadığını düşünmek yer almaktadır (Adams, et. all, 2015). Hemşirelik eğitimi sırasında iletişim dersleri kapsamında hasta/sağlıklı birey ile iletişim, kayıp yas gibi özel durumlarda bireyle iletişim konuları yer almakla birlikte doğrudan kötü haber verme becerisini kazandırmaya yönelik bir konu başlığı bulunmamaktadır. Hemşirelerin bu zor durumdan kendini yetersiz hissetmesi ve kaçınması, sorumluluğu doğrudan üzerine almaması yetersizlik duygusuyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %52'si kötü haber vermeyi gerektiren durum ile karşılaştığını belirtmekte ve kötü haber veren hemşirelerin %29,9'u bu deneyimden memnunken %46,5'i deneyiminden memnun olmadıklarını ifade etmişlerdir. Tsousis ve arkadaşlarının (2013) hekim ve hemşirelerle yaptıkları bir araştırmada, hasta bireye kötü haberin verilmesini etkileyen durumlar bireyin bilişsel durumu, yaşı, kabullenmemesi, bireyi olumsuz etkileyeceğinden korkma, yaşam süresinin belirsizliği, sahip olunan hastalığın ilerleyişi veya metastazının olup olmaması sonuçlarına ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda da benzer olarak bunun nedeninin kötü haber verirken kendisinin olumsuz etkileneceğini düşünme ve kötü haberi alan bireyin verebileceği tepkiler olduğunu ifade etmektedirler.

Etkili iletişim becerilerinin hastaların sağlık sonuçları üzerinde doğrudan bir etkilidir (Babaii & Sadooghiasl, 2021; Brownie, et all, 2016). Hemşirelerin empati, açıklık ve anlayışlılık göstermeleri, hastaların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlar ve tedaviye uyumlarını artırır. (Belanger, et. all, 2016; Castro, et. all, 2016; Grant, 2015; Houska & Loucka, 2019; Shay & Lafata, 2015). Bu durumda, iyileşme sürecini hızlandırır ve hastanın memnuniyetini arttırır (Street et al., 2009). Bizim çalışmamızda da hemşireler 'iyi iletişim becerilerine sahip olmanın kötü haber verme sürecini kolaylaştırdığını', böyle bir durumla karşılaştıklarında da 'empatik yaklaştırmaya' ve 'kötü haber verme ilkelerine uygun davranmaya' dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu yanıtlar hemşirelerin bu konudaki duyarlılığını ve bireye zarar vermemem ilkesi doğrultusunda bu zor süreci yönetmeye çalıştıklarını ortaya koymaktadır.

Kanser tanısı olan hasta ve yakınları ile yapılan bir çalışmada, kanser tanısı olan bireylerin büyük bir çoğunluğu tanılarının hekim tarafından doğrudan kendisi ile paylaşılmasını istediğini ifade ederlerken yakınlarının büyük bir çoğunluğu ise olası psikolojik zarardan korumak amacıyla tanının kendileri ile paylaşılmasını istemektedirler (Rajasooriyar ve ark., 2017). Bizim çalışmamızda da kötü haber veren hemşirelerin büyük çoğunluğu hasta yakınlarına kötü haberi vermeyi seçmektedir. Bunun nedeni olarak da kötü haber vermeyi düşündüğü kişinin sakin, rahat, stres düzeyini yönetebilecek bir birey olması, iyi iletişim kurma becerilerine sahip bir birey olması sürecin yönetimini kolaylaştıran faktörler olmakla birlikte bireyin sahip olduğu sosyal destek mekanizmalarını harekete geçirerek birey üzerindeki yıkıcılığı azaltılmaya çalışıldığı düşünülmektedir.

Kötü haberin alınması umutsuzluk, tükenmişlik, çaresizlik, yaşama sevincinin kaybolmasına neden olmaktadır (Okazaki, et al., 2009). Ülkemizde kanser hastaları ile gerçekleştirilen bir çalışmada, hastalara kanser tanısı aldıkları haberi verildiğinde “donup kalma, bayılma, şok olma, dünyasının yıkılması, üzüntü, korku, şaşkınlık, moral bozukluğu, içinin yanması, umutsuzluk, inanamama, acı, hayal kırıklığı, çaresizlik, her şeyin bittiği hissi, bunaltı, endişe, fenalık geçirme, pişmanlık” duygularını deneyimlediklerini ifade etmişlerdir (Fesci ve Ünal, 2011). Kötü haberin verildiği hasta ve yakınlarında, bireylerin algıları ve anlamlandırmaları doğrultusunda aynı duruma farklı farklı tepkiler verebilmektedirler. Verilen tepkiler alınan kötü habere inanmama, reddetme, öfke olabildiği gibi bireyin olağan yaşam rutinlerinde olan yeme ve uyku alışkanlıklarının değişmesi şeklinde de olabilmektedir. (Bilgin ve ark., 2011; Elbi, 2001; Harman & Arnold, 2017; Okyavuz, 2003).

Hemşire hasta arasındaki iletişimin başlatılmasında ve sürdürülmesinde sosyal becerilerin önemli bir rolü bulunmaktadır (Öner ve Kızılkaya, 2018). Sosyal beceriye sahip hemşireler, iletişim kurarken atılganlık davranışı gösterir, empatik yaklaşım sergiler, hasta ve yakınlarının tutum ve davranışlarında yaşanan değişimi fark eder ve iletişimi hasta ve yakınlarının gereksinimleri doğrultusunda yönlendirir (Kazu ve Düşükcan, 2020; Şenyuva ve ark., 2015). Çalışmamızda kötü haber verme sürecinde destek alma ihtiyacı ile hemşirelerin sosyal becerilerinin gelişmişliği arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Hemşirenin bu süreçte daha etkin ve rahat olabilmeleri için sosyal becerilerini geliştirmeleri önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada hemşireler kötü haber verilen hastaların sıklıkla ağlama, sessiz kalma, inkar/kabullenmeme tepkilerini verdiklerini, kötü haber verilen hasta yakınlarının da hastalarla benzer şekilde ağlama, sessiz kalma, inkar/kabullenmeme tepkilerini verdiklerini ifade etmişlerdir. Hasta hemşire ilişkisi açısından önemli olan ağlama, depresif duygu durumu yönetme, inkar/kabullenmeme vb. davranışlar genellikle literatürde zor hasta davranışları olarak nitelendirilir ve kötü haber verme sürecinde sıklıkla karşılaşılan hasta tepkileridir. Bu bağlamda hemşirelerin bu tür davranışlar karşısında uygun yaklaşımları bilmeleri ve buna göre iletişimi sürdürmeleri önemlidir. Bu hasta davranışlarını yönetmede hemşireler desteğe ihtiyaç duyabilirler. Kötü haber verme sürecini yaşayan hemşireler destek almaya gereksinim duyduklarını ve büyük bir çoğunluğu meslektaşlarından destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde 19.04.2011 tarihinde 27910 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde Psikiyatri Hemşireliğinin bir uzmanlık alanı olarak tanımlanan Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğinin görev ve sorumlulukları incelendiğinde, kronik hastalığa sahip bireylere bakım ve tedavi sürecinde karşılaşılan zorlukların yönetiminde hemşirelere önemli sorumluluklar verilmektedir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Aynı yönetmelikte KLP hemşiresine verilen görevler arasında hasta ile hemşire arasında iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözülmesinde yardımcı olmak, etkin kişiler arası iletişimi ve terapötik ilişkiyi kolaylaştırıcı faaliyetler planlamakta bulunmaktadır. Bunlara ek olarak hemşirelerin yaşadığı stres ile baş etme, duygularını ifade etme ve problem çözmeye yardımcı olmak, gereksinimleri olan desteği sağlamak, destek grupları oluşturarak devamlılığını sağlamak görev, yetki ve sorumlulukları arasında bulunmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Bu bağlamda hemşireler gereksinimi olan desteği konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerinden sağlayabilecekleri öngörülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin önemli bir çoğunluğu konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği hakkında bilgilerinin olmadığını ve eğer görev aldıkları hastanelerinde böyle bir birim olsaydı destek almak için bu birime başvurabileceklerini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşirelerin önemli bir çoğunluğu kötü haber verme sürecini etkin yönetebilmek amacıyla eğitim almadıklarını ve kötü haber verme sürecini daha iyi yönetebilmek için eğitime ihtiyacının olduğunu ifade etmiştir. Ancak mevcutta ülkemizde KLP birimlerinin sınırlı olduğu bilinmektedir. Bu birimlerin yaygınlaştırılması ve etkin çalışmasının sağlanması durumunda, hemşirelerin kötü

haber verme sürecinde gereksinim duydukları desteği karşılamada önemli bir gereksinimin karşılanacağı düşünölmektedir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin iletişim becerileri ile kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda sunulmuştur.

Hemşirelerin;

- “Hemşirelik bakımı sürecinde bireyin yaşamını tehdit eden ani gelişen durumları” ve “bireyin yaşamının kaybının hasta yakınları ile paylaşılması”nı kötü haber olarak nitelendirdiği,
- Kötü haberi doktor ve psikoloğun vermesinin daha uygun olacağını düşündükleri,
- Hemşirelerin yarısından fazlasının kötü haber verme deneyimine sahip oldukları ve bu deneyimlerinden büyük çoğunluğunun memnun olmadıkları,
- Kötü haber verirken en çok mutsuzluk ve çaresizlik gibi negatif duyguları hissettikleri,
- Bireylerin iletişim becerilerinin kötü haber vermeyi kolaylaştıran bir faktör olduğunu düşündükleri,
- Kötü haberi verirken, kötü haber verme ilkelerini uygulamaya çalıştıkları, bireylerin hazır oluşluluğunu önemsedikleri ve empatik bir yaklaşım sergilemeye özen gösterdikleri,
- Kötü haberi genellikle hasta yakınlarına söylemeyi tercih ettikleri,
- Kötü haberi iletecekleri bireyi belirlerken sakin, rahat, stres düzeyini yönetebilecek bir birey olmasına dikkat ettikleri,
- Hem hasta hem de hasta yakınlarına kötü haber verirken ağlama, sessiz kalma, inkar/kabullenmeme, kendine zarar verme gibi tepkilerle karşılaştıkları,
- Kötü haber verme sürecini yönetirken hemşirelerin dörtte birinin yaşadığı zorlukla ilgili destek gereksinimi hissettiği ve bu desteği daha çok meslektaşlarından sağlanmaya çalıştığı,
- Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği uygulamaları hakkında bilgi sahibi olan hemşirelerin az olduğu, hemşirelerin üçte birinin eğer çalıştıkları hastanede böyle bir birim olsaydı kötü haber verme sürecinde tamamına yakınının destek almak isteyeceği,

- Kötü haber verme konusunda çok az sayıda hemşirenin kötü haber verme süreci hakkında eğitim aldığı ve hemşirelerin kötü haberi verme sürecini etkin yönetilmek için profesyonel eğitime ihtiyacı olduğunu düşündüğü,
- İletişim becerileri toplam puanının ortalamasının üstünde olduğu,
- Kötü haber algısı, kötü haber deneyimi ve iletişim becerileri puan ortalamaları arasında bir ilişki olduğu,
- Hemşirelerin iletişim beceri puanları arttıkça kötü haber algı ve deneyimlerinde olumlu yönde değişimin olduğu,
- Hemşirelerin iletişim becerileri toplam puanı ve iletişim beceri-sosyal beceri alt boyut puanı yüksek olanların kötü haber verme sürecinde daha az desteğe gereksinim duyduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar göz önüne alındığında;

- Hemşirelik lisans ve lisans üstü eğitim müfredatlarında kötü haber verme algısını ve becerisini kazandırmayı amaçlayan konuların yer alması,
- Hemşirelere belli aralıklarla hizmet içi eğitimler verilerek alanda çalışan hemşirelerin kötü haber verme ve iletişim becerileri konusunda güçlendirilmesi ve desteklenmesi,
- Daha geniş örneklem gruplarıyla kötü haber verme sürecinin etkin yönetilebilmesi için nitel ve deneysel çalışmalar yapılması,
- Hastanelerde konsültasyon liyezon psikiyatri biriminin kurulması ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerinin rolleri gereği kötü haber verme sürecinde aktif rol almaları,
- Sağlık profesyonellerinin bir arada kötü haber verme süreci ile ilgili fikir alışverişi yapılabileceği düzenli toplantıların planlanması ve kötü haber verme protokollerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Adams, A. M. N., Mannix, T., & Harrington, A. (2017). Nurses' Communication With Families In The Intensive Care Unit–A Literature Review. *Nursing In Critical Care*, 22(2), 70-80.
- Alshamı A, Douedı S, Avıla-Arıyoshı A, Alazzawı M, Patel S, Einav S (2020). Breaking Bad News, A Pertinent Yet Still An Overlooked Skill: An International Survey Study. *Healthcare (Basel)*, 8(4): 501-508.
- Altınır Yas, M., İşçi, N., Alacam, B., Çalışkan, R. ve Kulekçi, E. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı Düzeyi ile Zaman Yönetimi Becerileri Arasındaki İlişki. *Psikiyatrik Bakımda Perspektifler* , 58 (2), 758-766.
- Altun, B. (2020). Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/Egitim_Ogretim_Dairesi/Ulusal-Cekirdek-Egitimi-Programlari/Mezuniyet-Oncesi-Tip-Egitimi-Cekirdek-Egitimi-Programi.Pdf (Erişim Tarihi: 27.05.2024)
- Altundal, H. & Yılmaz, M. (2020) Sağlık Profesyonelleri İçin İletişim. Akademisyen Kitabevi
- Amınıahıdashtı H, Mousavı Sj, Darzı Mm (2016). Patients' Attitude Toward Breaking Bad News; A Brief Report. *Emergency*, 4(1): 34.
- Anuk, D., Alçalar, N., Sağlam, E. K., & Bahadır, G. (2022). Breaking Bad News To Cancer Patients And Their Families: Attitudes Toward Death Among Turkish Physicians And Their Communication Styles. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 40(1), 115-130.
- Arbabi M, Roozdar A, Taher M, Shirzad S, Arjmand M, Mohammadi MR, et al. (2010). How to break bad news: Physicians' and nurses' attitudes. *Iran J Psychiatry*
- Atan, G., Özer, Z., & Turan, G. B. (2020). Kanser Hastalarında Umutsuzluk ve Manevi Bakım Algısının Değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(2), 266-274.
- Ayhan, D., Mercan, N., Doğan, R., & Yüksek, Ç. (2021). Hematolojik Kanser Tanısı Alan Bireylerde Distres Ve Aleksitiminin İncelenmesi. *Journal Of Istanbul Faculty Of Medicine*, 84(2), 237-244.
- Babacan Gümüş, A. (2021). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Psikiyatri Hemşireliği Bakım Sanatı Geliştirilmiş 3. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevleri

- Babaii, A., Mohammadi, E., & Sadooghiasl, A. (2021). The meaning of the empathetic nurse–patient communication: A qualitative study. *Journal of patient experience*, 8, 23743735211056432.
- Baile, W. F. (2015). Giving Bad News. *The Oncologist*, 20(8), 852-853.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). Spikes—A Six-Step Protocol For Delivering Bad News: Application To The Patient With Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Baile, W. F., Lenzi, R., Parker, P. A., Buckman, R., & Cohen, L. (2002). Oncologists' Attitudes Toward And Practices İn Giving Bad News: An Exploratory Study. *Journal Of Clinical Oncology*, 20(8), 2189-2196.
- Bélangier, E., Rodríguez, C., Groleau, D., Légaré, F., Macdonald, M. E., & Marchand, R. (2016). Patient Participation İn Palliative Care Decisions: An Ethnographic Discourse Analysis. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 11(1), 32438.
- Bilge, A., Durmuş, T., & Mutlu, E. (2020). Rogers' İn Üniter Bakışı İle Anksiyete Yönetimi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(3), 32-36.
- Bilgin, G., Öztürk, G., & Şirin, S. (2011). Kanser Tanısı Konan Hastalarda Kötü Haber Verme: Hekime Düşen Görev. *Journal Of Istanbulfaculty Of Medicine*, 71(1), 22-26.
- Boz, Y. K., Muslu, E. C., Badem, A., Yıldız, C. M., Küçük, İ. F., Ulaş, S. B. & Özan, S. (2016). Bir Özel Çalışma Modülü Deneyimi: Hastaya Kötü Haber Verme. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 15(47).
- Bramhall, E. (2014). Effective Communication Skills İn Nursing Practice. *Nursing Standard* (2014+), 29(14), 53.
- Brandenburg, S. J. (2017). Nurse Perceived Barriers To Effective Nurse-Client Communication.
- Brownie, S., Scott, R., & Rossiter, R. (2016). Therapeutic Communication And Relationships İn Chronic And Complex Care. *Nursing Standard*, 31(6).
- Buckman R. (1992) *Breaking Bad News: A Guide For Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Buckman, R. (2017). How To Break Bad News. In *How To Break Bad News*. University Of Toronto Press.

- Buckman, R. A. (2005). Breaking Bad News: The Spikes Strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138-142.
- Bumb, M. (2017). Breaking Bad News: An Evidence-Based Review Of Communication Models For Oncology Nurses. *Number 5/October 2017*, 21(5), 573-580.
- Burkhardt, Ma, Nathaniel, Ak (2013). Çağdaş Hemşirelikte Etik (Çev: Şe. Alpar, N. Bahçecik, Ü. Karabacak) 3. Baskı İstanbul Kitabevi
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient Empowerment, Patient Participation And Patient-Centeredness İn Hospital Care: A Concept Analysis Based On A Literature Review. *Patient Education And Counseling*, 99(12), 1923-1939.
- Coşkun, F., & Gündüz Hoşgör, D. (2024). Sağlık Profesyonellerinin İletişim Becerileri, 1. Baskı. Eğitim Yayınevi
- Çırlak, A. (2019). Hildegard E. Peplau'nun Kişilerarası İlişkiler Kuramının Klinik Uyum Sürecinde Yeni Mezun Hemşire-Rehber Hemşire İlişkisine Uyarlanması: Bir Özel Hastane Örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 71-77.
- Desauw, A., Antoine, P., Cattan, S., & Christophe, V. (2015). Quand Perte De Sens Rime Avec Souffrance: Analyse Qualitative Du Vécu Des Médecins À L'annonce D'une Mauvaise Nouvelle En Oncologie. *Psycho-Oncologie*, 9(1), 31-36.
- Dönmez, Ç F. (2020) Sağlık Profesyonelleri İçin İletişim. Akademisyen Kitabevi
- Dülgeroğlu, D., Gül, Ş., Şahinoğlu, S., & Çelikel, F. (2021). Kötü Haber Verme: Spinal Kord Yaralanması Olan Hastamıza Yürüyemeyeceğini Nasıl Söyleriz?. *Journal Of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences*, 24(1).
- Elbi, H. (2001). Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5(1), 5-10.
- Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negarandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011). Exploring Contextual Factors Of The Nurse-Patient Relationship: A Qualitative Study.
- Fallowfield, L., Lipkin, M., & Hall, A. (1998). Teaching Senior Oncologists Communication Skills: Results From Phase I Of A Comprehensive Longitudinal Program İn The United Kingdom. *Journal Of Clinical Oncology*, 16(5), 1961-1968.
- Farren, A. T. (2009). An Oncology Case Study Demonstrating The Use Of Rogers's Science Of Unitary Human Beings And Standardized Nursing Languages. *International Journal Of Nursing Terminologies And Classifications*, 20(1), 34-39.

- Fesci, H. B., & Ünal, S. (2011). Kanserli Hastaların Kötü Haber Almaya İlişkin Görüşleri. *Tafpreventivemedicinebulletin*, 10(3).
- Franciosi, V., Maglietta, G., Degli Esposti, C., Caruso, G., Cavanna, L., Bertè, R., ... & Caminiti, C. (2019). Early Palliative Care And Quality Of Life Of Advanced Cancer Patients-A Multicenter Randomized Clinical Trial. *Ann Palliat Med*, 8(4), 381-389.
- Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., Inagaki, M., Akizuki, N., Sakano, Y., & Uchitomi, Y. (2007). Preferences Of Cancer Patients Regarding The Disclosure Of Bad News. *Psycho-Oncology: Journal Of The Psychological, Social And Behavioral Dimensions Of Cancer*, 16(6), 573-581.
- Girgis, A. and Sanson-Fisher, Rw (1998). Son Dakika Haberi 1: Klinisyenler İçin Güncel En İyi Tavsiye. *Davranışsal Tıp* , 24 (2), 53-59.
- Gonçalves, J. A. F., Almeida, C., Amorim, J., Baltasar, R., Batista, J., Borrero, Y., ... & Xavier, R. (2017). Family Physicians' Opinions On And Difficulties With Breaking Bad News. *Porto Biomedical Journal*, 2(6), 277-281.
- Grant, M. (2015). Resolving Communication Challenges In The Intensive Care Unit. *Aacn Advanced Critical Care*, 26(2), 123-130.
- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' Adjustment To Cancer: The Mental Adjustment To Cancer (Mac) Scale Vs Clinical Ratings. *Journal Of Psychosomatic Research*, 33(3), 373-377.
- Güner, P. (2006). Kötü Haber Verme. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*.
- Gürhan, N. (2016) Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. & Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi
- Güven, P. G. (2022). Kötü Haber Verme. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi, 1(3), 118-121.
- Hagerty, T. A., Samuels, W., Norcini-Pala, A., & Gigliotti, E. (2017). Peplau's Theory Of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure For Patient Experience Data?. *Nursing Science Quarterly*, 30(2), 160-167.
- Harman, S. M., & Arnold, R. M. (2017). Discussing Serious News. *Uptodate* [Internet], Block Sd (Ed), Uptodate, Savarese Dm.
- Hauk, H., Bernhard, J., McConnell, M., & Wohlfarth, B. (2021). Breakingbad News Tocancerpatients In Times Of Covid-19. *Supportivecare In Cancer*, 1-4.

Hobgood, C., Harward, D., Newton, K., & Davis, W. (2005). The Educational Intervention “Griev_In” Improves The Death Notification Skills Of Residents. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 296-301.

Holmes, S. N., & Illing, J. (2021). Breaking Bad News: Tackling Cultural Dilemmas. *Bmj Supportive & Palliative Care*, 11(2), 128-132.

Houska, A., & Loučka, M. (2019). Patients' Autonomy At The End Of Life: A Critical Review. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 57(4), 835-845.

<https://sozluk.gov.tr/>, (Erişim Tarihi: 01.01.2023)

<https://www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat?Mevzuatno=13830&Mevzuattur=7&Mevzuattip=5> , Resmî Gazete Tarihi: 08.03.2010 Resmî Gazete Sayısı: 27515 (Erişim Tarihi: 15.02.2024)

İlgili, Ö., Onan, A., & Odabaşı, O. (2019). Kötü Haber Verme Becerisi Eğitiminin Spikes Yaklaşımı Işığında Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(6), 410-417.

Kantarcıoğlu, A. Ç. (2018). Zor Ama Zorunlu Bir Konu: Hekimlerin Kötü Haber Vermesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44(3), 217-219.

Kaya, H. (2022). Hemşirelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, <https://www.hemed.org.tr/2022-hucep/> (Erişim Tarihi: 27.05.2024)

Kazu, E., & Düşükcan, M. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin İletişim Becerilerine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 31(1), 215-230.

Khalaf, H., Almothafar, B., & Alhalabi, N. (2022). Breaking Bad News During Covid-19 Time İn Surgical, Emergency And Medical Specialties-What More We Need To Develop?. *Medical Archives*, 76(2), 131.

Kocaman, N. (2004). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Ve Rolü Nedir?. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3), 107-118.

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication İn Nursing Practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65.

Kreps, G. L. (2003). The İmpact Of Communication On Cancer Risk, İncidence, Morbidity, Mortality, And Quality Of Life. *Health Communication*, 15(2), 161-169.

Kuosmanen, L., Hupli, M., Ahtiluoto, S., & Haavisto, E. (2021). Patient Participation In Shared Decision-Making In Palliative Care—An Integrative Review. *Journal Of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3415-3428.

Kuzu, A. (2020) Sağlık Profesyonelleri İçin İletişim. Akademisyen Kitabevi

Kübler Ross, E., (2010) Ölüm Ve Ölmek Üzerine, (Uşaklı, E., 2010) Ankara, A.P.R.I.L. Yayıncılık

Küçükzeybek, Y., & Can, H. (2015). Kötü Haber Verme. *Palyatif Bakım*, 35.

Landa-Ramírez, E., Domínguez-Vieyra, N. A., Hernández-Núñez, M. E., Díaz-Vásquez, L. P., & Toledano-Toledano, F. (2021). Communicating Bad News In The Context Of Covid-19. *Boletín Médico Del Hospital Infantil De México*, 78(1), 59-65.

Leal-Costa, C., Tirado-González, S., Rodríguez-Marín, J., & Vander-Hofstadt-Román, C. J. (2016). Psychometric Properties Of The Health Professionals Communication Skills Scale (Hp-Css). *International Journal Of Clinical And Health Psychology*, 16(1), 76-86.

Leslie, J. L., & Lonneman, W. (2016). Promoting Trust In The Registered Nurse-Patient Relationship. *Home Healthcare Now*, 34(1), 38-42.

Lounsbury, D. W., Nichols, S., Asuzu, C., Odiyo, P., Alis, A., Qadir, M., ... & Henry, M. (2023). Communicating bad news to patients and families in African oncology settings. *Psycho-Oncology*, 32(1), 47-57.

Marcelle Kaplan, R. N. (2010). Spikes: A Framework For Breaking Bad News To Patients With Cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 14(4), 514.

Marschollek, P., Bąkowska, K., Bąkowski, W., Marschollek, K., & Tarkowski, R. (2019). Oncologists And Breaking Bad News—From The Informed Patients' Point Of View. The Evaluation Of The Spikes Protocol Implementation. *Journal Of Cancer Education*, 34(2), 375-380.

Marshall, L. A., & Adams, E. A. (2018). Building From The Ground Up: Exploring Forensic Mental Health Staff's Relationships With Patients. *The Journal Of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(5), 744-761.

Martis, L., & Westhues, A. (2013). A Synthesis Of The Literature On Breaking Bad News Or Truth Telling: Potential For Research In India. *Indian Journal Of Palliative Care*, 19(1), 2.

Mast, M. S., Kindlimann, A., & Langewitz, W. (2005). Recipients' Perspective On Breaking Bad News: How You Put It Really Makes A Difference. *Patient Education And Counseling*, 58(3), 244-251.

Mersin, S. 2016) Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. &. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi

Mitchell, A. (2023). How to break bad news. *Emergency Nurse*, 31(5).

Morse, J. (2011). Hearing Bad News. *Journal Of Medical Humanities*, 32(3), 187-211.

Mueller, Ps. Breakingbad News Topatients: Thespikesapproach Can Make His Difficulttaskeasier. *Postgradmed*, 2002.

Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'Breaks'protocol For Breaking Bad News. *Indian Journal Of Palliative Care*, 16(2), 61.

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2016). Communication Barriers Perceived By Nurses And Patients. *Global Journal Of Health Science*, 8(6), 65.

Okazaki S, Iwamitsu Y, Masaru K, Todoroki K, Suzuki S, Yamamoto K, Et Al. The Psychological Responses Of Outpatient Breast Cancer Patients Before And During First Medical Consultation. *Palliative & Supportive Care*. 2009;7(3):307-14.

Okyavuz, U. H. (2003). Ölümcül Hastalık Tanısı Almak: Bir Yaşam Krizi Kötü Haber Verilmeli Mi?. *Kriz Dergisi*, 11(3), 29-35.

Oshita, J. Y., Gell, N. M., Stransky, M. L., Reed, N. S., & Maclean, C. D. (2023). Prevalence And Sociodemographic Characteristics Of Us Community-Dwelling Older Adults With Communication Disabilities, Using The National Health And Aging Trends Survey. *Journal Of Communication Disorders*, 102, 106316.

Öner, H., & Kızılkaya, M. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Sosyal Beceri Eğitimi: Psikoeğitimsel Model. *Disiplinlerarası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2(4), 1-11.

Özkan, S. (2006). Kanserde Psikososyal Destek Ve Psiko-onkoloji. (Özet) *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(10), 20-25.

Pektekin, Ç. (2013). Hemşirelik Felsefesi/Kuramlar-Bakım Modelleri Ve Politik Yaklaşımlar (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Ptacek Jt, Eberhardt Tl. Breaking Bad News. A Review Of The Literature. *Jama*. 1996 Aug;276(6):496-502. Doi: 10.1001/Jama.1996.03540060072041. Pmid: 8691562.

- Rabow, M. W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond Breakingbad News: How To help patients who suffer. *Western Journal Of Medicine*, 171(4), 260.
- Rajasooryar C, Kelly J, Sivakumar T, Navanesan G, Nadarasa S, Srisankarajah Mh, Sabesan S (2017). Breaking Bad News In Ethnic Settings: Perspectives Of Patients And Families In Northern Sri Lanka. *Journal Of Global Oncology*, 3(3): 250-256.
- Randall, T. C., & Wearn, A. M. (2005). Receiving bad News: Patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliative medicine*, 19(8), 594-601.
- Razavi D, Merckaert I, Marchal S, Libert Y, Conradt S, Boniver J, Etienne AM, Fontaine O, Janne P, Klastersky J, Reynaert C, Scalliet P, Slachmuylder JL, Delvaux N (2003) How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol* 21(16): 3141–3149
- Robijn, L., Seymour, J., Deliens, L., Korfage, I., Brown, J., Pype, P., ... & Rietjens, J. (2018). The Involvement Of Cancer Patients In The Four Stages Of Decision-Making Preceding Continuous Sedation Until Death: A Qualitative Study. *Palliative Medicine*, 32(7), 1198-1207.
- Rosenzweig, S., Knopp, R., Freas, G., Viccellio, P., & Totten, V. (1997). Physician-patient communication in the emergency department, part 3: clinical and educational issues. *Acad Emerg Med*, 4, 72-77.
- Seki Öz, H. (2020). Sağlık Profesyonelleri İçin İletişim (s.245-262) Akademisyen Yayınevi
- Shanahan, T., & Cunningham, J. (2021). Keys To Trust-Building With Patients. *Journal Of Christian Nursing*, 38(2), E11-E14.
- Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where Is The Evidence? A Systematic Review Of Shared Decision Making And Patient Outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114-131.
- Sherko, E., Sotiri, E., & Lika, E. (2013). Therapeutic Communication. *Jahr: Europski Časopis Za Bioetiku*, 4(1), 457-466.

Silva, M. T., Occhi-Alexandre, I. G. P., & Teixeira, L. C. (2023). Association Between Vocal Symptoms, Communication, Work Environment, And Sense Of Coherence In Hospital Health Professionals. *Journal Of Voice*.

Sotelo, J. L., Musselman, D., & Nemeroff, C. (2014). The Biology Of Depression In Cancer And The Relationship Between Depression And Cancer Progression. *International Review Of Psychiatry*, 26(1), 16-30.

Sparks, L., Villagran, M. M., Parker-Raley, J., & Cunningham, C. B. (2007). A Patient-Centered Approach To Breaking Bad News: Communication Guidelines For Health Care Providers. *Journal Of Applied Communication Research*, 35(2), 177–196. Doi:10.1080/00909880701262997

Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How Does Communication Heal? Pathways Linking Clinician-Patient Communication To Health Outcomes. *Patient Education And Counseling*, 74(3), 295-301.

Şentürk, S., Bıçak, D., & Derya, A. K. Ç. A. (2018). Kanserli Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 35-39.

Şenyuva, E., Kaya, H., & Bodur, G. (2015). Proje Tabanlı Öğretim Yönteminin Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Becerilerine Etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 116-125.

Tanrıverdi Çınar, E. (2019). Tıpta Kötü Haber Verme.

Tsoussis S, Papadogiorgaki M, Markodimitrakaki E, Delibaltadaki G, Strevinas A, Psyllakis M, Apostolakis S (2013). Disclosure Of Cancer Diagnosis: The Greek Experience. *J Buon*, 18(2): 516-26

Turan, N., Durgun, H., Kaya, H., Aşti, T., Yılmaz, Y., Gündüz, G., ... & Ertaş, G. (2020). Relationship Between Nursing Students' Levels Of İnternet Addiction, Loneliness, And Life Satisfaction. *Perspectives İn Psychiatric Care*, 56(3), 598-604.

Uslu N, Bayat M, Variyenli N, Arıcan F, Hatipoğlu N. Orlando'nun Etkileşim Teorisinin Uygulamada Kullanımına Bir Örnek: Tip 1 Diyabetes Mellitus. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi* 2016;3(1).

Whitney, S. N., Mccullough, L. B., Frugé, E., Mcguire, A. L., & Volk, R. J. (2008). Beyond Breaking Bad News: The Roles Of Hope And Hopefulness. *Cancer*, 113(2), 442-445.

Yalçın, N., & Aştı, T. (2011). Hemşire-Hasta Etkileşimi. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*, 19(1), 54-59.

Yardım, S., & Şenol, Y. (2018). Kötü Haber Vermede İletişim Becerileri. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 17(53), 60-68.



EKLER

EK-1 ETİK KURUL İZNİ

T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU 2022		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 3. Kat No: A1-05 Kampüsü/ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADUSOYADI		Dr.Öğr.Öyesi İlay KESER
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hemşirelerin İletişim Becerilerinin, Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimlerine Etkisinin Belirlenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK-88	Tarih: 16.03.2022
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK-2 KURUM İZNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.AbdurrahmanYurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı :147
Toplantı Tarihi :12.04.2022 Salı
Saat :14:00

KARARLAR

1. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Pelin GENÇ'in Dr.Öğr.Üyesi İlkay KESER danışmanlığında yürüteceği "Hemşirelerin İletişim Becerilerinin, Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimlerine Etkisinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının hastanemizde yürütülmesi hususunun uygun olduğuna;

Oybirliği ile karar verilmiştir.

EK-3 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



Onur Mendi

Alıcı: ben ▼

22 Ağu 2021 16:53



Merhaba Pelin Hanım,

Ölçeğin Türkçe formunu ekte gönderiyorum. Çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Makalenin 2. figüründe hangi maddenin hangi alt boyuta girdiğini görebilirsiniz. Her madde 1'den 6'ya kadar puanlanıyor. Alt boyut toplam puanları ilgili faktörde yer alan maddelere ait puanların toplanması ile elde ediliyor.

Başarılar dilerim.



EK-4 AYDINLATILMIŞ ONAM

Çalışmanın İsmi: Hemşirelerin İletişim Becerileri ile Kötü Haber Algısı ve Kötü Haber Verme Deneyimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi olan, Pelin GENÇ'in tez çalışması olarak yapılmaktadır. Tez çalışmasının danışmanlığı, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğretim Üyesi İlkay KESER tarafından yürütülmektedir. Çalışmada hemşirelerin iletişim becerileri ile kötü haber algısı ve kötü haber verme deneyimlerin arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışma süreci içinde önceden araştırmacıya bilgi vererek araştırmadan ayrılabilirsiniz. Çalışmada hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Vereceğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcının;

Araştırmacının;

Adı Soyadı:

Adı Soyadı: Pelin GENÇ

İmza:

E-Posta:

Tarih:

Tel:

EK-5. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz ☐Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız ☐20-25 ☐26-30 ☐31-40 ☐41 ve üstü
3. Eğitim durumunuz
☐Lise ☐Ön Lisans ☐Lisans ☐Yüksek Lisans ☐Doktora
4. Hemşire olarak toplam çalışma süreniz?
☐6-11 ay ☐1-5 Yıl ☐6-9 Yıl ☐10 Yıl ve üstü
5. Onkoloji hastaları çalışma süreniz?
☐0-5Ay ☐6-11 ay ☐1-5 Yıl ☐6-9 Yıl ☐10 Yıl ve üstü
6. Hastanenin hangi biriminde çalışıyorsunuz?

☐ Medikal Onkoloji Servisleri	☐ Palyatif Servisi
☐ Cerrahi Servisleri	☐ Kadın Hastalıkları Servisi
☐ Poliklinik	☐ Ayaktan Kemoterapi
☐ Yoğun Bakım Üniteleri	☐ Ameliyathane
☐ Enfeksiyon Servisi	☐ KBB hastalıkları Servisi
☐ Üroloji Servisi	☐ Vip Servisi
☐ Ortopedi ve Travmatoloji Servisi	☐ Radyoterapi Servisi
☐ Dahiliye Servisi	☐ Acil
☐ Diğer(Belirtiniz.) (HEMATOLOJİ ,KİT, PSİKİYATRİ)	

7. Şu an ki mesleki pozisyonunuz aşağıdakilerden hangisini kapsamaktadır?
☐Yönetici hemşireyim.
☐Eğitim hemşiresiyim.
☐Klinik sorumlu hemşiresiyim.
☐Klinik hemşiresiyim.
☐Poliklinik hemşiresiyim.

EK-6. HEMŞİRELERİN KÖTÜ HABER ALGISI VE KÖTÜ HABER VERME DENEYİMLERİNİN BELİRLENMESİ

1. Bakım verme sürecinde hasta/hasta yakınları ile iletişim kurarken hastalık sürecindeki ani gelişen değişimleri iletmede güçlük yaşıyor musunuz?

☐Evet

☐Hayır

2. Eğer 1. Soruya yanıtınız evet ise en sık karşılaştığınız ve güçlük yaşadığınız ilk üç durumu belirtiniz.

1).....

2).....

3).....

3. Sizce kötü haber nedir? Belirtiniz.

.....
.....
.....

4. Bakım sürecinde en sık karşılaştığınız, kötü haber olarak nitelendirdiğiniz durumlar aşağıdakilerden hangisi/hangileridir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Kronik veya ciddi bir hastalık tanısı almış bireye bilgi verilirken ekip içinde aynı ortamda bulunulması	
Sonucu olumsuz olan herhangi bir test sonucunun açıklanması	
Yaşamı tehdit edecek önemli bir sağlık sorunun olduğunun açıklanması	
Hastanın kaybedilmesi	
Bir süredir devam eden tedaviye olumlu yanıt olmadığının söylenmesi	
Planlanan tedavinin ertelenmesi	
Hastada gelişen ani tabloya bağlı olarak yoğun bakıma alınması	
Hastaya herhangi bir invaziv işlemin yapılacağının söylenmesi	
Hastanın izole edilmesi	
Ziyaretçi yasağının olması	
Hastanın taburculuğunun ertelenmesi	
Diğer (Belirtiniz.)	

5. Sizce sağlık profesyonelleri arasında kötü haberi kim/kimler vermelidir?
(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

☐Doktor ☐Hemşire ☐Psikolog ☐Sosyal alışmacı

☐Ekip yelerinin birlikte belirlediği sağlık profesyoneli

☐Diğer.....

6. Daha öncesinde kötü haber vermeniz gereken bir durum ile karşılaştınız mı?

☐Evet ☐Hayır

7. Eğer 6. Sorunuzun cevabı ‘Evet’ ise bu deneyiminizden memnun musunuz?

☐Evet ☐Hayır ☐Kısmen

8. Eğer 7. Sorunuzun cevabı ‘Hayır’ veya ‘Kısmen’ ise nedenini kısaca açıklayınız.

.....
.....
.....

9. En son ne zaman ve kime (hasta/yakını vb.) kötü haber vermek zorunda kaldınız?

.....
.....
.....

10. Kötü haberin içeriğini açıklayınız.

.....
.....
.....

11. Kötü haberi verdiğiniz süreçte hissettiğiniz duygu hangisidir?

☐Pişman ☐Gergin ☐fkeli ☐Mutsuz ☐aresiz

☐Diğer (Belirtiniz.).....

12. Kötü haber verirken süreci zorlaştıran veya kolaylaştıran faktörlerin neler olduğunu düşünüyorsunuz? Belirtiniz.

.....

.....

.....

13. Kötü haber vermeniz gerektiğinde dikkat ettiğiniz noktalar nelerdir? Belirtiniz.

.....

.....

.....

14. Kötü haber vermeniz gerektiği zaman ilk kime söylemeyi tercih edersiniz?

☐Hasta bireye ☐Hasta bireyin yakınlarına ☐Diğer.....

15. Kötü haberi vereceğiniz bireyi belirlemenizde etkili olan faktör/faktörler var mı? Varsa belirtiniz.

.....

.....

.....

16. Hastalara kötü haber verme durumunda kaldığınızda sıklıkla karşılaştığınız tepkiler nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

☐ Ağlama	☐ Donakalma
☐ Sessiz kalma	☐ Sözlü Şiddet
☐ İnkâr/Kabullenmeme	☐ Fiziksel Şiddet
☐ Kendine Zarar Verme	☐ Tedaviyi Reddetme
☐ Düşme/Bayılma	☐ Diğer (Belirtiniz.).....

17. Hasta yakınlarına kötü haber verme durumunda kaldığınızda sıklıkla karşılaştığınız tepkiler nelerdir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

☐ Ağlama	☐ Donakalma
☐ Sessiz kalma	☐ Sözlü Şiddet
☐ İnkâr/Kabullenmeme	☐ Fiziksel Şiddet
☐ Kendine Zarar Verme	☐ Tedaviyi Reddetme
☐ Düşme/Bayılma	☐ Diğer (Belirtiniz.).....

18. Kötü haber verme sürecinde yaşadığınız zorluklardan dolayı destek alma gereksinimi hissettiniz mi?

☐Evet ☐Hayır

19. Eğer 18. soruya yanıtınız 'Evet' ise kimden destek aldınız?

☐Yönetici hemşireden

☐Meslektaşlarımdan

☐Ekibin diğer üyelerinden

☐Profesyonel destek (Psikiyatrist/Psikolog desteği)

☐Diğer

20. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği uygulamaları hakkında bilginiz var mı?

☐Evet ☐Hayır

21. Eğer çalıştığınız hastanede böyle bir birim olsaydı kötü haber vermede yaşadığınız tüm süreçte size destek olmasını ister miydiniz?

☐Evet ☐Hayır

22. Kötü haber verme sürecini etkin yönetebilmek amacıyla eğitim aldınız mı?

☐Evet ☐Hayır

23. Eğer 22. Sorunuzun cevabı 'Evet' ise eğitimi nereden aldınız? Belirtiniz.

.....
.....
.....

24. Bu konuda profesyonel bir eğitime ihtiyacınızın olduğunu düşünüyor musunuz?

☐Evet ☐Hayır

**EK-7. SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK İLETİŞİM BECERİLERİ
ÖLÇEĞİ (HP-CSS-TR)**

Aşağıda belirtilen ifadeleri, hasta/hasta yakınları ile kurduğunuz iletişimin özelliğini düşünerek değerlendirip, size en uygun gelen seçeneği belirtiniz.	Neredeyse hiç zaman kullanmıyorum	Arada sırada	Bazen	Çoğunlukla	Çok sık	Neredeyse her zaman
	1	2	3	4	5	6
1. Hastaların kendilerini özgürce ifade etmeleri hakkına saygı duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Hastalarımın duygularını öğrenmeye çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Hastaların karar verme haklarına ve özgürlüklerine saygı duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hasta konuşurken, kendisiyle ilgilendiğimi beden hareketleriyle (başı sallama, göz teması, gülümseme...) gösteririm.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Hastaları, endişe duydukları konularda (mesleki yeterlilik alanıma girdiği sürece) bilgilendiririm.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hastaları, onların fiziksel görünüşlerine, kişisel özelliklerine, ifade biçimlerine bakmaksızın önyargısız dinlerim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Görüş ve isteklerimi hastalara açıkça ifade ederim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hastalara bilgi verirken arada susarak hastaların söylediğim şeyleri iyice anlamalarına olanak sağlarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Hastalara bilgi verirken anlaşılır bir dil kullanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Hasta doğru görünmeyen bir şey yaptığı zaman, hastaya kendisiyle farklı görüşte olduğumu veya bundan rahatsız olduğumu ifade ederim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Hastaları dinlemek ve ihtiyaçlarını anlamak için zaman ayırırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Hastalarımın duygularını anlamaya çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Hastalarla etkileşimde bulunurken düşüncelerimi açıkça ve kesin olarak ifade ederim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Hastaların sağlıkla ilgili bilgi alma haklarının olduğuna inanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Hastaların gereksinimlerine saygı duyduğumu düşünüyorum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Hastalardan istekte bulunmak bana zor gelir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Hastaların verilen bilgiyi iyice anladıklarından emin olurum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Hastalardan bilgi almak için soru sormak bana zor gelir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ÖZGEÇMİŞ

A. Kişisel Bilgiler

AD: PELİN

SOYAD: GENÇ

UYRUĞU: T.C.

DOĞUM TARİHİ:

TEL NO:

E-POSTA:

B. Eğitim Bilgileri

MEZUN OLDUĞU KURUM		MEZUNİYET YILI
LİSE	Akhisar Anadolu Lisesi	2015
ÜNİVERSİTE	Hacettepe Üniversitesi	2020
YÜKSEK LİSANS	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	Devam Ediyor

C. İş Deneyimi

GÖREVİ	KURUM	SÜRE/YIL
HEMŞİRE	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi	2020-2022
HEMŞİRE	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	2022- Devam Ediyor

D. Katıldığı Eğitimler ve Aldığı Sertifikalar

1. Ölüm ve Yas Terapisi Eğitimi- 1. Modül (Dr. Öğr. Üyesi Hakan ERTUFAN) (01.10.2022-02.10.2022,) Ruh Sağlığı Derneği- Kim Psikoloji 8 saat
2. Ölüm ve Yas Terapisi Eğitimi- 2. Modül (Dr. Öğr. Üyesi Hakan ERTUFAN) (19.10.2022-20.10.2022) Ruh Sağlığı Derneği- Kim Psikoloji 8 saat
3. Kriz, Travma, Ölüm, Yas Danışmanlığı (Eğitici:Nevin Dölek) (21.10.2022-22.10.2022) Ruh Sağlığı Derneği- Kim Psikoloji 16 saat
4. MBSR Eğitimi (Eğitici:Hatice Pars) (22 Ağustos-19 Ekim 2023)

E. Katıldığı Bilimsel Toplantılar, Kongre Ve Sempozyumlar

1. Genç P, Keser İ(2023) İletişimde Bir Kördüğüm: Kötü Haber Verme 7. Uluslararası 11. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 18-20 Ekim 2023, ANKARA ss: 1978-1982, (Özet, Sözlü bildiri)
2. Prostat Kanseri Hastasının Tedavi Sürecinde Duygusal Ve Psikolojik Destek İle Rehabilitasyon Hizmetleri Dünya Prostat Kanseri Farkındalık Günü Bilimsel Programı 15 Eylül 2023, T.C. Ankara Etlik Şehir Hastanesi Onkoloji Hastanesi (Sözlü sunu)
3. Afetlerde Psikososyal Müdahaleler ve Güncel Yaklaşımlar Eğitim Programı (TÜBİTAK 2237 programı) (19 Haziran-23 Haziran 2023) Koç Üniversitesi, İSTANBUL

F.

YABANCI DİL	SINAV TÜRÜ	SINAV PUANI
İNGİLİZCE	YÖKDİL	73,75