

RUKIYE AKŞAN BAĞCIK

**İSTANBUL ÜNİ. – CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU BAKIMA İLİŞKİN EĞİTİM
GEREKİMLERİ

RUKİYE AKŞAN BAĞCIK

DANIŞMAN
PROF.DR.HÜLYA KAYA

HEMŞİRELİKTE EĞİTİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE EĞİTİM TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 12.06.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Eğitim Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ



Prof. Dr. Hülya KAYA
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Emine şenyuva
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Sevim şen
Yeditepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

Rukiye AKŞAN BAĞCIK



İTHAF

Hemşirelik mesleğinin gelişmesine katkı sağlayan değerli hocalarıma ve zor koşullarda çalışan tüm meslektaşlarıma ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Bu alıőma sũresince bilgileriyle beni yœnlendiren, eleőtiri ve fikirleriyle bana rehberlik eden, yardımlarını ve hoőtõrũsũnũ esirgemeyen değerli danıőtmanım, hocam Prof.Dr.Hũlya KAYA' ya, istatistik analizler sırasındaki yardımları ve danıőtmanlıęından dolayı Doç. Dr. Pembe GũLũ'ye, uzman gœrũőleri ile alıőtmaya katkı sağlayan değerli hocalarıma, birlikte alıőtmandan bũyũk keyif aldığım Balıkesir Devlet Hastanesi Koroner Yoğun Bakım ekibine, tezimin her aşamasında sabırlarını benden esirgemeyen sevgili aileme, eőtme, tez alıőtmana katılımlarıyla destek sağlayan tũm meslektaőtlarıma ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese en içten sayęı ve sevgilerimle teőtakkũr ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	VII
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	İX
ÖZET.....	X
ABSTRACT	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.YAŞAM SONU BAKIM KAVRAMI.....	3
2.1.1.Yaşam Sonu Bakımın Tarihçesi	5
2.2.2.Yaşam Sonu Bakımda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları	9
2.3.Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakım.....	11
2.4.Hizmet İçi Eğitim Kavramı	12
2.5.Hizmet İçi Eğitimin Yararları	13
2.6. Hizmet İçi Eğitim Sürecinin Aşamaları	14
2.6.3.Hizmet İçi Eğitimin Uygulanması	16
2.6.4.Hizmet İçi Eğitimin Değerlendirilmesi	16
2.7. İlgili Çalışmalar	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1.Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi	23
3.2.Araştırmanın Değişkenleri	23
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4.Veriler Toplama Araçları	24
3.5. Verilerin Toplanması ve Etik Konular	27
3.6.Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.8. Araştırmanın Güçlükleri	27

4. BULGULAR	28
4.1.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	28
4.2.Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
4.3. Hemşirelerden Kısa Öykü Doğrultusunda Koyduğu ve Koyması Beklenen NANDA-I Hemşirelik Tanılarına ve Eğitim Gereksimlerine İlişkin Bulgular	31
4.4.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kısa Öykü Doğrultunda Koydukları NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	37
5. TARTIŞMA	55
5.1.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	55
5.2. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Özellikleri.....	55
5.3. Hemşirelerden Kısa Öykü Doğrultusunda Koyduğu ve Koyması Beklenen NANDA-I Hemşirelik Tanılarına ve Eğitim Gereksimlerine İlişkin Özellikler.57	
5.4.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması İlişkin Özellikler	59
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR	64
FORMLAR	77
GÖRÜŞ ALINAN UZMANLAR	81
ETİK KURUL ONAY	82
KURUM İZİNİ	85
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	86
YAŞAM SONU BAKIMA İLİŞKİN HİZMET İÇİ EĞİTİM PROGRAMI ÖNERİSİ.....	85
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	90
PATENT HAKKI İZİNİ.....	91
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1.: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4.2.: Hemşirelerin YSB Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 4.3.: Hemşirelerin Kısa Öykü Doğrultusunda Koyduğu YSB İlişkin NANDA-I Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulguların Dağılımı	32
4.3.1. Hemşirelerden Kısa Öykü Doğrultusunda Koyması Beklenen NANDA-I Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulguların Dağılımı	36
Tablo 4.4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kısa Öykü Doğrultusunda Koydukları NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması	38
Tablo 4.4.1. Hemşirelerin YSB İlgili Özelliklerine Göre Kısa Öykü Doğrultusunda Koydukları NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması	47

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ANA: American Nurses Association

APA: American Psychological Association

ASA: American Society of Anesthesiologists

ELNEC: End of Life Nursing Education Consortium

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SPSS: Statistical Package for the Social Science

TKD: Türk Kanser Derneği

YSB: Yaşam Sonu Bakım

ÖZET

Akşan Bağcık, R. (2019). Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Eğitim Gereksinimleri. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve bir eğitim programı önerisi geliştirmek amacıyla tanımlayıcı türde gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini, Türkiye’de tüm branşlarda hizmet veren bir Devlet Hastanesi’nde çalışan toplam 403 hemşire oluşturdu. Araştırmada örneklem seçimine gidilmedi, evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Evrenin %90’nına ulaşıldı. Araştırmanın verileri “Bilgi Formu”, “Kısa Öykü”, “Kısa Öyküye İlişkin 2009-2011 NANDA I Hemşirelik Tanıları” nı içeren form ile toplandı. Veriler, SPSS 18.0 paket programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) parametrik olmayan Chi Square karşılaştırmalı istatistikler kullanıldı.

Hemşirelerin %97’sinin yaşam sonu bakımı tanımlayamadığı, %57,8’inin yaşam sonu bakım vermediği, %76,7’sinin yaşam sonu bakım hakkında eğitim almadığı saptandı. Hemşirelerin yaşam sonu bakımla ilgili eğitim almak istedikleri konuların başında yasal süreç, etik, iletişim’ in yer aldığı belirlendi.

Hemşirelerden koyması beklenen tanılar içinde en fazla koydukları hemşirelik tanılarının %2,3 oranı ile Düşme Riski, %2,2 oranı ile Enfeksiyon Riski, Ölüm Anksiyetesi ve Korku tanısı, en az koydukları hemşirelik tanılarının %0,2 oranı ile Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu ve Sıvı Volum Fazlalığı olduğu saptandı. Hemşirelerin yaşam sonu bakımında cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma yılı, yaş, yaşam sonu bakımı tanımlama, yaşam sonu bakım verme, yaşam sonu bakım konusunda eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Sonuçlar, hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerinin olduğunu gösterdi. Bu gereksinimleri karşılayacak nitelikte bir hizmet içi eğitim programı önerisi geliştirildi.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik Tanısı, Eğitim Gereksinimi, Yaşam Sonu Bakım.

ABSTRACT

Akşan Bağcık R. (2019). Training Needs of Nurses for End-of-Life Care. Istanbul University –Cerrahpaşa Institute of Graduate Studies, Department of Nursing Education. Master's Thesis. Istanbul.

The study has been conducted in a descriptive form in order to determine the training needs of the nurses as regards the end-of-life care and to develop in service a training programme.

The population consisted of 403 nurses working in a public hospital in Turkey. No population selection has been made and entire population has been targeted. Ninety percent of the population has been reached. Study data have been compiled using the form containing "Information Form", "Vignette Form" and 2009-2011 NANDA I Nursing Diagnoses related to Vignette Form. The data have been analyzed using SPSS 18.0 package program and definitive statistics (number, percent, average, standard deviation) and non-parametric Chi Square comparison statistics have been employed in data analysis.

The study was attended by the nurses with an average age of $37,55 \pm 7,106$ years who are 85,8% female, 76,4% married, 50,1% graduate, 29% working at surgery departments, 27,1% at intensive care unit with an average employment duration of $16,79 \pm 8,024$ years. It has been determined that 97% of the nurses were not able to define end-of-life care, 57,8% have been providing end-of-life care and 76,7% have not received any end-of-life care training. It has been further determined that, of the nurses who have received end-of-life care training, 42,6% have received in service training, 50,1% thought they need improvement in terms of end-of-life care and they are willing to receive end-of-life care training mainly with respect to communication, regulatory and ethics.

It has been determined that the most frequent nursery diagnoses expected to be made by the nurses include Falls Risk by 2,3%, Infection Risk, Death Anxiety and Fear by 2,2% while nursery diagnoses with lesser frequency include Ineffective Peripheral Tissue Perfusion and Excess Fluid Volume by 0,2%. Statistically significant ($p < 0,05$) difference has been found in the end-of-life care among the nurses by their gender, education, employment length, age, end-of-life care diagnosis, provision of end-of-life care and getting trained on end-of-life care. The results revealed that the nurses are in need of end-of-life care training. Accordingly, an in service training program has been proposed to meet such requirements.

Key Words: Nurse, End-of-Life Care, Training Needs, Nurse Diagnoses, Nursing Care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada ve ülkemizde ortalama yaşam süresinin uzaması, nüfusun yaşlanması ve beraberinde kronik hastalıkların artması yaşam sonu bakıma duyulan gereksinimin her geçen gün artmasına yol açmaktadır. Yaşam sonu bakım gereksinimi olan bireylerin bir kısmı bu bakımı evde almayı tercih etmekte bir kısmı sağlık kurumlarında almayı tercih etmektedir. Bu süreçte olan yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyan bireyler; biyolojik, fizyolojik, spiritüel, sosyal ve psikolojik olarak sağlık sorunu yaşamakta ve yaşamlarının son dönemlerinde daha çok sorunla karşı karşıya kalmakta dolayısıyla daha çok bakıma gereksinim duymaktadırlar (www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ 07.05.2019; www.dso.org 07.05.2019; www.unaids.org. 07.05.2019; worldwide palliative care alliance 2014; Block 2013; Burgers 2013; Tekin 2012; Tellet 2012; Özkan 2011; Bahar 2007; Özdemir 2007; Akgül 2006).

Yaşam sonu bakım sıklıkla palyatif bakım, terminal dönem ve hospis ile karıştırılmakta birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Birbirlerinden farklı olmakla birlikte bu bakım yaklaşımlarında fiziksel semptomların yönetilmesine, sosyal, manevi ve duygusal açıdan rahatlatılmasına, karar vermede destek olmaya, bakım gereksinimlerin karşılanmasına, bakım verenlerin eğitilmesine odaklanılmaktadır (Karbasive ark. 2017; Palliativwegweiser-tuerkisch-web-2016; Elçigil 2012; Radbruch ve Payne 2009; Pastrana ve ark. 2008). Yaşam sonu bakımla ilgili ortak bir tanım belirlenmemiştir. Genel bir yaklaşımla yaşam sonu bakım, ilerleyen, tedavisi mümkün olmayan hastanın ölüm anına kadar verilen bakımla birlikte ailenin de bakım gereksinimlerinin karşılanmasını kapsamaktadır. Yaşam sonu bakımın amacı hastanın acısını hafifletmek, ölüm sürecinin niteliğini arttırmak, ölüm anında en iyi bakımı vermek ve yas sürecinde aileyi desteklemektir (Elçigil 2012; Özkan 2011; Çevik 2010; Bahar 2007; Özdemir 2007). Kaliteli bir

YSB'da; hastanın yaşamsal fonksiyonları korunur, acısı azaltılır ya da ortadan kaldırılır, hastanın bağımsızlığını sürdürmesi desteklenir, huzurlu bir ölüm ortamı sağlanır, maliyet etkin sağlık bakımı verilerek aile üyelerini desteklenir, bakımda kültürel ve etik standartlara uyulur (Anspach ve Bruce 2015; Hui ve ark. 2014; Meb 2013; Sucaklı 2013; Elçigil 2012; Akpınar 2012; Çevik 2010; Bahar 2007; Özdemir 2007).

Yaşam sonu bakımda hemşire hayati bir rol oynar. Hemşire bu rolünü gerçekleştirirken hasta ve ailesinin bakım gereksinimlerini bilimsel bir tutumla belirler, bunları karşılayacak girişimleri planlar, uygular ve değerlendirir. Hemşirenin nitelikli bir yaşam sonu bakım vermesi gerek temel mesleki eğitim programlarında gerekse hizmet içi eğitim programlarında yaşam sonu bakım konusuna yer alması ile mümkün olacaktır (Özer 2017; Uğur ve ark.2017; Seven 2015;Kabalak ve ark.2013; Çavdar 2011; Özkan 2011; Akyol 2010;Bloomer 2010; Ranse ve ark. 2010).

İlgili çalışmalar incelendiğinde; yurt dışında hemşirelerin yaşam sonu bakıma ait eğitim gereksinimlerine odaklanan çalışmaların son yıllarda artış gösterdiği dikkat çekmektedir. Yurt içinde ise hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini ele alan çalışmaya rastlanmadı. Bu bilgiler ışığında araştırma hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve bir eğitim programı önerisi geliştirmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşam Sonu Bakım Kavramı

Yaşam sonu bakım kavramı; palyatif bakım, terminal dönem bakım, hospis gibi kavramlar birbirinin yerine sıklıkla kullanılmaktadır (Özer 2017; Palliativwegweiser-tuerkisch-web-2016 07.05.2019; Elçigil 2012; Pastrana ve ark. 2008). Bu kavramlar arasındaki fark net olmamakla birlikte aralarında bazı ayrımlar bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 2002 yılında Palyatif bakımı Yaşamı tehdit eden durumlarla karşı karşıya olan hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini, ağrıyı, fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer problemleri erken dönemde tanımlayıp değerlendirerek tedavi etmeye odaklanan bir yaklaşım olarak tanımlamıştır (www.dso.org 07.05.2019; Akçakaya 2018; Karbasi ve ark. 2017; Elçigil 2012; Radbruch ve Payne 2009). Cimete (2018) palyatif bakımı; hayatı tehdit eden veya sınırlayan hastalıklara ilave olarak sorunları olan hasta ve ailesinin; fiziksel, psikososyal ve spiritüel sorunlarını erken tanılayıp, çok iyi değerlendirip tedavi ile acı çekmelerini azaltılmasını/önlenmesini içeren böylelikle yaşam kalitesini artırma yaklaşımı olarak tanımlamıştır. Özturun ve Aras (2018) palyatif bakımı; hasta ve ailenin ciddi hastalıklarda karşılaştıkları zorlukları engellemeyi, rahatlatmayı ve yaşam kalitesini en iyi düzeyde tutmayı hedefleyen disiplinler-arası bir tıbbi uzmanlık dalı olarak tanımlamıştır. Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Hizmetlerini, Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, hasta ve ailesine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirerek multidisipliner bir ekip tarafından hasta ve ailesinin desteklenmesine ilave olarak semptomların acı, bulantı ve kusma, beslenme zorlukları gibi erken dönemde tanımlanıp kontrol edilebilen ve etkili bir şekilde yönetilmesini de içeren bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır

(<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr.07.05.2019;>
<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817palyatif-bakim-hizmetleri-yönergesipdf.pdf?0.07.05.2019>).

Türk Dil Kurumu (2018) Terminal dönemi Yaşamın son günlerini kapsayan süreç olarak tanımlamaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı (2012), Bireyin yaşamının son günleri, son aylarını terminal dönem olarak tanımlamaktadır. Demir (2016) terminal dönemi, Akut ve kronik hastalıklar veya direkt olarak yaşa bağlı olan haftalar ya da aylar içinde ölümün beklenildiği ve tıbbi girişimlerin bunu önleyemediği dönem olarak tanımlamaktadır.

Hospis, terminal dönemdeki hastaların bakım verildiği kurumlarda ölüm sürecinin kalitesini arttırmak ve ölüm anında en iyi bakımı vermeyi içermektedir. Hospis'te ölümün normal bir süreç olduğu ve semptom kontrolü ile bireyin huzurlu ölmesi sağlanmaktadır (Akçakaya 2018; Aslan ve Aktürk 2018; Başbüyük 2018; Kabalak 2012; Erel 2008).

Yaşam sonu bakım incelendiğinde ortak bir tanımın olmadığı konuyla ilgili kuruluşların ve kişilerin tanımlarının öne çıktığı dikkat çekmiştir. American Society of Anesthesiologist'e (ASA) göre yaşam sonu bakım; tedavi edilemeyen hastanın disiplinler arası bir ekiple ağrı ve semptom kontrolünün yapıldığı, bakım konforunun sağlandığı, holistik bir bakımın verildiği, hekim destekli ölümün kabul edilemeyeceği, fakat hastanın onuruyla ölmesine izin veren yaklaşımdır (<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1947978> 07.05.2019). American Cancer Society (ACS) yaşam sonu bakımı; 6 ay veya daha az ömrü kalan hastanın yaşamının son aşamasında sevdikleriyle beraber zaman geçirebildiği, semptom kontrolünün yapıldığı, yaşam kalitesine odaklanan aile merkezli bir bakım olarak tanımlamaktadır (<http://www.cancer.org/07.05.2019>;<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002868-pdf.pdf>. 07.05.2019). Uysal (2012) yaşam sonu bakımı "Tedavinin artık mümkün olmadığı durumlarda, ölümü yaklaşan hasta ve

ailesinin beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak için psikososyal beceri ve tekniklerin kullanılmasını gerekli kılan, hasta ve ailesine bu son dönemde olabildiğince konforlu yaşayabilmesi için verilen destek ve bakım programı” olarak tanımlamaktadır. Giersbergen ve Geçit (2017) yaşam sonu bakımı Yaşam sonu dönem; “organizmanın kendini yenileme yeteneğini yitirdiği, hastalığın son dönemine bağlı sağlığın azaldığı ve canlı olma durumunun sona erdiği süreç” şeklinde tanımlamaktadır.

Genel bir yaklaşımla yaşam sonu bakım, tedaviye yanıt vermeyen hastanın ve ailesinin isteklerinin klinik, kültürel, etik standartların birleştirilerek, ağrısız ve acısız ölüm olarak isimlendirilen iyi ölümü kolaylaştırma yaklaşımı olarak tanımlanabilir. Bu süreçte girişimlerin temel amacı semptomları yönetmek, anlamlı etkileşim geliştirmek, yaşam kalitesini korumak ya da artırmak, huzurlu ve saygın ölümü kolaylaştırmaktır (Madenoğlu 2017; D’ Angelo ve ark. 2015; Yurtsever 2014; Erel 2008). Bu süreçte yaşamın yoğun tedavilerle (cihazlara bağlı olarak) uzatılması veya aktif olarak kısaltılmasından kaçınılmaktadır (Yurtsever 2014; Elçigil 2012; Kiper ve ark.2012; Erel 2008). Yaşam sonu bakım kavramını diğer tanımlardan ayıran en önemli özellik hasta ailesine yer verilmesidir.

2.1.1.Yaşam Sonu Bakımın Tarihçesi

Yaşam sonu bakımın tarihçesi incelendiğinde hospis kavramıyla başladığı dikkat çekmektedir. Modern anlamda hospis ilk olarak 1967 yılında Londra’da Cicely Saunders’ın öncülüğünde St. Christopher’s Hospice’in kurulmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde benzer ilk kurum New Haven Hospice 1974 yılında açılmıştır (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539427/07.05.2019>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539427/07.05.2019>; Sur 2015; Kabalak 2012). Türkiye’de yaşam sonu bakımla ilgili çalışmalar 1989 yılında Türk Onkoloji Derneği’ nin kurulmasıyla başlamıştır.

Dernek 1990'ların sonunda palyatif bakımla ilgili denemelerin yapılmasına ve bu konunun geliştirilmesine yönelik çalışmalarda bulunmuştur. 2004 yılında palyatif bakımın Türkiye'de gelişimiyle ilgili bir konferans düzenlenmiştir (Akçakaya 2018; Türk Kanser Derneği 2013). Hastalar için palyatif bakım veren, hospis kavramına yakın ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı'nın, İstanbul Yeşilköy'de Kanser Bakımevi adıyla 1993-1997 yıllarında hizmete açılan kuruluştur. Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında ilk kez palyatif bakımı tanımlamıştır. TKD 2004 yılında Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayımlanmıştır (Türk Kanser Derneği 2013, Kabalak 2012). Palyatif bakım amaçlı Hospis girişimi ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında sonuçlandırılmış ve Hacettepe Onkoloji Hastanesine yakın, bir Ankara evi 12 odalı bir hospis'e dönüştürülmüştür (<http://www.turkkanserderneği.org/tr/projeler/142/hospis.html>.07.05.2019; <http://www.turkkanserderneği.org/detay.php?id=10> 07.05.2019.). Ülkemizde 2015 yılında yaşam sonu bakıma ilişkin bir düzenleme olmasa da Sağlık Bakanlığı" Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayımlamıştır ve Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesince tüm mevcut durum analizleri değerlendirilerek palyatif bakım konusunda yaşanan sıkıntıların giderilmesi amacıyla "PALLİA-TURK" (Palya-Türk) adında bir proje hazırlamıştır (www.saglık.gov.tr. 07.05.2019). Bu proje kapsamında Sağlık Bakanlığı' na bağlı hastanelerde palyatif bakım servisleri açılmıştır. Sağlık Bakanlığı yayınlamış olduğu yönerge ile 81 ilde 333 Palyatif bakım merkezi, 4370 yatak kapasitesi ve bu merkezlerde çalışan 4343 personeli vardır (<https://khgm.saglık.gov.tr/TR,49596/13-ekim-quotdunya-palyatif-bakim-gunuquot.html>.07.05.2019). 2015 yılında hemşireler için Palyatif Bakımda sertifikasyon programı başlatılmıştır (<https://khgmsaglikbakimdb.saglık.gov.tr/TR,44162/9-palyatif-bakim-hemsireligi-sertifikali-egitim-programi-uygulama->

yetkisi-alan-sagliktesisleri.html. 07.05.2019). Bununla beraber bu gelişmeler ışığında uluslararası düzeyde geliştirilen bazı rehberler yayınlanmıştır.

- 2000 yılında Amerika Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (American Association of Critical-CareNurses) tarafından “Huzurlu Ölüm: Yaşam Sonunda Hemşirelik Bakımı için Önerilen Yetki ve Öğretici Rehberler” geliştirilmiştir (<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED453706.pdf> 07.05.2019.).
- 2000 yılında Yaşam Sonu Hemşirelik Eğitimi Konsorsiyumu (End of Life Nursing Education Concertium)” projesi, hem “Amerika’da” hem de uluslararası alanda palyatif bakımı geliştirilmesi için ulusal eğitim girişimi oluşturulmuştur (<https://www.aacnnursing.org/ELNEC/About>. 07.05.2019).
- 2003 yılında Missouri Yaşam Sonu Koalisyonu (Missouri End of Life Coalition) tarafından “Uzun Süre Bakımda Yaşam Sonu Bakım Rehberi” (<https://health.mo.gov/safety/showmelongtermcare/pdf/EndofLifeManual.pdf>. 07.05.2019).
- 2005 yılında Kuzey Sidney Sağlık Bakanlığı (North Sydney Ministry of Health) tarafından “Yaşam Sonu Bakım ve Sonuç Rehberi” (https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2005_057.pdf. 07.05.2019)
- 2006 yılında Hong Kong Hemşirelik Konseyi Profesyonel Gelişim Komitesi (Professional Development Committee of the Nursing Council of Hong Kong) tarafından “Hemşire Uygulama Rehberi-Yaşam Sonu Bakım Rehberi” (https://www.nchk.org.hk/filemanager/en/pdf/end_of_life_e.pdf 07.05.2019).
- 2006 yılında Ulusal Palyatif Bakım Konseyi (The National Council for Palliative Care) tarafından “Bakım Evlerinde Yaşam Sonu Bakım Rehberi” (<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/GuideToEoLC%20CareHomes.pdf>07.05.2019).
- 2011 yılında Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmeliyet Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence) tarafından “Yetişkinler için Yaşam

- Sonu Bakım Rehberi” (<https://www.nice.org.uk/guidance/qs13/resources/end-of-life-care-for-adults-pdf-2098483631557> 07.05.2019).
- 2011 yılında Ontorio Kayıtlı Hemşireler Derneği (Registered Nurses' Association of OntorioRNAO) tarafından “Son Günler ve Saatlerdeki Yaşam Sonu Bakımı Rehberi” (https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/End-of-Life_Care_During_the_Last_Days_and_Hours_0.pdf 07.05.2019).
 - 2012 yılında Kuzey İngiltere Kanser İletişim Ağı (North of England Cancer Network) tarafından geliştirilen “Kanserli ve Kanserli olmayan Hastalar için Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Rehberi” (<https://southtees.nhs.uk/content/uploads/NECN-palliative-care-guidelines.pdf> 07.05.2019).
 - 2013 yılında Rehber ve Sistemli İnceleme Uygulama Ağı (Guidelines and Audit Implementation Network) tarafından “Huzurevi ve Yatılı Bakım Evlerinde Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Rehberi” (<https://rqia.org.uk/RQIA/files/6c/6cfdca9d-a1f1-432e-bca0-06e42cd181e9.pdf>07.05.2019).
 - 2015 yılında Ulusal Klinik Rehber Merkezi (National Clinical Guideline Centre) tarafından “Ölmek Üzere Olan Yetişkinlerin Bakımı Rehberi” (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357> 07.05.2019).
 - 2015 yılında İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliyyet Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence) tarafından “Yaşamın Son Günlerindeki Bireylerin Bakım Rehberi” (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng31/resources/care-of-dying-adults-in-the-last-days-of-life-pdf-1837387324357> 07.05.2019).
 - 2015 yılında Avrupa Konseyi (Council of Europe) tarafından “Yaşamın Son Döneminde Tıbbi Tedavide Karar Verme Sürecine İlişkin Kılavuz” (http://www.yogunbakim.org.tr/data/pdf/COE_End_of_Life_Guide_Turkish.pdf 07.05.2019).

- 2017 yılında Ulusal Sağlık Merkezi ve bir komisyon (National Health Service and West Suffolk NHS Foundation Trust, The Ipswich Hospital, Suffolk Community Healthcare, St Nicholas Hospice Care, St Elizabeth Hospice, Adult Community Services, NHS Ipswich and East Suffolk Clinical Commissioning Group and NHS West Suffolk Clinical Commissioning Group) tarafından “Suffolk Yaşam Sonu Bakım Rehberi” (<https://www.westsuffolkccg.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/11/Suffolk-End-of-Life-Care-Guidelines-2017.pdf>. 07.05.2019).
- 2018 yılında Amerika Diabet Birliği” (Commissioned By:Diabets) tarafından geliştirilen “Diabette Yaşam Sonu Bakım Önerileri Rehberi” (https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2013/EoL_Guidance_2018_Final.pdf. 07.05.2019).

2.2.2.Yaşam Sonu Bakımda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Sağlık bakımı hizmetlerinde ölümü yakın hastanın talepleri yerine getirilir. Yaşam sonu bakımda hastası için, rahatsızlık verici belirtilerin giderildiği, özerkliğin korunulduğu, güvenilir ve hasta yakınlarının bulunduğu ortamda ölmek önemlidir (Özdemir 2007; Angus ve ark. 2004). Hemşireler hasta ve yakınları ile diğer sağlık personeline göre daha fazla zaman geçirmesi, doğrudan iletişim kurması nedeniyle yaşam sonu bakımda hasta ve ailesine verilen hizmette önemli role sahiptir (Kocaman 2018; Kabalak 2013; Banu 2010; Bloomer 2010; Cavaye ve Watts 2010; Işıl ve Karaca 2009; Linda 2007; Özdemir 2007; Beckstrang ve ark. 2006; Dik 2005).

Yaşam sonu bakım hastasının fizyolojik ve duygusal gereksinimlerini karşılamak için hemşire gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olmalıdır (Harris ve ark. 2014; Cosgrove 2012; Birol 2011; Çavdar 2011; International Affairs& Best Practise Guedlines 2011). Yaşam sonu dönemde hemşire; hastanın konforunu ve yaşam kalitesini artırır. Aynı zamanda hemşirenin hastanın

ölüme hazırlanmasına yardım etme sorumluluğundadır. Yaşam sonu bakımda amaç; semptom yönetiminin sağlanması, yaşam kalitesinin korunması, huzurlu bir ölümün sağlanması, hasta ve ailesinin bu dönemde isteklerinin öğrenilmesi ve düşüncelerine, inançlarına saygı duyulmasını sağlayabilmelidir. Hasta ailesinin yaşam sonu bakım hastasının rahatlatılması ve desteklenmesi konusunda eğitim ihtiyaçları olacaktır (Özer 2017; Can 2015; Yurtsever 2014; Hawryluck ve ark. 2012; Banu 2010; Hsieh 2006; Linda 2007; Bahar 2007). Yaşam sonu bakım kalitesinin en üst düzeyde olabilmesi hemşirelerin sağlık ekibi üyeleri ile açık ve etkili bir iletişim içinde olmaları gereklidir (Çavdar 2011; Turgay 2010). Kaliteli yaşam sonu bakımda terapötik iletişimin kurulması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Fakat hastanın olası ölümü, hemşirenin yaşamın korunması ve sürdürülmesi amacıyla uyuşmamakta, ölüm göz ardı edilebilmekte bunun sonucunda hasta ve ailesiyle iletişimde engellere neden olmaktadır (Işıl 2009).

Ölüm sürecindeki hastaların bakımı için hemşirenin pek çok alanda bilgili, becerili olmalarını ve stresi yönetebilmelerini gerektirir. Hasta ve ailesine kaliteli yaşam sonu bakım vermenin temelinde, hemşirelerin yaşam sonu bakımdaki hasta bakımına daireğitim almaları ve kendi davranışlarına dair iç görülü olmaları gerekmektedir. Hemşire yaşam sonu bakımda bilgiyle donanımlı olsa da yoğun çalışma şartları onu zorlayabilir. Bundan dolayı hemşireye yaşam sonu bakımda sağlık ekibinin desteği önemlidir (İnci 2012; Yılmaz 2010).

Beckstrang ve ark. (2006) çalışmasında hemşireler tarafından ölüm sürecinde olan hastalara verilecek destekleyici bakımın bu hastaların korku ve endişelerini azaltacağı, problemlerin büyük ölçüde kontrol altına alınacağı belirtilmişlerdir. Hemşirelerin yaşam sonu bakım hastalarına ihtiyacı olan destek ve bakımı verebilmeleri için, ölümün kabullenmiş olmaları, yaşam, hastalık ve kayba dair kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olmaları, hastaların

fizyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi (spiritual) gereksinimleri bilmeleri ve gerekli beceri ve anlayışa sahip olmaları gerekmektedir (Üstün, Akgün ve Partlak 2005; Birol 2004; Öz 2004; Çakırcalı 2000). Diğer taraftan hemşireler diğer sağlık profesyonellerine göre yaşam sonu dönemde olan hastanın sorunlarına ilişkin daha fazla bilinçli olmalıdırlar (Bağ 2012; Öz 2004). Aksi takdirde hemşirelerin verdikleri bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilebilir (Arslan ve ark. 2014; Üstün, Akgün ve Partlak 2005). Bu doğrultuda Yaşam sonu bakımda hasta/ailesine kaliteli bakım verme hedeflenmekte; bu konuda sağlık bakım profesyonellerinden özellikle de hemşirelere önemli görevler düşmektedir (Doğan 2015; ELNEC 2015; Bağ 2012; Özkan 2011; Banu 2010; Işıl ve Karaca 2009; Linda 2007; Özdemir 2007; Beckstrang ve ark. 2006; Dik 2005; Öz 2004). Hemşireler bu sorumluluklarını yerine getirirken hemşirelik bakımını bir modele temellendirmeli ve sistematik yaklaşımla yerine getirmelidir.

2.3.Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakım

Hemşirelik eğitiminde ve uygulamalarında en çok kabul gören ve kullanılan modellerin başında Yaşam Aktivitelerine Dayalı Yaşam Modelidir. Bu modelin amacı bireyden sistematik doğrultuda verilerin toplanarak hemşirelik girişimleri için bir yapı oluşturmaktır. Modelin hemşireler tarafından benimsenme nedenlerinden biri, hemşirelik süreci uygulamasının özellikle tanılama aşamasında kolaylık sağlamasıdır (Vicdan 2015; Babadağ ve A. Aştı 2012). Yaşam Aktivitelerine Dayalı Yaşam Modeli, hemşirelik uygulamalarının ana unsurları olan koruma, rahatlatma ve bağımlı fonksiyonlara odaklanır. Yaşam Aktiviteleri, Roper, Logan ve Tierney'in Hemşirelik Modeli' nin temel ögesini oluşturmakta ve 12 hayati aktiviteden meydana gelmektedir. Bu aktivitelerin bazıları yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan biyolojik aktiviteleri (güvenli çevrenin sağlanması, solunum, beslenme, boşaltım, vücut sıcaklığının kontrolü, hareket, uyku) kapsamaktadır. Kişisel temizlik ve giyim, iletişim, çalışma ve eğlenme, cinselliği ifade etme aktiviteleri ise yaşam

kalitesini yükselten aktivitelerdir. Ayrıca bu modelde Yaşam Aktivite'yi etkilemesi ve yaşamın sonunu ifade etmesi açısından ölüm sürecine de yer verilmektedir. Modelde Yaşam Aktivitelerinin her biri, birbiri ile etkileşim içindedir (Babadağ ve A. Aştı 2012; Kaya 2012; Terzi 2011; Roper ve ark. 1996). Bu nedenle bu çalışmada Yaşam Aktivitelerine Dayalı Yaşam Modeli'nden yararlanılmıştır.

2.4.Hizmet İçi Eğitim Kavramı

Hemşirelerin yaşam sonu bakımı nitelikli biçimde gerçekleştirebilmeleri gerek mesleki eğitimleri sırasında gerekse mezuniyet sonrasında konuya ilişkin eğitim almalarına bağlıdır (Anspach ve Bruce 2015; Ay 2013; Gillian ve ark. 2013; Menekli 2014; Öz 2004; Gürkan ve ark. 2011; Turgay 2010). Özellikle değişen ve gelişen bilimsel bilgi hizmet içi eğitimlerin önemini daha da artırmaktadır. Bu yaklaşımla hizmet içi eğitim tanımları incelendiğinde, Türk Dil Kurumu'nun "çalışanlara mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmek için çalıştıkları süre içinde verilen eğitim, işbaşında eğitim" olarak tanımladığı (www.tdk.gov.tr. 07.05.2019.) görülmektedir. Bu konuda çalışmaları ile öncü olan Taymaz (1981) hizmet içi eğitimi, özel ve tüzel kişilere ait işyerlerinde belirli bir maaş veya ücret karşılığında işe alınmış ve çalışmakta olan bireylerin görevleri ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazanmalarını sağlamak üzere yapılan eğitim" olarak tanımlamaktadır. Pehlivan (1997) hizmet içi eğitimi; herhangi bir meslek sahibinin, mesleğe başladığı ilk günden mesleği bıraktığı güne kadar kendini mesleği için yetiştirmesi veya yetiştirilmesi süreci" olarak tanımlamıştır. Bir diğer ifadeyle Hizmet içi eğitim "personeler mesleğinin gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumların kazandırılmasına yönelik etkinliklerdir." (B. Demirgöz 2014). Hizmet içi eğitim tüm mesleklerde önemini korumakla beraber hizmetin doğrudan insana yönelik olması nedeniyle sağlık bakım hizmetlerinde hizmet içi eğitime verilen önem artmaktadır (Bağdu 2014; Şenviren 2014; Şahin 2010; Yılmaz 2010; Zorkun 2010; Selimoğlu 2009; Kestane

2000). Sağlık bilimlerinde sağlık ve bakım hizmetlerini sunma yöntemleri hızla değişirken sağlık personelinin kendisini devamlı geliştirmesi bir ihtiyaçtır. Bu nedenle hizmet içi eğitim, her meslek grubunun gelişiminde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin verilmesinde ve gelişmesinde de bir zorunluluktur. Hemşirelik uygulamalarının; etkin, verimli ve kaliteli” olarak sürdürülebilmesinde hizmet içi eğitimin önemi büyüktür (<http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB/article/view/5639/1780>. 07.05.2019; Özel 2012; Selimoğlu 2009; Çelen 2007; Taymaz 1997). Bu nedenle özellikle hemşirelerin yaşam sonu bakıma gereken önemi vermeleri ve yeterli düzeyde eğitim almaları gerekmektedir. Gerek mesleki eğitimleri sırasında gerekse hizmet içi eğitimlerle, hemşirelerin yaşam sonu dönemde olan hastalara bakım vermede güçlendirilmelerinin önemi vurgulanmaktadır. Hem temel eğitimde hem de mezuniyet sonrasında eğitim programlarında yaşam sonu bakım konularına mutlaka yer verilmelidir (Anspach ve Bruce 2015; Ay 2013; Akyol 2010; Gillian ve ark. 2013; Menekli 2014; Öz 2004; Gürkan ve ark. 2011; Turgay 2010). Hizmet içi eğitimin, kaliteli bir hizmet için önemi, yapılan yasal düzenlemelerden de anlaşılmaktadır. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 214. Maddesi ile hizmet içi eğitimler yasal zorunluluk haline gelmiştir. Madde, Devlet memurlarının yetişmelerini sağlamak, verimliliğini artırmak ve daha ileriki görevlere hazırlamak amacıyla uygulanacak hizmet içi eğitim, Devlet Personel Başkanlığı tarafından ilgili kurumlarla birlikte hazırlanacak yönetmelikler dahilinde yürütülür hükmünü içermektedir (Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği, 2009. 07.05.2019).

2.5.Hizmet İçi Eğitimin Yararları

Hizmet içi eğitimin yararları bireysel ve kurumsal olmak üzere iki şekilde ele alınacaktır. Bireysel yararlar çalışanlara, kurumsal yararlarsa örgütlere yönelik olmakla beraber, her iki yarar aynı anda sağlanır (Bağdu2014; Şenviren 2014; Biber ve Ertürk 2013; Kestane 2000).

2.5.1.Bireysel Yararlar: Hizmet içi eğitim ile bireyin iş doyumunu ve motivasyonu artar. Çalışan bireyin daha sağlıklı karar vermesi ve etkili sorun çözme becerileri gelişir. Kendi gelişimi ve öz güveni sağlanır, çalışanın stres, gerilim, engellenme ve çatışmalarla başa çıkma gücünü artırır, eğitim bireyin etkileşim ve iletişim becerilerini geliştirir (Avcı 2018; Bağdu 2014; Şenviren 2014; Biber ve Ertürk 2013; Özel ve ark. 2012; Dağlı 2010; Özkan 2010; Pınar ve ark. 2010; Zorkun 2010; Selimoğlu 2009; Öztürk 2007; Kestane 2000).

2.5.2.Kurumsal Yararlar: Kurumda düzenlenen eğitim etkinlikleri kurum hedeflerine ulaşılmasına katkı sağlar. Kurumsal hedeflerin gerçekleştirilmesiyle beraber hizmet içi eğitim kurumların üretimin niteliği ve verimliliğini artırır, kurumda işe ait bilgi ve beceriler gelişir, kurum ortamında moral ve motivasyon artar, çalışanların kurumun amaçlarını tanınması ve benimsemesi kolaylaşır, ast- üst ilişkileri olumlu yönde gelişir, kurumda açıklık ve güven gelişir, kurumsal kararların ve sorun çözme sürecinin etkinliği artar, liderlik becerileri, güdülenme ve sadakat oluşur. Kuruma karşı olumlu tutumlar gelişerek “araçlarının kötü kullanımı ve savurganlık azalır, kurum içinde iletişim ve gelişmeye elverişli bir ortam oluşur, çalışanların değişme ve gelişmelere uyumu sağlanır (Avcı 2018; Bağdu 2014; Şenviren 2014; Biber ve Ertürk 2013; Özel ve ark. 2012; Zorkun 2010; Dağlı 2010; Pınar ve ark. 2010; Özkan 2010; Selimoğlu 2009; Çalık 2006; Öztürk 2007).

2.6.Hizmet İçi Eğitim Sürecinin Aşamaları

Hizmet içi eğitim; eğitim gereksinimlerini belirleme; planlama, uygulama, değerlendirme aşamalarından oluşur.

2.6.1. Hizmet İçi Eğitim Gereksinimlerini Belirleme: Hizmet içi eğitim programı hazırlanmadan önce eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi gerekir. Taymaz (1992) Hizmet içi eğitim gereksinimi, “bir işte çalışan kişi için, işin yerine getirilmesinde, bilgi, beceri, tutum ve davranış bakımından duyulan eksiklik ya da gereklilik” olarak tanımlamaktadır. Eğitim gereksinimini

belirleme, eğitim sürecinin ilk aşaması olup diğer aşamaların temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle gereksinimlerin yeterli ve doğru belirlenmesi önemlidir (Kaya 2007). Eğitim gereksinimlerine ilişkin veriler; yazılı dokümanlar (iş tanımları, bakım standartları, protokoller vb.), yönetici ve birimde çalışan hemşirelerden diğer sağlık bakım ekip üyelerinden (diyetisyen, eczacı vb), mesleki kuruluşlardan ve mesleki literatürden toplanır. Veriler; kayıt ve raporlar incelenerek, kurumda çalışanlarla bireysel görüşmeler- grup toplantıları yapılarak, gözlem yaparak, anket formu kullanılarak toplanır. Toplanan verilerin analizi ile eğitim gereksinimleri belirlenir (Şenviren 2014; Peker 2010; Kaya 2007; Taymaz 1992). Veri toplama süreci olan eğitim gereksiniminin belirlenmesi, programın amaçlarının ve içeriğinin belirlenmesinde karar vermek için gerekli bilgileri sağlar. Uzmanlar, hizmet içi eğitim planlamasında ihtiyaçların belirlenmesi aşamasının en önemli bölüm olduğunu belirtmektedirler (Bağdu 2014; Dağlı 2010; Peker 2010; Kaya 2007).

2.6.2. Hizmet İçi Eğitimin Planlanması: Hazırlanacak hizmet içi eğitim programlarının başarılı, sürdürülebilir olması hizmet içi eğitim sürecinin doğru planlanmasına bağlıdır (Önder 2010).

Belirlenen eğitim gereksinimleri doğrultusunda eğitim programı planlanır. Eğitim; programının uygulanması sırasında niçin, nelerin hangi sıra ile nasıl ve ne zaman yapılacağını, nelerin ne şekilde değerlendirileceğini gösteren yazılı bir plandır (Taşocak 2012; Taymaz 1992). Eğitim programının planlanmasında öncelikle amaçlar belirlenmeli; amaçlar doğrultusunda içerik, zaman, süre, öğretim yöntemleri, araç-gereçleri ve değerlendirme yöntemleri belirlenmelidir (Taşocak 2012; Önder 2010; Kaya 2007).

Planlamada hizmet içi eğitim programının amacını yerine getirmek için yapılacak etkinlikler gösterilir. Hazırlanacak plan; hizmet içi eğitimin genel amaçlarını, eğitim ihtiyaçlarını; eğitim politikasını, eğitim içeriğinin

düzenlenmesini; eğitim için uygun ortamın oluşturulmasını; eğitimi verecek kişinin belirlenmesini; yetiştirilecek personelin seçimini, görsel işitsel araç kullanımını; zaman ve süresini, program türlerini, bütçesini, koordinasyon ve kontrol süreçlerini kapsamalıdır. Hizmet içi eğitim planları, programdan beklenen yarar ile programın maliyeti arasında bir denge gözeterek oluşturulmalıdır (Bağdu 2014; Şenviren 2014; Dağlı 2010; Taymaz1992).

Hizmet İçi Eğitim Yöntemleri: Hizmet içi eğitim programının başarılı olmasındaki etkenlerden biri de kurum ve personel için faydalı olabilecek doğru seçilmiş eğitim yöntemleriyle hizmet içi eğitimin verilmesidir. Hizmet içi eğitim yöntemlerine düz anlatım, tartışma, rol oynama, gösterip yaptırma, beyin fırtınası, örnek olay inceleme vb. örnek verilebilir.

2.6.3.Hizmet İçi Eğitimin Uygulanması: Planlanmış bütün öğretim bütün öğretim etkinliklerinin uygulamaya geçirilmesini kapsar. Hizmet içi eğitim programı uygulanırken öğrenmenin kişiye özgü olduğu, sürekli değişim ve gelişim süreci olduğu, çevre koşullarından etkilendiği, duygusal ve bilişsel süreçlerle yakından ilgili olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Taşocak 2012; Kaya 20007; Taymaz 1992).

2.6.4.Hizmet İçi Eğitimin Değerlendirilmesi: Değerlendirme aşaması hizmet içi eğitim programının amacına ulaşıp ulaşılamadığının belirlendiği aşamadır.

Değerlendirme aşaması hizmet içi eğitim programının amacına ulaşıp ulaşamadığının belirlendiği aşamadır. Bu aşama hizmet içi eğitimi alan kişilere geri bildirim vermeyi, varsa öğrenme güçlüklerinin belirlemeyi, öğrenmeyi olumlu yönde desteklemeyi, daha sonraki eğitim programlarına veri sağladığı için önemlidir. Değerlendirme yapılırken gözlem, test, görüşme gibi yöntemlerden yararlanır. Hizmet içi eğitim programına katılanların, eğitimcinin, eğitim biriminin öz değerlendirme yapması programın etkili olmasını sağlar (Taşocak 2012; Kaya 20007; Taymaz 1992) .

2.7. İlgili Çalışmalar

Beckstrand ve ark. (2006) tarafından yoğun bakımda çalışan hemşirelerin YSB'a ilişkin algılarını ölçmek amacıyla yapılan çalışmada, YSB'da önemli bir role sahip olan hemşirelerinin önerilerinin uygulanmasının YSB'ın kalitesi ve dolayısıyla ölüm kalitesini artıracığı belirtilmektedir. Bu öneriler; saygınlığın korunması, hastanın ölüm anında yalnız bırakılmaması, ağrı ve diğer problemlerin kontrolünün sağlanması, hastaların isteklerinin dikkate alınması ve sağlık ekibi içerisinde etkili bir iletişim sağlanmasıdır.

Baggs ve ark.(2007) tarafından YSB kararlarında yoğun bakımlardaki farklılıkların ve kültürel yapının etkisini belirlemek amacı ile yürütülen çalışmada, YSB'da yazılı direktiflerin tedavinin devamında ya da resustasyon yapılmayacağı durumlara kanıt olduğunu göstermiştir. Bazı hemşirelerin resustasyon yapılmamasına katılmadığı hasta yakınları ile konuşup resustasyon yapmak için izin istediği görülmüştür.

McMillen (2008) yoğun bakım hemşirelerinin yaşamı destekleyen tedavilerin sonlandırılmasına ilişkin deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, YSB'da hemşirenin benzersiz bir konumda olduğunu hasta ve yakınları ile etkili iletişim sayesinde YSB kararlarını tartışma fırsatı sağladığı, hemşirelerin ekip içinde aile ile en fazla iletişime geçen ve bu zor zamanlarında aileye en fazla destek olan sağlık profesyonelleri olduğunu, tedaviyi sonlandırma kararına deneyimli hemşireler katılırken deneyimi az olan hemşirelerin hem klinik hem de duygusal olarak bu durumu kabul edemediklerini, kararı hekime bıraktıklarını bulmuştur.

Calvin ve ark.(2009) tarafından kardiyovasküler yoğun bakımda çalışan hemşirelerin YSB kararlarını verme sürecindeki rol, sorumluluk, algılarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin YSB kararlarına katılmadığı durumlarda hayal kırıklığı yaşadığını, hastanın ölümüne üzüldüğünü ve anksiyete yaşadıkları ve strese girdikleri bulunmuştur.

William's ve ark.(2009) tarafından hasta yakınlarının palyatif bakıma ilişkin ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hasta yakınlarının; YSB'da hemşirelere minnattar olduklarını, hemşirelerin YSB'da pratikte çok iyi sağlamalarına rağmen duygusal bakımın az olduğu belirttikleri saptanmıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının kötü haber verirken çok huzursuz oldukları, hasta yakınlarına hastanın ölümünü duygusuz ve kabaca söylenildiği belirtilmiştir.

Kinoshita ve Miyashita (2011) tarafından yoğun bakım hemşirelerinin YSB'da karşılaştıkları sorunları belirlemek amacı ile yapılan çalışmada, YSB kararlarında tedavinin sonlandırılmasını hasta talep etse bile yasaların zorluk çıkardığı, hemşirelerin isetedavinin devam ettirilmesinin ömrü uzattığı düşüncesine katılmadıkları görülmüştür.

Coombs ve ark.(2012) tarafından sağlık profesyonellerinin yoğun bakım ünitelerinde YSB'la ilgili yaşadığı zorlukları belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, YSB'da kişisel tercihler belirlenmeli, sağlık profesyonelleri hasta ve yakınları ile yaşam sonu bakıma rehberlik sağlaması gerektiği saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin kendi duygu ve hasta yakınlarının duygularını desteklemek için etkili stratejiler kullanırken duygusal emek verdikleri gözlenmiştir.

Kopp (2012) tarafından yaşam sonu bakımda simulasyon yönteminin etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, kaliteli YSB'ı sağlamak için hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin uygulanması hemşirelerin hazır bulunuşluklarını etkilediği bulunmuştur.

Ranse ve ark. (2012) tarafından yoğun bakım hemşirelerinin YSB'a ilişkin uygulama ve inançlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin deneyim ve algılarının YSB'da bariyer oluşturduğu bulunmuştur.

Braun ve ark.(2014) tarafından YSB kararlarına ilişkin ırk ve etnik kimliğin etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hastanın YSB'da

tercihleri, inançları ve kültürel deneyimlerinin etkili olduğu, YSB'ın kültürel ve hasta merkezli olması hastanın tercihlerinde güçlü bir araç olduğu bulunmuştur.

Gillian ve ark.(2013) tarafından YSB simülasyon yöntemini incelemek amacıyla yapılan çalışmada, simülasyon yönteminin lisans hemşirelik eğitiminde YSB konusunda olumlu bir yaklaşım olduğu, simülasyon yönteminin YSB konusunda kullanılması ile öğrenci memnuyetinin arttığı, öğrencilerin bilgi düzeylerinde artış olduğu, özgüvenlerinin geliştiği, aile ile terapötik iletişim sağladığı, bütüncül bakımı sağlayabildikleri görülmüştür.

Maciejewski ve ark.(2013) tarafından duygusal duyarsızlığın YSB kararlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, YSB tartışmaları hastanın YSB'a kabulünden önce yapılması gerektiği çünkü hastaların duygusal olarak duyarsız hale geldikleri, bilişsel kapasiteleri ve algılarının zayıfladığı bulunmuştur. Hastanın bu durumunun YSB kararlarında agresif tutum sergilemesine neden olduğu dolayısıyla YSB' da agresif bakımı arttırdığı bulunmuştur.

Hartog ve ark. (2014) tarafından hastanın önceden tedavi tecihlerinin belirtilmesinin yaşam destek tedavileri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, resustasyon durumunda etkili olduğunu fakat tedavi üzerine etkisinin çok az olduğu bulunmuştur.

Gillian ve ark.(2014) tarafından hemşirelik öğrencilerinin YSB'a ilişkin öğretim stratejilerinin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada, simülasyon yönteminin kaliteli bir YSB'ın sağlanması için etkili bir strateji olabileceği bulunmuştur.

Karbasi ve ark.(2018) tarafından hemşirelerin yaşam sonu bakım uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, olumlu deneyimlerin yaşam sonu bakımdaki uygulamalarındaki farkındalığı artırdığı,

eğitimin yetersiz olduğunu, psikososyal-duygusal-manevi yönetim ile ilgili bilgilerin yetersiz olduğu bulunmuştur.

Özdemir (2007) tarafından yoğun bakım hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamalarının belirlenmesi amacı ile yürütülen çalışmada, hemşirelerin %42' si YSB'da hasta bakımın yetersiz bulduklarını, %31.7'sinin YSB konusunda hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Koç ve Sağlam (2008) tarafından hemşirelik öğrencilerinin ve YSB dair duygu ve görüşlerinin belirlemek amacı ile yapılan çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin ölümcül hastaya bakım verdiği, bakım verirken kendini yetersiz görme, çaresizlik hissetme ve anksiyete yaşadığı bulunmuştur. Öğrencilerin çoğunluğunun YSB ilgili aldığı bilgiyi yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. YSB hasta ve yaşamı için oldukça önemli bulmalarına rağmen hemşirelik eğitimi programlarında yaşam sonu bakıma gereken önemin verilmediğini belirtmişlerdir.

Çevik'in (2010) hemşirelerin YSB hastasına ve ölüme ait tutum ve deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin yarısından fazlasının dini inancının güçlü olduğunu ve inançlı olmanın yaşam sonu dönemde olan hastaya karşı tutumunu çok etkilediğini belirtmişlerdir, çoğunluğu bakım verirken keder yaşadıklarını, ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini, hasta ve yakınları ile rahat konuşamadıkları ve ölmekte olan kişinin dini inanç ve değerlerine önem verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Gürkan ve ark. (2011) tarafından öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşlerini, hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunları belirlemek amacı ile yapılan çalışmada; lisans hemşirelik öğrencilerinin yaşamın son dönemindeki hastalar için hemşirelik girişimlerinin devam ettirilmesi gerektiğini, ağrı ve acı veren uygulamalar konusunda

tedirgin olduklarını, hasta bakımına ait pek çok etik sorun olduğunu düşündüklerini belirlenmiştir.

Turgay'ın (2010) sağlık ekibinin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülen çalışmada, duygusal açıdan güçlendirici programların düzenlenmesini gerektiğini ve bu programların sadece hasta ve ailesine değil sağlık personeli içinde uygulanması, gerekli yasal düzenlemelerin yapılması; hastanın kardiyopulmoner canlandırma yapmama hakkının düzenlenmesi gerektiğini önermiştir

Turgay ve Kav (2012) tarafından sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusundaki görüşlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hizmet içi ve sürekli eğitimlerde palyatif bakım konusunda eksiklik olduğunu ve katımcıların çoğunluğunun bu konuda eğitim almadıklarını belirlemiştir.

Ay ve Gençtürk 'ün (2013) ebellek öğrencilerinin YSB verme ve ölüm ait duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, öğrencilerin YSB verirken çaresizlik yetersizlik duyguları yaşadıkları bulunmuş, YSB'ın kalitesini arttırmak için müfredata bu konunun eklenmesinin gerektiği belirtilmiştir.

Menekli ve ark. (2014) tarafından hemşirelerin ölüm algısını, ölümü etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, YSB veren hemşirelerin çoğunluğu ölümün inkar edilemez bir mecburiyet olduğunu, hemşirelik eğitim programlarında YSB ve ölüm konularına yer verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Yılmaz ve Vermişli (2015) tarafından yoğun bakım hemşirelerinin YSB vermeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin YSB vermeye ilişkin "olumlu tutumlarının düşük" olduğu, YSB konusunda farkındalık oluşturacak eğitim programlarının düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir.

Koku ve Ateş'in (2015) YSB kalitesinin geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, hemşirelerin çoğunluğunun YSB' da hasta ve ailesiyle iletişimde yetersiz kaldıkları tespit edilmiştir.

Uğur ve ark.(2017) tarafından hemşirelerin palyatif bakım ve uygulamadaki engellere yönelik algılarını belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, en önemli engellerin eğitim, iletişim ve sağlık politikalarının yetersizliği bulunmuş ve düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim verilmesi gerektiği tespit edilmiştir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Araştırma hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini NANDA-I hemşirelik tanularından yararlanarak belirlemek ve bu gereksinimlere yönelik bir hizmet içi eğitim programı önerisi geliştirmek amacı ile tanımlayıcı nitelikte tasarlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda araştırmada şu sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hemşirelerin sosyo- demografik özellikleri nasıldır?
- 2.Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin kısa doğrultusunda koydukları tanılar nelerdir?
3. Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin koydukları tanılarda sosyo-demografik özelliklerine göre fark var mıdır?
4. Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimleri nelerdir?

3.2.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimleri.

Bağımsız Değişken: Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslekte çalışma yılı, yaşam sonu bakımda kendisini değerlendirme durumu, yaşam sonu bakım konusunda eğitim alma durumu, yaşam sonu bakımı tanımlama durumu, yaşam sonu bakım verme.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm branşlarda hizmet veren bir devlet hastanesinde çalışan hemşireler (403 hemşire) oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmiştir. Kurumda çalışan hemşirelerin 35'inin ücretsiz izinde olması ve 3 hemşirenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeni ile çalışma 365 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak Bilgi Formu (EK 1) , Kısa Öykü (EK 2) ve 2009-2011 NANDA I (North American Nursing Diagnosis Association) (EK3) kullanılmıştır.

3.4.1. Bilgi Formu: Literatür ışığında geliştirilen formda hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin; cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalıştığı birim, meslekte toplam çalışma yılı, yaşam sonu bakım verme, yaşam sonu bakımı tanımlayabilme, yaşam sonu döneme ilişkin eğitim alma ve eğitim almak istediği konular, yaşam sonu bakıma ilişkin kendini değerlendirmeyi içeren toplam 11 soru yer almaktadır (Doğan 2015; Braun ve ark.2014; Hui ve ark.2014; Aziz 2013; Hui ve ark.2013; ; Sucaklı 2013; Akpınar 2012; Bağ 2012; Coombs ve ark.2012; Elçigil 2012; Kabalak ve ark.2012; Çevik 2010; Aktaş 2007; Baggs ve ark. 2007; Bahar 2007; Özdemir 2007; Çolak ve Özyılkan 2006).

3.4.2. Kısa Öykü: Kısa öykü, özel ve önemli durumlar hakkında düşünceleri uyarmak ve tartışmak amacıyla kullanılan senaryodur. Zor ve hassas konuları çalışmada kolaylık sağlar. Finch (1987) kısa öyküyü, önceden belirlenen bir konu hakkında görüşülen veya bilgisine başvurulmuş bir kişiye yönelik olarak hazırlanan ve içinde hayali karakterlere ait olası durumlara ilişkin anlatıların olduğu kısa hikâyeler olarak tanımlamıştır. Başka bir tanıma göre kısa öykü, araştırılan konu hakkında tasvir edilen senaryolar, durumlar ve hikâyelere verilen yanıtlar veya yapılan yorumlar üzerinden katılımcı görüşlerinin, fikirlerinin, inançlarının ve tutumlarının ortaya çıkarılabildiği bir tekniktir (Atzmüller 2010). Kısa öyküler sağlık bilimleri, eğitim ve davranış bilimleri, siyaset bilimi gibi pek çok alanda kullanılan bir veri toplama tekniğidir (Jackson ve ark.2015; Hooper 2012; Collect J, Childs E 2011; Gupta ve ark.2010). Kısa öyküler katılımcıların neyi ve nasıl öğrendiklerini, bildiklerini değerlendirmede kullanılabilecek güçlü ve başarılı bir değerlendirme yöntemidir.

Kısa öykü kullanırken katılımcılara, araştırılan konu hakkında önceden hazırlanmış hikâyeler anlatılır veya yazılı olarak verilir. Onların bu hikâyelere verdikleri olası yanıtlar alınır. Sonrasında alınan yanıtlar analiz edilir ve yorumlanır. Dolayısıyla kısa öykü gerçekte yaşanması mümkün ancak araştırmacı tarafından organize edilmiş birtakım hikâyeler üzerinden derinlemesine bilgilere veya görüşlere ulaşmakta etkili araştırma tekniklerinden biri olarak görülmektedir. (Jackson ve ark. 2015; Özan 2014; Taşar 2006) Bu teknikte katılımcıya açık uçlu soruyla birlikte konuya ilişkin olası bir hikâye verilir ve soruya ilişkin yanıt istenir (Turan ve ark. 2013).

Kısa öyküler hemşirelik araştırmalarında ilk olarak Gauld tarafından 1996 yılında kullanılmaya başlanmıştır. Hemşirelik araştırmalarında büyük bir gruptan hızlı ve objektif veri toplamayı sağlaması yönüyle kullanımı artmıştır (Jackson ve ark.2015; Collect ve Childs 2011; Atzmüller 2010; Gupta ve ark. 2010; Shah 2010). Kısa öyküler genellikle yazılı metin olarak düzenlenmektedir (Jackson ve ark. 2015; Hughes 2002). Araştırmada da yazılı metin kullanılmıştır.

Araştırmada literatür ışığında yaşam sonu bakımı içeren kısa bir öykü oluşturulmuştur. Kısa öykü oluşturulurken okuyan herkesin aynı anlamı çıkarmasına, uzun cümleler kurmamaya (Hughes 2002), kategorik (ağrının var olması ya da olmaması gibi), sıralı (hareket yeteneğinde artma veya azalma, yürümede yardımcı araç kullanma durumu gibi) ve aralığı (evde bakım hizmetlerini haftada kaç gün aldığı gibi) içermesine özen gösterilmiştir (Taylor 2006). Oluşturulan öykü konu alanında uzman görüşlerine sunulmuştur (Ek 4), öneriler doğrultusunda düzeltilerek son şekli verilmiştir. 20 hemşire ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma sonrasında herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

3.4.3. Hemşirelik Tanıları Formu (NANDA-I): Eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinde hemşirelik tanularından yararlanılmıştır. Hemşirelik bakımının gerçekleştirilmesinde hasta ile ilgili veri toplama analiz, sentezleme ve bu

doğrultuda hemşirelik tanısı koyarak bakımın planlanması gerekir. Planın oluşturulmasında hemşirelik tanıları önemlidir. Hemşirelik bakımında doğru ve yeterli tanı konulması uygun girişimlerin belirlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi anlamına gelir. Bu yaklaşımla hemşirelerden doğru tanıları koyması beklenmiş ve bu doğrultuda eğitim gereksinimleri belirlenmeye çalışılmıştır. Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA/North American Nursing Diagnosis Association) bu konuda öncüdür ve hemşirelik tanıları sınıflaması uluslararası alanda en sık kullanılan sınıflamadır. NANDA I hemşirelik tanıları, hastanın gözlenen davranışları ile ilgili sorunların belirlenmesi, hemşirelik sürecinin tanı aşaması için önemlidir. Hemşirelik tanılarının konulmasında standart bir terminoloji kullanımı hemşireler arasında ve diğer ekip üyeleri arasında iletişimi iyileştirir, bakımın devamlılığını destekler, bakımın ve sonuçlarının belgelenmesini kolaylaştırır ve hemşirelik uygulamalarının görünürlüğünü sağlar (Herdman ve Kamitsuru 2017; Erdemir ve Karaca 2016; Şendir ve Büyükyılmaz 2014; Birol 2011). Hemşirelerin, NANDA I hemşirelik tanılarını yaşam sonu bakım hastaları için kullanması, hemşirelik girişimlerinin standart ve kanıt düzeyi yüksek uygulama sağlayacaktır (Terzi ve Kapucu 2018). Hemşirelik Tanıları Formu (NANDA I) hemşirelerin koyması beklenen 38 hemşirelik tanısının değerlendirilmesi amacı ile kullanılmıştır. Tanılar GYA Modeli'ne göre sınıflandırılmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması ve Etik Konular

3.5.1 Verilerin toplanması: Veriler kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra 10.01.2015-10.03.2015 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze toplanmıştır. Hazırlanan kısa öykü yazılı metin şeklinde hemşirelere verilerek okunduktan sonra Hemşirelik Tanıları Formu (NANDA-I) üzerindeki detanı koyması istenilmiştir. Formların doldurulması ortalama 30-40 dakika sürmüştür.

3.5.2 Etik Konular: Araştırmaya başlamadan önce Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulu'ndan 29.09.2013 tarihli 2014/88 sayılı numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 5). T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekterliği'nden 22.09.2013 tarihli ve 26704 sayılı kurum izni (Ek 6) alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden yazılı Bilgilendirilmiş Onam (Ek 7) alınmıştır. Hemşirelere genel olarak çalışmanın amacı, çalışmaya katılımın isteğe bağlı olduğu açıklanmıştır.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 18.00 istatistik programı (Statiscal Package for Social Sciences for Windows) kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) parametrik olmayan (Chi Square) (continuity correction, fisher, like hood) testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, bir Devlet hastanesinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Araştırmanın sonuçları tüm hemşirelere genellenemez.

3.8.Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmada hemşirelerin iş yükü, araştırma için zaman ayıramaması veri toplamayı güçleştirmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini NANDA-I hemşirelik tanularından yararlanarak belirlemek ve bir hizmet içi eğitim programı önerisi geliştirmek amacı ile planlanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular;

- Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerin yaşam sonu bakım özelliklerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin kısa doğrultusunda koyduğu-koyması beklenen NANDA-I hemşirelik tanularına ve eğitim gereksinimlerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerin sosyo- demografik özelliklerine göre kısa öykü doğrultusunda yaşam sonu bakımla ilgili NANDA-I hemşirelik tanularının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

4.1.Sosyo-Demografik Özellikler

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo.4.1.: Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N:365)

Özellikler		Sayı	Yüzde
Yaş	<= 30	62	17
	31 – 36	69	18,9
	37 – 42	128	35,1
	43 – 47	82	22,5
	48 +	24	6,6
Ort. Yaş±Ss* : 37,55± 7,106			
Cinsiyet	Kadın	313	85,8
	Erkek	52	14,2
Medeni Durum	Evli	279	76,4
	Bekar	86	23,6
Öğrenim Durumu	SML*	31	8,5
	Ön lisans	132	36,2
	Lisans	202	55,3
Çalıştığı Birim	Dahili Birim	78	21,4
	Cerrahi Birim	106	29
	Yoğun Bakım	99	27,1
	Acil Servis	32	8,8
Toplam Çalışma Yılı	<= 10	93	25,5
	11 – 15	62	17
	16 – 20	87	23,8
	21 – 24	65	17,8
	25+	58	15,9
Ort. Çalışma Yılı ±Ss* : 16,79± 8,024			

SML*: Sağlık meslek lisesi , Ss*: Standart Sapma

Hemşirelerin %35,1'inin 37-42 yaş arasında ve yaş ortalaması 37,55±7,106 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %85,8'inin kadın, %76,4'ünün evli, %50,1'inin lisans mezunu olduğu, %29'unun cerrahi birimlerde, %27,1'inin yoğun bakımda çalıştığı, %25,5'inin 10 yıl ve altında çalıştığı, ortalama çalışma yılının ise 16,79±8,024 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.).

4.2.Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin özellikleri Tablo.4.2.'de sunulmuştur.

Tablo.4.2.: Hemşirelerin YSB Özelliklerinin Dağılımı (N:365)

Özellikler		Sayı	Yüzde
Yaşam Sonu Bakımı	Tanımlayamadı	354	97,0
	Tanımladı	11	3,0
Yaşam Sonu Bakım Verme	Veren	211	57,8
	Vermeyen	154	42,2
Yaşam Sonu Bakım Hakkında Eğitim	Alan	85	23,3
	Almayan	280	76,7
Yaşam Sonu Bakım Hakkında Eğitimi Nereden Aldığı*	Hizmet İçi Eğitim Programı	49	42,6
	Temel Mesleki Eğitim	33	28,6
	Kongre ve Sempozyum	14	12,2
	Mesleki Kitap ve Dergiler	11	9,6
	İnternet	8	7,0
Yaşam Sonu Bakım Hakkında Kendini Değerlendirme	Yeterli	39	10,7
	Geliştirmem Gerekir	183	50,1
	Yetersiz	143	39,2
Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Eğitim Almak İsteddiği Konular*	İletişim	238	11,3
	Etik Konular	189	9,0
	Yasal Süreç	183	9,0
	Güvenli Çevre	180	8,6
	Beslenme	169	8,0
	Ölüm	163	7,8
	Solunum	155	7,2
	Hareket	139	6,6
	Uyku ve Dinlenme	119	6,1
	Kişisel Temizlik ve Giyinme	119	6,1
	Boşaltım	109	5,2
	Vücut Sıcaklığının Kontrolü	107	5,1
	Çalışma ve Eğlence	97	4,6
	Cinselliği İfade Etme	91	4,3
	Diğer	3	0,1

*: Birden fazla işaretlenmiştir.

Hemşirelerin yaşam sonu bakım tanımlarında “Küratif (yaşamı uzatan) tedaviye yanıt vermeyen veya ölmekte olan hastaya; profesyonel bir ekip tarafından hastanın ve ailenin bu süreçte yaşam kalitesinin yükseltilmesini ve semptom kontrolünün sağlanması; hastanın ölümü sonrası ailesinin yas sürecinde desteklenmesini” içeren tanımlar yaşam sonu bakımı tanımları olarak kabul edilmiştir (<http://www.aacnnursing.org/ELNEC>. Erişim Tarihi: 10.05.2019;<http://www.ipcrc.net/elnece-end-of-life-nursing-education-consortium.php>. 10.05.2019; <https://www.asahq.org/resources/clinical-information/asa-physical-status-classification-system>. 10.05.2019;<http://www.apa.org/research/action/end.aspx>. 10.05.2019; <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1947978>.<http://www.turkkanserderneği.org/tr/projeler/142/hospis.html>.10.05.2019). Hemşirelerin %97’sinin yaşam sonu bakımı tanımlayamadığı, %57,8’sinin bakım verdiği, %76,7’sinin yaşam sonu bakım hakkında eğitim almadığı saptanmıştır. Yaşam sonu bakımla ilgili eğitim alan hemşirelerin %42,6’sinin hizmet içi eğitim programları ile eğitim aldığı, %50,1’inin yaşam sonu bakımla ilgili kendisini geliştirmesi gerektiğini düşündüğü, yaşam sonu bakımla ilgili eğitim almak istedikleri konuların başında %11,3 oranı ile iletişim, % 9 ile yasal süreç ve etik olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.2.).

4.3.Hemşirelerin Kısa Öykü Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Koyduğu ve Koyması Beklenen NANDA-I Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin genel olarak koyduğu NANDA-I hemşirelik tanılarına ilişkin bulgular Tablo 4.3.’te sunulmuştur.

Tablo.4.3.: Hemşirelerin Kısa Öykü Doğrultusunda Koyduğu YSB İlişkin NANDA-I Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulguların Dağılımı (N:365)

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Sayı	Yüzde	NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Sayı	Yüzde
Düşme Riski	178	2,3	Uykusuzluk	80	1
Enfeksiyon Riski	175	2,2	Etkisiz Aile Sağlık Yönetimi	77	1
Ölüm Anksiyetesi	169	2,1	Kardiyak Doku Perfüzyonunda Azalma Riski	66	0,8
Anksiyete	168	2,1	Bilgi Eksikliği	64	0,8
Korku	156	2,0	Duyusal Algısal Değişimler	61	0,8
Umutsuzluk	133	1,7	Spontan Solunumda Bozulma Riski	61	0,8
Beslenme Öz bakım Eksikliği	131	1,7	Yaralanma Riski	60	0,8
Yorgunluk	120	1,5	Etkisiz Solunum Örüntüsü	60	0,8
Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski	117	1,5	Kronik Hüzün	59	0,8
Banyo Yapma Öz bakım Eksikliği	109	1,4	Sıvı Dengesini İyileştirme İsteği	59	0,8
Bilinçsizce Dolaşma ve Sayıklama	106	1,3	Düşünme Sürecinde Bozulma	58	0,7
Güçsüzlük	103	1,3	Beslenmeyi İyileştirme İsteği	58	0,7
Uyku Biçiminde Bozulma	101	1,3	Kronik Ağrı	57	0,7
Giyinme Öz Bakım Eksikliği	98	1,2	Aile İçi İşlevlerde Bozulma	56	0,7
Akut Bilinç Bulanıklığı	97	1,2	Kardiyak Out Putta Azalma	56	0,7
Yalnızlık Riski	96	1,2	Manevi Sıkıntı	54	0,7
Hafızada Bozulma	92	1,2	Dengesiz Beslenme Riski Beden Gereksiniminden Fazla	53	0,7
Akut Bilinç Bulanıklığı Riski	91	1,2	Sözel İletişimde Bozulma	52	0,7
Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski	91	1,2	Öz bakımı İyileştirme İsteği	52	0,7
Dengesiz Beslenme Beden Gereksiniminden Az	89	1,1	Vücut Sıcaklığında Dengesizlik Riski	52	0,7
Yürümede Bozulma	87	1,1	Çevreyi Yorumlamada Bozulma Sendromu	50	0,6
Sıvı Volüm Dengesinde Bozulma Riski	86	1,1	Uyumsuzluk	50	0,6
Gaz Alış Verişinde Bozulma	83	1,1	Boş Vakitlerini Geçirme Aktivitelerinde Yetersizlik	49	0,6
Aile İçi Baş Etme Yeteneğinde Bozulma	82	1	Bilgi Alma İsteği	48	0,6
Spontan Solunumda Bozulma	81	1	Hipertemi	48	0,6
Fiziksel Harekette Bozulma	80	1	Sosyal Etkileşimde Bozulma	46	0,6

Tablo.4.3.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Sayı	Yüzde	NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Sayı	Yüzde
Güçsüzlük Riski	42	0,5	Kendine Yönelik Şiddet	25	0,3
Sıvı Volüm Eksikliği	42	0,5	Kendini ihmal etme	25	0,3
Etkisiz korunma	42	0,5	Doku bütünlüğünde bozulma	25	0,3
Konstipasyon	42	0,5	Karar Vermeyi İyileştirme İsteği	25	0,3
Oral Mukoz Membranda Bozulma	42	0,5	Benlik Kavramını İyileştirme İsteği	24	0,3
Şok riski	42	0,5	Durumsal Düşük Benlik Saygısı	24	0,3
Kan Şekerinde Dalgalanma Riski	41	0,5	Yer Değiştirme Stresi Sendromu		
Bulantı	40	0,5	Riski	24	0,3
Dışkı Kaçırma	39	0,5	Manevi Sıkıntı Riski	24	0,3
Deri Bütünlüğünde Bozulma	39	0,5	Kronik Düşük Benlik Saygısı	22	0,3
Ev Yönetiminde Bozulma	39	0,5	Gastro İntestinal Motilite İşlevinde Bozulma	22	0,3
Ev Yönetiminde Bozulma	38	0,5	Umudu İyileştirme İsteği	22	0,3
Etkisiz Solunum Yolu Temizliği	38	0,5	Durumsal Düşük Benlik Saygısı Riski	21	0,3
Yoğun stres	38	0,5	İletişimi İyileştirme İsteği	21	0,3
Sosyal İzolasyon	37	0,5	Yas Tutma	21	0,3
Bireysel Kimlikte Bozulma	36	0,5	Stres İdrar Kaçırması	20	0,3
Boğulma Riski	35	0,4	Hipotermi	20	0,3
Etkisiz Sağlık Bakımı	35	0,4	Konforu İyileştirme İsteği	19	0,2
Etkisiz Baş Etme	35	0,4	Öz Kıyım Riski	19	0,2
Doku Perfüzyonu Riski	35	0,4	Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu	19	0,2
Etkisiz Sağlık Yönetimi	34	0,4	Etkisiz Rol Performansı	19	0,2
İdrar Boşaltımında Bozulma	34	0,4	Uykuyu İyileştirme İsteği	19	0,2
Aktivite Entolaransı	34	0,4	İlişkiyi İyileştirme İsteği	18	0,2
Kontaminasyon	33	0,4	Fonksiyonel İdrar Kaçırma	18	0,2
Baş Etmeyi İyileştirme İsteği	33	0,4	Konstipasyon Hissi	18	0,2
Sıvı Volüm Eksikliği Riski	33	0,4	Etkisiz Aktivite Planlaması	18	0,2
Karar Vermede Çatışma	33	0,4	Gastro İntestinal Perfüzyonda Yetersizlik Riski	18	0,2
Aile İçi İlişkilerde Bozulma	32	0,4	Başkalarına Yönelik Şiddet Riski	16	0,2
Vasküler Travma Riski	31	0,4	Mesanedeki Fazla İdrarı Kaçırma	16	0,2
Kanama Riski	29	0,4	Sıkışma Sonucu İdrar Kaçırma Riski	16	0,2
Kontaminasyon riski	29	0,4	Enerji Alanında Bozulma	16	0,2
Kronik bilinç bulanıklığı	27	0,4	Konforda bozulma	16	0,2
			Yutma güçlüğü	16	0,2

Tablo.4.3.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Sayı	Yüzde	NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Sayı	Yüzde
Serebral Doku Perfüzyonunda Yetersizlik Riski	16	0,2	Karaciğer Fonksiyonlarında Bozulma Riski	11	0,1
Uykudan Uyanma	16	0,2	Travma sonrası Sendromu Riski	10	0,1
Öz Kıyım	15	0,2	Aile içi ilişkileri iyileştirme isteği	10	0,1
Toplumsal Baş Etmeyi İyileştirme İsteği	15	0,2	Gastro-İntestinal Motilite İşlevinde Bozulma Riski	10	0,1
İdrar Retansiyonu	15	0,2	İdrar Boşaltımını İyileştirme İsteği	9	0,1
Manevi Esenliği İyileştirme İsteği	15	0,2	Ameliyat Sırasında Verilen Pozisyona Bağlı Travma Riski	8	0,1
Travma riski	15	0,2	Etkisiz Toplumsal Baş etme	8	0,1
Yatakta Hareket Etme Yeteneğinde Bozulma	15	0,2	Ameliyat Sonrası İyileşmede Gecikme	8	0,1
Gücünü İyileştirme İsteği	14	0,2	Refleks İdrar Kaçırma	8	0,1
Aktivite entoleransı risk	14	0,2	Savunucu Baş Etme	8	0,1
Konstipasyon riski	14	0,2	Beden İmajında Bozulma	8	0,1
Sıvı Volüm Fazlalığı	14	0,2	Otonom Disrefleks	8	0,1
Periferel Nörovasküler İşlevde Bozulma Riski	14	0,2	Dengesiz Beslenme Beden Gereksiniminden Fazla	7	0,1
Dini İnanç İyileştirme İsteği	14	0,2	Bağlanma Biçiminde Bozulma Riski	7	0,1
Diyare	14	0,2	Tek Tarafı İhmal	7	0,1
Zehirlenme Riski	13	0,2	Ahlaki Sıkıntı	7	0,1
Etkisiz İnkâr	13	0,2	Dini İnançta Bozulma Riski	6	0,1
İntra Kranial Uyum Kapasitesinde Azalma	13	0,2	Travma Sonrası Sendromu	5	0,1
Ventilatörden Ayrılamamaya Bağlı İşlevsel Olmayan Yanıt	13	0,2	Tekerlekli Sandalye ile Hareket Etme Yeteneğinde Bozulma	5	0,1
Etkisiz Cinsel Yaşam	13	0,2	Otonom Disrefleks Riski	5	0,1
İnsan Onuruna Zarar Verme Riski	12	0,2	Dini İnançta Bozulma	5	0,1
Riskli Davranışlara Eğilim	12	0,2	Kullanmama Sendromu Riski	4	0,1
Sorunlu Yas Tutma	12	0,2	Otonom Disrefleks	4	0,1
Sıkışma Sonucu İdrar Kaçırma	12	0,2	Baş Etmeyi İyileştirme İsteği (Bireysel)	4	0,1
Sorunlu Yas Tutma Riski	12	0,2	Tuvaleti Kullanma Öz-Bakım Eksikliği	4	0,1
Ödün Vererek Aile İçi Baş Etme	11	0,1	İntihar Riski	3	0,1
Sedanter Yaşam Tarzı	11	0,1	Dışkı Kaçırma	3	0,1
Yer değiştirme stresi sendromu	11	0,1	Lateks Alerji Yanıtı	2	0,9
Karar vermede çatışma	11	0,1	Lateks Alerji Yanıtı Riski	1	0,05
Transfer yeteneğinde bozulma	11	0,1	Tecavüze Bağlı Travma Sendromu	1	0,05

Hemşirelerin kısa öykü doğrultusunda koyduğu yaşam sonu bakıma ilişkin en fazla koydukları NANDA-I hemşirelik tanısının %2,3 oranı ile düşme riski, en az koydukları hemşirelik tanılarının %0,05 oranı ile lateks alerji yanıtı riski ile tecavüze bağlı travma sendromu tanuları olduğu saptanmıştır (Tablo.4.3.).

Hemşirelerden kısa öykü doğrultusunda koyması beklenen NANDA-I hemşirelik tanıları'na ilişkin bulgular Tablo.4.3.1.'de yer almaktadır.



4.3.1. Hemşirelerden Kısa Öykü Doğrultusunda Koyması Beklenen NANDA-I Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulguların Dağılımı (N:365)

Koyulması Beklenen Hemşirelik Tanıları	Sayı	Yüzde	Koyulması Beklenen Hemşirelik Tanıları	Sayı	Yüzde
Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi			Solunum		
Düşme Riski	178	2,3	Gaz Alış Verişinde Bozulma	83	1,1
Enfeksiyon Riski	175	2,2	Spontan Solunumda Bozulma	81	1
Bilinçsizce Dolaşma ve Sayıklama	106	1,4	Kardiyak Doku		
Akut Bilinç Bulanıklığı	97	1,2	Perfüzyonunda Azalma Riski	66	0,8
Akut Ağrı	78	1	Etkisiz Solunum Örüntüsü	60	0,8
Boğulma Riski	35	0,4	Kardiyak Out Putta Azalma	56	0,7
Etkisiz Sağlık Bakımı	39	0,4	Etkisiz Solunum Yolu		
Vasküler Travma Riski	31	0,4	Temizliği	38	0,5
Kanama Riski	29	0,4	Beslenme		
İletişim			Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski	117	1,5
Korku	156	2,2	Dengesiz Beslenme Beden Gereksiniminden Az	89	1,1
Güçsüzlük	103	1,3	Sıvı Volüm Fazlalığı	14	0,2
Aile İçi Baş Etme Yeteneğinde Bozulma	82	1	Boşaltım		
Bilgi Eksikliği	64	0,8	Gastro İntestinal Motilite İşlevinde Bozulma Riski	26	0,3
Bilgi Alma İsteği	48	0,6	Kişisel temizlik ve giyinme		
Etkisiz Baş Etme	35	0,4	Giyinme Öz Bakım Eksikliği	98	1,2
Vücut Sıcaklığının Kontrolü			Beslenme Öz bakım Eksikliği	131	1,7
Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesinde Yetersizlik	29	0,4	Banyo Yapma Öz bakım Eksikliği	109	1,4
Hareket			Çalışma Ve Eğlence		
Fiziksel Harekette Bozulma	80	1	Etkisiz Aile Sağlık Yönetimi	77	1
Yorgunluk	120	1,5	Ev Yönetiminde Bozulma	38	0,5
Aktivite Entolaransı Riski	29	0,4	Uyku Ve Dinlenme		
Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu	19	0,2	Uykusuzluk	80	1
			Ölüm		
			Ölüm Anksiyetesi	169	2,2
			Umutsuzluk	133	1,7

Hemşirelerden kısa öykü doğrultusunda koyması beklenen NANDA-I hemşirelik tanıları içinde en fazla koydukları tanuların GYA Modeli'nde Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Alanında %2,3 oranı ile Düşme Riski, %2,2 oranı ile Enfeksiyon Riski, GYA Modeli'nde Ölüm ve İletişim Alanında %2,2 oranı ile Ölüm Anksiyetesi ve Korku tanıları; en az koydukları hemşirelik tanularının GYA Modeli'nde Hareket ve Beslenme alanında %0,2 oranı ile Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu ve Sıvı Volüm fazlalığı olduğu saptanmıştır (Tablo4.3.1).

Hemşirelerden kısa öykü doğrultusunda yaşam sonu bakıma ilişkin koyduğu ve koyması beklenen NANDA-I hemşirelik tanıları incelendiğinde; kısa öykü doğrultusunda 38 tanı koyması beklenirken kısa öykü ile ilişkisiz 138 tanı koydukları saptanmıştır. Kısa öykü doğrultusunda koyması beklenen NANDA-I hemşirelik tanularını da istenilen oranda koyamadığı görülmüştür. Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin GYA Modeli doğrultusunda güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, iletişim, beslenme, uyku ve dinlenme, kişisel temizlik ve giyinme, solunum, boşaltım, cinselliği ifade etme, hareket, çalışma ve eğlence, vücut sıcaklığının kontrolü, ölüm, yasal ve etik konularında eğitim gereksinimleri olduğu saptanmıştır.

4.4. Hemşirelerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Kısa Öykü Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımla İlgili NANDA-I Hemşirelik Tanularının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma yılı, yaş, Tablo.4.4.'de; yaşam sonu bakımı tanımlama durumu, yaşam sonu bakım verme durumu, yaşam sonu bakım hakkında eğitim alma özelliklerine göre koydukları NANDA-I hemşirelik tanularının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo.4.4.1'de sunulmuştur.

4.4. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kısa Öykü Doğrultusunda Koydukları NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması (N:365)

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanı	Cinsiyet			Öğrenim durumu				Çalışma yılı					Toplam
		Kadın	Erkek	Toplam	Lise	Ön lisans	Lisans	Toplam	≤=10	11-15	16-20	21-24	+25	
Düşme Riski	Koymadı	158	29	187	16	75	96	187	45	32	51	30	29	187
	Koydu	155	23	178	15	57	106	178	48	30	36	35	29	178
		p: 0,578*	Ki kare :0,310			p:0,251'	Ki kare : 2,762			p:0,595'	Ki kare: 1,894			
Enfeksiyon Riski	Koymadı	165	25	190	14	68	108	190	46	38	42	32	32	190
	Koydu	148	27	175	17	64	94	175	47	34	30	34	30	175
		p: 0,535***	Ki kare : 0,384			p: 0,682'	Ki kare : 0,767			p:0,179'	Ki kare : 4,902			
Ölüm Anksiyetesi	Koymadı	171	25	196	16	80	100	196	50	42	41	31	31	196
	Koydu	142	27	169	15	52	102	169	42	30	47	30	20	169
		p: 0,381***	Ki kare : 0,769			p: 0,134'	Ki kare : 4,016			p:0,512'	Ki kare : 2,30			
Korku	Koymadı	182	27	209	18	75	112	209	56	37	45	41	30	209
	Koydu	182	14	156	13	57	86	156	50	24	40	23	19	156
		p: 0,402*	Ki kare : 0,701			p:0,990'	Ki kare : 0,021			p:0,402'	Ki kare : -2,933			
Umutsuzluk	Koymadı	194	38	232	20	86	126	232	67	38	52	37	38	232
	Koydu	98	34	133	11	46	76	133	26	24	33	28	20	133
		p: 0,889*	Ki kare : 0,019			p: 0,873'	Ki kare : 0,279			p: 0,144*	Ki kare : 5,406			

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanı	Cinsiyet			Öğrenim durumu				Çalışma yılı					
		Kadın	Erkek	Toplam	Lise	Ön lisans	Lisans	Toplam	≤10	11-15	16-20	21-24	+25	Toplam
Beslenme Öz Bakım Eksikliği	Koymadı	203	31	223	25	95	106	232	59	38	61	37	37	232
	Koydu	110	21	131	6	37	77	131	34	24	25	28	21	133
		p: 0,597* Ki kare:0,279			p:0,001' Ki kare:13,031				p: 0,082* Ki kare: 1,592					
Yorgunluk	Koymadı	208	37	245	21	90	121	245	67	42	58	44	35	246
	Koydu	105	15	120	10	42	62	120	26	20	29	21	23	119
		p:0,611* Ki kare:0,259			p: 0,938' Ki kare: 0,129				p: 0,291* Ki kare: 3,737					
Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski	Koymadı	220	28	248	16	101	116	248	59	41	63	47	38	248
	Koydu	93	24	117	15	31	67	117	34	21	24	18	20	117
		p: 0,028* Ki kare: 4,805			p: 0,010' Ki kare: 9,136				p: 0,743* Ki kare: 1,243					
Banyo Yapma Öz Bakım Eksikliği	Koymadı	224	32	256	26	94	125	256	64	39	64	45	44	256
	Koydu	89	20	109	5	38	58	109	29	23	23	20	14	109
		p: 0,198* Ki kare: 1,689			p:0,163' Ki kare: 3,626				p: 0,608* Ki kare: 1,834					
Bilinçsizce Dolaşma ve Sayıklama	Koymadı	230	29	259	24	96	139	259	67	43	60	46	43	260
	Koydu	83	23	106	7	36	63	106	26	19	26	19	15	106
		p:0,009 Ki kare:6,789			p: 0,658 Ki kare: 1,605				p: 0,970* Ki kare: 0,539					
Güçsüzlük	Koymadı	230	32	262	27	91	131	262	69	39	69	51	34	262
	Koydu	83	20	103	4	41	52	103	24	23	18	14	24	105
		p: 0,108* Ki kare: 2,579			p: 0,126' Ki kare: 4,140				p: 0,279* Ki kare: 3,846					

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanı	Cinsiyet			Öğrenim durumu				Çalışma yılı					Toplam
		Kadın	Erkek	Toplam	Lise	Ön lisans	Lisans	Toplam	≤10	11-15	16-20	21-24	+25	
Giyinme Öz Bakım Eksikliği	Koymadı	232	35	267	25	108	123	267	62	46	70	45	44	267
	Koydu	81	17	98	6	24	60	98	31	16	17	20	14	98
		p: 0,391* Ki kare: 0,736			p: 0,005' Ki kare: 10,711				p: 0,815* Ki kare: 0,942					
Akut Bilinç Bulanıklığı	Koymadı	235	33	268	27	99	127	268	63	48	66	44	47	268
	Koydu	78	19	97	4	33	56	97	30	14	21	21	11	97
		p: 0,113* Ki kare: 2,518			p: 0,126 Ki kare: 4,150				p: 0,505* Ki kare: 2,341					
Dengesiz Beslenme Beden Gereksiniminden Az	Koymadı	238	38	276	22	108	134	276	68	48	61	54	65	276
	Koydu	75	14	89	9	24	49	89	25	14	26	11	13	89
		p:0,775* Ki kare: 0,082			p: 0,114' Ki kare: 4,338				p: 0,606* Ki kare: 1,598					
Gaz Alışverişinde Bozulma	Koymadı	243	39	282	26	103	140	282	69	50	72	46	45	282
	Koydu	70	13	83	5	29	43	83	24	12	15	19	13	83
		p: 0,809* Ki kare: 0,058			p: 0,583' Ki kare: 1,080				p: 0,829* Ki kare: 0,883					
Aile İçi Baş Etme Yeteneğinde Bozulma	Koymadı	245	38	283	24	110	132	283	68	48	70	51	46	283
	Koydu	68	14	82	7	22	51	82	25	14	16	15	12	82
		p: 0,514* Ki kare: 0,425			p: 0,123' Ki kare: 4,199				p: 0,916* Ki kare: 0,512					

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, 'pearsonchi-square

Tablo 4.4.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanı	Cinsiyet			Lise	Öğrenim durumu			Çalışma yılı					Toplam
		Kadın	Erkek	Toplam		Ön lisans	Lisans	Toplam	≤=10	11-15	16-20	21-24	+25	
Spontan Solunumda Bozulma	Koymadı	252	32	284	23	104	142	284	67	46	69	54	48	284
	Koydu	61	20	81	8	28	41	81	26	16	18	11	10	81
		p: 0,040* Ki kare: 8,230				p: 0,857' Ki kare: 0,309				p: 0,079* Ki kare: 6,778				
Fiziksel Harekette Bozulma	Koymadı	248	38	285	25	104	143	285	69	46	73	50	46	285
	Koydu	66	14	80	7	27	40	80	24	14	15	15	12	80
		p: 0,454* Ki kare: 0,561				p: 0,894' Ki kare: 0,224				p: 0,900* Ki kare: 6,778				
Uykusuzluk	Koymadı	245	40	285	23	109	139	285	71	53	70	52	39	285
	Koydu	68	12	80	8	23	44	80	22	9	17	14	18	80
		p: 0,970* Ki kare: 0,001				p: 0,290 Ki kare: 2,477				p: 0,278* Ki kare: 3,854				
Akut Ağrı	Koymadı	245	42	287	26	97	147	287	76	49	68	49	46	287
	Koydu	68	10	78	5	35	36	78	17	12	20	16	13	78
		p: 0,823* Ki kare: 0,50				p: 0,185' Ki kare: 4,230				p: 0,595* Ki kare: 1,894				
Etkisiz Aile Sağlığı Yönetimi	Koymadı	248	40	288	27	107	141	288	76	47	72	45	48	288
	Koydu	65	12	77	4	25	42	77	17	15	15	20	10	77
		p: 0,846* Ki kare: 0,38				p: 0,289' Ki kare: 2,462				p: 0,718* Ki kare: 1,348				

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-squar

Tablo 4.4.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanı	Cinsiyet			Lise	Öğrenim durumu			Çalışma yılı					Toplam
		Kadın	Erkek	Toplam		Ön lisans	Lisans	Toplam	≤10	11-15	16-20	21-24	+25	
Kardiyak Doku Perfüzyonunda Azalma Riski	Koymadı	262	37	299	28	111	147	299	74	45	77	53	50	299
	Koydu	51	15	66	3	21	36	66	19	17	10	12	8	66
		p: 0,047* Ki kare: 3,934				p: 0,234' Ki kare: 0,290			p: 0,212* Ki kare: 4,507					
Bilgi Eksikliği	Koymadı	255	46	301	28	108	147	301	78	50	73	53	47	301
	Koydu	58	6	64	3	24	36	64	15	12	14	12	11	64
		p:0,303 * Ki kare:3,934				p: 0,485' Ki kare: 1,447			p: 0,731* Ki kare: 1,292					
Etkisiz Solunum Örüntüsü	Koymadı	263	42	305	29	117	145	304	68	54	79	52	52	305
	Koydu	50	10	60	2	15	38	60	25	8	8	13	6	60
		p: 0,700* Ki kare: 0,148				p: 0,017' Ki kare: 8,183			p: 0,064* Ki kare: 7,257					
Kardiyak Out Putta Azalma	Koymadı	268	41	309	25	117	152	309	78	49	74	55	53	309
	Koydu	45	11	56	6	15	31	56	15	13	13	10	5	56
		p: 0,295 *Ki kare: 1,098				p: 0,272' Ki kare: 2,605			p: 0,688*Ki kare: 1,473					
Bilgi Alma İsteği	Koymadı	270	47	317	31	111	156	317	81	51	79	55	51	317
	Koydu	43	5	48	0	21	27	48	12	11	8	10	7	48
		p: 0,553* Ki kare: 0,352				p: 0,061 Ki kare: 5,582			p: 0,291* Ki kare: 2,470					

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanı	Cinsiyet			Öğrenim durumu				Çalışma yılı					
		Kadın	Erkek	Toplam	Lise	Ön lisans	Lisans	Toplam	≤=10	11-15	16-20	21-24	+25	Toplam
Etkisiz Solunum Yolu Temizliği	Koymadı	284	43	327	29	120	163	327	77	58	82	56	54	327
	Koydu	29	9	38	2	12	20	38	16	4	5	9	4	38
		p: 0,130* Ki kare: 2,29			p: 0,539' Ki kare: 1,236				p: 0,186** Ki kare: 3,360					
Ev Yönetiminde Bozulma	Koymadı	279	47	326	29	119	161	326	77	51	87	58	53	326
	Koydu	34	5	39	2	13	22	39	16	11	0	7	5	39
		p: 0,978* Ki kare: 0,001			p: 0,612 Ki kare: 0,982				p: 0,009* Ki Kare: 9,406					
Boğulma Riski	Koymadı	282	48	330	27	119	166	330	85	55	81	57	52	330
	Koydu	31	4	35	4	13	17	35	8	7	6	8	6	35
		p: 0,801**			p: 0,775 Ki kare: 0,510				p: 0,562* Ki kare: 2,341					
Etkisiz Baş Etme	Koymadı	284	46	330	29	125	158	330	82	55	81	60	53	330
	Koydu	29	6	35	2	7	25	35	11	7	7	5	5	35
		p: 0,794* Ki kare: 0,068			p: 0,539' Ki kare: 1,236				p: 0,338* Ki kare: 2,175					
Etkisiz Sağlık Bakımı	Koymadı	279	47	326	29	119	161	326	79	53	80	60	54	326
	Koydu	34	5	39	2	13	22	39	13	9	7	5	4	39
		p: 0,978* Ki kare: 0,001			p: 0,612 Ki kare: 0,982				p: 0,082** Ki kare: 5,001					
Vasküler Travma Riski	Koymadı	287	47	334	29	121	167	334	82	56	79	62	55	334
	Koydu	26	5	31	2	11	16	31	10	6	8	3	4	31
		p: 0,964* Ki kare: 0,02			p: 0,898 Ki kare: 0,216				p: 0,747** Ki kare: 1,938					

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanı	Cinsiyet			Lise	Öğrenim durumu			Çalışma yılı					Toplam
		Kadın	Erkek	Toplam		Ön lisans	Lisans	Toplam	≤=10	11-15	16-20	21-24	+25	
Aktivite Entolaransı Riski	Koymadı	290	46	336	30	126	161	336	77	60	84	60	55	336
	Koydu	23	6	29	1	6	22	29	16	2	3	5	3	29
		p: 0,449* Ki kare: 0,574				p: 0,066' Ki kare: 5,427				p: 0,122**Ki kare: 4,212				
Kanama Riski	Koymadı	293	43	336	28	117	172	336	83	54	85	60	54	336
	Koydu	20	9	29	3	15	11	29	10	8	2	5	4	29
		p: 0,016* Ki kare: 5,851				p: 0,138' Ki kare: 3,962				p: 0,141** Ki kare: 3,917				
Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesinde Yetersizlik	Koymadı	289	49	336	29	123	166	336	84	55	83	62	52	336
	Koydu	24	5	29	2	9	17	29	9	6	4	4	6	29
		p: 0,838* Ki kare: 0,42				p: 0,748' Ki kare:0,581				p: 0,750**Ki kare: 0,575				
Gastro İntestinal Motilite İşlevinde Bozulma Riski	Koymadı	292	47	339	29	121	173	339	87	56	86	62	54	345
	Koydu	21	5	26	2	11	13	26	6	6	1	3	4	20
		p: 0,451 Ki kare: 0,569				p: 0,919 Ki kare: 0,501				p: 0,194** Ki kare: 6,069				
Etkisiz Periferel Doku Perfüzyonu	Koymadı	298	48	346	29	126	174	346	86	55	86	63	56	346
	Koydu	15	4	19	2	6	9	19	7	6	1	3	2	19
		p: 0,329**				p: 0,888' Ki kare: 0,238				p: 0,053**Ki kare: 2,470				
Sıvı Volüm Fazlalığı	Koymadı	303	48	351	29	129	174	351	88	57	86	61	59	351
	Koydu	10	4	14	2	3	9	14	4	5	1	4	0	14
		p: 0,123**				p: 0,436' Ki kare: 1,660				p: 0,255**Ki kare: 2,730				

*continutiy correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları (Tablo.4.4.) incelendiğinde, GYA Modeli'nde Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Alanındaki tanılardan), Bilinçsizce Dolaşma ve Sayıklama ($p=0,009,<0,05$), Kanama Riski ($p=0,016,<0,05$), Solunum Alanındaki tanılardan Spontan Solunumda Bozulma ($p=0,004,<0,05$), Kardiyak Doku Perfüzyonunda Azalma Riski ($p=0,047,<0,05$), Beslenme Alanındaki tanılardan Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski ($p=0,028,<0,05$), tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kadınların bu tanıları erkeklere göre daha yüksek oranda koyduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin öğrenim durumlarına göre koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları (Tablo.4.4.) incelendiğinde, GYA Modeli'nde Solunum Aktivitesindeki tanılardan Etkisiz Solunum Örüntüsü ($p=0,017,<0,05$), Beslenme Alnındaki altındaki tanılardan Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski ($p=0,010,<0,05$), Kişisel Temizlik ve Çalışma Alanındaki tanılardan Beslenme Öz Bakım Eksikliği ($p=0,001<0,05$), Giyinme Öz Bakım Eksikliği ($p=0,005,<0,05$) tanıları ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, lisans mezunu hemşirelerin diğer eğitim düzeyindeki hemşirelere göre bu tanıları daha yüksek oranda koyduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma yılına göre koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları (Tablo.4.4.) incelendiğinde; GYA Modeli'nde Çalışma ve Eğlence Alanındaki tanılardan Ev Yönetiminde Bozulma ($p=0,009<0,05$) tanısı ile çalışma yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. 10 yıl ve daha az çalışan hemşirelerin diğer hemşirelere göre bu tanıyı daha yüksek oranda koyduğu belirlenmiştir

Tablo 4.4.'ün devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanı	Yaş				Hemşirelik Tanıları	Tanı	Yaş			
		<=25	26-36	37-49	Toplam			<=25	26-36	37-49	Toplam
Akut ağrı	Koymadı	21	98	168	287	Enfeksiyon riski	Koymadı	15	54	121	190
	Koydu	4	22	52	78		Koydu	10	66	99	175
		p: 0,617' Ki Kare: 1,790						p: 0,271' Ki Kare: 3,910			
Akut bilinç bulanıklığı	Koymadı	18	88	162	326	Etkisiz Sağlık Bakımı	Koymadı	23	102	205	330
	Koydu	7	32	58	39		Koydu	2	18	15	35
		p: 0,996' Ki Kare: 0,057						p: 0,048' Ki Kare: 6,074			
Bilinçsizce dolaşma ve sayıklama	Koymadı	21	106	200	327	Kanama Riski	Koymadı	22	109	205	336
	Koydu	4	14	20	38		Koydu	3	11	15	29
		p: 0,484' Ki Kare: 1,451						p: 1,189' Ki Kare: 0,052			
Boğulma Riski	Koymadı	24	109	197	330	Vasküler Travma Riski	Koymadı	22	108	204	334
	Koydu	1	11	23	35		Koydu	3	12	16	31
		p: 0,572' Ki Kare: 1,116						p: 1,207' Ki Kare: 0,051			
Düşme riski	Koymadı	13	58	116	187						
	Koydu	12	62	104	178						
		p: 0,774' Ki Kare: 1,119									

Hemşirelerin yaşlarına göre koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları (Tablo.4.4.) incelendiğinde; GYA Modeli'nde Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Alanındaki tanılardan Etkisiz Sağlık Bakımı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,048<0,05$), 37 yaş ve üstü olan hemşirelerin diğer yaş grubundaki hemşirelere göre bu tanıyı daha yüksek oranda koyduğu saptandı. Diğer NANDA-I hemşirelik tanıları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Tablo 4.4.1. Hemşirelerin YSB İlgili Özelliklerine Göre Kısa Öykü Doğrultusunda Koydukları NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması (N:365)

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanılar	YSB ilgili özellikler								
		YSB tanımlama			YSB verme durumu			YSB ilgili eğitim alma		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Düşme Riski	Koymadı	3	184	187	109	78	187	40	147	187
	Koydu	8	170	178	102	76	178	45	133	178
		p: 0,132* Ki Kare:			p: 0,84' Ki Kare: 0,036			p: 0,379*** Ki Kare: 0,773		
Enfeksiyon Riski	Koymadı	3	187	190	102	88	190	46	144	190
	Koydu	8	167	175	109	66	175	39	136	175
		p: 0,127* Ki Kare:			p: 0,096' Ki Kare: 2,763			p: 0,664' Ki Kare: 0,189		
Ölüm Anksiyetesi	Koymadı	4	192	196	107	89	196	48	148	196
	Koydu	7	162	169	104	65	169	37	132	169
		p: 0,358* Ki Kare:			p: 0,180*** Ki Kare: 1,795			p: 0,558*** Ki Kare: 0,343		
Korku	Koymadı	2	207	209	108	101	209	42	167	209
	Koydu	9	147	156	103	53	156	43	113	156
		p: 0,011* Ki Kare:			p: 0,006' Ki Kare: 7,543			p: 0,096*** Ki Kare: 2,768		
Beslenme Öz Bakım Eksikliği	Koymadı	6	228	234	122	112	234	56	187	234
	Koydu	5	126	131	88	43	131	29	102	131
		p: 0,739** Ki Kare: 0,111			p: 0,005*** Ki Kare: 7,953			p: 0,653*** Ki Kare: 0,202		

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.1 Tablonun devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanılar	<u>YSB tanımlama</u>			<u>YSB verme</u>			<u>YSB ilgili eğitim alma</u>		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Umutsuzluk	Koymadı	4	228	232	127	105	232	53	179	232
	Koydu	7	126	133	84	49	133	32	101	133
		p: 0,107* Ki Kare:			p: 0,116*** Ki Kare: 2,471			p: 0,792*** Ki Kare: 0,070		
Yorgunluk	Koymadı	2	243	245	136	109	245	59	186	245
	Koydu	9	111	120	75	45	120	26	94	120
		p: 0,001* Ki Kare:			p: 0,203*** Ki Kare: 1,624			p: 0,607*** Ki Kare: 0,265		
Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski	Koymadı	4	244	248	133	115	248	51	197	248
	Koydu	7	110	117	78	39	117	34	83	117
		p: 0,042* Ki Kare:			p: 0,018*** Ki Kare: 5,622			p: 0,077*** Ki Kare: 3,131		
Banyo Yapma Öz Bakım Eksikliği	Koymadı	5	251	256	141	115	256	62	194	256
	Koydu	6	103	109	70	39	109	23	86	109
		p: 0,138** Ki Kare: 2,196			p: 0,104*** Ki Kare: 2,647			p: 0,610' Ki Kare: 1,260		
Bilinçsizce Dolaşma ve Sayıklama	Koymadı	6	253	259	147	112	259	58	201	259
	Koydu	5	101	106	64	40	106	27	79	106
		p: 0,223 Ki Kare: 1,483			p: 0,525' Ki Kare: 0,404			p: 0,528' Ki Kare: 0,399		
Güçsüzlük	Koymadı	6	256	262	139	123	262	59	203	262
	Koydu	5	98	103	72	31	103	26	77	103
		p: 0,342** Ki Kare: 0,902			p: 0,003*** Ki Kare: 8,821			p: 0,582*** Ki Kare: 0,304		

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.1 Tablonun devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanılar	YSB ilgili özellikler								
		YSB tanımlama			YSB verme			YSB ilgili eğitim alma		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Giyinme Öz Bakım Eksikliği	Koymadı	9	258	267	148	119	267	65	202	267
	Koydu	2	96	98	63	35	98	20	78	98
		p: 0,734* Ki Kare:			p: 0,127*** Ki Kare: 2,331			p: 0,516* Ki Kare: 0,421		
Akut Bilinç Bulanıklığı	Koymadı	7	261	268	151	117	268	63	205	268
	Koydu	4	93	97	60	37	97	22	75	97
		p: 0,492* Ki Kare:			p: 0,346' Ki Kare: 0,887			p: 0,980* Ki Kare: 0,001		
Dengesiz Beslenme Beden Gereksiniminden Az	Koymadı	7	269	276	157	119	276	64	212	276
	Koydu	4	85	89	54	35	89	21	68	89
		p: 0,474* Ki Kare:			p: 0,528*** Ki Kare: 0,389			p: 1,00* Ki Kare: 000		
Gaz Alışverişinde Bozulma	Koymadı	5	277	282	157	125	282	60	222	282
	Koydu	6	77	83	54	29	83	25	58	83
		p: 0,029** Ki Kare: 4,797			p: 0,125* Ki Kare: 2,349			p: 0,101*** Ki Kare: 2,694		
Aile İçi Baş Etme Yeteneğinde Bozulma	Koymadı	7	276	283	159	124	283	67	216	283
	Koydu	4	78	82	52	30	82	18	64	82
		p: 0,275* Ki Kare:			p: 0,241** Ki Kare: 1,377			p: 0,860* Ki Kare: 031		
Spontan Solunumda Bozulma	Koymadı	5	279	284	153	131	284	63	221	284
	Koydu	6	75	81	58	23	81	22	59	81
		p: 0,024** Ki Kare: 5,079			p: 0,006** Ki Kare: 7,414			p: 0,432* Ki Kare: 1,618		

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.1 Tablonun devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanılar	YSB tanımlama			YSB verme			YSB ilgili eğitim alma		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Fiziksel Harekette Bozulma	Koymadı	15	270	285	157	127	284	65	220	285
	Koydu	66	14	80	53	27	80	20	60	80
		p: 0,124** Ki Kare: 2,371			p: 0,77** Ki Kare: 3,131			p: 0,807* Ki Kare: 0,060		
Uykusuzluk	Koymadı	6	279	285	159	126	285	64	221	285
	Koydu	5	75	80	52	28	80	21	59	80
		p: 0,122 Ki Kare: 2,390			p: 0,138** Ki Kare: 2,204			p: 0,576* Ki Kare: 0,313		
Akut Ağrı	Koymadı	9	278	287	167	120	287	71	216	287
	Koydu	2	76	78	44	34	78	14	64	78
		p:1,00* Ki Kare:			p: 0,079' Ki Kare: 0,778			p: 0,268* Ki Kare: 1,226		
Kardiyak Doku Perfüzyonunda Azalma Riski	Koymadı	7	292	299	169	130	299	65	234	299
	Koydu	4	62	66	42	24	66	20	46	66
		p: 0,102** Ki Kare: 2,675			p: 0,357* Ki Kare: 0,849			p: 0,184* Ki Kare: 1,766		
Bilgi Eksikliği	Koymadı	9	292	301	169	132	301	73	228	301
	Koydu	2	62	64	42	22	64	12	52	64
		p: 1,00* Ki Kare:			p: 0,209* Ki Kare: 1,575			p: 0,434* Ki Kare: 0,613		
Etkisiz Solunum Örüntüsü	Koymadı	7	298	305	174	131	305	69	236	305
	Koydu	4	56	60	37	23	60	16	44	60
		p: 0,089* Ki Kare:			p: 0,604** Ki Kare: 0,269			p: 0,610* Ki Kare: 0,260		

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.1 Tablonun devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanılar	YSB ilgili özellikler								
		YSB tanımlama			YSB verme			YSB ilgili eğitim alma		
		Evete	Hayır	Toplam	Evete	Hayır	Toplam	Evete	Hayır	Toplam
Kardiyak Out Put Azalma	Koymadı	8	301	309	301	8	309	74	235	309
	Koydu	3	53	56	53	3	56	11	45	56
		p: 0,385* Ki Kare:			p: 0,225** Ki Kare: 1,473			p: 0,596* Ki Kare: 0,280		
Bilgi Alma İsteği	Koymadı	8	309	317	183	134	317	75	242	317
	Koydu	3	45	48	28	20	48	10	38	48
		p: 0,165* Ki Kare:			p: 1,00* Ki Kare: 000			p: 0,804* Ki Kare: 0,062		
Etkisiz Solunum Yolu Temizliği	Koymadı	9	318	327	187	140	327	76	251	327
	Koydu	2	36	38	24	14	38	9	29	38
		p: 0,089* Ki Kare:			p: 0,595* Ki Kare: 0,283			p: 1,00* Ki Kare: 000		
Ev Yönetiminde Bozulma	Koymadı	11	316	327	191	136	327	80	247	327
	Koydu	0	38	38	20	18	38	5	33	38
		p: 0,165* Ki Kare:			p: 0,483* Ki Kare: 0,492			p: 0,151* Ki Kare: 2,062		
Boğulma Riski	Koymadı	10	320	330	192	138	330	75	255	330
	Koydu	1	34	35	19	16	35	10	25	35
		p: 1,00* Ki Kare:			p: 0,792* Ki Kare: 0,070			p: 0,570* Ki Kare: 0,322		
Etkisiz Baş Etme	Koymadı	322	8	330	188	142	330	82	248	330
	Koydu	32	3	35	23	12	35	3	32	35
		p: 0,079* Ki Kare:			p: 0,414* Ki Kare: 0,666			p: 0,034** Ki Kare:		

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.1 Tablonun devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanılar	<u>YSB tanımlama</u>			<u>YSB verme</u>			<u>YSB ilgili eğitim alma</u>		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Etkisiz Sağlık Bakımı	Koymadı	6	320	326	188	138	326	77	249	326
	Koydu	5	34	39	23	16	39	9	31	39
Vasküler Travma Riski	Koymadı	9	325	334	197	137	334	79	255	334
	Koydu	2	29	31	14	17	31	6	25	31
Aktivite Entolaransı Riski	Koymadı	10	10326	336	185	151	336	78	258	336
	Koydu	1	128	29	26	3	29	7	22	29
Kanama Riski	Koymadı	9	9327	336	191	145	336	73	263	336
	Koydu	2	27	29	20	9	29	12	17	29
Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesinde Yetersizlik	Koymadı	10	326	336	191	145	336	74	262	336
	Koydu	1	28	29	20	9	29	11	18	29
Gastro İntestinal Motilite İşlevinde Bozulma Riski	Koymadı	10	329	339	193	146	339	79	260	339
	Koydu	1	25	26	18	8	26	6	20	26

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.1 Tablonun devamı

NANDA-I Hemşirelik Tanıları	Tanılar	YSB ilgili özellikler								
		<u>YSB tanımlama</u>			<u>YSB verme</u>			<u>YSB ilgili eğitim alma</u>		
		Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Etkisiz Periferel Doku Perfüzyonu	Koymadı	11	335	346	197	149	346	80	266	346
	Koydu	0	19	19	14	5	19	5	14	19
		p: 1,00*	Ki Kare:		p: 0,230**	Ki Kare: 1,442		p: 0,966*	Ki Kare: 0,002	
Etkisiz Aile Sağlığı Yönetimi	Koymadı	6	282	288	164	124	288	72	216	288
	Koydu	5	72	77	47	30	77	13	64	77
		p: 0,044	Ki Kare : 4,043		p: 0,517**	Ki Kare: 0,420		p: 0,179*	Ki Kare: 1,809	
Sıvı Volüm Fazlalığı	Koymadı	11	340	351	203	148	351	82	269	351
	Koydu	0	14	14	8	6	14	3	11	14
		p: 1,00*	Ki Kare:		p: 1,00*	Ki Kare: 000		p: 1,000**	Ki Kare:	

*continuity correction, **fisher, ***likelihood, ' pearsonchi-square

Tablo 4.4.1 Hemşirelerin YSB İlgili Özelliklerine Göre Kısa Öykü Doğrultusunda Koydukları NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin YSB tanımlama durumuna göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları (Tablo.4.4.1) incelendiğinde, GYA Modeli'nde İletişim Alanındaki tanılardan Korku ($p=0,011<0,05$) ve Etkisiz Aile Sağlığı Yönetimi ($p=0,044,<0,05$), Solunum Alanındaki tanılardan Gaz Alışverişinde Bozulma ($p=0,029,<0,05$) ve Spontan Solunumda Bozulma ($p=0,024,<0,05$) tanıları, Beslenme Alanındaki tanılardan Elektrolit Dengesinde Bozulma ($p=0,042,<0,05$) tanısı, Hareket Alanındaki tanılardan Yorgunluk ($p=0,001,<0,05$) tanısı ile YSB tanımlamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. YSB tanımlayamayan hemşirelerin bu tanıları tanımlayan hemşirelere göre daha yüksek oranda koyduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin YSB verme durumuna göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları (Tablo.4.4.1) incelendiğinde, GYA Modeli'nde İletişim Alanındaki tanılardan Korku ($p=0,006<0,05$), Güçsüzlük ($p=0,003<0,05$) tanıları, Solunum Alanında tanılardan Spontan Solunumda Bozulma ($p=0,004<0,05$) tanısı, Beslenme Alanındaki tanılardan Beslenme Öz Bakım Eksikliği ($p=0,005<0,05$), Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski ($p=0,019<0,05$) tanıları, Hareket Alanındaki tanılardan Aktivite Entoleransı Riski ($p=0,000<0,05$) tanısı ile YSB verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. YSB veren hemşirelerin bu tanıları YSB vermeyen hemşirelere göre daha yüksek oranda koyduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin YSB eğitim alma durumuna göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları incelendiğinde (Tablo.4.4.1) GYA Modeli'de İletişim Alanındaki tanılardan Etkisiz Baş Etme ($p=0,034<0,05$) tanısı ile YSB eğitim alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. YSB eğitim almayan hemşirelerin bu tanıları YSB eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek oranda koyduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Araştırma hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini NANDA-I hemşirelik tanılarında yararlanarak belirlemek ve bir hizmet içi eğitim programı önerisi geliştirmek amacı ile planlanmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular;

- Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerin yaşam sonu bakım özelliklerine ilişkin bulgular
- Hemşirelerden yaşam sonu bakıma ilişkin kısa doğrultusunda koyduğu ve koyması beklenen NANDA-I hemşirelik tanularına ilişkin bulgular
- Hemşirelerin sosyo- demografik özelliklerine göre kısa öykü doğrultusunda yaşam sonu bakımla ilgili NANDA-I hemşirelik tanularının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular olmak üzere dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin çoğunluğu kadın (%85,8), evli (%76,4), lisans programından mezun (%55,3), cerrahi birimde (%29) ve yoğun bakımda (%27) çalışmakta, yaş ortalaması $37,55 \pm 7,106$ yıl ve toplam çalışma sürelerinin ortalaması $16,79 \pm 8,024$ yıldır (Tablo.4.1.1).

5.2. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakım Özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan hemşirelerin yaşam sonu bakım tanımları ANA, APA, ASA, ELNEC, TKD tarafından yapılan tanımlar doğrultusunda değerlendirildiğinde; çoğunluğunun tanımlayamadığı görülmüş ve tanımlarında hasta ailesine yer vermedikleri dikkat çekmiştir (Tablo.4.2.1).

(<http://www.aacnnursing.org/End-of-Life-Care-ELNEC/Resources/ELNEC;>

<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1947978>,<http://www.aacn>

nursing.org/ELNEC,<http://www.cancer.org/>;
<http://www.apa.org/research/action/end.aspx>. 04.09.2018)

İlgili kuruluşların raporlarında ve araştırmalarda yaşam sonu bakımda duygusal desteğin önemli olduğuna, bu desteğin en iyi aile tarafından sağlanacağına dikkat çekilmektedir. Araştırma bulgusu, hemşirelerin yaşam sonu bakımda ailenin desteğini yeterince önemsemedikleri şeklinde değerlendirilmiştir (Ay ve Gençtürk 2013; Şahin ve Artıran 2017).

Hemşirelerinin çoğunluğunun yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim almadığı, eğitim alan hemşirelerin ise çoğunlukla hizmet içi eğitim programları aracılığıyla eğitim aldığı saptanmıştır. Hemşireler kendilerini yaşam sonu bakım konusunda değerlendirdiklerinde çoğunluğu kendisini geliştirmesi gerektiğini düşündüğünü ifade etmiş, yaşam sonu bakımla ilgili eğitim almak istedikleri konuların başında iletişim, yasal süreçler ve etik yer almıştır (Tablo.4.2.1). İnci (2018) Onkolojide hasta ve ailesiyle iletişimde zor konular: ölüm ve yas süreci konulu çalışmasında yaşam sonu bakımda iletişimin yeterli olmadığını, iletişim becerilerini geliştirecek deneyimlere, desteklere ve rol modellerine gereksinim olduğunu vurgulamıştır. Özdemir (2007) Cerrahi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastaların bakımına yönelik uygulamaları konulu çalışmasında hemşirelerin %70' inin yaşam sonu bakımla ilgili eğitim almadığını saptamıştır. Menekli ve Fadiloğlu (2014) Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi konulu çalışmasında hemşirelerin % 82.3' ünün ölümle ilgili eğitim almadığı, % 85.7'sinin ölüm konusunda okulda yeterli eğitim almadığını düşündüğü, %54.3'ünün ölümle ilgili eğitim bilgilerini internetten aldığını belirlemiştir. Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları konulu çalışmasında hemşirelerin %63,3'ünün ölüme ilişkin eğitim aldığı saptanmıştır. Koku ve Ateş'in (2015) Terminal dönem hasta bakımında hemşirelerin tutumu konulu çalışmasında hemşirelerin büyük bölümünün terminal hasta bakımında hasta ve hasta yakınlarıyla olan iletişimde yetersiz kaldıkları tespit etmiştir. Bu nedenle gerek eğitim yaşamlarında

gerekse hizmet içi eğitimlerle, hasta ve hasta yakınlarıyla kurulacak olan iletişime yönelik eğitimler verilmesi, bu eğitimlerde hemşirelerin bu tür hastalara bakım verme konusunda güçlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır. Mallory (2003) hemşirelerin %70.4' ünün ölümle ilgili eğitim almadığını, %67.1'inin ölümle ilgili internetten bilgi aldığını, %64.8'inin aldığı eğitimi yetersiz bulduğunu saptamıştır. Araştırmanın bulgusu ilgili araştırmaların sonuçlarıyla benzerdir. Bu sonuçlar, hemşirelerin yaşam sonu bakım hakkında yeterince eğitim almadığını, eğitim almak istediklerini ve hemşirelerin eğitim almak için istekli olduğunu göstermektedir. Araştırmada hemşirelerin çoğunluğunun yaşam sonu bakım verdiği saptanmıştır (Tablo.4.2.1). Ranse (2012), Çevik (2010), William's ve ark. (2009) yapmış olduğu çalışmalarda hemşirelerin çoğunluğunun ölmekte olan hastaya bakım verdiğini saptamıştır. Araştırma bulgusu ilgili çalışmaların sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç hemşirelerin, yaşam sonu bakımı tanımlama ve eğitim alma bulgularıyla beraber değerlendirildiğinde yaşam sonu bakım hakkında yeterince bilgi sahibi olmadan bakım verdikleri şeklinde yorumlanabilir.

5.3. Hemşirelerin Kısa Öykü Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Koyduğu ve Koyması Beklenen NANDA-I Hemşirelik Tanılarına İlişkin Özellikler

Araştırmada hemşirelerin koyduğu ve koyması beklenen hemşirelik tanıları ilişkin bulgular GYA Modeli doğrultusunda incelendiğinde, hemşirelerin en fazla koydukları tanıların Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Alanındaki tanılardan Düşme Riski ve Enfeksiyon Riski olduğu belirlenmiştir (Tablo.4.3.1). Avşar (2014) bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında hemşirelik süreci uygulamalarını değerlendirme amacıyla yaptıkları çalışmada hemşirelerin GYA Modeli'nde en fazla (%58) Ağrı ve Enfeksiyon Riski tanımlarını koyduklarını saptamıştır. Korhan ve ark.(2015) genel yoğun bakım hemşirelik bakım planlarındaki hemşirelik tanımlarının belirlenmesi amacı ile yaptığı çalışmada en fazla konulan tanıların (%89,5) Bilgi eksikliği, (%85,9) Enfeksiyon riski tanısı, en az konulan tanıların (%0,7) Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu, (%0,4) Diyare olduğu

görülmüştür. Ayan (2012) hemşirelik sürecinde hemşirelik tanılarını ve hemşirelik öğrencilerinin bu tanılara olan yetkinliğini incelemek amacıyla yaptığı çalışmasında öğrencilerin en sık koydukları hemşirelik tanısı % 31,7 ile enfeksiyon riski, %17,1 ile anksiyete, üçüncü sırada ise %11.1 ile deri bütünlüğünde bozulma tanısıdır. Bu sonuçlar araştırmanın sonuçları ile paraleldir. Sağlık Bakanlığı kalite çalışmalarında düşme ve enfeksiyonların önlenmesi göstergeler arasında yer almaktadır Bu kapsamda T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Personeli Zorunlu Hizmet İçi Eğitim Planında; Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi, Hasta Güvenliği konuları yer almaktadır (<http://balikesirdh.saglik.gov.tr/TR,130364/2018-egitim-planimiz.html> 04.08.2018), dolayısıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi, Hasta Güvenliği eğitimleri gerçekleştirilmektedir. Hemşirelerin en fazla bu tanıları koyması hizmet içi eğitimlerin bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada hemşirelerin en az koyduğu tanının GYA Modeli'nde Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesindeki tanılardan Lateks Allerji Yanıtı Riski ve Cinselliği İfade Etme Alanı Aktivitesindeki tanılardan Tecavüze Bağlı Travma Sendromu olduğu bulundu (Tablo.4.3.1). Bu tanılar hemşirelerden koyması beklenen tanılar arasında yer almamaktadır. Araştırmada hemşirelerden koyması beklenen 38 NANDA-I hemşirelik tanıları beklenen oranda koyamadığı, NANDA-I hemşirelik tanıları arasında en az konulan tanının GYA Modeli'nde Hareket Aktivitesindeki tanılardan Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu, Beslenme Aktivitesindeki tanılardan Sıvı Volüm Fazlalığı tanılarının olduğu görülmüştür (Tablo.4.3.1). Bu sonuçlar hemşirelerin YSB'da GYA Modeli doğrultusunda Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi, İletişim, Beslenme, Uyku ve Dinlenme, Solunum, Boşaltım, Kişisel Temizlik ve Giyinme, Cinselliği İfade Etme, Hareket, Çalışma ve Eğlence, Vücut Sıcaklığının Kontrolü, Ölüm, Yasal ve Etik Konular hakkında eğitim gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

5.4.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kısa Öykü Doğrultusunda Koydukları NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması İlişkin Özellikler

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinden cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma yılı, yaş, yaşam sonu bakımı tanımlama, yaşam sonu bakım verme, yaşam sonu bakım hakkında eğitim alma durumuna göre koymaları beklenen hemşirelik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada hemşirelerin cinsiyetine göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. GYA Modeli'nde Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Aktivitesindeki tanılardan Bilinçsizce Dolaşma ve Sayıklama, Kanama Riski, Solunum Aktivitesindeki tanılardan Spontan Solunumda Bozulma, Kardiyak Doku Perfüzyonunda Azalma tanılarını kadınların erkeklere göre daha fazla koyduğu saptanmıştır (Tablo.4.4.1). Benzer çalışmalar olmadığı için karşılaştırmaya gidilememiştir. Bu konunun detaylı araştırılması gerektiği düşünülmüştür.

Araştırmada hemşirelerin öğrenim durumlarına göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Lisans mezunu hemşirelerin diğerlerine göre GYA Modeli'nde Kişisel Temizlik ve Çalışma Aktivitesindeki tanılardan Beslenme Öz Bakım Eksikliği, Giyinme Öz Bakım Eksikliği, Beslenme Aktivitesindeki tanılardan Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski, Solunum Aktivitesindeki tanılardan Etkisiz Solunum Örüntüsü tanılarını daha fazla koyduğu belirlenmiştir (Tablo.4.4.1). Hemşirelerden eğitim düzeyi yükseldikçe tanı koyma becerisinin artması beklenir dolayısıyla, bu beklenen bir sonuçtur. Ancak konulması beklenen 38 tanıdan sadece 4 tanıda farkın saptanması hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin çalışma yılına göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. 10 yıl- altında çalışan hemşireler GYA Modeli'nde Çalışma ve

Eğlence Aktivitesindeki tanılardan Ev Yönetiminde Bozulma tanısını daha fazla koyduğu saptanmıştır (Tablo.4.4.1). Bu sonuç mesleki bilgilerinin daha yeni olmasına bağlanabilir. Konulması beklenen 38 tanıdan sadece 1 tanıda farkın saptanması hemşirelerin yaşam sonu bakım ilişkin eğitim gereksinileri olduğunu göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin yaşa göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. 37 yaş ve üstü olan hemşirelerin GYA Modeli'nde Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi Alanı Aktivitesindeki tanılardan Etkisiz Sağlık Bakımı tanısını daha fazla koydukları belirlenmiştir (Tablo.4.4.1). Bu sonuç hemşirelerin deneyimlerinin daha fazla olmasına bağlanabilir.

Araştırmada hemşirelerin yaşam sonu bakımı tanımlama durumlarına göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yaşam sonu bakımı tanımlayamayan hemşirelerin GYA Modeli'nde İletişim Aktivitesindeki tanılardan Korku, Ailede Etkisiz Tedavi Yönetimi Hareket Aktivitesindeki tanılardan Yorgunluk, Beslenme Aktivitesindeki tanılardan Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski, Solunum Aktivitesindeki tanılardan Gaz Alışverişinde Bozulma, Spontan Solunumda Bozulma tanılarını daha fazla koydukları belirlenmiştir (Tablo.4.4.2). Bu bulgu hemşirelerin yaşam sonu bakım hakkında yeterince bilgi sahibi olmadan tanı koyduklarını düşündürmüştür.

Araştırmada hemşirelerin yaşam sonu bakım verme durumlarına göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Yaşam sonu bakım veren hemşirelerin İletişim Alanı Aktivitesindeki tanılardan Korku, Gücsüzlük, Beslenme Aktivitesindeki tanılardan Beslenme Öz Bakım Eksikliği, Elektrolit Dengesinde Bozulma Riski, Solunum Aktivitesindeki tanılardan Spontan Solunumda Bozulma, Hareket Aktivitesindeki tanılardan Aktivite Entoleransı Riski tanılarını daha fazla

oranda koydukları belirlenmiştir (Tablo.4.4.2). Bu sonuç Benner'ın (1983), hemşirelerin deneyiminin fazla olmasının var olan ve olması muhtemel sorunları mantıklı tanımlamalarını, neden ve sorunları daha iyi belirlemelerini, kanıtları daha etkin kullanmalarını, eleştirel düşünme becerilerini geliştirdiği açıklamasıyla paralelik göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim alma durumlarına göre kısa öykü doğrultusunda koydukları NANDA-I hemşirelik tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim alan hemşireler GYA modelin'de İletişim Alanı Aktivitesindeki tanılardan Etkisiz Baş Etme tansını daha fazla koymuştur (Tablo.4.4.2). Bu sonuç beklenen bir durumdur. Ancak eğitim alan hemşirelerin 38 tanıdan sadece 1 tanının koyması eğitimin gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, hemşirelerin koyması beklenen tanıları yeterince koymadıkları, konuya ilişkin eğitim gereksinimleri olduğunu göstermiştir ve bu doğrultuda bir eğitim program önerisi geliştirilmiştir (Ek 8).

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini NANDA-I hemşirelik tanılarından yararlanarak belirlemek ve bir hizmet içi eğitim programı önerisi geliştirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada;

- Hemşirelerin %35,1'inin 37-42 yaş arasında ve yaş ortalamasının $37,55 \pm 7,106$ yaş olduğu bulundu. Hemşirelerin %85,8'inin kadın, %76,4'ünün evli, %50,1'inin lisans mezunu olduğu, %29'unun cerrahi birimlerde, %27,1'inin yoğun bakımda çalıştığı, %25,5'inin 10 yıl ve altında çalıştığı, ortalama çalışma yılının ise $16,79 \pm 8,024$ yıl olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin %97'sinin yaşam sonu bakımı tanımlayamadığı, %57,8'sinin bakım verdiği, %76,7'sinin yaşam sonu bakım hakkında eğitim almadığı saptandı. Yaşam sonu bakımla ilgili eğitim alan hemşirelerin %42,6'sinin hizmet içi eğitim programları ile eğitim aldığı, %50,1'inin yaşam sonu bakımla ilgili kendisini geliştirmesi gerektiğini düşündüğü, yaşam sonu bakımla ilgili eğitim almak istedikleri konuların başında %11,3 oranı ile iletişim, %9 ile yasal süreç ve etik olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerden koyması beklenen tanımlar içinde en fazla koydukları hemşirelik tanılarının %2,3 oranı ile Düşme Riski, %2,2 oranı ile Enfeksiyon Riski, Ölüm Anksiyetesi, ve Korku tanısı, en az koydukları hemşirelik tanılarının %0,2 oranı ile Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu ve Sıvı Volüm Fazlalığı olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin yaşam sonu bakımda cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma yılı, yaş, yaşam sonu bakımı tanımlama, yaşam sonu bakım verme, yaşam sonu bakım konusunda eğitim alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p < 0,05$).

- Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, hemşirelerin kısa ykw doğrultusunda koyması beklenen NANDA-I hemşirelik tanılarını yeterince koymadıkları, konuya ilişkin eğitim gereksinimleri olduğunu göstermiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda neriler;

- Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi düzeylerini ykwseltecek, farkındalığını arttıracak, beceri ve tutumlarını geliştirecek nitelikte hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli.
- Çalışmada geliştirilen hizmet içi eğitim programı uygulanmalı ve değerlendirilmelidir.



KAYNAKLAR

- Akçakaya, A. (2018). Palyatif bakım. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, **48**:36-37. Erişim Tarihi: 01.01.2019. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1135/Palyatif-bakim.aspx>.
- Akyol, A. (2010). Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **26**: 59-72.
- Akpınar, A., Ersoy, N. (2012). Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? *Türk Onkoloji Dergisi*, **27**:37-45. Erişim Tarihi: 02.12.2018. Doi: 10.5505/Tjoncol.2012.540.
- Anspach, K., Bruce, L. (2016). Disseminating End-Of-Life Nursing Education Across A System Of Hospitals. Erişim: 24.11.2016. https://media.capc.org/filer_public/fe/37/fe37f175-c729-4073-b930-9bc03e13abd8/bryn_mawr_hospital_anspach.pdf.
- Aslan, H., ve Aktürk, Ü. (2018). Hospis ve hemşirelik bakımı. Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongre Kitapçığı. 112. İstanbul.
- Ayan, S. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin NANDA-I Hemşirelik Tanılarını Belirleme Yetkinliğinin Saptanması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. İstanbul.
- Avacı, E. (2018). Öğretmenlerin Hizmet İçi Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Yeditepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Eğitim Yönetimi Ve Denetimi Anabilim Dalı. İstanbul.
- Avşar, G. (2014). Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **17**:4. Erişim Tarihi: 02.05.2019. <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/1025008194>
- Ay, F., ve Gençtürk, N. (2013). Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak grup çalışması. *Florence Nightgale Hemşirelik Dergisi*,

21:164-171. Erişim Tarihi: 02.05.2019.<https://dergipark.org.tr/download/article-file/95120>.

Aydın, İ. (2014). Kamu ve Özel Sektörde Hizmet İçi Eğitim El Kitabı. (2.Baskı). İstanbul. Pegem Akademi.

Aziz, N. M., Grady, P.A., Curtis, J. R. (2013). Training and career development in palliative care and end-of-life research: Opportunities for development in the U.S.*Journal of Pain and Symptom Management*, 46: 938-944. Erişim Tarihi: 02.05.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3735668/>

Babadağ, K.ve Atabek Aştı T. (Ed) (2012).Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi(2.baskı). İstanbul Tıp Kitabevi.

Baggs, J.,Norton, S., Schmitt, M.H., Dombeck, M.T., Sellers, C.R., Quinn, J.R.(2007). Intensive care unit culturesand end-of-life decision making. *Journal of Critical Care*, 22, 159-168. Erişim Tarihi:03.05.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2214829/>

Bağ, B.(2012).Hospis ve hospiste ölüme hazırlanma. *Akademik Geriatri Dergisi*.ErişimTarihi:14.11.2018.http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2012-03/html/2012-4-3-120-125.html.

Bağdu, M. (2014). Hemşirelikte Hizmet İçi Eğitim. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilimdalı. İstanbul.

Bal. D, M. (2015).Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insangücü planlama yaklaşımları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*.Erişim Tarihi:12.05.2019.http://www.journalagent.com/shyd/pdfs/SHYD_1_3_148_154.pdf.

Başbüyük, M.(2018).Dünyada hospis örnekleri: Türkiye’de ideal hospis nasıl olmalı? Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongre Kitapçığı.15.

Beckstrand, R., Callister L., Kirchoff,K.T. (2006). Providing a “good death”: Critical care nurses’ suggestions for improving end- of- life care. Erişim Tarihi: 03.05.2019.https://www.researchgate.net/publication/7380727_Providing_a_good_death_Critical_care_nurses'_suggestions_for_improving_end-of-life_care

Benner, P. (1983). From beninner to expert. *Advance Nursing Science*; 14:13.

Biber, A. ve Ertürk, Ö.(2013). Örgütsel sosyalizasyon ve halkla ilişkiler. *Firat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,23: 181-189. Erişim Tarihi: 03.05.2019. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/firatsbed/article/view/5000175325/5000158120>.

Biröl, L. (2011). Hemşirelik Süreci. (10. Basım). İzmir Dumat Ofset Matbaacılık Ltd Şti. 94-386.

Bloomer, M., Tiruvoipati, R., Tsiripillis M., Botha, J.A. (2010). End of life management of adult patients in an australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. *Australian Critical Care Nurses*, 23, 13-19.

Block, L., Onwuteaka-Philipsen, B., Meeussen, K., Donker, G., Giusti, F., Miccinesi, G. ve ark.(2013). Nationwide continuous monitoring of end-of-life care via representative networks of general practitioners in Europe. *Bmc Family Practice*.Erişim Tarihi: 03.05.2019. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/73>.

Braun, U., Beyth, R. J., Ford, M.E., Espadas, D.,McCullough, L.B. (2014). Decision-making styles of seriously ill male veterans for end-of-life care: Autonomists, altruists, authorizers, absolute trusters, and avoiders. *Patient Education and Counseling*, 94:334-341.Erişim Tarihi: 03.05.2019. <https://core.ac.uk/download/pdf/81211519.pdf>.

Calvin, A., Lindy, C.M., Clingona, S.L. (2009). The cardiovascular intensive care unit nurse's experience with end-of-life care: a qualitative descriptive study. *Intensive And Critical Care Nursing*,25:214-220. Erişim Tarihi:03.05.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339709000482>

Cimete, G. (2018). Dünyada ve ülkemizde palyatif bakım uygulamaları. çocuklarda palyatif bakım; terminal dönemdeki çocuk ve aileye yaklaşım. *Türkiye Klinikleri*,1-6. Erişim Tarihi:12.02.19. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-dunyada-ve-ulkemizde-palyatif-bakim-uygulamalari-83921.html>.

Coombs, M., Addington-Hall, J., Long-SutehallT.(2012). challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: A qualitative study.

International Journal of Nursing Studies,49: 519-527. Erişim Tarihi: 03.05.2019.<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748911004160>.

Cosgrove, J. ve Bari, F. (2012). End-of-life care on the intensive care unit in england and wales: An overview for hospital medical practitioners. *Critical İllness and İntensive Care*, II: 563-567.

Coşansu, G. (2014).Verilerin Analizi ve Yorumlanması. Erdogan, S. Nahcivan, N. Esin (Ed). M.N. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik (1.Sayı). 237-279. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.

Çakırcalı, E. (2000). Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. (3. Baskı). İzmir. Güven-Nobel Tıp Kitabevleri.

Çalık, C. (2006). Örgütsel sosyalleşme sürecinde eğitimin değişen rolü ve önemi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14:1.Erişim Tarihi:03.05.2019.http://www.kefdergi.com/pdf/14_1/001-010.pdf.

Çavdar, İ. (2011). Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(3):142-147.doi: 10.5505/Tjoncol.2011.442.

Çelen, Ö., Karaalp T., Kaya, S., Demir, C., Teke, A., Akdeniz, A. (2007). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin uygulanan hizmet içi eğitim programlarından beklentileri ve bu programlar ile ilgili düşünceleri.*Gülhane Tıp Dergisi*, 49:25-31.Erişim Tarihi: 03.05.2019. http://www.hemsireler.org/uploaded/sayfalar/Hemsirelerin-uygulanan-hizmet-ici-egitim-programlarindan-beklentileri_20180331152828673/Hemsirelerin-uygulanan-hizmet-ici-egitim-programlarindan-beklentileri_20180331152837766.pdf

Çevik, B.(2010). Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları ve Deneyimleri. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Dağlı, D. (2010). Hemşirelikte Hizmet İçi Eğitimlerin Performansa Etkisi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. İstanbul.

Dik, A.(2005).Terminal dönem hastaya yaklaşım. Hemşirelik Forumu, Temmuz-Ağustos: 59-60

Demir, A. (2016). Terminal dönem hastaya yaklaşım. *19.Acil Tıp Sempozyumu*. Malatya.

Doğan, S.(2015). Huzurlu ölüm ve hospisler. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, **36:42-45**.Erişim Tarihi: 03.05.2019.
<http://www.sdplatform.com/Dergi/894/Huzurlu-olum-ve-hospisler.aspx>.

D' Angelo, D., Mastroianni, C. J., Hammer, M.,Piredda, M., Vellone, E., Alvaro, R. ve ark. (2015). Continuity of care during end of life: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, **26: 90-99**. Erişim Tarihi: 03.05.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/2047-3095.12041>.

Elçigil, A. (2012).Palyatif bakım hemşireliği.*Gülhane Tıp Dergisi*; **54: 329-334**.Erişim Tarihi: 03.05.2019.http://gulhanemedj.org/uploads/pdf/pdf_GMJ_717.pdf.

End Of Life Nursing Education Consortium 2015; Erişim: 24.11.2016.
<https://www.aacnnursing.org/ELNEC>.

Erel, S. (2008). Hayat sonu bakımı. Geleneksel Tıp Festivali. <http://ztbb.org/festival/geleneksel-tip-festivali-2008/hayat-sonu-bakimi>.Erişim Tarihi: 24.11.2018.

Esin, M.N. (2014). Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliliği. S. Erdogan, N. Nahcivan, M.N. Esin (Ed). Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik (1.Sayı). 195-232. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.

Filiz, N. Y., Dikmen, Y. (2017). Yaşam sonu bakım uygulamalarında hasta savunuculuğu. Erişim Tarihi: 05.09.2018.
<http://humanrhythmjournal.com/papers/AB4.pdf>.

Gillan, P.,Parmenter G., Riet, P.J, Jeong, S.(2013). The experience of end of life care simulation at a rural Australian University. *Nurse Education Today*. Erişim Tarihi: 03.05.2019.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691712003887>

Gillan, P., Jeong, S., Rietve, P.J.(2013). End of life care simulation: A review of the literature. *Nurse Education Today*, Erişim Tarihi: 03.05.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S026069171300381X>.

Gillan, P., Riet, P.J, Jeong, S. (2014) .End of life care education, past and present: A review of the literature. *Nurse Education Today*, Erişim Tarihi: 03.05.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691713002098>.

Gürkan, A., Babacan Gümüş A. Dodak, H.(2011).Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: Hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,4:1. Erişim Tarihi: 14.11.2018. <http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/nisan/2-12.pdf>.

Hamilton, C. (2010). The simulation imperative of end-of-life education. Erişim Tarihi: 03.05.2019. [https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(09\)00525-8/abstract](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(09)00525-8/abstract).

Hartog, C, Peschel, I,Schwarzkopf^a, D., Curtis, J.R.,Westermann, I,Kabisch, B., ark. (2014). Are written advance directives helpful to guide end-of-life therapy in the intensivecare unit? A retrospective matched-cohort study. *Journal Of Critical Care* -29; 128-133. Erişim Tarihi: 03.05.2019.<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944113003183>

Hawryluck, L., Sibbald, R., Chidwick, P. (2013). The standard of care and conflicts at the end of life in critical care: Lessons from medical-legal crossroads and the role of a quasi-judicial tribunal in decision-making.*Journal of Critical Care* 28; 1055-1061. Erişim Tarihi: 03.05.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23891135>.

Herdman, T.H., Kamitsuru, S.(20179). Hemşirelik Tanıları Tanımlar ve Sınıflandırılması 2015-2017.İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi.

Hsieh, H., Shannon, S., Curtis, R.(2006). Contradictions and communication strategies duringend-of-life decision making in the intensive care unit. *Journal Of Critical Care* ;21, 294-304. Erişim Tarihi: 03.05.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944106000840>

Hui, D., De La Cruz, M., Mori, M., Parsons, HA., Kwon, JH.ve ark. (2013). Concepts and definitions for “supportive care,” “best supportive care,” “palliative care,” and “hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. Support care cancer. Erişim Tarihi: 03.05.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22936493>.

Hui, D.,Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz M,Hyun, S. ark. (2014). Concepts and definitions for “actively dying,” “end of life,” “terminally ill,” “terminal care,” and “transition of care”:a systematic review. *January Journal Of Pain And Symptom Management*, **47**: 1. Erişim Tarihi: 03.05.2019.<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392413002431>.

<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1947978>.Quality Over Quantity for End-of-Life Patients: What is the Anesthesiologist’s Role?Erişim Tarihi: 07.05.2019

<http://www.aacnnursing.org/ELNEC.Enf.of.Life.Care>. Erişim Tarihi: 07.05.2019.

<http://www.aacnnursing.org/End-of-Life-Care-ELNEC/Resources/ELNEC-Connections> : 07.05.2019.

<http://www.apa.org/research/action/end.aspx>.The Role Of Psychology İn End-Of-Life Decisions And Quality Of Care. Erişim Tarihi:07.05.209.

<http://www.cancer.org/> Erişim Tarihi: 07.05.2019

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1475-1313.2010.00713.x.A> comparison of standardised patients, record abstraction and clinical vignettes for the purpose of measuring clinical practice.Erişim Tarihi:07.05.2019

<http://egitimvebilim.ted.org.tr/index.php/EB/article/view/5639/1780> taymaz 1997. Hizmet İçi Eğitim Üstüne.Erişim Tarihi 07.05.2019.

<http://www.ipcrc.net/el nec-end-of-life-nursing-education-consortium.php>.End of life Nursing Education Consertium Erişim Tarihi:07.05.2019.

<http://www.nursingworld.org/4af078/globalassets/docs/ana/ethics/endoflife-positionstatement.pdf>. Erişim Tarihi:07.05.2019

<http://www.tandfonline.com/10.1179/002436310803888790>.Nurses and Care Of Patients At The End Of Life: On The ANA Revised Position Statement. Erişim Tarihi:07.05.2019

<http://balikesirdh.saglik.gov.tr/TR,130364/2018-egitim-planimiz.html> Erişim Tarihi: 04.08.2018.

Işıl, Ö., Karaca, S.(2009).Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,2:1.

İnci, F. (2018). Onkolojide hasta ve ailesiyle iletişimde zor konular: Ölüm ve yas süreci. Erişim Tarihi: 04.09.2018. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-onkolojide-hasta-ve-ailesiyle-iletisimde-zor-konular-olum-ve-yas-sureci-82817.html>.

İnci, F., Öz, F.(2012). Psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 4:178-187.

Jackson, M. (2015).Using a qualitative vignette to explore a complex public health issue. *Qualitative Health Research*, 25(10) 1395–1409. Erişim Tarihi: 11.05.2016. qhr.sagepub.com.

Kabalak, A.,Öztürk, Ayla., Çağıl, H.(2013).Yaşam sonu bakım organizasyonu.*Palyatif Bakım Yoğun Bakım Dergisi*;11(2):56-70.

Kacaroğlu, Vicdan., Gülseven Karabacak, A., Ecevit Alpar, Ş. (2015).2012-2014 NANDA-I Hemşirelik Tanılarının Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Sınıflandırılması. *International Journal Of Human Sciences*, 12: 1626-1636. Doi: 10.14687/İjhs.V12i2.3060.

Karbasi, C., Pacheco, E., Bull, C., Evanson, A., Chaboyer, W.(2018).Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalised adults: a mixed studies review. *Nurse Education Today*. doi:10.1016/j.nedt.2018.09.007.

Kaya, H. (2002).Hemşirelikte sürekli profesyonel gelişimin kuramsal, felsefi ve örgütsel temelleri. *F.N.H. Y.O Hemşirelik Dergisi*,12;49.

Kaya, H. (2007). Hemşirelikte oryantasyon eğitimi. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 15,58 : 25-29.

Kestane, D. (2016). Modern kamu yönetiminin tamamlayıcı bir unsuru olarak hizmet içi eğitim ve türk kamu sisteminde görünümü. Erişim:24.11.2016

Kiper, S., Uçak, A., Alp Yılmaz, F. (2011). Yaşam sonu bakıma farklı dinlerden bakış. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, **15**.

Kocaman Yıldırım, N. (2018). Hasta – Aile iletişimi ve kötüyü haber verme: hemşire perspektifi.I.Uluslararası Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi. Bildiri Kitapçığı.

Koç, Z., Sağlam, Z. (2008). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; **12**: 1.

Koku, F., Ateş, M. (2015).Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2**:3.

Kopp, W., Hanson, M.(2012). High-fidelity and gaming simulations enhance nursing education in end-of-life care. Erişim Tarihi: 03.05.2019.[https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399\(10\)00151-9/abstract](https://www.nursingsimulation.org/article/S1876-1399(10)00151-9/abstract)

Korhan, Akın E., Hakverdioğlu, Demiray G., Akça, A., Eker, A.(2015).Yoğun bakım ünitesinde hemşirelik tanılarının belirlenmesi ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi.*Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **5 (1)**: 16-21.

Maciejewski, P., Prigerson, H. (2013). Emotional numbness modifies the effect of end-of-life discussions on end-of-life care.*Journal of Pain and Symptom Management* Vol. 45 No. 5 May; 841-847. Erişim Tarihi: 03.05.2019. [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00298-9/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00298-9/pdf).

Madenoğlu Kıvanç, M.(2017).Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. Erişim Tarihi: 14.11.2018. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/312424>.

Mcmillen, R. (2008). End of life decisions: Nurses perceptions, feelings and experiences.*Intensive and Critical Care Nursing*, **24**: 251-259.

Menekli, T., Fadiloğlu, Ç. (2014). Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; **17**: 4.

Millî Eğitim Bakanlığı (2012). Hemşirelik Terminal Dönem ve Hemşirelik Bakımı. Ankara.

Milli Eğitim Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Daire Başkanlığı (2010). Mili Eğitim Bakanlığı'nda Hizmetiçi Eğitimin Yeniden Yapılandırılması Panel ve Çalıştayı.

National Associations Of Social Workers (2010). Hospice Social Work: Linking, Policy, Practice and Research: A Report From The March 25 Symposium American Cancer Society (2016 Mayıs). Hospice Care. Erişim: 05.09.2018. <http://www.socialworkpolicy.org/wp-content/uploads/2010/09/SWPIHospiceBrief.pdf>.

Önder, N. (2016). Türkiye Büyük Millet Meclisi' ne Bağlı Müzelerde Müze Uzmanı Olarak Çalışan Personelin Hizmet İçi Eğitimle İlgili Tutum ve İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sanat ve Tasarım Anasanat Dalı, Müzecilik Yüksek Lisans Programı. İstanbul.

Öz F. (2004). Kayıp, ölüm ve yas süreci. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj iç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara 276-313.

Özdemir, Z. (2007). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Sürecinde Olan Hastaların Bakımına Yönelik Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.

Özkan, S.(2011). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı'nda (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, **28(1)**: 69-74 .

Özkul Özel, H., Yurtsever, D., Mutlu, S.(2012). Temel hemşirelik uygulamalarına ilişkin hizmet içi eğitimin değerlendirilmesi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **28(3)**:146-150. Doi:10.5222/Otd.2012.146

Öztorun, H.S., Aras, S.(2018). Palyatif bakım nedir? *Türkiye Klinikleri J Geriatri-Special Topics*, **4(1)**:1-6.. Erişim Tarihi:12.02.19. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-palyatif-bakim-nedir-81299.html>.

Öztürk, M., Sancak, S. (2007). Hizmet içi eğitim uygulamalarının çalışma hayatına etkileri. *Journal of Yaşar University*, 2(7), 761-794.

Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, C., Elsner, F., Radbruch, L.(2008). a matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. Erişim Tarihi:07.11.2018.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477716>.

Pehlivan, İ. (1997). Örgütsel ve Bireysel Gelişme Aracı Olarak Hizmet İçi Eğitim. *Amme İdaresi Dergisi*, **Cilt:30**.Sayı:4.

Peker, K. (2010). Kamu kurum ve kuruluşlarında hizmet içi eğitim yöntemleri. *Mevzuat Dergisi*,**13**:154.

Pınar, G., Doğan, A., Kırlangıç, Y., Özdemir, Ç.(2010).Hemşirelerin hizmet içi uyum eğitimine ilişkin görüşleri. *Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi*,**1**:3, 199-205.Erişim Tarihi: 03.05.2019. <https://www.jceionline.org/download/the-opinions-of-nurses-regarding-the-orientation-training-3161.pdf>.

Ranse, K.,Yates, P., Coyer, F. (2012) End-of-life care in the intensive care setting: A descriptive exploratory qualitative study of nurses' beliefs and practices.*Australian Critical Care*,**25**: 4-12. Erişim Tarihi: 03.05.2019. [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(11\)00055-5/pdf](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(11)00055-5/pdf)

Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği. (2009). Erişim:05.09.2018.<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/279,hieyonetmelikpdf.pdf?0>.

Selimoğlu, E., B.Yılmaz, H.(2009). Hizmet içi eğitimin kurum ve çalışanlar üzerine etkileri.*Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*,**5**:1.

Shah, R., Edgar, DF., Evans, BJ. (2010).A comparison of standardised patients, record a comparison of standardised patients, record abstraction and clinical vignettes for the purpose of measuring clinical practice. Erişim: 04.09.2018.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20444128>.

Sucaklı, M.H.(2013). Ölmekte olan hasta ve yaşam sonu bakım.*Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*,**7**.

Şahin, L., Güçlü, F. (2010). Genel olarak hizmet içi eğitim: Ülker şirketler topluluğu hizmet içi eğitim süreci ve uygulamaları. Sosyal Siyaset Konferansları.

Şendir, M., Büyükyılmaz, F.(2014). Hemşirelik Tanısı. T. Atabek Aştı, A. Karadağ (Ed.). Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilim ve Sanatı.177-190.İstanbul. Akademi Basın ve Yayıncılık.

Şenviren, B. (2014). Hizmet İçi Eğitim, Türleri ve Sağlık Kurumlarında Hizmet İçi Eğitim. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları YönetimiBilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Taşocak, G.(2012). Hasta Eğitimi. İ.Ü.Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı 2017 Yılı Hizmet İçi Eğitim Planı. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/8623,2017-hie-plani-41-madde-degistipdf.pdf?0>

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara 2011 <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2631,hkskitappdf.pdf?0>

Taymaz, H. (1997). Hizmet içi eğitim: Kavramlar, İlkeler ve Yöntemler. Ankara: TAKAV Matbaası.

Tekin, N.(2011). Gelişmiş bir dinlenme ve bakım evi modelinde terminal dönem yaşlı olgu ve yaşlı yakınına destek programı önerisi. *Turkish Journal Of Geriatrics*; **14** (3) 273-275.

Tellett, L.,Pyle, L., Coombs, M.(2012) . End of life in intensive care: Is transfer home an alternative? *Intensive and Critical Care Nursing*, ErişimTarihi:06.05.2019. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339712000079>

Terzi, K., Kapucu, S. (2018). Yaşam sonu bakıma yönelik sağlık personeli, hasta ve aile yakınlarının görüşleri. Uluslararası Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi. Bildiri Kitapçığı.

Terzi, B., Kaya, N.(2011). Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 1: 21-5.

Turgay, G. (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Ugur, Ö., Mert, H., Bektaş,M., A. Kudubes, A, Yavuzsen, T., Mutafoğlu, K.(2017). Examination of the perceptions of nurses working in a university hospital towards the palliative care and the obstacles in practices. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/38_ungur_original_10_3.pdf

Uysal, N., G. Arslan, G., Yılmaz, İ., Y. Alp, F.(2016).Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,2(5):139-143

Üstün, B., Akgün, E., Partlak, N.(2005). Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi. İzmir, Okullar Yayınevi Matbaacılık ve Elektronik Sanayi Ticaret Ltd. Sti., 213-216.

Yavuz Giersbergen, M., Geçit, S. (2017).Son gün ve saatlerdeki yaşam sonu bakımında kanıta dayalın uygulama önerileri.*Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33 (1): 171- 181.

Yılmaz, E., Vermişli, S. (2015). Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*: 2;41-46

Yılmaz, H., Düğenci, M. (2010).hizmet içi eğitime farklı bir yaklaşım: e-hizmet içi eğitim.Akademik Bilişim'10 - XII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri.

FORMLAR

Ek1: Bilgi Formu

Değerli Meslektaşım;

Bu form hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve bir eğitim programı önerisi geliştirmek amacı ile planlanmıştır. Araştırma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen her bir soruyu dikkatli bir şekilde okuyarak, düşüncenizi en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir soruyu boş bırakmamaya özen gösteriniz. Araştırma sonuçlarının gizliliği esastır, cevaplarınız kesinlikle kimseyle paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

I.Ü.F.N.H.Fakültesi
Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi
Rukiye AKŞAN BAĞCIK
iletisim:rukiyeaksan@hotmail.com

- 1)Kadronuz : 1)Hemşire 2)Ebe 3)Diğer.....
- 2)Cinsiyet : 1) Kadın 2) Erkek
- 3)Yaşınız.....
- 4) Medeni Durumunuz: 1)Evli 2)Bekar
- 5) Meslekte toplam çalışma yılınız?
- 6) Öğrenim Durumunuz?
- 1)Sağlık Meslek Lisesi Mezunu 2)Ön Lisans Mezunu 3) Lisans Mezunu 4)Lisans Üstü Mezunu
- 7)Çalıştığınız Birim?
- 1)Dahili Birimler 2)Cerrahi Birimler 3)Yoğun Bakım
- 4)Acil Birimler 5)İdari Birimler 6)Diğer.....
- 8)Sizce yaşam sonu bakım nedir?
-
-
-
- 9)Yaşam sonu dönemde olan bir hastaya bakım verdiniz mi?
- 1) Evet 2)Hayır
- 10)Yaşam sonu bakım hakkında eğitim aldınız mı?
- 1) Evet 2)Hayır
- 11)10.soruya cevabınız evet ise nerden/nerelerden aldınız?
- 1)Hizmet içi eğitim programı 2)Mesleki eğitim dersleri 3)İnternet
- 4)Kongre ve Sempozyumlar 5)Kitap ve Mesleki Dergiler 6)Diğer.....
- 12)Yaşam sonu bakım konusunda kendinizi nasıl değerlendirirsiniz?
- 1)Yeterli 2)Geliştirmem gerekir 3)Yetersiz
- 13)Yaşam sonu bakım hakkında aşağıdaki hangi konu/ konulardan eğitim almak istersiniz?
- 1)Güvenli çevrenin sağlanması 2)İletişim 3)Beslenme 4) Uyku ve Dinlenme
- 5)Kişisel Temizlik ve Giyinme 6)Solunum 7)Boşaltım 8) Etik Konular
- 9)Cinselliği İfade Etme 10) Hareket 11) Ölüm 12) Çalışma ve Eğlence
- 13) Vücut Sıcaklığının Kontrolü 14)Yasal Süreç 15) Diğer:.....

EK 2: Kısa Öykü:

Mehmet Bey 67 yaşında, emekli çiftçi, ilkokul mezunu, evli ve 4 çocuk babasıdır, 4.Evre Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) ve kalp yetmezliği olan bir hastadır. Mehmet Bey son günlerde kendisini her zamankinden daha yorgun hissetmekte, solunum güçlüğü ve uykuda nefes alamama, balgamlı öksürük, uykusuzluk şikayet ile birlikte ölüm endişesi yaşamaktadır. Bu şikayetlere göğüs ağrısının da eklenmesi ile Mehmet Bey hastaneye başvurur, tetkik ve gözlem amacıyla yoğun bakım ünitesine yatırılır. Yapılan laboratuvar analizlerinde Troponin I (Kalp damar tıkanıklığı hakkında bilgi veren bir enzim) yüksek saptanır.Mehmet Bey 1.basamak yoğun bakım ünitesine yatırılır. Mehmet Bey'e koroner anjiyografi uygulanır sol koroner arterin %90 oranında tıkalı olduğu ve Ejeksiyon Fraksiyonunun (Kalbin kan pompalama gücü) çok düşük olduğu tespit edilir. Doktor hastaya yapılabilecek bir şey olmadığını söyler.Hastanın bundan sonraki yaşamının niteliğini arttırmak amacıyla semptomatik tedavi düzenlenmesi kararı alınır.

Hemşire, öykü alırken Mehmet Bey'in eskisi kadar iyi hareket edemediğini, iştahsızlık yaşadığını son günlerde yaşamdan zevk almadığını, hobilerini gerçekleştiremediğini ve özbakım aktivitelerini gerçekleştirilmede eşinden destek aldığını öğrenir. Hemşire yoğun bakım ünitesinde gece vardiyasında Mehmet Bey'in kendi kendine anlamsız konuştuğunu, söylenenleri tekrar ettiğini, amaçsız bir şekilde yataktan kalkmak istediğini gözlemler. Ayrıca, Mehmet Bey'in "hastanede değil evimde ölmek istiyorum", eşi ve çocuklarının "hastamızın evde bakımını yapamayız, ne yapacağımızı bilmiyoruz, "hastamızın evde ölmesini istemiyoruz, hastamızın hastanede kalmasını istiyoruz " şeklinde ifadeler kullandığını gözlemler.

Mehmet Bey'in boyu:1.74 cm ve kilosu:61kg olarak ölçülür.

Kan değerleri;

Hgb:10.2(14-18g/dl)	Hct:33 (%41-53)
WBC:15000 (4000-10000mm ³)	Troponin I:1.3 (0.00-0.004ng/m)
AST: 55 (12-50 IU/L)	ALT: 85 (10-70 IU/L)
TSH:0.20 (0.30-4.0mU/M)	Sodyum:120 (130-150 mEq/L)
Potasyum:5.2(3.6-5.0 mEq/L)	Magnezyum:1.2 (1.2-2.5 mg/dl)
Klor:85 (96-106 mEq/L)	Kalsiyum: 9.02 (8.40-10.00mg/dl)
CK:185 (0-171 U/I)	CK-MB:35 (0-24 IU/L)
Üre: 58 (15-56mg/dl)	Kreatinin:1.52 (0.7-1.3mg/dl)
CRP:11 (0-8mg/L)	Sedimentasyon:41(mm/saat)

Vital bulguları:

Vücut sıcaklığı:37.6° C (aksiler)	Tansiyon:158-87 mm/Hg	Nabız: 122 atım/dak
SaO ₂ : %82 (Oksijen desteksiz)	Ekokardiyografide EF:%20 olarak bulunur.	

EK 3: NANDA- I Hemşirelik Tanıları

Mehmet Bey'in hemşiresi olarak bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için aşağıdaki NANDA- I Hemşirelik Tanıları'ndan hangilerini koyar ve bu doğrultuda bakımını planlarsınız?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akut ağrı | <input type="checkbox"/> Yaralanma riski | <input type="checkbox"/> Kronik düşük benlik saygısı |
| <input type="checkbox"/> Akut bilinç bulanıklığı | <input type="checkbox"/> Zehirlenme riski | <input type="checkbox"/> Kronik hüznün |
| <input type="checkbox"/> Akut bilinç bulanıklığı riski | <input type="checkbox"/> Aile içi baş etme yeteneğinde bozulma | <input type="checkbox"/> Ödün vererek aile içi baş etme |
| <input type="checkbox"/> Başkalarına yönelik şiddet riski | <input type="checkbox"/> Aile içi baş etmeyi iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Savunucu baş etme |
| <input type="checkbox"/> Bilinçsizce dolaşma veya sayıklama | <input type="checkbox"/> Aile içi ilişkilerde bozulma | <input type="checkbox"/> Sorunlu yas tutma |
| <input type="checkbox"/> Bireysel direnci iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Aile içi ilişkileri iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Sorunlu yas tutma riski |
| <input type="checkbox"/> Bireysel dirençte bozulma | <input type="checkbox"/> Aile içi işlevlerde bozulma | <input type="checkbox"/> Sosyal etkileşimde bozulma |
| <input type="checkbox"/> Bireysel dirençte bozulma riski | <input type="checkbox"/> Anksiyete | <input type="checkbox"/> Sosyal izolasyon |
| <input type="checkbox"/> Bireysel sağlık yönetimini iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Bağlanma biçiminde bozulma riski | <input type="checkbox"/> Sözel iletişimde bozulma |
| <input type="checkbox"/> Boğulma riski | <input type="checkbox"/> Baş etmeyi iyileştirme isteği (bireysel) | <input type="checkbox"/> Toplumsal baş etmeyi iyileştirme isteği |
| <input type="checkbox"/> Düşme riski | <input type="checkbox"/> Benlik kavramını iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Yalnızlık riski |
| <input type="checkbox"/> Enfeksiyon riski | <input type="checkbox"/> Bilgi alma isteği (tanımla) | <input type="checkbox"/> Yas tutma |
| <input type="checkbox"/> Etkisiz bireysel sağlık yönetimi | <input type="checkbox"/> Bilgi eksikliği (tanımla) | <input type="checkbox"/> Yer değiştirme stresi sendromu |
| <input type="checkbox"/> Etkisiz korunma | <input type="checkbox"/> Bireysel kimlikte bozulma | <input type="checkbox"/> Yer değiştirme stresi sendromu riski |
| <input type="checkbox"/> Etkisiz sağlık bakımı | <input type="checkbox"/> Çevreyi yorumlamada bozulma sendromu | <input type="checkbox"/> Yoğun stres |
| <input type="checkbox"/> Ev yönetiminde bozulma | <input type="checkbox"/> Durumsal düşük benlik saygısı | <input type="checkbox"/> Etkisiz solunum örüntüsü |
| <input type="checkbox"/> İnsan onuruna zarar verme riski | <input type="checkbox"/> Durumsal düşük benlik saygısı riski | <input type="checkbox"/> Etkisiz solunum yolu temizliği |
| <input type="checkbox"/> İntihar riski | <input type="checkbox"/> Duyusal algısal değişimler | <input type="checkbox"/> Gaz alış-verişinde bozulma |
| <input type="checkbox"/> Kanama riski | <input type="checkbox"/> Düşünme sürecinde bozulma | <input type="checkbox"/> Kardiyak doku perfüzyonunda azalma riski |
| <input type="checkbox"/> Kendine yönelik şiddet riski | <input type="checkbox"/> Etkisiz baş etme | <input type="checkbox"/> Kardiyak out-put'ta azalma |
| <input type="checkbox"/> Kendini ihmal etme | <input type="checkbox"/> Etkisiz inkâr | <input type="checkbox"/> Spontan solunumda bozulma |
| <input type="checkbox"/> Konforda bozulma | <input type="checkbox"/> Etkisiz toplumsal baş etme | <input type="checkbox"/> Spontan solunumda bozulma riski |
| <input type="checkbox"/> Konforu iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Gücünü iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Ventilatörden ayrılmaya işlevsel olmayan yanıt |
| <input type="checkbox"/> Kontaminasyon | <input type="checkbox"/> Güçsüzlük | <input type="checkbox"/> Beslenmeyi iyileştirme isteği |
| <input type="checkbox"/> Kontaminasyon riski | <input type="checkbox"/> Güçsüzlük riski | <input type="checkbox"/> Bulantı |
| <input type="checkbox"/> Kronik ağrı | <input type="checkbox"/> Hafızada bozulma | <input type="checkbox"/> Dengesiz beslenme riski: beden gereksiniminden fazla |
| <input type="checkbox"/> Kronik bilinç bulanıklığı | <input type="checkbox"/> İletişimi iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az |
| <input type="checkbox"/> Lateks alerji yanıtı | <input type="checkbox"/> İlişkii iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden fazla |
| <input type="checkbox"/> Lateks alerji yanıtı riski | <input type="checkbox"/> İntrakraniyal uyum kapasitesinde azalma | <input type="checkbox"/> Elektrolit dengesinde bozulma riski |
| <input type="checkbox"/> Öz-kıyım | <input type="checkbox"/> Karar vermeyi iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Kan şekerinde dalgalanma riski |
| <input type="checkbox"/> Öz-kıyım riski | <input type="checkbox"/> Korku | |
| <input type="checkbox"/> Riskli sağlık davranışına eğilim | | |
| <input type="checkbox"/> Şok riski | | |
| <input type="checkbox"/> Travma riski | | |
| <input type="checkbox"/> Travma sonrası sendromu | | |
| <input type="checkbox"/> Travma sonrası sendromu riski | | |
| <input type="checkbox"/> Vasküler travma riski | | |

EK 3: NANDA- I Hemşirelik Tanıları

Mehmet Bey'in hemşiresi olarak bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için aşağıdaki NANDA- I Hemşirelik Tanıları'ndan hangilerini koyar ve bu doğrultuda bakımını planlarsınız?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Karaciğer fonksiyonlarında bozulma riski | <input type="checkbox"/> Tuvaleti kullanma öz-bakım eksikliği | <input type="checkbox"/> Cinsel işlevde bozulma |
| <input type="checkbox"/> Sıvı dengesini iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Vücut sıcaklığının düzenlenmesinde yetersizlik | <input type="checkbox"/> Etkisiz cinsel yaşam |
| <input type="checkbox"/> Sıvı volüm eksikliği | <input type="checkbox"/> Hipotermi | <input type="checkbox"/> Tecavüze bağlı travma sendromu |
| <input type="checkbox"/> Sıvı volüm dengesinde bozulma riski | <input type="checkbox"/> Vücut sıcaklığında dengesizlik riski | <input type="checkbox"/> Uyku biçiminde bozulma |
| <input type="checkbox"/> Sıvı volüm eksikliği riski | <input type="checkbox"/> Hipertermi | <input type="checkbox"/> Uykudan uyanma |
| <input type="checkbox"/> Sıvı volüm fazlalığı | <input type="checkbox"/> Aktivite entoleransı | <input type="checkbox"/> Uykusuzluk |
| <input type="checkbox"/> Yutma güçlüğü | <input type="checkbox"/> Aktivite entoleransı risk | <input type="checkbox"/> Uykuyu iyileştirme isteği |
| <input type="checkbox"/> Dışkı kaçırma | <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında verilen pozisyona bağlı travma riski | <input type="checkbox"/> Ahlaki sıkıntı |
| <input type="checkbox"/> Diyare | <input type="checkbox"/> Ameliyat sonrası iyileşmede gecikme | <input type="checkbox"/> Dini inancı iyileştirme isteği |
| <input type="checkbox"/> Fonksiyonel idrar kaçırma | <input type="checkbox"/> Doku perfüzyonu riski | <input type="checkbox"/> Dini inançta bozulma |
| <input type="checkbox"/> Gastro-İntestinal motilite işlevinde bozulma | <input type="checkbox"/> Enerji alanında bozulma | <input type="checkbox"/> Dini inançta bozulma riski |
| <input type="checkbox"/> Gastro-intestinal motilite işlevinde bozulma riski | <input type="checkbox"/> Etkisiz periferik doku perfüzyonu | <input type="checkbox"/> Karar vermede çatışma |
| <input type="checkbox"/> İdrar boşaltımında bozulma | <input type="checkbox"/> Fiziksel harekette bozulma | <input type="checkbox"/> Manevi esenliği iyileştirme isteği |
| <input type="checkbox"/> İdrar boşaltımını iyileştirme isteği | <input type="checkbox"/> Gastrointestinal perfüzyonda yetersizlik riski | <input type="checkbox"/> Manevi sıkıntı |
| <input type="checkbox"/> İdrar retansiyonu | <input type="checkbox"/> Kullanmama sendromu riski | <input type="checkbox"/> Manevi sıkıntı riski |
| <input type="checkbox"/> Mesanedeki fazla idrarı kaçırma | <input type="checkbox"/> Otonom disrefleks | <input type="checkbox"/> Ölüm anksiyetesi |
| <input type="checkbox"/> Konstipasyon hissi | <input type="checkbox"/> Otonom disrefleks riski | <input type="checkbox"/> Umudu iyileştirme isteği |
| <input type="checkbox"/> Konstipasyon | <input type="checkbox"/> Periferik nörovasküler işlevde bozulma riski | <input type="checkbox"/> Umutsuzluk |
| <input type="checkbox"/> Konstipasyon riski | <input type="checkbox"/> Sedanter yaşam tarzı | <input type="checkbox"/> Uyumsuzluk (tanımla) |
| <input type="checkbox"/> Refleks idrar kaçırması | <input type="checkbox"/> Serebral doku perfüzyonunda yetersizlik riski | <input type="checkbox"/> Diğer |
| <input type="checkbox"/> Sıkışma sonucunda idrar kaçırma | <input type="checkbox"/> Tek tarafı ihmal | Önerileriniz:..... |
| <input type="checkbox"/> Sıkışma sonucunda idrar kaçırma riski | <input type="checkbox"/> Tekerlekli sandalye ile hareket etme yeteneğinde bozulma | |
| <input type="checkbox"/> Stres idrar kaçırması | <input type="checkbox"/> Transfer yeteneğinde bozulma | |
| <input type="checkbox"/> Banyo yapma öz-bakım eksikliği | <input type="checkbox"/> Yatakta hareket etme yeteneğinde bozulma | |
| <input type="checkbox"/> Beslenme öz-bakım eksikliği | <input type="checkbox"/> Yorgunluk | |
| <input type="checkbox"/> Deri bütünlüğünde bozulma | <input type="checkbox"/> Yürümede bozulma | |
| <input type="checkbox"/> Deri bütünlüğünde bozulma riski | <input type="checkbox"/> Ailede etkisiz tedavi yönetimi | |
| <input type="checkbox"/> Doku bütünlüğünde bozulma | <input type="checkbox"/> Boş vakitlerini geçirme aktivitelerinde yetersizlik | |
| <input type="checkbox"/> Giyinme öz-bakım eksikliği | <input type="checkbox"/> Ev yönetiminde bozulma | |
| <input type="checkbox"/> Oral mukoz membranda bozulma | <input type="checkbox"/> Beden imajında bozulma | |
| <input type="checkbox"/> Öz-bakımını iyileştirme isteği | | |

BİTTİ, KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.

EK.4: GÖRÜŞ ALINAN UZMANLAR

Prof.Dr. Gülbeyaz CAN (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı)

Prof.Dr. Hatice KAYA (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı)

Prof.Dr. Nurten KAYA (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü)

Doç.Dr. Serap BALCI (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı)


Doç.Dr .Zeliha TÜLEK(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı)

Dr.Öğretim Üyesi Sadık DURAN (T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Atatürk Şehir Hastanesi Kardiyoloji Doktoru)

Uzman.Dr. Gökhan AYDIN (T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Atatürk Şehir Hastanesi Kardiyoloji Doktoru)

Uzman.Dr. Tarık YILDIRIM (T.C. Sağlık Bakanlığı Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü Atatürk Şehir Hastanesi Kardiyoloji Doktoru)

Ek 5: Etik Kurul Onayı



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

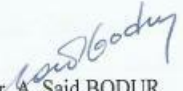
Sayı : 2014/88
Konu : Etik Kurul Karar Formu

29/09/2014

Sayın ; Doç.Dr. Hülya KAYA

“Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Eğitim Gereksinimleri” başlıklı çalışma hakkında Etik Kurulumuzun bilimsel ve etik yönden oluşturduğu görüş, ekteki karar formunda belirtilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. A. Said BODUR
Kurul Başkanı

EK: Karar Formu (2 Sayfa)

Adres: Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, Çağış Yerleşkesi, 10145-BALIKESİR
Telefon: 0266 612 14 54/1315 Fax: 0266 612 14 59 e-posta: etik.bautip@gmail.com
Web: http://bautip.balikesir.edu.tr/site_flash/etik.html

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Eğitim Gereksinimleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çağış Yerleşkesi, 10145/BALIKESİR
	TELEFON	0266 612 14 54 (1012)
	FAKS	0266 612 14 59
	E-POSTA	etik.bautip@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Hülya KAYA			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz; Girişimsel Olmayan Başvuru				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. A. Said BODUR
İmza: *A. Said Bodur*

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Eğitim Gereksinimleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	ILAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/66	Tarih:26.09.2014					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						


KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. A. Said BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr. A. Said BODUR (Başkan)	Halk Sağlığı	Balıkesir Üniv. Tıp F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>A. Said Bodur</i>
Doç.Dr. Fuat EREL	Göğüs Hast.	Balıkesir Üniv. Tıp F.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Gülten ERKEN	Fizyoloji	Balıkesir Üniv. Tıp F.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Gülten Erken</i>
Yrd.Doç.Dr. Elif AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji	Balıkesir Üniv. Tıp F.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Elif Aksöz</i>
Uzm.Dr. Eyüp AVCI	Kardiyoloji	Balıkesir Devlet Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av. Emre MARMARALI	Avukat	Balıkesir Barosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Emre Marmarali</i>
Nejdet ERDOĞAN	Mühendis	Turyağ A.Ş.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Nejdet Erdoğan</i>

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. A. Said BODUR
İmza:


Ek 6: Kurum İzni


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85163007/774 - 26854 22.../09/2014
Konu : Anket Çalışması

Sayın:
Rukiye AKŞAN

“Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Eğitim Gereksinimleri” konulu araştırmanızı Balıkesir Devlet Hastanesinde uygulayabilmeniz için alınan 22.09.2013 tarihli ve 26704 sayılı makam onayı ektedir. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.


Dr. Aşkın MERT
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: Makam Onayı
Anket Dosyası

Balıkesir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
 Bahçelievler Mah. Yüzüncü Yıl Cd. 289.Sk. 10100 BALIKESİR
 Eğitim Koordinatörlüğü
 Tel: 0 266 245 95 95 - 2101
 E-posta: egitim@balikesirkhb.gov.tr

Faks: 0 266 241 22 26

EK 7: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmanın Adı: Hemşirelerin yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimleri

Çalışmaların Yürütücüleri:

Danışman: Prof.Dr. Hülya KAYA

Araştırmacı: Rukiye AKŞAN BAĞCIK

Çalışmanın Amacı: Bu çalışma, hemşirelerin kısa öykü doğrultusunda NANDA-I hemşirelik tanımlarından yararlanarak yaşam sonu bakıma ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve ilgili gereksinimlere ilişkin bir eğitim programı önerisi geliştirmek amacı ile planlanmıştır.

Bu çalışmada, kişisel bilgileriniz kayıt altına alınmayacaktır ve belirtilmeyecektir. Bütün verileri araştırmacı toplayarak güvenli bir biçimde saklayacak ve araştırmada kullanılacaktır.

Ben, yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, görevli olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma hakkında soru sorma ve çalışma imkânı buldum.Tatmin edici yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman herhangi bir olumsuz durum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı- Soyadı:

İmzası.....

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kişinin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası.....

Görevi/Ünvanı:

EK 8: Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Hizmet İçi Eğitim Programı Önerisi

Amaç: Hemşirelerin yaşam sonu bakımı sürecindeki hasta ve ailesinin sağlık bakım gereksinimlerini belirleyerek hemşirelik süreci doğrultusunda karşılayabilmeleri

Hedefler: Bu eğitim sonunda hemşireler;

1. Yaşam sonu bakımı tanımlar.
2. Yaşam sonu bakımın amacını kavrar.
3. Yaşam sonu bakımda hemşirenin rol ve sorumlulukları konusunda duyarlı hale gelir.
4. Yaşam sonundaki bireyin sağlık bakım gereksinimlerini Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeli doğrultusunda karşılar.
5. Yaşam sonu bakımda yasal ve etik konuları kavrar.
8. Yaşam sonu bakımda etik davranır.

İÇERİK PLANI

- 1.Yaşam Sonu Bakım Kavramı
- 2.Yaşam Sonu Bakımın Tarihçesi
- 3.Yaşam Sonu Bakımda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları
- 4.Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakım
 - 4.1. Yaşam Sonu Bakımda Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi
 - 4.2. Yaşam Sonu Bakımda İletişim
 - 4.3. Yaşam Sonu Bakımda Beslenme
 - 4.4. Yaşam Sonu Bakımda Uyku ve Dinlenme
 - 4.5. Yaşam Sonu Bakımda Kişisel Temizlik ve Giyinme
 - 4.6. Yaşam Sonu Bakımda Solunum
 - 4.7. Yaşam Sonu Bakımda Boşaltım
 - 4.8. Yaşam Sonu Bakımda Cinselliği İfade Etme
 - 4.9. Yaşam Sonu Bakımda Hareket
 - 4.10. Yaşam Sonu Bakımda Çalışma ve Eğlence
 - 4.11. Yaşam Sonu Bakımda Vücut Sıcaklığının Kontrolü
 - 4.12. Yaşam Sonu Bakımda Ölüm
 - 4.13. Yaşam Sonu Bakımda Yasal ve Etik Konular

ÖĞRETİM YÖNTEM VE TEKNİKLERİ, ARAÇ GEREÇLERİ

Düz Anlatım, Soru-Cevap, Kısa Öykü, Barkovizyon-Slayt,

Gösterip Yaptırma, Beyin Fırtınası, Vaka Yönetimi, Similasyon, Rol Oynama

Eğitim Planı Akışı

1.Gün

09: 00-09: 20 Isınma

09: 25- 10: 05: Yaşam Sonu Bakım ve Yaşam Sonu Bakımın Tarihçesi

10: 05-10: 20: Ara

10:20 -11: 10: Yaşam Sonu Bakımda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

11:15-12:00: Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakım

12:00-13: 15: Yemek Arası

13: 15-14: 10 Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi

14: 10-14: 25 Günün Değerlendirilmesi

Öğretim Yöntem Ve Teknikleri: Düz Anlatım /Barkovizyon- Slayt / Kısa Öykü

2.Gün

09: 00-09: 20 Isınma

09:25-10:05:Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda İletişim

10:05-10:20: Ara

10: 20 -11: 10: Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Beslenme

11:15-12:00Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Uyku ve Dinlenme

12:00 – 13: 15 Yemek Arası

13: 15-14: 10 Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Kişisel Temizlik ve Giyinme

14: 10-14: 25 Günün Değerlendirilmesi

Öğretim Yöntem Ve Teknikleri: Düz Anlatım /Barkovizyon/ Kısa Öykü/ Beyin

Fırtınası/Similasyon Laboratuvar/ Rol Oynama

Eğitim Akış Planı devamı

3.Gün

09: 00-09: 20 Isınma

09:25-10:05: Yaşam Modeli Doğrultusunda Solunum

10:05–10:20: Ara

10: 20 -11: 10: Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Boşaltım

11:15-12:00Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Cinselliği İfade Etme

12:00 – 13: 15 Yemek Arası

13: 15-14: 10 Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Hareket

14: 10-14: 25 Günüñ Değerlendirilmesi

Öğretim Yöntem Ve Teknikleri: Düz Anlatım /Barkovizyon/ Kısa Öykü/ Beyin Fırtınası/Similasyon Laboratuvar/ Rol Oynama

4.Gün

09: 00-09: 20 Isınma

09:25-10:05: Yaşam Modeli Doğrultusunda Çalışma ve Eğlence

10:05–10:20: Ara

10: 20 -11: 10: Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Vücut Sıcaklığının Kontrolü

11:15-12:00Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Ölüm

12:00 – 13: 15 Yemek Arası

13: 15-14: 10 Yaşam Modeli Doğrultusunda Yaşam Sonu Bakımda Yasal Süreç ve Etik Konular

14: 10-14: 25: Son Test

14:25-14:40 Günüñ Değerlendirilmesi

Öğretim Yöntem Ve Teknikleri: Düz Anlatım /Barkovizyon/ Kısa Öykü/ Beyin Fırtınası/Similasyon Laboratuvar/ Rol Oynama

İNTİHAL RAPORUNUN İLK SAYFASI

HEMŞİRELERİN "YAŞAM SONU BAKIMA İLİŞKİN EĞİTİM" GEREKSİNİMLERİ

ORJİNALLIK RAPORU

%20	%15	%8	%15
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Beykent Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%2
2	Submitted to Üsküdar Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	%1
4	lib.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	hemsireliknew.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	khgm.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
7	www.j-humansciences.com İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<%1

PATENT HAKKI İZİNİ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	RUKİYE	Soyadı	AKŞAN BAĞCIK
Doğ.Yeri	EMET	Doğ.Tar.	01.06.1986
Uyruğu	T.C	TC Kim No	33409985944
Email	rukiyeaksan@hotmail.com	Tel	05074039005

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	ÇOMÜ SAĞLIK YÜKSEK OKULU	2009
Lise	ALİ GÜRAL ANADOLU LİSESİ	2005

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	HEMŞİRE	BEYKOZ DEVLET HASTANESİ	1,5
2.	HEMŞİRE	BALIKESİR DEVLET HASTANESİ	5,5
3.	HEMŞİRE	M.Ü.GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	3

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ORTA	55	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık		Sözel
LES Puanı	76	75		74
(Diğer) Puanı				

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
OFFİCE	ORTA

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Seyahat Etmek, Kitap Okumak, Müzik Dinlemek, Dil Öğrenmek