

KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ONKOLOJİ HASTALARINA BAKIM VEREN  
HEMŞİRELERE YÖNELİK VERİLEN  
PALYATİF BAKIM EĞİTİMİNİN  
HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYLERİ ÜZERİNE  
ETKİSİ**

MERZİYE ALTAY

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**  
GRADUATE SCHOOL  
OF HEALTH SCIENCES

KOÇ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ONKOLOJİ HASTALARINA BAKIM VEREN  
HEMŞİRELERE YÖNELİK VERİLEN  
PALYATİF BAKIM EĞİTİMİNİN  
HEMŞİRELERİN BİLGİ DÜZEYLERİ ÜZERİNE  
ETKİSİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS  
PROGRAMI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**MERZİYE ALTAY**

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:  
DR. ÖĞR. ÜYESİ KADER TEKKAŞ KERMAN

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları

Hemşireliği Anabilim Dalı,

Yüksek Lisans programı öğrencisi Merziye ALTAY,

*'Onkoloji Hastalarına Bakım Veren Hemşirelere Yönelik*

*Verilen Palyatif Bakım Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi*

*Düzeyleri Üzerine Etkisi'*

konulu Yüksek Lisans tezini ..... tarihinde başarılı

olarak tamamlamıştır.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

## 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 çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İmza

Adı Soyadı

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca her zaman destek olan, rehberlik eden ve rol model olan kıymetli hocam ve danıőmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kader TEKKAŞ KERMAN' a,

Çalıőmamın yürütülmesinde destek ve yardımlarını eksik etmeyen Koç Üniversitesi Hastanesi ve Şişli Florence Nightingale Hastanesi' ne ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerine,

Yüksek lisans eğitimin süresince desteklerini esirgemeyen anne ve babama,

Çalışmaya katılan ve verdikleri bilgilerle katkı sağlayan hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim.

<b>İçindekiler Tablosu</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>13</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	13
1.2. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları.....	15
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>16</b>
2.1. Palyatif Bakım .....	16
2.2. Hospis Bakım .....	17
2.3. Palyatif Bakımın Amacı .....	19
2.4. Palyatif Bakımın İlkeleri .....	20
2.5. Palyatif Bakım Modelleri .....	22
2.5.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım.....	22
2.5.2. Ev Temelli Palyatif Bakım .....	22
2.5.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım .....	22
2.6. Dünyada Palyatif Bakım Hizmetleri .....	23
2.7. Türkiye’ de Palyatif Bakım Hizmetleri .....	25
2.8. Dünyada Palyatif Bakım Eğitimi .....	26
2.9. Türkiye’ de Palyatif Bakım Eğitimi .....	27
2.10. Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamasında Rolü ve Önemi.....	28
2.11. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi.....	29
2.12. Palyatif Bakımda Sık Görülen Semptomlar .....	30
2.12.1. Ağrı .....	30
2.12.2. Dispne .....	32
2.12.3. Psikiyatrik Problemler .....	33
2.12.4. Bulantı ve Kusma .....	34
2.12.5. Anoreksiya-Kaşeksi.....	35
2.12.6. Diyare .....	36
2.12.7. Konstipasyon .....	36
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>37</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	37
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	37
3.4. Çalışma Materyalleri .....	39
3.5. Veri Toplama Form ve Araçları .....	44
3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu: .....	44

3.5.2. Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT): .....	44
3.6. Verilerin Toplanması.....	45
3.7. Araştırmanın Uygulama Basamakları .....	45
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
3.9. Yasal ve Etik Konular .....	47
3.9.1. Palyatif Bakım Bilgi Testi Ölçeğinin Kullanım İzni .....	47
3.9.2. Etik Kurul ve Kurum İzinleri.....	48
3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	48
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>49</b>
4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve palyatif bakım hakkında bilgi edinme durumlarına ilişkin bulgular .....	49
4.2. Hemşirelerin eğitim sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testine verdikleri yanıtların dağılımları .....	55
4.3. Hemşirelerin eğitim öncesinde ve sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	59
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>61</b>
5.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve palyatif bakım hakkında bilgi edinme durumlarına ilişkin bulguların tartışılması.....	61
5.2. Hemşirelerin eğitim öncesinde ve sonrasında palyatif bakım bilgi testine verdikleri yanıtların dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması.....	65
5.3. Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması .....	67
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>70</b>
6.1. Sonuçlar.....	70
6.2. Öneriler.....	71
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>73</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>79</b>
8.1. EK 1 Çalışma Materyali: Onkoloji Servislerinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Palyatif Bakım Eğitimi .....	79
8.2. EK 2 Sosyodemografik Bilgi Formu .....	142
8.3. EK 3 Palyatif Bakım Bilgi Testi .....	143
8.4. EK 4 Ölçek İzin Yazısı.....	145
8.6. EK 6 Şişli Florence Nightingale Hastanesi Kurum İzni.....	147
8.7. EK 7 Koç Üniversite Hastanesi Kurum İzni .....	148
8.8. EK 8 Aydınlatılmış Onam Formu .....	149

9. ÖZGEÇMİŞ.....	151
------------------	-----





<b>Tablo 1:</b> Palyatif Bakım Eğitim Modüllerinin İçerik ve Akış Planı.....	40
<b>Tablo 2:</b> Veri Analizi Tablosu.....	47
<b>Tablo 3:</b> Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	49
<b>Tablo 4:</b> Hemşirelerin Yaş, Meslekte Çalışma Süresi ve Palyatif Bakım Eğitim Süresi Özellikleri.....	50
<b>Tablo 5:</b> Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkında Bilgi Edinme Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	51
<b>Tablo 6:</b> Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hemşirelerin Eğitim Öncesi Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi.....	52
<b>Tablo 7:</b> Hemşirelerin Eğitim Öncesi Palyatif Bakım Bilgi Testi Toplam Puanının ve Alt Boyut Puanlarının Yaş, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi ve Palyatif Bakım Eğitim Süresi ile İlişkisi.....	54
<b>Tablo 8:</b> Hemşirelerin Eğitim Sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testine Verdikleri Yanıtların Dağılımları.....	55
<b>Tablo 9:</b> Hemşirelerin Eğitim Sonrası Palyatif Bakım Bilgi Testinde Yer Alan Her Bir Maddeye Doğru Yanıt Verme Oranlarındaki Değişimin Karşılaştırılması.....	57
<b>Tablo 10:</b> Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinden Aldıkları Puanların Ortalamaları ve Karşılaştırılması .....	59

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Palyatif Bakım Eğitim Modüllerinin İçerik ve Akış Planı.....	37
Şekil 2: Araştırma Uygulama Basamakları.....	46



## **SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ**

**NCI:** National Cancer Institute-Ulusal Kansere Enstitüsü

**EAPC:** European Association of Palliative Care-Avrupa Palyatif Bakım Derneği

**WPCA:** The Worldwide Hospice&Palliative Care Alliance-Dünya Çapında Hospis ve Palyatif Bakım İttifakı

**IAHPC:** International Association for Hospice&Palliative Care-Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği

**HRW:** Human Rights Watch-İnsan Hakları İzleme Örgütü

**AMA:** American Medical Association-Amerikan Tıp Derneği

**PBBT:** Palyatif Bakım Bilgi Testi

**ELNEC:** The End of Life Nursing Education Consortium-Yaşam Sonu Hemşirelik Eğitim Konsorsiyumu

**NCCN:** National Comprehensive Cancer Network-Ulusal Kapsamlı Kansere Ağı

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences- Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket

## ÖZET

### **Onkoloji Hastalarına Bakım Veren Hemşirelere Yönelik Verilen Palyatif Bakım Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri Üzerine Etkisi**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı onkoloji servislerinde çalışan ve kanser hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerine olan etkisini belirlemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, yarı deneysel bir çalışma olup, tek gruplu ön test-son test araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini, bir vakıf ve bir özel hastanede en az 3 aydır onkoloji servislerinde çalışan 56 hemşire oluşturmuştur. Toplam 4 modülden oluşan palyatif bakım eğitimi, Kanser Hastalarında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım Konsensus 2017 rehberi ve Yaşam Sonu Hemşirelik Eğitim Konsorsiyumu (ELNEC) temel alınarak hazırlanmış ve interaktif yöntemler ile hemşirelere eğitim verilmiştir. Araştırma verileri, eğitim öncesinde ve eğitimden bir ay sonra sosyodemografik form ve Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı analizler, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis testi, Spearman Korelasyon, Wilcoxon Rank ve McNemar testleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Palyatif bakım eğitimi sonrasında PBBT toplam puanının ve her bir alt boyut (felsefe, ağrı, dispne, psikiyatrik problemler ve gastrointestinal problemler) için puan ortalamalarının arttığı ve hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,01$ ). Hemşireler eğitim öncesinde en düşük puanı dispne alt boyutundan ( $1,25 \pm 1,06$ ), en yüksek puanı ağrı alt boyutundan ( $3,20 \pm 0,923$ ) almış iken, eğitim sonrasında en düşük puanı felsefe alt boyutundan ( $1,79 \pm 0,456$ ), en yüksek puanı ağrı alt boyutundan ( $4,29 \pm 1,124$ ) aldığı belirlenmiştir.

**Sonuç ve Öneriler:** Verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeylerini etkili bir şekilde arttırdığı saptanmıştır. Daha fazla sayıda hemşireye ulaşmak ve bilgi düzeylerini arttırmak için bu araştırma için tasarladığımız eğitim farklı hastanelerde çalışan hemşirelere de sunulabilir. Ayrıca, hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin artırılması için palyatif bakım eğitim müfredatında zorunlu ve sürekli hale getirilmeli, sahada çalışan hemşirelerin seminer, sempozyum, çalıştay ve kongrelerle bilgi düzeyleri artırılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Palyatif bakım, bilgi düzeyi, eğitim, onkoloji, hemşireler

## ABSTRACT

### **The Effect of Palliative Care Education on Nurses' Knowledge Levels for Nurses Caring for Oncology Patients**

**Purpose:** The aim of this study was to determine the effect of palliative care training for nurses working in oncology wards and nurses who care for cancer patients on the knowledge level of nurses about palliative care.

**Material and Method:** This study is a quasi-experimental study. The sample of the study was composed of 56 nurses working in oncology services for at least 3 months in a foundation and a private hospital. Palliative care training, consisting of 4 modules, Evidence-Based Palliative Care in Cancer Patients Consensus 2017 guide and End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) explores the basic design and interaction. He undertook the research results, his education and the sociodemographic form and the Palliative Care Knowledge Test (PBBT) one month after the training. Descriptive analysis, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis test, Spearman Correlation, Wilcoxon Rank and McNemar analysis methods.

**Findings:** The mean score for the total PBBT score and one sub-dimension (philosophy, pain, dyspnea, psychiatric problems and gastrointestinal problems) of the palliative care education program was 0.01). Sub-dimension ( $1.25 \pm 1.06$ ), the highest level of pain sub-dimension ( $3.20 \pm 0.923$ ), while the lowest level of philosophy in the education center ( $1.79 \pm 0.456$ ), the highest level of pain sub-dimension ( $4,29 \pm 1,124$ ).

**Conclusion and Recommendations:** The palliative care training effectively extended the knowledge level of nurses. It can also be offered to nurses working in our training centers in the next markets we have prepared for this research in order to increase their level of knowledge in nursing in more countries. In addition, it should be made compulsory and continuous in the curriculum for the improvement of the palliative care information process of the nurses and for the training of palliative care, and the knowledge accumulated in the seminars, symposiums, workshops and congresses of the nurses working in the field has been increased.

**Key words:** Palliative care, knowledge level, education, oncology, nurses

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Palyatif bakım, hastaların yaşamlarının son dönemlerinde, ailelere ve hastalara yönelik fiziksel, ruhsal, sosyal ve spiritüel bütüncül bakım ve desteğin sağlanmasını hedefleyen, yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili zorluklarla karşılaşan bireylerin yaşam kalitesini uzman bir ekip ile arttıran bir yaklaşımdır (Kıvanç, 2017; World Health Organization, 2018). Yaşamı sınırlandıran hastalığa sahip olan her insanın yaşamını belli bir kalite ve huzur içerisinde geçirmeye hakkı vardır. Bu nedenle palyatif bakım günümüzde insan hakları değerleri arasında sayılmaktadır (Gültekin, Özgül, Olcayto, & Tuncer, 2010). Her yıl, 40 milyon insan palyatif bakıma gereksinim duymakta ve bu 40 milyon insanın 20 milyonu yaşamının son evresinde bulunmaktadır. Tüm dünyada bu insanların sadece %14'ü palyatif bakım hizmetinden yararlanmakta ve geri kalanı önlenebilir acı ve sıkıntı içinde ölmektedir (The Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance, 2018; World Health Organization, 2018). Son yıllarda kanser sıklığındaki artış ve tedavi seçeneklerindeki hızlı gelişmeler kanserli hastalardaki semptomların ve tedaviyle ilişkili yan etkilerin yönetiminde, özellikle de metastatik ve/veya son dönem kanserli hastaların semptom kontrollerinde palyatif bakım ihtiyacını artırmakla beraber palyatif bakım konusu gittikçe önem kazanmıştır (Kıvanç, 2017; Tanrıverdi & Kömürcü, 2016). Yakın zamana kadar palyatif bakım, küratif tedavi alamayacak olan, ölüme yaklaşmış kanser hastalarına sağlanacak bakım olarak bilinmekteydi. Ancak günümüzde, palyatif bakımın herhangi bir ciddi hastalığın erken evresinde veya hastalığın seyrini değiştirebilecek tedavi alırken bile her hastanın alabileceği hatta alması gerektiği bilinmelidir (Sürmeli & Akçiçek, 2016). Palyatif bakım gerektiren hastalıklar geniş bir yelpaze içerirken, erken dönemde bu hastalıkların seyrini değiştirmek amacıyla kurulan palyatif bakım merkezlerinin dünyadaki sayısı hızla artmaktadır.

Palyatif bakım Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir (Şahan & Terzioğlu, 2015). Türkiye' de ise palyatif bakım, lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredatı için zorunlu ders programına entegre edilmemiştir. Hemşireler mezun olduktan sonra palyatif bakım bilgisi ve

becerilerini farklı formatlardaki çalıştaylar, seminerler ve sempozyumlar gibi programlardan almaktadırlar (Elçigil, 2011).

Palyatif bakım multidisipliner bir ekip çalışması gerektirmektedir. Hemşireler, bakımın fiziksel, işlevsel, sosyal ve manevi boyutlarına hitap eden ve hasta ile en fazla zaman geçiren palyatif bakım ekibi üyesidirler (Prem et al., 2012). Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerinin yüksek olması bakımın kalitesini arttırmakla beraber hastanın bakım ihtiyaçlarını belirleyerek multidisipliner ekip içerisinde aktif rol üstlenmelerini sağlamaktadır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili genel bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur (Kehribar, 2016; Seven, 2017).

Hemşirelerin bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla yapılan çalışmalarda bilgi kitapçığı, hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgisini zenginleştirmede etkili olmuştur (David & Banerjee, 2010). Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgisini geliştireceğini, ileri evre hastaların ihtiyaçlarını anlamalarını teşvik edeceğini ve onlara kaliteli bakım sunmalarına katkı sağlayacağı yapılan çalışmalarla saptanmıştır (David & Banerjee, 2010; Kassa, Murugan, Zewdu, Hailu, & Woldeyohannes, 2014; Nguyen, Yates, & Osborne, 2014; Verschuur, Groot, & Sande, 2014). Güneydoğu İran, Etiyopya ve Japonya' da yapılan çalışmalarda hemşireler en düşük puanları psikiyatrik problemlerden alırken (Iranmanesh, Razban, Targari, & Zahra, 2014; Meaza & Worku; Sato et al., 2014) Türkiye' de yapılan çalışmalarda hemşirelerin bilgi düzeylerinin en az olduğu alt boyutun felsefe, en yüksek olduğu alt boyutun ise psikiyatrik problemler olduğu saptanmıştır (Kehribar, 2016; Seven, 2017).

Sağlık profesyonelleri arasında palyatif bakım bilgi eksikliği, kaliteli palyatif bakımın en yaygın engellerinden biridir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına yönelik palyatif bakım eğitimi verilmesi önem taşımaktadır (Nakazawa et al., 2009). Literatürde hemşirelerin palyatif bakım konusunda aldıkları eğitimin değerlendirilmesine yönelik sınırlı sayıda çalışma mevcut iken, ülkemizde hemşirelere verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyine etkisini değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Dolayısıyla, onkoloji servislerinde çalışan, kanser hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik palyatif bakım eğitimi

vermek ve bu eğitimin hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerine olan etkisini belirlemek önemlidir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı ve Araştırma Soruları**

Bu araştırma, onkoloji servislerinde çalışan, kanser hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma soruları:

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranması öngörülmüştür.

1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, palyatif bakım eğitimi alma durumları ve palyatif bakım bilgi düzeylerine ilişkin özellikleri nelerdir?
2. Hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesinde ve sonrasında palyatif bakım bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile eğitim sonrasında palyatif bakım bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Palyatif Bakım

Palyatif kelimesi Latince’de “örtü” anlamına gelen “pallium” kelimesinden köken almaktadır (Lutz, 2011). Hasta ve yakınlarının sağlık çalışanları tarafından desteklenmesi ve korunmasıyla bütünleşen pallium pratikte kullanım alanlarıyla anlam bütünlüğü oluşturmaktadır (Bağ, 2012). Türk Dil Kurumu tarafından “hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten ya da yok eden ilaç veya yöntemler” şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı 1990 yılında “ağrı ve diğer semptomların, psikolojik, sosyal ve manevi problemlerin kontrolünü her şeyden önemli tutan, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan ve sağaltıcı tedaviye yanıt vermeyen hastaların bakımı” olarak tanımlarken, 2002 yılında palyatif bakımı “yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşılaşan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve manevi boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek acıları önleyen bir yaklaşım” olarak tanımlamıştır (Soparattanapaisarn, 2017; World Health Organization, 2018). Ulusal Kanser Enstitüsü (National Cancer Institute–NCI) palyatif bakımın tanımını “Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hastaların yaşam kalitesini iyileştirerek, kişinin sadece hastalıklarıyla değil kişiyi bir bütün olarak ele alan bir yaklaşım” olarak nitelendirmiştir ve palyatif bakımın amacını, “psikolojik, sosyal ve manevi problemlerin yanı sıra, hastalığın ve tedavisinin semptomlarını ve yan etkilerini olabildiğince erken dönemde önlemek ve tedavi etmektir.” şeklinde açıklamıştır (National Cancer Institute, 2018). Avrupa Palyatif Bakım Derneği’ nin (European Association of Palliative Care-EAPC) tanımına göre ise palyatif bakım; küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların ağrı ve diğer semptomların tedavisi dahil olmak üzere fiziksel, psikososyal ve spiritüel bakımını ele alan bütünsel bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (European Association for Palliative Care, 2018).

Kısa bir zamana kadar palyatif bakım sadece hayatın son evresindeki hastalara uygulanırken, günümüzde palyatif bakım ilkelerinin, hayatın kalitesinin artmasını ve acı çekmenin engellenmesinin amaçlandığı hastalarda en erken dönemlerde

uygulanması gerekir (Akyol, 2013). Palyatif bakım pek çok hastalık için gereklidir. Palyatif bakıma en fazla ihtiyaç duyulan hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) gibi kronik hastalıklardır. Böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multiple skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, nörolojik hastalık, demans, konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz da palyatif bakım gerektirebilen hastalıklardandır (World Health Organization, 2018).

Palyatif bakım gelişimi, politika, eğitim, ilaç kullanılabilirliği ve uygulamayı vurgulayan bir halk sağlığı modelini takip eder. Bu bileşenlerin her birini gerçekleştirmenin önünde birçok engel vardır. Bu engeller; sağlık politikaları, ilaçlara erişim ve kullanılabilirliği, sağlık çalışanlarının eğitim eksikliği, psikolojik, sosyokültürel ve finansal engellerdir (The World Hospice Palliative Care Association, 2011).

Palyatif bakım ve hospisi bakımda benzer hizmetler verildiği düşüncesi ile bu kavramlar alanyazında birbiri yerine kullanılmaktadır. Bu durum sağlık profesyonelleri açısından kafa karıştırıcı olabilir bu nedenle benzerlikler ve farklılıkların bilinmesi oldukça önemlidir.

## **2.2. Hospis Bakım**

Yaşamı sınırlayan hastalıkla karşı karşıya kalan yaşamının son günlerinde olan bireyler için kaliteli bakım modeli olarak değerlendirilen, uzman tıbbi bakım, ağrı yönetimi, hastanın ihtiyaçlarına ve isteklerine göre özel olarak tasarlanan duygusal ve ruhsal desteğe hospis bakım denir (National Hospice and Palliative Care Organization, 2014).

Hospitium (misafirperverlik, iyi ağırlama, misafirhane) sözcüğünden gelen hospis, uzun bir yolculukta yorgun ve hasta olan gezginler için bir sığınak veya yorgunluklarına istinaden Romalılar döneminde ve Hristiyanlığın başlangıcında ortaya çıkmıştır (Bağ, 2012). M.S. IV. yüzyılda dini kuruluşlara devredilen dinlenme yerleri, reform döneminde kapatılmış ya da manastırlara dönüşmüştür. Sonrasında hospisler, XIX. yüzyılda Fransa'da Jean Garnier'in girişimi ile yaşamının son dönemindeki

hastalar için bir merkez olarak hizmet vermeye başlamıştır. Hospis ismi ise ilk olarak 1948 yılında, bir hemşire ve sosyal çalışmacı olan Dame Cicely Saunders tarafından ölmekte olan hastalara özel bakım verilirken kullanılmıştır (National Hospice and Palliative Care Organization, 2019b). Hospis bakım ve palyatif bakım pek çok açıdan birbirine benzesede birbirinden farklı kavramlardır. Hem palyatif bakım hem de hospis bakım hastanın semptomlarını kontrol etmeye odaklansa da hospis bakım yaşam sonu bakıma odaklanır. Palyatif bakım, kanser gibi ciddi bir hastalığın herhangi bir noktasında, hatta tanının konulmasından hemen sonra hastanın tedavi ve bakımına entegre edilir. Hospis bakım ise hastanın 6 aydan uzun yaşaması beklenmediği durumlarda uygulanması gerekli olan bakımdır. Hospis bakımda temel amaç hastanın son dönemlerini rahat bir ortamda ailesinin desteği ile rahat bir şekilde geçirmesidir (Brown, Smith, & Gupta, 2019).

Ülkemizde hospis kavramına en yakın ilk kuruluş 1993-1997 senelerinde hizmet veren Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan “Kanser Bakımevi” dir. İkinci adım 2006 senesinde Hacettepe Onkoloji Enstitüsü tarafından “Hacettepe Umut Evi” adı ile atılmıştır (Kıvanç, 2017). Palyatif bakım hedeflenerek atılan ikinci adımda yeterli kanuni düzenlemenin olmamasından dolayı kanser tanısı konulan hastaların aldıkları tedavi ve daha sonrasında kısa bir zaman yattıkları, hemşirelik bakımından faydalandıkları bir yere dönüştürülmüştür (Uzuncu, Buyruk, Alnak, & Yıldırım, 2013).

Hospis bakım hizmetleri, özellikle Amerika ve Avrupa’da yaygın olarak mevcuttur. Amerika’da 2016 yılında toplam 1,43 milyon kişi en az bir gün hospis bakımı almıştır. Ortalama hospis bakım hizmet alım süresi 71 gün olup, ortanca hizmet alım süresi 24 gündür (National Hospice and Palliative Care Organization, 2017).

Hospis bakımı özel becerilere sahip, hemşire, hekim, dini/manevi danışman ve eğitimli gönüllülerden meydana gelen bir ekip tarafından verilmektedir. Amerikan Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Derneği tarafından, hospis bakım ekibinin görev ve sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır.

- Hastanın ağrı ve semptomlarını yönetir;
- Ölmekte olan hastaya duygusal, psikososyal ve ruhsal yönleriyle yardımcı olur;

- İhtiyaç duyulan ilaçlar, tıbbi malzemeler ve ekipmanları sağlar;
- Hastaya nasıl bakılacağı konusunda aile bireylerine koçluk eder;
- Gerektiğinde konuşma ve fizik tedavi gibi özel hizmetler sunar;
- Evde ağrı veya semptomların yönetilmesi zorlaştığında ya da bakım vericinin zamana ihtiyacı olduğunda kısa süreli yatılı bakımı mümkün kılar;
- Geride kalan aile ve arkadaşlara danışmanlık hizmeti sunar (National Hospice and Palliative Care Organization, 2019a)
- Hospis bakım hizmetleri hastanede verileceği gibi, hastane dışında huzurevleri ya da hastanın kendi evinde de verilebilir. Bu nedenle sağlık ekibinden birinin düzenleri hasta ziyaretleri ve 7 gün 24 saat telefon ile ulaşılabilirliği büyük önem taşımaktadır (U.S Department of Health and Human Services, 2019).

### **2.3. Palyatif Bakımın Amacı**

Modern tıp çağında palyatif bakıma büyük ihtiyaç vardır. Tıbbın ilerlemesine rağmen, yaşamı kısıtlayan hastalıkları olan bireyler hala önemli ölçüde acı çekmektedir (Chan, 2018). Her yıl, 40 milyon insan palyatif bakıma gereksinim duymakta ve bu 40 milyon insanın 20 milyonu yaşamının son evresinde bulunmaktadır. Tüm dünyada bu insanların sadece %14'ü palyatif bakım hizmetinden yararlanmakta ve geri kalanı önlenebilir acı ve sıkıntı içinde ölmektedir (The Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance, 2018; World Health Organization, 2018). Son yıllarda kanser sıklığındaki artış ve tedavi seçeneklerindeki hızlı gelişmeler kanserli hastalardaki semptomların ve tedaviyle ilişkili yan etkilerin yönetiminde, özellikle de metastatik ve/veya son dönem kanserli hastaların semptom kontrollerinde palyatif bakım ihtiyacını artırmakla beraber palyatif bakım konusu gittikçe önem kazanmıştır (Kıvanç, 2017; Tanrıverdi & Kömürcü, 2016).

Palyatif bakım Londra'da ki St. Christopher's Hospice Merkezinde kanser hastaları için ağrı ve semptom yönetiminden doğmuştur (C. Dahlin, 2015). Dame Cicely Saunders, 1960 yılında modern hospisi kurduğunda palyatif bakım, yaşamın sonunda hastalara bakım hizmetini geliştirmeyi amaçlayan bir felsefeden, yaşamı sınırlayan hastalıkları olan hastalara kapsamlı bakım sağlayan profesyonel bir uzmanlığa dönüşmüştür (Hui & Bruera, 2016). Günümüzde ise palyatif bakımın

amacı, hasta ve yakınlarını semptom yönetimi, yas durumu, maddi ve psikososyal yönden destekleyip bilgilendirerek yaşam kalitesini arttırmak ve kaygılarını gidermektir (Turan, Polat, & Mankan, 2017). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre palyatif bakım ile

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtulmayı sağlamak,
- Hayatı doğrularken, ölümü normal bir süreç olarak görerek, ölümü hızlandırmak ya da ertelemek amacıyla olmamak,
- Hasta bakımının psikolojik ve manevi yönlerini bir bütün olarak ele almak,
- Hastaların yaşamının sonuna kadar mümkün olduğunca aktif yaşamalarına yardımcı olacak bir destek sistemi sunmak,
- Hastanın ailesinin hastalık sürecinde kendi üzüntüleri ile başa çıkmasında yardımcı bir destek sistemi sunarak gerekirse ölüm danışmanlığı dahil olmak üzere hastaların ve ailelerin ihtiyaçlarını ele almak için takım yaklaşımı kullanmak,
- Yaşam kalitesini arttırarak hastalığın seyrini olumlu etkilemek,
- Kemoterapi veya radyoterapi gibi hayatı uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte hastalığın seyrinin başlangıcında uygulamak amaçlanmaktadır (World Health Organization, 2018).

#### **2.4. Palyatif Bakımın İlkeleri**

Bakımın tıbbi, psikolojik, sosyal, kültürel ve manevi tüm yelpazesini içeren bütünsel bir yaklaşım olan palyatif bakım, hastanın yaşadığı süreden çok, yaşamının niteliğini önemseyen bir tedavi biçimidir (Kuzucuoğlu et al.). Bazı tutum ve ilkeler palyatif bakımın başarılı olmasını sağlayacaktır. Uluslararası Hospis Bakım ve Palyatif Bakım Derneği, palyatif bakım için 6 ilke tanımlamıştır (International Association for Hospice & Palliative Care, 2019). Bu ilkeler:

Şefkat tutumu:

- Hassaslık, empati ve merhamet içermeli; ilgisini karşıya bireysel olarak göstermeli
- Sadece tıbbi olarak değil, hastanın muzdarip olduğu sıkıntılarda hem hemşire olarak hem de sosyal açıdan bir tutum sergilemeli

➤ Hastanın kökeni, inancı, kişiliği, ilgi alanları sorgulanmamalı/eleştirilememeli ve hastaya bakım verilirken ön yargılı yaklaşmamalı.

Bireysellik kavramı:

➤ Karşılaşılmış tıbbi problemlerin benzerliğine dayanarak, hastaları temelde yatan hastalığı üzerinden kategorize etme uygulaması psikososyal özellikler ve hastayı özgün yapan problemleri tanımak açısından sınıfta kalır.

➤ Bu durum çekilen acıyı büyük oranda etkileyebilir, bu yüzden hastalara özel palyatif bakım planlanırken bu özellikler dikkate alınmalıdır.

Kültürel düşünceler:

➤ Irk, din, etnik köken ve diğer kültürel faktörler hastanın çektiği acı üzerinde derin etkide bulunabilir.

➤ Kültürel farklılıklar saygıyla karşılanmalı ve tedavi planı kültürel olarak hassas tarzda planlanmalı.

Hastanın İzni:

➤ Herhangi bir tedavi verilmeden önce veya tedaviye son verilmeden önce hastanın veya yetkilendirdiği kişinin izni alınması şarttır.

➤ Her ne kadar hekimler bunu pek önemsemese de hastaların çoğu ortak karar almak istemektedir.

➤ Hangi tedavinin uygun olup olmayacağı hastaya da danışarak belirlenmelidir.

➤ Tıbbi jargonda açıklanmadığı sürece hastaların çoğunluğu pek çok örnekte olduğu gibi genelde verilen öneriyi kabul eder.

Bakım yerinin seçilmesi:

➤ Hasta ve ailesinin bakım yeri ile ilgili tartışmaya dahil edilmesi gerekir.

➤ Bazı gelişmiş ülkelerde hastanın ölümü hastanede gerçekleşir ama ölümcül hastalıklarda hastanın son günleri evde geçirilmesi uygundur.

İletişim:

- Sağlık profesyonelleri arasındaki iyi iletişim palyatif bakımın pek çok alanında ve hastanın bakımında esastır. Bazı yerlerde iletişimin optimumun altında olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmakta.
- Hasta ve aileleriyle olan sağlıklı iletişimde palyatif bakımda esastır.

## 2.5. Palyatif Bakım Modelleri

Modern palyatif bakımının kurucusu ve aynı zamanda öncüsü olan Cicely Saunders, palyatif bakım uygulama modellerini detaylı bir şekilde inceleyerek, her toplumun kendisi için en uygun modeli oluşturması gerektiğini ve kültürlere ve koşullara özgü çeşitlilikte hizmet sunulmasının önemini vurgulamıştır (Çolak, 2017). Günümüzde, her toplumda kültüre ve sağlık sisteminin koşullarına bağlı olarak farklı modeller kullanılmakla birlikte, genel olarak palyatif bakım modelleri 3 başlık altında incelenmektedir:

**2.5.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım:** Genel hastaların bulunduğu servisler, kanser hastalarının yatması için uygun olmayacaktır. Bu nedenle özelleşmiş palyatif bakım uygulanan ünitelerde hastane temelli palyatif bakım son zamanlarda hızla artmıştır (Uslu & Terzioğlu, 2015). Multidisipliner bakım gerektiren hastalara bakım sağlanarak hastalar durumlarına göre birkaç gün ya da ay yatabilirler. Birçok ülkede hastanede bir birim olup, karmaşık semptomların yönetiminde rol oynar. Bazı ülkelerde bağımsız bir birim olarak evde bakılamayacak olan hastalara yaşamın son döneminde bakım sağlanır (Çolak, 2017).

**2.5.2. Ev Temelli Palyatif Bakım:** Palyatif bakım alanında, ölüm sayısı arttıkça ev desteğine olan ihtiyaç artmakta ve çoğu insanın ölmeyi tercih ettiği ve yaşamlarının son günlerini evde geçirmek istemektedir (Gomes et al., 2017). Multiprofesyonel ekipler ev palyatif bakım ekiplerini oluşturarak sürekli sağlanan bir palyatif bakım desteği sunar (Çolak, 2017; Uslu & Terzioğlu, 2015).

**2.5.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım:** Bu klinikler ayaktan tedavi uygulanabilen, düşük maliyetli bakım sunar. Semptom yükündeki azalma, yaşam kalitesinin artması,

sağkalımın artması, bakımdan memnuniyet ve azalan sağlık kaynağı kullanımının da dahil olduğu sonuçların iyileştirilmesinde toplum temelli palyatif bakımın rolü büyüktür (Kamal, Currow, Ritchie, Bull, & Abernethy, 2013).

## 2.6. Dünyada Palyatif Bakım Hizmetleri

Dünyada palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi 1990'lardan itibaren gelişmiş ülkelerde hızlı bir ilerleme göstermiştir (Benli & Erbesler, 2016). Palyatif bakıma dünya çapında ulaşım her ne kadar artsa da, ilerleme ülkeler ve bölgelere göre farklılıklar göstermektedir (Rhee et al., 2017). Amerika ve Kanada'da toplam 3.600, İngiltere'de 933, diğer 36 Avrupa Ülkesinde 1.200, Avustralya ve Yeni Zelanda'da 350 palyatif merkezi bulunmaktadır (Bilen, 2016).

Palyatif bakım hizmetlerine ulaşımın bir insan hakkı olduğu milletlerarası kuruluşlar tarafından savunulmaktadır. Bu konuda atılan en önemli adımlardan bir tanesi Prag Sözleşmesidir. Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Association of Palliative Care -EAPC), Dünya Hospis ve Palyatif Bakım Birliği (The Worldwide Hospice&Palliative Care Alliance-WPCA), Uluslararası Hospis ve Palyatif Bakım Derneği (International Association for Hospice&Palliative Care-IAHPC) ve İnsan Hakları İzleme Komitesi (Human Rights Watch-HRW) tarafından duyurulan anlaşma il palyatif bakıma ulaşımın insan hakkı olduğu savunulmuş ve ulusal palyatif bakım dernekleri, sadece palyatif bakımda uzmanlık hizmetlerinin geliştirilmesini değil, halk sağlığı yaklaşımına odaklanan bir palyatif bakım felsefesini benimsemiştir (Çolak, 2017; Radbruch, de Lima, Lohmann, Gwyther, & Payne, 2013).

Dünya Palyatif Bakım Birliği, palyatif bakım gelişim düzeyine 2011 yılında küresel bir güncelleme yapmıştır ve palyatif bakım gelişiminde 4 gelişim düzeyi tanımlanmıştır.

- Grup 1 ülkeler: Bilinen bir palyatif bakım faaliyeti bulunmamaktadır.
- Grup 2 ülkeler: Kapasite geliştirme faaliyetleri yapılmaktadır. Bu ülke grubunda henüz bir hizmet kurulmamış olsada hastaneye yatkın bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için organizasyon, iş gücü ve politika kapasitesini oluşturmak için tasarlanmış geniş kapsamlı girişimlerin kanıtları vardır. Gelişimsel aktiviteler



arasında, kilit konferanslara katılım veya organizasyon, dışarıdan palyatif bakım alan personel, politika geliştiren ve sağlık bakanlıklarının lobi faaliyetleri, yeni başlayanlar için faaliyet geliştirme yer almaktadır.

➤ Grup 3 ũlkeler:

Grup 3a ũlkeler: İzole palyatif bakım sağlar. Bu grup ũlkeler kapsamlı olmayan ve iyi desteklenmeyen palyatif bakım gelişimi, çoğunlukla ağır derecede bağımlı olan fon kaynakları, morfinin sınırlı mevcudiyeti ve genellikle nũfusun bũyũklũđü ile sınırlı olarak sınırlı sayıda hastane bakım hizmetini kapsayan bakım gibi faaliyetler ile nitelendirilmektedir.

Grup 3b ũlkeler: Genelleştirilmiş palyatif bakım hizmeti verilir. Bu grup ũlkeler bu bŕlgelerde yerel desteğin artmasıyla birlikte birçok yerde palyatif bakım savunulucuğu, çoklu fon kaynakları, morfinin mevcudiyeti, sağlık sisteminden bağımsız bir takım palyatif bakım veren kuruluşlar ve bakım merkezleri tarafından bazı eğitim ve ŕđretim girişimlerinin sağlanması gibi faaliyetler ile nitelendirilmektedir.

➤ Grup 4 ũlkeler:

Grup 4a ũlkeler: Hospis bakım ve palyatif bakım hizmetlerinin ana hizmet sunumu için başlangıç aşamasında olduğu ũlkelerdir. Bu grup ũlkeler çok sayıda konumda kritik bir palyatif bakım savunucu kitlesinin geliştirilmesi, çeşitli palyatif bakım sağlayıcıları ve hizmet tũrleri, sağlık profesyonelleri ve yerel topluluklar için palyatif bakım bilincinin arttırılması, morfinin ve diğer bazı gũçlü ağrı kesici ilaçların mevcudiyetinin sağlanması, palyatif bakımın politika ũzerindeki sınırlı etkisinin arttırılması, bir dizi kuruluş tarafından ŕnemli sayıda eğitim ve ŕđretim girişiminin sağlanması ve ulusal bir palyatif bakım derneği kavramına ilgi çekilmesi gibi faaliyetler ile nitelendirilmektedir.

Grup 4b ũlkeler: Hospis bakım ve palyatif bakım hizmetlerinin ana hizmet sunumuna ileri dũzeyde entegrasyon aşamasında olduğu ũlkelerdir. Bu grup ũlkeler, geniş bir alanda palyatif bakım savunucu kitlesinin gelişimi, her tũrden palyatif bakımın çoklu servis sağlayıcılar tarafından kapsamlı bir şekilde sağlanması, genel olarak sağlık profesyonelleri, yerel topluluklar ve toplum açısından palyatif bakım konusunda geniş farkındalık kazandırılması, sınırsız morfin mevcudiyetinin ve diğer tũm gũçlü ağrı giderici ilaçların sağlanması, palyatif bakımın politika ũzerinde,

özellikle de halk sağlığı politikası üzerinde önemli etkisinin olması, tanınmış eğitim merkezlerinin geliştirilmesi, üniversitelerle yapılan akademik bağlantılar ve ulusal bir palyatif bakım derneği varlığı gibi faaliyetler ile nitelendirilmektedir (The World Hospice Palliative Care Association, 2011).

## 2.7. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri

Ülkemizde Ankara’da Ulus Devlet Hastanesine dahil ilk palyatif bakım ünitesi kurulmuştur (Benli & Erbesler, 2016). Günümüzde ise T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü palyatif bakım hizmetini toplam: 81 ilde 5.091 yatak ile 383 Sağlık tesisi tarafından vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2019). Ülke mali imkanlarının yeterli olmaması, hasta ve ailelerinin yetersiz bilgisi gibi pek çok engel sebebiyle palyatif bakım hizmeti planlı ve etkili bir biçimde verilememektedir (Tuna, Ünver, & Molu, 2018). Ülkemizde palyatif bakımın etkin bir şekilde verilememesinin bir diğer nedeni Türk aile yapısıdır. Aile büyükleri özellikle kanserli hastalar bakım ve desteği kendi ailelerinden almaktadır (Gültekin et al., 2010). Bu duruma rağmen palyatif bakımı geliştirmek adına yoğun uğraşlar verilmektedir. Palyatif bakım üzerine eğitim gören doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının bu birimlerde görev alması sağlanmaktadır. Fakat sağlık çalışanlarının yetersiz bilgiye sahip olmaları nedeniyle palyatif bakım hizmetleri hala diğer disiplinlere danışılarak verilmektedir (Uslu & Terzioğlu, 2015). Ülkemiz 2006 senesinde Grup 2 ülkeler arasında yer alırken, 2011’de Grup 3b ülkeler arasında yer almıştır (Çolak, 2017).

Türkiye’de 2010 yılının başlarında Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından yürütülen Palya-Türk projesi çalışmalarına başlanmıştır (Tanrıverdi & Kömürcü, 2016). Palya-Türk projesi aile hekimliği üzerine kurulmuş olup Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum kuruluşları ile öncelikli olarak hemşirelik bakımı üzerine oturtulmuş, sağlık çalışanlarının eğitimi desteklenmiş, palyatif bakım merkezleri sayısında artış meydana gelmiş, üniversite ve hastanelerin palyatif bakım konusunda farkındalığı artmıştır (Bilen, 2016; Uslu & Terzioğlu, 2015).

Kanser, dünya ülkelerindeki gibi ülkemizde de en önemli sağlık sorunlarından biridir. Dünyada yaşamı sonlandıran hastalıklar arasında ikinci sırada olan kanserin, 2030' a kadar ilk sıraya çıkacağı öngörülmektedir. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında Palyatif Bakım Eylem Planı yayınlamış ve bu eylem planıyla çeşitli stratejiler oluşturmuştur. Bu stratejiler; 81 ilde kanser kayıt merkezi kurmak, kanser kayıt verilerinin kalitesini arttırmak, Türkiye asbest kontrol programı oluşturmak, Türkiye radon haritası oluşturmak, elektromanyetik alanların sağlık etkilerinin izlemi ve halkın bilgilendirilmesi, ulusal toplum tabanlı meme, serviks ve kolorektal kanser tarama programlarını iyileştirme ve kapsamını genişletme, serviks kanseri taramalarında HPV testi kullanılması, palyatif bakım politikalarının resmi devlet politikası olmasının sağlanması, palyatif bakım eğitimlerinin yapılması, palyatif bakım merkezlerinin kurulması ve kanserli hastalarda opioid kullanımının arttırılmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, 2016).

## **2.8. Dünyada Palyatif Bakım Eğitimi**

Palyatif bakım Amerika, Kanada, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Kanada, 1993 yılından beri palyatif bakım tıp öğrencisi müfredatı uygulamaktadır. Benzer şekilde İngiltere St. Christopher Grubu ve diğer organları aracılığıyla uzun bir hospisi bakım eğitim geçmişine sahiptir ve 1992'den bu yana tanımlanmış bir palyatif bakım müfredatına sahiptir. Kanada ve İngiltere ile beraber Avustralya, palyatif bakım araştırmaları konusunda güçlü bir geçmişe ve sağlam bir eğitim müfredatına sahiptir (Horowitz, Gramling, & Quill, 2014). Hospis bakım ve palyatif bakım 1970'lerin sonunda, Yale Hemşirelik Okulu Dekanı Dr. Florence Wald, hastanesinde hospis hemşireleri için ilk kursu kurduğu ve Connecticut Hospis merkezinin kurulmasına öncülük ettiği zaman Amerika'ya gelmiştir. Wald' ın öncü girişimlerinden bu yana, hemşireler ABD'de hastane ve palyatif bakım programları geliştirme ve uygulama çabalarında ön saflarda yer almaktadır (Kimberly Chow & Dahlin, 2018). Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association-AMA) doktor ve hemşirelere yaşam sonu bakımı konusunda eğitim programı uygulamakta ve bu programlarda terminal dönemde görülen

semptomların (ağrı, deliryum, dispne anksiyete vb.) kontrolü ile ilgili standartlara yönelik bilgi verilmektedir. Avrupa Palyatif Bakım Birliği de (European Association of Palliative Care-EAPC) benzer şekilde palyatif bakıma yönelik eğitim konusunda rehberler yayınlamaktadır (Şahan & Terzioğlu, 2015).

Amerikan Hemşireler Derneği ve Hospis Bakım ve Palyatif Bakım Hemşireler derneği 2017 yılı Mart ayında hemşirelerin palyatif bakımı yönlendirmesi ve geliştirmesi için harekete geçme çağrısında bulundu. Hemşirelik önerilerinden biri palyatif hemşirelik eğitimi standardı olarak Yaşam Sonu Bakım Hemşirelik Konsorsiyumu (The End of Life Nursing Education Consortium-ELNEC) müfredatının kabul edilmesidir. Ölen hasta ve hastanın ailesinin bakımını hemşirelik fakültesinin müfredatına entegre etmeye yardımcı bir eğitim programıdır. ELNEC müfredatını; yaşam sonu hemşirelik bakımı, ağrı yönetimi, semptom yönetimi, etik/hukuki sorunlar, yaşam sonu bakımda kültürel konular, iletişim, keder, kayıp ve yaşamın sonunda kaliteli bakım verme, ölüm sürecine hazırlık ve bakım konuları oluşturur (Matzo, Sherman, Penn, & Ferrell, 2003). ELNEC ayrıca Japonya, Kore, Çin, Doğu Avrupa ve Kenya gibi 90 ülkede eğitim verilmiş ve Korece, Çince, Rusça, Romence, Arnavutça ve Almanca'ya çevrilmiştir (Schroeder & Lorenz, 2018).

## **2.9. Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi**

Ülkemizde 1990’lı senelerde palyatif bakım ilgi görmeye başlamıştır. Son zamanlarda gerek algoloji ve medikal onkoloji doktorları, gerekse akademik ve saha hemşireleri bu alanda eğitim alarak görev yapmak istemektedirler (Uslu & Terzioğlu, 2015). Türkiye’de palyatif bakım eğitimi ve eğitim olanaklarının eksikliği, palyatif bakımın geliştirilmesinde en sık bildirilen engeldir. Bu nedenle palyatif bakım hizmeti profesyonel sağlık çalışanları tarafından verilememektedir. Tıp fakülteleri kapsamında palyatif bakım yan dal uzmanlığı bulunmamakla beraber temel tıp eğitimlerinde de sınırlı bilgiler verilmektedir (Uslu & Terzioğlu, 2015). Palyatif bakım, lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredatı için zorunlu ders programına entegre edilmemiştir. Hemşireler mezun olduktan sonra palyatif bakım bilgisi ve becerilerini farklı formatlardaki çalıştaylar, seminerler ve sempozyumlar gibi programlardan almaktadırlar (Elçigil, 2011).

## 2.10. Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamasında Rolü ve Önemi

Hospis bakım ve palyatif bakım disiplinler arası bir takım modeliyle sağlanır. Hemşireler, küresel nüfusa güvenli ve etkin bakım sağlamak için hayati bir kaynaktır. Disiplinler arası önemli rol oynayan hemşireler hospis ve palyatif bakımda, hasta ve aileleri savunurken sürekli olarak doğrudan bakım sağlarlar (Dobrina, Tenze, & Palese, 2014). Onkoloji hemşireliği ve palyatif bakım hemşireliği aynı anda gelişme göstermiştir. Onkoloji hemşireliği tarihi boyunca, hastanın semptomlarının mükemmel şekilde azaltılmasını, hasta ve ailesinin desteklenmesini, uygun ve güvenli hastalık yönetiminin dengelenmesini vurgulamıştır. Özünde, onkoloji ve palyatif hemşirelerinin rolleri , hastalar için tanı konmasından itibaren başlayıp yaşamın sonuna kadar genel bakım kalitesini iyileştirme ihtiyacından doğmuştur (Kimberly Chow & Dahlin, 2018).

Palyatif bakımda müdahalelerin gözden geçirilmesine ilişkin 2016 yılında yapılan sistemik bir incelemede hemşirelerin rolünün diğer tüm disiplinlerden daha fazla olduğunu destekleyen sonuçlar bulunmuştur. Bakım veren disiplinleri tanımlayan 124 çalışmanın 98'inde hemşireler, ekiplerde ya da bireysel uygulayıcılar olarak çalışan en yaygın müdahalecilerdir (Schroeder & Lorenz, 2018). Bu nedenle, hospis bakım ve palyatif bakım hemşireliği palyatif bakım sağlamak ve bakımın sunumu sırasında ortaya çıkabilecek psikososyal ve ruhsal sorunları yönetmek için sağlam bir bilgi altyapısı ve beceri gerektirir (Kav, Brant, & Mushani, 2018). Hemşirelik rolleri diğer sağlık profesyonellerinin tamamlayıcısıdır. Dahası, terapötik bir ilişkide otantik bir şekilde var olma sanatı sayesinde, hospis ve palyatif bakım hemşireleri, hasta ve ailelerinin yaşam kalitesini arttırarak ölüm sürecini desteklemede özel bir role sahiptir (Dobrina et al., 2014). Hemşirelerin tedavi, mevcut durumu koordine etmek, eğitim ve bakım vermek ve yol gösterici olmak gibi önemli sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları gerçekleştirirken hemşireler her hastanın farklı bir birey olduğunu bununla beraber biyopsikososyal ihtiyaçlarının farklı olabileceğini aklından çıkarmamalıdır. Hasta ve ailesinin özeline ve farklı hissi tepkilerine saygı duymalıdır (Elçigil, 2011).

Onkoloji hemşireliğinde birincil ve özel palyatif hemşireliği gelişimi zorunludur. Onkoloji hemşireleri birincil palyatif hemşirelik konusunda eğitilmeli ve bu yaklaşımı kanser hastalarının genel bakımlarına dahil etmelidir. Hasta ve ailesini, kanser tanısının öngörülebilir ve öngörülemeyen yönleri için hazırlamaya yardımcı olmalıdır. Ayrıca hastalığın çeşitli semptomlarının tedavisine, tanı ve hastalığa özgü tedavilere eşlik eden endişelerin giderilmesine yardımcı olarak hastaların ve yakınlarının optimal bir yaşam kalitesi elde etmelerini sağlayacaktır (Kimberly Chow & Dahlin, 2018).

### **2.11. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi**

Palyatif bakımda görülen semptomların yönetiminin yapılamaması, hastaların tedaviyi yarıda bırakmalarına, uygulanan tedavi dozajının azalmasına ya da tedaviye son verilmesine sebep olabilmektedir. Hasta ve ailesinin tedavi süreciyle başa çıkmasında etkili semptom yönetimi önemlidir (Uysal et al., 2015). Semptomların etkili yönetilmesinde çok yönlü yaklaşım önemlidir. Palyatif bakımda multidisipliner bir ekip yaklaşımına ihtiyaç vardır. Multidisipliner ekip; hemşire, algolog, onkolog, nörolog, genel cerrahi uzmanı, din adamı, fizyoterapist, diyetisyen, cerrah, iç hastalıkları uzmanı, sosyal hizmetlerden oluşturmaktadır (Kıvanç, 2017; Uysal et al., 2015).

Yaşam süresinin uzamasıyla birçok hastalığın görülme sıklığı artmıştır. Kanser bu sık görülen hastalıklar içerisinde yer almaktadır. Kanser görülme sıklığı ve kanser teşhisi konulan kişilerin son zamanlarında uygulanan agresif tedaviler, hayatın uzaması gibi pek çok palyatif bakım ihtiyacını arttırmıştır. Palyatif bakımda çözüm getirmeyecek inceleme ve tedaviden daha çok hastaya özel ağrı, dispne, bulantı gibi rahatsız eden yakınmaların engellenmesi önemlidir (Ovayolu & Ovayolu, 2017). İngiltere’de yapılan bir çalışmada hastaneye başvuran %95’i kanser tanısı alan palyatif bakım hastalarında en sık görülen beş semptomun, ağrı, anoreksi, kabızlık, halsizlik ve dispne olduğu saptanmıştır (Potter, Hami, Bryan, & Quigley, 2003). Palyatif bakım hastalarında en sık karşılaşılan beş semptom dışında görülen diğer semptomlar; iştahsızlık ve oral alımda azalma, inkontinans, bulantı-kusma, öksürük, bası

ülserleri ve diğer cilt problemleri, uyku hali, opioidlerin kontrendikasyonlarıdır (Çakır & Enginyurt, 2016).

Hemşireler, bakımın fiziksel, işlevsel, sosyal ve manevi boyutlarına hitap eden ve hasta ile en fazla zaman geçiren palyatif bakım ekibi üyesidirler (Prem et al., 2012). Değerli olma, etkili diyalog, güçlendirme, mana bulma, onun yerine yapma ve bütünlüğü muhafaza etme palyatif bakım hemşireliğinin ilkelerini oluşturur (Ovayolu & Ovayolu, 2017). Hemşirelere eğitimler verilmesi palyatif bakım alanında önemli gelişmeler sağlarken hemşirelerin aktüel bilgileri araştırıp bu bilgileri hemşirelik bakımına entegre etmesi gerekir (Kıvanç, 2017; Ovayolu & Ovayolu, 2017). Hemşireler kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirerek semptomları anlayabilmeli, hastaları eğitmeli ve bakıma katmalı, semptomlar için yararlı olan yöntemler kullanarak tedavi önerilerinin yönetebilmelidir (Tuna et al., 2018).

## **2.12. Palyatif Bakımda Sık Görülen Semptomlar**

### **2.12.1. Ağrı**

Ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan duyuşsal ve duygusal bir deneyimdir. Bu tanım ağrının çok boyutlu olduğunu açıklamaktadır. Ağrı sinir sistemindeki değişiklikten çok daha fazlasıdır (McCaffery & Pasero, 2011). Kanser hastalarında ağrı en sık karşılaşılan semptomdur. Bu hastalarda ağrı nedenleri farklılık göstermekte olup, kanser ağrısının %60-65' i doğrudan tümör tutulumu ile ilişkilidir.

Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği 2008 yılında: “Dünya çapında her sene kanser teşhisi konan 10 milyondan fazla insanın ağrı içinde geçen süreç en büyük korkusudur. Her ne kadar ağrı kanser hastalığına yakalanan herkeste görülme de kanser hastalarında yaygın görülür. Kontrol altına alınamamış kanser ağrılarının sonuçları büyük oranda tahrip edicidir.” açıklamasını yapmıştır. Van Den Beuken ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada ağrı prevalansı küratif tedaviden sonra %39.3, antikanser tedavisi sırasında %55.0, metastatik veya terminal hastalıklarda %66.4 olarak saptanmıştır (Van Den Beuken-Van, Hochstenbach, Joosten, Tjan-Heijnen, & Janssen, 2016). Palyatif bakım alan hastalarda birincil amaç

ağrıyı etkisiz hale getirmektir. National Comprehensive Cancer Network-NCCN 2015 yılında ağrı yönetiminde 7 hedef belirtmiştir. Bunlar;

- Ağrı ve diğer semptomların kontrol edilmesi
- Ağrının neden olduğu rahatsızlığın hem hasta hem de ailesi için azaltılması
- Hastanın kontrol hissine sahip olması
- İlişkilerin güçlendirilmesi
- Ağrının meydana getirdiği sıkıntıların rahatlatılması
- Bu süreçte hasta kişisel gelişim yaşadığı için yaşam ve hastalığın anlamının artmasıdır.

Nedeni ne olursa olsun ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, pek çok psikolojik ve sosyal sorunlara neden olarak bireylerin yaşam kalitesini kötü etkilemektedir. Kanser ağrısını değerlendirebilme, ağrı düzeyini belirleyebilme, ağrı öyküsü, tedavi edilebilir nedenleri ve etkileri tanımlayabilme etkili ağrı yönetimini sağlamakla beraber yaşam kalitesini de arttırmaktadır (Yıldırım et al., 2017).

Palyatif bakımda ağrının giderilmesinde birtakım engeller bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri ile ilgili engeller:

- Ağrı değerlendirmesi ve yönetimi konusunda yetersiz bilgi
- Ağrının kötü değerlendirilmesi
- Kontrollü maddelerin düzenlemesi ile ilgili endişeler
- Hasta bağımlılığı korkusu
- Analjeziklerin yan etkileri ile ilgili endişeler
- Analjeziklere toleranslı hastalar hakkında endişeler (Ferrell, Coyle, & Paice, 2014; Pasero & McCaffery, 2010).

Sağlık sistemi ile ilgili engeller:

- Ağrının tedavisine gereken önemin verilmemesi
- Tedavinin kullanılabilirliği veya erişim sorunları.

Hasta ve aileleriyle ilgili engeller (Paice & Von Roenn, 2014):



- Ağrıyı bildirmede isteksizlik
- Ağrının rapor edilmesinin doktorları altta yatan hastalığın tedavisinden uzaklaştırabileceği endişesi
  - Ağrı çekmenin hastalık anlamına geldiğinden korkması
  - “İyi” bir hasta olamama kaygısı
  - Ağrı kesici ilaçlar alması için isteksizlik
  - Bağımlılıktan korkmak veya bağımlılık olarak düşünmek
  - Yönetilemez yan etkiler için endişeler
  - Yaşlı bireylerin, ağrının yaşlanmaya normal bir eşlik ettiğini düşünmeleri (Pasero & McCaffery, 2010)
- Yaşlı bireylerle kötü iletişim kurulması (Pasero & McCaffery, 2010).

### 2.12.2. Dispne

Yaşamı sınırlayan hastalığı olan hastaların en çok bildirilen semptomu olan dispne nefes darlığı veya talep ile solunum yanıtları arasındaki dengeyi sağlama becerisi sürdürülemez olarak algılandığında yaşanmaktadır (Myers & Dudgeon, 2011). Etkili yönetilemeyen dispne kişilerin yaşam kalitelerini ciddi şekilde düşürür. Semptomun yönetilmesinde ve bakımında multidisipliner ekip yaklaşımı önemlidir (Can et al., 2017; Kloke & Cherny, 2015).

Dispne, soluk alırken zorlanma veya solunum problemi olarak bilinmekle beraber ileri evre akciğer kanserinde prevelansı en yüksek olan semptomdur. Kişinin oksijen seviyesi normal parametrelerde olsa da nefes darlığı yaşayabilir. İnsanların dispneden boğulmadığını ya da ölmediğini anlamak önemlidir (Cancer.net, 2019). En sık görülen kanser semptomlarından biri olan dispne ayaktan tedavi edilen kanser hastalarının %50'si ve ileri evre kanser hastalarının %70'i bu semptomun yaşandığını tanımlamaktadır (Dudgeon, 2015).

Sağlık hizmeti verenler nefes darlığını hipoksiyle aynı görebilir ancak hastaların ve oksijen düzeylerinin öznel yanıtları arasında çok zayıf bir korelasyon rapor edilmiştir. Hastalarda hipoksi ile ilgili semptomlar olmayabilir ancak nefes darlığı belirtebilirler (Myers & Dudgeon, 2011). Dispne değerlendirmesi, öznelliği nedeniyle zor olabilmektedir. Hastanın solunum hızı ve oksijenlenme durumu her

zaman nefes darlığı semptomu ile ve dispne yoğunluğu ise hastalığın derecesi ile ilgili olmamaktadır (Dudgeon, 2015). Dispne, çeşitli farmakolojik ajanlarla yönetilebilir. Son evre hastalıkta, altta yatan nedenin tedavi edilip edilmeyeceği değerlendirilirken semptomun tedavi edilmesi gerekir. Altta yatan bir sebebi tedavi etmeye yönelik girişimler, enfeksiyonların tedavi edilmesini veya tümör ilerlemesi yönetimini içerir. Sebepler artık tersine çevrilemezse, semptomların giderilmesi temel bakım hedefi olmaktadır (Kamal, Maguire, Wheeler, Currow, & Abernethy, 2012).

### **2.12.3. Psikiyatrik Problemler**

Kronik hastalıkları yönetirken psikolojik sorunları değerlendirmek ve yönetmek zor olabilmektedir. Kültür, hastalığın süresinin uzunluğu, bakım sorunları ve artan sağlık hizmeti maliyeti bakıma yönelik plan yapmada karmaşıklığa neden olmaktadır. Psikososyal sorunlara bakarken dikkate alınması gereken en önemli faktörleri, hastanın daha önceden kullandığı başa çıkma mekanizmaları/stratejileri, duygusal kararlılıkları, sosyal destek sistemleri ve semptomların yaşattığı sıkıntılar oluşturmaktadır.

Hemşirelerin psikososyal konularda palyatif bakım hastalarını değerlendirme ve yönetmede hayati bir rolü vardır (Pasacreta, Minarik, Neil-Anderson, & Paice, 2014). Depresyon, anksiyete ve deliryum gibi psikiyatrik problemler, palyatif bakım ortamlarında yaygın görülmektedir. Hastaların ve ailelerin acı çekme durumuna katkıda bulunmasına rağmen gereken önemin verilmediği bir semptomdur. Hastanede yatmakta olan palyatif bakım hastalarının kabaca %50' si depresyon belirtileri yaklaşık %70' i klinik olarak anlamlı kaygı ve neredeyse tüm hastalarda ölüm yaklaşırken deliryum görülmektedir (Fairman & Irwin, 2013).

Depresyon, beklenen, geçici ve klinik olmayan üzüntüden majör depresif bozuklukların ve intihar eğilimlerinin uç noktalarına kadar geniş bir yelpazede tanımlanabilir. Depresyon oranları hastalığa göre değişmektedir. Etkin tedavi edilemeyen depresyonun bağışıklık yanıtında azalma, sağkalım süresinde azalma, tedaviye uyma bozukluğu ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabileceğini anlamak önemlidir. Depresyonun değerlendirilmesi, hemşirelik, sosyal çalışma ve

psikiyatri disiplinleri dahil olmak üzere dikkatli bir disiplinler arası ekip değerlendirmesini gerektirmektedir (Pasacreta et al., 2014).

Anksiyete, genellikle endişe, gerginlik, güvensizlik ve huzursuzluk gibi öznel bir duygu olarak tanımlanmaktadır (Walker, 2012). Kanserli hastaların %25'inin bazı kaygıları olduğu tahmin edilmektedir (Walker, 2012). Anksiyetinin pek çok nedeni olabilir. Hastalarda gerçekleşen fizyolojik değişiklikler (kötü ağrı kontrolü, dispne, hipoksi, metabolik dengesizlikler, sepsis, pulmoner ödem), tedaviler (tiroid replasman hormonları, nöroleptikler, kortikosteroidler, digitalis(digitalis denilen bir bitkiden elde edilen kardiyak ilaçlar), antihipertansifler, antihistaminikler, antiparkison ilaçları, antikolinerjikler, analjezikler ve çeşitli ilaç çekilme durumları ve paradoksal reaksiyonlar), geçmiş anksiyete öyküsü, mevcut durumun belirsizliği anksiyeteye neden olmaktadır. Hemşireler bu durumun farkında olmalı, duyarlı ve anlayışlı olmalıdır (Pasacreta et al., 2014; Rucker & Gobel, 2013; Walker, 2012).

Deliryum hastanelerde ve palyatif bakım ortamlarında en yaygın bilişsel bozukluktur (Heidrich & English, 2014). Deliryum bilişsel uyarılmada akut bir değişikliktir ve acil bir durum olarak düşünülmelidir (C. M. Dahlin, 2015). Yaşamın sonunda hastaların %90 'ına kadar, son günlerinde/yaşam sürelerinde deliryum gelişecektir (Szarpa et al., 2013). Ajitasyon hiperaktif deliryuma etki eden sık görülen bir semptomdur. Hipoaktif deliryumda da görülebilir. Konfüzyon, yönelim bozukluğu, uygunsuz davranış veya iletişim ve/veya halüsinasyonlar anlamına gelir. Yaşamın sonunda en sık deliryum nedeni, hastaların yaklaşık %60 'ında meydana gelen ve ardından organ yetmezliğine bağlı metabolik yetersizlik olan ilaçlardır (örneğin opioidler, antikolinerjikler, benzodiazepinler) (Quill et al., 2014a). Erken tespit ve değerlendirme deliryumu engelleyebilir, dolayısı ile hasta ve aile desteği büyük önem taşımaktadır (Bush & Elsayem, 2011).

#### **2.12.4. Bulantı ve Kusma**

Bulantı ve kusma, bir hastalığın ve/veya tedavinin en korkulan yan etkilerinden ikisidir. Bulantı görülme sıklığı, ilerlemiş hastalıklarda yaygın olup, ileri kanser hastalarında %20-30, ileri jinekolojik ve gastrointestinal kanserli hastalarda ise %40-50'dir (Quill et al., 2014b). Kusma, hastaların yaklaşık %30'unda görülmektedir. Bu

semptom ilerlemiş hastalıkları olanlarda iyi araştırılmamıştır. Kemoterapi gören kanser hastalarının yaklaşık %70-80'i bulantı ve/veya kusma deneyimi yaşamaktadır. Radyasyon tedavisi alanların %50 ile %80'i aynı semptomları da ifade etmektedir (Tipton, 2014). Bulantı ve kusmanın patofizyolojisi son derece karmaşıktır ve etiyojinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini ve dolayısıyla uygun tedaviyi gerektirir. Bulantı-kusma, tedaviye bağlı olarak akut, ileriye dönük veya gecikmeli olabilir. Mide bulantısı ve kusma, hasta ve aile/bakıcılar için son derece sinir bozucu, ağrılı ve yorucu olabilir. Bu semptomlar acıyı açıkça artırmakta ve hasta konforunu sağlamak için acil müdahale gerektirir. Kusma objektif iken, bulantı öznelidir (K. Chow, Cogan, & Mun, 2015). Bulantı ve kusmanın klinik değerlendirmesi, geçmiş öyküyü, bulantı/kusma tedavisinin etkinliğini, ilaç öyküsünü, bulantı epizodlarının sıklığı ve yoğunluğunu ve kusma ile herhangi bir ilişkiyi de içermelidir, bulantı-kusmayı hızlandırabilecek veya hafifletebilecek aktivitelerin tanımlanmasını içermelidir (K. Chow et al., 2015; Dalal, 2011). Mide bulantısı tedavisi varsayılan nedene göre belirlenir, bu nedenle mümkün olduğu sürece altta yatan nedenleri tedavi edin ve geçmişte çalışmış olan müdahaleleri denenmelidir (K. Chow et al., 2015).

#### **2.12.5. Anoreksiya-Kaşeksi**

Anoreksiya, yiyecek alımındaki azalmayla bağlantılı olarak yeme isteğinin azalması veya azalması veya iştah kaybıdır. Kilo kaybı genellikle yağ kaybı değil, kas kaybıyla olur. Kaşeksi, kronik bir hastalık seyrinde ortaya çıkan genel bir beslenme eksikliği ve kas dokusunun israfı olarak tanımlanmaktadır. Metabolik anormalliklerin bir sonucu olarak meydana gelen anoreksiya sadece kilo kaybı değil, kas kaybı, kronik yorgunluk (asteni) ve yorgunluğu içeren çok faktörlü bir sendromdur ve kanser hastalarının %80'inden fazlasında görülür. İleri hastalıkta etiyojisi nadiren geri dönüşlüdür (Wholihan, 2014). Kaşeksinin ileri evre kanser hastalarında %50'den fazla görülmesi ve bu grubun %10'ununda primer hayatını kaybetme sebebi olması gerekçisiyle erken dönemde tanımlanması büyük önem taşımaktadır. Özellikle baş-boyun ve gastrointestinal sistem kanseri teşhisiyle tedavi alan kişilerde insidansı %90'lara kadar ulaşmaktadır (Çalışkan et al., 2017).

### **2.12.6. Diyare**

Diyare, gevşek, şekillendirilmemiş dışkı sıklığı olarak tanımlanmaktadır. Bu sorun palyatif bakım ortamında konstipasyondan çok daha az görülürken, ortak bir semptom olmaya devam etmektedir (Economou, 2014). Diyare 24 saat içinde üçten fazla şekillendirilmemiş dışkıya sahip olmak suretiyle nesnel olarak tanımlanabilir (Blush, 2010). Kemoterapi alan hastaların%20-40'ında diyare görülür (Hui, 2012). Pelvik radyasyon alan hastaların %70'inde diyare görülür (Economou, 2014). Palyatif bakım hastalarında en sık görülen diyare nedeni, dengesiz laksatif kullanımınıdır (Blush, 2010). Terminal hastalığında çok sayıda diyare nedeni bulunmakla birlikte genellikle bağırsaktaki artmış sıvıdan ve/veya artmış bağırsak morbiditesinden kaynaklanmaktadır.

### **2.12.7. Konstipasyon**

Konstipasyon haftada üçten az bağırsak hareketine sahip olarak tanımlanmaktadır (Haylock, 2013). Bir semptom olarak değil, klinik sendrom olarak kabul edilmektedir. Fonksiyonel konstipasyon genel popülasyonun yaklaşık %30'unda gerçekleşirken, ağır hasta erişkinlerde insidansı %30 ile %100'e kadar çıkmaktadır. Konstipasyonla ilişkili semptomlar, rektal basınç, süzme problemi, kramplar ve şişkinliktir (Economou, 2014).

Konstipasyon, yaşamın sonundaki hastalarda sık görülen bir sendromdur. Düşük lif, sıvı ve gıda alımı, hareket azlığı, bağırsak hareketliliğini yavaşlatan opioidlerin kullanımı konstipasyona neden olan etkenlerdir (Quill et al., 2014b). Konstipasyon hasta için çok utanç verici bir konu olabilir ve bu durum sıklıkla ciddi bir probleme dönüşebilir. Açık bir şekilde bu semptomla ilgili konuşmak ve cesaret verici tartışmalar, ciddi sıkıntıları önlemeye yardımcı olur. Bu sorunun nasıl ele alınacağını hastayla konuşarak çözümlenmelidir. Değerlendirme, hastanın tanımını, deneyimini ve potansiyel olarak tersine çevrilebilir nedenleri konstipasyonu önleme ve tedavi etmenin anahtarını anlamaya yöneliktir. Kabızlık tedavisi çok yönlü olup ilaçlar, diyet ve sıvı müdahaleleri, ek yaklaşımlar ve tanımlayıcı yaklaşımlar uygulanabilir (Economou, 2014).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, yarı deneysel bir araştırmadır. Bu araştırmada, tek gruplu ön test-son test tasarım araştırma deseni olarak kullanılmıştır. Tek gruplu ön test-son test tasarım, en kolay yarı deneysel tasarımdır ve genellikle tek grupla çalışmanın mümkün olduğu durumlarda tercih edilir. Bu tasarım ile deney/girişim öncesi ve deney/girişim sonrası farkların ne olduğu saptanır (Semra Erdoğan, Nursen Nahcivan, & Esin, 2018).



Şekil 1: Tek Gruplu Ön Test-Son Test Tasarım

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul’ da Koç Üniversitesi Hastanesi ve Şişli Florence Nightingale Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Koç Üniversitesi Hastanesinde kemik iliği nakil, onkoloji ve medikal onkoloji ünitelerinde çalışan hemşireler, Şişli Florence Nightingale Hastanesinde ise kemik iliği nakil ve onkoloji ünitelerinde çalışan hemşireler araştırmaya katılmıştır.

Onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik palyatif bakım eğitimi Koç Üniversitesi Hastanesi’nde 8 Ocak ve 22 Ocak 2019, Şişli Florence Nightingale Hastanesinde ise 15 Ocak 2019 tarihinde verilmiştir. Araştırmanın ön testini oluşturan veriler eğitimlerin hemen öncesinde toplanmış olup, son teste ilişkin veriler eğitimlerin tamamlanmasından bir ay sonra 8, 15 ve 22 Şubat 2019 tarihlerinde toplanmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Şişli Florence Nightingale Hastanesi (40 hemşire) ve Koç Üniversite Hastanesi’nde (56 hemşire) çalışan ve onkoloji hastalarına bakım veren toplam 96 hemşire oluşturmuştur. Örneklemenin belirlenmesinde aşağıda yer alan dahil etme ve dışlama kriterleri kullanılmıştır:

#### Dahil Etme Kriterleri

- Kanser hastalarına bakım veren hemşireler
- En az 3 ay onkoloji servisinde çalışıyor olmak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

#### Dışlama Kriterleri

- Onkoloji servisinde çalışıp palyatif bakım eğitimi sertifikası alan hemşireler

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında araştırmanın amacı ve tasarımı ile uyumlu olan çalışmalar incelenmiş, hemşirelere yönelik verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin bilgi, tutum ve davranışı üzerine olan etkisinin araştırıldığı Harden ve ark. (2017) tarafından yapılan çalışma örneklem hesabında temel alınmıştır. Ölçek puan ortamasında 0,7 puanlık artış anlamlı olarak kabul edildiğinde ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 22 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin tutumları üzerine etkisinin değerlendirilmesi esas alındığında ise tutuma yönelik ölçek puanındaki 0,5 puan ortalaması anlamlı olarak kabul edilmiştir ve bu durumda ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 56 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda sadece bilgi düzeyindeki değişme esas alındığından, bu araştırma için yapılan örneklem büyüklüğü G Power yazılım programında 0,05 hata payı ile yüzde 75 gücünde hesaplanarak 22 hemşire olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada dahil etme ve dışlama kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden Şişli Florence Nightingale Hastanesinden 26 hemşire, Koç Üniversitesi Hastanesinden 30 hemşire toplamda 56 hemşire örneklemini oluşturmuştur.

#### Bilgi

$$\bar{x}_{\text{örneklemA}} : 3,5 \pm 0,64$$

$$\bar{x}_{\text{örneklemB}} : 4,2 \pm 0,54$$

Ortalama farkı: -0,7

%95 Güven aralığı: [-1,226, -0,1742]

$$t=-2,773 \quad df=19,45$$

$$p=0,01111 \quad \text{power}=0,7509$$

Hedeflenen güven ve güç için gerekli en az örneklem büyüklüğü: 22

### **Tutum**

$\bar{x}_{\text{örneklemA}} : 3,5 \pm 0,74$

$\bar{x}_{\text{örneklemB}} : 4,0 \pm 0,58$

Ortalama farkı: -0,5

%95 Güven aralığı: [-0,8557, -0,1443]

t=-2,814      df=51,08

p=0,006739      power=0,7898

Hedeflenen güven ve güç için gerekli en az örneklem büyüklüğü: 56

### **Geriye Dönük Güç Analizi**

Çalışma sonrasında (post hoc) güç analizi yapılmış olup, katılımcı sayısı, etki boyutu ve kabul edilen tip I hata düzeyine göre çalışmanın gücü yüzde 99 bulunmuştur. Post hoc güç analizi hesaplaması aşağıda belirtildiği gibidir.

n=56

$\bar{x}_{\text{eğitim\_öncesi}} : 10,00 \pm 2,10$

$\bar{x}_{\text{eğitim\_sonrası}} : 14,82 \pm 2,99$

Ortalama farkı: -4,82

%95 Güven aralığı: [-5,787, -3,853]

t=-9,868      df=98,63

p=0,0001      power > 0,9999

### **3.4. Çalışma Materyalleri**

Bu araştırmada çalışma materyali olarak onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik palyatif bakım eğitimi hazırlanmıştır (Ek 1). Eğitim içeriği, araştırmacı tarafından Kanser Hastalarında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım - Konsensus 2017 rehberi ve Yaşam Sonu Hemşirelik Eğitim Konsorsiyumu (ELNEC) temel alınarak ve kullanılarak hazırlanmıştır. Palyatif bakım eğitiminin içeriğini oluşturan ELNEC, misyonu palyatif bakımı iyileştirmek olan bir ulusal eğitim girişimidir.



ELNEC 1999 yılında kurulmasından bu yana, klinisyen, yönetici, eğitimci ve araştırmacı olarak görev yapan 24.000' den fazla hemşire ELNEC'in eğitim kursuna katılmıştır. Bu eğitimlerin ardından katılımcılar ELNEC içeriğini dünya çapında 726.000' den fazla hemşire ve sağlık personeline sunmuştur. Bu konsorsiyum, hemşirelik öğrencilerine ve hemşirelik öğrencilerine bu bilgileri öğretebilmeleri için lisans ve lisansüstü hemşirelik fakültesi, personel geliştirme eğitmenleri, pediatri, onkoloji, kritik bakım ve geriatri uzman hemşireleri ve diğer hemşirelerin palyatif bakım eğitimi almasını sağlar (American Association of Colleges of Nursing, 2019). Kanser Hastalarında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım Konsensus 2017'de ise kanser hastalarında sık karşılaşılan semptomların etkili bir şekilde yönetilmesi için girişimler, bakım stratejileri ve bakım veren aile ve sağlık üyelerinin güçlendirilmesi için yaklaşımlar saptanmış olup güncel literatür bilgilerini içermektedir (Can, 2017).

Modül içeriği literatür doğrultusunda belirlenen palyatif bakım alan onkoloji hastalarında en fazla görülen semptomlarla beraber palyatif bakım bilgi testini oluşturan alt boyutlar dikkate alınarak oluşturulmuştur. Eğitim programı hazırlanırken onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelerin klinik uygulamalarında kullanması için semptomlara yönelik algoritmalar eğitim içeriğine eklenmiştir. Hemşirelere uygulanan palyatif bakım eğitimi 4 modülden oluşmaktadır (Tablo 1). Her bir eğitim modülü, 1 saat olacak şekilde planlanmıştır. Modül içerik sırası, sık görülen semptomlara göre belirlenmiştir.

**Tablo 1:** Palyatif Bakım Eğitim Modüllerinin İçerik ve Akış Planı

Modüller	Süre	Konu	İçerik
<b>Modül 1</b>	1 saat	Palyatif Bakıma Giriş	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Palyatif bakım kavramı</li> <li>➤ Palyatif bakım felsefesi</li> </ul>
<b>Modül 2</b>	1 saat	Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ağrı yönetiminde palyatif bakım yaklaşımları</li> <li>➤ Dispne yönetiminde palyatif bakım yaklaşımları</li> </ul>

<b>Modül 3</b>	1 saat	Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Gastrointestinal problemlerde palyatif bakım yaklaşımları</li><li>➤ Psikiyatrik problemlerde palyatif bakım yaklaşımları</li></ul>
<b>Modül 4</b>	1 saat	Palyatif Bakımda İletişim ve Etik	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Palyatif bakımda iletişim</li><li>➤ Palyatif bakımda etik konular</li></ul>

*Modül-1:* Bu modül palyatif bakım kavramını, ilkelerini ve uygulamasına yönelik genel bilgileri kapsamaktadır. Palyatif bakım kavramının ne anlama geldiği, palyatif bakımın hangi tanı grubundaki hastalara verildiği, palyatif bakıma başlama zamanı gibi bilgiler bu modülde katılımcılara anlatılmıştır. Bu modülde ele alınan sunum başlıkları;

- Palyatif bakım kavramı ve hospis bakım ile arasındaki farklar,
- Palyatif bakımın çalışma alanları,
- Palyatif bakım felsefesi ve sunumunun özellikleri,
- Palyatif bakıma engel olan durumlar,
- Palyatif bakımda süreçler, araçlar ve kaynaklar,
- Palyatif bakımda hemşirenin rolünden oluşmaktadır.

*Modül-2:* Bu modül, ağrı yönetiminde palyatif bakım yaklaşımları ve dispne yönetiminde palyatif bakım yaklaşımları olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Ağrı yönetiminde palyatif bakım yaklaşımları, yaşamın son evresinde ağrıya odaklanarak ağrı değerlendirmesi yapılmasını ve ağrı yönetiminin temel prensiplerini kapsamaktadır. Onkoloji hastalarında palyatif bakımda ağrı yönetimi ile ilgili ele alınan sunum başlıkları;

- Ağrı kavramı ve onkoloji hastalarının bakımında ağrı
- Ağrının giderilmesindeki engeller
- Ağrı yönetiminde hedefler

- Ağrı nedenlerini tanılama ve değerlendirme algoritması
- Ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler

Onkoloji hastalarında dispne yönetiminde palyatif bakım yaklaşımları, yaşamın son evresinde hastaların en çok bildirdiği semptom olan dispne değerlendirilmesi yapılmasını ve dispne yönetiminin temel prensiplerini kapsamaktadır. Palyatif bakımda dispne yönetimi ile ilgili ele alınan sunum başlıkları;

- Dispne kavramı ve onkoloji hastalarında dispne
- Dispne nedenlerini tanılama değerlendirme algoritması
- Dispne yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler

*Modül-3:* Bu modül, gastrointestinal problemlerde palyatif bakım yaklaşımları ve psikiyatrik problemlerde palyatif bakım yaklaşımları olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Onkoloji hastalarında sıklıkla görülen gastrointestinal problemlerde palyatif bakım yaklaşımları, yaşamın son evresinde gastrointestinal problemlere odaklanarak değerlendirilme yapılmasını ve bu problemlerin yönetilmesinin temel prensiplerini kapsamaktadır. Palyatif bakımda gastrointestinal problemler ile ilgili ele alınan sunum başlıkları;

- Bulantı, kusma, anoreksiya, diyare, konstipasyon kavramları ve onkoloji hastalarının bakımında gastrointestinal problemler
- Bulantı, kusma, anoreksiya, diyare, konstipasyonun nedenlerini tanılama ve değerlendirme algoritması
- Bulantı, kusma, anoreksiya, diyare, konstipasyon yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler
- Kserostomi (ağız kuruluğu) kavramı ve onkoloji hastalarının bakımında kserostomi

Onkoloji hastalarında psikiyatrik problemlerde palyatif bakım yaklaşımları, yaşamın son evresinde psikolojik problemlere odaklanarak değerlendirilmesinin

yapılmasını ve bu problemlerin yönetilmesinin temel prensiplerini kapsamaktadır. Palyatif bakımda psikiyatrik problemlerin yönetimi ile ilgili ele alınan sunum başlıkları;

- Depresyon, anksiyete, deliryum/ajitasyon/konfüzyon kavramı ve onkoloji hastalarının bakımında psikiyatrik problemler
- Depresyon, anksiyete, deliryum/ajitasyon/konfüzyon nedenleri ve değerlendirilmesi
- Depresyon, anksiyete, deliryum/ajitasyon/konfüzyon yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik müdahaleler
- İntiharın değerlendirilmesi

*Modül-4:* Bu modül palyatif bakımda iletişim ve palyatif bakımda etik konular olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Palyatif bakımda iletişim, yaşamın son evresinde hasta ve ailesinin iletişim ihtiyaçlarına odaklanarak iletişimin değerlendirilmesini ve yönetilmesini kapsamaktadır. Palyatif bakımda iletişim ile ilgili ele alınan sunum başlıkları;

- İletişim kavramı ve onkoloji hastalarının bakımında iletişim
- Hasta ve ailesinin iletişim beklentileri
- İletişimin önündeki engeller
- Sözlü ve sözsüz iletişim
- Hasta ve ailesini konuşmaya teşvik edici öneriler

Palyatif bakımda etik konular, yaşamın son evresinde ortaya çıkan etik ikilemleri, tartışmaları ve hastaların bilinçli karar vermesini kapsamaktadır. Palyatif bakımda etik konular ile ilgili ele alınan konu başlıkları;

- Palyatif bakımda etik sorunlara yanıt verme ve hemşirelikte yaygın etik ikilemler
- Örgütsel etik
- Etik ilkeler

- Koruyucu etik
- Profesyonel hemşirelikte uygulama standartları
- Palyatif bakımın etik/yasal yönleri
- Etik ve yasal uygulamaların kolaylaştırılması; dört kutu yöntemi

### 3.5. Veri Toplama Form ve Araçları

Araştırmada, Sosyodemografik Bilgi Formu ve Palyatif Bakım Bilgi Testi kullanılmıştır.

**3.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu:** Literatür doğrultusunda hazırlanmış sosyodemografik özellikler formu hemşirelerin bireysel ve mesleki özelliklerine ait, yaş, cinsiyet, medeni durum, çalıştığı birim, meslekte çalışma süresi, bulunduğu birimde çalışma süresi ve palyatif bakım ile ilgili bir eğitim alma durumlarını sorgulayan toplam 8 soruluk bir formdur (EK 2).

**3.5.2. Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT):** Nakazawa ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek, beş alt boyut ve toplamda 20 maddeden oluşmaktadır (EK 3). Ölçeğin alt boyutlarını, felsefe, ağrı, dispne, psikiyatrik problemler ve gastrointestinal problemler oluşturmaktadır. Palyatif Bakım Bilgi Testi doğru, yanlış, bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. Veriler değerlendirilirken bilmiyorum cevabı yanlış cevabı yerine geçerek ölçek iki dereceli bir ölçek olarak kullanılmaktadır. Doğru cevap 1 puan, yanlış cevap ise 0 puan almaktadır. Ölçekte ters puanlanan 10 madde bulunmaktadır. Bilgi testinden alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişmekte olup, testten ne kadar yüksek puan alınırsa o kadar palyatif bakım bilgi düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmektedir. Bilgi testinin geçerlilik ve güvenilirliğini ülkemizde Seven (2015) yapmış olmakla beraber Cronbach Alpha değeri 0,91' dir. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri felsefe alt boyutunda 0,70, ağrı alt boyutunda 0,77, dispne alt boyutunda 0,72, psikiyatrik problemler alt boyutunda 0,65 ve gastrointestinal problemler alt boyutunda 0,75 olarak bulunmuştur (Seven, 2017).

### 3.6. Verilerin Toplanması

Eğitimin öncesinde hemşirelere sosyodemografik bilgi formu (EK 2) ve ‘Palyatif Bakım Bilgi Testi-PBBT (EK 3)’ ön test olarak araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Hemşirelerin bilgi düzeylerinin zaman içerisindeki değişimini belirlemek amacıyla eğitimin verilmesinden 4 hafta sonra ön testte uygulanan PBBT son test olarak uygulanmıştır.

Literatürde son testlerin uygulanma zamanına yönelik farklı bilgi ve öneriler yer almaktadır. Verilen eğitimin etkisinin değerlendirildiği çalışmalarda eğitimin verilmesinin hemen ardından yapılan ölçümlerin göreceli yüksek olacağı ileri sürülmektedir. Dolayısı ile son testlerin uygulanması için genellikle 2 haftadan 4 haftaya (1 ay) kadar bir zaman dilimi önerilmektedir (Erefe, 2012). Ayrıca literatürde karşılaşılan benzer bir çalışmada da son testin 4 hafta sonra yapıldığı görülmüştür (Harden, Price, Duffy, Galunas, & Rodgers, 2017). Bu nedenle bu çalışmada son testin uygulanma süresi, eğitimlerin tamamlanmasından 4 hafta sonra olarak belirlenmiştir.

### 3.7. Araştırmanın Uygulama Basamakları

➤ Araştırma için etik kurul izni ve kurum izinleri alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı hastanelerde, hemşirelik hizmetleri müdürleri ve eğitim hemşireleri ile iletişime geçilerek onkoloji servislerinde çalışan ve dahil etme ve dışlama kriterlerini karşılayan hemşireler belirlenmiştir. Belirlenen hemşirelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve araştırmayı kabul eden hemşireler örnekleme oluşturmuştur.

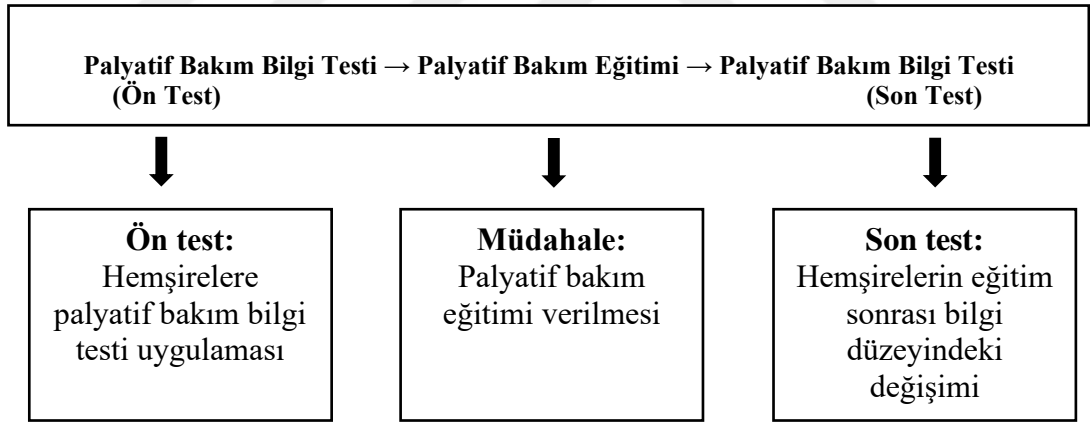
➤ Eğitimin yeri ve zamanı hastanelerin eğitim hemşireleri ile iletişime geçilerek karar verilmiştir. Araştırmanın potansiyel katılımcılarına eğitim yer ve zaman bilgisi bir ay öncesinden haber verilmiştir.

➤ Eğitimin öncesinde hemşirelere aydınlatılmış onam, Sosyodemografik Bilgi Formu ve ‘Palyatif Bakım Bilgi Testi’ ön test olarak uygulanmıştır.

➤ Formun doldurulmasının ardından 4 oturumdan oluşan ELNEC’ e göre hazırlanmış palyatif bakım eğitimi sunum aracılığıyla verilmiştir. Verilen eğitimin etkinliği arttırmak amacıyla interaktif yöntemler kullanılmıştır. Modül-1’ de sunum sırasında hemşirelerin gözlerini kapatıp kendilerini hasta ve yakını yerine konması

istenmiş grup içinde hissetikleri paylaşılmış böylece bakım verirken hasta, bakım verici ve hemşire arasındaki iletişimin artırılması hedeflenmiştir. Modül-2' de hemşirelere kırmızı ve yeşil kartlar dağıtılarak ağrı ile ilgili sunum sonunda hazırlanan maddelere doğru ise yeşil kart, yanlış ise kırmızı kart göstermeleri istemiştir. Modül-4' te etik konular üzerine vaka çalışması yapılmıştır (Kullanılan vaka eğitim slaytlarında yer almaktadır). Ayrıca palyatif bakımda iletişim konusu anlatılmaya başlamadan önce katılımcılarla hemşirelerin, hasta ve bakım vericileriyle nasıl görüşme başlattıkları ve bakım vericileri değerlendirme sorularının neler olduğu konuları tartışılmıştır. Eğitim verildikten sonra anlatılanlar doğrultusunda öneriler sunulmuş ve tartışılmıştır. Her bir modülde katılımcıların uygulamaları sorulmuş ve tartışılmış, modül sonunda katılımcıların bilgilerini pekiştirmek amacıyla anahtar mesajlar verilmiştir. Ayrıca her bir modül sonunda ve sunum sırasında katılımcıların soru sorması teşvik edilmiş var olan soruları yanıtlanmıştır.

➤ Hemşirelerin bilgi düzeylerinin zaman içerisindeki değişimini belirlemek amacıyla eğitimin verilmesinden 4 hafta sonra son test uygulanmıştır (Şekil 2).



**Şekil 2:** Araştırma Uygulama Basamakları

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences-SPSS) ile yapılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri tanımlayıcı istatistiksel metotlarla (sayı, yüzde dağılım, aritmetik ortalama ve standart sapma) beraber katılımcıların palyatif

bakım bilgi düzeyleri ve sosyodemografik değişkenleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek amacıyla (değişkenler homojen dağılmadığı için) Mann Whitney-U, Kruskal Wallis ve Spearman Korelasyon kullanılmıştır. Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarının karşılaştırılması için Wilcoxon Rank ve McNemar testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  kabul edilmiştir. Bulgular tablolar oluşturularak değerlendirilmiştir.

**Tablo 2:** Veri Analizi Tablosu

Ölçümler	İstatiksel Analizler
Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi	Tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde dağılım, aritmetik ortalama ve standart sapma)
Sosyodemografik özelliklerine göre katılımcıların palyatif bakım bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi	Mann Whitney-U testi Kruskal Wallis testi Spearman Korelasyon testi
Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası Palyatif Bilgi Testi ölçek puanlarının karşılaştırılması	Wilcoxon Rank testi
Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası Palyatif Bilgi Testi ölçek sorularına verdikleri doğru yanıtların karşılaştırılması	McNemar Testi

### 3.9. Yasal ve Etik Konular

#### 3.9.1. Palyatif Bakım Bilgi Testi Ölçeğinin Kullanım İzni

Araştırma konusunun belirlenmesinden sonra bu tez çalışmasında Palyatif Bakım Bilgi Testi Ölçeğinin kullanılması için Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği analizini gerçekleştiren Uzm. Hemş. Ahmet Seven'den ölçek kullanım izni e-posta aracılığı ile yazılı olarak alınmıştır (EK 4).



### **3.9.2. Etik Kurul ve Kurum İzinleri**

Araştırma protokolü Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve 07.06.2018 tarih ve karar no: 2018.159.IRB3.115 (EK 5) ile onaylanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı Şişli Florence Nightingale Hastanesi (EK 6) ve Koç Üniversitesi Hastanesine (EK 7) yazılı başvuru yapılarak gerekli kurumsal izinler yazılı olarak alınmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam (Ek 8) alınmıştır. Bireylere kişisel bilgilerinin çalışma raporunda kullanılmayacağı ve diledikleri zaman çalışmadan ayrılacakları onamda belirtilmiş, bu bilgiler eğitime başlamadan önce tekrarlanmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmış olup katılımcıya herhangi bir ücret ödenmemiştir.

### **3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada tek gruplu ön test-son test kullanılmıştır. Tasarımda sadece tek grubun olması ile ölçümde elde edilen sonuçların uygulanan girişime bağlı olup olmadığının anlaşılmasını güçleştirdiğinden dolayı iç geçerliliği zayıftır.

Araştırmada, son testte uygulanan ölçeğe ilişki maddelerin hatırlanmasını önlemek ve verilen eğitim bilgilerinin içselleştirilerek özümsemesini sağlamak amacıyla ölçek eğitimin verilmesinden dört hafta sonra uygulanmış olsa bile hemşirelerin hafıza faktörü ve çevresel faktörler ile yeni bilgi kazanımları verilen yanıtları etkilemiş olabilir. Araştırma tasarımı olarak kontrol grubunun olmaması nedeniyle bu faktörlerin sonuçlara olan etkisi bilinmemektedir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılmayı kabul eden 56 hemşireden elde edilen veriler yer almaktadır. Onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeyleri üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada bulgular dört bölümde sunulmuştur:

4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri, palyatif bakım hakkında bilgi edinme durumları ve palyatif bakım bilgi düzeylerine ilişkin bulgular

4.2. Hemşirelerin eğitim öncesinde ve sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testine verdikleri yanıtların dağılımları

4.3. Hemşirelerin eğitim öncesinde ve sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

### 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve palyatif bakım hakkında bilgi edinme durumlarına ilişkin bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim, durumu, çalıştıkları birim, meslekte çalışma süresi ve bulunduğu birimde çalışma süresine ilişkin sosyodemografik bilgilere ilişkin bulgular ile araştırmaya katılan hemşirelerin daha önce palyatif bakım hakkında bilgi edinme ve eğitim almalarına ilişkin bulgular sunulmuştur.

**Tablo 3:** Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri (N=56)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	<b>49</b>	<b>87,5</b>
Erkek	7	12,5
Medeni Durum		
Evli	8	14,3
Bekar	<b>48</b>	<b>85,7</b>
Eğitim Durumu		
Lise	7	12,5
Üniversite	<b>46</b>	<b>82,1</b>
Yüksek Lisans	3	5,4

Çalışılan Birim			
Onkoloji		24	42,9
Kemik İliği Nakil Ünitesi		<b>28</b>	<b>50,0</b>
Medikal Onkoloji		4	7,1

Tablo 3’ de araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri sunulmuştur. Hemşirelerin %87,5’inin (n=49) kadın ve %85,7’sinin (n=48) bekar olduğu belirlenirken, hemşirelerin %82,1’inin (n=46) üniversite, %12,5’inin (n=7) lise, %5,4’ünün (n=3) yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birimler incelendiğinde %42,9’unun (n=24) onkoloji ünitesinde, %50’sinin (n=28) medikal onkoloji, %7,1’inin (n=4) kemik iliği nakil ünitesinde çalışmakta olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4:** Hemşirelerin Yaş, Meslekte Çalışma Süresi ve Palyatif Bakım Eğitim Süresi Özellikleri

Özellikler	$\bar{X}$	SS	En az	En çok
Yaş	24,71	3,067	21	40
Meslekte Çalışma Süresi (ay)	39,25	43,473	3	264
Birimde Çalışma Süresi (ay)	23,11	18,910	3	72
Palyatif Bakım Eğitim Süresi(saat)	15,27	11,807	2	48

Tablo 4’ de hemşirelerin yaş, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi ve palyatif bakım eğitim süresi özellikleri verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin, yaş ortalaması  $24,71 \pm 3,06$  bulunurken, araştırmaya en az 21 yaş, en fazla 40 yaşında olan hemşirelerin katıldığı, meslekte çalışma süresi ortalaması  $39,25 \pm 43,47$  ay iken meslekte en az süre çalışan hemşire 3 ay, en fazla süre çalışan hemşire 264 ay (12 yıl) olduğu tespit edilmiştir. Şuanki birimde çalışma süresi ortalaması  $23,11 \pm 18,190$  ay iken, en az 3 ay ve en fazla 72 aydır (6 yıl) çalıştıkları belirlenmiştir. Palyatif bakım eğitimi aldıklarını ifade eden hemşirelerin aldıkları eğitimin sürelerinin ortalaması  $15,27 \pm 11,807$  saat olup, en az 2 saat en fazla 48 saat olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 5:** Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkında Bilgi Edinme Durumlarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=56)

<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Palyatif Bakım Eğitimi		
Evet	<b>39</b>	<b>69,6</b>
Hayır	17	30,4
Palyatif Bakım Eğitim Yeri		
Lisan Eğitimi Sırasında	<b>33</b>	<b>58,9</b>
Kongre/Sempozyum/Seminer	4	7,1
Hizmet İçi Eğitim	7	12,5
Oryantasyon Eğitimi	5	8,9
Kitap/Dergi	3	5,4
İnternet	1	1,8
Diğer (Staj)	1	1,8

Araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakım eğitimi alma durumları ve palyatif bakım aldıkları eğitimlerin özelliklerine ilişkin dağılımları tablo 4.3' de yer almaktadır. Hemşirelerin %69,6'sının (n=39) palyatif bakım eğitimi aldığı, %30,4'ünün (n=17) ise daha önce palyatif bakım eğitimi almadığı saptanmıştır. Palyatif bakım eğitimi alan kişilerin %58,9'u (n=33) lisans eğitimi sırasında, %12,5' i (n=7) hizmet içi eğitimlerde, %8,9'u (n=5) oryantasyon eğitiminde, %7,1'i (n=4) kongre/sempozyum/seminerlerde, %5,4'ü (n=3) kitap/dergi, %1,8'i (n=1) internet ve %1,8'i (n=1) staj sayesinde bilgi edindiği belirlenmiştir (Tablo 5). Son olarak, araştırmaya katılan hemşirelerin hiçbiri palyatif bakım sertifikasına sahip değildir

**Tablo 6:** Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hemşirelerin Eğitim Öncesi Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=56)

Özellikler	PBBT Alt Boyutları					
	PBBT	Felsefe	Ağrı	Dispne	Psikiyatrik Problemler	Gastrointestinal Problemler
Cinsiyet						
Kadın (49)	29,07	29,67	29,16	27,55	29,14	28,80
Erkek (7)	24,50	20,29	23,86	35,14	24,00	26,43
	U=143,500	U=114,000	U=139,000	U=125,000	U=140,000	U=157,000
	z=-0,705	z=-1,605	z=-0,860	z=-1,213	z=-0,826	z=-0,384
	p=0,481	p=0,109	p=0,390	p=0,225	p=0,409	p=0,701
Medeni Durum						
Evli (8)	41,94	26,50	33,06	35,94	41,13	36,44
Bekar (48)	26,26	28,83	27,74	27,26	26,40	27,18
	U=84,500	U=176,000	U=155,500	U=132,500	U=91,000	U=128,500
	z=-2,558	z=-0,422	z=0,913	z=-1,466	z=-2,503	z=-1,590
	<b>p=0,011</b>	p=0,673	p=0,361	p=0,143	<b>p=0,012</b>	p=0,112
Eğitim Durumu						
Lise (7)	22,93	32,14	26,86	20,64	26,93	22,64
Üniversite (46)	30,15	29,02	29,46	29,48	29,25	29,25
Yüksek Lisans (3)	16,17	12,00	17,67	31,83	20,67	30,67
	x <sup>2</sup> =3,104	x <sup>2</sup> =4,400	x <sup>2</sup> =1,773	x <sup>2</sup> =2,122	x <sup>2</sup> =0,957	x <sup>2</sup> =1,204
	p=0,212	p=0,111	p=0,412	p=0,346	p=0,620	p=0,548

**Tablo 6:** Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hemşirelerin Eğitim Öncesi Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=56)-Devamı

Çalıştığı Birim						
Onkoloji (24)	25,52	30,73	24,17	25,17	28,44	28,77
Kemik İliği Nakil (28)	31,25	28,23	31,66	31,75	30,16	25,96
Medikal Onkoloji (4)	27,13	17,00	32,38	25,75	17,25	44,63
	$x^2=1,679$	$x^2=3,103$	$x^2=3,393$	$x^2=2,469$	$x^2=2,458$	$x^2=5,252$
	$p=0,432$	$p=0,212$	$p=0,183$	$p=0,291$	$p=0,293$	$p=0,072$
Palyatif Bakım Eğitimi						
Evet (39)	29,22	29,82	29,90	27,37	28,27	27,71
Hayır (17)	26,85	25,47	25,29	31,09	29,03	30,32
	$U=303,500$	$U=280,000$	$U=277,000$	$U=287,500$	$U=322,500$	$U=300,500$
	$z=-0,507$	$z=-1,034$	$z=-1,038$	$z=-0,825$	$z=-0,170$	$z=-0,591$
	$p=0,612$	$p=0,301$	$p=0,299$	$p=0,409$	$p=0,865$	$p=0,555$

U:Mann Whitney-U, z: Wilcoxon Rank Testi,  $x^2$ =Kruskal Wallis

Hemşirelerin cinsiyete, eğitim durumuna, çalıştığı birime ve palyatif bakım eğitimi durumuna göre eğitim öncesi palyatif bakım bilgi testinin toplam ve beş alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin medeni duruma göre eğitim öncesi palyatif bakım bilgi testinin toplam ve beş alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde, grupların palyatif bakım bilgi testinden aldıkları toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), evli hemşirelerin (41,94) bekar hemşirelere (26,26) göre palyatif bakım bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur. Medeni duruma göre psikiyatri alt boyutunda aldıkları puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,05$ ), evli hemşirelerin (41,13) bekar hemşirelere (26,40) göre psikiyatrik alt boyutunda bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur.

**Tablo 7:** Hemşirelerin Eğitim Öncesi Palyatif Bakım Bilgi Testi Toplam Puanının ve Alt Boyut Puanlarının Yaş, Meslekte Çalışma Süresi, Birimde Çalışma Süresi ve Palyatif Bakım Eğitim Süresi ile İlişkisi

	<b>PBBT</b>	<b>Felsefe</b>	<b>Ağrı</b>	<b>Dipsne</b>	<b>Psikiyatrik Problemler</b>	<b>Gastrointestinal Problemler</b>
Yaş	r=0,347 <b>p=0,009</b>	r=-0,224 p=0,097	r=0,361 <b>p=0,006</b>	r=0,258 p=0,055	r=0,252 p=0,061	r=0,039 p=0,775
Meslekte Çalışma Süresi	r=0,364 <b>p=0,006</b>	r=-0,178 p=0,190	r=0,253 p=0,060	r=0,453 <b>p&lt;0,001</b>	r=0,112 p=0,411	r=-0,063 p=0,643
Birimde Çalışma Süresi	r=0,425 <b>p&lt;0,001</b>	r=0-0,45 p=0,740	r=0,245 p=0,069	r=0,485 <b>p&lt;0,001</b>	r=0,148 p=0,276	r=-0,027 p=0,841
Palyatif Bakım Eğitim Süresi	r=0,261 p=0,099	r=0,048 p=0,767	r=0,144 p=0,368	r=0,094 p=0,559	r=0,199 p=0,213	r=-0,014 p=0,932

r: Spearman Korelasyon Testi

Hemşirelerin eğitim öncesinde PBBT toplam puanının ve alt boyut puanlarının yaş, meslekte çalışma süresi, birimde çalışma süresi ve palyatif bakım eğitim süresi ile ilişkisi Tablo 7’de incelenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim öncesinde PBBT’nden aldıkları ölçek toplam puanı ve ağrı alt boyutundan aldıkları puanların yaş ile ilişkisi incelendiğinde fark çok anlamlı bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Meslekte çalışma sürelerine göre eğitim öncesinde PBBT ve ölçek alt boyutlarında aldıkları puanlar incelendiğinde, PBBT toplam puanında fark çok anlamlı olup ( $p<0,01$ ) ve dispne alt boyutunda aldıkları puanlar incelendiğinde fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Hemşirelerin eğitim öncesinde birimde çalışma süreleri incelendiğinde PBBT toplam puanı ve dispne alt boyutundan aldıkları puanların ilişkisi incelendiğinde fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuş ( $p<0,001$ ), PBBT'nden ve beş alt boyutundan aldıkları puanlar palyatif bakım eğitim süresi ile ilişkisi incelendiğinde fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

#### 4.2. Hemşirelerin eğitim sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testine verdikleri yanıtların dağılımları

Bu bölümde, hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesi ve palyatif bakım eğitimi sonrasında palyatif bakım bilgi testinin her bir maddesine verdikleri yanıtlara ilişkin bulgular sunulmuştur.

**Tablo 8:** Hemşirelerin Eğitim Sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testine Verdikleri Yanıtların Dağılımları (N=56)

Alt Boyutlar	Maddeler	Eğitim Sonrası			
		Doğru n	%	Yanlış n	%
Felsefe	1.Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.	45	80,4	11	19,6
	2.Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.	55	98,2	1	1,8
	3.Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.	53	94,6	3	5,4
	4.Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin opioidden daha sık kullanılmalıdır.	42	75,0	14	25,0
Ağrı	5.Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.	31	55,4	25	44,6
	6.Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin* ya da buprenorfin hidroklorür** opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır.	25	44,6	31	55,4
	7.Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.	41	73,2	15	26,8
	8.Opioidlerin kullanımı sağkalım süresini etkilemez.	48	85,7	8	14,3



**Tablo 8:** Hemşirelerin Eğitim Sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testine Verdikleri Yanıtların Dağılımları (N=56)-Devamı

Dispne	9.Morfin kanser hastalarında dispneyi hafifletmek için kullanılmalıdır.	37	66,1	19	33,9
	10.Opiodler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.	43	76,8	13	23,2
	11.Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.	38	67,9	18	32,1
	12.Antikolinergik ilaçlar veya skopolamin hidrobromür*** ölmek üzere olan hastaların bronşiyal sekresyonlarının azaltılmasında etkilidir.	43	76,8	13	23,2
Psikiyatrik Problemler	13.Yaşamın son günlerindeki elektrolit dengesizliğiyle ilişkilendirilen uyuşukluk, sersemlik hali hastanın rahatsızlığını, huzursuzluğunu azaltır.	38	97,9	18	32,1
	14.Benzodiyazepinler deliryumun kontrol edilmesinde etkilidir.	39	69,6	17	30,4
	15.Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur.	50	89,3	6	10,7
	16.Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.	37	66,1	19	33,9
Gastrointestinal Problemler	17.Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.	42	75,0	14	25,0
	18.Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.	38	67,9	18	32,1
	19.İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.	47	83,9	9	16,1
	20.Ölmek üzere olan hastalarda, intravenöz infüzyon ağız kuruluğunu azaltmada etkili olmayacaktır.	38	67,9	18	32,1

\*Benzomorfan türevi sentetik opioid grubundan bir ilaçtır (Sosegon amp./tb. gibi.)

\*\*Narkotik opioid grubu ilaçlardır. (Suboxone dil altı tb. , temgesic amp. gibi.)

\*\*\*Anesteziklerin sebep olduğu aşırı salivasyon (tükrük salgısı) ve bronş sekresyonlarını inhibe etmede kullanılan ilaçlardır. (Skopolamin hidrobromür amp. gibi.)

Hemşirelerin eğitim öncesi Palyatif Bakım Bilgi Testine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde hemşireler en fazla doğru cevabı ‘Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri olan ‘İyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.’ maddesine (n=52, %92,9), en düşük doğru cevabı ‘Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin ya da

buprenorfin hidroklorür opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır.’ maddesine (n=8, %14,3), en fazla yanlış cevabı ‘Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin ya da buprenorfin hidroklorür opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır.’ maddesine (n=48, %85,7) verirken en az yanlış cevabı ‘Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.’ maddesine (n=4, %7,1) vermiştir.

Hemşirelerin eğitim sonrası Palyatif Bakım Bilgi Testine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde hemşireler en fazla doğru cevabı ‘Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.’ maddesine (n=55, %98,2), en düşük doğru cevabı ‘Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin ya da buprenorfin hidroklorür opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır.’ maddesine (n=25, %44,6), en fazla yanlış cevabı ‘Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin ya da buprenorfin hidroklorür opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır.’ maddesine (n=31, %55,4) vermiştir.

**Tablo 9:** Hemşirelerin Eğitim Sonrası Palyatif Bakım Bilgi Testinde Yer Alan Her Bir Maddeye Doğru Yanıt Verme Oranlarındaki Değişimin Karşılaştırılması

	Maddeler	Ön Test				p değeri
				Doğru	Yanlış	
				n	n	
Felsefe	Madde 1	Doğru	n (%)	27 (75,0)	9 (25,0)	p=0,122
		Yanlış	n (%)	18 (90,0)	2 (10,0)	
	Madde 2	Doğru	n (%)	43 (100,0)	0 (0,0)	<b>p&lt;0,001</b>
		Yanlış	n (%)	12 (92,3)	1 (7,7)	
Ağrı	Madde 3	Doğru	n (%)	49 (94,2)	3 (5,8)	p=1,000
		Yanlış	n (%)	4 (100,0)	0 (0,0)	
	Madde 4	Doğru	n (%)	34 (77,3)	10 (22,7)	p=0,815
		Yanlış	n (%)	8 (66,7)	4 (33,3)	
	Madde 5	Doğru	n (%)	21 (56,8)	16 (43,2)	p=0,327
		Yanlış	n (%)	10 (52,6)	9 (47,4)	
	Madde 6	Doğru	n (%)	5 (62,5)	3 (37,5)	<b>p&lt;0,001</b>
		Yanlış	n (%)	20 (41,7)	28 (58,3)	
	Madde 7	Doğru	n (%)	7 (77,8)	2 (22,2)	<b>p&lt;0,001</b>
		Yanlış	n (%)	34 (72,3)	13 (27,7)	
Madde 8	Doğru	n (%)	25 (86,2)	4 (13,8)	<b>p&lt;0,001</b>	
	Yanlış	n (%)	4 (14,8)	23 (85,2)		

**Tablo 9:** Eğitim Sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinde Yer Alan Her Bir Maddeye Doğru Yanıt Verme Oranlarındaki Değişimin Karşılaştırılması-Devamı

Dispne	Madde 9	Doğru	n (%)	13 (86,7)	2 (13,3)	<b>p&lt;0,001</b>
		Yanlış	n (%)	24 (58,5)	17 (41,5)	
	Madde 10	Doğru	n (%)	11 (73,3)	4 (26,7)	<b>p&lt;0,001</b>
		Yanlış	n (%)	32 (78,0)	9 (22,0)	
	Madde 11	Doğru	n (%)	8 (61,5)	5 (38,5)	<b>p&lt;0,001</b>
		Yanlış	n (%)	30 (69,8)	13 (30,2)	
Madde 12	Doğru	n (%)	20 (74,1)	7 (25,9)	<b>p=0,005</b>	
	Yanlış	n (%)	23 (79,3)	6 (20,7)		
Psikiyatrik Problemler	Madde 13	Doğru	n (%)	10 (58,8)	7 (41,2)	<b>p&lt;0,001</b>
		Yanlış	n (%)	28 (71,8)	11 (28,2)	
	Madde 14	Doğru	n (%)	17 (77,3)	5 (22,7)	<b>p=0,002</b>
		Yanlış	n (%)	22 (64,7)	12 (35,3)	
	Madde 15	Doğru	n (%)	44 (91,7)	4 (8,3)	p=0,754
		Yanlış	n (%)	8 (75,0)	2 (25,0)	
Madde 16	Doğru	n (%)	24 (77,4)	7 (22,6)	p=0,263	
	Yanlış	n (%)	13 (52,0)	12 (48,0)		
Gastrointestinal Problemler	Madde 17	Doğru	n (%)	22 (81,5)	5 (18,5)	<b>p=0,004</b>
		Yanlış	n (%)	20 (69,0)	9 (31,0)	
	Madde 18	Doğru	n (%)	22 (73,3)	8 (26,7)	p=0,152
		Yanlış	n (%)	16 (61,5)	10 (38,5)	
	Madde 19	Doğru	n (%)	20 (80,0)	5 (20,0)	<b>p&lt;0,001</b>
		Yanlış	n (%)	27 (87,1)	4 (12,9)	
Madde 20	Doğru	n (%)	24 (75,0)	8 (25,0)	p=0,286	
	Yanlış	n (%)	14 (58,3)	10 (41,7)		

Eğitim sonrasında palyatif bakım bilgi testinde yer alan her bir maddeye doğru yanıt verme oranlarındaki değişimin karşılaştırılmasına yönelik tablo 8 incelendiğinde, felsefe alt boyutunda madde 1, 3, 4, 5, 15, 16, 18 ve 20’de anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0,05$ ), madde 12, 14 ve 17’ de çok anlamlı ( $p<0,01$ ), madde 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 19’ da ileri düzey anlamlılık ( $p<0,001$ ) bulunmuştur.

### 4.3. Hemşirelerin eğitim öncesinde ve sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesinde ve sonrasında PBBT' den aldıkları toplam puan ve ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılarak saptanan bulgular sunulmuştur.

**Tablo 10:** Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinden Aldıkları Puanların Ortalamaları ve Karşılaştırılması

	Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası			z	p
	$\bar{x} \pm ss$	En Az	En Çok	$\bar{x} \pm ss$	En Az	En Çok		
<b>Ölçek Toplam Puan</b>	10,00 ± 2,10	6	16	14,82 ± 2,992	8	20	z=-6,212	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Felsefe Alt Boyutu</b>	1,41 ± 0,59	0	2	1,79 ± 0,456	0	2	z=-3,360	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Ağrı Alt Boyutu</b>	3,20 ± 0,92	1	5	4,29 ± 1,124	2	6	z=-4,621	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Dispne Alt Boyutu</b>	1,25 ± 1,06	0	4	2,88 ± 0,974	1	4	z=-5,588	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Psikiyatrik Problemler Alt Boyutu</b>	2,11 ± 0,84	1	4	2,93 ± 0,931	1	4	z=-4,507	<b>p&lt;0,001</b>
<b>Gastrointestinal Problemler Alt Boyutu</b>	2,04 ± 0,873	0	4	2,95 ± 1,151	0	4	z=-3,944	<b>p&lt;0,001</b>

z: Wilcoxon Rank Testi

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim öncesinde palyatif bakım bilgi testinde yer alan toplam 20 sorudan aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; Felsefe Alt Boyutu  $1,41 \pm 0,596$ , Ağrı Alt Boyutu  $3,20 \pm 0,923$ , Dispne Alt Boyutu  $1,25 \pm 1,066$ , Psikiyatrik Problemler Alt Boyutu  $2,11 \pm 0,846$ , Gastrointestinal Problemler Alt Boyutu  $2,04 \pm 0,873$  olup hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puanı  $10,00 \pm 2,106$  olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim sonrasında palyatif bakım bilgi testinde yer alan toplam 20 sorudan aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; Felsefe Alt Boyutu  $1,79 \pm 0,456$ , Ağrı Alt Boyutu  $4,29 \pm 1,124$ , Dispne Alt Boyutu  $2,88 \pm 0,974$ , Psikiyatrik Problemler Alt Boyutu  $2,93 \pm 0,931$ , Gastrointestinal Problemler Alt Boyutu  $2,95 \pm 1,151$  olup hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puanı  $14,82 \pm 2,992$  olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesi ve palyatif bakım eğitimi ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde, ölçek toplam puan ortalamasında eğitim sonrasında öncesine göre artış olduğu ve puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,01$ ). Eğitim öncesi ve eğitim sonrasında alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında ise benzer şekilde her bir alt boyut için (felsefe, ağrı, dispne, psikiyatrik problemler ve gastrointestinal problemler) puan ortalamalarının eğitim sonrasında arttığı ve eğitim öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,01$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve palyatif bakım hakkında bilgi edinme durumları ve palyatif bakım bilgi düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Hemşirelerin eğitim öncesinde ve sonrasında palyatif bakım bilgi testine verdikleri yanıtların dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.3. Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

### **5.1. Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve palyatif bakım hakkında bilgi edinme durumlarına ilişkin bulguların tartışılması**

Çalışmaya katılan hemşirelerin cinsiyet dağılımları incelendiğinde; kadınların %87,5, erkeklerin %12,5 olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Türkiye’ de literatür ve Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı verilerinde kadın ve erkek hemşirelerin sayısı bilinmemektedir. Fakat ülkemizde kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre sayısının fazla olduğu varsayımına literatürde rastlanılmıştır (Kahraman, Tunçdemir, & Özcan, 2015). Örneklemimizi oluşturan hemşireler Türkiye’de çalışan kadın hemşirelerin sayısal çokluğu ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca Kehribar (2016) ve Seven (2018) tarafından hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmalarda da benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu görülmektedir (Kehribar, 2016; Seven, 2017).

Harden ve ark. (2017) yaptığı çalışmada hemşirelerin yaşları 20-30 yaş arası 25 hemşire, 31-40 yaş arası 15 hemşire, 41-50 yaş arası 4 hemşire araştırmaya katılmıştır (Harden et al., 2017). Banerjee ve ark. (2010) yılında yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması 26,55 bulunmuştur (David & Banerjee, 2010). Yaptığımız çalışmada hemşirelerin yaş aralığı 21-40 olup yaş ortalaması 24,71 bulunmuştur. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş aralığı literatürle benzerlik göstermiştir (Abudari, Zahreddine,

Hazeim, Assi, & Emara, 2014; David & Banerjee, 2010; Iranmanesh et al., 2014). Literatürde karşılaşılan çalışmalarda hemşirelerin genelde genç olması çalışılan onkoloji biriminin fiziksel ve ruhsal açıdan hemşireleri mesleki deformasyona uğratması nedeniyle yaş grubu yüksek olan hemşirelerin daha rahat birimlerde çalışmayı tercih etmesi olabilir.

Harden ve ark. (2017) yaptığı çalışmada ön lisans mezunu 8, lisans mezunu 35, yüksek lisans mezunu 2 ve doktora mezunu 1 hemşire katılmıştır (Harden et al., 2017). Abudari ve ark. (2014) hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyini ölçen çalışmasında hemşirelerin yarısından fazlasının lisans mezunu olduğu görülmüştür (Abudari et al., 2014). Yaptığımız çalışmaya lise mezunu 7, üniversite mezunu 46 ve yüksek lisans mezunu 3 hemşire katılmıştır. Lisans mezunu hemşirelerin çoğunlukta olması literatür ile benzerlik göstermiştir.

Banerjee ve ark. (2010) yaptığı çalışmada hemşirelerin onkoloji bölümünde çalışma deneyimine bakıldığında %46'sı 0-2 yıl, %31'i 2-4 yıl, %8'i 4-6 yıl ve sadece %15' i 6 yıldan fazla deneyime sahip olduğu görülmüştür (David & Banerjee, 2010). Yaptığımız çalışmada hemşirelerin şuan çalıştıkları onkoloji biriminde çalışma süresi en az 3 ay, en fazla 72 ay olduğu saptanmıştır. Meslekte çalışma yılları, 0-1,9 yıl için 12 hemşire, 2-3,9 yıl için 16 hemşire 4-5,9 için 12 hemşire ve 6 yıl üstü için 1 hemşire katılmıştır.

Harden ve ark. (2017) yaptığı çalışmada hemşirelerin hiçbiri palyatif bakım sertifikası almamıştır. Yaptığımız çalışmada ise hemşirelerin palyatif bakım sertifikası almamış olması çalışmaya dahil etme kriterimizi oluşturmuştur (Harden et al., 2017). Banerjee ve ark. (2010) yaptığı çalışmada 100 hemşireden sadece 8 hemşire palyatif bakım uzmanlık eğitimi almıştır (David & Banerjee, 2010). Buna rağmen hemşirelere palyatif bakım bilgi düzeyini arttırmaya yönelik yapılan müdahaleler üç çalışmada da etkili olup hemşirelerin bilgi düzeyini arttırmıştır. Banerjee ve çalışmamızda benzer sonuçlar çıkması palyatif bakım eğitiminin sürekliliğinin sağlanması gerektiği mesajını verebilir.

Kanser tedavisi nedeniyle hastanelerde bulunan hastalara erken dönemde palyatif bakım hizmetlerinin sunulması yaşam kalitelerinin artırılması ve hasta

refahının sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Palyatif bakım hizmetleri bir ekip anlayışı ile yürütülmesi ile birlikte hastaların bakımından ve semptom yönetimlerinden sorumlu olan sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunu hemşireler oluşturmaktadır. Dolaysı ile hemşirelerin palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olmaları ve bu alana özgü eğitim almaları gerekmektedir. Yaptığımız çalışmada hemşirelerin %30'u palyatif bakıma özgü hiçbir eğitim almamıştır. Eğitim alan hemşirelerin ise bu eğitimleri lisans eğitimleri sırasında aldıkları belirlenmiştir. Türkiye'de lisans eğitiminde palyatif bakıma özgü dersler seçmeli dersler olarak sunulmakta ya da zorunlu dersler içerisinde yer almaktadır. Hemşirelerin daha iyi palyatif bakımı hizmeti sunmaları için bu konu alanı, lisans ve lisansüstü hemşirelik müfredatı için zorunlu ders programına entegre edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde hemşirelerin palyatif bakım eğitimi alma durumları batı, doğu ve güney ülkelerinde de benzerlikler görüldüğü belirlenmiştir (Alberto da Silva et al., 2018; Iranmanesh et al., 2014). Silva (2018) ve ark. tarafından hemşirelere yönelik eğitimin etkinliğinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaklaşık yarısının lisans eğitimleri sırasında palyatif bakıma ilişkin eğitim aldıkları belirlenmiştir. Bu bulgu bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermekle birlikte, Brezilya'da lisans eğitim müfredatında palyatif bakıma yeterli zaman ayrılmaması ile ilişkilendirilmektedir (Alberto da Silva et al., 2018). Lisans eğitimleri yoğunlukla hastalıkların patofizyolojik boyutlarını kapsamakta, iyileştirme ve rehabilite etmeyi amaçlamaktadır. Lisans eğitimi hemşireleri yeterince hazırlamadığında ve hemşireler palyatif bakım hastalarına bakım vermeleri gerektiğinde yeterli bilgiye sahip olmadıkları için çaresizlik, tükenmişlik, güvensizlik duyguları yaşamakta ve bu duygularla baş etmek zorunda kalmaktadırlar.

Çalışmamızda hemşirelerin lisans eğitimi dışında palyatif bakım hakkında bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında, bu eğitim yerlerini/kaynakları, hizmet içi eğitimler, oryantasyon eğitimleri, kongre/sempozyum/seminerlerde, kitap/dergilerle, internet ve staj yerleri şeklinde olduğu belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası palyatif bakım hakkında bilgi sahibi oldukları, hemşirelerin en fazla internet yoluyla bunu takiben kitaplar/dergiler ve eğitimlerle palyatif bakım hakkında bilgi edindiği görülmüştür (Arantzamendi,



Addington-Hall, Saracibar, & Richardson, 2012; Kim et al., 2012). Seven (2017) tarafından yapılan bir çalışmada hemşireler palyatif bakım hakkında en fazla lisans eğitimi sırasında (%29,7), hizmetiçi eğitimlerde (%14,6), internet yoluyla (%62), kitap/dergi (%7,7), kongre/sempozyum/seminer (%5,4), diğer (%5,7) yoluyla bilgi edindiği görülmüş, internet ve diğer seçeneklerle bilgi edinme durumlarında farklılık olduğu saptanırken, en fazla lisans eğitimi sırasında onu takiben hizmetiçi programlarda eğitim almaları benzerlik göstermiştir (Seven, 2017). Hemşirelerin yarısından fazlasının palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olması ayrıca internet yoluyla, kitaplar/dergiler ve eğitimlerle palyatif bakım hakkında bilgi sahibi olması literatürle benzerlik göstermiştir (Bai et al., 2010; Seven, 2017). Araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesinde bilgi düzeylerinin, yaş, meslekte çalışma süresi ve birimde çalışma süresi ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Prem ve ark. (2012) yaptığı çalışmada ise PBBT ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı olmayan puanlar bulunmuştur. Literatür ile farklılıklar olma sebebinin araştırmaya katılan hemşirelerin örneklem sayısının az olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesi bilgi düzeyi ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; cinsiyete, eğitim durumuna, çalıştığı birime ve palyatif bakım eğitimi durumuna göre palyatif bakım bilgi testinin toplam ve beş alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Hemşirelerin medeni duruma göre palyatif bakım bilgi testinin toplam ve beş alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde, grupların palyatif bakım bilgi testinden aldıkları toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre palyatif bakım bilgi düzeyi yüksek bulunmakla beraber medeni duruma göre psikiyatrik alt boyutunda aldıkları puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre psikiyatrik alt boyutunda bilgi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kehribar'ın (2016) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin en düşük puanı felsefe alt boyutundan aldıkları, en yüksek puanı ise psikiyatrik problemlerden aldıkları saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim durumu, çalıştığı bölüm, çalıştığı konum, palyatif bakıma ilişkin bilgi alma durumları ve palyatif bakım hastasına bakım verme durumlarına göre palyatif bakım bilgi puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Kehribar, 2016). Kehribar'ın yaptığı çalışma sosyodemografik özelliklerin palyatif bakım bilgi düzeyine etkisinin anlamlı olmasının nedeni örneklem sayısının fazla olup dağılımın homojen olmasından kaynaklı olabilir .

## **5.2. Hemşirelerin eğitim öncesinde ve sonrasında palyatif bakım bilgi testine verdikleri yanıtların dağılımlarına ilişkin bulguların tartışılması**

Palyatif bakım eğitiminin sürekli olması disiplinlerarası iletişim ve işbirliği, mesleki gelişim ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin güçlendirilmesinde etkilidir. Hollanda' da yapılan bir çalışmada lisans hemşireliği ve tıp derecelerinde neredeyse hiç yapısal bir eğitim olmadığı, hemşirelerin çoğunun yaşam sonu bakım konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duydukları saptanmıştır (Verschuur et al., 2014). Vietnam' da yapılan bir çalışmada da hemşirelere için ulusal bir eğitim kursu olmadığı, hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili daha fazla eğitime ihtiyaç duyduğu belirlenmiş bu durum Hollanda' da ki mevcut durum ile benzerlik göstermiştir (Nguyen et al., 2014). Lübnan' da palyatif bakım hizmetleri eksik bulunmuş bununla beraber hemşirelerin eğitiminin önemli olduğu, palyatif bakım eğitiminin hemşirelik müfredatına dahil edilmesi, hastaların ve ailelerin bilgilendirilmesi, ulusal sağlık gündeminde geliştirilmesi gerektiği saptanmıştır (Abu-Saad Huijer, Abboud, & Dimassi, 2009).

Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının genel olarak palyatif bakım bilgi düzeyleri düşük bulunmaktadır. Çin' de yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin yarısından az palyatif bakımdan haberdar ve palyatif bakım vermede istekli olduğu görülmüştür (Bai et al., 2010). Güneydoğu İran' da yapılan bir çalışmaya bakıldığında hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyleri düşük bulunmuş, ELNEC' in lisans eğitim müfredatına dahil edilmesi gerektiği önerilmiştir (Iranmanesh et al., 2014). Yaptığımız çalışmada hemşirelere verilen ELNEC' e göre hazırlanmış palyatif bakım eğitiminin etkili olduğu görülmüş, lisans eğitim müfredatına dahil edilmesinin hemşirelerin bilgi düzeylerinin arttırmaya yönelik olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir. Suudi Arabistan' da mevcut duruma bakıldığında palyatif bakımın henüz sağlık sistemine entegre edilmediği görülmüştür.

Çok uluslu hemşirelere sahip olan Suudi Arabistan' ın hemşirelere yönelik palyatif bakım bilgi düzeyleri, hemşirelerin kendi ülkelerinde aldıkları eğitime göre değişiklik göstermiştir (Abudari et al., 2014).

Çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim öncesinde palyatif bakım bilgi düzeyleri sonrasına göre düşük bulunup, eğitim öncesinde palyatif bakım bilgi testinden aldıkları puan ortalaması  $10,00 \pm 2,106$  olarak belirlenmiştir. Kehribar' ın (2016), hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ölçek toplam puanı  $6,29 \pm 3,38$  bulunmuştur. Ayrıca Kehribar' ın çalışmasında en düşük puan ortalamasını felsefe alt boyutu  $0,93 \pm 0,73$  alırken en yüksek puanı psikiyatrik problemlerden  $1,64 \pm 1,38$  almıştır. Kehribar'ın (2016) çalışması devlet hastanelerinde çalışan 520 hemşireyle Palyatif Bilgi Testi kullanılarak gerçekleştirilen Türkiye'deki ilk çalışmadır. Bu çalışma, bizim çalışma sonuçlarımız karşılaştırmamıza olanak vermesi açısından değerli bir kaynak olmakla birlikte, yaptığımız çalışmaya katılan hemşirelerin daha yüksek puan almalarının nedeninin onkoloji servislerinde çalışma ve daha önceden palyatif bakım hizmeti verme deneyimine sahip olmasını düşündürmektedir. Hemşirelerin, özellikle de palyatif bakım servislerinde çalışan ve palyatif bakıma gereksinim duyulan servislerde çalışan hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi düzeylerinin saptanması ve artırılmasına yönelik daha fazla sayıda araştırmanın yapılmasına ihtiyaç vardır.

Prem ve ark. (2012) yaptığı çalışmada hemşirelerin palyatif bakım bilgi testinden aldıkları puan ortalaması  $7.16 \pm 2.69$  bulunmuş, en düşük puanı dispne alt boyutundan alırken en yüksek puanı psikiyatri alt boyutundan almıştır. Sato ve ark. (2014) yaptığı çalışmada ise hemşireler felsefe alt boyutu en yüksek ( $\% 88 \pm 26$ ), psikiyatrik problemlerden en düşük ( $\% 37 \pm 29$ ) puanı aldığı görülmüştür. Yaptığımız çalışmada ise palyatif bakım eğitimi öncesinde en yüksek puan ortalamasını ağrı alt boyutu  $3,20 \pm 0,923$  alırken en düşük puan ortalamasını dispne alt boyutu  $1,25 \pm 1,066$  almıştır. Kehribar' ın yaptığı çalışmada örneklem sayısı daha fazla olduğu için en düşük ve en fazla puanı alan alt boyutlarda farklılıklar olabilirken Prem ve ark. yaptığı çalışmada dispne alt boyutunda puan ortalamasının en düşük olması benzerlik göstermiştir.

Hemşirelerin palyatif bakımı eğitimi öncesi bilgi testine verdikleri yanıtların dağılımını Prem ve ark. (2012) yaptığı çalışmalarla karşılaştırıldığında her iki çalışmada da hemşireler en fazla doğru cevabı ‘Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.’ maddesine vermiş, en düşük doğru cevap maddesi karşılaştırıldığında ise sonuçlar farklı çıkmış, çalışmamızda ‘Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin ya da buprenorfin hidroklorür opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır.’ maddesine en az doğru yanıt verilirken Prem ve ark. (2012) yaptığı çalışmada ‘Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmalıdır.’ yanıtına verilmiştir. Çalışmamızda en fazla yanlış cevabı ‘Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin ya da buprenorfin hidroklorür opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır.’ maddesine verirken Prem ve ark. yaptığı çalışmada ‘Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmalıdır.’ maddesi en fazla yanlış cevabı almıştır. Sonuçların farklı çıkma sebebi ülkemizde sağlık çalışanlarının opioide ilişkin yeterli bilgisinin olmaması ve opioidin bağımlılık yaptığına dair genel bir inanın olmasından kaynaklı olabilir. Çalışmamızda en az yanlış cevabı ‘Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.’ maddesine verilirken Prem ve ark. yaptığı çalışmada ‘Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.’ olduğu görülmüştür. Ülkemizde pentazosin, buprenorfin hidroklorür gibi opioidlerin kullanılmaması nedeniyle bilmiyorum yanıtını yüksek çıkmış olabilir.

Eğitim sonrası ölçek maddelerinin yanıtlarına baktığımızda hemşireler en fazla doğru cevabı ‘Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.’ maddesine, en düşük doğru cevabı ‘Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin ya da buprenorfin hidroklorür opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır.’ maddesine, en fazla yanlış cevabı ‘Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.’ maddesine, en az yanlış cevabı ‘Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.’ maddesine vermiştir.

### **5.3. Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrasında Palyatif Bakım Bilgi Testinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması**

Onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik hazırladığımız palyatif bakım eğitimine yönelik yapılan ön ve son değerlendirmeler, hemşirelerin bilgi

düzeylerinin önemli ölçüde arttığını göstermektedir. Çalışmamızda araştırmaya katılan hemşirelerin PBBT toplam ölçek puanı başta olmak üzere tüm ölçek alt boyutlarından (felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal problemler ve psikiyatrik problemler) eğitim sonrasında aldıkları puanlar eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Eğitim öncesinde hemşirelerin PBBT'den aldıkları puan ortalaması ( $10,00\pm 2,106$ ) düşük iken bu puan ortalaması ( $14,82\pm 2,992$ ) verilen eğitim sonrasında önemli ölçüde yükseldiği saptanmıştır. Hemşirelerin bilgi düzeylerindeki bu artış, bu araştırma için geliştirdiğimiz eğitim materyali ve sunum yönteminin hemşirelerin bilgi düzeyini arttırmada etkin olduğunu göstermektedir.

Palyatif bakım bilgi düzeylerine müdahale edilmesinin hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerini arttırdığı yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir (A Knapp et al., 2009; Alberto da Silva et al., 2018; David & Banerjee, 2010; Kim et al., 2012). Harden ve ark. (2017) tarafından onkoloji servislerinde çalışan hemşirelere yönelik hazırladıkları dört saatlik palyatif bakım eğitiminde, hemşirelerin palyatif bakım hakkında bilgi, tutum ve davranışlarındaki değişiklikler değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızla benzer şekilde, eğitim öncesi ve sonrası ölçek puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Yine benzer şekilde, Kolben ve ark. (2018) yaptığı çalışmada palyatif bakım eğitiminin çalışmaya katılan jinekoloji onkoloji uzmanlarının tüm palyatif alanlardaki becerilerini önemli ölçüde iyileştirdiği ve palyatif bakım eğitiminin disiplinlerarası yaklaşımı geliştirdiği tespit edilmiştir (Kolben et al., 2018).

Hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla yapılan müdahaleler, eğitici kullanılarak sunum yapılmasıyla sınırlı değildir. David ve Banerje (2010) tarafından onkoloji servislerinde çalışan hemşirelere yönelik palyatif bakım kitapçığı hazırlanmış ve 100 hemşireye, palyatif bakım bilgi düzeyleri ölçüldükten sonra dağıtılmıştır. Hemşirelerin bilgi düzeylerinde fark olup olmadığı 4 gün sonra testin yeniden uygulanması ile değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler, tıpkı bizim çalışmamızda olduğu gibi hemşirelerin bilgi düzeylerinde eğitim öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir (David ve Banerje, 2010). Sonuç olarak, hemşirelere yönelik hazırlanacak eğitim sunum biçimlerinde, hizmet içi eğitim ya da inetraktif eğitim

biçimleri dışında yer alan materyaller de dikkate alınmasını yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Onkoloji hemşirelere yönelik palyatif eğitimlerinde online eğitimler de günümüzde giderek önem kazanmaktadır. Hemşirelerin vardiyalı ve yoğun bir tempo ile çalışmaları, düzenlenen eğitimlere katılmalarına bariyer oluşturmaktadır. Bu engeli kaldırmak amacıyla Amerika'nın önde gelen kurum ve kuruluşları tarafından onkoloji hemşireleri için online eğitim imkanları bulunmaktadır. Bu kurum ve kuruluşların arasında, Amerikan Klinik Onkoloji Cemiyeti, Onkoloji Hemşireleri Cemiyeti, Hospis ve Palyatif Bakım Birliği, İleri Palyatif Bakım Birliği, Amerikan Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Örgütü gelmektedir. Ülkemizde onkoloji hemşireleri için palyatif baima yönelik online eğitim veren kurum veya kuruluş bilgisine ulaşamamıştır. Ancak, hemşirelere benzer online eğitim olanaklarının sunulması ile daha fazla hemşireye ulaşılacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak, çalışmamızda tasarlanan eğitim materyali kullanılarak ya da diğer ülkelerdeki online eğitim materyallerinin kültürel uyarlamaları yapılarak online eğitimlerin verilebileceğine ve bizim çalışmamızın gelecekte tasarlanması olası eğitim ve araştırma imkanlarına ışık tutacağına inanmaktayız.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışma onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeyleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla Ocak-Şubat 2019 tarihleri arasında İstanbul ili sınırları içerisinde yer alan Koç Üniversite Hastanesi ve Şişli Florence Nightingale Hastanesi'nde 56 hemşire ile yapılmıştır. Çalışmamızda hastane yönetimlerinin yer ve zaman ayarlamalarında bulunulması konusunda destek vermesi, onkoloji servislerin çalışan hemşirelerin yarısından fazlasına ulaşmamıza katkı vermiştir. Ayrıca, eğitimlerin hemşirelerin çalışma vardiyalarının öncesinde ve sonrasında yapılması katılımı arttıran en önemli faktörlerden biridir.

Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumuna göre palyatif bakım eğitimi sonrasında palyatif bakım bilgi testinin toplam ve beş alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamış, çalıştıkları birime göre palyatif bakım bilgi testinin toplam ve beş alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde, grupların felsefe alt boyutunda aldıkları puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuş, onkoloji biriminde çalışan hemşirelerin felsefe alt boyutunda bilgi düzeyleri en yüksek bulunurken, kemik iliği nakil ünitesinde çalışan hemşirelerin bilgi düzeyleri en düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesi bilgi düzeyi ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; cinsiyete, eğitim durumuna, çalıştığı birime ve palyatif bakım eğitimi durumuna göre palyatif bakım bilgi testinin toplam ve beş alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Hemşirelerin medeni duruma göre palyatif bakım bilgi testinin toplam ve beş alt boyutunun puan ortalaması incelendiğinde, grupların palyatif bakım bilgi testinden aldıkları toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre palyatif bakım bilgi düzeyi yüksek bulunmakla beraber medeni duruma göre psikiyatrik alt boyutunda aldıkları puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu, evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre psikiyatrik alt boyutunda bilgi düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırma sonucunda görülüyor ki araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim öncesinde palyatif bakıma yönelik bilgi düzeyleri eğitim sonrasında göre düşüktür. Hemşireler palyatif bakım eğitimi öncesi palyatif bakım bilgi testinden en yüksek puanı ağrı alt boyutunda, en düşük puanı ise dispne alt boyutunda almıştır. PBBT'ne göre hemşirelerin palyatif bakım eğitimi sonrasında palyatif bakım bilgi testinden en yüksek puanı ağrı alt boyutunda aldığı, en düşük puanı ise felsefe alt boyutunda almıştır. Hemşirelerin palyatif bakım eğitimi öncesi ve palyatif bakım eğitimi sonrası ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde, ölçek toplam puan ortalamasında eğitim sonrasında öncesine göre artış olduğu ve puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrasında alt boyutların puan ortalamalarına bakıldığında ise benzer şekilde her bir alt boyut için (felsefe, ağrı, dispne, psikiyatrik problemler ve gastrointestinal problemler) puan ortalamalarının eğitim sonrasında arttığı ve eğitim öncesi ve sonrası arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeylerini arttırdığı saptanmıştır.

## **6.2. Öneriler**

Onkoloji hemşireleri, kanser tanısından ölüme kadar hastalarla etkin iletişim kurarak hastalık semptomlarına yönelik bakımlarını planlayan, birey ve aile merkezli bakımdan sorumlu en önemli sağlık profesyonellerinden biridir. Bu nedenle kapsamlı bir onkoloji bakımı verebilmeleri için bakımlarına öncelikli palyatif bakım ilkelerini entegre etmeleri büyük önem taşımaktadır. Onkoloji alanında çalışan hemşirelerin bilgi düzeylerini arttırmak ve palyatif bakım ilkelerini kullanmalarını sağlamak için iyi tasarlanmış eğitim programlarına gereksinim vardır.

Hemşirelik lisans ve yüksek lisans programlarında palyatif bakımın eğitimi zorunlu dersler hale getirilerek, hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili eğitim eksikliklerinin giderilmesi ve palyatif bakımın sağlık sistemine etkili bir şekilde entegre edilerek sahada çalışan hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin seminer, sempozyum, çalıştay ve kongrelerle geliştirilmesi önerilmektedir.

Hastane yönetimlerinin, sürekli eğitim felsefesi doğrultusunda hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerini yüksek tutmak amacıyla hizmet içi eğitimlerle



araştırmamızda kullanılan çalışma materyali ya da benzeri materyalleri kullanarak eğitimleri tekrarlaması önerilmektedir.

Bu alışma onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik hazırlanmıştır ancak diğer servislerde çalışan hemşirelere yönelik de palyatif bakım eğitimlerin hazırlanması ve hizmet içi eğitimler ile sunulması önerilmektedir.

Bu araştırmada tek gruplu ön test-son test araştırma tasarımı kullanıldığından dolayı kontrol grubu bulunmamaktadır. İ geçerliliğinin daha güçlü hale getirmek amacıyla, bu araştırma için oluşturduğumuz eğitim materyali kullanılarak, kontrol gruplarının dahil olduğu yeni çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Araştırmada hemşirelerin bilgi düzeyleri eğitimin verilmesinden dört hafta sonra llmştr. Hafıza faktörü ve çevresel faktörler ile yeni bilgi kazanımları verilen yanıtları etkilemiş olabileceği dikkate alınarak daha uzun süre dikkate alınarak hemşirelerin bilgi düzeylerinin llmesini kapsayan yeni araştırmalara gereksinim vardır.

Bu araştırmada sadece bilgi düzeyi değerlendirilmiştir. Ancak, araştırmaya katılan hemşirelerin edindikleri bilgiyi uygulamaya ne kadar arttırdığı bilinmemektedir. Bu nedenle, uygulamaya aktarımını değerlendirmek amacıyla yeni çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Son olarak, daha fazla sayıda onkoloji hemşiresine ulaşmak amacıyla çalışmamızda kullandığımız çalışma materyalinden yararlanarak, kitapçık, online eğitim modülleri gibi alternatif eğitim metodlarının kullanıldığı eğitimlerin tasarlanması ve hemşirelerin bilgi düzeylerine olan etkisinin değerlendirilmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- A Knapp, C., Madden, V., Wang, H., Kassing, K., Curtis, C., Sloyer, P., & A Shenkman, E. (2009). Paediatric nurses' knowledge of palliative care in Florida: a quantitative study. *International journal of palliative nursing*, 15(9), 432-439.
- Abu-Saad Huijer, H., Abboud, S., & Dimassi, H. (2009). Palliative care in Lebanon: Knowledge, attitudes and practices of nurses. *International journal of palliative nursing*, 15(7), 346-353.
- Abudari, G., Zahreddine, H., Hazeim, H., Assi, M. A., & Emara, S. (2014). Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. *International journal of palliative nursing*, 20(9), 435-441.
- Akyol, A. (2013). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastada Palyatif Bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 32-41.
- Alberto da Silva, H., Viana, B., Kelle, G., Girão Lima, A. K., Almeida de Lima, A. L., & Lopes Mourão, C. M. (2018). INTERVENTION IN PALLIATIVE CARE: KNOWLEDGE AND PERCEPTION OF NURSES. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(5).
- American Association of Colleges of Nursing. (2019). ELNEC Celebrates 20 Years of Advancing Excellence in Palliative Nursing. Retrieved from <https://www.aacnnursing.org/News-Information/Press-Releases/View/ArticleId/23338/ELNEC-Celebrates-20>
- Arantzamendi, M., Addington-Hall, J., Saracibar, M., & Richardson, A. (2012). Spanish nurses' preparedness to care for hospitalised terminally ill patients and their daily approach to caring. *International journal of palliative nursing*, 18(12), 597-605.
- Bağ, B. (2012). Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma. *Akademik Geriatri Dergisi*, 4(3), 120-125.
- Bai, Q., Zhang, Z., Lu, X., Shi, Y., Liu, X., & Chan, H. (2010). Attitudes towards palliative care among patients and health professionals in Henan, China. *Progress in Palliative Care*, 18(6), 341-345.
- Benli, A. R., & Erbesler, Z. A. (2016). Türkiye'de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(1), 5-6.
- Bilen, A. (2016). Palyatif Bakım. *Toplum ve Hekim*, 25.
- Blush, R. R. L., P.D. (2010). *Gastrointestinal symptoms. Palliative care nursing: Quality care to the end of life: Springer Publishing Company.*
- Bush, S. H., & Elsayem, A. (2011). *Delirium: Oxford University Press.*
- Çakır, L., & Enginyurt, Ö. (2016). Palyatif Bakım ve Bası Yarası.
- Çalışkan, K., Özen, N., Özcan, S., Can, G., Kömürcü, Ş., Mushani, T., . . . Çakır, F. B. (2017). Anoreksi ve Kaşeksi Sendromu. *Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım: Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım.*
- Can, G. (2017). *Kanser Hastalarında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevi: Nobel Tıp Kitapevi.*
- Can, G., Kocatepe, V., Karadakovan, A., Kav, S., Aydın, A., Meron, T., . . . Ece, T. (2017). *Kanıta Dayalı Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevi.*
- Cancer.net. (2019). cancer.net Shortness of Breath or Dyspnea. Retrieved from <https://www.cancer.net/coping-with-cancer/physical-emotional-and-social-effects-cancer/managing-physical-side-effects/shortness-breath-or-dyspnea>

- Chan, K. (2018). Palliative care: the need of the modern era. Hong Kong medical journal= Xianggang yi xue za zhi.
- Chow, K., Cogan, D., & Mun, S. (2015). Nausea and vomiting. Oxford textbook of palliative nursing: Oxford University Press.
- Chow, K., & Dahlin, C. (2018). Integration of Palliative Care and Oncology Nursing. Paper presented at the Seminars in oncology nursing.
- Çolak, D. (2017). Palyatif Bakım Dünya Uygulamaları. Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics, 10(1), 13-19.
- Dahlin, C. (2015). Palliative care: Delivering comprehensive oncology nursing care. Paper presented at the Seminars in oncology nursing.
- Dahlin, C. M. (2015). Anxiety, depression, and delirium.
- Dalal, S. (2011). Chronic nausea and vomiting. Oxford American handbook of hospice and palliative medicine: Oxford University Press.
- David, A., & Banerjee, S. (2010). Effectiveness of “palliative care information booklet” in enhancing nurses’ knowledge. Indian journal of palliative care, 16(3), 164.
- Dobrina, R., Tenze, M., & Palese, A. (2014). An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. International journal of palliative nursing, 20(2), 75-81.
- Dudgeon, D. (2015). Dyspnea, terminal secretions and cough. Oxford textbook of palliative nursing, 4th edn. Oxford University Press, New York, 247-261.
- Economou, D. C. (2014). Bowel management: Constipation, diarrhea, obstruction and ascites. Oxford textbook of palliative nursing: Oxford University Press.
- Elçigil, A. (2011). The current status of palliative care in Turkey: a nurse's perspective. Journal of pediatric hematology/oncology, 33, S70-S72.
- Erefe, İ. (2012). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri.
- European Association for Palliative Care. (2018). Retrieved from <http://www.eapcnet.eu/Themes/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>
- Fairman, N., & Irwin, S. A. (2013). Palliative care psychiatry: update on an emerging dimension of psychiatric practice. Current psychiatry reports, 15(7), 374.
- Ferrell, B. R., Coyle, N., & Paice, J. (2014). Oxford textbook of palliative nursing: Oxford University Press.
- Gomes, B., de Brito, M., Sarmiento, V. P., Yi, D., Soares, D., Fernandes, J., . . . Higginson, I. J. (2017). Valuing attributes of home palliative care with service users: A pilot discrete choice experiment. Journal of pain and symptom management, 54(6), 973-985.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., & Tuncer, A. M. (2010). Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 13(1), 1-6.
- Harden, K., Price, D., Duffy, E., Galunas, L., & Rodgers, C. (2017). Palliative Care: Improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors. Clinical journal of oncology nursing, 21(5).
- Haylock, P. J., Curtiss, C., & Massey, R.L. . (2013). Constipation. Cancer symptom management: Jones & Bartlett Learning.
- Heidrich, D. E., & English, N. (2014). Delirium confusion, agitation, and restlessness.: Oxford University Press.

- Horowitz, R., Gramling, R., & Quill, T. (2014). Palliative care education in US medical schools. *Medical Education*, 48(1), 59-66.
- Hui, D. (2012). *Management of cancer treatment-related adverse effects*. Oxford American handbook of hospice and palliative medicine: Oxford University Press.
- Hui, D., & Bruera, E. (2016). Integrating palliative care into the trajectory of cancer care. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 13(3), 159.
- International Association for Hospice & Palliative Care. (2019). 6 Principles of Palliative Care. Retrieved from <https://hospicecare.com/what-we-do/publications/getting-started/6-principles-of-palliative-care>
- Iranmanesh, S., Razban, F., Tirgari, B., & Zahra, G. (2014). Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative & supportive care*, 12(3), 203-210.
- Kahraman, A. B., Tunçdemir, N. O., & Özcan, A. (2015). Toplumsal cinsiyet bağlamında hemşirelik bölümünde öğrenim gören erkek öğrencilerin mesleğe yönelik algıları. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 18(2), 108-144.
- Kamal, A. H., Currow, D. C., Ritchie, C. S., Bull, J., & Abernethy, A. P. (2013). Community-based palliative care: the natural evolution for palliative care delivery in the US. *Journal of pain and symptom management*, 46(2), 254-264.
- Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2012). Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *Journal of palliative medicine*, 15(1), 106-114.
- Kassa, H., Murugan, R., Zewdu, F., Hailu, M., & Woldeyohannes, D. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC palliative care*, 13(1), 6.
- Kav, S., Brant, J. M., & Mushani, T. (2018). Perspectives in International Palliative Care. Paper presented at the Seminars in oncology nursing.
- Kehribar, G. (2016). Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi (Hemşirelik Anabilim Dalı), Bozok Üniversitesi, Ulusal Tez Merkezi. (453934)
- Kim, B.-H., Kim, H.-S., Yu, S.-J., Choi, S.-E., Jung, Y., & Kwon, S.-H. (2012). Evaluation of End-of-Life Nursing Education Consortium-Geriatric Train-the-Trainer Program in Korea. *Korean Journal of Adult Nursing*, 24(4), 390-397.
- Kıvanç, M. M. (2017). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri.
- Kloke, M., & Cherny, N. (2015). Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 26(suppl\_5), v169-v173.
- Kolben, T., Haberland, B., Degenhardt, T., Burgmann, M., Koenig, A., Kolben, T. M., . . . Harbeck, N. (2018). Evaluation of an interdisciplinary palliative care inhouse training for professionals in gynecological oncology. *Archives of gynecology and obstetrics*, 297(3), 767-773.
- Kuzucuoğlu, T., Temizel, F., Güler, T., Yücekaya, M., Arslan, G., & Arıkan, Z. *Kanserli Hastalarda Palyatif Bakım ve İlkeleri*.
- Lutz, S. (2011). The history of hospice and palliative care. *Current problems in cancer*, 35(6), 304-309.
- Matzo, M. L., Sherman, D. W., Penn, B., & Ferrell, B. R. (2003). The end-of-life nursing education consortium (ELNEC) experience. *Nurse Educator*, 28(6), 266-270.

- McCaffery, M., & Pasero, C. (2011). Pain assessment and pharmacologic management. St Louis: Mosby.
- Meaza, D., & Worku, Z. Knowledge, Attitude and Practice of nurses towards palliative care in Harari National Regional State, Eastern Ethiopia.
- Myers, j., & Dudgeon, D. (2011). Dyspnea (Vol. 15).
- Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., & Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medicine*, 23(8), 754-766.
- National Cancer Institute. (2018). NCI National Cancer Institute. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet#q1>
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2014). Hospice care in America.
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2017). Facts and Figures Hospice Care in America. Retrieved from [https://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics\\_Research/2017\\_Facts\\_Figures.pdf](https://www.nhpc.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2017_Facts_Figures.pdf)
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2019a). Hospice care. Retrieved from <https://www.nhpc.org/about/hospice-care>
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2019b). NHPCO History of Hospice Care. Retrieved from <https://www.nhpc.org/history-hospice-care>
- Nguyen, L. T., Yates, P., & Osborne, Y. (2014). Palliative care knowledge, attitudes and perceived self-competence of nurses working in Vietnam. *International journal of palliative nursing*, 20(9), 448-456.
- Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2017). Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 4(3).
- Paice, J. A., & Von Roenn, J. H. (2014). Under-or overtreatment of pain in the patient with cancer: how to achieve proper balance. *Journal of Clinical Oncology*, 32(16), 1721-1726.
- Pasacreta, J. V., Minarik, P. A., Neil-Anderson, L., & Paice, J. (2014). Anxiety and depression.: Oxford University Press.
- Pasero, C., & McCaffery, M. (2010). Pain Assessment and Pharmacologic Management-E-Book: Elsevier Health Sciences.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*, 17(4), 310-314.
- Prem, V., Karvannan, H., Kumar, S. P., Karthikbabu, S., Syed, N., Sisodia, V., & Jaykumar, S. (2012). Study of nurses' knowledge about palliative care: a quantitative cross-sectional survey. *Indian journal of palliative care*, 18(2), 122.
- Quill, T. E., Bower, K. A., Holloway, R. G., Stevens, M., Caprio, T. V., Olden, A., & Storey, C. P. (2014a). Delirium, depression and anxiety, and fatigue.: Primer of palliative care.
- Quill, T. E., Bower, K. A., Holloway, R. G., Stevens, M., Caprio, T. V., Olden, A., & Storey, C. P. (2014b). Gastrointestinal symptoms. *Primer of palliative care: American Academy of Hospice and Palliative Medicine Chicago, IL.*

- Radbruch, L., de Lima, L., Lohmann, D., Gwyther, E., & Payne, S. (2013). The Prague Charter: urging governments to relieve suffering and ensure the right to palliative care: Sage Publications Sage UK: London, England.
- Rhee, J. Y., Garralda, E., Torrado, C., Blanco, S., Ayala, I., Namisango, E., . . . Centeno, C. (2017). Palliative care in Africa: a scoping review from 2005–16. *The lancet oncology*, 18(9), e522-e531.
- Rucker, Y., & Gobel, B. H. (2013). *Anxiety*: Jones & Bartlett Learning.
- Şahan, F. U., & Terzioğlu, F. (2015). DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM EĞİTİMİ VE ÖRGÜTLENMESİ. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90.
- Sato, K., Inoue, Y., Umeda, M., Ishigamori, I., Igarashi, A., Togashi, S., . . . Oki, J. (2014). A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Japanese journal of clinical oncology*, 44(8), 718-728.
- Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and The Future of Palliative Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8.
- Semra Erdoğan, Nursen Nahcivan, & Esin, M. N. (2018). Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Kritik.
- Seven, A. (2017). Turkish Reliability and Validity of Palliative Care Knowledge Test. *International journal of current research*, 9(05), 50737-50741.
- Soparattanapaisarn, N. (2017). What is Palliative Care? *Siriraj Medical Journal*, 59(5), 211-212.
- Sürmeli, D. M., & Akçiçek, F. (2016). Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihi. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 9(1), 8-11.
- Szarpa, K. L., Kerr, C. W., Wright, S. T., Luczkiewicz, D. L., Hang, P. C., & Ball, L. S. (2013). The prodrome to delirium: a grounded theory study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15(6), 332-337.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. (2016). Türkiye Kanser Kontrol Programı. Kanser Eylem Planları.
- Tanrıverdi, Ö., & Kömürcü, Ş. (2016). Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma.
- The World Hospice Palliative Care Association. (2011). WHO Global Atlas on Palliative Care At the End of Life. Retrieved from <https://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
- The Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance. (2018). WHPCA. Retrieved from <http://www.thewhpc.org/about-us-3>
- Tipton, J. (2014). Nausea and vomiting. *Cancer symptom management*: Jones & Bartlett Learning.
- Tuna, H. İ., Ünver, G., & Molu, B. (2018). Palyatif Bakım Alan Son Dönem Kanser Hastalarında Semptom Kümeleme ve Hemşirelik. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 64-69.
- Turan, G. B., Polat, H. T., & Mankan, T. (2017). İntörn Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(2), 54-60.
- Türk Dil Kurumu. (2018). TDK Türk Dil Kurumu. Retrieved from [http://tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b669e0364e647.90789301](http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b669e0364e647.90789301)



- U.S Department of Health and Human Services. (2019). What Are Palliative Care and Hospice Care? Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care>
- Uslu, F. Ş., & Terzioğlu, F. (2015). DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM EğİTİMİ VE ÖRGÜTLENMESİ. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4(2), 81-90.
- Uysal, N., Şenel, G., Karaca, Ş., Kadioğulları, N., KoçAK, N., & Oğuz, G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi.
- Uzuncu, H., Buyruk, H., Alnak, E., & Yıldırım, G. (2013). Yoğun bakımda yapılacak bir şeyi kalmayan kanserli terminal dönem hastalara insanca bakım önerisi. Cumhuriyet Medical Journal, 35(1), 143-151.
- Van Den Beuken-Van, M. H., Hochstenbach, L. M., Joosten, E. A., Tjan-Heijnen, V. C., & Janssen, D. J. (2016). Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. Journal of pain and symptom management, 51(6), 1070-1090. e1079.
- Verschuur, E. M., Groot, M. M., & Sande, R. v. d. (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study. International journal of palliative nursing, 20(5), 241-245.
- Walker, P. W. (2012). Anxiety and depression: Oxford University Press.
- Wholihan, D. (2014). Anorexia and cachexia. Oxford textbook of palliative nursing: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>
- Yıldırım, D., Talu Köknel, G., Ortega, P. F., Yıldırım, Y., Ali, M., Mushani, T., . . . Küçük, L. (2017). Kanıta Dayalı Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitabevi.

## 8. EKLER

### 8.1. EK 1 Çalışma Materyali: Onkoloji Servislerinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Palyatif Bakım Eğitimi

Modül 1-Palyatif Bakıma Giriş

#### PALYATİF BAKIM



#### Hospis Nedir?

- Tanım
- Tarihçe
- Kapsadığı Hizmetler
- İstatistik



---

## Palyatif Bakım Nedir?

- Palyatif bakım, acı çekmeyi öngörerek, önleyerek ve tedavi ederek yaşam kalitesini optimize eden, hasta ve aile merkezli bakım anlamına gelir.

---

## NCP ve NQF: Palyatif Bakımın 8 Çalışma Alanı

- Yapı ve bakım süreçleri
- Bakımın fiziksel yönleri
- Bakımın psikolojik ve psikiyatrik yönleri
- Bakımın sosyal yönleri
- Bakımın manevi, dini ve varoluşçu yönleri
- Bakımın kültürel yönleri
- Yaşamın sonunda hastanın bakımı
- Bakımın etik ve yasal yönleri

#### Palyatif bakım:

- ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların giderilmesini sağlar;
- hayatı doğrular ve ölümü normal bir süreç olarak görür;
- ölümü hızlandırmak ya da ertelemek niyetinde değildir;
- hasta bakımının psikolojik ve ruhsal yönlerini bütünleştirir;
- hastalara, ölüme kadar mümkün olduğunca aktif olarak yaşamaya yardımcı olacak bir destek sistemi sunar;
- ailenin hastalıklar sırasında ve kendi ölümlerinde başa çıkmasına yardımcı olacak bir destek sistemi sunar;
- yas danışmanlığı da dahil olmak üzere hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için multidisipliner bir ekip yaklaşımı kullanır;

World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>

Her yıl, yaklaşık 40 milyon insan palyatif bakıma ihtiyaç duymakta ve bu 40 milyon insanın %78'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır.

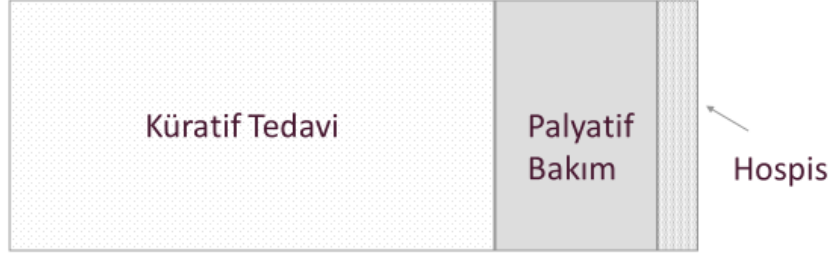
Palyatif bakıma ihtiyaç duyan 40 milyon insanın 20 milyonu yaşamının son evresinde bulunmaktadır. Tüm dünyada bu insanların sadece %14'ü palyatif bakım hizmetinden yararlanmakta ve geri kalanı ölümlerinde acı ve sıkıntı içinde ölmektedir.

Palyatif bakım için duyulan küresel ihtiyaç, bulaşıcı olmayan hastalıkların ve yaşlanan nüfusların artan yükünün bir sonucu olarak artmaya devam edecektir.

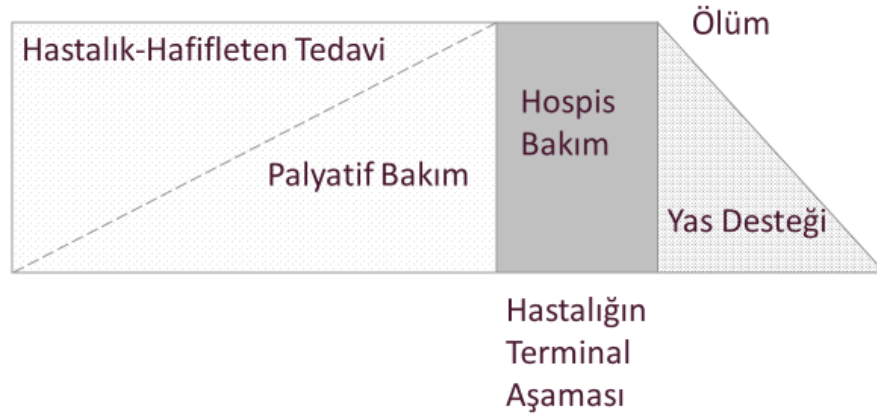
Erken palyatif bakım, gereksiz hastane kabullerini ve sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltır.

World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>, The Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance. (2018). WHPCA. Retrieved from <http://www.thewhpcpa.org/about-us-3>

## Hospis ve Palyatif Bakım Güncel Uygulaması



## Bakımın Sürekliliği



---

## Palyatif Bakım Felsefesi ve Sunumunun Özellikleri

- ❑ Disiplinler arası bakım
- ❑ Hastalar, aileler, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında mükemmel iletişim
- ❑ İyileştirici bakımdan veya bunlardan bağımsız olarak sağlanan hizmetler - bakım süresinin uzaması
- ❑ Hastalık ve ölüm öncesi süreç boyunca barış ve haysiyet umutları desteklenmektedir.



---

## Yaşamın Sonunda Kaliteli Bakımın Önündeki Engeller

- Tıbbın sınırlarını kabul etmemek
- Talepleri karşılamak için çok az olan işgücü
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları için eğitim eksikliği
- Hospis/palyatif bakım hizmetleri yeterince anlaşılmamış olması
- Kurallar ve düzenlemeler
- Ölümün reddi
- Kalite ölçümlerine bağlı ödeme modellerinin eksikliği

---

## En İyisi İçin Umut... En Kötü Olanlara Hazırlanmak

- En iyisini umut etmek  
Hayatı uzatabilecek ve acıyı dindirecek tedavileri gözden geçirin
- En kötüsüne hazırlanmak  
Tedavi planlandığı gibi gitmezse ne zaman bırakılır?  
Karar veremeyecek duruma geldiğinde kimin karar vermesini ister?  
Resüsitasyon gibi agresif tedavilerle ilgili istekleri ne olur?

---

## Ölümün Ortasında Umut Olmak



---

## Palyatif Bakım için Araçlar ve Kaynaklar

### Değerlendirme Araçları

- Fiziksel belirtiler
- Duygusal belirtiler
- Maneviyat
- Yaşam kalitesi
- Bakım verenlerin geri dönüşleri

---

## Prognoz

- 2 bölümden oluşmaktadır:
  - Öngörme (prognoz tahmini)
  - Önceden haber verme (prognozun tartışılması)
- Performans durumu
  - Karnofsky - ECOG zayıf belirleyicileri, çoklu semptomlar, biyolojik işaretleyiciler (ör.Albümin)
  - “Eğer bu hasta önümüzdeki 6 ayda öldüğünde şaşırır mıydım?”

Hui, 2011; Lynn et al., 2007

---

## Hemşireler Ciddi Hastalıkları Olan Bireylerin ve Ailelerin Bakımında Büyük Rol Oynar

- Bakım hedeflerini ortaya çıkarmak
- Bakımı değerlendirmek, yönetmek ve koordine etmek
- Hasta aile üyelerini dinlemek
- Sürece tanık olmak
- Multidisipliner ekibin tüm üyeleriyle iletişim kurmak

---

## **Palyatif Bakımın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü**

- Bazı şeyler “sabit” olamaz
- Terapötik varlığın kullanımı
- Gerçekçi bir bakış açısını korumak

---

## **Farklı Uygulama Ortamlarında Palyatif Bakım**

- Sürekli hemşirelik
- İyileştirme kavramını genişletmek
- Eğitilmiş olmak
- Palyatif Bakımda Ortak Komisyon İleri Sertifikasyon



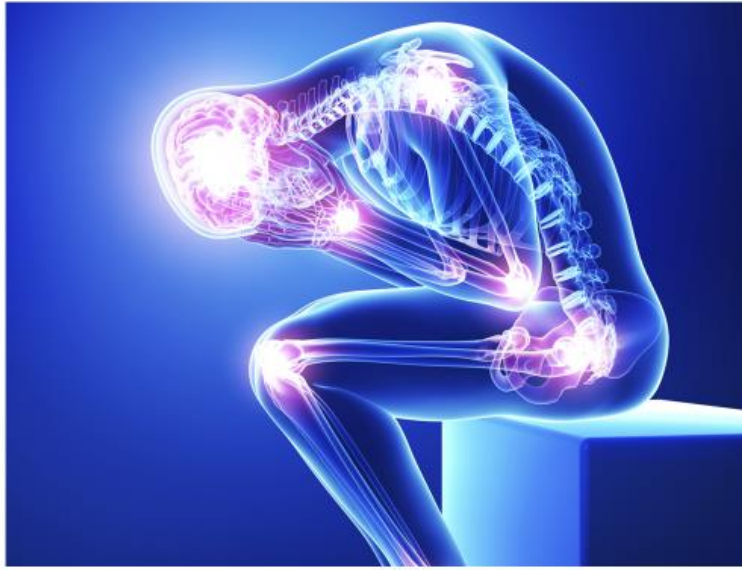
---

“... Ölmekte olanlara, fakirlere, yalnızlıklara ve aldığımız lütfâ göre istenmeyenlere dokunmak ve bu mütevazî işi yaparken utanmamıza ya da yavaş olmamıza izin vermeyelim.”

Rahibe Teresa



## Modül -2 Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi



### PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ

AĞRI YÖNETİMİNDE PALYATİF  
BAKIM YAKLAŞIMLARI

### Modüle Genel Bakış

Bu modül yaşamının son evresinde ağrıya odaklanarak ağrı değerlendirilmesi ve yönetiminin temel prensiplerini gözden geçirir.

---

## Hedefler

Bu modülün tamamlanması sırasında, katılımcı şunları yapabilecek:

1. Yaşam süresi boyunca hastalar için yaşamın sonunda yeterli ağrı rahatlaması önündeki engelleri belirler.
2. Tam bir ağrı değerlendirmesinin bileşenlerini listeler.
3. Ağrıyı gidermek için kullanılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavileri tanımlar.

---

## Ağrı;

“Gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan bir duysal ve duygusal deneyim”

“Kişinin söylediği şey...”

Biyopsikososyal / manevi / varoluşsal model

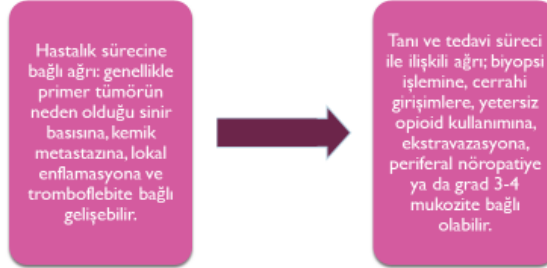
---

Palyatif bakımda temel hedef ağrıyı gidermektir.



---

Fiziksel, psikolojik ve maddi yönlerden hasta ve ailesini olumsuz etkileyen ağrı, palyatif bakımda sık rastlanan ve hastaya en fazla sıkıntı veren semptomlardan biridir.



---

Ağrının görülme sıklığı kanserin türüne ve nedenine göre değişiklik gösterir.

Baş-boyun kanserinde: %70

Jinekolojik kanserlerde: %60

Gastrointestinal kanserlerde: %59

---

### **Ağrı, onkoloji bakımında neden daha iyi ele alınmıyor ve / veya yönetilmiyor?**

- Hastalar ağrının kanserin ilerlediği/tekrarladığı anlamına geldiğinden korkarlar.
- Hastalar, ağrı bildirirlerse, “zayıf” olarak görünerek tedavilerinin azaltılabileceği veya kesilebileceğinden korkarlar.
- Hastalar, ağrı sorunlarından bahsederek bakım vereni rahatsız etmek veya hayal kırıklığına uğratmak istemezler.
- Hastalar, ağrıdan söz ediyorlarsa, bakım verenin onları bağımlı olarak görebileceğinden korkarlar.
- Hastalar acıyı hafifletmek için mümkün olan her şeyin yapıldığına inanabilirler.

---

## Ağrının yeterli kontrol edilememesi ölümü hızlandırabilir!

- Artan fizyolojik stres
- Azalmış bağışıklık
- Azalmış hareketlilik
- Artmış pnömoni ve/veya tromboembolizm olasılığı
- Kalp ve akciğerlerde artan iş yükü

---

## Ağrının Giderilmesinde ki Engeller

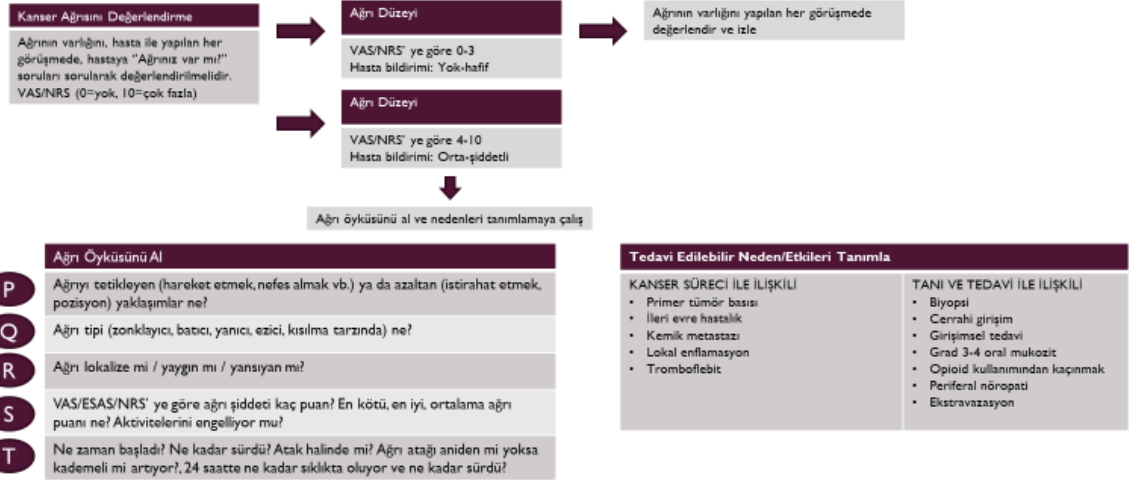
### Özel Engeller

- Profesioneller
- Hastalar/aileleri
- Sağlık sistemi

## Ağrı yönetiminde hedefler

- Yeterli ağrı ve semptom kontrolü sağlamak
- Hastada ve ailede ağrıdan kaynaklanan sıkıntıları azaltmak
- Hastanın kontrol hissine sahip olmasını sağlamak
- Bakım verenin yükünü hafifletmek
- İlişkileri güçlendirmek
- Yaşam kalitesini optimize etmek (QOL)
- Kişisel gelişim sağlayarak yaşam ve hastalık anlamını arttırmak

## AĞRI NEDENLERİNİ TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI



---

## Ağrının Değerlendirilmesi

- Ağrının Öyküsü
  - Akut Ağrı
  - Kronik Ağrı
- Fizik Muayene
- Laboratuvar Değerlendirmesi

---

## Ağrı Değerlendirilmesinde Hedefler

- Ağrı yerini belirle
- Ağrının etiyolojisi
- Nosiseptif veya nöropatik ağrı
- Akut, kronik, akut alevlenme ile kronik
- Ağrı müdahalelerine cevap



---

## Fizik Muayene

- Gözlem
- Palpasyon
- Dinleme
- Perküsyon

---

## Laboratuvar Değerlendirmesi

Ek laboratuvar veya radyolojik değerlendirme ihtiyacı bakım amaçlarına yöneliktir.

## Ağrıyı Tekrar Değerlendirme

- Ağrıdaki değişiklikler
- Analjeziklere verilen cevap
- Ağrı skorundaki değişimlerin görünür hale gelmesi

## FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

### Nonopioid

#### Asetaminofen:

- Analjezik ve antipiretik
- Yüksek doz karaciğer fonksiyon bozukluğu
- Yaşlı bireylerde kullanımına dikkat

#### NSAI (Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar):

- Antipiretik, antiinflatuar ve analjezik
- Toksikite
- Yan etkiler

### Opioid

#### En fazla kullanılan opioidler:

- Buprenorphine
- Codeine
- Fentanyl
- Hydrocodone
- Hydromorphone
- Methadone
- Morphine
- Oxycodone
- Oxymorphone
- Tapentadol
- Tramadol

- Yan etkiler

### Adjuvan Analjezikler

#### Antikonvülsanlar:

- Nöropatik
- Gabapentin
- Pregabalin

#### Lokal Anestezikler:

- Topikal: Lidokain jeli, lidokain / prilokain kremi ve lidokain% 5 yama
- İntravenöz
- Spinal

#### Kortikosteroidler:

- Endikasyonları
- İştahı artırma
- Kas kaybı

---

## Uygulama Yöntemleri

- Oral
- Transmukozal
  - Ağız içi
  - Dilaltı
  - Burun
- Rektal
- Transdermal
- Topikal
- Parenteral
  - İntravenöz
  - İntramuskuler
  - Subkutan
- Spinal
  - Epidural
  - İntratekal

---

## Ağrı Yönetiminin İlkeleri

- Opioid doz titrasyonu
- Uzun etkili ilaçlar
- Opioid rotasyon / eş değer analjezik doz
- Bağımlılık yapan hastalık
- Girişimsel tedaviler
- Farmakolojik olmayan teknikler
- Hemşirelik rolü

---

## Opioid Doz Titrasyon İlkeleri

- Sürekli salım sağlayan ilaçlar
- Ani ortaya çıkan ağrı için anında salım
- Ani ortaya çıkan ağrı tiplerini ayırt eden

---

## Opioid Rotasyon Kullanımı

- Uygun titrasyonla bile opioid etkisiz olduğunda kullanın
- Ters etkiler yönetilemez olduğunda kullanın

---

## Eş Değer Analjezinin Prensipleri

- İlaçları veya uygulama yollarını değiştirirken eşit dozları belirle
- İlaçları değiştirirken %25 azaltın
- Morfin eşdeğerlerinin kullanımı

---

## Ağrıyı gidermek için kanser tedavileri

- Radyasyon
- Cerrahi Müdahale
- Kemoterapi
- Hormonal tedavi
- Bifosfonatlar



## PALYATİF BAKIMDA SEMPATOM YÖNETİMİ

DİSPNE VE ÖKSÜRÜK  
YÖNETİMİNDE PALYATİF BAKIM  
YAKLAŞIMLARI

### Dispne: Genel Bakış ve İnsidans

- Öznel deneyim
- En çok bildirilen semptom
- Kötü yaşam kalitesi

---

Çoğu hasta dispneyi “hayatın sonu” olarak düşünmekte ve “balığın susuz kalması” ile benzer bir olay olarak görmektedir.

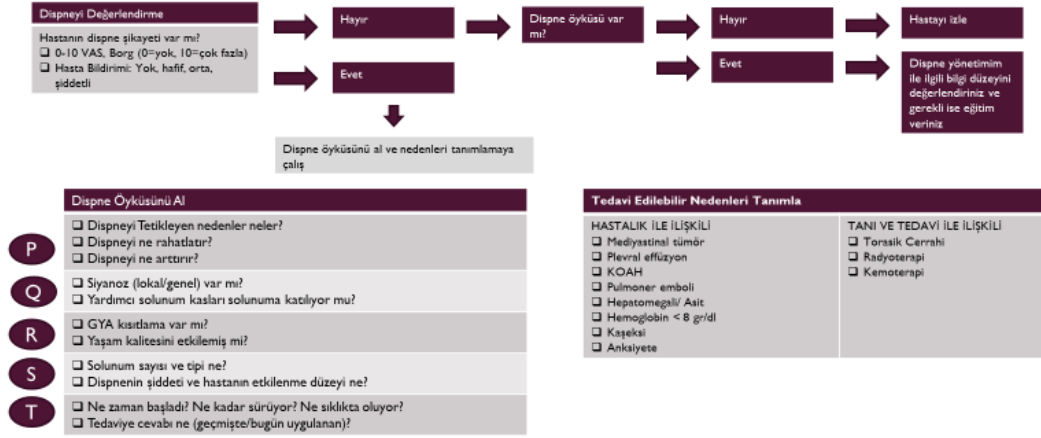
## Dispnenin Nedenleri

- Majör pulmoner nedenler
- Başlıca kardiyak nedenler
- Majör nöromusküler nedenler
- Diğer nedenleri

## Dispnenin Değerlendirilmesi

- Subjektif değerlendirme
- Klinik değerlendirme
- Fizik muayene
- Tanı testleri

### DISPNEİNİN NEDENLERİNİ TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI





---

## Dispnenin Tedavisi

- Belirtileri veya altta yatan nedenleri tedavi etmek
- Farmakolojik tedaviler
  - Opioidler
  - Nonopioidler

---

## Dispnenin Tedavisi

- Farmakolojik olmayan
- Hipoksik ise noninvazif ventilatör desteği (oksijen, pozitif basınçlı ventilasyon)
- Rehberlik
- Büzük dudak solunumu
- Enerji tasarrufu
- Fanlar, yükseklik
- Konumlandırma
- Diğer

---

## Anahtar Mesajlar

- Ağrının etkili bir biçimde giderilmesi için kapsamlı ağrı değerlendirmesi gereklidir.
- Ağrı değerlendirmesi ve tedavisini engelleyen birçok engel vardır.
- Hemşireler, hasta, ailesi ve disiplinler arası meslektaşları ile uyuşturucu ve uyuşturucu dışı müdahalelerin en uygun şekilde kullanılmasına yönelik olarak işbirliği yapmalıdır.
- Hayatın sonunda ağrı tedavisi, acı çekmeye de dikkat çeker.



## Modül-3 Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi



### PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ

PSİKİYATRİK PROBLEMLERDE  
PALYATİF BAKIM YAKLAŞIMLARI

### Psikolojik Problemler

- Depresyon
- Anksiyete
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Deliryum/ajitasyon/konfüzyon

---

## Depresyon

- Üzüntüden intihara varan yelpaze
- Genellikle tanınmayan ve yeterince tedavi edilmeyen
- Ölümcül hastalıkların % 25-77'sinde görülür
- Normal ve anormal ayırt
- Semptomların birlikteliği (kümelenme)

---

## Depresyonun Nedenleri

- Hastalıkla ilişkili
- İlaç ile ilgili
- Tedaviden kaynaklı
- Sosyal konular



---

## Depresyonun Değerlendirilmesi

- Durumsal faktörler/belirtiler
- Geçmiş psikiyatrik öyküsü
- Diğer faktörler (destek sistemi eksikliği, ağrı)

---

## İntiharın Değerlendirilmesi

- İntihar için risk faktörleri
- Hastalıktan kaynaklı fonksiyonel düşünün geçmişı
- Psikiyatrik değerlendirme

---

## Depresyonda Farmakolojik Müdahaleler

Hedef: Semptom kontrolüne odaklanın

- Antidepresanlar
- Steroidler

---

## Depresyonda Nonfarmakolojik Müdahaleler

- Özerkliği desteklemek
- Keder danışmanlığı yapmak
- Bireyin güçlü yanlarını ortaya çıkarmak
- Bilişsel stratejileri kullanmak

---

## Anksiyete

- Endiŕe hissi
- Genellikle belirli bir sebep olmadan
- Hafif, orta ve Şiddetli olarak kategorize

---

## Anksiyetenin Nedenleri

- Fizyolojik değişiklikler
- İlaçlar
- Önceden var olan kaygı
- Belirsizlik

---

## Anksiyetenin Değerlendirilmesi

- Fiziksel belirtiler
- Bilişsel belirtiler
- Değerlendirme soruları

---

## Anksiyetede Farmakolojik Müdahaleler

- Benzodiazepinler (örneğin Diazepan)
- Antikonvülsanlar (örn. Karbamazepin)



---

## **Anksiyetede Nonfarmakolojik Müdahaleler**

- Empatik dinleme
- Güvence ve destek
- Somut bilgi/uyarı
- Gevşeme

---

## **Deliryum/Ajitasyon/Konfüzyon**

- Deliryum - Bilif/farkındalıkta akut değifim
- Ajitasyon - Deliryum ile eşlik eder
- Konfüzyon- Disoryantasyon, uygunsuz davranif, halüsinasyonlar

---

## Deliryum/Ajitasyon/Konfüzyon: Nedenleri

- İlaçlar
- Enfeksiyon
- Hipoksemi
- Mesane distansiyonu
- İnanılmayan ağrı
- Diğer

---

## Deliryum/Ajitasyon/Konfüzyon: Değerlendirilmesi

- Fizik muayene
- Geçmiş öyküsü
- Manevi sıkıntı
- Diğer belirtiler

---

## Deliryum/Ajitasyon/Konfüzyon:Tedavi

- Güvenliği koruma
- Farmakolojik
  - Nöroleptikler
  - Yan etkileri izleme
  - Gerekli olmayan/katkıda bulunan ilaçları ortadan kaldırın
- Reoryantasyon
- Rahatlama/oyalama
- Hidrasyon





## PALYATİF BAKIMDA SEMPTOM YÖNETİMİ

GASTROİNTESTİNAL PROBLEMLERDE  
BAKIM YAKLAŞIMLARI

- BULANTI KUSMA
- ANOREKSİYA/KAŞEKSI
- DİYARE
- KONSTİPASYON
- AĞIZ KURULUĞU (KSEROSTOMİ)

### BULANTIVE KUSMA

- Görülme sıklığı
- Etyolojisi
- Etkileri

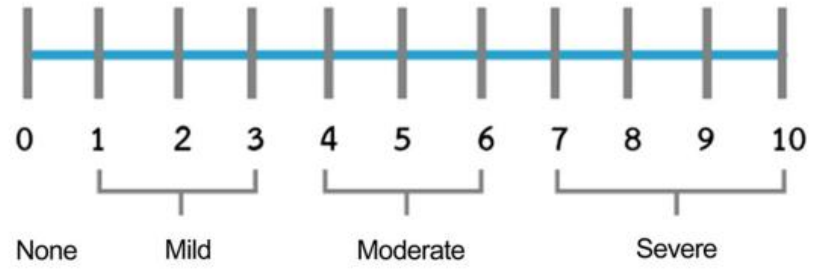
---

## Bulantı ve Kusmanın Nedenleri

- Fizyolojik
- Psikolojik
- Hastalıkla ilişkili
- Tedavi alakalı
- Diğer

---

## Sayısal Tanılama Ölçeği (NRS)



## BULANTI-KUSMANIN NEDENLERİNİ TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI

### Bulanti-Kusmayı Değerlendirme

Hastalarda bulanti ve kusmanın varlığı hasta ile yapılan her görüşmede "Bulanti-kusmanız var mı?" sorusu sorularak değerlendirilmelidir.

- NRS (0=yok, 10=çok fazla)
- Hasta Bildirimi: Yok, hafif, orta, şiddetli

### Bulanti-Kusma Düzeyi

NRS'ye göre: 0-3

Hasta bildirimi: Yok-hafif

### Bulanti-Kusma Düzeyi

NRS'ye göre: 4-10

Hasta bildirimi: Orta-şiddetli

Her ziyarette bulanti-kusmanın varlığı değerlendirilmeli ve izlenmeli

Bulanti-kusma öyküsünü al ve nedenleri tanımlamaya çalış

### Bulanti ve Kusma Öyküsünü Al

- P**  Bulanti-kusmayı tetikleyen nedenler neler?
- Rahatlatıcı ve kötüleştirici yaklaşımlar neler?
- Q**  Bulanti-kusma dirençli mi, aralıklı mı, akut veya kronik mi?
- R**  GYA kısıtlama var mı?
- Öz-bakımda kısıtlama var mı?
- S**  Bulanti-kusma sayısı ne ve şiddeti nasıl?
- Dehidrasyon bulguları var mı?
- T**  Ne zaman başladı? Ne kadar sürüyor? Ne sıklıkta oluyor?
- Tedaviye cevabı ne (geçmişte/bugün uygulanan)?

### Tedavi Edilebilir Nedenleri Tanımla

- Hastalığın durumunu ve eşlik eden diğer sağlık sorunlarını değerlendir
- İleri evre metastatik kanser hastalığı
  - Santral sinir sistemi tutulumu
  - Ciddi konstipasyon/dişi tıkanması
  - Metabolik anormallikler
- Hastaya uygulanan tedaviler ile ilişkisini incele
- Emetojenite düzeyi yüksek kemoterapi
  - Kranyal/Gastrointestinal radyoterapi
  - Opioid ilaç kullanımı

- Bulanti-kusmayı tetikleyen semptomları tanımla
- Bağırsak obstrüksiyonu
  - Emosyonel distres
  - Gastrit
- Beslenme durumuna etkisini tanımla
- Kilo/kalori dengesini değerlendir
  - Sıvı elektrolit dengesizliklerini tanımla: sodyum, potasyum

## Bulanti ve Kusmanın Değerlendirilmesi

- Fizik Muayene
- Geçmiş Öyküsü
- Laboratuvar Bulguları
- Dehidrasyon

---

## **Bulanti ve Kusmanın Farmakolojik Tedavisi**

- Antikolinergikler
- Antihistaminikler
- Steroidler
- Prokinetik ajanlar

---

## **Bulanti ve Kusmanın Nonfarmakolojik Tedavisi**

- Oyalanma/gevşeme
- Diyet
- Küçük lokmalarla yavaş beslenme
- İnvaziv tedaviler

## ANOREKSİYA/KAŞEKSI

- Anoreksiya: iştah kaybı
- Kaşeksi: beslenme azlığı
- İleri evre kanserli bireylerde, ağrı, yorgunluk ve halsizlikten sonra sık görülen 4. semptomdur.

## Anoreksiya ve Kaşeksinin Nedenleri

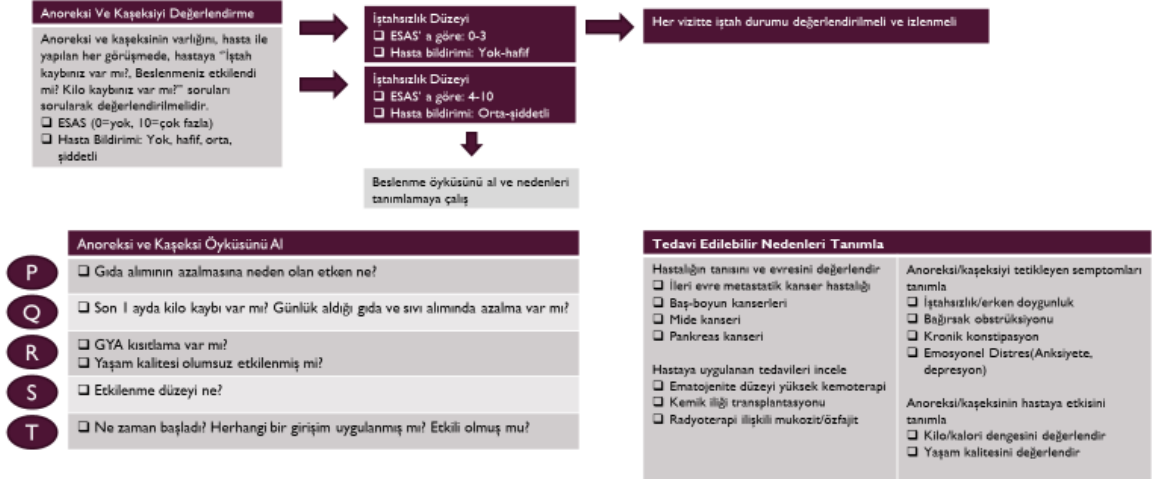
- Birincil neden: araştırılmakta
- Hastalıkla ilişkili
- Psikolojik
- Tedavi ile ilgili



## Kaşeksinin Sınıflandırılması

Prekaşeksi	Kaşeksi	Refrakter Kaşeksi
Normal <span style="float: right;">Ölüm</span>		
Kilo kaybı $\leq 5\%$ Anoreksi ve metabolik değişiklikler var	Kilo kaybı $>5\%$ ya da VKİ $<20$ ve kilo kaybı $>2\%$ ya da sarkopeni ve kilo kaybı $>2\%$ Genellikle gıda alımı azalmış/enflamasyon var	Değişik düzeyde kaşeksi Prokatabolik ve tedavi yanıtız kanser Düşük performans skoru Beklenen yaşam süresi $<3$ ay

## ANOREKSİ VE KAŞEKİ NEDENLERİNİ TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI



---

## Anoreksiya ve Kaşeksinin Değerlendirilmesi

- Fiziksel bulgular
- Yaşam kalitesi üzerine etkisi
- Kalori sayımı/günlük ağırlık
- Laboratuvar testleri



---

## Anoreksiya ve Kaşeksinin Tedavisi

- Beslenme danışmanlığı
- İlaçlar
- Parenteral/enteral beslenme
- Koku kontrolü
- Rehberlik

## DİYARE










- Bağırsakta sıvı içeriğinin artmasıyla gaitanın 200 g/gün üzerine çıkan
- Bağırsak sesleri dakikada 3 ve üzeri olan
- Gevşek, şekillenmemiş dışkı

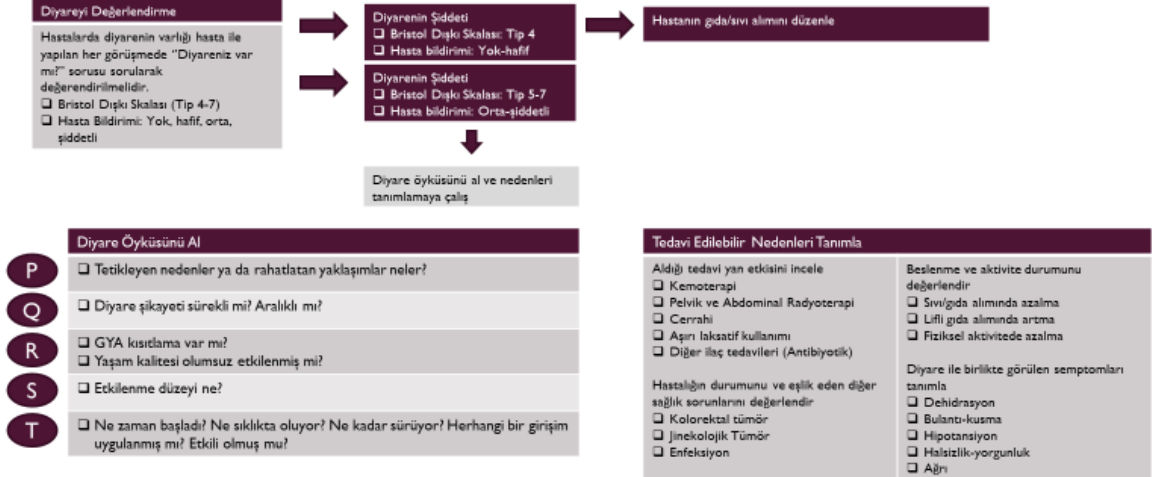
### Diyarenin Nedenleri

- Hastalıkla ilişkili
- Kötü emilim
- Eşzamanlı hastalıklar
- Psikolojik
- Tedavi ile ilgili

## BRISTOL DIŞKI SKALASI

	Tip 1	Ayrık sert parçalar	Aşırı kabız
	Tip 2	Hafif parçalı ve sosis gibi	Hafif kabız
	Tip 3	Sosis gibi ve yüzey çatlaklı	Normal
	Tip 4	Pürüzsüz, yumuşak sosis veya yılan gibi	Normal
	Tip 5	Düzgün kenarlı, yumuşak parçalar	Yetersiz lif
	Tip 6	Dağınık kenarlı, peltemsi kıvam	İnflamasyon
	Tip 7	Katı parça içermeyen sıvı kıvam	İnflamasyon

## DIYARENİN NEDENLERİNİ TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI



---

## Diyarenin Değerlendirilmesi

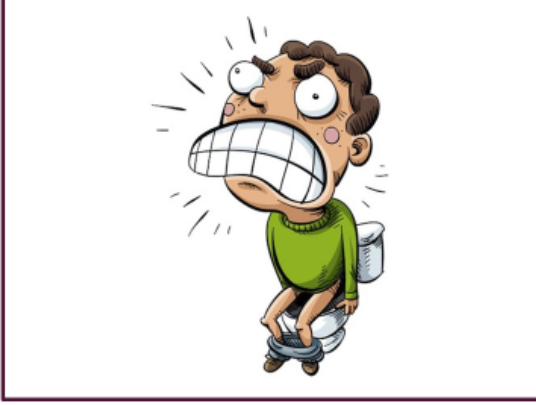
- Bağırsak geçmişi
- İlaç incelemesi
- Enfeksiyon süreçleri

---

## Diyarenin Tedavisi

- Altta yatan nedene yönelik tedavi
- Diyet değişiklikleri
- Hidrasyon
- Farmakolojik ajanlar

## KONSTIPASYON

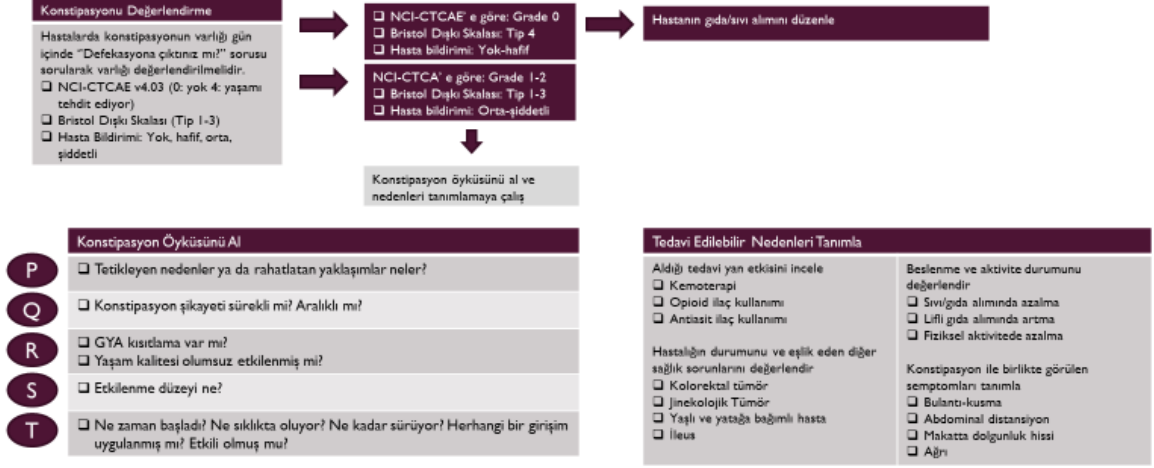


- Bağırsak peristaltizminde azalma
- Karında şişkinlik hissi
- Sık olmayan veya zorlu dışkılama

### Konstipasyonun Nedenleri

- Hastalık ile ilgili
- Tedavi ile ilgili

## KONSTİPASYONUN NEDENLERİNİ TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ALGORİTMASI



## Konstipasyonun Değerlendirilmesi

- Bağırsak öyküsü
- Karın değerlendirmesi
- Rektal tuşe ile değerlendirme
- İlaç incelemesi

## Konstipasyonun Tedavisi

- İlaçlar
- Diğer yaklaşımlar
- Önleme

## AĞIZ KURULUĞU (KSEROSTOMİ)

- Kuru ağız
- Çiğneme, yutma ve konuşma güçlüğü
- İlaçlar, radyasyon, sistemik hastalıklar ve **uzun süreli IV tedavi**



## Modül-4 Palyatif Bakımda İletişim ve Etik



### PALYATİF BAKIMDA ETİK VE KÜLTÜREL KONULAR

İLETİŞİM  
ETİK KONULAR

## İLETİŞİM



Hastanın iletişim ihtiyaçları

## İLETİŞİMDEN YA DA İLETİŞİMSİZLİKTEN ETKİLENEN 3 YOLCULUK

### İzole Yolculuk

- Hospis/palyatif bakım yokluğu

### Kurtarılan Yolculuk

- Hospise/palyatif bakıma sevk yoluyla izole yolculuktan kurtarma

### Konforlu Yolculuk

- Palyatif bakım, daha sonra hospis

## Hasta/Aile Beklentileri

- İlişki kurmak
- Dürüst olunması
- Elverişli değerler ve hedefler
- Aileyi ve hastayı bilgilendirmek
- Ekiple iletişim kurmak
- Dinlemek için zaman ayırmak
- Güvenli alan sağlamak

---

## Hasta/Aile İletişim

Bireyselliği tanıma

- Sözcüklerin altında yatan anlamlar
- Hemşirenin Rolü

Hastalıktan önceki hayatı anlama

- Dışsallaştırma
  - Hemşirenin Rolü
- 

---

## Hasta/Aile İletişim

- Hasta/ailenin ne kadar bilmek istediğini sorun
- Aile toplantıları başlatın
- Hastalığın ilişkileri güçlendirebileceğini veya zayıflatabildiğini unutmayın
- Gelişim çağındaki çocuklarla temel iletişim

---

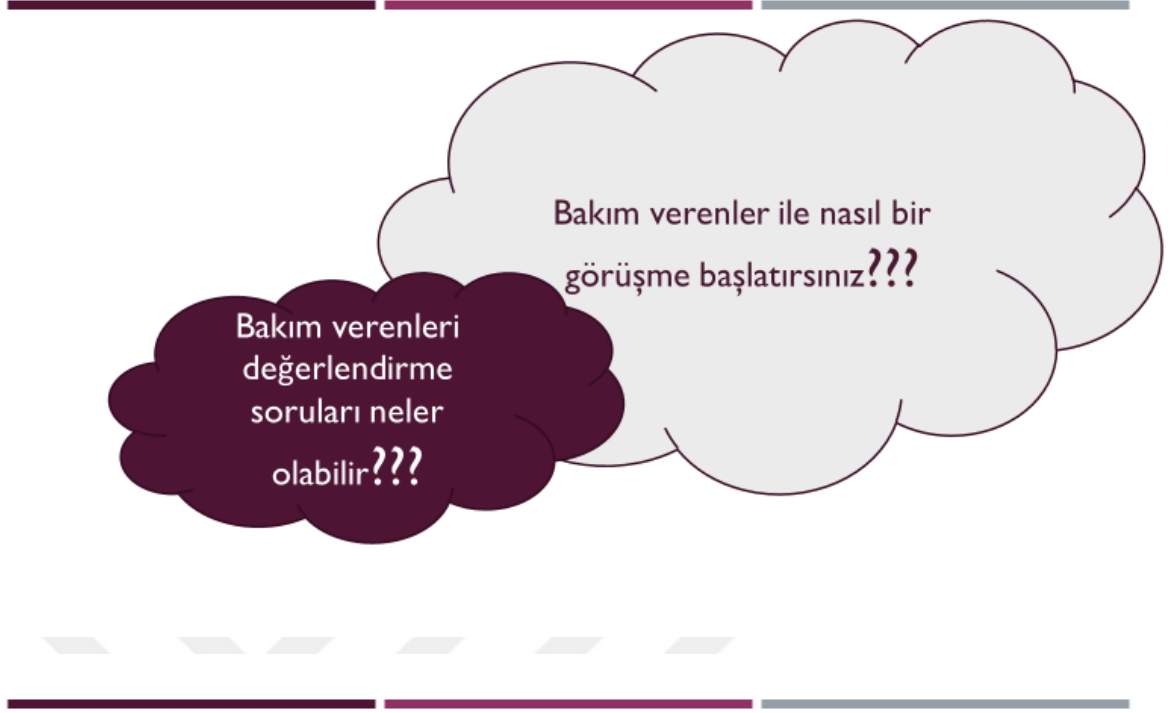
## İletişimde Engeller

- Ölüm korkusu
- Tecrübe eksikliği
- Duygulardan kaçınma
- Duyarsızlık
- Suçluluk duygusu
- Umudunu koruma arzusu
- Kararlarla anlaşmazlık
- Kültürü veya hedefleri anlama eksikliği
- Rol ilişkileri
- Kişisel üzüntü
- Etik kaygılar
- Bilme korkusu

---

## Prognozla ilgili iletişimin Önündeki Engeller

- Algılanan risk
- Kopuk bağlantı
- Belirsizlik
- Rahatsızlık



## Kültürel Düşünceler

- Kültür insan davranışlarını yaygınlaştırır/ele geçirir
- Hiyerarşik yapı
- Kültürel alçakgönüllülük

---

## Sözlü ve Sözsüz İletişim

- Vücut dili, göz teması, jestler, ses tonu içerir.
- İletişimin %80' i sözel olmayan.

---

## Konuşmaya Teşvik Edici Öneriler

- Doğru atmosferi ayarlamak
- Hasta/aile konuşmak ister mi?
- Dikkatli dinleme

---

## **Palyatif Bakımda Etik Sorunlara Yanıt Verme**

- Etik ikilemlere sık rastlanır
- Aile ve sosyal yaşantıda ki değişiklikler bakım karmaşıklığına neden olur
- Hastaların bilinçli kararlar almasına yardımcı olunmalıdır

---

## **Hemşirelikte Yaygın Etik İkilemler**

- Ötenazi, Yardımlı İntihar ve Ölümde Yardım
- Hemşirelik Bakımı ve Resüsitasyon ve Doğal Ölüm Kararlarına İzin Verme
- Devam Eden Beslenme ve Hidrasyon
- Hayat Sonunda Uzman Bakım ve Danışmanlık Sağlamada Hemşirelerin Roller ve Sorumlulukları

---

## **Palyatif Bakımın Etik/Yasal Yönleri**

Hedefler, tercihler ve seçimlere saygı gösterilmelidir.  
Palyatif bakımın sağlanması profesyonel yasalara ve düzenlemelere uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

---

## **Profesyonel Hemşirelikte Uygulama Standartları**

- Uygulama kapsamı ve bakım standartları
- Etik davranış kuralları
- Yaşam sonu/palyatif uygulaması için rehberlik
- ANA ve HPNA Standartları



---

## Örgütsel Etik

Etik sorunları çözmek için mekanizmalar;

- Etik danışma
- Etik kurullar
- Eğitim
- Politika geliştirme
- Vaka danışmanlığı

---

## Etik İlkeler

- Özerklik
- Yarar Sağlama
- Zarar vermeme
- Adalet

---

### İletişim ve Paylaşılan Karar Verme Sorunları

- Ortaya çıkarma
- Gizlilik
- Bilgilendirilmiş onam
- Karar verme kapasitesi

---

### Palyatif Bakımda Etik Sorunlar

- Yaşamın uzaması
- Tıbbi müdahaleleri durdurulması
- DNR/kod durumu
- Tıbbi yararsızlık

---

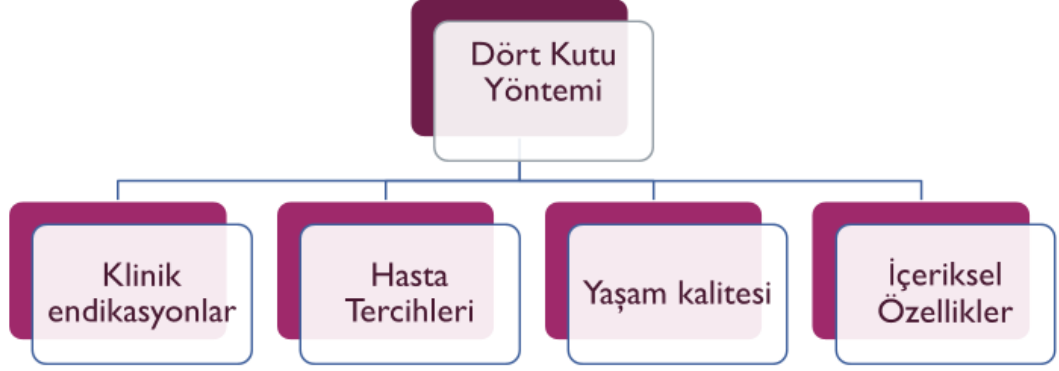
## Palyatif Bakımda Etik Sorunlar

- Çift etki prensipleri
- Yardımlı ölüm
- Ötenazi
- Araştırma-yönetmelikler

---

## Koruyucu Etik

- Çatışmaların oluşumunu proaktif olarak önleme
- Sorunların erken tanımlanmasına yardımcı olma
- Birçok hastalığın doğal gelişimine dair bilgi sahibi olma
- Hasta/ailesinin isteklerini anlama
- Kültür ve maneviyata dikkat etme
- İletişim becerilerini geliştirme



## Dört Kutu Yöntemi: Klinik Endikasyon

- Müdahale ve buna karşı göstergeler
- Bakım hedefleri
- Yaygın etik ikilemler

---

## **Dört Kutu Yöntemi: Hasta Tercihleri**

- Çatışma şansını azaltan sürekli, dinamik bir değerlendirme süreci
- Kültürel, etnik ve yaşa bağlı farklılıklar
- Yaygın etik ikilemler

---

## **Dört Kutu Yöntemi:Yaşam Kalitesi**

- Önceki yaşam kalitesinin değerlendirilmesi
- Beklenen ve tedavi edilmeyen yaşam kalitesi
- Yaşam kalitesini ele alan ortak etik ikilemler

---

## Dört Kutu Yöntemi: İçeriksel Özellikler

- Sosyal, yasal, ekonomik ve kurumsal koşullar
- İçerik özellikleri belirlenmeli ve değerlendirilmeli
- Yaygın etik ikilimler

---

## SONUÇ

- Palyatif bakımdaki hemşireler etik bir algılama, söylem ve karar verme sürecinde aktif olarak görev almalıdır.
- Etik ilkelerin uygulanması, yaşamın sonundaki karmaşık etik ikilemlere en iyi çözümleri bulmaya yardımcı olabilir.
- Etik süreç, değerlere değinerek ve ilgili kişilerin ihtiyaçlarını anlayarak karar vermede denge arayışının bir yoludur.
- Palyatif bakımda hemşireler, hastaların ve ailelerinin haklarını aramalarını ve onların bilinçli karar alarak haklarının peşinden koşmaları için danışmanlık yapma sorumluluğuna sahiptir.
- Palyatif bakım hemşireleri, hayat sonu/palyatif bakımdaki etik sorunları gidermek için diğer disiplinlerle yakın işbirliği içinde çalışırlar.

## 8.2. EK 2 Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Yaşınız: .....

2. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz:

Evli Bekar

4. Eğitim durumunuz:

Lise Üniversite Yüksek Lisans

5. Çalıştığınız birim:

Onkoloji Servisi

Diğer.....

6. Meslekte çalışma süreniz: ..... yıl ..... ay

7. Bulduğunuz birimde çalışma süreniz: ..... Yıl

..... ay

8. Palyatif bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?

Evet Hayır

Cevabınız evet ise bu eğitimin süresi ne kadardı? ..... Gün

..... Saat

Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Lisans eğitimi sırasında

Kongre/Sempozyum/Seminer

Hizmet içi eğitim

Oryantasyon eğitimi

Kitap/dergi

İnternet

Diğer.....

### 8.3. EK 3 Palyatif Bakım Bilgi Testi

	PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1	Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.			
2	Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.			
3	Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.			
4	Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.			
5	Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.			
6	Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin* ya da buprenorfin hidroklorür** opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır			
7	Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.			
8	Opioidlerin kullanımı sağkalım süresini etkilemez.			
9	Morfin kanser hastalarında dispneyi hafifletmek için kullanılmalıdır.			
10	Opioidler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.			
11	Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.			
12	Antikolinergik ilaçlar veya skopolamin hidrobromür,*** ölmek üzere olan hastaların bronşiyal sekresyonlarının azaltılmasında etkilidir.			
13	Yaşamın son günlerindeki elektrolit dengesizliğiyle ilişkilendirilen uyuşukluk, sersemlik hali hastanın rahatsızlığını, huzursuzluğunu azaltır.			
14	Benzodiyazepinler deliryumun kontrol edilmesinde etkilidir.			
15	Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur.			
16	Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.			
17	Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.			
18	Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.			



19	İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.			
20	Ölmek üzere olan hastalarda, intravenöz infüzyon ağız kuruluşunu azaltmada etkili olmayacaktır.			

- \* Benzomorfan türevi sentetik opioid grubundan bir ilaçtır (Sosegon amp./tb. gibi.)
- \*\* Narkotik opioid grubu ilaçlardır. (Suboxone dil altı tb. , temgesic amp. gibi.)
- \*\*\* Anesteziklerin sebep olduğu aşırı salivasyon (tükrük salgısı) ve bronş sekresyonlarını inhibe etmede kullanılan ilaçlardır.  
(Skopolamin hidrobromür amp. gibi.)



## 8.4. EK 4 Ölçek İzin Yazısı

25.08.2019

Koc University Posta - Palyatif Bakım Bilgi Testi İzin



MERZİYE ALTAY <maltay16@ku.edu.tr>

### Palyatif Bakım Bilgi Testi İzin

6 İlet

**MERZİYE ALTAY** <maltay16@ku.edu.tr>  
Alıcı: aseven@sakarya.edu.tr, hsert@sakarya.edu.tr

20 Şubat 2018 12:58

Sayın Havva SERT ve Sayın Ahmet SEVEN,

Koç Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans yapmaktayım. Yüksek lisans tezimde geçerlik ve güvenilirliğini çalıştığınız Palyatif Bakım Bilgi Testi' ni izniniz olursa kullanmak istiyorum.

Saygılar

**Ahmet Seven** <aseven@sakarya.edu.tr>  
Alıcı: MERZİYE ALTAY <maltay16@ku.edu.tr>

20 Şubat 2018 22:03

Merhaba Sayın Altay,  
Türkçe geçerliğini yaptığımız ölçeği ekte gönderdiğim makaleyi çalışmalarınızda referans göstermek koşuluyla kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar diliyorum. İyi çalışmalar...  
<http://www.journalcra.com/archive/201705>

20 Şubat 2018 13:58 tarihinde MERZİYE ALTAY <maltay16@ku.edu.tr> yazdı:  
[Anlaşılabilir metin gösterildi]

Arş. Gör. Ahmet SEVEN  
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
+90.264.295.66.25

22802.pdf  
243K

## 8.5. EK 5 ETİK KURUL İZİN YAZISI

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ

### ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	07.06.2018
Karar No:	2018.159.IRB3.115
Sorumlu Araştırmacı:	Merziye Altay
Araştırma Başlığı:	Onkoloji Hastalarına Bakım Veren Hemşirelere Yönelik Verilen Palyatif Bakım Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri Üzerine Etkisi
Başlangıç tarihi:	10.06.2018
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz “**Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu**” tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

#### Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer  
Başkan

## 8.6. EK 6 Şişli Florence Nightingale Hastanesi Kurum İzni



SAYI: İDR 2018-811  
KONU: Anket Hk.

TARİH: 27.11.2018

T.C.  
KOÇ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Merziye ALTAY' ın "Onkoloji Hastalarına Bakım Veren Hemşirelere Yönelik Palyatif Bakım Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu ve ölçeğini hastanemizde uygulayarak gerçekleştirmesi uygundur.  
Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Dr. Okan ÖZÇEKER  
Başhekim



## 8.7. EK 7 Koç Üniversite Hastanesi Kurum İzni

Devatpepa Caddesi No:4 Topkapı 34010 İstanbul T: 0850 250 8 250 F: 0212 311 34 10 www.ku.hj.u.edu.tr



8.10.2018

Sayı : HHM 8102018  
Konu : Araştırma İzni

### Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne

Hemşirelik Yüksek Lisans Programında öğrenim gören Merziye Altay'ın HSGN 599 nolu Yüksek Lisans Tez Çalışması kapsamında, "Onkoloji Hastalarına Bakım Veren Hemşirelere Yönelik Palyatif Bakım Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri Üzerinde Etkisi" başlıklı araştırmayı Dr. Öğr. Üyesi Kader Tekkaş danışmanlığında, Koç Üniversitesi Hastanesi'nin Onkoloji Servislerinde yapabilmeleri konusunda tarafımıza iletilen izin isteği uygun görülmüştür.

Saygılarımla,

  
Berrin Bulut Cepni  
Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi

NC/310

## 8.8. EK 8 Aydınlatılmış Onam Formu

Koç Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Merziye ALTAY tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın 2018.159.IRB3.115 sayılı onayı ile izin verilen, Onkoloji Hastalarına Bakım Veren Hemşirelere Yönelik Verilen Palyatif Bakım Eğitiminin Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri Üzerine Etkisi başlıklı araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

Bu araştırma günlük yaşıntıda karşılaşılabilecek risklerden farklı bir risk taşımamaktadır.

Bu araştırmanın olası yararı olarak hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi düzeyinin artacağı öngörülmektedir.

### ÇALIŞMANIN AMACI

Bu çalışmada onkoloji servislerinde çalışan, kanser hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerine olan etkisini belirlemek amaçlanmaktadır.

### PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir:

Bu araştırmada size 4 saatlik hemşireler için palyatif bakım eğitimi verilecek olup öncesinde Sosyodemografik Tanılama Formu ve Palyatif Bakım Bilgi Testi uygulanacaktır. Daha sonra sizlerden ad, soyad ve e posta adresi alınacak olup bu e-posta aracılığı ile son testin yapılacağı tarih ve yer bilgisi verilecektir. 4 hafta sonra son test olarak Sosyodemografik Tanılama Formu ve Palyatif Bakım Bilgi Testi uygulanacaktır. Formların doldurulması 5-8 dk sürecektir.

### GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Sizlerden alınan kimlik bilgileri veri toplama formlarından bağımsız bir dosyada ve sadece araştırmacının erişeceği şifreli bir bilgisayarda tutulacaktır.

## KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir. Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir anda sahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir yaptırıma maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

## ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Araştırmacı: Merziye ALTAY e posta: [maltay16@ku.edu.tr](mailto:maltay16@ku.edu.tr)

Danışman. Dr. Öğretim Üyesi Kader Tekkaş Kerman [ktekkas@ku.edu.tr](mailto:ktekkas@ku.edu.tr)

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı:

Katılımcı imzası:

Tarih:

Araştırmacı Adı-Soyadı

Katılımcı imzası:

Tarih:

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı-soyadı: Merziye ALTAY

Doğum tarihi: 08.06.1994

Yabancı dil bilgisi: İngilizce

Görev Adı yeri: Şişli Florence Nightingale Hastanesi

E-posta adresi: merziye.altay@windowslive.com

Telefon: 05317026981

### B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Mezun olduğu üniversite/fakülteyi lütfen belirtiniz: Demiroğlu Bilim Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

Mezuniyet tarihini lütfen yıl olarak belirtiniz: 2016

Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz:-

### C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları lütfen belirtiniz: Şişli Florence  
Nightingale Hastanesi-Halen

### D. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

Adı soyadı: Merziye ALTAY

Tarih (gün/ay/yıl olarak): 27/08/19