

**KOÇ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOLCABA'NIN KONFOR KURAMINA  
TEMELLENDİRİLMİŞ HEMİRELİK  
PROGRAMLARININ YAŞAM SONU  
DÖNEMDEKİ HASTALARIN KONFOR  
DÜZEYİNE VE YAŞAM KALİTESİNE  
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**Hemirelik Programı**

**DOKTORA TEZİ**

**K. NİLAY GENÇ**

**TEZ DANIŞMANI : Doç. Dr. Ayfer AYDIN**



Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemirelik Anabilim Dalı, Doktora/Yüksek Lisans programı öğrencisi K. Nilay GENÇ, 'Kolcaba'nın Konfor Kuramına Temellendirilmiş Hemirelik Girişimlerinin Yaşam Sonu Dönemdeki Hastaların Konfor Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi' konulu Doktora/Yüksek Lisans tezini 19.6.2019 tarihinde başarıyla tamamlandı.



## TE EKKÜR

Doktora e itimim sürecinde bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren de erli hocam merhume Prof. Dr. Aysel BADIR hocama,

Doktora tezim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve deste ini esirgemeyen tez danı manım ve de erli hocam Doç Dr. Ayfer AYDIN'a,

Tez projesine bilgi, deneyim ve dü ünceleri ile yol gösteren de erli hocalarım Prof. Dr. Gülbeyaz CAN, Doç. Dr. eyda ÖZCAN'a,

Bakırköy Dr. Sadi Konuk E itim ve Ara tırma Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi Ekibi'ne,

E itimim boyunca deste ini esirgemeyen ba ta de erli e im ve o lum olmak üzere tüm aileme, çalı ma arkada larıma te ekkür ediyorum.

## BEYAN

Bu tez çalı masının kendi çalı mam oldu unu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dı ı bir davranı ımın olmadı ını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde etti imi, bu tez çalı ması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdi imi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldı ımı, yine bu tezin çalı lması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranı ımın olmadı ını beyan ederim.

K. Nilay GENÇ

<b>Ç NDEK LER</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>TABLO D Z N</b>	X
<b>EK L D Z N</b>	X
<b>KISALTMALAR</b>	X
<b>ÖZET</b>	X V
<b>ABSTRACT</b>	XV

<b>1. G R VE AMAÇ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Ara tırmanın Amacı	3
1.3. Ara tırmanın Soruları ve Hipotezleri	4
<b>2. GENEL B LG LER</b>	<b>4</b>
2.1. Konfor Kavramı ve Konfor Kuramı	4
2.2. Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları	4
2.3. Kolcaba'nın Kuramı Geli tirirken Yararlandı ı Varsayımlar	6
2.4. Konfor Kuramının Önergeleri	6
2.5. Konfor Kuramında Kullanılan Temel Hem irelik Kavramları	7
2.6.Konfor Kuramının Uygulamada Kullanımı	7
2.7.Ya am Sonu Bakım	9
2.8.Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmı Ya am Sonu Bakım	11
2.9. Ya am Sonu Dönemde Konforun Fiziksel Boyutu	12

2.9.1. Akut ve Kronik Ağrı	12
2.9.2.Yorgunluk	13
2.9.3.Dispne	14
2.9.4.Bulantı ve Kusma	15
2.9.5.Konstipasyon	16
2.9.6.Diyare	17
2.9.7.Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık	18
2.9.8. Gereksiniminden Az Beslenme	18
2.9.9.Üriner Boşaltımda Bozulma (Üriner inkontinans)	19
2.10. Yaşam Sonu Dönemde Konforun Psikospiritüel Boyutu	20
2.10.1.Deliryum	22
2.10.2. Anksiyete	23
2.10.3. Depresyon	24
2.10.4. Korku	25
2.10.5.Spiritüel Distress	25
2.10.6.Ümitsizlik	26
2.10.7.Bedenimgesinde Bozulma	27
2.11.Yaşam Sonu Dönemde Konforun Sosyokültürel Boyutu	29
2.11.1.Sosyal izolasyon	29
2.11.2.Yalnızlık Riski	30
2.11.3.Sosyal Etkileşimde Bozulma	30
2.11.4.Etkisiz Toplumsal Bağlanma	31
2.12. Yaşam Sonu Dönemde Konforun Çevresel Boyutu	31
2.12.1. Enfeksiyon Riski	31

2.12.2. D�me Riski	31
2.12.3.Yaralanma Riski	32
2.13. Ya am Sonu Dönemde Ya am Kalitesi	33
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>35</b>
3.1. Ara tırmanın tipi	35
3.2. Ara tırmanın yeri ve zamanı	35
3.3. Ara tırmanın evreni ve �rnekleme	35
3.4. Ara tırmanın de i kenleri	36
3.5. Veri toplama araçları	37
3.6. Veri Toplama Yöntem ve Süreci-Ara tırma Planı	39
3.7. Verinin De erlendirilmesi	42
3.8. Ara tırmanın Sınırlılıkları	43
3.9. Verilerin Toplanması ile lgili Etik Konular	43
<b>4. BULGULAR</b>	<b>44</b>
4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı �zelliklerinin Kar ıla tırılmasına li kin Bulgular	45
4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Genel Konfor Düzeylerine li kin Bulgular	46
4.2.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların GK� Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup i Kar ıla tırılmasına li kin Bulgular	46
4.2.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Genel Konfor Düzeylerine li kin Bulgular	47



4.2.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Konfor Boyutlarının Kar ıla tırılmasına li kin Bulgular	49
4.3. Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastaların Genel Ya am Kalitesi Düzeyinin Gruplar Arası Ve Grup ç i Kar ıla tırılmasına li kin Bulgular	52
<b>5. TARTI MA</b>	<b>53</b>
5.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların GKÖ Puan Ortalamalarının Kar ıla tırılması	53
5.2. GKÖ Fiziksel Konfor Boyutunun ncelenmesi	54
5.3. GKÖ Psikospiritüel Konfor Boyutunun ncelenmesi	55
5.4. GKÖ Çevresel Konfor Boyutunun ncelenmesi	56
5.5. GKÖ Sosyokültürel Konfor Boyutunun ncelenmesi	57
5.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Genel Ya am Kalitesi Ölçe i (EQ-5D) Puan Ortalamasının Kar ıla tırılması	58
<b>6. SONUÇ VE ÖNER LER</b>	<b>60</b>
<b>7. KAYNAKLAR</b>	<b>62</b>
<b>8. EKLER</b>	<b>73</b>

TEZ TESLİM KONTROL FORMU

ÖN Dİ KAPAK

Bo sayfa

Ç KAPAK TEZ ONAYI (Jüri üyeleri ve Sınav günü hariç diğer bilgiler yazılmı olacak)

BEYAN (Aday tarafından imzalanmı )

TE EKKÜR

Ç NDEK LER

TABLolar D Z N

EK LLER D Z N

KISALTMALAR D Z N

ÖZET

ABSTRACT

G R VE AMAÇ

GENEL B LG LER

GEREÇ VE YÖNTEM

BULGULAR

TARTI MA

KAYNAKLAR

FORMLAR (VER /KAYIT FORMLARI/ANKET FORMLARI/vd)

ET K KURUL KARARI KOPYASI

PATENT HAKKI ZN KOPYASI (Varsa)

TEL F HAKKI ZN KOPYASI (Gerekliyse)

ÖZGEÇM

ARKA DI KAPAK

Yukarıda yazılı bölümlerin tümü tez içinde yer almaktadır.

Danı man: Adı Soyadı, mza, Tarih

**TABLO D Z N****Sayfa No**

<b>Tablo 2.2</b> Konfor Kuramın Düzey ve Boyutları (Taksonomik Yapısı)	5
<b>Tablo 3.5</b> GKÖ Düzey ve Boyutlarının Ölçek Maddelerine Göre Belirtilmesi	36
<b>Tablo 3.7</b> Verilerin De erlendirilmesi	42
<b>Tablo 4.1</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Da ılımı	45
<b>Tablo 4.2.1</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların GKÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup içi Kar ıla tırılması	46
<b>Tablo 4.2.2</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Konfor Düzeylerinin Kar ıla tırılması	47
<b>Tablo 4.2.3</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Konfor Boyutlarının Kar ıla tırılması	49
<b>Tablo 4.3</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Genel Ya am Kalitesi Ölçe i (EQ-5D) Puan Ortalamalarının Kar ıla tırılması	52

## EK LLER D Z N

## Sayfa No

<b>ekil 2.8</b> Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemirelik Tanıları	11
<b>ekil 3.6</b> Ara tırma Planı	39



## KISALTMALAR D Z N

GKÖ

Genel Konfor Ölçe i

EQ-5D (Euroqool – 5D)

Genel Ya am Kalitesi Ölçe i



## ÖZET

### **GENÇ, Nilay K. Kolcaba'nın Konfor Kuramına Temellendirilmi Hem İrelik Giri İmlerinin Ya am Sonu Dönemdeki Hastaların Konfor Düzeyine ve Ya am Kalitesine Etkisinin ncelenmesi**

**Amaç:** Ara tırma, Kolcaba'nın konfor kuramına göre temellendirilmi , hem irelik giri imlerinin ya am sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve ya am kalitesine etkisini saptamak amacıyla ba ımsız gruplarda ön test son-test kontrol gruplu yarı deneysel olarak gerçekleştirilmi tir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalı manın örneklemini Eylül 2017–Eylül 2018 tarihleri arasında palyatif bakım ünitesinde yatan 25-70 ya arası, en az ilkokul mezunu, ileti im kurulabilen, en az iki hafta üniteye yatan ve çalı mayı kabul eden 30 deney, 30 kontrol grubunda olmak üzere 60 hasta olu turmu tur. Deney grubundaki hastalara Kolcaba'nın konfor kuramına özgü hazırlanmı olan hem irelik bakım planına göre bakım verilirken, kontrol grubundaki hastalar kuruma özgü standart bakım almı lardır. Sonuçlar genel konfor ölçe i ve genel ya am kalitesi ölçe i kullanılarak de erlendirilmi tir. Verilerin de erlendirilmesinde ba ımsız gruplarda t testi, ba ımlı gruplarda t testi, yates düzeltmeli ki-kare testi, fisher exact testi, mann withney u testi, wilcoxon signed rank testi, pearson korelasyon analizi kullanılmı tır.

**Bulgular:** Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin uygulandı ı deney grubundaki hastaların genel konfor düzeyi puan ortalamasının kontrol grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek oldu u ( $p<.001$ ), fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek oldu u, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadı ı ( $p>.05$ ), çevresel konfor alt boyut puan ortalamasının kontrol grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek oldu u ( $p<.001$ ), psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasının ( $2.87\pm.11$ ) kontrol grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek oldu u ( $p<.001$ ), sosyokültürel konfor alt

boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadı ı ( $p>.05$ ), genel ya am kalitesi puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek oldu u ( $p<.05$ ) belirlenmi tir.

**Sonuçlar:** Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik bakımı alan deney grubundaki hastaların, konfor düzeylerinin ve ya am kalitelerinin kontrol grubuna göre daha yüksek oldu u belirlenmi tir. Ya am sonu dönemdeki hastalarda konfor kuramına özgü bakım alan hastaların ya am kaliteleri ve konfor düzeyleri artmı tir.

**Anahtar Sözcükler:** Konfor, ya am sonu, hem ire, bakım



## ABSTRACT

**GENÇ, Nilay K. Kolcaba's Comfort Theory-based of the Nursing Interventions Comfort Level of End-of-Life of the patients in the Effect of Quality of Life and also of the Investigation of the Impact on Quality of Life .**

**Objective:** The study was based on Kolcaba's comfort theory, and it was carried out as a quasi-experimental post-test control group in independent groups to determine the effect of nursing interventions on the comfort level of the quality of life and of the end-of-life of the patients.

**Materials and Methods:** The sample of the study was comprised of 30 experimental and 30 control groups, aged between 25-70 years, at least elementary school graduates who were in the palliative care unit between September 2017 and September 2018, who could be contacted, who stayed in the unit for at least two weeks and accepted the study patients. While the patients in the experimental group were cared according to the nursing care plan prepared for Kolcaba's comfort theory, the patients in the control group received standard care specific to the institution. The results were evaluated by using general comfort scale and general quality of life scale. The data were analyzed by the independent samples t tests, by the dependent groups t test, by the yates corrected chi-square test, by the fisher exact test, mann withney u test, Wilcoxon signed rank test, pearson correlation analysis.

**Results:** The general comfort level of the patients in the experimental group where nursing interventions based on Kolcaba's comfort theory was applied, was significantly higher than the control group ( $p < .001$ ), but the physical comfort subscale score average was higher than the control group, but the mean of the difference was not significant ( $p > .05$ ), the mean score of environmental comfort subscale was significantly higher than the control group ( $p < .001$ ), the average score of psychospiritual comfort subscale ( $2.87 \pm .11$ ) compared to the control group . It was determined that there was no



significant difference between socio-cultural comfort subscale scores ( $p > .05$ ), and overall quality of life score was significantly higher than the control group ( $p < .05$ ).

**Conclusion:** It was determined that the comfort level and quality of life of the patients in the experimental group receiving nursing care based on the comfort theory of Kolcaba were higher than the control group. The quality of life and comfort levels of end-of-life patients receiving comfort-specific care increased.

**Keywords:** Comfort, end of life, nurse, care.



## 1. G R VE AMAÇ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm dünyada, tıbbi gelişmelere paralel olarak bilim ve teknolojinin gelişmesi ve yaşam şartlarının iyileştirilmesi sonucu ölümcül hastalıklarla yaşam süresi giderek artmaktadır (1). Son yıllarda ölüm sürecinin ev ortamından hastane ortamına yer değiştirmesi nedeniyle hasta ve ailesinin rahatlığını sağlamak amacıyla ile palyatif bakım ünitelerinin de sayıları artmıştır (2). Bu gelişmelere paralel olarak sağlık çalışanlarının yaşam sonu dönemde olan hastalarla karşılaşma sıklığı ve hizmet verme süresi de artmaktadır. Sağlık alanındaki bu değişim yaşam sonu dönemdeki hastaların yaşadığı sorunları ve verilen hizmetlerin niteliğini gündeme getirmiştir.

Yaşam sonu, artık tedavinin mümkün olmadığı durumlarda ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerini karşılamak için tüm beceri ve tekniklerin kullanılmasını gerektiren bir dönemdir (3,4). Yaşam sonu dönemde olan hastalarda, ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk, iktahsızlık gibi fizyolojik sorunların yanı sıra, sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon, ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar da sık görülmektedir (5,6,7). Noble ve ark. (2015) tarafından kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda, yaşam sonu bakımın değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmada, hastalarda en çok ağrı (%56), dispne (%56), ajitasyon (%44) semptomları belirlenmiştir. Cloyes ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada bir cezaevinin bakım evinde kalan yaşam sonu dönemdeki hastalarda da benzer şekilde ağrı, nefes darlığı, deliryum ve ajitasyon semptomları saptanmıştır.

Tsai ve ark. (2010)'nin çalışmasında, ileri evre kanserli hastalarında, yorgunluk %94.2 en yaygın semptom olup, güçsüzlük (%93.9), anoreksia (%87.1), ağrı (83.8%) ve konstipasyon (%64.2) belirlenmiştir. Walsh ve Rybicki (2006) tarafından ileri evre kanserli 922 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise en çok ağrı, yorgunluk, güçsüzlük, anoreksia, enerji kaybı, iktah kuruluğu, konstipasyon, dispne, uyku problemleri, kilo kaybı, depresyon semptomları görülmüştür. Cheng ve Tseng (2006) tarafından

kanser hastalarında yapılan çalışmada gastrointestinal ve duygusal semptomların en çok görüldüğü saptanmıştır.

Hastalarda görülen bu fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sorunlar hastaların konforunu ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (10,13). Son dönem hastanın konforunun sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması önemlidir. Çünkü her bireyin yaşamının son dönemini en iyi şekilde geçirme ve huzur içinde ölme hakkı vardır. Bunun için de hastanın semptom kontrolünü sağlayacak iyi bir bakım verilmesi gerekmektedir. Etkili semptom yönetimi hastanın yaşam kalitesi ve konfor düzeyini yükseltmektedir (13,14).

Hemirenen hastaların son döneminde yaşam kalitesini yükseltecek ve konforunu sağlayacak bir bakımı planlaması ve vermesi gerekmektedir. Konfor; bireylerin karışılmaya çalışıldığı yaşamda temel insan gereksinimleridir. Hastanın konforunun sağlanması kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hemirelik teorisyenlerinden Kolcaba konfor kuramını kullanarak hemirelikte konfor bakım modelini geliştirimi ve hasta bakımında kullanmıştır (15,16). Kolcaba konforu fiziksel, çevresel, psikospiritüel ve sosyokültürel boyutları ile ele almıştır. Fiziksel konfor; bedensel duyuyla ilgilidir. Son dönemdeki kanser hastalarında baş ağrı olmak üzere, dispne, bulantı kusma, halsizlik, yorgunluk, gereksiniminden az beslenme gibi fiziksel konforu bozacak birçok semptom görülmektedir.

Psikospiritüel konfor, bilişsel, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşmaktadır. (17). Yaşamın son dönemindeki hastada psikospiritüel konforu azaltan en önemli etken anksiyetedir (18). Bunun dışında hastaya konu ile ilgili bilgi verilmemesi ya da eksik bilgi verilmesi, belirsizlik, malign bir hastalık tanısı konulmuş olması, korku, hastanın genel durumunda ani değişimler psikospiritüel konforu ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen diğer etkenlerdir (19,20).

Çevresel konfor dış etkenleri ve bunların insan üzerindeki etkilerini kapsar. Kanser hastalarının son dönemlerini geçirdikleri gürültü, renk, ısı, pencerelerden görülen manzara gibi fiziksel ortam faktörleri ve enfeksiyon

riski, yaralanma riski dü me riski gibi durumlar da hem hastanın konforunu hem de ya am kalitesini etkilemektedir (2) .

Sosyokültürel konfor ise bireyin sosyal ve kültürel çevresini kapsar. Son dönemde hastaların sosyal izolasyona girdi i ve sosyal çevresinin azaldı ı görülmektedir (18) .

Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik bakım modelinin ya am sonu döneminde olan hastalar için uygun oldu u dü ünülmektedir. Bu modele göre verilecek hem irelik bakımı ile hastanın konforunun ve ya am kalitesinin yükselmesi ve son dönemlerini iyi bir ekilde geçirmesi beklenmektedir.

## **1.2. Ara tırmanın Amacı**

Ara tırma Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin ya am sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve ya am kalitesine etkisinin incelenmesi amacı ile planlanmı tır.

## **1.3. Ara tırmanın Hipotezleri**

H1: Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik bakımı alan, deney grubundaki hastaların konfor düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H2: Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik bakımı alan, deney grubundaki hastaların ya am kaliteleri, kontrol grubuna göre daha yüksektir.

## **2. GENEL B LG LER**

### **2.1. Konfor Kavramı ve Konfor Kuramı**

Konfor sözcü ünün kökeni Fransızca olup sözlük anlamıyla günlük hayatı kolayla tıran rahatlık olarak tanımlanmaktadır (19). Konfor hissi, ki inin beden, akıl ve ruhunun bütünlü ünü olu turan birbiriyle ili kili bu üç alanda kar ılanan ihtiyaç veya isteklerden kaynaklanır. Bütün ihtiyaçlar veya istekler, beden, akıl ve ruh bütünlü ünde memnuniyet duygusu ile kar ılandı ında, bütünsel konfora ula ılır (20). Hem irelikte konfor; hasta, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanılanması, gereksinimlerine yönelik önlemlerin alınması, uygulama sonrası konfor düzeyinin yükseltilmesi sürecini olu turmaktadır (22).

Konfor kuramı 1994 yılında Kolcaba tarafından geli tirilmi tir. Kolcaba, konfor kuramında konforu; “bireyin yardım, huzuru sa lama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ili kin gereksinimlerinin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük ba lamında kar ılanması durumu olarak tanımlamı tır (23). Hasta konforunun ve konfor bakımının, karma ık, bireysel ve holistik bir konu oldu unu vurgulayan kuram, bakımın birçok yönünü kapsayan geni bir bakı açısı sa lamaktadır (24, 25, 26).

Kolcoba literatürü inceleyerek hem irelik için tarihi ve ça da önemi olan konfor kavramının, yazılı kaynaklarda Nightingale'den beri sürekli kullanıldı ını, hem irelerin görevlerinin hastanın konforunu sa lamak oldu unu ancak, kavramın açıkça tanımlanmadı ını ortaya koymu tur.

### **2.2. Konfor Kuramının Düzey ve Boyutları**

Kolcoba, konfor kavramı analizi çalı maları sonucunda holistik konfor kuramını yayınlamı ve bu kuramını 3 düzey 4 boyutta açıklamı tır. Konfor düzeylerini “ferahlama”, “rahatlama” ve “üstesinden gelme” olarak belirlemi tir (15,27) .

**Ferahlama:** Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması sonucu sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durum olarak tanımlanmaktadır. Kişinin sorun olan önemli bir gereksinimin karşılanması sonucu ferahlama yaşıyanmaktadır ve eski aktivitelerine dönme ya da huzurlu ölüm için gereklidir. Örn. Fizyolojik sorunlardan dolayı problemi yaşayan hastanın ilaç tedavisi ile ferahlaması sağlanabilmektedir (19, 28, 29).

**Rahatlama:** Bu düzeyde kişi kendini sükûnet, rahat ve huzur içinde hissetmektedir. Hastanın rahatlama, memnuniyetten söz etmesi, memnun olduğunu belirtmesi durumu olarak da ifade edilebilir. Hastanın rahatlama durumu fiziksel, duygusal ve çevresel özelliklerden ve sorunlardan önemli ölçüde etkilenmektedir (19, 28, 29).

**Üstesinden gelme:** Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, sıradan güçlerin artırılması durumu olarak tanımlanmaktadır. Konfor gereksinimleri tam olarak karşılanan, sorunların tümü çözüme ulaştırılmış kişi konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine gelebilmektedir (19, 28, 29).

Konfor boyutlarını ise fiziksel (bedensel duyularla ilgili), psikospiritüel (bireyin kendi iç farkındalığı ile ilgili), çevresel (dış ortam faktörleri ile ilgili) ve sosyokültürel (kişilerarası, aile ve sosyal ilişkilerle ilgili) bileşenler olarak belirlemi ve konfor kuramının taksonomik yapısını oluşturmuştur (15,30).

KONFOR		Konfor Düzeyleri		
Konfor Boyutları		Ferahlama	Rahatlama	Üstesinden Gelme
	Fiziksel			
	Psikospiritüel			
	Çevresel			
	Sosyokültürel			

**Tablo 2.2** Konfor Kuramın Düzey ve Boyutları (Taksonomik Yapısı)

### **2.3. Kolcaba'nın Konfor Kuramını Geli tirirken Yararlandı ı Varsayımlar;**

- İnsanlar karma ık uyarılara kar ı bütüncül tepki verirler.

-Konfor, hem irelikte istenen bütüncül ıktıdır.

-Konfor gereksinimi, ki ilerın kar ılamaya ıalı tı ı ya da kar ılanmasını istedi i temel bir insan gereksinimidir. Bu gereksinimin kar ılanması için aktif bir ıaba gerekir.

-Konfor artı ı, kendi seıti i sa lı ı geli tirmeye yönelik davranı larda bulunması için bireyi güçlendirir.

-Sa lı ı geli tirmeye yönelik davranı larda bulunmaya cesaretlendirilen bireyler sa lık bakımından memnundur.

-Kurumsal dürüstlük bakım hizmeti alıcılarına yönelik bir de er sistemine dayalıdır.

### **2.4. Konfor Kuramının Önergeleri;**

1.Konforun artırılması için yapılan giri imler etkin oldu unda, ba langııta belirlenen konfor düzeyine göre ula ılan konfor düzeyi daha yüksektir.

2.Konforu artan bireyin, ailenin, kurumun ya da toplumun belirlenen sa lı ı geli tirmeye yönelik davranı ların sorumlulu unu almasında artı vardır.

3.Sa lı ı geli tirmeye yönelik davranı ların sorumlulu unu almada artı ın olması, kurumun kanıt temelli olarak bakım kalitesindeki artı a yansır.

Kolcaba, hem irelerin hem hastaların bakımında hem de kendi ıalı ma ortamlarının geli tirilmesinde konfor kuramını kullanabileceklerini belirtmi ve konforu sa layıcı hem irelik giri imleri ile gerıekle tirilen hasta bakımının, hem hasta hem de hem ire memnuniyetini artıracı ına i aret etmi tir. Konfor sa layıcı bakım vermede özenli davranılmasının önemini belirtmi tir (31).

## 2.5. Konfor Kuramında Kullanılan Temel Hem irelik Kavramları

**Hem irelik;** hastanın konfor ihtiyaçlarını de erlendirme, uygun hem irelik giri imlerini geli tirme ve hem irelik giri imlerinin uygulamasını takiben hasta konforunu de erlendirme süreci olarak tanımlanır.

**nsan;** hem irelik bakımı alan hasta, aile, birey yada topluluk olarak tanımlanır.

**Çevre;** hastanın dı çevresi, konforu artırmak için manipüle edilebilen bir durum olarak tanımlanır.

**Sa ılık;** hastanın tanımladı ı ekilde optimum çalı ması olarak görülür (19, 24, 32).

## 2.6. Konfor Kuramının Uygulamada Kullanımı

Konfor kuramı klinik uygulama, e itim ve ara tırma alanlarında kullanılmaktadır. Konfor kuramı hem irelik bakımının planlanması ve düzenlenmesinde hem irelere rehberlik edebilmektedir. Hem ireler, hastalarına bakım verirken, hem ireli in teknik tarafının yanında, yaptıkları giri imleri bir temele dayandırarak açıklamak için konfor kuramını kullanabilirler.

Konfor kuramı ara tırmacılar tarafından çe itli alanlarda kullanılmı tır. Konfor kuramının kullanıldı ı bazı çalı malar a a ıda belirtilmi tir.

Goodwin ve ark. (2007) tarafından yapılan çalı mada, konfor kuramı ö renci hem irelerin klinik e itiminde kullanılmı tır. Ö renciler fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel ba lamlarında ortaya çıkan ferahlama, rahatlama, üstesinden gelme özelliklerini belirleyerek hasta bakımı vermi lerdir. Konfor kuramının ö renci uygulamalarında yol gösterici oldu u vurgulanmı tır.



Wilson ve Kolcaba (2004), konfor teorisinin perianestezi hastalarına uygulanması konulu çalı malarında hastalara standart konfor giri imleri (vital bulgular, laboratuvar testleri, hasta tanılama, ilaç uygulama ve tedaviler) dı nda ayrıca emosyonel destek, e itim, güven verme gibi koçluk giri imleri ve terapötik dokunma, müzik terapi, zaman geçirme, ki isel ba lantılar ekinde giri imler uygulamı lardır. Bu giri imleri de erlendirmek için de perianestezi konfor de erlendirme ölçek uygulanmı tır. Uygulanan proaktif bakımın ameliyatın ve a rı, mide bulantısı ve anksiyete gibi olumsuz semptomları en aza indirdi i, aynı zamanda rahatlık, mobilite ve iyile me gibi günlük aktiviteleri destekledi i ve perianestezi bakımını ölçmek için konforun önemli bir gösterge oldu unu ve hasta konforunu 4 boyutta da olumlu etkiledi i sonucuna ula mı lardır.

Terzi ve Kaya (2014), yaptıkları yo un bakım ünitesine planlı kabul öncesi uygulanan hasta kabul protokolünün hasta bireyin konfor düzeyine ve üniteye yatı sırasındaki fizyolojik parametrelerine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel çalı mada, fizyolojik parametrelerde fark olmazken deney grubunda kontrol grubuna göre fiziksel, psikospiritüel ve çevresel konforun arttı nı, sosyokültürel konfor alt boyutunda herhangi bir fark olmadı nı tespit etmi lerdir.

Lima ve ark (2016), yeni annelere uygulanan klinik hem irelik bakımı ile konfor teorisinin yararını de erlendirmek için yaptıkları çalı mada, konfor bakım modelinin yeni do um yapmı annelerin konfor seviyelerinin artı na neden oldu u ve yeni do um yapmı anneler için farklı klinik bakım ortamlarında da teorisinin kullanılabilece ini belirtmi lerdir. Çalı madan elde edilen verilerde, a rıyı tolere edemeyen hastalarda uykusuzluk, yorgunluk, korku ve endi e, rahatsızlık hissi gibi sorunların oldu u fiziksel konforun sa lanmasında a rı kontrolü, uyku sorununa yönelik çevresel konforun sa lanması, psikospiritüel konfora yönelik relaksasyon terapisi uygulamaları ile hasta konforunu destekledikleri belirtilmi tir.

Krinsky ve ark. (2004), tarafından yapılan konfor teorisinin kardiyak hastalarda uygulanması konulu çalı mada, hasta sorunlarına alt boyutlar

açısından bakıldığında fiziksel konfor eksikliği gösteren göğüs ağrısı, psikospiritüel konfor sorunu olarak kalp krizine bağlı anksiyete, sosyokültürel konfor sorunu olarak aile ile temas kurulamaması ve hemirelik bakım eksikliği, çevresel konfora yönelik olarak gürültü, alarmlar, yatak ve sedyelerin dar ve sıkı yerleşimi, rahatsızlığı, sürekli yapılan sorgulamalar gibi sorunlar tespit edilmiş ve bunlara yönelik konfor bakım modeli kullanılmıştır. Fiziksel sorunlarına yönelik yapılan girişimler ile acil servise gelen hastada hızlı triyaj yapılarak, nefes darlığı için oksijen verilmesi ve ağrısı için farmakolojik yaklaşımlar yapılması ve akut koroner sendrom protokolünün uygulanması yapılmış, psikospiritüel sorunlara yönelik hastanın bilgilendirilerek rahatlatılması, sakinleştirilmesi, çevresel konfora yönelik hasta mahremiyetine saygı duyularak fiziksel ve sosyal çevrenin düzenlenmesi, sosyokültürel konfora yönelik hastaya ailesine bilgi verilmesi, aile ile iletişim kurabilmesi rahatlamasına neden olduğu ve konforunu artırdığı tespit edilmiştir.

Yılmaz ve ark (2018) tarafından ameliyat sürecindeki ortopedi hastalarının konfor düzeyleri ve hemirelik bakımları konulu çalışmada, perianestezi konfor ölçeği kullanılarak hastaya yapılan bakımın sonuçları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, ameliyat sürecinde konfor kuramına göre verilen bakımın hastaların konforunu artırdığı tespit edilmiştir.

Konfor kuramının etkinliğinin değerlendirilmesinde kurama özgü geliştirilmiş çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Konfor ölçekleri Türkçe, Portekizce, talyanca, spanyolca, Farsça dillerine çevrilmiştir (38). Genel Konfor Ölçeği, Üriner inkontinans ve Sıklık Anketi, Perianestezi Konfor Ölçeği ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği Türkçe'ye uyarlanmıştır.

## **2.7. Yaşam Sonu Bakım**

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımı, bireylerin ve ailelerinin, yaşamı tehdit edici hastalıklarla ilgili problemlerle karşılaşmaya kalan sorunlara karşı yaşam kalitesini arttıran, ağrının ve diğer fiziksel, psikososyal, spiritüel sorunların

erken te his ve de erlendirilmesi ve tedavisi ile acı çekmenin önlenmesi ve azaltılması yaklaşımları olarak tanımlamaktadır (18).

Palyatif bakım sürecinin önemli bir kısmını oluşturan yaşam sonu bakım, artık tedavinin mümkün olmadığı durumlarda ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerini karşılamak için verilen bakımı içermektedir (3,4).

“Yaşam sonu bakım, hayat sonu bakımı, son dönem bakımı, terminal dönem bakımı” kavramları birbirinin yerine kullanılan kavramlardır. Bir kavram olarak “yaşam sonu” belirsiz bir terimdir, fakat genelde hastanın hastalığının son fazını, ölümün yakın bir zamanda olacağını yansıtmaktadır. Bu zaman birkaç saatten birkaç haftaya, bir aya ya da istisnai durumlarda daha da uzun sürelere kadar uzayabilmektedir. Yaşamın son dönemi terimi ister terminal bir hastalık, ister akut veya kronik bir hastalık ya da doğrudan yaşamı sonlandıran sonucunda olsun, ne zaman gerçekleşeceği kestirilemeyen ölümün haftalar ya da aylar içerisinde beklendiği zaman dilimini ifade etmektedir (1).

Yaşam sonu dönem hastaların bakımında temel amaç, hastanın fiziksel ve ruhsal yönden konforunun sağlanması ve kalan yaşam süresinin kalitesinin artırılmasıdır. Bu bakımda amaç, hastayı tedavi etmek ve yaşamını uzatmak değildir (39).

Yaşam sonu bakımın amacı;

- Hastanın psikolojik ve fiziki sıkıntılarını (acı, bulantı, nefes darlığı, uykusuzluk, gerginlik, depresyon vb.) azaltmak ve konforunu sağlamak,
- Hastanın ve yakınının yaşam kalitesini artırmak,
- Hastanın zamanını daha rahat geçirmesini sağlamak,
- Hastayı ve yakınlarını yalnızlık, çaresizlik, korku ve ümitsizlik içinde bırakmamak,
- Hastanın saygıdeğer ya da itibarlı, insan onuruna uygun bir şekilde ölmesine yardımcı olmak,
- Kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı olarak bakım vermek,

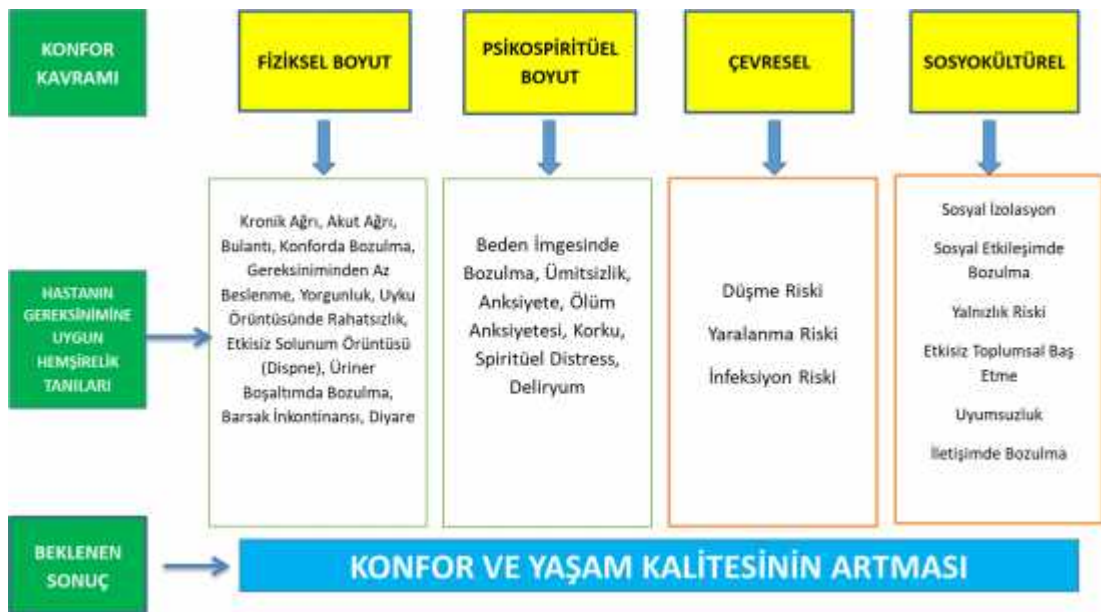
- Hastaya oldu u kadar yakınlarına da yas sürecinde manevi açıdan destek sa lamak.

Hastaların son dönemlerini iyi geçirmelerini ve saygın ölümü sa lamak, kronik hastalıklarda olabildi ince iyi ya amalarını sa lamak için ya am sonu bakımın hastalık yönetimi ile entegre edilmesi ve kronik hastalıklar durumunda erken dönemde bakım planlanması önemlidir (40).

Ya amın son günlerini ya ayan hastanın bakımında, hastanın duygusal ve fiziksel gereksinimlerini kar ılayabilmek için sa lık çalı anlarının gerekli bilgi, beceri ve anlayı a sahip olması, hasta ve ailesine etkili psikososyal destek sa layabilmek için onların duygularını anlaması ve kabul etmesi gereklidir.

## 2.8. Kolcaba'nın Konfor Teorisine Göre Yapılandırılmış Ya am Sonu Bakım

Ya am sonu bakımda hastaların konforunu ve ya am kalitesini arttırmaya yönelik verilecek hem irelik bakımı konfor kuramına göre fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel olarak ele alınmı tır (26,41).



Şekil-2.8. Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Yapılandırılmış Hemşirelik Tanıları

## 2.9. Ya am Sonu Dönemde Konforun Fiziksel Boyutu

Ya am sonu dönemde hastaların fiziksel konforu olumsuz etkilenmektedir. Hastalarda ağrı, ihsizlik, yorgunluk, uykusuzluk, halsizlik, solunumsal problemler en sık görülen fiziksel semptomlardır (10, 42).

### 2.9.1. Akut ve Kronik Ağrı

Ağrı kuvvetli bir doku harabiyetine ba lı olan ya da olmayan, insanın geçmi deneyimleri ile ilgili ho olmayan bir duygudur. Ağrı, bireyin ifade etti i e ydir, birey söylüyorsa ağrı vardır.

Hastayı ve ailesini fiziksel, psikolojik ve ekonomik açıdan olumsuz etkileyen ağrı, palyatif bakımda en yaygın görülen ve hastayı en çok sıkıntıya sokan semptomlardan biridir. Liu ve ark. (2013) yaptıkları terminal dönemdeki kanserli 163 hastada yaygın semptomların sıklı ı, yo unlu u ve prognostik önemi konulu çalı mada ağrının (%90,2) olarak en yüksek oranda görülen semptom oldu unu tespit etmi lerdir. Potter ve ark. (2003) yaptıkları 400 palyatif bakım servisi hastasının semptom prevalansının de erlendirildi i çalı mada, en sık görülen semptom ağrı (64%) olarak bildirmi lerdir.

Ağrının pek çok nedeni olmakla birlikte hangi nedene ba lı olursa olsun, ki ilerin ya am kalitesini olumsuz etkilemekte, uykusuzluk, yorgunluk ve birçok psikososyal sorunlara yol açabilmektedir (44).

Ya am sonu bakımında temel kalite göstergesi ve ya am kalitesini artırmanın en önemli yolu, hastaların ölüme kadar ağrı ve acı çekme süreçlerini iyi yönetmektir (45).

Ağrı de erlendirmesi, etkin ağrı yönetiminin kilit noktasıdır. 24 saat boyunca hastaların bakımından sorumlu olan palyatif bakım hem iresi, ağrının etkin yönetiminde aktif ve kritik rol oynamaktadır.

Günlük ağrı değerlendirilmesi yaparak, ağrı yakınmasını azaltmada uygulanacak tedavi protokolünün belirlenmesinde karar vermeyi kolaylaştırmakta ve hastanın gereksinimine göre yönetiminde etkili girişimlerin zamanında uygulanmasını sağlamaktadır.

Yaşam sonu bakım dönemindeki hastalarda, ağrının yönetimine hastanın ağrı puanına göre karar verilmektedir. Ağrı puanı 3 olan hastalarda, hasta ve ailenin ağrı konusunda bilgilendirilmesinin, ağrı puanı 4 olan hastalarda ise tıbbi yaklaşımlara ek olarak non farmakolojik yaklaşımların (pozisyon, masaj, refleksoloji, müzik terapi, reiki, akupunktur, gevşeme egzersizleri ve dikkat dağıtma girişimleri gibi) kullanımının önerilmesinin ağrı yönetiminde benimsenmesi gereken yaklaşımlar olduğu bildirilmiştir (46,47). Yaşam sonu dönemindeki hastalarda ağrı tedavisinde ise sıklıkla opioid ilaçlar uygulanmaktadır (48).

### **2.9.2. Yorgunluk**

Yorgunluk, yaşam sonu bakım dönemindeki hastalarda sık rastlanan, uzun süren, en yıkıcı ve yaşam kalitesi parametrelerine en sık etki eden ve nedenle itilisi fazla olan semptomdur (49). Kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda %96 oranında görülmektedir (50). Kanserde hayatta kalanlarda, kanser tedavilerinin sona ermesinden aylar veya yıllar sonra rahatsız edici bir semptom olarak da görülmektedir (51). Bununla birlikte, klinik ortamlarda nadiren değerlendirilir ya da ele alınır. Bunun nedeni, dispne ve kusma gibi semptomların aksine yaşamı tehdit edici olmamasıdır. Ayrıca çok az dikkat çekebilir çünkü büyük ölçüde görünmezdir. Statistiklere göre, kronik hastalığı olan çok fazla hasta yorgunluk deneyimlemektedir.

Hastalar tarafından deneyimlenen yorgunluk; günlük yaşamı etkileyen, genellikle geçici ve dinlenme ile geçen yorgunluktan farklıdır. Yapılan çalışmalarda, hastalarda yorgunluk ile ağrı, dispne, iştahsızlık, psikolojik semptomlar ve gastrointestinal sorunların ilişkili olduğu belirlenmiştir (52,53). Yorgunluğun gelişmesine neden olan faktörler; palyatif bakımda düzenli olarak kullanılan sedatif etkisi olan opioid analjezikler, benzodiazepinler,

antidepresanlar ve antikonvülsanlar, kanser tedavisi, tümörün gittikçe büyümesi, kontrol edilemeyen ağrı, anemi, metabolik/ beslenme / hormonal faktörler, kas gücü ve tonüsünün kaybı, depresif durum, emosyonel stres ve uyku bozuklukları belirtilmiştir (54). Tüm yaşam sonu dönemdeki hastalarda yorgunluk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Yorgunluk değerlendirilirken hastalığa bağlı yorgunluk, fiziksel egzersiz ve depresyona bağlı yorgunluktan ayırt edilmesi gereklidir. Hastanın bireysel özellikleri değerlendirilerek, yorgunluk düzeyine göre hasta ve ailesine eğitim yapılmalıdır. Bu eğitim kapsamında; hastanın gün içinde aktif olabilmesi, düzenli uyuması, yeterli ve dengeli beslenmesi önemlidir (55).

### **2.9.3. Etkisiz Solunum Örüntüsü (Dispne)**

Dispne, nefes almada güçlük olarak tanımlanan, ileri hastalık evrelerinde sık görülen semptomdur (49). Ayrıca hastalara en fazla ölüm duygusunu yaratan ve anksiyeteye neden olan semptomlardan birisidir. Akciğerde metastaza, enfeksiyona, koyu sekresyonlara, tıkaçlara, plevral efüzyona, pulmoner emboliye bağlı olabileceği gibi, kalp, karaciğer ve böbrek yetmezliğine, anemiye, asidoz, solunum kasları paralizisine, metabolik bozukluklara ve anksiyeteye sekonder olarak da gelişebilmektedir (39). Sürekli dispne, yaşam sonu dönemdeki hastaların %39'unda görülmektedir (56).

Opioid tedavisi, dispnenin semptomatik olarak rahatlatılması için en etkili tedavidir. Yüksek karbondioksit düzeylerine santral yanıtı azaltarak solunum çabasını ve hızını azaltır, limbik sistem üzerinden hastayı rahatlatarak dispneye emosyonel yanıtı önler. Postural drenaj, sık pozisyon değişikliği, oda havasının nemlendirilmesi, havalandırılması, geveme teknikleri,

bronkodilatör, mukolitik, antiinflamatuvar ajanlar, morfin içeren nebüller ve oksijen tedavisi uygulanabilir (39).

#### **2.9.4. Bulantı ve Kusma**

Bulantı ve kusma, ya am sonu dönemdeki hastalarda sık görülen, hastalarda büyük sıkıntıya neden olan ve hastaların ya am kalitesini önemli ölçüde etkileyen semptomdur (14, 57).

Bulantı ve kusma, AIDS ile palyatif bakımdaki hastaların en az % 43'ünün, son evre böbrek yetmezli i hastalarının en az % 30'unun, kalp yetmezli i hastalarının en az % 17'si ve kanser hastalarının en az % 6'sında bildirilmi tir (58). Ieri evre kanserli hastalarda yapılan semptom de erlendirme çalı masında %53 oranında tespit edilmi tir (59).

Yapılan çalı malar, mide bulantısı ve kusmanın, ya amın sonunda, a rı, yorgunluk veya nefes darlı ı gibi di er semptomlardan daha çok (%40-70) ve sıkıntılı oldu unu göstermektedir(14,60,61). Hastalı ın kendisinden, kemoterapiden ya da opioidlerden kaynaklanabilmektedir. Bulantı-kusmanın yönetimi, bulantı-kusmanın nedeni ve hastanın etkilenme düzeyine göre planlanmalıdır. Tedavide farmakolojik (antiemetik ilaçlar) ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır. Bulantı-kusma durumlarında beslenme düzenlemesinin diyetisyen i birli inde yapılması, hastaların besinlerden tiksintmelerinin önlenmesi, az ve sık beslenme giri imleri uygulanabilir. Hafif bulantı kusmalarda non farmakolojik yöntemlerden müzik terapi, meditasyon, masaj gibi yöntemler denenebilir. Bulantı ve kusma devam eden hastalarda sıvı elektrolit dengesi izlenmelidir (55).



### 2.9.5. Konstipasyon

Barsak hareketlerinde azalma, kramp, karında i lik hissi ya da defekasyon sonrası eksik boşaltma hissi olarak tanımlanmaktadır (14,62).

Yaşam sonu bakım hastalarında %30-90 oranında görülmektedir (63). Potter ve ark. (2003) yaptıkları 400 palyatif bakım hastasının semptom prevalansı konulu çalışmasında %32 oranında konstipasyon tespit edilmiştir.

Yaşam sonu dönemdeki hastaların konforunu bozan konstipasyon gelişimini tetikleyen pek çok faktör bulunmaktadır. Tümörün barsak lümenini tıkaması sonucunda gelişebilir ya da tedavide opioid analjeziklerin, kemoterapide kullanılan antineoplastik ajanların antidepresan, antiasit ve antiemetiklerin kullanımına bağlı olabilmektedir. Fiziksel aktivitenin azalması da konstipasyonu tetikleyebilmektedir (64,65).

Bireylerin barsak fonksiyonunda meydana gelen değişiklikleri takip etmek için sürekli bir değerlendirme gereklidir. Hemşireler, konstipasyon riskini arttıran ilaçlar konusunda dikkatli olmalıdır.

Bazı hastalarda, özellikle uzun süreli opioid tedavisi kullananlarda, opioid ilaçlar gibi zamanla laksatif rejimine de tolerans gelişebilir ve laksatifler daha az etkili olabilmektedir (14). Opioid tedavisinde bir artış oldu unda laksatif ilaçlarda doz değişikliğinin yapılması gerektiğinin farkında olmak önemlidir.

Konstipasyonun yönetiminde bireyin rutin barsak rejimi dikkate alınmalıdır. Nedenler düzeltilmeli, konstipasyon önlenmeli, konstipasyon nedeni ve yönetim planı hakkında hasta, aile ve diğer bakım vericiler eğitilmeli, gerçekçi beklentiler oluşturulmalı, sık hasta izlemi yapılmalıdır. Mümkünse sıvı alımının artırılması önerilmektedir. Hastalar ilerleyen hastalıklarının seyri içinde fonksiyonlarını üst düzeyde devam ettiremeyebilirler. Yata bağımlı hastalar izometrik egzersizler ve ROM egzersizlerini yapmaya teşvik

edilmelidir. Egzersiz, küçük miktarlarda bile barsak hareketliliğini artırabilmektedir (66).

### **2.9.6. Diyare**

Diyare, gaitanın sıvı içeriğinin artması ve barsak hareket artışı ile birlikte gaita çıkışının artması şeklinde tanımlanır (67,68), Diyare, yaşam sonu bakım hastalarında konstipasyondan daha az görülmesine karşın, hastayı halsiz bırakan ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek yaşam kalitesini düşüren önemli bir semptomdur. Süreklilik arz eden diyare dehidratasyon, elektrolit dengesizlikleri, malnütrisyon, deri bütünlüğünde bozulma, uyku düzeninde değişiklik, immün fonksiyonlarda baskılanma, sosyal izolasyon ve anksiyeteye neden olmaktadır (69). Diyare, yaşam sonu dönemdeki hastalarda yapılan semptom prevalansı çalışmasında, % 3.9 oranında tespit edilmiştir (59).

Yaşam sonu bakım hastalarında diyarenin en yaygın nedenleri; laksatiflerin fazla kullanılması, emilim bozuklukları, motilite bozuklukları, stres, kısmi barsak tıkanması, enterolik fistül, villöz adenom, endokrin nedenli serotonin, gastrin, kalsitonin, vazoaaktif intestinal protein prostoglandinlerin hipersekresyonu ya da diyetle lifli gıdaların fazla tüketilmesidir. İleri evre kanser hastalarında ise; kanserin tipi ve tedavisi ya da enfeksiyon nedeni ile diyare görülebilir. Diyareye neden olan faktörler değerlendirilmelidir. Diyetisyenle birlikte beslenme programı ayarlanmalıdır. Aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılarak kaybedilen sıvının yerine konması sağlanmalıdır. Perianal bölgenin temizliğine dikkat edilmelidir (70).

### 2.9.7. Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık

Uykuya dalmada güçlük, gece sık uyanma, sabah erken uyanma, kabus görme ve yataktan kalkmada zorlanma olarak tanımlanmaktadır.

Ya am sonu dönemdeki hastalarda özellikle kanser hastalarında yaygın görülen semptomdur. Ya am sonu dönemdeki hastalarda % 65-87 oranında görülmektedir (10, 71, 72).

Hastalık süreci ile ilişkili ağrı, ateş, dispne gibi semptomlara, steroid, antidepresan, bronkodilatatör, diüretik kullanımına bağlı olarak da gelişen ses, ışık, ortam ısısı gibi çevresel faktörlere bağlı olarak da gelişmektedir (73).

Ya am sonu dönemdeki hastalarda diğer fiziksel semptomlar arasında fark edilmeyip göz ardı edilebilmektedir. Uykusuzluk sorununa yönelinmemesi, hastalarda anksiyete ve depresyon gelişimine neden olarak bireylerin yaşam kalitesi ve konforunu olumsuz etkilemektedir(73,74). Uyku bozuklukları, yorgunluktaki artış, huzursuzluk, saldırganlık, bilişsel bozukluklar, ruh hali değişimlikleri, kötü durum, psikomotor gerilik ve ağrıya toleransın azalması gibi çeşitli psikolojik ve somatik bozukluklara neden olabilmektedir (72). Bundan dolayı uykusuzluğun mutlaka değerlendirilmesi ve erken dönemde tanımlanması, uykusuzluğa neden olabilen ağrı, dispne, bulantı-kusma, diyare gibi semptomların yönetilmesi önemlidir. Ayrıca uykusuzlukla baş etmede, masaj, refleksoloji, müzik terapi, progresif kas gevşeme egzersizleri, yoga gibi yöntemler non farmakolojik yöntemler olarak kullanılabilir (72). Hastalarla yapılan görüşmelerde, hastalığın ve uygulanan tedavilerin uyku düzenine etkisi anlatılmalıdır.

### **2.9.8. Gereksiniminden Az Beslenme**

Yaşam sonu dönemdeki hastaların iştahsızlık, halsizlik, bulantı ve kusma, ağız kullanılmayan ilaçlar, yutma güçlüğü, sindirim sistemi sorunları (anoreksia) gibi nedenlerle beslenmeleri yetersiz olmaktadır. Liu ve ark. (2013), yaptıkları çalışmada, iştahsızlık (%88.3) sorununu tespit etmişlerdir.

Beslenme sorunlarına bağlı olarak en sık görülen semptomlar anoreksia ve kaheksi (%80)'dir. Kaheksi yağısız vücut kitlesinin derin kaybı ile karakterize kompleks metabolik sendrom olup, ileri evre kanser hastalarında %80 oranında görülmektedir (49). Kronik bulantı, kabızlık, erken doyumluk, tat almada yetersizlik, dispne, depresyon gibi bu duruma önemli katkı sağlayan nedenlerin yönetimi hastalarda belirgin iyileşme sağlanabilir.

Diyetisyenle birlikte günlük alınması gereken besinler ve miktarları değerlendirilmelidir. Oral beslenemeyen hastalarda enteral ve parenteral beslenme desteği uygulanarak yeterli ve dengeli beslenme düzeyi sağlanmalıdır (75).

### **2.9.9 Üriner Boşaltımda Bozulma (Üriner inkontinans)**

Üriner inkontinans, objektif olarak gösterilebilen, sosyal ve hijyenik problemlere yol açan istemsiz idrar kaçırma durumu olarak tanımlanmaktadır (76).

Bireyin fiziksel, psikososyal sağlığına zararlı olmak üzere yaşamın her alanını etkileyerek yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmaktadır (77, 78). Utanma duygusu ile başlayıp depresyona kadar pek çok psikolojik soruna yol açmaktadır (79).

Üriner inkontinans görülme oranı yaşla birlikte artmaktadır. Yaşam sonu dönemdeki hastalarda da görülebilen önemli sorunlardandır. Nörolojik sorunu olan hastalarda idrar yolunun nöral kontrolünü etkileyen herhangi bir

lezyon, omurilik sıkıması, serebral korteksin iltihaplanması inkontinans nedeni olabilmektedir (80). Deliryum ya da konfüzyon nedeni ile hastanın, idrara çıkması gerektiğini fark edebilme algısının azalması, üriner sistem enfeksiyonları, antidepressan, sedatif, opioid analjezik ilaçlar neden olabilmektedir.

Tedavi sürecinde hastanın altında yatan hastalık, ağrı ve fonksiyonel ve bilişsel durum değerlendirilmesi yapılmalıdır. Böylece hastanın idrar semptomlarının, altında yatan hastalığın ve komplikasyonlarının anlaşılmasıyla birlikte doğru bir şekilde değerlendirilmesi, gereksiz müdahaleleri önler ve olası acı çekmeyi azaltır.

Değerlendirilmesi ve semptomatik yönetimi diğer tüm yaşam sonu belirtileri kadar önemlidir. Sıklıkla inkontinans bakımı, problemler ortaya çıkıncaya kadar değerlendirilememektedir. Üriner inkontinansın yönetimi, inkontinans nedenine bağlı olarak değişmektedir. Hastanın aldığı çıkardığı sıvı izleminin düzenli olarak takip edilmesi, kaybedilen sıvının yerine konması önerilmektedir.

## **2.10 Yaşam Sonu Dönemde Konforun Psikospiritüel Boyutu**

Yaşam sonu dönemdeki hastalar derinlik gösteren ve etkin yönetilemeyen semptomlar nedeniyle var olmalarını sorgulama, sevdiklerinden ayrılma, terkedilme korkusu, gerçekleştiremediği hedeflerin var olması gibi nedenlerle ölüm korkusu, anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar. Bu nedenle hastaların fiziksel bakımının yanında psikolojik bakımını da sağlamak gerekmektedir.

Seven ve ark (2013) yaptıkları çalışmada, kanser tanısı alan hastaların %88,7'sinin depresif belirtiyeye ve %38'inin anksiyete belirtilerine sahip olduğunu belirlemiştir.

Hastaların psikolojik de erlendirmesinde anksiyete, depresyon ya da ölüm korkusunun altında yatan nedenleri belirlemek için hasta ile ileti im halinde olma, hastanın duygularını ifade etmesini sa lama, kısa hedefli planlamalar yapmasına yardım etme, psikolojik ya da psikiyatrik uzmanlar tarafından de erlendirilmesinin sa lanması gerekmektedir. Ya am sonu dönemdeki hastalar acı çekmeden, kontrol kaybetmeden kaliteli ya amayı ve saygın ve onurlu ölümü arzulamaktadır. Kaliteli, saygın ve onurlu ölüm sürecini sa lamak için hastanın istekleri do rultusunda bakım verilmesi, ailesi ve yakınları ile ileti imini sürdürecektir ve vedala masını sa layacak ortamın sa lanması gerekmektedir.

Hasta ve ailesinin, dini ya da manevi / varolu sal tercihlerini ve ilgili inançları, ritüelleri, hasta ve ailesinin uygulamaları tanımlamalı ve de erlendirilmelidir (82). Ruhsal / varolu sal uygulamalar ve hasta-aile tercihleri etkisi periyodik olarak yeniden de erlendirilir ve kayıt altına alınmalıdır. Hastaların kendi dini geleneklerine göre din adamlarına eri imin olması önemlidir. Manevi ve varolu sal konularda uzmanlık bilgisine ya da becerilere sahip profesyoneller uygun zamanda hazır olmalıdır (69,83).

Profesyonellerden olu an interdisipliner ekip, hem hasta hem de ailesinin depresyon, deliryum, anksiyete, bili sel yetersizlik de dahil olmak üzere, psikiyatrik ciddi hastalıklar ve psikolojik sonuçları hakkında spesifik e itim verme bilgi ve becerisine sahiptir. Hastalık ile ilgili psikolojik reaksiyonlar, ko ullar düzenli olarak sürekli de erlendirilerek belgelenebilir.

Psikolojik de erlendirmede; ailenin bakım verme kapasiteleri, ihtiyaçları ve ba a çıkma stratejileri de erlendirilmelidir. iddetli depresyon, intihar dü üncesi, anksiyete, deliryum, ya da ya amı tehdit eden bir hastalı a e lik eden psikiyatrik hastalıklar, bir psikiyatrist tarafından tedavi edilmelidir. Aile e itilmeli ve hastaya güvenli, uygun psikolojik destek ve önlemleri sa lamak için desteklenmelidir.

Farmakolojik, nonfarmakolojik ve tamamlayıcı tedaviler uygun olarak psikolojik sıkıntı ya da psikiyatrik sendromların tedavisinde kullanılır. Tedavi

alternatifleri açıkça belgelenmeli ve hasta ailesinin bilinçli seçimler yapması için yönlendirilmeli ve hasta ve ailesinin izni alınmalıdır. Tedavi yanıtları tıbbi kayıtlarda rapor edilmelidir.

### **2.10.1. Deliryum**

Deliryum, palyatif bakım ortamlarında sıklıkla karşılaşılan ciddi bir nöropsikiyatrik sendromdur. Beyin fonksiyon bozukluğu, akut konfüzyonel durum, geri dönüşümlü psikoz olarak da adlandırılan deliryum, dikkat ve bilişsel aniden bozulmaya sebebiyet vermesi açısından acil müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Yaşam sonu döneminde hastada birçok alanda bozulmalar olmasından dolayı, deliryumun görülme oranı yüksektir.

Deliryumun kanser hastalarının % 50'sinde ortaya çıktığı ve insidansının yaşam sonunda % 66'ya yükseldiği bildirilmiştir. Deliryum, ciddi hastalıkların habercisidir ve hastane içi mortalite artışı ile ilişkilidir (84). İleri evre kanserli hastaların yaşamı en yaygın ve rahatsız edici nöropsikiyatrik komplikasyondur ve sıklıkla tanısı konulamadığından tedavi edilememektedir. Deliryum sıklıkla demans ya da depresyon olarak yanlış teşhis edilebilmektedir. Bir grup yaşlı hastaların % 41,5'inin depresyon nedeniyle bir psikiyatri servisine başvurduğunu bildirilmiştir (49).

Yaşlı erişkinlerde deliryum sonuçlarına göre hızlanmış fonksiyonel ve bilişsel gerileme; daha uzun hastanede kalma ve daha yüksek ölüm riskini göstermektedir (85). Deliryumun başlangıcında, hastada huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, uyku sürecinde bozulma, yorgunluk, baş ağrısı gibi belirtiler gözlenmektedir ancak, bu belirtiler hastalıkla ilişkili olduğu gerekçesiyle sıklıkla gözden kaçmaktadır. Ajitasyon, huzursuzluk, öfke, aşırı tetikte olma, hızlı ya da artmış konuşma, distiraktibilite, hızlı motor cevaplar, sanrı, halüsinasyon, yönelim bozukluğu gibi hiperaktif belirtileri olan hasta daha kolay fark edilebilirken; depresif, katatonik, laterji, uyanıklık düzeyinde azalma, konfüze,

yorgun, yava lamı , sessiz, apati gibi hipoaktif belirtileri olan hasta sakin oldu u için deliryum tablosu atlanabilmektedir (86,39).

Deliryum tedavisinin hedefleri, deliryuma neden olan durumun belirlenip tedavi edilmesi, hasta ve yakınları ve tedavi ekibine bilgi vererek hastanın güvenli ini sa lamak ve deliryum belirtilerini tedavi etmektir.

Deliryum tanısı konan hastanın bulundu u ortamın sakin, stabil ve iyi ı ıklandırılmış olması sa lanmalıdır. Hasta ailesi ve arkada larının hastayı ziyaret etmeleri konusunda desteklenmeleri gereklidir. Hastayla ileti imi en üst düzeye çıkarmak için dü ük, yumu ak ses tonu kullanmaları, bütün eylem ve yönergeleri açık, basit ifadelerle açıklamak önemlidir. Aile bireylerinden birinin hastanın yanında bulunması sa lanmalıdır (86).

### **2.10.2 Anksiyete**

Ya am sonu dönemdeki hastalarda ölüm korkusu, endi e stres, çaresizlik gibi durumlarda ortaya çıkan önemli bir semptomdur. nsanların ya amını sürdürme iste i ve ölümle kaçınılmaz olan yüzle me hastada kederlenme ekinde ruhsal tepkilere neden olur (87). Tsai ve ark. (2006), palyatif bakım ünitesinde leri evre kanserli hastalarda semptom paterni konulu yaptıkları çalı mada, anksiyete hastalarda %72.1 oranında görülmü tür.

Hastalar, ölüm ve sonrasını konu mak, geçmi le barı abilmek, sevdiklerine veda edebilmek ve geride kalanlar ile ilgili endi elerini dile getirmek, vasiyetlerini söyleyebilmek için yardım isteyebilirler.

Anksiyeteli hastalar dikkatleri da ınık, ilgisiz, dalgın hatta ku kucu, tutarsız görülebilir. Bazı belirtilerin kontrol edilemeyece i korkusu, ba ımsızlık kaybı



endi eleri ile ölüm iste i ekinde dile getirilebilir. Bazen de korkular baskılanır, inkar edilir ve fiziksel belirtiler, önemsiz gözükten ayrıntılara aktarılarak bunlarla ilgili endi eliyim, aklıma takılıyor, korkuyorum, sinirliyim, gerginim sözcükleri ile dile getirilebilir. Anksiyete ve depresyon ba ta olmak üzere tüm psikiyatrik belirtiler kontrol altında olmalıdır.

Anksiyete, ya am sonu dönemdeki hastaların tedavi uyumunu ve hastanın konforunu bozabilmektedir. Birçok ki ide endi e, sıkıntı, korkular olmasına kar ın bunlar bir ruhsal bozukluk düzeyine ula mayabilir.

Palyatif bakım ekibince bilgilendirme, a rı, solunum zorlu u gibi fiziksel belirtilerin yatı tırılaca ı yönünde güvence vermek, ileti imi geli tirmek hastaları rahatlatır. Belirtiler ya am kalitesini bozuyorsa psikiyatrik de erlendirme ve tedavisi önerilir.

### **2.10.3 Depresyon**

Ya am sonu dönemde olan hastalarda sık görülen ve sıkıntı yaratacak olan belirtilerden biri de depresyondur. Üzüntü, mutsuzluk, suçluluk, karamsarlık gibi duygularla belirgin bir duygu durum bozuklu u olarak tanımlanmaktadır (Ançel 2007). Hastalarda endi e, sinirlilik, halsizlik, uykusuzluk, üzüntü, elem, keder gibi psikolojik belirtiler en sık ve en çok sıkıntı yaratan belirtilerdir. Ya am sonu dönemdeki hastaların %25 'i iddetli depresif semptomlar ya amaktadır (89).

Depresyonu olan hastanın psikolojik terapi ve tedavi yöntemleri ile tedavi ve bakımının uzman psikiyatristlerin de deste i ile planlanması gereklidir. Ayrıca

tedavilerde kullanılan antidepresan ilaçların da zamanında verilmesi de önemlidir.

#### **2.10.4. Korku**

Yaşam sonu dönemdeki hastalar ölüm, terkedilme, ailesine ve bakıcılarına yük olma, fiziksel ve mental yeteneklerini kaybetme, acı rızasının olması gibi nedenlerle korku yaşamaktadır (25).

Ölümün, tüm canlıların paylaştığı evrensel bir olay olduğu ve çoğu birey için ölüm konusundaki en korkutucu şeyin, ölüm anında yalnız kalma korkusu olarak belirtildiği vurgulanmaktadır.

Yaşam, cinsiyet ve dindarlık gibi gelişimsel ve sosyokültürel faktörler ölüm kaygısı ifadesini etkilemektedir. Ölümle ilgili yaşam deneyimleri de ölümle ilgili tutumları etkileyebilir ve düşük ölüm kaygısı seviyelerine katkıda bulunabilir.

Hastaların korkularını ifade etmelerine izin verilmelidir. Hastaya bakıcılarının aileden olması, hastanın korku ve endişelerinin azalmasına neden olacaktır (90).

#### **2.10.5 Spiritüel Distres**

Spiritüel distres, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur ve yaşamın amacını oluşturur, bireye anlamlı gelen unsurları içerir.

Spiritüel distres, yaşamı anlam veren, ümit ve güç sağlayan inanç ve değer sisteminde bir rahatsızlık yaşamayan ya da bu riski taşıyan bir grup ya da bireydeki durumdur. Spiritüel distress NANDA hemirelik tanısı olup, manevi acı, öfke, kayıp, çaresizlik anlamına gelmektedir(91). Manevi bakım, yaşamın

anlamını ve amacını anlama, acı ve acı çekme, her şeyin bir nedeni oldu una inanma ve Tanrı'ya ba lı hissetme arzusuyla ba lantılıdır. Manevi bakım, ba kalarının sevme eylemini, dinlenmeyi ve dinleyebilme yetene ini, ba kalarının zorlu bir ya am yolculu unda payla ma iste ini ve dua etmeye olan ba lılı ı içerir.

Spiritüel distres ya ayan hastalara yakla ımdaki amaç, inanç ve de erlerle sa lık bakımı arasındaki çatı mayı azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır. Sa lık sistemi içinde hem irenin spiritüel gereksinimler konusundaki bilgi, beceri ve yakla ımlarının profesyonel düzeyde istendik olması zorunludur (92) . Spiritüel distresin azaltılmasında yardımcı olacak di er bir yakla ım, hastaya geçmi te benzer deneyimler ya adı nda gerçekle tirdi i rahatlama yöntemlerini sorarak, bunları tekrar uygulamaya koymasını hatırlatmaktır. Ayrıca, hastaya hastane ortamında dini aktivitelerini gerçekle tirebilece i ortam sa lanabilir. Hasta için önemli dini semboller varsa, tanı çalı maları ya da cerrahi müdahale gibi a ırı anksiyete yaratıcı uygulamalar esnasında, bu sembollerin hasta üzerinde kalmasına izin verilebilir.

Ya amı tehdit edici hastalı ı olan bireylerde acı çekme ve ölüm, bireyin yalnızlık ve izolasyonuna katkıda bulunur. Hastaların spiritüel yönlerinin de erlendirilmesi ve acı çekmelerinin azaltılması, onlarla empati yapılması, hastayı dinlemek için zaman ayrılması ve terapötik ileti im tekniklerinin kullanılması ile mümkündür.

Taylor ve ark (1994) tarafından onkoloji ve bakımevi hem irelerinin manevi bakım perspektiflerini ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalı mada 'Manevi Bakım Perspektif Anketi' uygulanmı , Amerika Birle ik Devletleri'nde 1819 anketten elde edilen sonuçlar analiz edilmi ve onkoloji hem irelerinin manevi bakım uygulamalarının ba arılı oldu u sonucuna varmı lardır.

Hem irelerin hastaların manevi ihtiyaçlarını de erlendirebilme derecesini belirlemek için Boutwell ve Bozett (1987) tarafından tanımlayıcı bir çalı ma

yapılmı tır. Ara tırmacılar tarafından 76 maddelik bir anket geli tirilmi tir. 238 anketten elde edilen bulgular, Oklahoma'daki hem irelerin hastalarını de erlendirdiklerini göstermektedir.

Twibell ve ark. (1996), hem irelik tanıları olan ruhsal sıkıntı ve etkisiz bireysel ba a çıkmanın tanımlayıcı özelliklerini do rulamak için Amerikan Yo un Bakım Hem ireleri Birli i'ne üye olan 245 hem ireye uygulanmı tır. Manevi sıkıntının ana sebepleri ruhsal bo luk, inançlarda rahatsızlık, ya ama sebebinin olmayı ı, manevi yardım talepleri, ya amın anlamı üzerinde endi e duyulması, ki isel inançların sorgulanması, ki isel inançlardan üphe etmek, dini ritüelleri uygulayamamak olarak belirlemi lerdir. Hem ireler ruhsal ihtiyaçları tanımlayabilmek için de erlendirme ölçekleri kullanabilir sonucuna varmı lardır.

### **2.10.6 Ümitsizlik**

Ümit, gelece e uyum için bireye güç veren, çekti i acıyı hafifleten gelecekle ve ya antısı ile ilgilenmesini ve anlam bulmasını sa layan, pozitif bakı açısını ve iyi olu u destekleyen, ba kaları ile ileti imi sürdürmeye yardım eden bir duygudur (96). Çözümsüz hastalı a sahip olma, bunun yarattı ı depresyon, ölüm korkusu ve çaresizli e ba lı olarak geli en bir duygu olarak da ifade edilmektedir (88). Terminal dönem hastalarda %37 oranında tespit edilmi tir (97).

Ümitsizlik, bireyin ya amını pasifle tirerek depresyon ve öz kıyım davranı ları için bir etken olu turmaktadır. Ya am sonu dönemdeki hastalarda, ümitsizlik yetersiz ya am kalitesinin göstergesi olup, ya am iste ine, ölüme ve intihara iste i artırdı ı bildirilmi tir.

Mcclain ve ark (2003)'te ölümcül kanserli hastalarda ruhsal iyilik, depresyon ve ya am sonu umutsuzlu u arasındaki ili kiyi de erlendirmeyi amaçla palyatif bakım ünitesinde 3 aydan az ya am süresi olan 160 hasta ile yapılan çalı mada, ruhsal refah durumunun ümitsizlikle güçlü bir korelasyonu oldu u,

ölüm iste i gibi depresif semptomlar kontrol edilse bile hastalarda ümitsizli e ba lı intihar dü üncesi olabildi i tespit edilmi tir.

Hastadaki duygu durum de i ikliklerinin izlenerek intihar riskinin de de erlendirilmesi, psikolojik destek ve antidepresan ilaçların zamanında alınması, sevdikleriyle geçirece i olumlu zamanlar hastayı son döneminde destekleyici olacaktır.

### **2.10.7 Beden imgesinde Bozulma**

Beden imgesi, ki inin bedenine yönelik algıları, tutumları, duyguları ve davranı ları içeren çok sayıda bile eni içeren geni bir yapıdır (99).

Fiziksel travma, uzuv kayıpları, i lev kayıpları gibi nedenlerle beden i levinde ve görünümü algılamada sorunlar ya anmaktadır. Ki inin fiziksel olarak dı görünü ünü algılama biçiminde sorunlar ya aması ve bu riski ta ryan bireydeki durum olarak da ifade edilebilir (88). Beden imgesinde bozulma ya ayan ki ilerde algılanan beden ile bireyin dü ündü ü beden görünümü arasında çatı ma ya anmaktadır.

Ya am sonu dönemin bir sonucu olarak ki ilerın fiziksel görünümü de i ebilmektedir. Bireyin fiziksel görünümü ve doku bütünlü ünün hastalık ya da tedavi nedeni ile de i mesi ve bozulması beden imajını de i tirir ve bu de i iklik ki ilerın benlik saygısında tehdit olu turur.

Ya am sonu bakım beden imajı de i ikliklerinin tanımlanması ve iyile tirilmesi üzerine odaklanmalıdır. Örne in saç dökülmesi olan hastaların saç bantı kullanması gibi çözümler üretilebilir. Doku bütünlü ü bozulması durumunda gerekli tedavi ve pansumanların yapılması, temizli i gibi giri imler uygulanması, hastanın ya am kalitesini ve konforunu destekleyici olması açısından önemlidir. Ki inin duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmesi, mahremiyetine saygı gösterilmesi gereklidir.

## **2.11. Ya am Sonu Dönemde Konforun Sosyokültürel Yönü**

Kapsamlı disiplinler arası de erlendirme ile hastalar ve ailelerinin sosyal ihtiyaçları tanımlanmalı ve bakım planı mümkün oldu unca bu ihtiyaçlara cevap vermek için geli tirilmelidir. Rutin hasta ve aile toplantıları; bilgi sa lamak ve karar vermeye yardım, bakım ve ileri bakım planlaması hedeflerini tartı mak, dilekleri, tercihleri, umutlarını ve korkularını belirlemek; duygusal ve sosyal destek sa lamak; ve ileti imi de erlendirmek için interdisipliner ekibin uygun üyeleri ile yapılmalıdır.

Sosyal bakım planı kapsamlı, hasta ve ailesi tarafından belirtilen de erler, hedefler ve tercihlerini yansıtan, bir sosyal ve kültürel de erlendirme ve yeniden de erlendirilmesi ekinde formüle edilen belgelerdir (69,100). Ya am sonu dönemdeki hastalar, bakım gereksinimlerinin artması ve ba edilemeyen semptomlar nedeniyle sosyal izolasyon ya amakta, ileti im kurmamakta ve var olduklarını sorgulamaktadırlar. Bu nedenle hastaların ya am sonu dönem algısı ve kabul etme sorunlarıyla ba etmesinin sa lanması, kendileri gibi ya am sonu dönem hastalarla tanı ma, payla ma ve konu ma gereksinimlerinin sa lanması, sevilme ve saygı görme ihtiyacının kar ılanması, yakınları ile ili kilerinin yönetilmesinin sa lanması ve sosyal destek ihtiyacının kar ılanması gerekmektedir.

Palyatif bakım programı kültürel olarak hassas bir ekinde hasta, aile ve toplumun ihtiyaçlarını kar ılamak için çalı ır ve de erlendirilir. Hasta ya da ailenin kültürel tercihleri, endi eleri ve ihtiyaçları ortaya çıkarılır ve belgelenir. Disiplinlerarası ekip tarafından belirlenen hasta ve ailesinin kültürel ihtiyaçları bakım planında ele alınır.

### **2.11.1. Sosyal zolasyon**

Bireyin sa lı ının bozulması, ki isel ileti im kurmada sorunlar ya aması, keder ve üzüntü nedeniyle çevresi ve yakınları ile ileti iminin kaybolması, ve sosyal etkile imlerden uzakla ması sonucu olu an durum olarak ifade edilir (88). Ya am sonu dönemdeki hastalar sürekli yatak istirahatinde

olduklarından dı ortamla ileti imleri neredeyse imkansızdır. Ölüm korkusu, beden imgesinde bozulma, spiritüel distres, ümitsizlik, anksiyete, depresyon gibi durumlar, hastanın sosyal izolasyona girmesine neden olmaktadır.

Hasta bireyin ya adı ı durumla ilgili olarak duygu ve dü üncelerini belirtmesi önemlidir. Hasta bireyle bu süreç içerisinde psikiyatri ve psikolog gibi uzman ki ilerın önerileri ile ileti ime geçilmesi sa lanmalı ve izolasyon nedenleri ö renilmelidir. Hastanın ailesinin bu süreç içerisinde sık sık yanında bulundurulması ve gün a ırı görü türülmesinin sa lanması, sevdi i ki ilerle ileti iminin sa lanması önemlidir (101).

### **2.11.2. Yalnızlık Riski**

Yalnızlık, bireyin kendini bir topluma, gruba ait hissedememesi ve ya adı ı toplumda kendini yabancı hissetmesi olarak tarif edilir. Yine, duygusal yalnızlık, normal ortamlarda ruhsal beklentilerine kar ılıklı bulamayan ve yakın, özel ili kilerden yoksun olanlar için kullanılırken, gizli yalnızlık dı arı yansıtılmayan ama içsel üzüntülerle yorumlanabilen bir yalnızlık türü olarak bilinir (102). Yalnızlık riski; ölüm korkusu, depresyon, sosyal izolasyona, sürekli yata a ba ımlı olmasına ba lı olarak ya am sonu dönemdeki hastalarda görülebilmektedir. Hastanın bakım ihtiyaçlarının desteklenmesi, ailesi ile sosyal etkile imine izin verilmesi, hastanın duygularını açıklamasına izin verilmesi önemlidir.

### **2.11.3. Sosyal Etkile imde Bozulma**

Sosyal etkile imde bozulma, sosyal etkile imin kalitesinde etkisizlik ya da yetersizlik olarak tanımlanır.

Dü ünçe süreçlerinde de i im, kavrama yetene i ve bellekte bozulma, duygusal algısal de i imler, öz bakım eksikli i, korku, anksiyete, depresyon, sözel ileti imde bozulma, duygusal de i kenlik gibi nedenlerle meydana gelebilmektedir.

Hastanın duygusal algısının azalmasına neden olabilecek bilişsel i lev bozukluğu ve fiziksel / duygusal ajitasyona yol açabilecek tüm faktörleri belirlemek, mümkün olduğu kadar hastanın i lev bozukluklarını düzeltmek için gerekli tedavileri başlatmak, yeterli sıvı, elektrolit, beslenme ve vitamin sağlamak, hastaya nazik davranmak, göz teması kurmak, öfkeyi, ajitasyonu ve saldırganlığı azaltan ya da kaçınan stratejiler ve yanıtlar kullanmak, empati sağlamak önemli girişimlerdir.

#### **2.11.4 Etkisiz Toplumsal Baş etme**

Toplumsal gereksinimlerini karşılamakta zorlanan, isteklerini yerine getirmede yetersiz kalan, uyum ve problem çözme etkinliklerinde başarılı olamayan hastalarda görülen durumdur.

Yaşam sonu dönemdeki hastalarda ölümcül hastalıkları ve hastalığa uyum sağlayamamaları nedeni ile kızgınlık, öfke, çaresizlik hisleri yaşamakta ve baş etme mekanizması yetersiz kalmaktadır.

#### **2.12. Yaşam Sonu Dönemde Konforun Çevresel Yönü**

Yaşam sonu dönemde çevresel konfor unsurları; ışık, gürültü, ortam, renk, sıcaklık olarak tanımlanmıştır (19). Hasta odalarının hastaların yaraları nedeniyle kokması, çok konuşan hasta yakınları nedeniyle yaşanan gürültü, birden fazla hastanın aynı odada kalması nedeniyle alıkanlıklar farkları, soğuk ortam, çok parlak ışık, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi, rahat olmayan yataklar nedeni ile sorunlar yaşanabilmektedir ve bu sorunlar çevresel konforu azaltmaktadır (19, 41,103).

##### **2.12.1. Enfeksiyon Riski**

Bireyin primer enfeksiyonunun mevcut durumunu korumak ya da sekonder olarak enfeksiyon üremesi olmasını engellemek amacıyla konulan en uygun



hem irelik tanısıdır. Ya am sonu dönemdeki hastalar, ziyaretçiler, çalı an personelin aseptik tekni e uygun çalı maması, hastalık ve beslenme sorunları nedeni ile vücut direncinin dü mesi, uzun süre hastanede yatma gibi nedenlerle enfeksiyon riski altındadır. Enfeksiyon geli imi hastanın hastanede yatma sürecini ve mortaliteyi artırmaktadır.

Düzenli aralıklarla ate takibinin yapılması, pansuman temizli ine dikkat edilmesi, kateter giri yerlerinin enfeksiyon belirti bulguları açısından gözlemlenmesi ve sorun oldu unda hekime haber verilmesi gereklidir. Hastalara yapılan i lemlerde aseptik tekni e uygun çalı ılmalıdır. El yıkama ve eldiven giyme talimatlarına uyulmalıdır. Gerekli durumlarda ziyaretçi kısıtlamasına gidilmelidir.

### **2.12.2. Dü me Riski**

Hastanın dü meye yatkınlı ın artması ve hastanın dü me korkusu ya aması durumu olarak tanımlanır. Hastanın yardımsız yürüyememesi, yorgunluk, halsizlik, ilaç kullanımı, bakım verenlerin dikkatsizli i, kaygan zemin, yetersiz aydınlatma, yatak kenarlarının kaldırılmaması gibi nedenlerle dü me riski ile kar ı kar ıya kalabilmektedir.

Dü me riskini artıran faktörlerin tespit edilip, gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Ortam aydınlatmasının uygun olması, kaymayan terlik kullanımı, yatak kenarlarının kalkık olması, aniden aya a kalkmaların önlenmesi, kullanılan ilaçların dü me riski açısından de erlendirilmesi önemli bakım giri imleri arasındadır.

### **2.12.3. Yaralanma Riski**

Hastanın durumuna ba lı olarak travmaya maruz kalma riskinin artmasıdır. Kaygan zemin, aniden aya a kalkmalar, bir e yaya uzanmaya çalı mak, hasta odasındaki da ınıklık gibi nedenlerle hastalar yaralanma riski ile kar ı kar ıyadır. Ya am sonu dönemde hastalar yatak istirahatinde olduklarından, yatak içinde bir eye uzanmalar, tek ba ına kalkmaya çalı ma gibi durumlar

nedeni ile yaralanma riski altındadırlar. Düşük riskli olan hastalar, yaralanma riski ile de karşılaşmaz. Hastanın yaralanmasına neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması önemlidir.

### **2.13. Yaşam Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi**

DSÖ'ye göre yaşam kalitesi: "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak kişilerin yaşamadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlanmaktadır (104).

Yaşam kalitesi her bireyin kendisinin belirlediği kişisel bir bakımdır. Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı, yaşam kalitesinin önemli bir göstergesidir.

Yaşam kalitesinin objektif belirtileri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yerine getirmede güçlük, fonksiyonel becerilerde yetersizlik, bireyin çalışma durumu, yaşamı hastalık semptomlarını ve sağlık durumunu; subjektif belirtileri ise bireyin psikolojik iyilik hali ve yaşam doyumu ile ilgili konuları kapsamaktadır (105).

Yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olma, bireylerde ciddi psikolojik semptomlar gelişmesine neden olabilmektedir. Tedavinin yol açtığı yan etkiler ve komplikasyonlar hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılamalarını engelleyebilmekte, uzun süre hastanede yatmalarını gerektirmesi nedeniyle hastaların yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Hastalık tanısı konulduğundan itibaren tedavi süreci boyunca sağlık bakım profesyonellerinin hastaların yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik girişimlerde bulunmaları son derece önemlidir (106).

Yaşam sonu dönemde semptom yönetimi programı ile yaşam kalitesi artırılabilir. Bu nedenle semptomlara yönelik bakım planlaması yapılmalıdır (107).

Kim ve Kwon (2007) kanserli hastalarda konfor ve ya am kalitesini de erlendirdikleri 100 kanser hastası üzerinde yapılan çalı mada, çevresel ve fiziksel konforu, sosyo kültürel ve psikospiritüel konfora göre daha yüksek bulmu lardır. A rı ve dispneyi içeren fiziksel semptomların ya am kalitesini d rd , konfor ve ya am kalitesinin aynı olmasa da birbiri ile korelasyon gösterdi i, hastanın yerle tirildi i yer, hastalık ve prognoz algısı, konfor ve ya am kalitesinin önemli de i kenleri oldu u tespit edilmi tir.

Ya am kalitesinin önemli göstergelerinden biri de hastanın sosyal çevresi ile ili kisidir. Çevrede iyile me ve psikososyal destek, kanserli hastalar için rahatı arttırma stratejileri olarak önerilmektedir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Ara tırmanın Tipi**

Ara tırma, Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin ya am sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve ya am kalitesine etkisinin de erlendirilmesi amacı ile ba ımsız gruplarda ön test son-test kontrol grublu yarı deneysel olarak yapılmı tır.

#### **3.2. Ara tırmanın yeri ve zamanı**

Ara tırma; Bakırköy Dr Sadi Konuk E itim ve Ara tırma Hastanesi'nin Palyatif Bakım Ünitesi'nde Eylül 2017- Eylül 2018 tarihleri arasında yapılmı tır.

#### **3.3. Ara tırmanın Evreni ve Örneklemi**

##### **Ara tırmanın Evreni**

Ara tırmanın evrenini, Bakırköy Dr. Sadi Konuk E itim ve Ara tırma Hastanesi'nin Palyatif Bakım Ünitesi'nde yatan hastalar olu turmaktadır. 2015-2016 yılındaki verilere göre yıllık ya am sonu dönemde olan 200 hasta yatmaktadır. Çalı maya ili kin yapılan power analizinde %50 güç düzeyinde deney grubu için 49, kontrol grubu için 49 ya am sonu dönemde olan palyatif bakım merkezinde yatan hastalar belirlenmi tir. Bu nedenle deney ve kontrol grubunun olu turulmasında 98 palyatif bakım hastası olana kadar Eylül 2017 –Eylül 2018 tarihleri arasında yatı ı yapılan ve örneklem dahil edilme kriterlerine uyan hastaların alınması planlanmı tır.

Ancak çalı ma süresince yatan hasta sayısı yıllık olarak 120 oldu undan, örneklem dahil edilme kriterlerine uyan 30 kontrol, 30 deney grubu hastası alınabilmi tir.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların çalı manın primer sonuçlarından birisi olan genel konfor düzeyi puan ortalaması arasında giri im öncesinde anlamlı düzeyde fark yok iken, giri im sonrasında deney grubunda konfor düzeyi puan ortalamasının çok anlamlı düzeyde yüksek oldu u (konfor düzeyinin daha iyi oldu u) bulunmu tur. ki çalı ma grubunun genel konfor düzeyi puan ortalamasına (D: 2.82±.13, K: 2.61±.15, Tablo 2) göre %5 alfa (iki yönlü) hata payı ile G\*Power (3.1.9.2) programında yapılan güç analizinde iki grup arasındaki farkın etki büyüklü ü 1.50 (büyük/geni etki düzeyinde), güç % 100 (1.00) olarak belirlenmi ve örneklem sayısının yeterli oldu u görülmü tür.

### **Ara tırmanın Örneklemi**

Bakırköy Dr. Sadi Konuk E itim ve Ara tırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde

- Ya am sonu dönemde olan
- 25-70 ya arasında olan,
- İleti im kurulabilen,
- En az ilkokul mezunu olan,
- En az 2 hafta ünitelerde yatan ve
- Çalı maya katılmayı kabul eden hastalar olu turmu tur.

### **3.4. Ara tırmanın De i kenleri**

**Ba ımlı De i ken:** Ya am kalitesi ölçe i ve konfor ölçe i puanları

**Ba ımsız De i ken:** Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imleri

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Katherine Kolcaba tarafından geliştirilen Genel Konfor Ölçeği ve EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Kolcaba'nın konfor kuramına özgü araştırmacı tarafından oluşturulan yaşam sonu bakım planı kullanılmıdır.

#### Genel Konfor Ölçeği

Kolcaba tarafından ABD'de 1992 yılında geliştirilen GKÖ konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuş olup konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, konfor sağlayan hemirelik girişimleri ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Kuoğlu ve Karabacak (2004) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek dördü ve altı likert tipinde olup toplam 48 maddeden oluşmaktadır ve 24 madde pozitif, 24 madde negatif ifade içermektedir. Araştırmada kullanım kolaylığından dolayı dördü likert tip tercih edilmiştir. Ölçek alt boyutları; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve sorunların üstesinden gelme (15 madde)dir.

KONFOR		Konfor Düzeyleri		
Konfor Boyutları		<b>Ferahlama</b>	<b>Rahatlama</b>	<b>Üstünlük</b>
	<b>Fiziksel</b>	14,19, 25,20,28	1,36,6	15,29,48,5
	<b>Psikospirütel</b>	24,45	44,7,31,38,9	46,22,40,2,17,41
	<b>Çevresel</b>	3,12,32,42,18,21	27,11,47,30,33	34,35
	<b>Sosyokültürel</b>	13,16	37,4,23,43,10	8,26,39

**Tablo 3.5.** GKÖ Düzey ve Boyutlarının Ölçek Maddelerine Göre Belirlenmesi

Pozitif ve negatif maddelerden oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık halde verilmiştir. Buna göre pozitif ifadelerden; yüksek puan (4p) yüksek konfora, düşük puan (1p) düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan (1p)

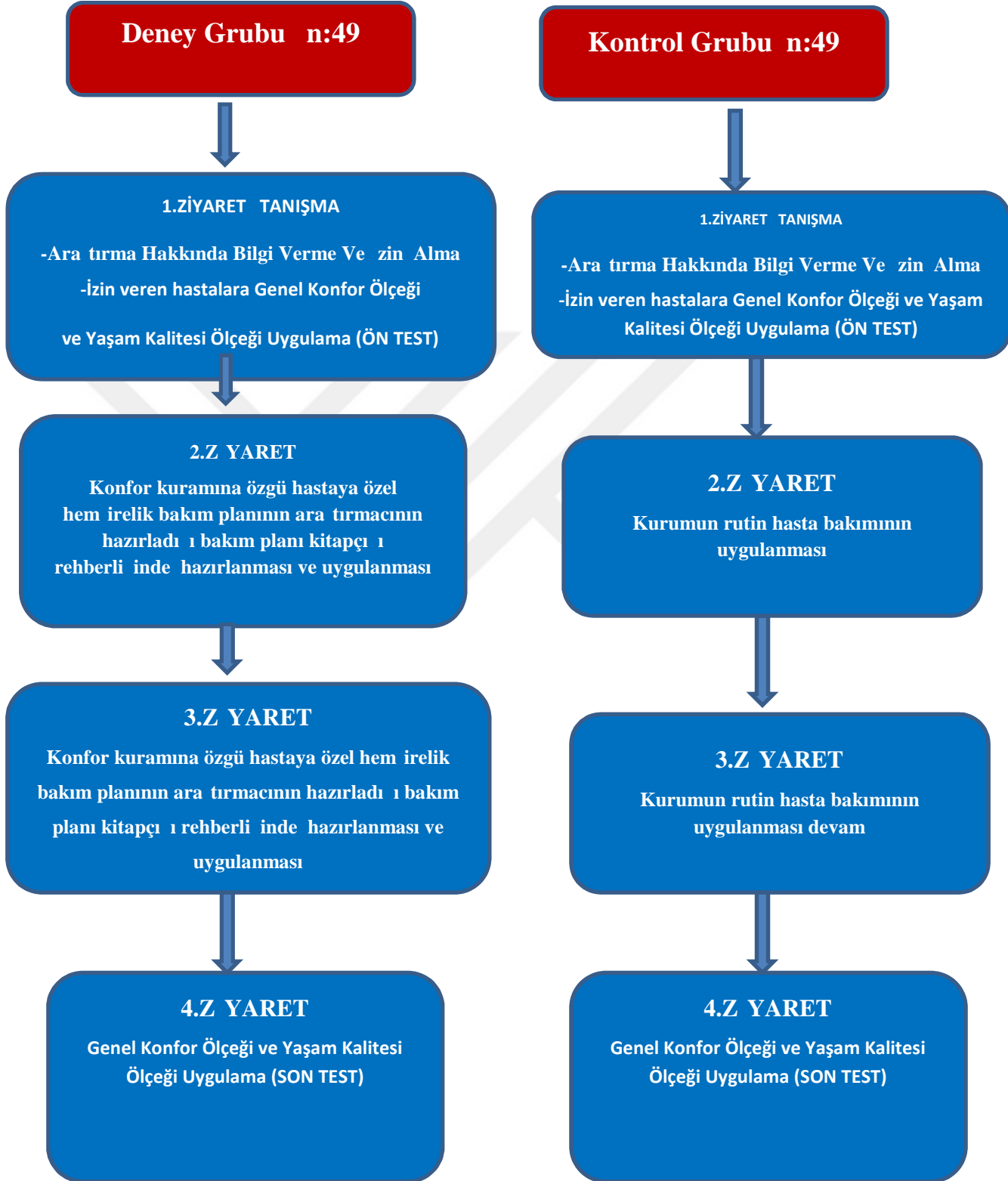
yüksek konfora, yüksek puan (4p) ise düşük konfora işaret etmektedir (40). Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük puan ise 48'dir. Elde edilen toplam puan ölçek maddeleri sayısına bölünerek ortalama değerlendirilebilir ve sonuç 1-4 aralığında belirtilir. Düşük konfor 1 puan, yüksek konfor 4 puan ile ifade edilmektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.88 olarak saptanmıştır.

### **EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği**

EQ-5D Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği, çeşitli hastalıklarda yaşam kalitesi genel sağlık ölçekleriyle ve / ya da hastalığa özgü ölçeklerle hesaplanabilmektedir. EQ-5D yaşam kalitesini ölçmede kullanılan genel sağlık ölçeğidir. Batı Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu olan EuroQol grubu tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. EQ-5D genel sağlık ölçeği EuroQol grubu tarafından 60'ı aşkın dile çevrilmiştir, bunlardan birisi de Türkçe'dir. 1990 yılında ilk defa yayınlanmıştır ve 1991 yılından beri de aynı özelliğini (5 boyut) korumaktadır.

Hareket (mobility), öz-bakım (self-care), olağan aktiviteler (usual activities), ağrı/rahatsızlık (pain/discomfort) ve endişe/depresyon (anxiety/depression) olmak üzere beş boyuttan oluşur. Her bir boyuta verilen cevaplar; problem yok, biraz problem var ve majör problem olmak üzere 3 seçeneğlidir. Sonuç olarak ölçekle 243 olası farklı sağlık sonucu tanımlanmaktadır. Ölçeğin 5 boyutundan -0.59 ile 1 arasında değişen indeks skor hesaplanır. Skor fonksiyonunda 0 değeri ölümü, 1 değeri kusursuz sağlıklı gösterirken negatif değerler bilinç kapalı, yatağa bağımlı olarak yaşamak vb. durumları göstermektedir. Ölçeğin geçerli olduğu kanıtlanmıştır, ayrıca ölçeğe ilişkin Cronbach katsayıları 0.86 ile 0.89 arasında bildirilmiştir (109).

### 3.6 Veri Toplama Yöntem ve Süreci - Ara tırmanın Planı



\*1 Ayda Kuruma Toplam 12 ziyaret yapılmı tır.



**Ara tırma iki a amada gerçekte tirilmi tir.**

**Ara tırmanın ilk a amasında;** kontrol grubunun verileri toplanmış tir. Palyatif bakım ünitesine yatan ve ara tırmaya dahil etme kriterlerine uyan tüm ya am sonu dönemdeki hastalar sırasıyla alınarak kontrol grubunu oluşturulmuştur. Ara tırmacı tarafından kontrol grubuna herhangi bir giriimde bulunulmamış , bu grupta yer alan hastalar izlendikleri kliniğin standart bakımını almışlardır. Palyatif bakıma yatırılan hastaların ilk gününde sosyodemografik özellikleri ara tırmacı tarafından 'Kişisel Bilgi Formu'na kaydedilecek ve "Konfor Ölçeği" ve "Ya am Kalitesi Ölçeği" uygulanmıştır. Aynı hastalara ikinci haftanın sonunda son test olarak "Konfor Ölçeği" ve "Ya am Kalitesi Ölçeği" uygulanmıştır.

**Ara tırmanın ikinci a amasında ise;** ya am sonu dönemdeki hastaların gereksinimleri dikkate alınarak ara tırmacı tarafından Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş hemirelik bakım planı geliştirilmiştir. Bu plan doğrultusunda deney grubunda yer alan hastalara ara tırmacı ve klinik hemireleri tarafından bakım verilmiştir.

### **Hazırlık A aması**

**Kolcaba'nın Konfor Kuramına Temellendirilmiş Hemirelik Bakım Planının Geliştirilmesi:** Ara tırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda ya am sonu dönemdeki hastalarda görülen fiziksel, psikososyal ve manevi sorunlar dikkate alınarak "Kolcaba'nın teorisine temellendirilmiş ya am sonu bakım planı" geliştirilmiştir (EK-5). Daha sonra bu bakım planı Kolcaba'nın teorisi ile çalışmış hemirelik ö retim üyelerinden uzman görüşü alınmıştır. Ara tırmanın yapıldığı üniteye çalışmış an hekim ve hemirelerin görüşleri de alınarak üniteye özgü hale getirilerek konu ile ilgili yazılı doküman oluşturulmuştur. "Kolcaba'nın teorisine temellendirilmiş ya am sonu bakım planı" hazırlandıktan sonra üniteye çalışmış an hemirelere (6 hemire) modele göre hemirelik bakımını içeren eğitimler düzenlenmiştir. Hemirelere bakım planı yazılı olarak verilmiştir.

## Uygulama A aması

### Deney Grubu

Hastalar klini e yattı ı ilk gününde sosyodemografik özellikleri 'Ki isel Bilgi Formu'na kaydedilerek "Konfor Ölçe i" ve "Ya am Kalitesi Ölçe i" uygulanmı tır.

"Kolcaba'nın teorisine temellenderilmi ya am sonu bakım protokolü" do rultusunda hastalar taburcu olana kadar hem irelik bakımını almaları sa lanmı tır. Bakım sırasında hastaların bireyselli i gözönünde bulundurulmu tur. Ara tırmacı tarafından haftada üç gün hastalara hem irelerle birlikte danı manlık ve bakım verilmi tir.

Di er günlerde hastalara klinikte yer alan e itim almı olan hem irelerin bakım vermesi sa lanarak ve ara tırmacı tarafından gerekli izlem ve danı manlık yapılmı tır.

"Kolcaba'nın teorisine temellenderilmi ya am sonu bakım planı" do rultusunda bakım alan hastalara iki hafta sonra son test olarak ve "Konfor Ölçe i" ve "Ya am Kalitesi Ölçe i" uygulanmı tır.

### 3.7. Verilerin De erlendirilmesi

Verilerin de erlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler a a ıda belirtilmi tir.

Deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların ya ortalamasının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t testi
Deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların cinsiyet ve geçmişte hastalık varlığına göre dağılımların karşılaştırılması	Yates düzeltilmeli Ki-kare testi
Deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların eğitim düzeyi, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımların karşılaştırılması	Fisher exact testi
Deney ve Kontrol grubundaki hastaların genel konfor ölçeği puan ortalamalarının ve konfor düzeylerinin karşılaştırılması	Bağımlı Gruplarda T testi
Deney ve Kontrol grubundaki hastaların Genel Konfor Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	Bağımsız Gruplarda T testi
Deney ve Kontrol grubundaki hastaların Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın karşılaştırılması	Mann Whitney U testi, Wilcoxon signed rank testi
Deney ve Kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi puanları ile genel konfor puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	Pearson korelasyon analizi

**Tablo 3.7** Verilerin De erlendirilmesi

### **3.8. Ara tırmanın Sınırlılıkları**

Ara tırmanın süresinin kısıtlı olması, örneklemedeki ya grubunda uuru açık hasta sayısının az olması, tanıları dolayısıyla bili sel yeterlili i uygun olmayan hastaların olması, alınan merkezin yatak sayısının az olması,çalı lan dönemde hasta sayısının az olması, tekrar yatan hastaların çoklu u gibi sebeplerle örneklem sayısı 30 da sınırlandırılmak durumunda kalınmı tır.

### **3.9. Verilerin Toplanması le lgili Etik Konular**

Koç Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Biyomedikal Klinik Ara tırmalar Etik Kurulu'ndan 22.11.2016 tarihli toplantısından 2016.235.IRB2.117 nolu kararı ile çalı manın 01.09.2017 tarihinde ba lanarak 1 yıl süre ile devam ettirilmesi onayı alınmı tır.

## 4. BULGULAR

Ara tırmadan elde edilen bulgular üç bölümde ele alınmı tır.

4.1. Birinci bölümde; deney ve kontrol grubunda yer alan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin ve gruplar arasındaki benzerli in kar ıla tırılmasına ili kin bulgulara,

4.2. kinci bölümde; deney ve kontrol grubundaki hastaların konforuna ili kin bulgular

4.2.1. Genel konfor ölçe i puan ortalamalarının,

4.2.2. Konfor ölçe i düzeylerinin ve

4.2.3. Konfor ölçe i boyutlarının gruplar arası ve grup içi kar ıla tırılmasına ili kin bulgulara

4.3. Üçüncü bölümde; deney ve kontrol grubundaki hastaların genel ya am kalitesi düzeyinin gruplar arası ve grup içi kar ıla tırılmasına il kin bulgulara yer verilmi tir.

#### 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (n: 60)

Özellikler	Deney (n: 30)		Kontrol (n: 30)		T	P
	En az-en çok	$\bar{x} \pm SS$	En az-en çok	$\bar{x} \pm SS$		
Yaş	28-70	61.20±11.21	25-70	61.83±11.34	.218	.829
	n	%	n	%	t <sup>2</sup>	P
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	15	50.0	15	50.0	.000	1.000 <sub>Y</sub>
Erkek	15	50.0	15	50.0		
<b>Eğitim düzeyi</b>						
İlköğretim	29	96.7	25	83.3		
Lise <sup>b</sup>	-	-	1	3.3		.195 <sup>F</sup>
Üniversite ve üstü <sup>b</sup>	1	3.3	4	13.3		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	29	96.7	28	93.3		1.000 <sub>F</sub>
Bekar	1	3.3	2	6.7		
<b>Çocuk sahibi olma</b>						
Var	29	96.7	27	90.0		.612 <sup>F</sup>
Yok	1	3.3	3	10.0		
<b>Geçmişte hastalık durumu</b>						
Yok	20	66.7	21	70.0	.000	1.000 <sub>Y</sub>
Var	10	33.3	9	30.0		

t: Bağımsız gruplarda t testi, Y: Yates Düzeltmeli Ki-kare testi: gözlenen değer < .25 F: Fisher exact testi: beklenen değer < 5.

Tablo 4.1'e göre deney ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özellikleri karşılaştırıldı. Yaş ortalamalarının deney grubunda 28-70, kontrol grubunda 25-70 yaş arasında olduğu, deney ve kontrol grubundaki hastaların %50'sinin erkek, %50'sinin kadın olduğu, deney grubundaki hastaların %96,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, kontrol grubundaki hastaların

% 83,3'ünün ilkokul mezunu, %93,3'ünün evli oldu u, %96,7'sinin çocuk sahibi oldu u, %70'inin geçmi te bir hastalı ının olmadı ı belirlenmi tir.

#### 4.2 Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Genel Konfor Düzeylerine İlişkin Bulgular

##### 4.2.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların GKÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1 Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların GKÖ Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Grup (n: 30/30)	Girişim Öncesi ( İlk Ölçüm)	Girişim Sonrası (Son Ölçüm)	Grup İçi Fark	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t**	P
<b>Genel Konfor Ölçeği (Toplam)</b>	Deney	2.68±.19	2.82±.13	4.037	<b>.000</b>
	Kontrol	2.66±.17	2.61±.15	1.997	.055
<i>Gruplar Arası fark için</i>					
<i>t*</i>		.507	5.695		
<i>P</i>		.614	<b>.000</b>		

Her bir çalışmaya grubunun kendi içinde girişim öncesi ve girişim sonrası Genel Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark Tablo 4.2.1'de yer almaktadır.

Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmiş hemirelik girişimlerinin uygulandı ı deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubunda Genel Konfor Ölçeği puan ortalaması karşılaştırıldı ında;

Girişim öncesinde, deney grubu (2.68±.19) ve kontrol grubundaki hastaların (2.66±.17) genel konfor ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadı ı (p>.05),

Girişim sonrasında ise, deney grubundaki hastaların genel konfor ölçeği puan ortalamasının (2.82±.13) kontrol grubuna (2.61±.15) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek oldu u (p<.001) belirlenmi tir (Tablo 4.2.1).

**H1:** Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik bakımı alan, deney grubundaki hastaların konfor düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksektir.

**H1 hipotezi kabul edilmi tir.**

#### 4.2.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Genel Konfor Düzeylerine li kin Bulgular

**Tablo 4.2.2 Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların Konfor Düzeylerinin Kar ıla tırılması (n: 60)**

Genel Konfor Düzeyleri	Grup (n: 30/30)	Giri im Öncesi ( İlk Ölçüm)	Giri im Sonrası (Son Ölçüm)	Grup ç i Fark	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t**	P
Ferahlama	Deney	2.35±.26	2.55±.27	4.379	<b>.000</b>
	Kontrol	2.31±.28	2.40±.25	2.307	<b>.028</b>
	t*	.657	2.132		
P		.514	<b>.037</b>		
Rahatlama	Deney	2.97±.28	3.04±.17	1.600	.120
	Kontrol	2.97±.24	2.84±.23	2.498	<b>.018</b>
	t*	.115	3.856		
P		.909	<b>.000</b>		
Sorunların Üstesinden Gelme	Deney	2.71±.20	2.84±.15	3.238	<b>.003</b>
	Kontrol	2.68±.23	2.58±.15	2.253	<b>.032</b>
	t*	.638	6.896		
P		.526	<b>.000</b>		

\*t: Ba ımsız gruplarda t testi, sd: 5 \*\*t: Ba ımlı gruplarda t testi, sd: 29



**Tablo 4.2.2** 'de deney ve kontrol grubunun kendi içinde giri im öncesi ve giri im sonrası **Genel Konfor Ölçe i düzeyleri puan ortalamaları** arasındaki fark yer almaktadır.

**Konfor düzeylerinin kar ıla tırılmasına bakıldı ında;**

**Ferahlama düzeyi puan ortalamasının gruplar arası kar ıla tırılması**

Konfor kuramına göre bakım alan deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların ferahlama düzey puan ortalaması kar ıla tırıldı ında;

- Giri im öncesinde, deney grubu ( $2.35 \pm .26$ ) ve kontrol grubundaki hastaların ( $2.31 \pm .28$ ) ferahlama düzey puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadı ı ( $p > .05$ ),
- Giri im sonrasında, deney grubundaki hastaların ferahlama düzey puan ortalamasının ( $2.55 \pm .27$ ) kontrol grubuna ( $2.40 \pm .25$ ) göre anlamlı düzeyde yüksek oldu u ( $p < .05$ ) belirlenmi tir (Tablo 4.2.2).
- 

**Rahatlama düzeyi puan ortalamasının gruplar arası kar ıla tırılması**

Konfor kuramına göre bakım alan deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların rahatlama düzeyi puan ortalaması kar ıla tırıldı ında;

- Giri im öncesinde, deney grubu ( $2.97 \pm .28$ ) ve kontrol grubundaki hastaların ( $2.97 \pm .24$ ) rahatlama düzeyi puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadı ı ( $p > .05$ ),
- Giri im sonrasında, deney grubundaki hastaların rahatlama düzeyi puan ortalamasının ( $3.04 \pm .17$ ) kontrol grubuna ( $2.84 \pm .23$ ) göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak ekilde yüksek oldu u ( $p < .001$ ) belirlenmi tir (Tablo 4.2.2).

### **Sorunların üstesinden gelme düzeyi puan ortalamasının gruplar arası karılaştırılması**

Konfor kuramına göre bakım alan deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların sorunların üstesinden gelme düzeyi puan ortalaması karılaştırıldı; inada;

Girişim öncesinde, deney grubu (2.71±.20) ve kontrol grubundaki hastaların (2.68±.23) sorunların üstesinden gelme düzeyi puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı (p>.05),

Girişim sonrasında, deney grubundaki hastaların sorunların üstesinden gelme düzeyi puan ortalamasının (2.84±.15) kontrol grubuna (2.58±.15) göre çok ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu (p<.001) belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).

### **4.2.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Konfor Boyutlarının Karılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

**Tablo 4.2.3 Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Konfor Boyutlarının Karılaştırılması (n: 60)**

Konfor Boyutları	Grup (n: 30/30)	Girişim Öncesi (İlk Ölçüm)		Girişim Sonrası (Son Ölçüm)		Grup İçi Fark	
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t**	p
GKÖ Alt Boyutları	Fiziksel	Deney	2.41±.33	2.63±.33	3.090	<b>.004</b>	
		Kontrol	2.41±.31	2.46±.38	.814	.422	
	t*	.034	1.919				
	P	.973	.060				
Psikospiritüel	Deney	2.78±.19	2.87±.11	2.169	<b>.038</b>		
	Kontrol	2.76±.21	2.66±.17	2.728	<b>.011</b>		
t*	.292	5.710					
P	.772	<b>.000</b>					
Çevresel	Deney	2.96±.31	3.19±.25	5.263	<b>.000</b>		
	Kontrol	2.83±.25	2.86±.15	.548	.588		
t*	1.758	6.387					
P	.084	<b>.000</b>					
Sosyokültürel	Deney	2.52±.28	2.48±.21	.819	.419		
	Kontrol	2.59±.24	2.43±.17	3.361	<b>.002</b>		
t*	1.052	.955					
P	.297	.343					

\*t: Bağımsız gruplarda t testi, sd: 58

\*\*t: Bağımlı gruplarda t testi, sd:29

### **Fiziksel konfor boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması**

Konfor kuramına göre bakım alan deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların fiziksel konfor boyutunun puan ortalaması karşılaştırıldı;

Girişim öncesinde, deney grubu ( $2.41 \pm .33$ ) ve kontrol grubundaki hastaların ( $2.41 \pm .31$ ) fiziksel konfor boyutu puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > .05$ ),

Girişim sonrasında, deney grubundaki hastaların fiziksel konfor boyutu puan ortalamasının ( $2.63 \pm .33$ ) kontrol grubuna ( $2.46 \pm .38$ ) göre yüksek olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı ( $p > .05$ ) belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

### **Psikospiritüel konfor boyutu boyut puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması**

Konfor kuramına göre bakım alan deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların psikospiritüel konfor boyutu puan ortalaması karşılaştırıldı;

Girişim öncesinde, deney grubu ( $2.78 \pm .19$ ) ve kontrol grubundaki hastaların ( $2.76 \pm .21$ ) psikospiritüel konfor boyutu puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > .05$ ),

Girişim sonrasında, deney grubundaki hastaların psikospiritüel konfor boyutu puan ortalamasının ( $2.87 \pm .11$ ) kontrol grubuna ( $2.66 \pm .17$ ) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p < .001$ ) belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

### **Çevresel konfor boyutu puan ortalamasının gruplar arası karşılaştırılması**

Konfor kuramına göre bakım alan deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların çevresel konfor boyutu puan ortalaması karşılaştırıldı;

Girişim öncesinde, deney grubu ( $2.96 \pm .31$ ) ve kontrol grubundaki hastaların ( $2.83 \pm .25$ ) çevresel konfor boyutu puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > .05$ ),

Girişim sonrasında ise deney grubundaki hastaların çevresel konfor boyutu puan ortalamasının ( $3.19 \pm .25$ ) kontrol grubuna ( $2.86 \pm .15$ ) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p < .001$ ) belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

### **Sosyokültürel Konfor Boyutu Puan Ortalamasının Gruplar arası Karşılaştırılması**

Girişim öncesi ve girişim sonrası ölçüm zamanına göre ayrı olarak, konfor kuramına göre bakım alan deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların sosyokültürel konfor boyutu puan ortalaması karşılaştırıldı;

Girişim öncesinde, deney grubu ( $2.52 \pm .28$ ) ve kontrol grubundaki hastaların ( $2.59 \pm .24$ ) sosyokültürel konfor boyutu puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > .05$ ),

Girişim sonrasında da, deney grubu ( $2.48 \pm .21$ ) ve kontrol grubundaki hastaların ( $2.43 \pm .17$ ) sosyokültürel konfor boyutu puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ( $p > .05$ ) belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

### 4.3. Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastaların Genel Ya am Kalitesi Düzeyinin Gruplar Arası Ve Grup İçi Kar ıla tırılmasına İlişkin Bulgular

Deney ve Kontrol grubundaki hastaların Genel Ya am Kalitesi Ölçe i puan ortalaması arasındaki fark Tablo 4.3’de görülmektedir.

**Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Genel Ya am Kalitesi Ölçe i (EQ-5D) Puan Ortalamasının Kar ıla tırılması**

Ölçek	Grup (n: 30/30)	İlk Ölçüm?	Son Ölçüm?	Z	p
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
Genel Ya am Kalitesi Ölçe i (EQ5D) Toplam Puan	Deney	-19±29	-11±20	1.983	<b>.047</b>
	Kontrol	-19±23	-.23±.22	1.780	.075
U		438.0(.178)	309.0 (2.096)		
P		.859	<b>.036</b>		

U: Mann Whitney U testi

Z: Wilcoxon signed rank testi

Konfor kuramına göre bakım verilen deney grubu ve standart bakım verilen kontrol grubundaki hastaların Genel Ya am Kalitesi Ölçe i (EQ-5D) puan ortalaması kar ıla tırıldı nda;

- Giri im öncesinde, deney grubu (-19±29) ve kontrol grubundaki hastaların (-19±23) genel ya am kalitesi ölçe i puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadı (p>.05),
- Giri im sonrasında ise deney grubundaki hastaların genel ya am kalitesi puan ortalamasının (-11±20) kontrol grubuna (-.23±.22) göre anlamlı düzeyde yüksek oldu u (p<.05) belirlenmi tir (Tablo 4.3).

**H2: Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik bakımı alan, deney grubundaki hastaların ya am kaliteleri, kontrol grubuna göre daha yüksektir.**

**H2 hipotezi kabul edilmi tir.**

## 5. TARTI MA

Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin ya am sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve ya am kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalı manın bulguları ilgili literatürle tartı ılmı tır.

### 5.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Hastaların GKÖ Puan Ortalamalarının Kar ıla tırılması

Konfor, hasta ve aileye en yüksek ya am kalitesini sa lamayı amaçlayan ya am sonu bakımın önemli bir amacıdır. Ya amının son dönemindeki pek çok hasta için konfou sürdürmek çok kolay olmamaktadır. yi bir bakımın sa lanması, ailenin deste i, bilginin yönetilme ekli, ya amdaki anlam aray ı, hayatı kontrol altında tutma ihtiyacı konforun sa lanması için önemli belirleyicilerdir (110).

Ya adı ı fiziksel, sosyokültürel, psikospiritüel ve çevresel sorunların hastaların konforlarını bozdu u belirlenmi tir (41). Ya am sonu dönemde olan hastaların konforunu yükseltmek için verilen hem irelik bakımının bütüncül olması önemlidir.

Yılmaz ve ark. (2018)'nın ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ile ilgili çalı masında, Kolcaba'nın modeline temellendirilmi bakım alan hastaların konforunun da arttı ı sonucuna ula mı lardır.

Erbay ve ark. (2019), rektum kanseri nedeni ile kolostomi açılan hastanın hem irelik yönetiminde Kolcaba'nın Konfor kuramına uygun bakım planlamı lar ve genel konfor ölçe i ile de erlendirerek hastanın konforunun arttı ını tespit etmi lerdir.

Khan (2017), Kolcaba'nın konfor kuramına dayalı bakım alan cerrahi hastası ile yapılan çalı masında, hastanın konforunu etkileyen psikolojik sorunlar, anksiyete, a rı, korku, beden imajında de i iklik semptomlarını tespit ederek,

buna yönelik bakım uygulaması ile hastanın konforunun arttığını tespit ederek, konfor kuramının hem irelik bakımında cerrahi hastalarda kullanım için uygun olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, girişim sonrasında, deney grubundaki hastaların genel konfor düzeyi puan ortalamasının ( $2.82 \pm 0.13$ ) kontrol grubuna ( $2.61 \pm 0.15$ ) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p < 0.001$ ) belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). GKÖ puanlarına göre, deney grubundaki hastaların genel konfor düzeyi puan ortalamasının ( $2.82 \pm 0.13$ ) kontrol grubuna ( $2.61 \pm 0.15$ ) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olması ( $p < 0.001$ ), konfor kuramına göre verilen hem irelik bakımının hastanın konfor düzeyini artırdığı söylenebilir.

## **5.2. GKÖ Fiziksel Konfor Boyutunun İncelenmesi**

Kolcaba'nın kuramına göre fiziksel konfor, bireyin fizyolojik değişkenlere yanıtını ifade etmektedir (19). Yaşam sonu dönemde hastaların fiziksel konforları olumsuz etkilenmektedir. Yaşam sonu dönemdeki hastalarda ağrı, bulantı, yorgunluk, dispne, konstipasyon, diyare gibi birçok fiziksel sorunlar saptanmıştır. (6, 60, 112, 113, 115).

Yaşam sonu dönemde hastaların fiziksel sorunlarının kontrol altına alınması ile fiziksel konforlarının sağlanması mümkündür. Özellikle verilen hem irelik bakımı ile ağrı, yorgunluk, dispne gibi semptomların şiddeti azaltılarak ya da ortadan kaldırılarak hastanın konforu sağlanabilir. Kolcaba'nın konfor kuramına göre verilen bakımın yaşam sonu dönemdeki hastalar üzerine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmada bulunmaktadır.

Uysal ve ark (2015) tarafından yapılan çalışmada hastalara verilen palyatif bakım ile hastalardaki fiziksel semptomların şiddetinde azalma olduğu belirlenmiştir.

Jack ve ark. (2003) tarafından yapılan çalı mada fiziksel semptomlara yönelik ya am sonu bakımının konforu artırdı ı saptanmı tır.

Çalı mamızda elde edilen bulgulara göre, konfor kuramına göre bakım alan deney grubu ve standart bakım alan kontrol grubundaki hastaların fiziksel konfor boyutu puan ortalaması kar ıla tırıldı ında; fiziksel konfor puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadı ı belirlenmi tir (Tablo 4.2.3).

GKÖ puan ortalamasının genel olarak yüksek olmasına ra men fiziksel boyutun anlamlı olmaması fiziksel semptomların yeterince kontrol altına alınamadı ını dü ündürmektedir. Ya amın son döneminde a rı, konstipasyon, dispne, ka eksi gibi fiziksel semptomların yönetiminin zor oldu u literatürde de vurgulanmaktadır (114). Özellikle son dönemde a rı için opioid kullanan hastalarda konstipasyon ciddi sorun olarak görölmektedir ve a rının kontrolü de zor olabilmektedir. (46,115). Ayrıca hem ire sayısının yeterli olmaması fiziksel semptom yönetimini olumsuz olarak etkilemi olabilir (47).

### **5.3. GKÖ Psikospiritüel Konfor Boyutunun ncelenmesi**

Psikospiritüel konfor, mental ve manevi bile enleri içermektedir (19). Ya am sonu dönemde olan hastalar, psikososyal, ruhsal ve duygusal kaygılarla kar ı kar ıya kalmaktadır (39,116).

Tedavisi mümkün olmayan bir hastalı a sahip olmaya ba lı olarak, ölüm ve sevdiklerinden ayrılma korkusu, a rı, acı içinde ölme endi esi hastanın stres ve depresyon ya amasına neden olabilir. Yapılan çalı malarda son dönemdeki hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek blunmu tur (89,117).



Ayrıca hastalara yeterli bilgi verilmemesi, hastalık ve tedavisi hakkındaki bilgi eksikliği hastaların anksiyetesini arttırabilmektedir. Tüm bu sorunlar hastaların psikospiritüel konforunu olumsuz olarak etkilemektedir.

Yaşam sonu dönemde konfor modeline göre verilen bakımın psikospiritüel konfora olan etkisini de erlendiren çalışmaya rastlanmamış ancak yaşam sonu dönemde psikospiritüel sorunlara yönelik verilen hemirelik bakımın hastaların psikospiritüel açıdan konforunu arttırdığı görülmektedir.

Detering ve ark. (2010), tarafından yapılan çalışması sonucunda yaşam sonu bakımın hasta ve aile memnuniyetini arttırdığı, stres, endişe ve depresyonu azalttığı tespit edilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre; deney grubundaki hastaların psikospiritüel konfor boyut puan ortalamasının kontrol grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

Psikospiritüel konfor düzeyinin deney grubunda kontrol grubuna oranla önemli düzeyde yüksek olması konfor kuramı doğrultusunda verilen psikospiritüel tanılara yönelik hemirelik bakımının etkinliğini göstermektedir. Konfor modeline göre hemirelerin hastalara psikolojik destek olması, manevi duygularının paylaşılmasının konforu artırma etkili olduğu söylenebilir.

#### **5.4.GKÖ Çevresel Konfor Boyutunun İncelenmesi**

Çevresel konfor, bireyin yaşadığı fiziksel çevreye özgü ışık, gürültü, ortam, renk, sıcaklık ve doğal sentetik unsurları kapsamaktadır (19). Yaşam sonu dönemdeki hastaların son dönemlerini geçirdikleri fiziksel ortamlardaki gürültü, renk, ısı, pencerelerden görülen manzara gibi faktörler, hem hastanın konforunu hem de yaşam kalitesini etkilemektedir (19,41). Hastane odalarının gürültülü olması, hasta sayısının fazla olması, ısı ve ışığın rahatsız edici olması gibi çevresel faktörlerin de hastaların konfor durumunu olumsuz olarak etkilediği belirtilmektedir (108).

Hastaların konfor deneyimlerinin de erlendirildi i Pinto ve ark (2016) yaptıkları çalı mada, hastaların fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel, çevresel konfor sorunlarını yüzyüze görü me yoluyla tespit ederek, konfor eksikli inin bir sendrom oldu unu, çevresel konforun da bütüncül konforu sa lamada önemli bir sorun oldu unu tespit etmi lerdir.

Çalı mada elde edilen bulgulara göre deney grubundaki hastaların çevresel konfor alt boyut puan ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek oldu u belirlenmi tir (Tablo 4.2.3).

Çevresel konfor düzeyinin alt boyut puan ortalamasının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olmasında, hastaların tek olarak özel odada kalmaları, ünitenin bulundu u yerin hastane gürültüsünden uzak olması, ziyaretçi kısıtlaması, mahremiyete özen gösterilmesi, hastaya kullanılan ekipmanların kontrolü, gece oda aydınlatmasının ayarlanabilmesi gibi uygulamaların etkili oldu u dü ünülebilir.

## **5.5 GKÖ Sosyokültürel Konfor Boyutunun ncelenmesi**

Sosyokültürel konfor, bilgi ve danı manlık ki ilerarası, aile ve toplumsal ili kiler gibi faktörleri kapsamaktadır (19). Sosyokültürel konforu azaltan etkenler; aileden ayrılma, kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, sosyal güvencesinin olmaması gibi faktörlerdir (108). Ya am sonu dönemdeki hastalar, bakım gereksinimlerinin artması ve ba edilemeyen semptomlar nedeniyle sosyal izolasyon ya ayabilir.

Meldahl (2013) tarafından yapılan yo un bakım ünitelerinde hem ire oranlarına ba lı ölüm kalitesi ile ili kili palyatif bakım indikatörleri konulu çalı mada ailesi ile görü mesine izin verilen, ya amin a ırı yorucu prosedürlerinden kaçınan hastalar daha iyi bir ölüm deneyimine sahip oldu unu tespit edilmi tir.

Ya am sonu bakımda hasta /aile ileti mi önemlidir. Hastaya teknolojik müdehalaleler yapılmasa bile terk edilmedi inin, konfor ve ya am kalitesinin artırılması için mümkün olan her eyin yapılabilece ini anlatmak önemlidir (120). Hensen ve ark. (2019) hospis bakım sa layıcılar arasında manevi belirsizlik konulu çalı masında; ya am sonundaki aile ili kilerinin hasta ve ailenin ölüm deneyimlerini etkiledi ini bildirmi tir.

Kisvetrova ve ark. (2017) tarafından ya am sonu dönemdeki hastalara yapılan konforu destekleyici hem irelik faaliyetlerinin hem ireler tarafından kullanımına yönelik çalı mada, hem irelerin en çok fiziksel bakıma yönelik uygulamaları kullandı ı, en az da sosyokültürel faaliyetlere yönelik bakım uygulamalarını kullandıkları tespit edilmi tir.

Çalı mada elde edilen bulgulara göre, deney grubu ve kontrol grubundaki hastaların sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadı ı ( $p>.05$ ) belirlenmi tir(Tablo 4.2.3). Bu durum, hastaların tek ki ilik özel odalarda kalmaları, ziyaretçi kısıtlaması, fiziksel ve psikospiritüel semptomlar nedeni ile ileti ime geçmeyip, yalnızlık ve sosyal izolasyon ya amaları ekinde açıklanabilir.

#### **5.6.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Genel Ya am Kalitesi Ölçe i (EQ-5D) Puan Ortalamasının Kar ıla tırılması**

Kanser gibi ya amı tehdit eden bir hastalı a sahip olma, bireylerde ciddi psikolojik semptomlar geli mesine neden olabilmekte, kanser umutsuzluk, dayanılması güç a rılar, korku ve ölüm ile özde le tirilmektedir. Bununla birlikte kanser tedavisinin yol açtı ı yan etkiler ve komplikasyonlar hastaların öz bakım ihtiyaçlarını kar ılamalarını engelleyebilmekte, uzun süre hastanede yatmalarını gerektirmesi nedeniyle hastaların ya am kalitelerini dü ürebilmektedir. Hastalık tanısı konuldu u andan itibaren tedavi süreci boyunca sa lık bakım profesyonellerinin hastaların ya am kalitelerini iyile tirmeye yönelik giri imlerde bulunmaları son derece önemlidir (106).

Kutlu ve ark.(2011)'nin yaptıkları kanserli hastaların ya adıkları depresyon ve ya am kalitesi ile ilgili çalı mada, depresyon arttıkça ya am kalitesinin azald ı tespit edilmi tir. Anksiyete ve depresyon tedavi süresince arttı ı ve ya am kalitesini olumsuz yönde etkiledi i için, sa lık çalı anlarının hastalarda anksiyete ve depresyona yol açabilecek fiziksel ve psikososyal belirtileri iyi tanımaları ve depresyon düzeylerini de erlendirerek hastaya uygun tedavi ve bakım standardı geli tirebilmeleri gerekmektedir. Karaku (2015), yaptıkları çalı mada, hastalara verilen e itimin yorgunluk, bulantı, uykusuzluk yönünde semptom yönetimine katkı sa ladı ı ve ya am kalitesini artırdı ını tespit etmi lerdir. Yazgan (2014), yaptıkları çalı mada, maneviyatın yani psikospiritüel deste in depresyonu azalttı ı ve ya am kalitesini artırdı ı tespit etmi lerdir.

Çalı mada elde edilen bulgulara göre, giri im sonrasında deney grubundaki hastaların genel ya am kalitesi puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek oldu u belirlenmi tir (Tablo 4.3).

Genel ya am kalitesi puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olması, konfor kuramına göre verilen hem irelik bakımının ya am kalitesini olumlu yönde etkiledi ini dü ündürebilir.

## 6.SONUÇ VE ÖNER LER

Kolcaba'nın konfor kuramına göre temellendirilmi , hem irelik giri imlerinin ya am sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve ya am kalitesine etkisini saptamak amacıyla ba ımsız gruplarda ön test son-test kontrol gruplu yarı deneysel olarak gerçekle tirilen çalı mada u sonuçlar elde edilmi tir:

- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin uygulandı ı deney grubundaki hastaların genel konfor düzeyi puan ortalamasının ( $2.82 \pm .13$ ) kontrol grubuna ( $2.61 \pm .15$ ) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek oldu u ( $p < .001$ ) belirlenmi tir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin uygulandı ı deney grubundaki hastaların fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının ( $2.63 \pm .33$ ) kontrol grubuna ( $2.46 \pm .38$ ) göre yüksek oldu u, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadı ı ( $p > .05$ ) belirlenmi tir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin uygulandı ı deney grubundaki hastaların çevresel konfor alt boyut puan ortalamasının ( $3.19 \pm .25$ ) kontrol grubuna ( $2.86 \pm .15$ ) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek oldu u ( $p < .001$ ) belirlenmi tir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin uygulandı ı deney grubundaki hastaların psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasının ( $2.87 \pm .11$ ) kontrol grubuna ( $2.66 \pm .17$ ) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek oldu u ( $p < .001$ ) belirlenmi tir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin uygulandı ı deney grubundaki hastaların ( $2.48 \pm .21$ ) ve kontrol grubundaki hastaların ( $2.43 \pm .17$ ) sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde fark olmadı ı ( $p > .05$ ) belirlenmi tir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik giri imlerinin uygulandı ı deney grubundaki hastaların genel ya am kalitesi puan

ortalamasının (-.11±.20) kontrol grubuna (-.23±.22) göre anlamlı düzeyde yüksek oldu u ( $p<.05$ ) belirlenmi tir

- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik bakımı alan, deney grubundaki hastaların konfor düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek oldu u belirlenmi tir.
- Kolcaba'nın konfor kuramına temellendirilmi hem irelik bakımı alan, deney grubundaki hastaların ya am kaliteleri, kontrol grubuna göre daha yüksek oldu u belirlenm tir.

#### **Bu sonuçlar do rultusunda;**

- Ya am sonu dönemde olan hastalarda çevresel, fiziksel psikospiritüel, sosyokültürel, konfor gereksinimlerinin de erlendirilmesi,
- Ya am sonu dönemdeki hastaların fiziksel semptomların kontrol altına alınabilmesi için hem ire sayılarının gözönünde bulundurularak iyile tirme yapılması,
- Ya am sonu dönemdeki hastalarda hem irelik bakımında konfor kuramının rehber olarak kullanılması önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

1. Sucaklı M. Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım, Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care, 2013;7(3):52-57.
2. Coelho A, Parola V, Bravo M, Apostolo J. Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. BMC Palliative Care, 2016;15(71):1-8.
3. Georges JJ, Grypdonck M, De Casterle BD, Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. Journal of Clinical Nursing, 2002;11:785-793.
4. Rushton CH, What role can nurses play in improving the care of the dying? Retrieved 10 July 2006 from <http://www.thirteen.Org/bid/es-nurses.html>.
5. Steindal SA, Sorbye LW, Bredal SI, Lerdal A. Agreement in documentation of symptoms, clinical signs, and treatment at the end of life: a comparison of data retrieved from nurse interviews and electronic patient records using the Resident Assessment Instrument for Palliative Care, Journal of Clinical Nursing, 2011;21:1416-1424.
6. Liu Y, Zhang P., Na J., Ma C, Han Li, Yu Y, Xi Q (2013). Prevalence, Intensity and Prognostic Significance of Common Symptoms in Terminally Ill Cancer Patients. Journal of Palliative Medicine, 2013;16(7): 752-757.
7. Morita T, Kuriya M, Miyashita M, Sato K, Eguchi K, Akechi T. (2014) Symptom Burden and Achievement of Good Death of Elderly Cancer Patients, Journal of Palliative Medicine, 2014;17(8): 887-893.
8. Noble H, Brown J, Shields J, Fogarty D, Maxwell AP. An appraisal of end-of-life care in persons with chronic kidney disease dying in hospital wards. Journal of Renal Care, 2015;41(1):43-52.
9. Cloyes K, Berry P, Martz K, Supiano K. Characteristics Of Prison Hospice Patients: Medical History, Hospice Care, and End of Life Symptom Prevalence, Journal Of Correctional Health Care, 2015;21(3),298-308.
10. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY. Significance of Symptom Clustering in Palliative Care of Advanced Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management, 2010 39(4).
11. Walsh D, Rybicki L (2006). Symptom clustering in an advanced cancer. Support Care Cancer, 14;831-836.

- 12.Chen ML, Tseng HC. Symptom clusters in cancer patients. Support Care Cancer 2006;14:825-830.
13. Sadırlı S ve Ünsar S , Kanserli Hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçe i (ESTÖ):Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,2009;11(4):79-95.
14. Dalal S, Fabbro E, Bruera E; Symptom Control in Palliative Care-Part I: Oncology as a Pragmatic Example, Journal Of Palliative Care Medicine, 2006; 9(2).
15. Kolcaba K. A theory of holistic comfort for nursing, Journal of Advanced Nursing,1994;19:1178-1184, Cleveland, Ohio, USA.
16. Kolcaba K. Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research, Nursing Outlook,2001; 49:86-92.
17. Kolcaba K Y. Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. Advances in Nursing Science,1992;15(1):1-10.
- 18.Chochinov H. Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End Of Life Care. CA Cancer J Clin 2006; 56:84-103.
19. Kolcaba K, Kolcaba RJ, An analysis of the concept of comfort, Journal of Advanced Nursing,1991;16:1301-1310.
20. Kolcaba K, Dowd T, Steiner R, Mitzel A. Efficacy Of Hand Massage For Enhancing The Comfort Of Hospice Patients. Journal Of Hospice And Palliative Nursing,2004;6(2):91-102.
21. Schuiling KD, Sampsel CM. Comfort in labor and midwifery art. Journal of Nursing Scholarship,1999;31:1,77-81.
- 22.Yıldırım Y(b) , Do ru VD, Mehrekula Z, Aykar F (2017). Terminal Dönemdeki Hastaların Bakımında Huzurlu Ya am Sonu Teorisi, Gümü hane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,2017;6(3):195-202.
23. Kolcaba K, Wilson L. Comfort Care: A Framework for Perianesthesia Nursing. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2002;17(2):102-114.
24. Karabacak Ü. ve Acaro lu R. Konfor Kuramı, Maltepe Üniversitesi Hem irelik Bilim ve Sanatı Dergisi,2011; 4(1):197-202.
25. Çavdar . Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı, Türk Onkoloji Dergisi,2011;26(3):142-147.



26. Terzi K. Kanser Tanılı Hastalar ve Hemirelerin Bakım Açısıyla Yaşam Sonu Dönem ve Bakımı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemireli Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Tez Danışmanı: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU.
27. Krinsky R, Murillo I, Johnson J. A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients, Applied Nursing Research, 2004;27:147-150.
28. Karabacak Ü. Meme Kanseri Hastalarda Konforu Destekleyici Hemirelik Bakımının Ve Etkinin Radyoterapi Uygulaması ile Etkileşimi. Hemirelik Programı Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2004, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, Türkiye.
29. Üstündağ H.(2009) Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hemireli Anabilim Dalı, 2009. Tez Danışmanı: Prof.Dr. Fatma Eti ASLAN.
30. Khan A. Application of Katharine Kolcaba Comfort Theory to nursing care of patient, International Journal of Scientific and Research Publications, 2017;7(3).
31. Ocakçı A, Alpar . Hemirelikte Kavram Kuram ve Model Örnekleri, Nobel Tıp Kitabevi, 2015.
32. March A, McCormack D. Nursing theory – directed healthcare: modifying Kolcaba's comfort theory as an institution – wide approach. Holistic Nursing Practice, 2009;23(2):75-80.
33. Goodwin M, Sener I, Steiner S; A Novel Theory for Nursing Education Holistic Comfort; Journal of Holistic Nursing, 2007;25(4):278-285.
34. Wilson L., Kolcaba K . Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting; Journal of PeriAnesthesia Nursing, 2004;19(3):164-173.
35. Terzi B. Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2014, Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nurten KAYA.
36. Lima J, Guedes M, Silva L, Freltas M, Flalho A. Usefulness of the comfort theory in the clinical nursing care of new mothers: critical analysis. Rev Gaúcha Enferm. 2016 Dec;37(4):e65022.

37. Yılmaz E, Çeçen D, Togaç H, Mutlu S, Kara H, Aslan A. Ameliyat Sürecindeki Hastaların Konfor Düzeyleri ve Hemirelik Bakımları. CBU-SBED, 2018;5(1):3-9.
38. Kuo lu S ve Karabacak Ü. Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, ÜFN Hemirelik Dergisi, 2008;16(61),16-23.
39. Kabalak A, Öztürk H, Çayıllı H. End Of Life Care Organization; Palliative Care, Yoğun Bakım Dergisi, 2013;11(2):56-70.
40. Evans N, Roeline H, Pasman W. (2014). End of Life care in general practice: A cross-sectional, retrospective survey of cancer, organ failure and old age/dementia patients, Palliative Medicine, 2014;28(7):965-975.
41. Tuti N, Dewi G, Nur R. Comfort Assessment of Cancer Patient in Palliative Care: A Nursing Perspective, international Journal of Caring Sciences. 2017;10(1):209.
42. Kolcaba K ve Dimarco. Comfort Theory and its application to pediatric nursing Pediatr Nurs. 2005;31(3):187-94.
43. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. Palliative Medicine 2003;17:310-314.
44. Bilaçero lu S. Role of Palliative Care in Improving the Quality of Life in Elderly with Advanced Lung Disease, Curr Geri Rep 2016;5:103–109.
45. Wilkie D, Ezenwa M. Pain and Symptom Management in Palliative care and at end of life, Nurs Outlook. 2012;60(6):357–364.
46. Paice JA, Ferrel B, The Management of Cancer Pain, CANCER J CLIN, 2011; 61(3):157–182.
47. Webb RJ, Shelton C. The Benefits of Authorized Agent Controlled Analgesia (AACCA) to Control Pain and Other Symptoms at the End of Life, Journal of Pain and Symptom Management, 2015;50:371-374.
48. Wang D, Creel- Bulos C. A systematic approach to comfort care transitions in the emergency department. The Journal of Emergency Medicine, 2018; 56(3):267-274.
49. Fabbro E, Dalal S, Bruera E. Symptom Control in Palliative Care-Part II: Cachexia /Anorexia and Fatigue. Journal Of Palliative Care Medicine, 2006;9(2).

50. Irvine D, Vincent L, Graydon JE, Bubela N, Thompson L. The prevalence and correlates of fatigue in patients receiving treatment with chemotherapy and radiotherapy. A comparison with the fatigue experienced by healthy individuals. *Cancer Nurs.*1994;17(5):367-78.
51. Bower J, Ganz P, Desmond K, Rowland J, Meyerowitz B, Belin T. Fatigue in Breast Cancer Survivors: Occurrence, Correlates, and Impact on Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*,2000;18(4), 743–743.
52. Senthill P, Prasad K. Reporting of Cancer –related Fatigue in Palliative Care Journals, *Ibnosina Journal Of Medicine and Biomedical Sciences*, 2013,Page 22-30.
53. Kirshbaum M. Pharmacologic Treatments for Fatigue Associated With Palliative Care, *Clinical Journal of Oncology Nursing*,2011;15(4):438-439.
54. Mucke M, Mochamat, Cuhls H. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care, *Chochrane Database of Systematic Reviews*,2015,Issue 5.
55. Can G. Kanser Hastasında Kanıta Dayalı Palyatif Bakım, *Konsensus 2017*, Nobel Tıp Kitabevi, Mayıs 2018.
56. Kamal A, Maguire J, Wheeler J, Currow D, Abernety A. Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Assessment, Burdens, and Etiologies. *Journal of Palliative Medicine*. 2011;14(10):1167-72.
57. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander –Klar H, Coyle N, Smart –Curley T, Kemeny N, Norton L, Hoskins W. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994;3:183-189.
58. Glare P, Miller J, Nikolova T, Tickoo R . Treating nausea and vomiting in palliative care: a review. *Clinical Interventions in Aging*.2011;6:243-259.
59. Tsai J, Wu CH, Chiu TY. Symptom patterns of advanced care patients in a palliative care unit. *Palliative Medicine* 2006;20:617-622.
60. Walsh TD. Symptom control in patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 1990;7(6):20-9.
61. Davis MP, Walsh D. Treatment of nausea and vomiting in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2000;8:444-452.

62. Dedeli Ö, Pakyüz S. Bowel movement: the sixth vital sign? Clinical and experimental health sciences,2016;6(3):135-139.
63. Clark K. Currow DC. Constipation in palliative care: what do we use as definitions and outcome measures? J Pain Symptom Manage,2013,45(4):753-762.
64. Itano J, Brant J, Conde F, Saria M. (2016). Care Curriculum for Oncology Nursing, Symptom Management, Part 4, Alterations in G S Function. 2016;28(5):351-362.
65. Fajardo N, Cremonini F, Talley NJ. Management of constipation in patients with cancer. Am J Cancer 2006;5(5):319-330.
66. Younes and Tawalbeh. Bowel Management: Constipation among Patients with Cancer, J Palliat Care Med, 2017;7(4): 1-6.
67. Can G. Onkoloji Hem ireli i. stanbul, 2012, Nobel Tıp Kitabevi.
68. Ünsar ST. Diyare ve Konstipasyon. Can G, editör. Onkoloji Hem ireli i, stanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014, p.185-406.
69. Yıldırım Y (a), Fadillo lu Ç (2017). Terminal Dönemde Hastaya Yakla ım; Onkoloji Hem ireli i, Nobel Tıp Kitabevi, Editör: Gülbeyaz Can. p.1006-1017.
70. Kostak M, Akan M. Terminal Dönemdeki Çocu un Palyatif Bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 2011;26(4):182-192.
71. Kvale EA, Shuster JL. Sleep disturbance in supportive care of cancer: a review. J Palliat Med, 2006;9:437.
72. Sela RA, Watanabe S, Nikolaichuk CL. Sleep disturbances in palliative cancer patients attending a pain and symptom control clinic. Palliative Support Care;2005;3:23-31.
73. Hugel H, Ellershaw J, Skinner J, Cook L, Irvine C. The Prevalence , Key Causes and Management of nsomnia in Palliative Care Patients. Journal Of Pain and Symptom Management. 2004 ;27(4).
74. Trill MD. Anxiety and sleep disorders in cancer patients. EJC Suppl. 2013;11(2):216-224.
75. Bıçaklı D, Uslu R. Palyatif Bakım: Semptom Yönetimi ve Ya am Sonu Bakım. Editor: Yasemin Yıldırım, Çiçek Fadillo lu, Nobel Tıp Kitabevi,2017, 505-520.

76. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A; The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization subcommittee of the international continence society. *Neurourology and Urodynamics*; 2002;21(2):167-78.
77. Monz B (2007). Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *European Urology*;2007;51(4):1073-1081.
78. Hunskar S, Vinsnes, A. (1991) The quality of life in women with urinary incontinence as measured by the sickness impact profile. *Journal of the American Geriatric Society*; 1991; 39(4): 378-382.
79. Coyne, K.S, Sexton C, Irwin D, Kopp Z, Kelleher CJ, Milsom I . The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *British Journal of Urology*; 2008;10(11): 1388-1395.
80. Drudge –Coates L,Rajbabu K. Diagnosis and Management of malignant Spinal Cord Compression. *International Journal Of Palliative Nursing* 2008, 14(4),123-8.
81. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer . Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi, *TAF Prev Med Bull*,2013: 12(3):219-224.
82. Candy B, Jones L. Varagunam M,Speck P; Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal phase of disease, 2012, *Chochrane Database of Systematic Reviews* 2, Issue 5.
83. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, National Consensus Project for Quality Palliative Care. Second Edition, 2009.*
84. Cruz MD, Noguera A, Arregui M, Williams J, Chisholm G, Bruera E. Delirium, agitation, and symptom distress within the final seven days of life among cancer patients receiving hospice care, 2014, *Palliative and Supportive Care*, page 1 of 6.
85. Agar M, Quin SJ, Crawford GB, Christine SR, Phillips JL, Collier A, Currow D. Predictors of Mortality for Delirium in Palliative Care, *Journal Of Palliative Medicine*, 2016:19(11):1205-1209.

86. Kaya E . Sönmez S, Barlas F, Deliryum, Okmeydanı Tıp Dergisi, 2011, 29(Ek sayı 2):70-74.
87. Elbi H (2017). Palyatif Bakım: Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım. Editor: Yasemin Yıldırım, Çiçek Fadıllıo lu, Nobel Tıp Kitabevi, p.289-295.
88. Ançel G. Cerrahi ve Dahili Problemi Olan Hastaya Psikososyal Boyutta Yaklaşım. Hemşirelik Bakım Planları , Alter Yayıncılık, 1. Baskı, 2007, Sayfa 5-6.
89. Chochinov H, Wilson K, Enns M, et al. Prevalence of depression in the terminally ill: effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry*. 1994;151:537-540.
90. Finucane AM, Lugton J, Kennedy C, Spiller JA (2016) . The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: an integrative literature review. *Psycho-Oncology* 26: 291-300.
91. Murray R. (2010). Spiritual Care Beliefs and Practices of Special Care and Oncology RNs at Patients' End of Life ,*Journal of Hospice and Palliative Nursing* , 2010; 12(1):51-58.
92. Çetinkaya B, Altunda S, Azak A, Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2007; 8(1) : 47 – 50.
93. Taylor E, Highfield M, Amenta M. Attitudes and beliefs regarding spiritual care. *Cancer Nurs*. 1994; 17:479-487.
94. Boutwell K, Bozett F. Nurses assessment of patients spirituality: continuing education implications. *J Contin Educ Nurs*. 1987; 21:172-176.
95. Twibell R, Wieseke A, Marine M, Schoger J. Spiritual and coping needs of critically ill patients: validation of nursing diagnosis. *Dimens Crit Care Nurs*.1996;15:245-253.
96. Nesse R.M.The evolution of hope and despair. *Social Research*,1999. 429-469.
97. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. An exploratory factor analysis of existential suffering in japanese Terminally Ill Cancer Patients. *Psychooncology* 2000;9:164-168.
98. McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361: 1603–07.

99. Cash, T. F. Body image: Past, present, and future. 2004. *Body Image*, 1, 1–5. doi:10.1016/S1740-1445(03)00011-1.
100. *J Natl Compr Canc Netw* 2016;14(1):82–113. Palliative Care Version 1.2016 . Clinical Practice Guidelines in Oncology.
101. Aydın M, Di Çigil G. Evde bakım hizmeti alanlarda sosyal izolasyon Jour *Turk Fam Phy*, 2017; 08 (4): 95-99.
102. Ya ar R. Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2007;17(1):237-260.
103. Arslan H, ener D. Stigma, Spiritualite ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geli tirme Sürecine Göre rdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hem irelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,2009;2(1).
104. Boylu A, Paçacıo lu B. Ya am Kalitesi ve Göstergeleri. *Journal of Academic Researches and Studies*. 2016;8(15).
105. Zhang B, Nilsson M. Factors mportant to Patients Quality of life at the end of life, *Arch ntern Med*. 2012; 172(15):1133-1142.
106. Ayar T. Onkoloji Hastalarının Algıladıkları Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyinin Ya am Kalitesi ve Semptom Kontrolüne Etkisi, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Anabilim Dalı*, 2018, Yüksek Lisans Tezi, Tez Danı manı: Doç. Dr. Zeliha KOÇ.
107. Conlon M, Caswell J, Knight A, Ballantyne B, Santi S, Meig M, Earle C, Hartman M. mpact of compherensive hospice palliative care on end of life care: a propensity-score- matched,retrospective observational study. *CMAJ OPEN*, 2019, 7(2):197-202.
108. Kim K, Kwon SH (2007). Comfort and Quality of life of Cancer Patients. *Asian Nursing Research*, 2007;1(2):125-135.
109. Süt KH. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Ya am Kalitesi: EQ-5D ölçe inin geçerlilik ve güvenilirlik çalı ması, *Trakya Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü Hem irelik Anabilim Dalı,  Hastalıkları Hem ireli i*, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Tez Danı manı: Dr. Ö retim Üyesi Serap ÜNSAR.
110. Pinto S, Caldeira S, Martins J. A qualitative study about palliative care patients' experiences of comfort: Implications for nursing diagnosis and interventions. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2017;7(8): 37-45.

111. Erbay Ö, Yıldırım Y, Fadillio lu Ç, Aykar F. Rektum kanseri nedeni ile kolostomi açılan bir olgunun hem irelik yönetiminde Kolcaba'nın Konfor Kuramı'nın Kullanımı. J Tradit Complem Med.2019;2(1):42-8.
112. Legrand S, Walsh D. Comfort Measures: Practical Care of the Dying Cancer Patient. American Journal of Hospice & Palliative Medicine® 2010; 27(7) 488-493.
113. Jack B, Hiilier V, Williams A, Oldham J. Hospital based palliative care teams improve the symptoms of cancer patients. Palliative Medicine 2003; 17: 498 /502.
114. Kai N, Gunten C. Symptoms and Attitudes of 100 Consecutive Patients Admitted to an Acut Hospice / Palliative Care Unit. Journal of Pain and Symptom Management, 1998, 16(5):307-315.
115. Uysal N, enel G, Karaca , Kadıo ulları N, Koçak N,O uz G. Palyat f Bakım Klini inde Yatan Hastalarda Görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi, 2015; 27(2):104-110.
116. Steinhauer K, Volls C, Bosworth H, Share . Measuring Quality of Life at the End of Life: Validation of the QUAL-E. Palliative and Supportive Care,2004; 2(1):3-14.
117. Hack, TF. New directions in psychosocial interventions in palliative care. Palliative Medicine,2012; 26(5), 681–2.
118. Detering K, Hancock A, Reade M,Sivester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 2010;340:c1345. Page 1-9.
- 119.Meldahl M. Palliative care indicators associated with nurse-rated quality of dying in the intensive care unit, A Thesis Master of Public Health, University of Washington, 2013. Comitte: Patick D, Curtis R.
120. Jett L. Comfort at the enf of life. JONA,1995, Volume 25, Number 11, pp 55-60.
121. Hensen D,Sheehan D,Stephensen P,Mayo M. Spiritual Uncertainty Among Hospice Providers, Journal of Hospice & Palliative Nursing, 2019; 23(1).
122. Kisvetrova H, Vevodova S, Skoloudik D. Comfort –Supporting Nursing Activities for End of Life patients in an institutionalized environment. Journal of Nursing Scholarship, 2018;50:2,126-133.



123. Kutlu R, Çivi S, Börüban M.C, Demir A . Kanserli Hastalarda Depresyon ve Ya am Kalitesini Etkileyen Faktörler, Selçuk Üniv Tıp Derg, 2011; 27(3):149-153.

124. Karaku Z . Akci er Kanseri Tanısı Alan Hastalarda Web Destekli Hasta E itiminin Semptom Yönetimine ve Ya am Kalitesine Etkisinin ncelenmesi, Akdeniz Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, ç Hastalıkları Hem ireli i Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015,Tez Danı manı: Prof.Dr. Zeynep ÖZER, Prof Dr. Hakan BOZCUK.

125. Yazgan EÖ. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Dini nanç ve Maneviyatın Depresyon Düzeyi ve Ya am Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü, Hem irelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Tez Danı manı: Doç.Dr. Ayten DEM R ZENC RC .

## EK-1. GENEL KONFOR ÖLÇE (GKÖ)

A a ıda u anda konfor durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için dört seçenek sunulmu tur. Lütfen **su andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3. Mahremiyetimi yeterince sürdüremiyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğum güvенеbileceğim kişiler var	4	3	2	1
5.Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6.Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7.Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8.Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10.Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11.Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12.Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13.Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişiler var	4	3	2	1
24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25.Açım	4	3	2	1
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27.Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.Çok yorgunum	4	3	2	1
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.Memnunum	4	3	2	1
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1

37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.Inançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.Sağlığı hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.Tek başınayım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.Kederliyim	4	3	2	1
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1



**EK-2 K SEL B LG FORMU**

**Hastanın Adı-Soyadı:**

**Teşhis:**

**Yatış Tarihi:**

**Çıkış Tarihi:**

**Cinsiyet:**

**Yaş:**

**Eğitim Durumu:**

**Meslek:**

**Medeni Durum:** Evli Bekar

**Çocuk :** Var Yok

**Özgeçmiş /Soygeçmiş Hastalıklar:**

### **EK-3 GENEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ**

#### **A- Hareket**

1 ( ) Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum

2 ( ) Yürürken bazı güçlüklerim oluyor

3 ( ) Yatalağım

#### **B- Öz-bakım**

1 ( ) Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum

2 ( ) Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor

3 ( ) Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim

C- Olağan aktiviteler(örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)

1 ( ) Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum

2 ( ) Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor

3 ( ) Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim

#### **D- Ağrı/rahatsızlık**

1 ( ) Ağrı veya rahatsızlığım yok

2 ( ) Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var

3 ( ) Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var

#### **E- Anksiyete/Depresyon**

1 ( ) Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim

2 ( ) Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk

3 ( ) Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk

## **EK- 4 AYDINLATILMI ONAM FORMU**

### **AYDINLATILMI ONAM FORMU**

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğretim üyesi Doç. Dr. Ayfer Aydın, tarafından yürütülen “Kolcaba’nın konfor kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin yaşam sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi” konusunda yürütülen araştırmaya katılımınız rica olunmaktadır. Bu çalışmada katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız her hangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

**Çalışmanın Adı: Kolcaba’nın konfor kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin yaşam sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi**

### **ÇALIŞMANIN AMACI**

Bu çalışmanın amacı, Kolcaba’nın konfor kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin yaşam sonu dönemdeki hastaların konfor düzeyine ve yaşam kalitesine etkisini incelenmesidir.

### **PROSEDÜRLER**

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir; Sizlerden konfor ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeğini ilk yatışınızda ve iki hafta sonra doldurmanız istenecektir. Yatışınızdan itibaren klinik hemşireleri ve sorumlu araştırmacı hemşire tarafından konfor modeline göre geliştirilmiş hemşirelik bakımı verilecektir. İki hafta sonra bu model ile verilen bakımın sizin konforunuza ve yaşam kalitenize olan etkisi değerlendirilecektir.

### **OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR**

Çalışmada hiçbir risk bulunmamaktadır.

### **TOPLUMA VE/VEYA DENEKLERE OLASI FAYDALARI**

Bu çalışmanın amacı, yaşam sonu dönemde olan hastaların konfor ihtiyaçlarına uygun bir hemşirelik bakımı almalarını sağlayarak, konfor düzeyini ve yaşam kalitesini arttırmaktır.

## **GİZLİLİK**

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Gizlilik tanımlanmış bir kodlama prosedürüyle sağlanacak ve kod çözümüne erişim yalnızca çalışmanın sorumlusu araştırmacıyla sınırlı kalacaktır. Tüm veriler, sınırlı erişime sahip güvenli ve şifreli bir veri tabanında tutulacaktır.

(eklemek istediğiniz var ise lütfen ekleyiniz.)

## **KATILIM VE AYRILMA**

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamı ile bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmaya karar vermeniz halinde dahi, sahip olduğunuz her hangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir cezaya maruz kalmadan istediğiniz zaman çekilebilirsiniz. Çalışmadan çekilmek isterseniz bir cezası yoktur ve sahip olduğunuz faydaları kaybetmezsiniz.

(eklemek istediğiniz var ise lütfen ekleyiniz.)

## **ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ**

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

**K. Nilay GENÇ**

Koç Üniversitesi Doktora Öğrencisi

T: 0533 4572187

E: nsagnak13@ku.edu.tr

---

Yukarıda açıklanan prosedürleri anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde yanıtlandı ve dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

---

Katılımcı Adı-Soyadı

---

Katılımcı İmzası

---

Tarih

---

Araştırmacının İmzası

---

Tarih

EK-5 . YA AM SONU BAKIM PLANI

KOÇ ÜN VERS TES SA LIK B L MLER  
ENST TÜSÜ

PALYAT F BAKIM GEREKT REN  
HASTALARDA KOLCOBA'NIN KONFOR  
KURAMINA ÖZELLE M HEM REL K  
BAKIM PLANI REHBER

K. N LAY GENÇ

KOÇ ÜN VERS TES HEM REL K  
DOKTORA PROGRAMI

Danı man : Doç Dr. AYFER AYDIN

stanbul , 2017



## çindekiler

Fiziksel Konfora Özelle mi Bakım Planı .....5-10

Psikospiritüel Konfora Özelle mi Bakım Planı.....11-14

Çevresel Konfora Özelle mi Bakım Planı.....15

Sosyo-kültürel Konfora Özelle mi Bakım Planı.....16

Kaynakça.....17

## G R

Ya am sonu döneminde olan hastalarda, a rı, bulantı, kusma, yorgunluk, i tahsızlık, anksiyete gibi fizyolojik sorunların yanısıra, sosyal izolasyon, anksiyete, depresyon, ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar da sık görülmektedir. Hem irenin hastaların son döneminde ya am kalitesini yükseltecek ve konforunu sa layacak bir bakımı planlaması ve vermesi gerekmektedir. Konfor; bireylerin kar ılamaya çalı tı ı ya da kar ılayamadı ı temel insan gereksinimleridir. Nightingale zamanından beri, hem irelik bakımının arzu edilen sonucu olarak belirtilmektedir.

Hastanın konforunun sa lanması kaliteli bakımın bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hem irelik teorisyenlerinden Kolcaba konfor kuramını kullanarak hem irelikte konfor bakım modelini geli tirmi ve hasta bakımında kullanmı tır. Kolcaba'nın bakım kuramına temellendirilmi hem irelik bakım modelinin ya am sonu döneminde olan hastalar için uygun oldu u dü ünülmektedir. Bu modele göre verilecek hem irelik bakımı ile hastanın konforunun ve ya am kalitesinin yükselmesi ve son dönemlerini iyi bir ekilde geçirmesi beklenmektedir.

Katherine Kolcaba (1991) konfor kuramını bütüncül görü e temellendirmi ve konfor boyutlarını olu turmu tur. Bunlar; fiziksel konfor, psikospiritüel konfor, çevresel konfor ve sosyokültürel konfordur.

Bu bakım planı rehberi, palyatif bakım sürecinde olan hastaların bakım ihtiyaçlarından yola çıkarak, konfor gereksinimleri fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel düzeyde incelenerek olu turulmu tur. Hastanın konfor ihtiyacını kar ılayarak, ya am kalitesini artırmak hedeflenmi tir.

## KOLCOBA'NIN KONFOR TEORİSİNE GÖRE YAPILANDIRILMIŞ HEMŞİRELİK TANILARI



## F Z KSEL KONFORA ÖZELLE M BAKIM PLANI

### A1.Akut A rı

#### HEM REL K G R MLER

1. Bilgi eksikli i giderilir. Herhangi bir nedenle a rı geli me riski olan hastalar, a rı geli me olasılı ı hakkında bilgilendirilir.
  - Biliniyorsa a rının nedenleri ki iye açıklanır,
  - Biliniyorsa a rının ne kadar sürece i belirtilir,
2. Tanısal testleri ve i lemleri detaylı olarak açıklanarak, hissedebilece i duyguları ve rahatsızlıkları ve bunların yakla ık ne kadar sürece i belirtilir.
3. Analjeziklere ba ımlılık korkusunu azaltmak için do ru ve tam bilgi verilir.
4. Ki inin a rıya tepkisi ve varlı ı kabul edilir. A rıya ili kin konuları dikkatlice dinlenir.
5. Bireyin neden a rısında azalma ya da artma ya ayabilece i, bunun nedenlerini tartı ılır.
6. Aile üyeleri, endi elerini payla ması için cesaretlendirilir.
7. Gün boyunca dinlenme fırsatları ve geceleri kesintisiz uyku olanakları sa lanır.
8. Ki iye ve aileye dikkati da ıtmanın terapötik kullanımı ve a rıyı rahatlatıcı di er yöntemler önerilir.
9. Akut a rı sırasında (a rılı i lemler) dikkati da ıtmak için zor olmayan bir yöntem seçilir (kendi kendine sayı saymak, ritmik olarak nefes almak vb.)
10. A rıyı rahatlatıcı (invaziv olmayan) önlemler ö retilir.
11. Gev eme; skelet kaslarındaki gerilimi azaltan, böylece a rının yo unlu unu azaltacak olan teknikler ö retilir. Sırtı ovma, masaj ya da sıcak banyo ile gev eme sa lanabilir. Spesifik bir gev eme stratejisi ö retilir.(örn. Yava ritmik ekilde nefes alma ya da derin nefes alma, yumrukları sıkma- gerinme)
12. Deri Uyarımı; Sıcak, so uk uygulama.
13. Hekim istemindeki analjezikler verilir.
14. A rı giderici ilaç verdikten 30 dakika sonra etkinli i de erlendirilir.
15. Ailenin yanlış anlamalarını düzeltmek için tam ve do ru bilgi verilir.
16. Bireylere, hayal kırıklıklarını, öfke ve korkularını mahremiyet içinde tartı ma fırsatları sa lanır.

## A2. Kronik A rı

### HEM REL K G R MLER

1. Akut a rıdaki giri imlere ek olarak; Kronik a rının bireyin ya amı üzerine etkileri de erlendirilir.
2. A rının gidi atı, tedavi ve yan etkiler konusunda beklentileri incelenerek belirlenir; gerçek dı ı ise ilgili duruma açıklık getirilir.
3. A rıyı ortadan kaldırmaya yönelik tüm giri imler (aile terapisi, grup terapisi, davranı modifikasyonu, bio-feedback, hipnoz,akupunktur, egzersiz programı, bili sel stratejiler) birey ve aile ile tartı ılır.

## A3. Bulantı

### HEM REL K G R MLER

1. E er biliniyorsa, bulantının nedenini ve ne kadar sürece i açıklanır.
2. Birey, az ve yava yemeye te vik edilir.
3. Bireye, sıcak ya da so uk sıvılar, ya ve posa içeren gıdalar, baharatlı gıdalar, kafeinden kaçınması gerekti i ö retilir.
4. Yemekten sonra, semi-fowler pozisyonunda dinlenmesi ve pozisyonu yava ça de i tirmesi için birey desteklenir.
5. Bulantıyı azaltma tekniklerini ö retilir;
6. Yemek yerken, beraberinde sıvı içmesi kısıtlanabilir.
7. Yemek hazırlarken olu an kokulardan ve di er rahatsız edici uyaranlardan kaçınılır.
8. Yemekten önce giysiler gev etilir.
9. Açık havada oturması ya da bir havalandırma aracı kullanılması sa lanabilir.
10. Yemekten en az 2 saat sonrasına kadar uzanmaktan, düz yatmaktan kaçınması önerilir.
11. Bulantının nedeni tanımlanır ve tedavi için doktorla görü ülür.

(Öksürük, konstipasyon, idrar yolu enfeksiyonları, reflü hastalıkları, elektrolit dengesizli i, candidiazis, intrakranial basıncın artması, farmakolojik ajan, anksiyete.)

12. Antiemetik ilaçları istemdeki gibi verilir.

#### **A4. Rahatlıkta Konforda Bozulma**

HEM REL K G R MLER

Nedene yönelik olarak girişimler uygulanır.

#### **A5. Beslenmede Dengesizlik: Gereksiniminden Az Beslenme**

1. Günlük üç büyük öğün yerine iki üç saatte bir, az az ve sık aralarla hafif yiyecekler yemesi,
2. Tahının en iyi olduğu saatte en büyük öğünü yemesi, öğün arasında atıştırmalar yapması,
3. Pratik, hafif fakat bol protein ve kalori içeren yiyecekler seçmesi,
4. Bulantı ve kusmayı önlemek için yağlı ve baharatlı yiyeceklerden kaçınılması,
5. Yemekleri hazırlarken renkli ve göze hitap edecek yiyecek seçmesi,
6. Bulantı kusmayı önlemede yemekten 30-60 dk önce antiemetik ilacını kullanması,
7. Hekim istemi ile hazır enteral beslenme ürünleri kullanması,
8. Tedavi sırasında mide bulantısı hissettiğinde sevdiği şeyleri yemekten kaçınması, mide bulantısı ile bu yiyecekleri başda tırabileceği ve daha sonra bu yiyeceklerden tiksinebileceği için kokusu olmayan soğuk yiyecekler tercih etmesi,
9. Günde en az 8 bardak sıvı tüketilmesi önerilmesi,
10. Balık, yumurta, puding, peynir gibi kalori değeri yüksek gıdaları tüketmesi,
11. Rahat olabileceği hoş bir ortamda yemek yemesi,
12. Ailesi veya sevdikleri ile birlikte yemek yemesi iştahı arttıracaklarından yemeği topluca yapılan bir olay haline getirip, bazen çok sayıda insan ile yemek yemesi,
13. Yemeğin konulduğu tabak porsiyonu küçük gösterecek şekilde büyük seçilmesi,
14. Yemek yerken kötü kokulu ve rahatsız edici yerlerden uzak durması söylenmesi,
15. Ağızda kötü bir tat var ise, geç eriyen şekerler emmek, nane şekeri ya da sakız çiğnemesi,
16. Günde en az iki kez dişlerini yumuşak diş fırçası ile fırçalaması,
17. Dondurma, milkshake, muhallebi gibi soğuk gıdaları tüketmesi önerilir.

## **A6. Yorgunluk**

### **HEM REL K G R MLER**

1. Nabız, kan basıncı, solunum takibi yapılır. Aktivite sonrası yaşam bulguları tekrar alınarak karşılaştırılır.
2. Aktivite sonrası; göğüs ağrısı, vertigo, dispne, sistolik kan basıncı azalma, solunum hızında azalma gibi bulgular olduğunda hastanın hekimine haber verilir.
3. Hastanın ve ailenin aktivite intoleransına ilişkin bilgi ve uygulamaları değerlendirilir.
4. Hastanın aktivite seviyesi, beslenme durumu ve günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi ve uyku paterni değerlendirilir.
5. Hastanın kan değerleri, beslenme durumu ve yorgunluk düzeyi takip edilir.
6. Hasta ve ailesine vücudun oksijen tüketimini azaltmak için uygun çevresel düzenleme girişimleri önerilir.
7. Hasta ve ailesi enerji koruma yaklaşımları ile ilgili bilgilendirilir.
8. Hastaya bilişsel davranışsal yaklaşımların (uyku hijyeni, stres yönetimi), masaj ve refleksolojinin kullanımı önerilir.
9. Hastaya enerji tasarrufu sağlayan yaklaşımların kullanımı önerilir.
10. Hastaya günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken destek araç kullanımı, ihtiyaca göre dinlenmesi önerilir.

## **A7. Üriner Boşaltımda Bozulma**

### **HEM REL K G R MLER**

1. Hastanın rahatlık ve mahremiyeti sağlanır.
2. Durulama gerektirmeyen bir perine temizleyici (solüsyon) kullanılır.
3. Emilimi iyi ve koruyucu bir nemlendirici seçilir.
4. Aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılır.

## **A8. Barsak İnkontinansı**

### **HEM REL K G R MLER**

1. Barsak alı kanlı izlemi kontrolü sağlanır.
2. Doku bütünlüğünü korunarak, temizleme sırasında cildi tahrihten korunur.
3. Alt balmama bezi kullanılan hastalarda alt deşimleri düzenli, bakımları cildi tahrihtemeyecek şekilde yapılır.

## **A9. Diyare**

### **HEMİRELİNGRMLER**

1. Neden olan ve etkileyen faktörleri değerlendirilir.
2. Diyarenin süresi, günlük dışkılama sayısı değerlendirilir.
3. Sıvı ve elektrolit dengesi izlenir.
4. Dehidratasyon bulguları değerlendirilir.
5. Ateş, abdominal ağrı, halsizlik varlığı araştırılır.
6. Ilık içecekler alınması sağlanır.
7. Açık sıvılar verilir (meyva suları, çorba vb).
8. Süt ürünleri, yağ, yüksek posalı besinlerden (kepekli tahıllar, taze meyve ve sebzeler) kaçınılır.
9. Diyete yavaş yavaş katı ve yarı katı besinler eklenir.
10. Diyaransitesini normal sınırlarda tutabilmek için oral alımı artırılır.
11. Potasyum ve sodyum içeren sıvıları içmeye teşvik edilir.
12. Tüple Besleniyorsa; Beslenmede kullanılan tüpleri değiştirilir.  
Gastrointestinal toleranssızlık gelişirse daha yavaş olarak verilir.
13. Hidrasyonu sağlamak için tüple beslenmede belirlenen miktarda su verilir.
14. Halsizlik ve yorgunluk düzeyi izlenir.
15. 15. Günlük aktivitelerinde gerektiğinde yardım sağlanır.
16. 16. Diyare ile ilişkili komplikasyonlar izlenir.
17. 17. Her bir dışkılamada barsak hareketlerinin özelliği değerlendirilir.
18. 18. Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır.
19. Bireyin cilt turgorundaki değişiklikler izlenir.

## **A10. Uyku Örüntüsünde Bozulma**

### **HEMİRELİNGRMLER**

1. Uykusuzluk nedenleri tanımlanır, tedavinin uyku sürecine etkisi açıklanır.
2. Uykusuzluğu önlemede etkili girişimler konusunda bilgilendirilir.
  - a. Yatmadan önce ılık süt içmesi
  - b. Gündüzleri uykükleme yapması
  - c. Esansiyel yağlarla masaj yaptırması
  - d. Müzik dinlemesi
  - e. Progresif kas gevşeme egzersizleri yapması
  - f. Destekleyici grup terapisine katılması



g.Çok bile enli bili sel davranı sal terapileri uygulaması(uyku kontrolü, uyku kısıtlaması, uyku hijyeni, yorgunluk, ba etme gibi birden fazla bili sel ve davranı sal yöntemin birlikte uygulanmasını içerir.

h.Orta iddette her gün yarım saat yürümesi

ı.Ak am yatmadan önce sıcak su ile ayak banyosu yapması önerilir.

4. Gerekirse hekim istemi ile benzodiazepin, anksiyolitik ve antidepresan ba lanabilir.
5. Gürültülü sesler azaltılır . lemleri uyku döneminde iken en az sayıda rahatsız eden ekilde düzenlenir.(örn birey ilaçlar için uyandırıldı nda tedavilerin de yapılması, vital bulguların da alınması)
6. Ki i ile birlikte , gündüzleri için bir aktivite programı(ör. Yürüyü , fizik tedavi) olu turulur.
7. Gündüz uykuları fazla ise süre ve miktarını sınırlanır.
8. Alı ılageldi i uyku öncesi rutinlerini- zamanı, hijyen uygulamaları, kuralları(okuma vs.), ki i, aile yada ebevyenlerle birlikte belirlenir ve olabildi i kadar bu rutinelere uyulur.
9. Ö leden sonraları kafeinli içeceklerin alımını kısıtlanır.
- 10.Düzenli yatma ve yataktan kalkma zamanlarına uyulur.
- 11.Yatak odasının hafif serin olmasını sa lanır.
- 12.E er gürültü bir problem olu turuyorsa, kulak tıkaçları kullanması önerilir.
- 13.Yatma zamanına yakın 3 saat içinde egzersiz yapması önerilmez.

### **A11. Etkisiz Solunum Örüntüsü (Dispne)**

HEM REL K G R MLER

1. Solunum izlemi, kaslarda a amalı-ilerleyici gev emenin sa lanması, anksiyetenin azaltılması önerilir.
2. Hiperventilasyon çin;  
Ki inin güvende olmasını sa lanarak, ki inin dikkatini anksiyete yaratan durumdan uzakla tırılır.  
Ki inin yanında kalınarak ,daha yava ,daha etkili nefes alıp vermeye rehberlik edilir.  
Nedeni bilinmese bile bilinçli bir solunum kontrolü yaparak hiperventilasyonla ba a çıkmayı ö renebilece i açıklanır.
3. Olası fiziksel ve emosyonel nedenleri ve etkili ba etme yöntemleri tartı ılır.
4. Aileye ve hastaya bilgi verilir.

## B.PS KOSP R TÜEL KONFORA ÖZELLE M BAKIM PLANI

### B1. Beden mgesinde Bozulma

#### HEM REL K G R MLER

1. Olabilecek de i imler konusunda bilgilendirilir.
2. Endi elerini, korkularını ve bu de i imlerin ya amı üzerine etkisini nasıl algıladı ını payla ması için birey cesaretlendirilir.
3. Kendisi, bakımı ve bakım vericileri konusunda sahip oldu u yanlış anlama/kavramları açıklı a kavu turulur.
4. Önemli di er ki ileri fiziksel ve duygusal de i imlere hazırlanır. Aile, uyum sa lama sürecinde desteklenir.
5. Akranlarının ve di er önemli ki ilerin ziyaretleri te vik edilir. Bu ki ilere, bireyin onlar için ne kadar önemli oldu unu bireyle payla malarını tavsiye edilir.
6. Ba kalarının bireyde görünen de i imlerle ilgili güçlükleri olabilece i konusunda birey ile görü lülür, bu konuya hazırlanır.
7. Yakınlarına duygularını, korkularını payla maları için fırsatlar sa lanır. Yakınlarına bireyin olumlu yönlerini tanıma , farkında olma ve bunu nasıl payla abilecekleri konusunda yardım edilir.
8. Gerekirse psikolojik profesyonel destek sa lanır.

### B2. Ümitsizlik

#### HEM REL K G R MLER

1. üphelerini, korkularını ve endi elerini sözel olarak ifade etmesi sa lanır.
2. Ümidin kırıldı ı alanları ve ümidin nasıl belirsiz oldu unu ifade etmesi için birey cesaretlendirilir.
3. Durumdaki ümitsiz yönleri ümitli alanlardan/yönlerden ayırarak, ümitsiz yönleri nasıl ele alaca ını ö retilir.
4. Ki inin içsel kaynakları (otonomi, ba ımsızlık, mantık, bili sel dü ünme, esneklik, spiritüel yön) de erlendirilir, tanılanır .
5. Ümit kaynaklarını (ör. ili kiler, inanç, ba arılacak eyler) tanımalarına yardım edilir.
6. Kısa vadeli ve uzun vadeli, gerçekçi amaçlar geli tirmesine yardım edilir.

7. Sevildi ini, ilgilenildi ini ve sa lı ın bozulmasına bakmaksızın ba kalarının ya amında önemli oldu unu fark etmesi için ki iye yardım edilir.
8. Benzer bir problemi ya da hastalı ı olan ve bununla etkili ekilde ba ederek, pozitif deneyimlere sahip olan ba ka ki ilerle endi elerini payla ması için cesaretlendirilir.
9. naç, destek sistemini de erlendirilir ve tanılanır. (de er, ya antılar, dinsel aktiviteler, tanrı ile ili ki, dua etmenin anlamı ve amacı)
10. Acı çekme, ölüm ve ölmenin anlamı üzerine dü ünme, dü ündüklerini yansıtmaya fırsatları sa lanır.
11. Gerekiyorsa (ki i ve hizmetlere- ör. danış manlık, spiritüel lider, din adamı vb. ) yönlendirilir.

### **B3. Anksiyete**

#### HEM REL K G R MLER

1. Anksiyete düzeyi de erlendirilir. Hafif, orta, iddetli, panik.
2. Rahatlı ı ve güvenli i sa lanır.
3. Fazla uyaranlar uzakla tırılır.
4. Anksiyeteli di er ki ilerle, di er hastalar ya da aile üyeleri ile ili kileri sınırlandırılır.
5. Anksiyete ö renmeyi engelleyecek kadar azaldı nda, ö renmeyi ya da problem çözmeyi ba latmak için ki inin anksiyetesini tanımasına yardım edilir.
6. Stresli durumlar kaçınılmaz oldu unda kullanılmak üzere, anksiyete kesme teknikleri ö retilir.
7. Öfkeli ki iye yardım edilir.
8. Öfkenin varlı ını tanımlanır.

### **B4. Ölüm Anksiyetesi**

#### HEM REL K G R MLER

1. Durumu nasıl algıladı ını payla ması için bireye izin ve fırsat verilir.
2. Birey, endi elerini ve ikilemlerini payla maya cesaretlendirilir.
3. Ki inin yakla an ölüm ve siritüel ili kileri incelenir;
  - Ya amdan sonrasına ili kin inançları
  - Anlam arama
  - Tanrıyla / üstün varlıklı ili ki
4. Ki inin acı çekmeyi nasıl yorumladı ını incelenir. (ör. cezalandırılma, kötü talihin denemesi, do al bir süreç, tanrı/üstün gücün iste i,yadsıma,kurtulma,ödeme)

5. Ya amından öyküler anlatmaya, eski günlerden konu maya cesaretlendirilir.
6. Dü ünsel aktivitelere te vik edilir.
7. Birey, di er insanlara sevgi arma an ederek kar ılık vermeye cesaretlendirilir.
8. Aile ve arkada larının emosyonel ve spiritüel olarak içten olmaları için cesaretlendirilir.

## **B5. Korku**

### HEM REL K G R MLER

1. Basit açıklamalar yaparak çevreye oryante edilir.
2. Yava ve sakin olarak konu ulur.
3. Ki isel mesafeyi korumasına izin verilir.
4. Basit ve direkt ifadeler kullanılır.
5. Duyularını ifade etmesi için cesaretlendirilir.
6. Gerçe i yansıtan tepkileri cesaretlendirilir. Hangi yönlerin de i tirilebilece ini, hangi yönlerin de i tirilemeyece i tartı ılır.
7. Emosyonel olarak tehdit edici olmayan bir atmosfer sa lanır. Tutarlı bir günlük program olu turulur.
8. Gev eme teknikleri ö retilir; yava ritmik solunum, kas gruplarının ilerleyici ekilde gev etilmesi, kendi kendine antrenörlük etme, dü ünçeyi durdurma, güdümlü/yönlendirilmi hayal etme.

## **B6. Spiritüel Distress (Manevi sıkıntı)**

### HEM REL K G R MLER

1. Çe itli spiritüel inanç ve uygulamaları kabul etti inizi iletmeniz önerilir.
2. Ön yargısız bir tutum sergilenir.
3. Spiritüel gereksinimlerin önemine dikkat / kabul gösterilir.
4. Spiritüel gereksinimlerin kar ılanmasında yardım etme konusunda sa lık ekibinin isteklili i ifade edilir.
5. Sa lı ı için sakıncalı olmayan spiritüel ritüelleri yerine getirmesi için cesaretlendirilir.
6. Bireye di er insanlarla birlikte dua etmesi ya da dinsel grubun üyeleri ya da kendini bu aktivitelere rahat hisseden bir sa lık ekibi üyesi tarafından dua okunması vb için fırsat sa lanır.

7. Bu ya am olayını/durumunu, daha geni bir bakı açısından görmesine yardım etmek için geçmi teki inançları ve spiritüel deneyimleri hakkında sorular sorulur. Deneyimlerini kullanılır.
8. E er bu konuda kendinizi rahat hissediyorsanız sizinle ya da daha uygunsu ekibin bir ba ka üyesi ile birlikte dua etme/meditasyon yapma/okuma olana ı sunulur.
9. Birey kendi üphelerini, suçluluk duygularını ya da di er olumsuz duygularını ifade etti i zaman ula ılabilir olunur ve dinlemeye isteklilik gösterilir.
- 10.E er ki i duygularını, mevcut spiritüel liderle payla mıyorsa spiritüel destek sa layacak ba ka bir ki iyle ileti im kurması önerilir.

## **B.10.Deliryum**

### HEM REL K G R MLER

1. Hekim uygun tedaviyi düzenledikten sonra hastanın durumunun deneyimli bir hem ire tarafından yakından izlenir.
2. Psikolojik profesyonel bir destek sa lanır.
3. Semptomlara yönelik destekleyici tedavi yapılır.
4. Sıvı elektrolit dengesi, düzenlenir.
5. Beslenme durumuna dikkat edilir,
6. Hastanın sessiz, sakin iyi aydınlatılmı odada tedavi edilir,
7. Yanına saat, takvim, foto raf gibi hasta için bildik bir e ya konması önerilir.
8. Aile üyeleri ve arkada ları hastayı her biri ayrı zamanlarda olmak üzere ziyaret konusunda desteklenmesi önerilir.
9. Deliryumlu hastaların asla refakatsiz ve yalnız bırakılmaması önerilir.

## **C. ÇEVRESEL KONFORA KONFORA ÖZELLE M BAKIM PLANI**

### **C1.Dü me Riski**

#### HEM REL K G R MLER

1. Dü me riski de erlendirilir.
2. Yataktan dü meleri önlemek için yatak kenarlıklarını kaldırılır.

3. Oda içi ı ıklandırmanın iyi olmasını sa lanır.
4. Dü me riski konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirilir.
5. Kendi ba ına kalkmaya çalı maması konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilir.

### **C2.Yaralanma Riski**

#### **HEM REL K G R MLER**

1. Her yeni kabulde birey ortama uyumlandırılır.
2. Ça ırma sistemi açıklanır ve ki inin bunu kabullenme yetene i de erlendirilir.
3. Güvenlik durumunu tanımlamak için ilk birkaç gece ki i yakından gözlemlenir.
4. Gece lambaları kullanılır.
5. Ki i, geceleri yardım istemesi için cesaretlendirilir.
6. Geceleri yata ı en alçak seviyede tutulur.

### **C3. Enfeksiyon Riski**

#### **HEM REL K G R MLER**

1. Nazokomiyal enfeksiyon riski ta ıyan bireyler tanımlanır..
2. Organizmaların bireye giri i azaltılır.
  - a.Dikkatli el yıkama, aseptik teknik, izolasyon önlemleri, gereksiz olan hiçbir tanıs ve tedavi i lemini yapmama, hava akımında mikroorganizmaların azaltılması.
3. mmun yetersizli i olan bireyler enfeksiyondan korunur.
4. Bireyin enfeksiyona yatkınlı ını azaltılır.
5. Enfeksiyonun klinik belirtileri (ate , idrarda bulanıklık, pürülan drenaj gibi.) gözlemlenir.

## **D. SOSYOKÜLTÜREL KONFORA L K N BAKIM PLANI**

### **D1. Sosyal zolasyon**

#### **HEM REL K G R MLER**

1. Bireysel, destekleyici bir ili ki sa lanır. Stresin problemlere nasıl bir zemin hazırladı ını tanımasına yardım edilir.
2. Sa lıklı savunmaları desteklenir.
3. Gerekliyse toplumsal kurumlara / hizmetlere yönlendirilir.

## D2. Yalnızlık Riski

### HEM REL K G R MLER

1. Neden olan ve etkileyen faktörleri tanımlanır.
2. Neden olan ve etkileyen faktörleri azaltılır.
3. Sosyal etkileşimleri geliştirilir; Bir kayıp ya da vayan birey yaş sürecinde desteklenir.
4. Acı çekme/kederin normal olup olmadığı incelenir. Kişinin yalnızlık duyguları ve var olan nedenleri hakkında konuşması için cesaretlendirilir. Kişinin komşuları ve arkadaşlarından gelen destek sistemleri harekete geçirilir.
5. Sosyalizasyonda, etkileşim sayısının çokluğundan çok niteliğinin önemli olduğu konusu tartışılır.
6. Sosyal becerileri öğrenmeye yönlendirilir. Kişinin kendisini başkalarına nasıl sunduğu / yansıttığı konusunda kişiyeye geri bildirim verilir.

## D3. İletişimde Bozulma

### HEM REL K G R MLER

1. İletişim ve anlamayı geliştiren yöntemleri kullanılır.
  - a. Bireyin yüzüne bakarak açık ve net konuşulur.
  - b. Odadaki gereksiz sesleri en aza indirilir.
  - c. Eğer kişi söyleneni anlamamış görünüyorsa tekrar edilir. Gerekirse kısa ve uygun sözcüklerle başka şekilde anlatılır.
  - d. İletişim problemi olup olmadığını değerlendirilir.
2. İletişimi güçlendirmek için dokunma, el ve kol hareketleri kullanılır.
3. Alternatif iletişim yöntemleri sağlanır.
4. Bloknote ve kalem, el işaretleri, alfabe harfleri, mimikler gibi..
5. Sakin bir ortam sağlanır.
6. Anlamayı artıran teknikleri kullanılır.  
Karmaşık olmayan tek amaçlı emirler ve yönlendirmeler kullanılır.  
Aynı kişilerde/durumlarda aynı sözcükler kullanılır.
7. Birey konuşurken anlamaya odaklanılır, çaba gösterilir.

## KAYNAKLAR

- 1.Palliative Care, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines),Version 2016.
- 2.Can G, Onkoloji Hem ireli inde Kanıttan Uygulamaya, Konsensus 2014, Nobel Tıp Kitabevi.
- 3.Dahlin C,Coyne J, Ferrel R; Advance Practice Palliative Nursing, 2016.
- 4.Ferrel R, Connor C, Dahlin C, Hutton N, Lentz J, Lupu D.;Clinical Practice Guidelines for quality palliative care, National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2009, Second Edition,USA.
- 5.Erdemir F, Hem irelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevi,2012.
- 6.Can G, Onkoloji Hem ireli i, Nobel Tıp Kitabevi, Ekim 2014.
- 7.Kolcaba K, Kolcaba RJ, An analysis of the concept of comfort, Journal of Advenced Nursing, 1991,16, 1301-1310.



## EK-6. YA AM SONU BAKIM PLANI UYGULAMA CHECK L ST

<b>YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST</b>				
<b>AĞRI</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULAMA</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
<b>1</b>	Ağrıyı rahatlatıcı non farmakolojik yöntemler uygulanacak			
<b>2</b>	Gerekli ise hekim istemine göre analjezikler verilecek			
<b>3</b>	Hastanın ağrısını algılaması değerlendirilecek, ağrı değerlendirmesinde hastanın ifadelerine önem verilecek.			
<b>4</b>	Ağrıya neden olan faktörler değerlendirilerek, önlemler alınacak.			
<b>5</b>	Analjezik ilaçlar konusunda hasta ve ailesi bilgilendirilecek.			
<b>6</b>	Analjezik uygulaması sonrası hastanın vital bulguları izlenecek, ağrısının düzeyi izlenecek.			
<b>7</b>	Hastanın sakin bir ortamda dinlenmesi sağlanacak			
<b>8</b>	Ağrı konusunda ailenin endişeleri giderilecek			
<b>9</b>	Bilgi eksikliği giderilecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

BULANTI	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Eğer biliniyorsa, bulantının nedenini ve ne kadar süreceği açıklanacak			
2	Bireye, sıcak ya da soğuk sıvılar, yağ ve posa içeren gıdalar, baharatlı gıdalar, kafeinden kaçınması gerektiği öğretilcek			
3	Yemekten sonra, semi-fowler pozisyonunda dinlenmesi ve pozisyonu yavaşça değiştirmesi için birey desteklenecek.			
4	Yemek yerken, beraberinde sıvı içmesi kısıtlanacak.			
5	Yemek hazırlarken oluşan kokulardan ve diğer rahatsız edici uyaranlardan kaçınılacak.			
6	Yemekten önce giysiler gevşetilecek.			
7	Açık havada oturması ya da bir havalandırma aracı kullanılması sağlanabilecek.			
8	Yemekten en az 2 saat sonrasına kadar uzanmaktan, düz yatmaktan kaçınması önerilecek.			
9	Bulantının nedeni tanımlanacak ve tedavi için doktorla görüşülecek. (Öksürük, konstipasyon, idrar yolu enfeksiyonları, reflü hastalıkları, elektrolit dengesizliği, candidiazis, intrakranial basıncın artması, farmakolojik ajan, anksiyete.)			
10	Antiemetik ilaçları istemdeki gibi verilecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Beslenmede Dengesizlik: Gereksiniminden Az Beslenme	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Günlük üç büyük öğün yerine iki üç saatte bir, az az ve sık aralarla hafif yiyecekler yemesi,			
2	İştahın en iyi olduğu saatte en büyük öğünü yemesi, öğün arasında atıştırmalar yapması,			
3	Pratik, hafif fakat bol protein ve kalori içeren yiyecekler seçmesi,			
4	Bulantı ve kusmayı önlemek için yağlı ve baharatlı yiyeceklerden kaçınılması,			
5	Yemekleri hazırlarken renkli ve göze hitap edecek yiyecek seçmesi,			
6	Bulantı kusmayı önlemede yemekten 30-60 dk önce antiemetik ilacını kullanması,			
7	Hekim istemi ile hazır enteral beslenme ürünleri kullanması,			
8	Tedavi sırasında mide bulantısı hissettiğinde sevdiği şeyleri yemekten kaçınması, mide bulantısı ile bu yiyecekleri bağdaştırabileceği ve daha sonra bu yiyeceklerden tiksinebileceği için kokusu olmayan soğuk yiyecekler tercih etmesi,			
9	Günde en az 8 bardak sıvı tüketilmesi önerilmesi,			
10	Balık,yumurta, puding, peynir gibi kalori değeri yüksek gıdaları tüketmesi,			
11	Rahat olabileceği hoş bir ortamda yemek yemesi,			
12	Ailesi veya sevdikleri ile birlikte yemek yemesi iştahı arttıracığından yemeği topluca yapılan bir olay haline getirip, bazen çok sayıda insan ile yemek yemesi,			
13	Yemeğin konulduğu tabak porsiyonu küçük gösterecek şekilde büyük seçilmesi,			
14	Yemek yerken kötü kokulu ve			

	rahatsız edici yerlerden uzak durması söylenmesi			
15	Ağızda kötü bir tat var ise,geç eriyen şekerler emmek, nane şekeri ya da sakız çiğnemesi,			
16	Günde en az iki kez dişlerini yumuşak diş fırçası ile fırçalaması,			
17	Dondurma, milkshake, muhallebi gibi soğuk gıdaları tüketmesi önerilecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

YORGUNLUK	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Nabız, kan basıncı, solunum takibi yapılır. Aktivite sonrası yaşam bulguları tekrar alınarak karşılaştırılacak.			
2	Aktivite sonrası; göğüs ağrısı,vertigo,dispne,sistolik kan basınca azalma, solunum hızında azalma gibi bulgular olduğunda hastanın hekimine haber verilecek.			
3	Hastanın ve ailenin aktivite intoleransına ilişkin bilgi ve uygulamaları değerlendirilecek.			
4	Hastanın aktivite seviyesi, beslenme durumu ve günlük yaşam aktivitelerine katılım düzeyi ve uyku paterni değerlendirilecek.			
5	Hastanın kan değerleri, beslenme durumu ve yorgunluk düzeyi takip edilecek.			
6	Hasta ve ailesine vücudun oksijen tüketimini azaltmak için uygun çevresel düzenleme girişimleri öğretilecek.			
7	Hasta ve ailesi enerji koruma yaklaşımları ile ilgili bilgilendirilecek.			
8	Hastaya bilişsel davranışsal yaklaşımların(uyku hijyeni ,stres yönetimi), masaj ve refleksolojinin			

	kullanımı önerilecek.			
<b>9</b>	Hastaya enerji tasarrufu sağlayan yaklaşımların kullanımı öğretilecek.			
<b>10</b>	Hastaya günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken destek araç kullanımı , ihtiyaca göre dinlenmesi önerilecek .			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Üriner Bo altımda Bozulma	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
<b>1</b>	Hastanın rahatlık ve mahremiyeti sağlanacak			
<b>2</b>	Durulama gerektirmeyen bir perine temizleyici (solüsyon) kullanılacak			
<b>3</b>	Emilimi iyi ve koruyucu bir nemlendirici seçilecek.			
<b>4</b>	Aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılacak.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Barsak nkontinansı	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Barsak alışkanlığı kontrolü sağlanacak.			
2	Doku bütünlüğünü korunarak, temizleme sırasında cildi tahrişten korunacak.			
3	Alt bağlama bezi kullanılan hastalarda alt değişimleri düzenli, bakımları cildi tahriş etmeyecek şekilde yapılacak.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

<b>Diyare</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULAMA</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Neden olan ve etkileyen faktörleri değerlendirilecek.			
2	Diyarenin süresi, günlük dışkılama sayısı değerlendirilecek.			
3	Sıvı ve elektrolit dengesi izlenecek.			
4	Dehidratasyon bulguları değerlendirilecek.			
5	Ateş, abdominal ağrı, halsizlik varlığı araştırılacak.			
6	Ilık içecekler alması sağlanacak.			
7	Açık sıvılar verilecek (meyva suları, çorba vb).			
8	Süt ürünleri, yağ, yüksek posalı besinlerden (kepekli tahıllar, taze meyve ve sebzeler) kaçınılacak.			
9	Diyete yavaş yavaş katı ve yarı katı besinler eklenecek.			
10	İdrar dansitesini normal sınırlarda tutabilmek için oral alımı artırılacak.			
11	Potasyum ve sodyum içeren sıvıları içmeye teşvik edilecek.			
12	Tüple Besleniyorsa; Beslenmede kullanılan tüpleri değiştirilecek. Gastrointestinal toleranssızlık gelişmişse daha yavaş olarak verilecek.			
13	Hidrasyonu sağlamak için tüple beslenmede belirlenen miktarda su verilecek.			
14	Halsizlik ve yorgunluk düzeyi izlenecek.			
15	Günlük aktivitelerinde gerektiğinde yardım sağlanacak.			
16	Diyare ile ilişkili komplikasyonlar izlenecek.			
17	Her bir dışkılamada barsak hareketlerinin özelliği değerlendirilecek.			
18	Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılacak.			
19	Bireyin cilt turgorundaki değişiklikler izlenecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Uyku Örüntüsünde Bozulma	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Uykusuzluk nedenleri tanımlanır, tedavinin uyku sürecine etkisi açıklanacak.			
2	Uykusuzluğu önlemede etkili girişimler konusunda bilgilendirilecek. a.Yatmadan önce ılık süt içmesi b.Gündüzleri şekerleme yapması c.Esansiyel yağlarla masaj yaptırması d.Müzik dinlemesi e.Progresif kas gevşeme egzersizleri yapması f.Destekleyici grup terapisine katılması g.Çok bileşenli bilişsel davranışsal terapileri uygulaması(uyku kontrolü, uyku kısıtlaması, uyku hijyeni, yorgunluk, baş etme gibi birden fazla bilişsel ve davranışsal yöntemin birlikte uygulanmasını içerir. h.Orta şiddette her gün yarım saat yürütmesi ı.Akşam yatmadan önce sıcak su ile ayak banyosu yapması önerilecek.			
3	Gerekirse hekim istemi ile benzodiazepin, anksiyolitik ve antidepresan başlanabilecek.			
4	Gürültülü sesler azaltılır . İşlemleri uyku döneminde iken en az sayıda rahatsız eden şekilde düzenlenecek.(örn birey ilaçlar için uyandırıldığında tedavilerin de yapılması, vital bulguların da alınması)			
5	Kişi ile birlikte , gündüzleri için bir aktivite programı(ör. Yürüyüş, fizik tedavi) oluşturulacak.			
6	Gündüz uykuları fazla ise süre ve miktarı sınırlanacak .			
7	Alışlageldiği uyku öncesi rutinlerini-zamanı, hijyen uygulamaları, kuralları(okuma vs.), kişi, aile yada ebevyenlerle birlikte belirlenecek ve olabildiği kadar bu rutinelere uyulacak.			
8	Öğleden sonraları kafeinli içeceklerin alımını kısıtlanacak.			
9	Düzenli yatma ve yataktan kalkma zamanlarına uyulacak.			
10	Yatak odasının hafif serin olmasını			



	sağlanacak.			
<b>11</b>	Eğer gürültü bir problem oluşturuyorsa, kulak tıkaçları kullanması önerilecek.			
<b>12</b>	Yatma zamanına yakın 3 saat içinde egzersiz yapması önerilmez.			

<b>YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST</b>				
<b>Etkisiz Solunum Örüntüsü (Dispne)</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULAMA</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
<b>1</b>	Solunum izlemi, kaslarda aşamalı-ilerleyici gevşemenin sağlanması, anksiyetenin azaltılması önerilecek.			
<b>2</b>	Hiperventilasyon için; Kişinin güvende olmasını sağlanarak, kişinin dikkatini anksiyete yaratan durumdan uzaklaştırılacak. Kişinin yanında kalınarak ,daha yavaş,daha etkili nefes alıp vermeye rehberlik edilecek. Nedeni bilinmese bile bilinçli bir solunum kontrolü yaparak hiperventilasyonla başa çıkmayı öğrenebileceği açıklanacak.			
<b>3</b>	Olası fiziksel ve emosyonel nedenleri ve etkili baş etme yöntemleri tartışılacak.			
<b>4</b>	Aileye ve hastaya bilgi verilecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Beden mgesinde Bozulma	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Olabilecek değişimler konusunda bilgilendirilecek.			
2	Endişelerini, korkularını ve bu değişimlerin yaşamı üzerine etkisini nasıl algıladığını paylaşması için birey cesaretlendirilecek.			
3	Kendisi, bakımı ve bakım vericileri konusunda sahip olduğu yanlış anlama/kavramları açıklığa kavuşturulacak.			
4	Önemli diğer kişileri fiziksel ve duygusal değişimlere hazırlanır. Aile, uyum sağlama sürecinde desteklenecek.			
5	Akranlarının ve diğer önemli kişilerin ziyaretleri teşvik edilir. Bu kişilere, bireyin onlar için ne kadar önemli olduğunu bireyle paylaşmalarını tavsiye edilecek.			
6	Başkalarının bireyde görünen değişimlerle ilgili güçlükleri olabileceği konusunda birey ile görüşülecek, bu konuya hazırlanacak			
7	Yakınlarına duygularını, korkularını paylaşmaları için fırsatlar sağlanacak			
8	Yakınlarına bireyin olumlu yönlerini tanıma , farkında olma ve bunu nasıl paylaşabilecekleri konusunda yardım edilecek.			
9	Gerekirse psikolojik profesyonel destek sağlanacak.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Ümitsizlik	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Şüphelerini, korkularını ve endişelerini sözel olarak ifade etmesi sağlanacak.			
2	Ümidin kırıldığı alanları ve ümidin nasıl belirsiz olduğunu ifade etmesi için birey cesaretlendirilecek.			
3	Durumdaki ümitsiz yönleri ümitli alanlardan/yönlerden ayırarak, ümitsiz yönleri nasıl ele alacağını öğretilen.			
4	Kişinin içsel kaynakları (otonomi, bağımsızlık, mantık, bilişsel düşünme, esneklik, spiritüel yön) değerlendirilir, tanılanacak.			
5	Ümit kaynaklarını (ör. ilişkiler, inanç, başarılacak şeyler) tanımasına yardım edilecek.			
6	Kısa vadeli ve uzun vadeli, gerçekçi amaçlar geliştirmesine yardım edilecek.			
7	Sevildiğini, ilgilenildiğini ve sağlığın bozulmasına bakmaksızın başkalarının yaşamında önemli olduğunu fark etmesi için kişiye yardım edilecek			
8	Benzer bir problemi ya da hastalığı olan ve bununla etkili şekilde baş ederek, pozitif deneyimlere sahip olan başka kişilerle endişelerini paylaşması için cesaretlendirilecek.			
9	İnaç, destek sistemini değerlendirilecek ve tanılanacak. (değer, yaşantılar, dinsel aktiviteler, tanrı ile ilişki, dua etmenin anlamı ve amacı)			
10	Acı çekme, ölüm ve ölmenin anlamı üzerine düşünme, düşündüklerini yansıtmaya fırsatları sağlanacak.			
11	Gerekliyorsa (kişi ve hizmetlere- ör. danışmanlık, spiritüel lider, din adamı vb. ) yönlendirilecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Anksiyete	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Anksiyete düzeyi değerlendirilecek. Hafif, orta, şiddetli, panik.			
2	Rahatlığı ve güvenliği sağlanacak.			
3	Fazla uyaranlar uzaklaştırılacak.			
4	Anksiyeteli diğer kişilerle, diğer hastalar ya da aile üyeleri ile ilişkileri sınırlandırılacak.			
5	Anksiyete öğrenmeyi engelleyecek kadar azaldığında, öğrenmeyi ya da problem çözmeyi başlatmak için kişinin anksiyetesini tanımaya yardım edilecek.			
6	Stresli durumlar kaçınılmaz olduğunda kullanılmak üzere, anksiyete kesme teknikleri öğretilecek.			
7	Öfkenin varlığı tanımlanacak.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Ölüm Anksiyetesi	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Durumu nasıl algıladığını paylaşması için bireye izin ve fırsat verilecek.			
2	Birey, endişelerini ve ikilemlerini paylaşmaya cesaretlendirilecek.			
3	Kişinin yaklaşan ölüm ve siritüel ilişkileri incelenecek; -Yaşamdan sonrasına ilişkin inançları -Anlam arama -Tanrıyla / üstün varlıklı ilişki			
4	Kişinin acı çekmeyi nasıl yorumladığını incelenecek (ör. cezalandırılma, kötü talihin denemesi, doğal bir süreç, tanrı/üstün gücün isteği,yadsıma,kurtulma,ödeme)			
5	Yaşamından öyküler anlatmaya, eski günlerden konuşmaya cesaretlendirilecek.			
6	Düşünsel aktivitelere teşvik edilecek.			
7	Birey, diğer insanlara sevgi armağan ederek karşılık vermeye cesaretlendirilecek.			
8	Aile ve arkadaşlarının emosyonel ve siritüel olarak içten olmaları için cesaretlendirilecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Korku	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Basit açıklamalar yaparak çevreye oryante edilecek.			
2	Yavaş ve sakin olarak konuşulacak.			
3	Kişisel mesafeyi korumasına izin verilecek.			
4	Basit ve direkt ifadeler kullanılacak.			
5	Duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilecek.			
6	Gerçeği yansıtan tepkileri cesaretlendirilir. Hangi yönlerin değiştirilebileceğini, hangi yönlerin değiştirilemeyeceği tartışılacak.			
7	Emosyonel olarak tehdit edici olmayan bir atmosfer sağlanır. Tutarlı bir günlük program oluşturulacak.			
8	Gevşeme teknikleri öğretilecek.; yavaş ritmik solunum, kas gruplarının ilerleyici şekilde gevşetilmesi, kendi kendine antrenörlük etme, düşünceyi durdurma, güdümlü/yönlendirilmiş hayal etme.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Spiritüel Distress (Manevi sıkıntı)	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Çeşitli spiritüel inanç ve uygulamaları kabul etmesini önerilir.			
2	Önyargısız bir tutum sergilenecek.			
3	Spiritüel gereksinimlerin önemine dikkat / kabul gösterilecek.			
4	Spiritüel gereksinimlerin karşılanmasında yardım etme konusunda sağlık ekibinin istekliliği ifade edilecek.			
5	Sağlık için sakıncalı olmayan spiritüel ritüelleri yerine getirmesi için cesaretlendirilecek.			
6	Bireye diğer insanlarla birlikte dua etmesi ya da dinsel grubun üyeleri ya da kendini bu aktivitelerde rahat hissedebilen bir sağlık ekibi üyesi tarafından dua okunması vb için fırsat sağlanacak.			
7	Bu yaşam olayını/durumunu, daha geniş bir bakı açılarından görmesine yardım etmek için geçmişteki inançları ve spiritüel deneyimleri hakkında sorular sorulacak.			
8	Eğer bu konuda kendinizi rahat hissediyorsanız sizinle ya da daha uygunsa ekibin bir başkanı üyesi ile birlikte dua etme/meditasyon yapma/okuma olanakları sunulacak.			
9	Birey kendi üphelerini, suçluluk duygularını ya da diğer olumsuz duygularını ifade ettiği zaman ulaşılabilmek üzere ve dinlemeye isteklilik gösterilecek.			
10	Eğer kişiyi duygularını, mevcut spiritüel liderle paylaşıyor veya spiritüel destek sağlayacak başkanı bir kişiyle iletişimi kurması önerilecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Deliryum	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Hekim uygun tedaviyi düzenledikten sonra hastanın durumunun deneyimli bir hemşire tarafından yakından izlenecek.			
2	Psikolojik profesyonel bir destek sağlanacak.			
3	Semptomlara yönelik destekleyici tedavi yapılacak.			
4	Sıvı elektrolit dengesi, düzenlenecek.			
5	Beslenme durumuna dikkat edilecek,			
6	Hasta sessiz, sakin iyi aydınlatılmış odada tedavi edilecek,			
7	Yanına saat, takvim, fotoğraf gibi hasta için bildik bir eşya konması önerilecek.			
8	Aile üyeleri ve arkadaşları hastayı her biri ayrı zamanlarda olmak üzere ziyaret konusunda desteklenmesi önerilecek.			
9	Deliryumlu hastaların asla refakatçisiz ve yalnız bırakılmaması önerilecek.			



<b>YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST</b>				
<b>Düşme Riski</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULAMA</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
<b>1</b>	Düşme riski değerlendirilecek.			
<b>2</b>	Yataktan düşmeleri önlemek için yatak kenarlıklarını kaldırılacak.			
<b>3</b>	Oda içi ışıklandırmanın iyi olmasını sağlanacak.			
<b>4</b>	Düşme riski konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilecek.			
<b>5</b>	Kendi başına kalkmaya çalışmaması konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilecek.			

<b>YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST</b>				
<b>Yaralanma Riski</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULAMA</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
<b>1</b>	Her yeni kabulde birey ortama uyumlandırılacak.			
<b>2</b>	Çağırma sistemi açıklanır ve kişinin bunu kabullenme yeteneği değerlendirilecek.			
<b>3</b>	Güvenlik durumunu tanımlamak için ilk birkaç gece kişi yakından gözlemlenecek.			
<b>4</b>	Gece lambaları kullanılacak.			
<b>5</b>	Kişi, geceleri yardım istemesi için cesaretlendirilecek.			
<b>6</b>	Geceleri yatağı en alçak seviyede tutulacak.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

Enfeksiyon Riski	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Nazokomiyal enfeksiyon riski taşıyan bireyler tanımlanacak.			
2	Organizmaların bireye girişi azaltılacak. a.Dikkatli el yıkama, aseptik teknik, izolasyon önlemleri, gereksiz olan hiçbir tanısal ve tedavi işlemini yapmama, hava akımında mikroorganizmaların azaltılması.			
3	İmmun yetersizliği olan bireyler enfeksiyondan korunacak.			
4	Bireyin enfeksiyona yatkınlığı azaltılacak.			
5	Enfeksiyonun klinik belirtileri (ateş, idrarda bulanıklık, pürülan drenaj gibi.) gözlemlenecek.			

<b>YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST</b>				
<b>Sosyal zolasyon</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULAMA</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Bireysel, destekleyici bir ilişki sağlanır. Stresin problemlere nasıl bir zemin hazırladığını tanımasına yardım edilecek.			
2	Sağlıklı savunmaları desteklenecek.			
3	Gerekirse toplumsal kurumlara / hizmetlere yönlendirilecek.			

<b>YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST</b>				
<b>Yalnızlık Riski</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>	<b>UYGULAMA</b>	<b>DEĞERLENDİRME</b>	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	Neden olan ve etkileyen faktörleri tanımlanacak.			
2	Neden olan ve etkileyen faktörleri azaltılacak.			
3	Sosyal etkileşimleri geliştirilir; Bir kayıp yaşayan birey yas sürecinde desteklenir.			
4	Acı çekme/kederin normal olup olmadığı incelenecek. Kişi yalnızlık duyguları ve var olan nedenleri hakkında konuşması için cesaretlendirilecek. Kişinin komşu ve arkadaşlarından gelen destek sistemleri harekete geçirilecek.			
5	Sosyalizasyonda, etkileşim sayısının çokluğundan çok niteliğin önemli olduğu konusu tartışılacak.			
6	Sosyal becerileri öğrenmeye yönlendirilecek. Kişinin kendisini başkalarına nasıl sunduğu / yansıdığı konusunda kişiye geri bildirim verilecek.			

## YAŞAM SONU BAKIM PLANI REHBERİ CHECK LİST

İletimde Bozulma	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME	
			Sorun Giderildi	Sorun Devam Ediyor
1	İşitme ve anlamayı geliştiren etmenleri kullanılacak. a. Bireyin yüzüne bakarak açık ve net konuşulur. b. Odadaki gereksiz sesleri en aza indirilir. c. Eğer kişi söyleneni anlamamış görünüyorsa tekrar edilir. Gerekirse kısa ve uygun sözcüklerle başka şekilde anlatılır. d. İşitme problemi olup olmadığını değerlendirilir.			
2	İletişimi güçlendirmek için dokunma, el ve kol hareketleri kullanılacak.			
3	Alternatif iletişim yöntemleri sağlanacak. Bloknot ve kalem, el işaretleri, alfabe harfleri, mimikler gibi.			
4	Sakin bir ortam sağlanacak.			
5	Anlamayı artıran teknikleri kullanılacak.			
6	Karmaşık olmayan tek aşamalı emirler ve yönlendirmeler kullanılacak.			
7	Aynı işlerde/durumlarda aynı sözcükler kullanılacak.			
8	Birey konuşurken anlamaya odaklanılacak, çaba gösterilecek.			

,

# ÖZGEÇM

1. Adı Soyadı : Kadriye Nilay Genç (Sa nık)

2. Do um Tarihi : 26/10/1973

3. Unvanı : Uzman Hem ire

4. Ö renim Durumu : Doktora Ö rencisi

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hem irelik	stanbul Üniversitesi Bakırköy Sa lık Yüksekokulu	2000
Yüksek Lisans	ç Hastalıkları Hem ireli i	Marmara Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü	2005
Doktora	Hem irelik- ç Hastalıkları	Koç Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü	2013- devam

5. Akademik Unvanlar

6. Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

6.1. Yüksek Lisans Tezleri

6.2. Doktora Tezleri

7. Yayınlar

7.2. Uluslar arası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler.

Sa nık N, Aydın Z, Özcan ; Case Analysis On Type2 Diabetes . By Means Of Chronic Care Model. The Second nternational Clinical Nursing Research Congress, stanbul,2015.

Aydın Z, Sa nık N, Özcan ; Evaluation of Disease and Care System in a Patient With Type1 Diabetes. The Second nternational Clinical Nursing Research Congress, stanbul,2015.

Sa nık N, Bahar Z, Be er A; Effect on the evidence- based training given to nurses on incidence of pressure sores. The Second nternational Clinical Nursing Research Congress, stanbul,2015.

Aydın Z, Özcan , Sa nık N;Developing a Shared Care Plan to mprove Patient Care n Peritoneal Dialysis Centers. The Second nternational Clinical Nursing Research Congress, stanbul,2015.

Sa nık N, ınar S,; Determining the effectiveness of sheep skin rugs in prevention of pressure sores in the ICU. European Federation Of Critical Care Nursing Associations Congress,Florence, taly 2008.

### **7.3. Yazılan Uluslar arası kitaplar veya kitaplarda bölümler.**

### **7.4. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler**

1.Sa nık N, ınar S. Bası Yaralarının Önlenmesinde Havalı Yatak ve Koyun Postu Uygulamasının Etkinli inin De erlendirilmesi, Yo un Bakım Hem ireli i Dergisi; 2005;9(1-2):1-7.

2.Ergun Y, Demir H, Sa nık N; Yo un Bakım Hem irelerinin Görev Tanımları ile lgili çalı ma. Yo un Bakım Hem ireli i Dergisi;2007;(2):102-117.

### **7.5. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiri kitabında basılan bildiriler**

Sa nık N, ınar S; Bası Yaralarının Önlenmesinde Havalı Yatak ve Koyun Postu Uygulamasının Etkinli inin De erlendirilmesi, 2.Ulusal Yo un Bakım Hem ireli i Kongresi. 2005, zmir.

Sa nık N; Özel Bir Hastanenin Yo un Bakım Ünitelerinde alı an Hem irelerin Sayısı ve çalı ma Saatlerinin Hasta Ba ımlılık Düzeylerine Göre TISS Skorlaması Kullanılarak Kar ıla tırılması. 4.Ulusal Yo un Bakım Hem ireli i Kongresi.2010.Trabzon, KTÜ.

### **7.6. Di er Yayınlar**

#### **8.Projeler**

#### **9. dari Görevler**

**1999-2000** i li Etfal Hastanesi Beyin Cerrahi Yo un Bakım, Yo un Bakım Hem iresi

**2000-2005** i li Memorial Hastanesi Genel Yo un Bakım Hem iresi

**2005-Aralık 2015** i li Memorial Hastanesi Hem irelik Hizmetleri Koordinatör Yardımcısı-E itim

**2016 Ocak- Halen devam** TC Demiro lu Bilim Üniversitesi SHMYO Ö retim Görevlisi

## **10.Bilimsel Kurulu lara Üyelikleri**

TÜB TAK

Türk Yo un Bakım Hem ireleri Derne i

Türk Hem ireleri Derne i

Yara Bakım ve Doku Onarım Derne i

## **11.Ödüller**

Bilimsel Ulusal Yayın Ödülü, TC Marmara Üniversitesi Sa lık Bilimleri Enstitüsü,15.06.2007.

Te ekkür Belgesi, stanbul Üniversitesi Hem irelikte Ö retim Anabilim Dalı,12 Mayıs 2006.

Te ekkür Belgesi, Marmara Üniversitesi Hem irelikte Ö retim Anabilim Dalı, 2007.

Türk Yo un Bakım Hem ireleri Derne i Yönetim Kuruluna Katkı Ödülü,2013.



**KOÇ  
ÜNİVERSİTESİ**

### ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	22.11.2016
Karar No:	2016.235.IRB2.117
Sorumlu Araştırmacı:	Kadriye Nilay Genç
Araştırma Başlığı:	Kolcaba'nın Konfor Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Yaşam Sonu Dönemdeki Hastaların Konfor Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi
Başlangıç tarihi:	01.09.2017
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 "**Biyomedikal Araştırmalar 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





T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-604.02  
Konu : Araştırma İzni Hk.  
(Kadriye Nilay GENÇ)

**KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
(Rumelifeneri Yolu, 34450 Sarıyer/İstanbul)

İlgi :07/08/2017 tarihli ve 81917885-302.14-605.99-107 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı dilekçe ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Kadriye Nilay GENÇ'in, "**KOLCABA'nın Konfor Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Yaşam Sonu Dönemdeki Hastaların Konfor Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 24.08.2017 tarihinde gerçekleştirilen 2017/5 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

İş bu konuda adı geçenlerin yapacağı çalışmanın bitiminde bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Abdulvahit SÖZÜER  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Güvenli Elektronik İmza  
ASLI İLE AYNI DİR  
Mükaddes ERBES  
İdari Hizmetler Uzmanı  
Tarih: 11/9/2017

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tefvik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy İSTANBUL 0212 409 16 00 /4162  
A tılı bilgi için: Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Ar-Ge Birimi  
niluter.savas@saglik.gov.tr