



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN
HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Sevcan FİLİZ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ

İSTANBUL – 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN
HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

Sevcan FİLİZ

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ

İSTANBUL - 2017

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ


Anabilim Dalı :HEMŞİRELİK ANABİLMDALI
Program :İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
Öğrenci No :144204006
Öğrenci Adı Soyadı :SEVCAN FİLİZ

“Palyatif Bakım Hastalarının Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28.07.2017 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Besti ÜSTÜN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza


Danışman : Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ
(Maltepe Üniversitesi)

İmza


Üye : Doç. Dr. Neriman ZENGİN
(İstanbul Üniversitesi)

İmza


ONAY

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

Prof.Dr.Nilgün SARP
Enstitü Müdürü

ÖZET

Günümüzde palyatif bakıma verilen önem tüm dünyada gittikçe artmaktadır. Türkiye’ de de palyatif bakım hızla gelişmekte ve hizmete sunulmakla birlikte, sınırlı sayıda sağlık kurumunda palyatif bakım merkezleri bulunmaktadır. Hasta memnuniyeti, genel anlamda, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılama veya hastanın verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Ankara merkezdeki sağlık kurumlarında bulunan palyatif bakım merkezinde yatan hastaların, hemşirelik bakım hizmetinden memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi ve bu memnuniyet düzeyini etkileyen faktörlerin ortaya konmasıdır.

Bu amaçla ülkemizde ve dünyadaki, palyatif bakım durumu ve hasta memnuniyeti kavramlarına ilişkin literatür taraması yapılarak hemşirelere ve yatan hastalara uygulanmak üzere iki çeşit bilgi formu hazırlanmıştır. Ayrıca palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara NEWCASTLE Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği uygulanarak memnuniyet düzeyleri belirlenmiştir. Bu çalışma, 3 Ekim 2016 – 16 Ocak 2017 tarihleri arasında Palyatif Bakım Kliniklerinde çalışan 27 hemşire ve yatarak tedavi gören 154 hasta ile yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre hastaların demografik özellikleri, gelir durumları, birlikte yaşadıkları kişiler, refakatçi durumları ile hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p > .05$). Fakat hastaların bağımlılık düzeyi, daha önceden hastanede yatmış olmaları ve hastanede yatış süreleri ile hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < .05$).

Çalışmanın sonuçlarına göre; palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların tanıtıcı özellikleriyle memnuniyet durumları arasında anlamlı bir farklılaşma yoktur. Tam bağımlı hastaların ve daha önceden klinikte yatma tecrübesi olan hastaların memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca eğitim düzeyi daha yüksek olan, klinik tecrübesi fazla olan, hemşire sayısının fazla olduğu palyatif bakım kliniklerindeki hastaların hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Palyatif bakım kliniklerinin fiziki şartlarının iyi olması, hasta odalarının tek kişilik ve konforlu olması, hasta ve refakatçisinin ihtiyacı olabilecek malzemelerin bulunmasının hasta memnuniyetini olumlu etkilediği ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Palyatif Bakım, Hospis, Hasta Memnuniyeti, Hemşirelik Bakımı.

ABSTRACT

DETERMINATION OF NURSING CARE SATISFACTION LEVELS AND EFFECTIVE FACTORS IN PATIENTS WITH PATIENT CARE

Today, the importance attached to palliative care is increasing all over the world. In Turkey, palliative care is rapidly developing and providing palliative care centers in a limited number of health institutions. Patient satisfaction is, in general, based on whether the service provided meets the patient's expectations or perceives the service provided by the patient.

The purpose of this study is to determine the satisfaction levels of the patients in the palliative care center in the health centers in Ankara center and the factors affecting this level of satisfaction.

For this purpose, two types of information forms have been prepared to apply the nurses and inpatients by searching the literature about the concepts of palliative care and patient satisfaction in our country and in the world. Also satisfaction levels were determined by applying the NEWCASTLE Satisfaction Scale for Nursing Care in palliative care clinics. This study was conducted with 27 nurses working in Palliative Care Clinics between October 3, 2016 and January 16, 2017 and 154 patients inpatient treatment.

According to the findings obtained from the study, the difference between the demographic characteristics, income status, persons living together, attendant status and satisfaction level of nursing care were not statistically significant ($p > .05$). However, the level of dependence of the patients, their previous hospitalization, and the hospitalization period and satisfaction level of nursing care were statistically significant ($P < .05$).

According to the results of the study; There is no significant difference between the introductory characteristics and satisfaction status of the patients in palliative care clinics. Completely dependent patients and patients who have had previous experience of bed rest have higher satisfaction levels. In addition, nursing care satisfaction levels of nurses with higher education level, nurses with more clinical experience, and palliative care clinics with higher number of nurses are higher. It has been shown that physical conditions of palliative care clinics are good, that patient rooms are single and comfortable, and that patient and attendant have materials that they may need, positively affect patient satisfaction.

Keywords: Palliative Care, Hospice, Patient Satisfaction, Nursing Care

TEŞEKKÜR

Bu tez alışmamda büyük sabır, zveri ve fedakrlıkla bana yol gösterip, yardımcı olan değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ başta olmak üzere, tüm değerli hocalarıma,

Bu günlere gelene kadar hep yanımda olan, büyük özverilerde bulunarak bana sabır ve anlayış gösteren eşim Berat FİLİZ' e ve büyük manevi desteğinden ötürü biricik oğlum Nihat Talha FİLİZ' e,

Anket sürecinde yardımcı olan hemşire, hekim ve diğer çalışanlar ile ismini zikretmediğim tüm arkadaşlarıma sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

BEYAN FORMU

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Tarih

Adı Soyadı

İmza

İçindekiler

ÖZET	I
ABSTRACT.....	II
TEŞEKKÜR.....	III
BEYAN FORMU	IV
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XI
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Palyatif Bakım Ve Palyatif Bakım İle İlgili Kavramlar	5
2.2. Palyatif Bakımın Amacı.....	9
2.3. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar.....	11
2.4. Palyatif Bakım Ekibi	12
2.5. Palyatif Bakımın Elementleri	13
2.6. Kapsamlı Bakım Hizmeti.....	14
2.7. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi.....	15
2.8. Palyatif Bakımda Yaşanan Engeller	18
2.9. Palyatif Bakım Eğitimi.....	19
2.10. Etik ve İnsan Hakları Açısından Palyatif Bakım.....	21
2.11. Türkiye’de Palyatif Bakım.....	21
2.12. Dünya’ da Palyatif Bakım.....	26
2.13. Sağlık Kurumlarında Müşteri Ve Memnuniyet Kavramları.....	28
2.13.1 Sağlık Kurumlarında Müşteri.....	28
2.13.2 Sağlık Kurumlarında Memnuniyet Kavramı.....	29
2.14. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti.....	31
2.15. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	33
2.15.1 Hasta-Doktor İlişkisi.....	34
2.15.2. Hasta-Hemşire İlişkisi	34
2.15.3. Hasta-Diğer Hastane Personeli İlişkisi	35

2.15.4. Bilgilendirme	35
2.15.5. Beslenme Hizmetleri	36
2.15.6. Çevresel Koşullar	36
2.15.7. Bürokrasi	36
2.15.8. Güven	37
2.15.9. Ücret.....	37
2.15.10. Sağlık işletmelerinde hasta (müşteri) memnuniyetinin önemi.....	37
2.15.11. İnsancıl Nedenler	38
2.15.12. Ekonomik Nedenler.....	39
2.15.13. Pazarlama	39
2.15.14. Etkililik	39
2.16. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü	40
2.17. Palyatif Bakım Hemşireliği ve Palyatif Bakım Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti.....	41
3. MATERYAL VE METHOD	44
3.1. Araştırmanın Tipi.....	44
3.2. Araştırmanın Yeri	44
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	44
3.4. Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri.....	45
3.4.1. Hemşire İçin Dahil Olma Kriterleri.....	45
3.4.2. Hasta İçin Dahil Olma Kriterleri.....	46
3.5. Verilerin Toplanması	46
3.5.1. Veri Toplama Araçları.....	46
3.5.1.1. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği.....	46
3.5.1.2. Bilgi Formu	47
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	48
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	48
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	49
4. BULGULAR.....	50
4.1. Hastalarla ilgili özellikler.....	51
4.2. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının incelenmesi.....	54
4.3. Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin özelliklerinin incelenmesi	62
5. TARTIŞMA.....	66
5.1. Hastaların Genel Memnuniyet Düzeylerinin Tartışılması.....	66

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakımı Memnuniyetlerinin Tartışılması	67
5.3. Çalışan Hemşirelerin Özelliklerine Göre Hastaların Hemşirelik Memnuniyet Durumlarının Tartışılması.....	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
6.1. Sonuçlar.....	72
6.2. Öneriler	73
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER.....	81

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Kanser hastalarında semptom sıklığı.....	17
Tablo 2: Türkiye’ de palyatif bakım merkezlerin mevcut durumu	22
Tablo 3: Türkiye’ de Palyatif Bakım Kliniği tescilli olan, müracaat aşamasında ve planlama aşamasında olan hastanelerin sayısı ve bu Palyatif Bakım Kliniklerin yatak sayısı	25
Tablo 7 : Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara ait tanıtıcı özellikleri (n= 154).....	51
Tablo 8: Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara ait bazı değişkenlere göre Newcastle hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği puan ortalamaları (N=154).....	55
Tablo 9: Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara ait bazı değişkenlere göre Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları (n=154).....	57
Tablo 10: Palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları hastane değişkenine göre sonuçları.....	62
Tablo 11: Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara tedavi gördükleri hastane değişkeni ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları (N=154).....	63
Tablo 12: Palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve çalıştıkları hastane değişkenine göre karşılaştırma	64

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu	8
Şekil 2: Palyatif bakım ekibi.....	13
Şekil 3: Sağlık kurumlarında iç ve dış müşteriler	29

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
- AIDS** : Acquired Immunodeficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
- BKNZ** : Bakanız
- DH** : Devlet Hastanesi
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- EAH** : Eğitim Araştırma Hastanesi
- EAPC** : Atlas of Palliative Care in Europe
- KOAH** : Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
- MS** : Multipl Skleroz
- NHBMÖ**: Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği
- SB** : Sağlık Bakanlığı
- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
- TC** : Türkiye Cumhuriyeti
- WHO** : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
- WPCA** : Water Pollution Control Authority (Su Kirliliği Kontrolü Otoritesi)

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Palyatif bakım, hastalar için üst düzeyde organize edilmiş ve yapılandırılmış bir bakım felsefesidir. Modern hospis hareketinin ortaya çıkmasıyla birlikte 1960'lı senesinde, palyatif bakım Amerika' da uygulanmaya başlanmış ve hospis felsefesi palyatif bakımın odak noktasında yer almıştır (Meghani, 2004). Tedavisi mümkün olmayan hastalar öncelikli olmakla birlikte, tedavi sürecinde veya ölüm sürecine dek ve ardından yas süreci boyunca, hasta ve yakınlarının psikososyal ve fiziksel ihtiyaçlarının giderilmesinde palyatif bakım önemli görev almaktadır (Çolak ve Özyılkan 2006). Elçigil yapmış olduğu çalışmasında palyatif bakım tanımını "Hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden problemle karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi sorunların, erken dönemde ortaya çıkarılması, özenle değerlendirilmesi ve tedavi ile acı çekmesinin önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artıran bir felsefedir" şeklinde yapmıştır (Elçigil 2014).

Palyatif bakımın ilk uygulanmaya başladığı dönemlerde, palyatif bakım sadece ölmek üzere olan hastalar için uygulanırken; günümüzde yaşamı tehdit edici ve kronik hastalığa sahip olan ve terminal dönem problemlerle karşı karşıya kalan hastalarda acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amaçlanarak; olabildiğince hastalığın erken dönemlerinde uygulanmaya başlanması savunulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün bu anlayışı palyatif bakımın tanımını da yeniden şekillendirmiştir. 1990 senesinde DSÖ palyatif bakımı "hastalığı ortadan kaldıran tedavilere yanıt vermeyen hastaların aktif, total bakımıdır" olarak tanımlarken 2002 senesindeki tanımını ise "yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşım" şeklinde düzenlenmiştir (World Health Organization 2002).

1990 senesi başlarından bu zamana kadar, palyatif bakım hizmetleri, Kanada ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hızlı bir gelişme dönemine girmiştir. Ülkemizde sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte, evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığınca 2010 senesinde başlatılmıştır. Sonrasında ise palyatif bakım birimlerinin hastanelerde açılması için, yasal düzenlemeler oluşturulmuş ve ilk donanımlı palyatif bakım birimi Ankara'da Ulus Devlet Hastanesi'nde hizmet vermeye başlamıştır (Kabalak 2012).

Türkiye'de 130 tane aktif hizmet veren palyatif bakım kliniği olmakla birlikte; bu merkezlerin birçoğu (%39) İstanbul ve Ankara'da bulunmaktadır. Türkiye'de Palyatif bakım merkezlerinin yeni gelişmeye başlaması ve yeterli miktarda yaygınlaşmamış olması, hizmete ulaşımında yetersizliğe sebep olabilmektedir (www.tkhk.gov.tr Erişim Tarihi: 15. 09.2016).

Yılmaz (2001) çalışmasında profesyonel palyatif bakım hizmetlerinin multidisipliner ekip yaklaşımıyla hasta ve yakınının ihtiyaçlarını temel aldığı açıklamıştır. Bu ekipte olması gereken ve önemli rollere sahip olan meslekler hemşire, doktor, psikolog, din görevlisi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyendir. Palyatif bakım ekibinin odak noktasında bulunan hemşire, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını bütüncül olarak ele alıp değerlendirmelidir. Etkili iletişim becerilerini kullanmalı, hastayı dikkatle dinlemeli, hasta ve ailesinin bilgi ve kararlarını dikkate almalıdır. Palyatif bakım hemşiresi, hasta ve ailesinin ihtiyaçları doğrultusunda tüm destek ve bakımı karşılamalıdır. Hemşire sergileyebildiği yeteneklerinin, sınırlarının, hak ve sorumluluklarının bilincinde olmalı, sürekli okuyarak ve araştırarak bilgi ve becerisini güncel tutmalıdır (Yılmaz 2001).

Palyatif bakım felsefesi, verilen tedavi boyunca ya da ölüm anına dek ve sonrasında yas sürecinde, hasta ve yakınlarının psiko-sosyal ve fiziksel ihtiyaçların giderilmesinde ve hasta memnuniyetinin artırılması bakımından kıymetli görülmektedir (Çolak ve Özyılkan 2006). Özellikle son yıllarda hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunumunda giderek önem kazanmaktadır. Gelişen ve değişen dünyada teknolojinin ilerleme etkisini en hızlı sağlık sektöründe göstermektedir. İleri teknolojiyi kullanma beraberinde var olan kaynakları doğru kullanarak, hastalara kaliteli hizmet verilmesini gündeme getirmiştir. Bir hastanenin müşterisi hizmet alan hasta, hasta yakını, refakatçisidir.

Sağlık alanında hizmet veren birimlerin primer çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti, sağlık kalitesinin ölçülüp belirlenmesinde kritik bir yere sahiptir. Memnuniyet, geçmiş deneyimleri, yaşam tarzını, gelecek beklentilerini, değerleri içine alan birçok faktörle ilişkili bir kavramdır. Günümüzde sağlık sektörü hasta memnuniyeti önemi üzerinde daha çok durmaya başlamıştır. Hasta memnuniyeti, hastanın beklentilerine ve aldığı sağlık hizmetini algılamasına dayanan, hastadan hastaya değişiklik gösteren, çeşitli unsurlardan etkilenen çok yönlü bir terimdir (Yılmaz 2001; Kıdak ve Aksaraylı 2008). Yaptığımız çalışma, hastaların memnuniyetlerini ve etkileyen faktörleri belirleyerek, yeni gelişmekte olan palyatif bakım merkezleri ve çalışan hemşireleri için eksikleri ve geliştirilmesi gereken yönleri belirlemek açısından önemlidir.

Kömürcü ve arkadaşları (2003) yapmış oldukları çalışmada; karmaşık bir kavram olup çeşitli faktörlerden etkilenen hasta memnuniyetini, kaliteli hasta bakımının da kritik belirleyicilerinden göstermişlerdir. Genel olarak hasta memnuniyetini, hastanın beklentileri doğrultusunda hizmet verilmesi ya da hastaların uygulanan hizmeti değerlendirmesine bağlamışlardır. Hasta memnuniyeti, hastanın yaşına, cinsiyetine, eğitim düzeyine, mesleğine, kültürüne, sahip olduğu hastalıklara, birlikte yaşadığı kişilere, hastanede yatış süresine, daha önceden hastanede yaşadığı tecrübelere, yattığı klinik hemşirelerinin eğitim düzeyine, hemşirelerin tecrübesine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Hasta memnuniyeti verisi sayesinde, verilen hizmetin sürekliliği ve iyileştirilmesi sağlanabilmektedir (Kömürcü ve ark. 2003).

1.2.Araştırmanın Amacı

Son dönemde palyatif bakım Türkiye’ de hızlı bir gelişme göstermektedir. Palyatif bakıma ihtiyacı olan bireylerin son dönemlerini yüksek yaşam kalitesiyle ve üst düzey memnuniyetle geçirmeleri gerek hasta, gerek hasta yakını, gerekse sağlık personeli iş doyumunu açısından önemlidir. Bu hastalara, Palyatif Bakım alanında donanımlı hemşireler bakım vermeli böylelikle son dönem hastaların yaşam kalitesi ve hastaların memnuniyet düzeyleri arttırılmalıdır. Bu çalışmanın amacı Palyatif Bakım Kliniğinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

1.3.Araştırmanın Soruları

1. Palyatif bakım kliniklerinde yatmakta olan hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri nedir?
2. Araştırma kapsamına alınan palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların demografik ve sağlık/hastalık özelliklerine (kronik hastalıkları, yatarak tedavi gördüğü klinikler, yaş, cinsiyet, medeni durumu, sosyal güvence, eğitim durumu, ekonomik durum, yaşadığı yer, meslek, hastane deneyimi, klinikte yatış süresi, yatış yapılan odada kalan hasta sayısı, daha önceki yatmış olduğu klinik ve süreleri, refakatçi kalma durumu) göre memnuniyet düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
3. Araştırma kapsamına alınan palyatif bakım kliniği hemşirelerinin demografik ve çalışma özelliklerine(Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durumu, meslek yılı, palyatif bakım kliniğinde çalışma süresi, önceki deneyim, sertifika ve palyatif bakım ile ilgili eğitim durumu) göre hastaların memnuniyet düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Palyatif Bakım Ve Palyatif Bakım İle İlgili Kavramlar

2.1.1 Tanım ve tarihçe

Palyatif bakım ciddi hastalığı olan bireylerde hastalığa bağlı gelişebilecek semptomların önleyebilmek, hastayı rahatlatmak ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik multidisipliner bir bakımdır (Morison and Meier 2004). Yalnızca hayatın son döneminde uygulanan bakım olmayıp, hastalık evresine bakılmaksızın erken dönemden itibaren tıbbi bakıma küratif ve yaşam süresini arttırıcı, tedaviye entegre edilmesi uygun olan bir tedavi biçimidir (Mejer and Bishop 2011). Köken aldığı "Palliate (Palliare)" latince kökenli bir kelime olup, kapsayıcı ve ya koruyucu anlamındadır. İngilizcede "Palliative" geçici çare, yatıştırıcı veya hafifletici anlamına da gelmektedir (Kabalak, Öztürk ve Çağıl 2013). Palyatif sözcüğünün Türk Dil Kurumu sözlüğündeki tanımı ise “Tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak azaltan, dindiren (ilaç vb.)” şeklindedir (Türk Dil Kurumu Sözlüğü).

Palyatif bakımın geçmişi orta çağ dönemine kadar uzanmaktadır. Ortaçağda “son dönem bakım” (hospis) terimi yolcular ya da seyahat eden bireyler için korunacak ya da sığınılacak bir ortamı tariflemek amacıyla kullanılıyordu. Modern son dönem bakım ve palyatif bakımın evrimi Dame Cicely Saunders’ in sorumluluk, cesaret ve vizyonu ile gelişmiştir (Kömürcü ve ark. 2003).

1842 yılında dünyada ilk kez palyatif bakım servisi Fransa’da oluşturulmuştur. 1967 senesinde ise ilk hospis (son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti modern anlamda, hemşire ve sosyal çalışma uzmanı Cicely Saunders tarafından St. Christopher’ s Hospis adıyla Londra’da hizmet vermeye başlamıştır. 1975 senesinde ise Kanada Montreal’de ilk palyatif bakım servisi Royal Victoria Hastanesi’nde kurulmuştur. Palyatif Bakım anlayışı tüm ülkelerde hızla yayılmış ve kısa bir süre içerisinde yüzlerce palyatif bakım servisi açılmıştır (Mount ve Hanks 2006). Bütün bu palyatif bakım merkezlerin ortak görüşü, palyatif bakımı insanî bir hak olarak düşünmeleridir (Aydoğan 2011).

1986 senesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk kez palyatif bakım tanımlayarak palyatif bakım adına önemli bir adım atmıştır. Bu tanıma göre “Tedaviye yanıt vermeyen hastalığı olan hastaların tüm bakımınıdır. Ağrı ve diğer semptomların yanı sıra, sosyal, psikolojik ve manevi problemlerin kontrolü önemlidir. Palyatif bakımın amacı, hasta ve ailesinin olabilecek en iyi yaşam kalitesini sağlamaktır. Palyatif bakımın birçok yönü kanser tedavisi ile birlikte hastalığın erken döneminde uygulanır.” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanım çok önemli olmasına rağmen birtakım yetersizlikleri ve açık olmayan yönleri vardır. Tanımda daha çok son evredeki tedavisi mümkün olmayan kanser hastalarının bakımı vurgulanmaktadır (Çakıcı 2010).

1990’ da Dünya Sağlık Örgütü’ nün (DSÖ) tanımında ise; “Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikososyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı bir yaklaşım” olduğu belirtilmiştir (Black vd. 2005). Palyatif bakımda amaç, hastanın ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi, ölüm sürecine dek mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürdürebilmesinin sağlanması, yakınlarının desteklenmesi ve eğitimi ve psikolojik destek verilmesi amacına ulaşmak önde gelen ilke olarak görülmektedir (Sandra vd. 2001).

2002 yılında DSÖ palyatif bakım terimini “Yaşamı tehdit edici hastalıklara eşlik eden problemlerle karşı karşıya kalan hasta ve ailelerin fiziksel, psikososyal ve spiritüel problemlerini erken tanılayıp, çok iyi değerlendirip tedavi ederek acı çekmelerini azaltmak/önlemek ve böylece yaşam kalitelerini artırma yaklaşımıdır.” olarak tanımlamıştır. Tanıma göre palyatif bakımın, hastalığın ilk evresinde uygulanmaya başlanması vurgulanmaktadır. (Ahmedzai vd. 2004).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) 2003 yılında kurulmuş olup, tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını kapsayan bir örgüttür. DSÖ’nün palyatif bakım tanımı, WPCA tarafından daha açık ve anlaşılır hale getirilmiş, en uygun halini almıştır (WHO-WPCA 2014):

➤ Palyatif bakım hem yaşamı tehdit eden hastalıklar hem de kronik hastalıklar için bir ihtiyaçtır.

➤ Palyatif bakımı sunmak için tanı ve prognoza dayalı değil ihtiyaca yönelik yaklaşım önerilmektedir.

➤ Palyatif bakım herhangi bir bakım şekli ile sınırlandırılmamalıdır. Hastanın evinde, bir bakım kuruluşunda, hastanede, hospis te veya ayaktan tedavi servisinde sunulabilir.

➤ Bakımın her düzeyinde palyatif bakıma ihtiyaç vardır. Palyatif bakım üç farklı düzeyde sunulabilir:

1. Palyatif Bakım Yaklaşımı: Uygun eğitim ile tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır.

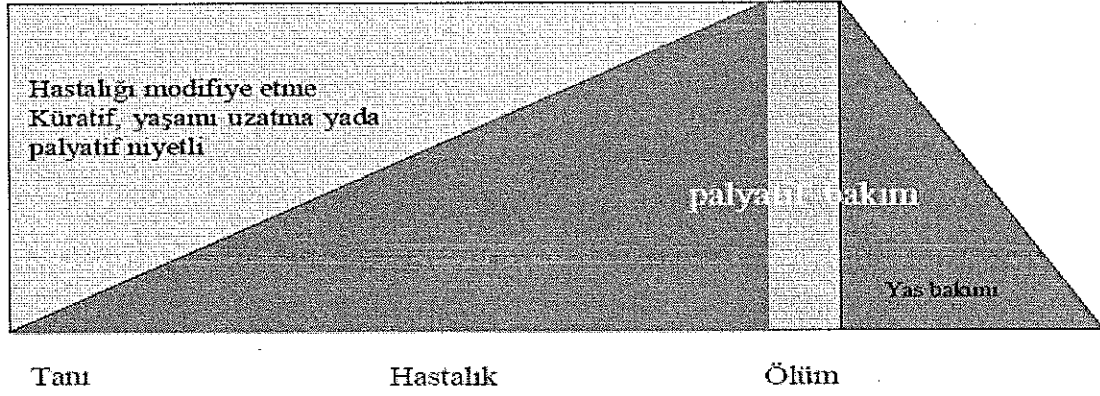
2. Genel Palyatif Bakım: Yaşamı tehdit eden hastalığı olan hastaları tedavi eden tüm birinci basamak profesyonelleri tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile sağlanan bakımdır.

3. Uzman Palyatif Bakım: Karmaşık sorunları olan hastalara uzman ekip tarafından sunulan hizmettir.

Geleneksel tıp yaklaşımında küratif tedavilere yanıt vermeyen hastalara sadece son dönemde rahatlatıcı bakım uygulanır. Hospis adı altında uygulanan bu bakım hizmetleri, palyatif bakımın içinde yer alır ve yaşamın sonuna yaklaşınca (altı aydan az), ev ortamına benzer merkezlerde uygulanan bir bakım olup, hasta ve ailesinin duygusal paylaşımlarını sağlamayı, üzüntü ve ayrılık acısını hafifletmeyi öncelikli amaç edinir. Palyatif bakım uygulamasında ise tedavisi mümkün olmayan hastalığın tanısından itibaren son ana dek bütün süreçte destekleyici tedavi sağlanır (Borasio 2011).

Palyatif bakım, küratif tedavi ve yas dönemi entegrasyonu Şekil 1’de gösterilmiştir. Bu modelde, tedavi hastalığın ilerlemesini azaltmak amacıyla olup, son döneme doğru ilerleyen hastaların palyatif bakım gereksinimi de fazlalaşmaktadır. Son dönem hastanın ölümünden sonraki süreçte hasta yakınlarının yas sürecinin yönetilmesi ve desteklenmesi de palyatif bakımın kıymetli bir parçasıdır. Bu modelde palyatif bakım hizmeti; yaşamı tehdit eden bir hastalığın tanısının konulması itibari ile başlamakta ve terminal dönemi de içine alan tüm hastalık süreci boyunca hastanın ve ailesinin artan ihtiyaçlarına göre şekillenerek sunulmaktadır (Mount 2006).

Şekil 1: Palyatif bakım ile küratif tedavinin entegrasyonu



Kaynak: World Health Organization (2007). Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, module 5, Geneva, World Health Organization,

Günümüz palyatif bakım anlayışı 1900' lerin son yarısı boyunca daha iyi anlaşılır hale gelmiş ve uygulanmıştır. Bugün dünyanın bir çok ülkesinde ileri düzey, kür şansı olmayan hastalar için geliştirilmiş palyatif bakım programları mevcuttur (Kömürçü ve ark. 2003).

Yapılan araştırmalara göre Amerika' da kayıtlı olan 1,6 milyondan fazla hasta ve ailesi, palyatif bakım merkezlerince ve hospisler tarafından desteklenmektedir (Howard 2013). Türkiye' de ise 2015 yılı için Türkiye Kamu Hastaneler Birliğinin açıklamasına göre palyatif bakım merkezlerinden destek alan hasta sayısı 722.723' tür (www.tkhb.gov.tr erişim tarihi: 15.07.2017).

2.1.2. Palyatif Bakım İle İlgili Kavramlar

Terminal dönem bakımı, son dönem bakım, destek bakımı ve palyatif bakım gibi kavramlar arasındaki anlam farkı çok belirgin değerlendirilemez. Bu kavramlar eş anlamlı olarak görülmektedir.

Destekleyici bakım: Destekleyici bakım, hasta ve yakınının hastalık ve tedaviyle baş etmesini sağlar. Hastalık tanısı konmayla başlayıp, tedavi ve yas süreciyle devam eder.. Destekleyici bakım ile hastanın maksimum yaşam kalitesiyle, tedaviden maksimum fayda

sağlanması amaçlanır. Öncelik tedavi ve hemşirelik bakımındır. Destekleyici bakım ve palyatif bakım amaç ve hizmet olarak paraleldir. (Kuebler 2005).

Yaşamın son dönemindeki bakım/ terminal dönem bakımı: Yaşamın son dönemindeki bakım hospis bakımı ile birbirinin yerine kullanılabilir (Batchelor 2010). Yaşamın son dönemindeki bakım, tedavisi mümkün olmayan ve ilerleme gösteren bir hastalığa sahip olan hastanın ölene dek yaşam kalitesini yükseltmeye çalışan bir bakımı kapsamaktadır. Hastanın ve ailesinin yaşamın son dönemi ve yas sürecindeki ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasını amaçlar. Daha çok ağrı ve diğer semptomların yönetimini, sosyal, psikolojik ve manevi bakımdan oluşur. (Batchelor 2010). Yaşamın son döneminde verilen bakımın süresine ilişkin literatürde net bir görüş bulunmamasına karşın sıklıkla son haftalar, günler ve saatlerde verilen bakım olarak düşünülmektedir (Kuebler 2005). Palyatif bakım ise tanının konmasıyla devam eden bakımı oluşturur.

Hospis bakımı: Palyatif bakım felsefesinden farklıdır. Hospis, terminal dönem hastaların hizmet sunulduğu birimlerdir. Palyatif bakımın amacı hastanın yaşam kalitesini yükseltmek, acıyı hafifletmek ve hastanın onurlu bir biçimde ölmesini sağlamak iken, hospis modeli daha çok ölüm sürecinin kalitesini yükseltmek ve ölüm anındaki en iyi bakımı vermeyi içermektedir. Hospis bakım görüşünde de ölüm normal bir hayatın parçası olarak görülür ve hastanın semptom kontrolü ile iyi şartlarda ölmesi amaçlanır (Batchelor 2010).

Palyatif bakım hospis bakımını da kapsamaktadır. Palyatif bakım her hasta ve yakınının tanı aldıktan sonra bütün hastalık süresince sunulan bir hemşirelik bakımındır (Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition, United States of America, 2009. www.nationalconsensusproject.org).

2.2.Palyatif Bakımın Amacı

Yaşamı tehdit edici bir hastalığı olan veya kronik hastalığa sahip olan birey ve yakınlarına; acının dindirilmesi veya azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi amacıyla bütüncül yaklaşım sağlayabilmek, palyatif bakımın temel amacıdır (Meghani

2004). Palyatif bakım duyarlı, saygılı ve açık bir yaklaşımla uygulanmalı; bireyin kişiliğini, benimsediği kültürü, inanış ve dini değerleri göz önünde bulundurulmalı ve bütüncül yaklaşım sağlanmalıdır. Palyatif bakım anlayışını Dame Cicely Saunders şöyle anlatmıştır “Palyatif bakım her bireyin kendine özgü deneyimi, hikâyesi, ilişkileri ve kültürü olduğu ve kendine özgü biricik/tek bir varlık olarak saygı görmeye değer olduğu anlayışıyla başlar” (Davies ve Higginson 2004).

Palyatif Bakımın Felsefesi:

- a. Palyatif bakım, terminal dönem hastalara, çeşitli kurumlarda bakım ve destek imkanı sunar.
- b. Palyatif bakım, bakımın spiritüel, sosyal, psikolojik, ve fiziksel yönlerin entegrasyonu ile yaşam kalitesinin güçlendirilmesini amaçlar.
- c. İnterdisipliner ekibin oluşturulması, hastaların ve ailelerin çeşitli ihtiyaçlarının giderilmesinde önemli yer tutar.
- d. Profesyonel bir palyatif bakım sayesinde hastalar ve aileleri ölüme daha iyi hazırlanabilirler.
- e. Ölüm için, yaşam döngüsünün normal bir bölümü olduğu görüşünü savunur (Turgay 2010).
- f. Hasta ve yakınının yaşadığı ölüm süreci, iz bırakıcı (derin) bir tecrübe olarak görülür.

Palyatif bakım, hasta ve yakınlarının merkeze alındığı, yaş, eğitim, dil, din, beklenti ve ırk özelliklerinin temel alındığı bir bakım sürecini planlayarak, bu planlamayı sürekli ve açık duruma getirme üzerine oluşturulmuştur. Palyatif bakımın esas prensiplerini maddelerle özetlersek (Aydoğan 2011) :

- a. Hasta bakımının psikososyal ve manevi alanlarını entegre hale getirmek,
- b. Başta ağrı olmak üzere diğer semptomların hafifletilmesi,
- c. Ölüm ile yaşamı hayatın normal bir parçası olarak değerlendirmeyi sağlamak
- d. Ölümü ne ertelemek ne de hızlandırmak,
- e. Hastanın ölüm anına kadar mümkün mertebe yaşamın içinde aktif olmasını sağlamak,

- f. Hasta yakınlarının, hastalık esnasında karşılaştığı problemlerle baş edebilmesini sağlamak,
- g. Yas döneminde de olmak üzere, hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını ortaya koymak ve karşılamak,
- h. Kemoterapi ve radyoterapi gibi tedaviler sonucu meydana gelebilecek hastayı etkileyebilecek klinik komplikasyonları yönetmeyi sağlamak.

2.3.Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

WHO - WPCA palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları şu şekilde açıklamıştır (WHO-WPCA 2014):

Erişkinlerde palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanserler, Alzheimer, demans kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, acquired immune deficiency syndrome (AIDS), böbrek yetmezliği, multipl skleroz (MS), parkinson hastalığı, romatoid artrit.

Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalıklar: Kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar.

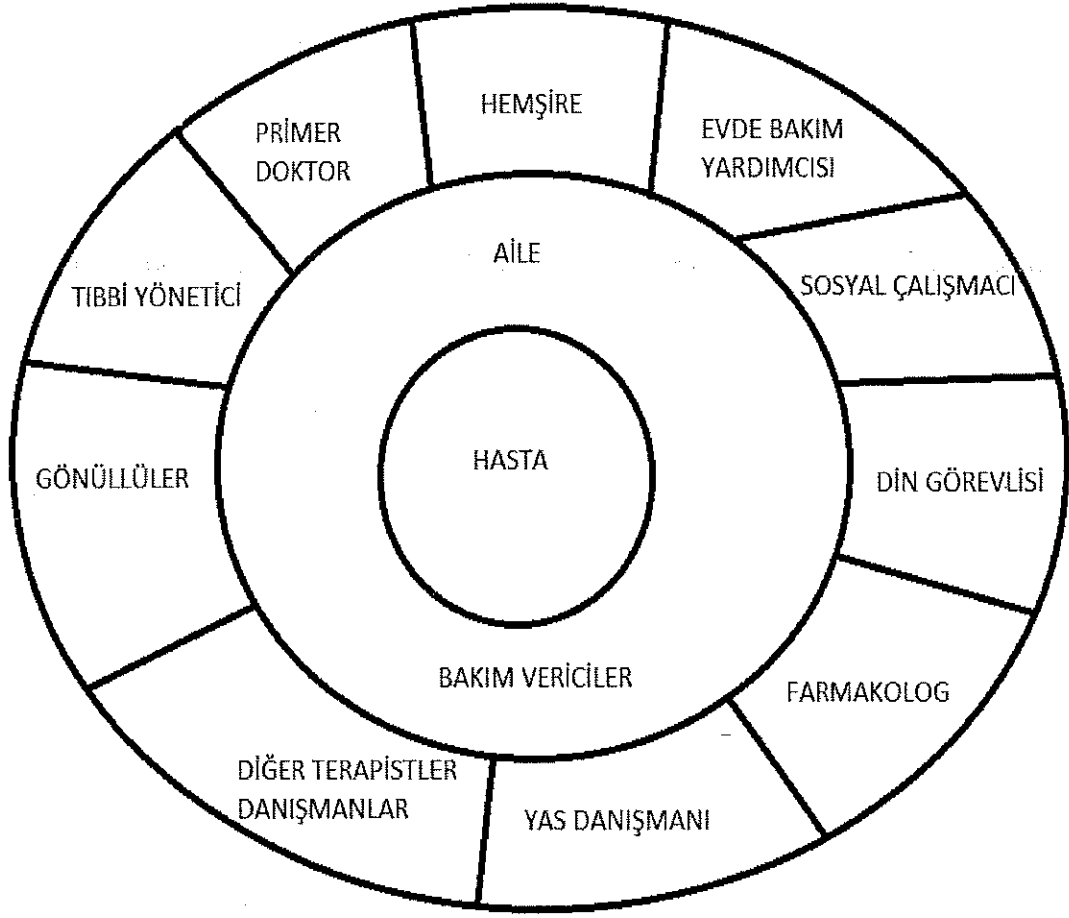
Çocuklarda palyatif bakım verecek personelin özel olarak eğitim almış olması gerekmekte ayrıca amaç aile odaklı bakım sunmak olmalıdır. Anne babaların palyatif bakımla ilgili düşünceleri, çocuğun bakımında aktif rol almaları ve özellikle yasal olaylarda karar verici konumda olmaları ekiple anlaşmazlıklara sebebiyet verebilir. Bu nedenle aileyle iş birliği içinde bulunmak gerekir. Aileler akut evreden sonra evde bakımı daha çok istemektedirler. Bu sistem gelişmişlik gösteren ülkelerde de çocuğun uyumu ve maliyet bakımından daha uygun değerlendirilmektedir. Palyatif bakım ekibi, aile ile iş birliğini ev ziyaretleriyle devam ettirmeli, bakım konusunda aileye eğitim vermeli ve aileye psiko-sosyal yönde destek vermelidir (Houttekier vd. 2011).

2.4.Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım hizmeti çoğunlukla multidisipliner ve nadiren ise interdisipliner bir yaklaşım gerektirir. Palyatif bakım ekibindeki tüm üyelerin palyatif bakımın destekleyici iletişim biçimleri, semptomların kontrolü ve ilkeleri konusunda özel eğitimi olmaları gerekmektedir. Palyatif bakım ekip üyeleri arasında; hemşire, medikal onkolog, psikiyatr, algolog, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı, fizyoterapist, solunum terapisti, diyetisyen, mesleki terapist, alternatif tedavi yöntemlerinde (masaj tedavisi, reiki gibi) uzman kişiler, eczacı, cerrah, medikal onkolog, anestezi uzmanı, radyasyon onkoloğu veya gerektiğinde ekip liderinin önerdiği başka uzmanlık alanlarından hekimler ekibe destek olabilir (Aydoğan 2011).

Eral (2009) çalışmasında, bazı batı ülkelerinde palyatif bakım ekibinde bir din görevlisinin de yer alması yönünde talepler olduğunu, ancak ülkemizde ekipte bir din görevlisinin bulunması gerekliliğinin olmadığını belirtmiştir. Hemşire asistanlarının da bazı Batı ülkelerinde ekipte olmasının gerekli görüldüğünü, hatta Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde hospis çalışanı olabilmek için özel sertifikaların gerekliliğinden bahsetmiştir (Erel 2009).

Şekil 2: Palyatif bakım ekibi



Kaynak: Palliative Care Council of South Australia, Multicultural Palliative Care Guidelines. Erişim adresi: www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif 2015/05/Multicultural-palliative-care-guidelines.pdf Erişim tarihi:05.06.2016

Türkiye’ de palyatif bakım hizmet ekibi sağlık bakanlığı tarafından, doktor, sosyal çalışmacı, hemşire, psikolog ve diyetisyen olarak belirlemiştir (Ulusal Kansere Kontrol Programı 2009-2015).

2.5.Palyatif Bakımın Elementleri

Palyatif bakım hizmetinin önceliğinde hasta olup, hasta ve yakınının ihtiyaçlarına odaklanır (Turgay 2010). Özçelik (2011) yapmış olduğu çalışmada palyatif bakımın bileşenlerini;

1. Ağrı ve diğer semptomları yönetebilme,
2. Hasta ve ailesinin psiko-sosyal ihtiyaçlarının karşılanması,
3. Hasta ve ailesine spirüel gereksinimlerinin giderilmesi,
4. Son dönem bakım olarak tanımlanmıştır.

DSÖ, palyatif bakımı dört temel faktörde birleştirir. Bunlar; ilişkiler ve iletişim, semptom kontrolü, hastalık sürecinde ve ölümden sonra hasta ve yakınlarına destek olmak ve ekip ruhu ile takım çalışmasıdır (Harstade ve Andershed 2004). Ternstedt ve Andershed (2004), son dönem bireyin bakımında hasta yakınlarının bakıma katılımıyla alakalı birtakım araştırma yapmışlar, saygı ile tedavi edilmenin hasta, hasta yakınları ve personel arasında güvenilir bir ilişki oluşturmasının önemini ön plana çıktığı sonucunu ortaya koymuşlardır. “Eğer hasta yakınları personel ile daha uygun bir ortamı oluşturabilecek bir ortaklığın içine çekilebilirse bireyin daha iyi bir ölüm ihtimali artmaktadır” olarak aktarmışlardır (Andershed ve Harstade 2004).

Palyatif bakım, modern tıpta henüz yeni bir uygulama olarak kabul edilmekle birlikte en eski yaklaşımlardandır. Çok eski dönemlerde herhangi bir hastalık zorlukla tedavi edilebilirken semptomlar gözlenmekte lakin yalnızca birkaç semptom giderilebilmekteydi. Modern tıpta esas amaç, semptomların kontrolüdür. Ancak acının rahatlatılması ve semptomatik tedavi eski zamanlarda çok sayıda hastalık için küratif tedavinin olmadığı zamanlarda da tıbbi tedavinin merkezinde bulunmaktaydı. Sonuç olarak Pastrana ve arkadaşlarına (2008) göre “Palyatif bakım hizmeti yeni bir konu olmamakla birlikte, eskiden de var olan hizmettir. Palyatif bakım kavramı için aktif, total, bireyselleştirilmiş hasta bakımı, aile desteği, etkili iletişim ve interdisipliner bir takım çalışması üzerinde durulmalıdır.” (Meghani, 2004).

2.6.Kapsamlı Bakım Hizmeti

Profesyonel palyatif bakım hizmetleri fiziksel, sosyal, psikolojik ve ruhsal alanları göz önünde bulundurarak değerlendirir. Kapsamlı palyatif bakım programları şunları kapsar:

Evde Bakım: Geleneksel tıbbi bakım ve destek hastane gibi kurumsal bir modele temellenirken, palyatif bakım hizmetinde ev ortamı bakım için temel ortam olarak kabul edilir. Amaç hastane koşullarında sağlanabilecek bakım kalitesinin, hastanın kendi ortamı olan evinde verilmesini sağlamaktır. Kurumlar, hastanın aldığı bakımın ana kaynağı değil, destekleyici bir kaynak olarak görülür. Hasta, iyi örgütlenen şartlarda, palyatif bakım uygulamasına haftada yedi gün, yirmidört saat ulaşabilir durumdadır (Aydoğan 2011).

Konsültasyon Hizmeti: Palyatif bakım alanında eğitim almış olan sağlık profesyonelleri, toplum ve hastanelerdeki hastalara danışmanlık hizmeti verir (Uslu 2013).

Günlük/Gündüz Bakım: Son dönem hastalarda semptom kontrolüne ve sosyal izolasyonu önlemeye yönelik dernek gibi ortamlardır. Hastalar, palyatif bakım merkezlerinde haftanın iki ya da üç günü bulunarak hizmet görebilir. Ayrıca günlük palyatif bakım evde bakım vericiler için kısa süreli olanaklar da sağlayabilir (Aydoğan 2011).

Hospis: Tedaviye yanıt vermeyen, ölmekte olan hastaların, semptom kontrolünün sağlandığı ev benzeri atmosfere sahip hastanelerdir. Hastanın kalan son günlerini konforlu geçirmesini ve onurlu bir ölümü hedefler (Turgay 2010).

Güçlendirme Desteği: Ölüm sonrası yas sürecinde hasta yakınlarına destek sağlar (Uslu 2013).

2.7. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

Yaşamı tehdit eden bir hastalığı olan kişi tedavi sürecinde ve hayatının son döneminde çok farklı problemlerle karşı karşıya gelebilir. Bu problemlerin tamamen ya da kısmen çözülebilmesi hastanın yaşam kalitesini artırır. Palyatif bakım hizmetlerinin esas hedefi budur. Hastanın beslenmesi, kişisel bakım ve hijyeni, yatak pozisyonu verilmesi, tuvalet ihtiyacının karşılanması, hareket ettirilmesi ve taşınması yaşam kalitesi için önemlidir ve palyatif bakım hizmetleri kapsamındadır. Bu amaçla hastanın bakımını üstlenen yardımcı sağlık personeli ve hasta yakınları eğitilmeli, hekim tarafınca bu bakımlar periyodik olarak denetlenmelidir (Sucaklı 2014). Özellikle terminal dönem

hastalarda bakım ve semptom kontrolü birçok faktör sebebiyle karmaşıklaşır ve zorluk gösterir. Tedaviyi zorlaştıran bu maddeler (Bruera 2011) :

- a. Yaşlılık,
- b. Malnutrisyon,
- c. Otonom sinir sistemi fonksiyonlarında yetersizlik,
- d. Böbrek fonksiyon kapasitesinin azalması,
- e. Algı düzeyinin düşük olması,
- f. Epilepsi eşiğinin düşmesi,
- g. Opioid tedavisinin uzaması,
- h. Çoklu ilaç tedavisi' dir.

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklarda erken evrede uygulamaya geçildiğinde yaşam kalitesi açıdan ve klinik yönünden daha anlamlı iyilik gösterir. Yapılan bir çalışmada yeni tanı almış akciğer kanserli hastalar iki gruba ayrılmış, bir gruba yalnızca standart onkolojik tedavi hizmeti, diğer gruba onkolojik tedavi ile beraber erken palyatif tedavi hizmeti de verilmiştir. Erken palyatif tedavi hizmeti verilen grupta daha yüksek yaşam kalitesi skorlarına ulaşılırken, depresif semptomlar azalmış ve daha uzun sağ kalım sonucuna ulaşılmıştır (Temel vd. 2010). Walsh ve arkadaşları tarafından ileri evre kanser hastalarında yapılan bir çalışmada belirlenen semptom sıklıkları tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1: Kanser hastalarında semptom sıklığı

Semptom	Sıklık %
Ağrı	82
Yorgunluk	67
Anoreksi	64
Güçsüzlük	64
Kilo kaybı	60
Enerji azlığı	59
Ağızda kuruma	55
Dispne	51
Konstipasyon	51
Çabuk doyma hissi	50
Uyku problemleri	47
Depresyon	40
Öksürük	37
Bulantı	36
Ödem	28
Ses kısıklığı	24
Anksiyete	23
Kusma	23
Konfüzyon	20
Disfaji	18

Kaynak: Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The Symptoms Of Advanced Cancer: Relationship To Age, Gender, And Performance Status İn 1,000 Patients. Support Care Cancer 2000; 8:175-179.

İleri düzey, kür şansı olmayan kanser hastaları bir ve birden fazla acı veren semptom deneyimlemektedirler. Bu semptomlar hastaların birçok problemle karşılaşmasına ve yaşam kalitelerinin azalmasına sebebiyet vermektedir. Deneyimlenen semptomları çeşitli faktörler etkilemektedir (Strömğren vd. 2002). Bunlar arasında;

- Multipl kayıplar,
- Sosyal rollerin değişmesi,
- Aile içinde rol kaybı,
- Ölme ve ölüm düşüncesi ile karşı karşıya kalmaktır.

2.8.Palyatif Bakımda Yaşanan Engeller

Gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’ de de palyatif bakım alanında bazı engeller ve gecikmeler yaşanmaktadır. Bunlardan bazıları (Kömürcü 2010; Paice ve ark 2007)

- a. Profesyonellerin palyatif bakımı, hastalığı “ihmal etme” gibi görmesi ve sonucunu bir yenilgi olarak değerlendirmesi,
- b. Toplumun ve profesyonellerin kavram olarak palyatif bakımı pekiştirmemiş olması,
- c. Destek tedavi ile yaşam süresini uzatmaya yönelik tedavinin ayrı görülmesi,
- d. Sağlık personellerinin terminal dönem hastanın bakımı ile ilgili konuda okulda eğitim almaması ve bu konuda profesyonelleşmenin olmaması,
- e. Ölüm sürecinde yaşanan çaresizlik duygusu; toplumun ölüm konusunu konuşmaktan çekinmesi,
- f. Sağlık personellerine, okulda eğitim hayatı boyunca hasta ile kuracağı iletişim hakkında eğitimin yetersiz verilmesi,
- g. Sağlık personelin hastalara ve ailelerine hastalıkla ilgili kötü haberi iletme yetersizliği,
- h. Kaliteli bakım uygulamadaki eksiklikler,
- i. Profesyonellerin, hastanın palyatif bakıma ve yaşam sonu bakıma ihtiyaç zamanının ayırımını yapmada yetersiz oluşu,
- j. Semptomların gözden kaçması, “lüzum halinde” ilaçların yerinde verilememesi,
- k. Hastaların şikayetlerini yeterli anlatamaması ya da sabrederek geçiştirmesi,
- l. Hasta/yakınlarının ilaç kullanımı ile ilgili olumsuz tutumu,
- m. Sağlık personellerinin iş yükünün fazlalığı-personel eksikliği,
- n. İhtiyaç duyulan ilaç alternatiflerinin yetersizliği,
- o. Ağrı semptom kontrolünde eksiklikler;

- p. Hasta ve sağlık personelinin opioid fobisi (bağımlılık korkusu, opioid teminindeki zorluklar..),
- q. Kırmızı ve yeşil reçete ulaşılabilirliğinde ve reçete yazma mevzuatındaki güçlükler,
- r. Opioidlerin çeşitliliğinin az olması ve ilaçlara ulaşım aşamasındaki zorluklardır.

2.9.Palyatif Bakım Eğitimi

Türkiye’ de 1990’ lı senelerde palyatif bakım alanında adımlar atılmaya başlamış, özellikle son yıllarda akademik ve klinik hemşireler ve medikal onkoloji ve algoloji hekimleri palyatif bakım alanında eğitim alarak, bu alanda çalışmak istemektedirler (Özçelik ve ark. 2010). Fakat Türkiye’de palyatif bakım hizmeti uzman ekipler tarafından uygulanmamaktadır (Özçelik ve ve ark. 2010). Palyatif bakım birimlerinde bu hizmeti sunan ekipler, palyatif bakım uzmanlığı düzeyinde bir eğitim ve öğretim programı alan profesyonellerden oluşmamakla birlikte son zamanlarda bu yönde yeni adımlar atılmaya başlanmıştır (Uslu ve Terzioğlu 2015).

Geleneksel olarak palyatif bakım, sağlık profesyonellerinin eğitim ve çalışma programı içeriğinde yer alan öncelikli konulardan değildir (Barclay ve ark 2003). Temel tıp ve hemşirelik eğitimlerinde de oldukça kısıtlı bilgiler verilmektedir (Kebudi et al 2014; TBMM 2010). Bununla birlikte ülkemizde palyatif bakım yapılanma kapasitesinde olup, sağlık profesyonelleri (medikal onkologlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri) palyatif bakım ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim programlarına katılmak istemektedirler (Özçelik ve ark. 2010).

Ülkemizde üniversiteler ve hastanelerin işbirliği ile hemşirelere yönelik palyatif bakım konusunda eğitimler düzenlenmektedir. Ancak bu eğitimler klinik uygulama olmadan sadece teorik eğitimle kısıtlı kalmaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı’na Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü tarafından palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirelere görevlerinin gerektirdiği yeterlilikleri kazandırabilecek bilgi, beceri ve tutumlarının kazandırılması amacıyla, hem teorik hem de klinik eğitimi kapsayan “Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifika Programı” teklif edilmiş (2014) ve Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmiştir. Bu kapsamda sertifika programı

eğitimleri ile Türkiye’de 81 ilde palyatif bakım hizmeti veren tüm hemşirelere ulaşılması hedeflenmektedir (Uslu ve Terzioğlu 2015).

Amerikan Tıp Derneği, 1997 senesinde Robert Wood Johnson Vakfı, Amerika Ulusal Kanser Enstitüsü ve bazı ulusal kuruluşların desteği ile sağlık profesyonellerini eğitmek ve palyatif bakım alanında klinik uzmanlığını arttırmak hedefiyle “Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Projesi” geliştirmiştir. Bugün proje kapsamında eğitim alan 120.000 sağlık personeli olduğu ve 16 ülkede 2000’ den fazla eğiticinin yetiştirildiği açıklanmıştır. Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Projesi sertifika programları ve 16 modülden oluşan bir uzaktan eğitim programı ile ortalama 17 senedir sağlık personellerinin eğitimi sürdürülmektedir (Education in Palliative and End-of-life Care 2014). Harvard Üniversitesi Palyatif Bakım Merkezi hemşireler ve doktorların palyatif bakım eğitimi amacıyla düzenli programlar oluşturmaktadırlar. Bu programların amacı disiplinlerarası palyatif bakım bilinci geliştirmek, klinikte ve öğretimde palyatif bakım alanında uzman eğiticiler yetiştirmektir (The Harvard Medical School program in Palliative Care Education 2014).

Löfmark ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, İsveç’te farklı kliniklerde görev yapan doktor ve hemşirelerin, hastaların küratif tedaviden palyatif bakıma geçişle alakalı düşüncelerinin araştırılmasında (n=844) palyatif bakım kavramını ilgilendiren karışıklık; net olmayan karar verme ve hastanın hastalığını kabullenmede güçlükler olarak açıklanmıştır. Personel içinde ise, hasta-aileleri ile iletişimde ve karar verme sürecinde karmaşa yaşandığı; özellikle terminal dönem bakımında iletişim alanında eğitim eksikliği ortaya konmuştur (Löfmark ve ark. 2007).

Sağlık personellerinin öncelikli eğitim konuları arasında palyatif bakım konusu bulunmamaktadır. Bunun sonucunda profesyonellerin prognozu değerlendirme, kötü haber verme konusunda, zor kararlarda hastaya yardım ya da semptom kontrolü konularında kendilerini yeterli görmedikleri anlaşılmaktadır. Aynı şekilde hastaların ve palyatif bakıma ihtiyaç duyanların bu hizmetlere teşvik edilmemeleri ya da daha geç evrede yönlendirilmelerini açıklamaya yardımcı olur (Löfmark vd. 2007).

2.10. Etik ve İnsan Hakları Açısından Palyatif Bakım

Üluslararası Palyatif Bakım Toplumu, palyatif bakımı temel bir insan hakkı olarak tanımaya karar vermiştir (Gwyther vd. 2009). New York Eyalet yasası, Genel Sağlık Yasasına bir “Palyatif Bakım Bilgili Edinme Yasası” eklemiştir. Bu yasa, doktor ve hemşirelerin ölümcül hastaları bilgilendirmesini ve onlara yaşam sonu seçenekleri ve palyatif bakım hakkında danışmanlık yapmalarını zorunlu kılmaktadır. Yasada tanımlanan duruma göre palyatif bakım, ağrı veya acı çekmeyi önlemek ve kaldırmak için, hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılan ve bakıma muhtaç kimsesiz, yaşlı ve sakat kişilerin bakımını da içeren sağlık tedavisi ve hastalarla ailelerine yapılan danışmanlık anlamına gelmektedir. Kaliforniya eyaleti de aynı yasayı düzenlemiştir ve diğer eyaletler de aynı yolu takip etmeyi planlamaktadır (Barrie 2012).

2.11. Türkiye’de Palyatif Bakım

Yaşlı nüfusun artması, teknolojinin ilerlemesi ve tedavi imkanlarının artması ile yaşam beklentisinin yükselmesi ve çok sayıda yoğun bakım birimlerinin açılmasıyla kritik hastaların desteklenmesi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük oranda palyatif bakım gereksinimini de beraberinde getirmiştir. Türkiye’de “palyatif bakım” terim henüz tam olarak yerleşmemiştir. Genellikle “destek bakım” ile “son dönem bakım” biçiminde görülmekte ayrıca ağrı kontrolü ile aynı düşünülmektedir. Şuan sağlık sistemi içinde entegre çalışan, bu alana özgü eğitim almış uzman ekipler tarafından sunulan bir palyatif bakım hizmeti verilmemektedir (Kahveci 2014). Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan ‘2009-2015, Ulusal Kansere Kontrol Programı’nda palyatif bakım programı da tanımlanmış, kurumsallaşma yolunda hedefler belirlenerek bir yol haritası çizilmiştir. Ancak bu merkezlerin kurulması asıl 2012-2013 yıllarında gelişim göstermiştir (<http://sirnak.khb.saglik.gov.tr>, erişim tarihi:13.11.2016.).

2006 Eylül ayında Palyatif Tıp Amerikan uzmanlık derneği tarafından resmi olarak bir yan dal uzmanlığı olarak tanınmıştır. Ülkemizde tıp fakültelerinde ise henüz palyatif bakım bilim dalı kurulmamış olup, yan dal olarak palyatif bakım uzmanlığı eğitimi de verilmemektedir. Palyatif bakım hizmeti diğer bölümlerin hekimlerince birinci ve ikinci seviyede yürütülmektedir (Kahveci 2014).

Türkiye Cumhuriyeti (T.C) Sağlık Bakanlığı, ülkemizde palyatif bakımın ilk adımı olarak “Evde Bakım Hizmeti” ni başlatmıştır. Palyatif bakımın hastane ayağı için ise bu kuruluşun yapısı ve işleyişi hakkında yasal düzenlemelere başlanmıştır (Kabalak 2012) ve erişkin hastalara yönelik ilk “Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi”, Sağlık Bakanlığı (S.B) Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmıştır (Kabalak 2014).

“Tablo 2: Türkiye’ de palyatif bakım merkezlerin mevcut durumu

PALYATİF BAKIM MERKEZLERİ MEVCUT DURUMU			
BİRLİK	HASTANE ADI	TESCİL DURUMU	YATAK SAYISI
AKSARAY	Aksaray DH	TESCİLLİ	10
ANKARA 1. BÖLGE	29 MAYIS DH	TESCİLLİ	7
	Şereflikoçhisar DH	TESCİLLİ	12
ANKARA 2. BÖLGE	Ulus Devlet H	TESCİLLİ	25
	Atatürk Göğüs Hastalıkları EAH	TESCİLLİ	13
ANKARA 3. BÖLGE	Onkoloji EAH	TESCİLLİ	13
	Ankara Ceza Infaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	6
ANTALYA	Serik DH	TESCİLLİ	10
	Fınıke Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	4
	Manavgat Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	2
	Alanya Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	4
	Kumluca DH	TESCİLLİ	4
ARTVIN	Artvin DH	TESCİLLİ	6
AYDIN	Nazilli DH	TESCİLLİ	23
	Çine DH	TESCİLLİ	11
	Söke DH	TESCİLLİ	14
	Didim DH	TESCİLLİ	11
BALIKESİR	Balıkesir DH	TESCİLLİ	10
	Atatürk DH	TESCİLLİ	18
	Ayvalık DH	TESCİLLİ	18
	Bigadiç DH	TESCİLLİ	8
BATMAN	Batman Bölge Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	16

BAYBURT	Bayburt DH	TESCİLLİ	3
BITLİS	Bitlis DH	TESCİLLİ	8
BOLU	İzzet Baysal EAH	TESCİLLİ	8
BURDUR	Bucak DH	TESCİLLİ	2
	Burdur DH	TESCİLLİ	4
BURSA	Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi	TESCİLLİ	9
	Dörtçelik Çocuk Hastahıkları Hastanesi	TESCİLLİ	7
	Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	20
	İnegöl Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	19
EDİRNE	Uzunköprü DH	TESCİLLİ	7
	Keşan DH	TESCİLLİ	10
ELAZIĞ	Elazığ EAH (Harpüt)	TESCİLLİ	35
ESKİŞEHİR	Yunus Emre DH	TESCİLLİ	29
	Eskişehir DH	TESCİLLİ	12
GİRESUN	Bulancak Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	9
GÜMÜŞHANE	Kelkit DH	TESCİLLİ	5
	Şiran DH	TESCİLLİ	5
İĞDIR	İğdir DH	TESCİLLİ	7
ISPARTA	Isparta DH	TESCİLLİ	15
İSTANBUL ANADOLU GÜNEY	Kartal Yavuz Selim DH	TESCİLLİ	12
	Süreyyapaşa Göğ. Hast. EAH	TESCİLLİ	36
İSTANBUL BEYOĞLU BÖLGESİ	Gazi Osman Paşa Taksim EAH	TESCİLLİ	4
İSTANBUL BAKIRKÖY BÖLGESİ	Bakırköy Dr.Sadi Konuk EAH	TESCİLLİ	9
	Bahçelievler DH	TESCİLLİ	11
	Bağcılar EAH	TESCİLLİ	10
İSTANBUL ÇEKMECE BÖLGESİ	Kanuni Sultan Süleyman EAH	TESCİLLİ	4
	Avcılar mürat költük dh	TESCİLLİ	9
İSTANBUL FATİH	Arnavutköy DH	TESCİLLİ	6
İZMİR GÜNEY	Katip Çelebi Atatürk EAH	TESCİLLİ	12
	Seferihisar DH	TESCİLLİ	15
	Selçuk Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	4
	Bozyaka EAH	TESCİLLİ	17
İZMİR KUZUY	Tepecik EAH	TESCİLLİ	32

	Buca Seyfi Demirsoy DH	TESCİLLİ	7
	Karşıyaka DH	TESCİLLİ	13
KAHRAMANMARAŞ	Necip Fazıl Şehir Hastanesi	TESCİLLİ	11
KARABÜK	Karabük EAH	TESCİLLİ	10
KASTAMONU	Dr. Münif İslamoğlu DH	TESCİLLİ	6
KAYSERİ	Kayseri EAH	TESCİLLİ	17
KIRIKKALE	Kırıkkale Yüksek İhtisas EAH	TESCİLLİ	20
KIRŞEHİR	Ahi Evran Üniversitesi EAH	TESCİLLİ	8
	Kaman dh	TESCİLLİ	4
KİLİS	Kilis DH	TESCİLLİ	6
KOCAELİ	Kandıra DH	TESCİLLİ	6
KONYA	Beyhekim DH	TESCİLLİ	15
	Akşehir DH	TESCİLLİ	8
KÜTAHYA	Tavşanlı Kalemli DH	TESCİLLİ	15
	DPU Evliye Çelebi EAH	TESCİLLİ	13
	Gediz DH	TESCİLLİ	4
MANİSA	Akhisar DH	TESCİLLİ	8
	Turgutlu DH	TESCİLLİ	10
MARDİN	Kızıltepe DH	TESCİLLİ	20
MERSİN	Tarsus DH	TESCİLLİ	17
MUŞ	Muş Devlet hastanesi	TESCİLLİ	5
NEVŞEHİR	Nevşehir DH	TESCİLLİ	13
RİZE	RTE Üni. EAH	TESCİLLİ	9
SAMSUN	Samsun EAH	TESCİLLİ	26
	Bafra	TESCİLLİ	10
	Çarşamba DH	TESCİLLİ	10
SIVAS	Divriği DH	TESCİLLİ	2
	Şarkışla DH	TESCİLLİ	3
	Zara DH	TESCİLLİ	2
TEKİRDAĞ	Çorlu	TESCİLLİ	17
TOKAT	Tokat Devlet Hastanesi	TESCİLLİ	11
TRABZON	Sürmene DH	TESCİLLİ	6
	Fatih DH	TESCİLLİ	15

	Kanuni EAH	TESCİLLİ	15
	Vakıfbir DH	TESCİLLİ	6
	Akcaabat Haçkalı Baba DH	TESCİLLİ	12
UŞAK	Uşak DH	TESCİLLİ	22
VAN	Van EAH	TESCİLLİ	15
YALOVA	Yalova DH	TESCİLLİ	20
YOZGAT	Yozgat DH	TESCİLLİ	11
	Atatürk DH	TESCİLLİ	15
	Kdz Ereğli DH	TESCİLLİ	9

Kaynak: <http://www.tkhk.gov.tr> Erişim Tarihi: 03.03.2017

Tablo 2' de, 17.09.2015 tarihi itibarı ile Türkiye' de Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' ne bildirim yapılan palyatif bakım birimlerinin listesi görülmektedir. Türkiye genelinde toplamda 97 hastanede Palyatif Bakım Merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerin büyük bir kısmı (%39) Ankara ve İstanbul gibi mega kentlerde bulunmaktadır.

Tablo 3: Türkiye' de Palyatif Bakım Kliniği tescilli olan, müracaat aşamasında ve planlama aşamasında olan hastanelerin sayısı ve bu Palyatif Bakım Kliniklerin yatak sayısı

Türkiye' de Palyatif Bakım Merkezlerin Durum ve Yatak Sayıları		
	Merkez Sayısı	Yatak Sayısı
Tescilli Olanlar	99	1461
Müracaat Aşamasında	29	287
Planlama Aşamasında	115	1256
Toplam	243	3004

Kaynak: www.tkhk.gov.tr Erişim Tarihi: 03.03.2017

Şekil 3' te görüldüğü gibi Türkiye' de, müracaat ve planlama aşamasında olan Palyatif Bakım Klinikleriyle birlikte 3004 kapasite yataklı merkezler hedeflenmektedir.

2.12. Dünya' da Palyatif Bakım

ABD' de 5.000 kadar hospis ve 5.000 civarında palyatif bakım hizmetinin sunulduğu merkezin yanı sıra 19.000 bakım evi bulunmaktadır. İhtiyaçları evde karşılanamayan bir hastanın, bakımlarının uzun vadede karşılanabileceği merkezler vardır. Bu merkezlerin hepsi özel olmakla birlikte üç seviyede planlanmıştır (Akyüz 2014). Bunlar;

1- Assisted living: Bu tarz merkezlerde bakıcılar bulunmaktadır. Bu merkezlerin bir hemşire çalıştırma zorunluluğu vardır. Sadece acil durumlar için sağlık çalışanı bulundurmaktadır. Hastaya ev ortamı sağlanmaktadır.

2- Board care: Bu merkezler daha çok otel gibi planlanmış olup, daha uzman bireylerin bulunduğu assisted living modelinin biraz daha üst modelidir.

3- Skilled Nursing Home: İleri düzey bakım evleri olarak tanımlanırlar. Her hasta günlük en az 1,5 saat hemşirelik hizmeti alır. Bu tarz merkezlerin büyük kısmında doktorlar da bulunur.

Almanya' da ki palyatif bakım hareketi, insanların itibarlı ve huzurlu biçimde ölüm hakkını savunan ve hayatının sonundaki hastalara, yakınlarına ve akrabalarına bakım ve yas hizmetleri vermek amacıyla pratik yardım sunan bir vatandaş eylem komitesi tarafından düzenlenmiştir. Hareket yerel hospis dernekleri etrafında toplanmıştır. Almanya' da toplam 342 palyatif bakım merkezi bulunmakla birlikte tamamına yakını özel girişimlerle kurulmuş ve sosyal güvenlik sistemi yapısı içinde bulunmamaktadır. Tıp alanında palyatif bakım henüz özel bir hizmet olmayıp Federal Tabip Odası tarafından bu yönde çalışma yürütülmektedir. Almanya'nın 16 eyaletinde Bölgesel Hospis Çalışma Grupları oluşturulmuştur. Bu gruplar yerel faaliyetleri yönetir ve çıkarlarını federal ve bölgesel seviyede temsil ederler (Kahveci 2014).

Avusturya' da palyatif bakım hareketi yeni bir hizmettir. Fakat yetmişli yılların ortalarında bir grup Avusturyalı hemşire İngiltere' ye, hareketin kurucusu Dame Cicely Saunders' den daha çok şey öğrenmek için gitmişlerdir. Daha sonra Alman Son Dönem

Bakım ve Matem Desteği Birliği Viyana' da bir şube açmış ve tartışma grupları ve çalışma grupları organize olarak "yaşama isteği" ortaya konmuştur. Kamu yararı gözetilen kurumlar, hastanın tamamen ödeme yoksunluğunda devreye girer. Avusturya' da toplam 52 palyatif bakım merkezi bulunmakla birlikte, tıp alanında palyatif bakım uzmanlık dalında bulunmamaktadır.

İngiltere' de 882, Ermenistan' da 24, Yunanistan' da 29, Kazakistan' da 7, Rusya' da 124 palyatif bakım merkezi hizmet vermektedir. İngiltere' de palyatif bakım konusu 1987 tıp alanında uzmanlık dalı olarak kabul görülmesine rağmen, diğer ülkelerde uzmanlık dalı değildir. Rusya' da palyatif bakım konusunda başta İngiltere olmak üzere palyatif bakımı iyi hizmet veren Avrupa ülkelerinde ortalama 1.000 doktor alanında uzmanlaşmıştır (EAPC Atlas of Palliative Care in Europe).

Günümüzde dünyada palyatif bakım hizmetlerinin en gelişmiş olduğu bölgeler Amerika San Diego bölgesi ve İspanya'nın Katalan bölgesi olmakla birlikte hemen her türlü palyatif bakım hizmet modelleriyle karşılaşmak mümkündür (Turgay 2010) 2006'da WHO-WPCA 2014 raporuna göre, 21 ülke (%9)'de hospis palyatif bakım birimi bulunurken 2011'de 234 ülkenin 136'sında (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım birimleri bulunmaktadır. WHO-WPCA (2014) raporuna göre, dünya üzerinde 234 ülke Palyatif Bakım gelişimine göre kendi içlerinde alt grupları barındıran 4 grupta sınıflandırılmıştır (Tablo 2). WPCA'nın palyatif bakım sınıflama kriterleri şöyledir (WHO-WPCA 2014):

- a. Palyatif bakım servisleri ve derneklerinin yaygın olması,
- b. Palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemine entegrasyonu,
- c. Genel sağlık sigortası poliçelerinde palyatif bakımın ağırlığının olması ve diğer fonlardan palyatif bakım harcamalarına kaynak aktarılması,
- d. Sağlık personeli ve yerel derneklerin hizmet verdiği sürekli ve etkin palyatif bakım politikaları,
- e. Morfine ulaşma probleminin minimize edilmesi,
- f. Sağlık çalışanlarının ve toplumun palyatif bakım konusunda eğitilmesi ve bilinçlenmesi,
- g. Üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleridir.

2.13. Sağlık Kurumlarında Müşteri Ve Memnuniyet Kavramları

2.13.1 Sağlık Kurumlarında Müşteri

Sağlık işletmelerinin müşterilerinin sadece hastalar olduğu algısı günümüzde neredeyse hiç yoktur. Öncelerden sağlık kurumlarının müşterisi denildiğinde yalnızca hastalar düşünülürken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak görülmektedir (Kısa 2007).

Sağlık kurumlarının müşterileri, iç müşteriler ve dış müşteriler olarak iki esas gruba ayrılabilir. İç müşteri, sağlık kuruluşunda çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi olan kişi ve grupları kapsamaktadır. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun ana çıktılarından (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı biçimde faydalanan birey ve kurumları içermektedir (Kavuncubaşı 2000).

Şekil 3: Sağlık kurumlarında iç ve dış müşteriler

Dış Müşteriler	İç Müşteriler
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hastalar, hasta ailesi ve çevresi	<input type="checkbox"/> Kurum personeli (hekim, hemşire vb.)
<input type="checkbox"/> Refakatçiler ve ziyaretçiler	<input type="checkbox"/> Pay sahipleri
<input type="checkbox"/> Devlet ve diğer sağlık kurumları	<input type="checkbox"/> Danışmanlar
<input type="checkbox"/> Anlaşmalı kuruluşlar	
<input type="checkbox"/> Eczaneler ve dernekler	
<input type="checkbox"/> Medya	
<input type="checkbox"/> Sigorta şirketleri	
<input type="checkbox"/> Medikal ve ilaç firmaları	

Kaynak: Kısa A. ve Tokgöz N. (Ed) (2007) Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Yayınları, Eskişehir, s: 323 .

Bir işletme olarak hastaneler, geleceklerini garantilemeyi hedefliyorlarsa müşteri (iç ve dış müşteri) memnuniyetini göz ardı etmemelidirler. Bu sebeple tüm yapı ve süreçlerini müşteri ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda planlamalıdır. Böylelikle sözcük olarak 'müşteri' kavramı hastanelerdeki karşılığına ulaşabilir(Tengilimoğlu vd. 2009).

2.13.2 Sağlık Kurumlarında Memnuniyet Kavramı

Memnuniyet kavramını etkileyen faktörler bireyden bireye değişebilir. Bu farklılıklar bireyin yaşından, zaman kavramından, cinsiyetinden, medeni durumundan ve sağlık faktörlerinden etkilenecek şekilde meydana çıkmaktadır. Olaylara olumlu bakan bireye yönelik oluşan tepki iyilik durumunda memnuniyet ve tebessüm iken; ölümcül hastalık halinde ise karşı taraftan hislerinin yeterince anlaşamadığı durumu ve

memnuniyetsizliğidir. Buradan yola çıkarak memnuniyet, bireyin içinde bulunduğu durumu ve algısı ile ilişki içindedir (Keskin 2015).

Her birey sosyal bir canlıdır. Bireyler hayatını topluluk içinde ve sürekli bir iletişim halinde sürdürürler. Bireylerin ilk karşılaşmasıyla iletişim başlar ve sürer. İletişim; duygu ve düşüncelerin karşılıklı aktarıldığı bir süreçtir. Bu süreç bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde başlayıp devam etmektedir. Bireyin diğer bireylerle iletişimi olumlu ya da olumsuz olabilir. Birey kendisinde oluşan bu duygu halini memnunum, değilim, az, çok şeklinde derecelendirerek ifade etmektedir. Memnuniyet bir durumdan bir olaydan sevinç duyma, mutlu olma, haz alma durumudur. Kişi memnun olduğu kadar memnun ettiğinde de aynı mutluluğu hissetmektedir. Karşı tarafı memnun etmek aynı zamanda bireyin kendini memnun etmesidir. Memnun olan birey memnuniyetini güler yüzle, güzel sözlerle, teşekkürle belli eder. Bu ifade ediş biçimi karşıdaki bireyi de mutlu etmektedir. Karşılıklı memnuniyette etrafa olumlu mesajlar iletildiğinden grubun diğer üyeleri de bu etkileşimden olumlu etkilenmektedir. Memnuniyetsizlik halinde ise karşılıklı mutsuzluk aktarılmakta, gerginlik yaşanmakta ve bu mutsuzluk çevredeki diğer bireylere de olumsuz etki bırakmaktadır (Işık 2010).

Hasta birey sağlık hizmeti alırken hislerinin, ruh halinin ve çektiği acısının algılanması beklentisine girmektedir. Beklentisi karşılanamayan hasta mutsuz olmakta, memnun kalmamaktadır. Hasta sorunlarından kurtulma amacına cevap bulamadığında memnuniyetsiz olmaktadır. Memnuniyet yaşanan tecrübelerden etkilenmektedir. Olumsuzluk yaşayan hasta, kuruma ve çalışana karşı bir önyargı içine girmektedir. Sağlık personelinin amacı, hizmet verdiği bireylerde önyargıların oluşmasını engellemek veya değiştirmek olmalıdır (Keskin 2015).

Sağlık işletmeleri, hastaların medikal gereksinimleriyle birlikte, kültürel ihtiyaç ve estetik duygusal beklentileri karşılayabilir hale gelmesini zorlamıştır. Çünkü bir sağlık biriminin başarısı, hastanın memnun kalarak tedaviyi sürdürmesi ve sonuçlandırılmasıdır. Memnun kalmayan hasta tedaviyi yarıda bırakabilmekte veya diğer sağlık birimlerini tercih edebilmektedir. Bu da sağlık kurumu açısından başarısız hizmet sunumu ortaya çıkabilmektedir. Sonuç olarak sağlık kurumlarının başarısı, memnun kalmış hastanın tercihi ile tedaviyi kabul etmek ve sonuçlandırmaktır (Güllülü vd. 2008).

Sağlık sektöründe verilen hizmette diğer sektörlerden farklı olarak; sosyal diyalog ,eğitim, el becerisi aynı anda olmalıdır. Sağlık personellerinin ne kadar tecrübeli olsalar dahi aynı olaylara verebilecekleri tepkiler farklı olabilir. Personelin vereceği tepkiyi o andaki personelin sağlık durumu, psiko-sosyal durumu ve ya dinamizmi etkileyerek hastanın hemşirelik bakım memnuniyetini değiştirebilir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet diğer tüketim kaynaklarındaki gibi önceden deneyimin olmadığı sonuca sadece hizmeti aldıktan sonra değerlendirileceği için daha zordur. Bu sebepten diğer sektörlerle göre sağlık hizmeti memnuniyetinin sağlanması daha zordur (Aydoğan vd. 2011).

Keskin yapmış olduğu çalışmada “Hizmet sunan sağlık işletmeleri hizmet alanların profilini tanımlamalı ve artırma yönünde stratejiler geliştirmeleri gerekmektedir. Bu stratejiler sürekli değişim, sürekli yenilik şeklinde olmalıdır. Bu da işletmelerin kendilerini yenilemek için öğrenme bilincinde olmalarını gerekli kılmaktadır. Öğrenme bireysel boyuttan çok örgütsel boyutta olmalıdır. Bireysel olarak kendini geliştirme kurumda çok etki yaratmamaktadır. Kurum yöneticilerinin swot analizi ile yaptıkları tespitler ve geliştirdikleri hizmet içi eğitimler öğrenmeyi bireysel boyuttan örgütsel boyuta taşıyarak hizmet kalitesini yükseltmektedir” olarak bahsetmiştir (Keskin 2015).

2.14. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet, geçmiş deneyimler, yaşam tarzı, bireyin beklentileri ve bireysel ve toplumsal değerleri kapsayan birtakım maddelerle ilişkili karmaşık bir konudur. Sağlık işletmelerinin temel çıktılarında biri, hasta memnuniyettir. Hasta memnuniyeti, genel olarak hastaların (Hizmet alanların) beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesidir. Genel olarak hasta memnuniyetini belirleyen iki faktör bulunmaktadır. Biri hastanın sağlık hizmetinden beklentileridir, diğeri ise hastanın aldığı hizmeti algılama biçimidir. Her birey almış olduğu hizmeti kendine göre farklı algılayabilir ve yorumlayabilir. Buna dış etkenlerde sebep olmaktadır (Meryem 2001).

Sağlık birimlerinin ana çıktılarında olan hasta memnuniyeti, sıklıkla “müşterilerin beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi”

şeklinde açıklanabilir (Kavuncubaşı 2000). Özellikle günümüz itibariyle, hastaların sağlık hizmeti almalarına yönelik algılarının ve memnuniyet düzeylerinin, sağlık hizmeti ile ilgili tüm süreçlerin değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulmaya başlanması söz konusu olmuş ve bu görüşlerin, sağlık hizmetlerindeki kalite indikatörlerine dâhil edilmesi gerekliliği kabul görür hale gelmiştir. Bu bağlamda, artık sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması ve bu hizmetlerin iyileştirilmesi noktasında, hasta görüşleri ve hasta memnuniyet düzeyi temel çıkış noktası olmaya başlamıştır (Yılmaz 2001).

İlk kez Amerika’ da 1956 yılında sağlık hizmetleri ile alakalı hasta memnuniyeti hemşirelik alanında çalışılmıştır. Son zamanlarda özellikle Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde hasta memnuniyeti sağlık bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak kritik bir yere sahiptir (Yılmaz 2001).

Bu çıkış noktası, “hasta memnuniyeti” kavramının da farklı boyutları ile ele alınmasını gerekli kılmış ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için bir kalite iyileştirme aracı olarak, “hasta memnuniyeti” üzerinde birtakım çalışmalar ve uygulamalar gündeme gelmiştir. Bu yönüyle “hasta memnuniyeti”, sağlık planlarının sağlık hizmeti performansını denetlemede de önemli bir ölçüt olarak değerlendirilmesini gerekli kılmıştır. Bu belirlemeler doğrultusunda “hasta memnuniyeti” kavramı; hastanın değer ve beklentilerinin hangi düzeyde karşılandığı ile ilgili belirlemelerde bulunmayı ifade eden ve esas otoritenin de hasta olduğu anlayışını temel alan bir anlayışı ortaya koymak adına kullanılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Keskin 2015).

1960 senesinde meydana çıkan, 1980 senesinde ilgi merkezi olan bu kavram üzerine, süregelen on yılda ortaya konan çalışma sayısı bir öncekine göre beş kat artmıştır (Yılmaz 2001). İlgi artışı, 1970’lerde başlayan tüketici hareketinin sağlık alanına yansımaları, kaliteli sağlık hizmeti beklentisinin yaygınlaşması ve seçici tüketici davranışı sonucu ortaya çıkan rekabet ile açıklanabilir (Thiedke 2001).

Kaliteli hizmetin yapı taşlarından biri olan hasta memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hastaların beklentilerinin karşılık bulduğu daha nitelikli hizmet sunulması açısından kıymetlidir (Söylemez 2009).

Kavuncubaşı yapmış olduğu çalışmada hasta memnuniyeti için şu şekilde bahsetmiştir; “Hastanın biyolojik ve fiziksel sonuçlarının ölçülmesi kadar onun, tüm

yaşam kalitesi, genel sağlık algılamaları, fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonları gibi çeşitli ölçümleri kapsamakta ve hastanın tedavi ve bakım beklentileri, hasta için memnuniyet standardı oluşturmaktadır. Hasta memnuniyetini etkileyen çeşitli faktörleri anlamak için araştırmacılar, hastaların sağlık hizmeti kalitesini değerlendirirken dikkate aldıkları doktor, hemşire ve diğer personelin ilgisi ve fiziksel şartlar gibi çeşitli sağlık hizmeti kalite boyutlarını ortaya koymuşlardır.” (Kavuncubaşı 2000).

Hasta memnuniyeti pek çok faktörden etkilenir, sağlık kurumlarının verdiği hizmetin hastanın beklentilerini karşılama veya hastanın verilen hizmeti algılamasına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli bir kısmını hasta memnuniyeti kapsamaktadır (Subaşı, 2013).

2.15. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetinde doğru tanı ve tedavinin gerekliliği ile birlikte memnuniyeti etkileyen birçok neden vardır. Hastaya ilişkin, çalışana ilişkin veya kuruma ilişkin nedenler hasta memnuniyetini etkiler. Hasta ile ilgili; cinsiyet, yaş, sosyal güvence düzeyi, eğitim düzeyi, hastalığın tanı ve tedavisi, gelir düzeyi, hastanede yatış süresi, yerleşim yeri, sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerin etkilediği vb. nedenler sayılabilir. Çalışana ilişkin özellikler olarak; iletişim, personelin tutum ve davranışı, hastalığı ile ilgili bilgilendirme ve yönlendirmeler, hasta sağlık personeli etkileşimi, teknik ve klinik yeterlilikler, bilgi ve beceriyi sunma biçimleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi, anlayış, güven/güvenirlilik, vb. Sağlık personeline ilişkin bu özelliklerin pozitif yönde varlığı hasta memnuniyetini olumlu yönde etkiler. Hasta memnuniyetini önemseyen tüm kuruluşlar öncelikle çalışan memnuniyetine önem vermek durumundadırlar. Kuruma ilişkin özellikler olarak; aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, bekleme odaları, bekleme süresi, otopark, dış görünüm gibi fiziksel ve çevresel koşullarının bürokratik işlemler, ziyaretçi politikası, beslenme hizmetlerinin vb. nedenler gösterilebilir (Akbaş 2014).

2.15.1 Hasta-Doktor İlişkisi

Hekimi ile olumlu ilişki kuran hastalar tekrar geldiklerinde aynı hekimi tekrar tercih ederler. Hastanın doktoru tercih etme sebepleri arasında hekimin iletişimi, ilgi ve yaklaşımı çok kritik davranışlardır. Hasta kurumun hizmetinden memnun olmasa bile hekimi için o kurumu tercih ediyor olabilir. Hekim hangi kuruma geçerse geçsin hekimden memnun olduğu süre boyunca hekimini takip edecektir(Subaşı 2013) .

Hekim hasta ilişkisinde hekimin yaklaşımı daima hasta bireyin duygu ve düşüncelerini anksiyete, korku, depresyon, panik gibi rahatsızlıklarını giderecek biçimde olması beklenmektedir. Hekim, hastasına yaklaşırken hastanın psikolojisini de göz önünde bulundurmalıdır. Mümkün olduğu kadar hastanın anlayacağı biçimde, minimum tıbbi terim kullanarak hasta ile iletişime geçmelidir. Hastaya net bilgiler vermeli, karmaşıklıktan uzak durmalı, hastaya zaman ayırarak onu dinlemeli ve isteklerine sorularına yanıt vermelidir. Aksi takdirde hekim ve hasta arasında olumsuz bir ilişki kurulmasına neden olacaktır. Hasta cahil görünme korkusuyla hiçbir şey söyleyemeyecek anlaşılmamış noktaları soramayacak her şeyi anlamış gibi görünecektir (Akbaş 2014).

Kavas ve Gügük yapmış oldukları çalışmada “Hasta tatmininde hasta-hekim ilişkisinin çok önemli olduğunu belirtmiş. Bu bağlamda, tatmin ölçümünde doktorların mesleki becerilerinin ve iletişim yeteneklerinin de dikkate alınması gerektiği, Amerikalı hastalar tarafından en çok ileri sürülen şikâyetin; doktorların, zaman ayırmama ve zayıf iletişim şeklinde ortaya koydukları yeterli ilgilenmeme davranışı olduğunu belirtmiş. Oysa tatmin olmuş hastaların; doktor tavsiyesine uyma, ilişkiyi devam ettirme eğilimlerinin tatmin olmamış hastalara göre daha yüksek olduğu gözlemlendiğini belirtmiştir” bahsetmişlerdir. Doktoruyla güvenilir bir iletişim kuran hasta doktorunun söylediklerine harfiyen uyacaktır (Kavas ve Güdük 1994).

2.15.2. Hasta-Hemşire İlişkisi

Hastalarla en çok vakit geçiren meslek grubu hemşirelerdir, günün 24 saatinde birlikte olurlar. Hastalar doktorlarına sormaya çekindikleri her şeyi hemşirelerine sorarlar. Hemşirenin hastayla kurduğu iletişim hastanın bakım ve tedavisinde etkili olur. Hemşire, birey ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hasta olduğunda

iyileştirmek amacına dayanarak uygulanan hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesini sağlar. Hemşirelik bakım disiplinden oluşan memnuniyet tüm hastane hizmetlerin memnuniyetini etkiler (Turgay 2010).

Velioğlu, 1982 yılında yapmış olduğu çalışmasında “Dünya Sağlık Örgütünün kabul ettiği tanıma göre; sağlık kuruluşunda, evde, okulda, iş yerinde her yaşta hastanın, sakatın duygusal ve sosyal, bedensel gereksinimlerine göre hizmet veren köyde ve şehirde, kişilere ve ailelere sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda danışmanlık yapan onlara yardımcı olan, Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilen ya da denkliği kabul edilen Türk ve yabancı okullardan mezun olan meslek sahiplerine hemşire denilmektedir.” 74 Hasta memnuniyetinde hemşirelik hizmetinin büyük önemi vardır. Hastalar hastanede yattıkları süre içinde hemşirelik bakımı verilmektedir. Hemşireler hastaların ihtiyacının karşılanmasında hastaların sürekli yanlarında bulunarak hizmetin her aşamasını hastalarla birlikte yaşarlar (Aydoğan 2011).

2.15.3. Hasta-Diğer Hastane Personeli İlişkisi

Hastanenin farklı departmanlarında hizmet sunan birçok sağlık çalışanları vardır. Laboratuvar personelleri, hasta kayıt bölümü çalışanları, danışma hizmeti verenler, temizlik personelleri, yemek hizmeti verenler hastalarla sürekli iletişim halindedirler ve iletişim bozuklukları da hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir (Kırmızı 2010). Sağlık hizmeti sununlarında diğer alanlarda görev alanlardan ötürü kaynaklanabilecek herhangi bir aksaklık hastaların memnuniyetlerini değiştirebilir ve bu kurumun imajını olumsuz etkileyebilir (Akbaş 2014).

2.15.4. Bilgilendirme

Temel hasta haklarından olan bilgilendirme verilen hizmetteki etkinlik düzeyini arttırmaktadır. Sağlık personeli tıp literatüründen uzak, hastanın anlayabileceği seviyede, sade bir dille hastaların durumları hakkında hasta, ailesi ve yakınlarına bilgilendirme yapmalıdır. Durumu hakkında bilgi sahibi olan hastaların gerginliği ve huzursuzluğu azalacaktır(Akbaş 2014) .

2.15.5. Beslenme Hizmetleri

Hasta memnuniyetinde beslenme hizmetlerinin önemi büyüktür. Hastalar yemeğin kalitesi, lezzeti kadar sunumuna, görünümüne ve hijyenine önem vermektedirler. Hastaların hastane ortamında beslenme alışkanlıkları değişmekte, bu duruma uymada zorluk yaşayabilmekte ve memnuniyetsizliklerini dile getirmektedirler (Akbaş 2014).

Beslenme hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada yedi temel faktör ortaya konmuştur. Bunlardan bazıları yiyeceğin kalitesi, öğünün zamanlaması, yiyeceğin ısı ve hizmetin güvenilirliği faktörleri hizmetin teknik yönüdür. Diğerleri ise; hizmeti müşteriye sunumu, mөнünün sunulmasındaki personel tutumu ve mөнünün hazırlanmasında ve dağıtılmasındaki personel tutumu faktörleri ise hizmetin kişiler arası ilişkiler yönü olarak düşünülmüştür (Gölmez 2005).

2.15.6. Çevresel Koşullar

Fiziksel ortam, tüketicinin hizmet satın alımı öncesinde dikkat ettiği özelliklerden biridir. Sağlık kurumlarından hizmet alacağı zaman kendini fiziksel veya sosyal yönden rahat, evindeymiş gibi hissetmek ister. Sağlık kurumlarının ulaşılabilirliği, ortamı, şartları, temizlik, çalışma saatleri, otopark, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir (Özkan 2012).

2.15.7. Bürokrasi

Bürokrasi kaynaklı zaman kaynaklarından dolayı meydana gelen memnuniyetsizliği Gökdoğan şu şekilde ifade etmiştir; “Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli boyutlardan biride hastanedeki bürokratik engellerden kaynaklanan zaman kayıpları ve işlem sırasındaki uzun beklemler olarak belirtilmektedir. Pek çok hastane için, hastaların yatış ve taburcu hizmetleri, hastaların ve yakınlarının uzun süre beklemlerinden dolayı problem haline dönüşebilmektedir. Hastaların zaman kaybından dolayı mutsuz ve

memnuniyetsiz oldukları gözlenmektedir. Hasta memnuniyetinin sağlanmasında zaman faktörünün önemli olduğu, zamana ilişkin memnuniyetsizliklerin hastalığın tanısı aşamasından sonra, hastaneye yatış sırasında ve tedavi sırasında olmak üzere üç şekilde ortaya çıktığı belirtilmektedir” (Kırmızı 2010).

2.15.8. Güven

Güven kişiler arası ilişkilerin başında gelmektedir. Sağlık personelinin ilgi şefkat, nezaket göstermesi bilgi ve becerisini sunabildiği profesyonel davranış gerçekleştirilmesi hastanın güvenini kazanmasını sağlar.. Sağlık hizmeti özelliği açısından aldığı hizmet ile ilgili yeterli bilgiye sahip değildir. Karar verici konumda olmadığı için sağlığı ile ilgili kararı verecek olan sağlık personeline güvenmek ister. Hasta birey, hastanenin tıbbi bakım ve tedavisine güvenmek sağlığını emanet etmek ister, kendisine uygulanan teşhis ve tedaviye her zaman güven duymak ister (Akbaş 2014).

2.15.9. Ücret

Sağlık hizmetleri alıcısı olan hastalar ödedikleri hizmetin karşılığını almak isterler. Sağlık güvencesi olmayan hasta ise hastane masraflarını ödeyememe ile ilgili strese girecek, hizmete rahat ulaşamayacağı için memnuniyet olgusunu değerlendirme konusu söz konusu olmayacaktır. Hasta memnuniyeti değerlendirme konusunda hastanın seçme şansı olmalıdır (Akbaş 2014).

2.15.10. Sağlık işletmelerinde hasta (müşteri) memnuniyetinin önemi

Günümüzde sağlık sektöründe hizmet kalitesinin ve sunumunun değerlemeye alınması ve ölçülerek seviyesinin ortaya konulması için değişik parametreler kullanılmaktadır ki bu parametrelerden en önemlisi Hasta memnuniyetidir. Hastaya uygulanan sağlık bakımının gerekliliği, doğruluğu ve kalitesinin değerlendirilmesi için uluslararası kabul edilmiş standartlar kullanılmak suretiyle değerlendirme, ölçüm ve kontrol yapılmakta ise de bunlar tek başına uygulanan sağlık bakımı ve verilen sağlık hizmetinin hizmet alanların üzerindeki etkisini tüm yönleriyle ortaya koyamaz.

Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin önemi şu şekilde açıklanmıştır (Özkan 2012);

- I. Hasta memnuniyeti hastanın sağlık hizmeti aldığı kurum hakkında faydalı bilgiler vermektedir.
- II. Hasta memnuniyeti, sağlık birimlerinin kalitesini ve yetersizliğini meydana çıkarılmasını sağlar.
- III. Hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesinin ölçülmesi açısından önemlidir.
- IV. Aldığı hizmetten memnun olan hasta; sağlık personellerinin önerilerini dikkate alır ve ihtiyaç halinde yine bu kurumu seçer.
- V. Aldığı hizmetten memnun olmayan hasta; hizmet aldığı hastanenin hizmetleri ile ilgili olumsuz düşüncelerini birçok kişiye aktarmaktadır.

2.15.11. İnsancıl Nedenler

Çelik (2013) yapmış olduğu çalışmasında “Hastaların temel haklarının başında, en iyi ve en kaliteli hizmeti almak bulunmaktadır. Bu hizmetin hastaların kişiliklerine, düşüncelerine ve değerlerine saygı gösterilerek sunulması gerekir, insaniyete uygun olması ile ilgili hukuksal düzenleme yapılması gerekmektedir.” Şeklinde belirtmiştir.

Türkiye’ de hasta hakları alanında gerekli yasal düzenlemeler Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ise 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir ve daha sonra çıkartılan yönergelerde sağlık tesislerinde yaşanan hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan problemlerin önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesi amaçlanmış ve konuya dair esas ve usuller belirlenmiştir. Bugün hastanelerde hasta hakları birimleri mevcuttur (Tengilimoğlu 2013). Hasta hakları sorunların zamanında çözümünü sağlayarak, hastaların şikayet ve önerilerini değerlendirerek hizmet kalitesinin artırılmasına yardımcı olmaktadır.

2.15.12. Ekonomik Nedenler

Hastalar hizmetin alıcı konumundadırlar. Sağlık, kişilerin hayatında öncelikli bir konu olduğu için, hastalar ekonomik koşullar nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerde sunulan hizmetlere oranla daha dikkatli davranmaktadırlar. Seçimlerini daha ciddi yapıp, ödeyecekleri ücretin karşılığını beklerler (Onur 2007).

2.15.13. Pazarlama

Sağlık hizmetleri diğer hizmetlerden farklıdır kendine has zorlukları vardır. Hastaneler pazarlama olarak özellikle hasta memnuniyetini ve hasta sadakatini arttırmaya, korumaya ve geliştirmeye yönelik olarak uygulanan, mevcut müşterileri elde tutmayı, onlarla ilişkileri geliştirmeyi ve daha fazla hasta potansiyeline sahip olmayı hedefleyen adımlar atmıştır.

Tüm hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de hasta sayısının artması ve pazar payının yükselmesinde hasta (müşteri) memnuniyeti önem arz etmektedir. Hastalar memnun oldukları müddetçe aynı kurumu tercih ederler bir sonraki rahatsızlıklarında tekrar aynı kurumu kullanırlar. Sağlık merkezleri ile alakalı olumlu geribildirimler, düşünceler, memnuniyetler ya da memnuniyetsizlikler yayıldıkça kurumla ilgili düşünceler hasta potansiyelini etkileyecektir (Akbaş 2014).

2.15.14. Etkililik

Burada da Hizmet alanının hizmeti algılama biçimi önemlidir. Eğer hasta almış olduğu tedavi hizmetinden memnunsa, iyileşmek için tedavi süresince kendisinden yapılması istenen şeyleri yerine getirecektir. Aldığı hizmetten memnun olan hastaların tedavileri aşamasında olumlu davranışlar sergileyerek, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine titizlikle uyarlar. Memnun edilen hastalar tedavi sürecinde daha olumlu davranışlar sergilemektedir. Memnun hastalar hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine daha çok uymaktadırlar. Verilen ilaçları veya tedaviyle ilgili önerileri titizlikle yerine getirmektedirler (Yurtsever 2015).

2.16. Hasta Memnuniyetinin Ölçümü

Sağlık hizmetlerinde, hastaların karar verme sürecine ve bakım - tedavi aşamalarında sürece katılımlarını destekleyen modeller gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hastalıkla ilgili ayrıntılar kadar hastalığa sahip kişinin duygu ve düşüncelerinin de ön planda tutulması gerekmektedir. Hastaların fikirlerini öğrenmenin en iyi yolu ise bu amaçla hazırlanmış sistematik değerlendirme araçlarını kullanmaktır (Onur 2007).

Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle tüm hizmetlerde geleceğe dönük yatırımlar artmaya ve gelişmeye başlamıştır. Gelişmişlik göstergelerinden birisi de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Sağlık hizmeti kalitesinde hasta memnuniyeti ile yakından ilgilidir (Şahin 2013).

Hasta memnuniyet araştırmaları, etkin sağlık hizmeti üretim sürecinin hem uyarıcısı hem de sonucudur. Hastaların memnuniyetlerinin ölçülmesi anketler aracılığı ile sağlanabilmektedir. Hasta memnuniyet düzeyinin belirleyicilerindeki farklılıklar, memnuniyetin ölçümünde uluslararası geçerliliğe sahip standart bir ölçek kullanılması gerektiğini doğurmuştur (Mollahaliloğlu 2010).

Onur (2007) yapmış olduğu çalışmada, “Günümüzdeki tüketicileri, toplumlarda eğitim düzeyinin artması ve özel sağlık sigortalarının yaygınlaşmasıyla, daha bilgili ve verilen hizmeti eleştiren bir tüketici modelinin ortaya çıkmaya başladığını belirtmekte ve günümüzde artık hastaların giderek artan bir şekilde kendi sağlık bakımına katılmak ve karar verme sürecinde kendi durumlarının ne olduğunu öğrenmek, tanılarını anlamak istediklerini ifade etmektedir. Bundan dolayı verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesi yalnızca sağlık ekibinin tanımladığı ve belirlediği boyutu aşan bir nitelik gösterdiğini bu bağlamda, Hasta memnuniyetinin, bireyin geçmiş deneyimlerinin gelecekte beklentileri ile birleştirip daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek açısından bir kavram olarak değerlendirilebileceğini belirtmektedir.” şeklinde belirtmiştir. “Hastaların sunulan hizmetler hakkında bildirdiği şikâyetler, öneriler iyileştirmeler yapılmasında önemli bir fırsattır. Problemin bilinmesi, hastayla birebir iletişim kurulması ve hastanın yakından takip edilip hızlı ve etkin çözümün sağlanması sonucunda, hasta gördüğü bu ilgiden memnun kalıp, geçmiş deneyimindeki bu memnuniyeti çevresine bahsedecektir. Hastanın

bir sonraki ihtiyaç duyduğunda yine aynı yeri seçmesini sağlayacaktır.” şeklinde devam etmiştir.

“Günümüz tüketicilerinin memnun oldukları hizmetler zamanla değişiklik gösterebilmektedir ve tüketiciler şu anda sunulan hizmetten memnun oldukları kadar ileride memnun olamayabileceklerdir. Bu noktada memnuniyet ile hizmet kalitesi birbiri ile yakın ilişkili kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna göre hizmet kalitesi çoğunlukla hizmet bileşenlerine bağlı olarak değişmektedir. Hizmet kalitesi; tüketicilerin satın aldıkları ürünün erişilebilirliği, güvenliği, yanıt verilebilirliği, empati yeteneği ve somut niteliği ile ilgilidir. Hizmet kalitesinin ölçümünde Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1988) tarafından geliştirilen SERVQUAL hizmet kalitesi ölçeğinin toplam beş boyutu kullanılmaktadır. Bu boyutlar; fiziksel görünüm, güvenilirlik, güven, yanıt verilebilirlik, empatidir. Bu ölçeği sağlık hizmetlerine adapte eden Cronin ve Taylor (1994) SERVQUAL modeline benzer özellikleri olan SERVPERF modeli isminde, sağlıkta hizmet kalitesini ölçen bir ölçek geliştirmişlerdir.”(Şahin 2013). Servperf çeşitli hizmet sektörlerinde uygulanan güvenilirliği test edilmiş ölçeklerden biridir. Bu model sağlık hizmetlerine uygulanarak hastaların hastanenin verdikleri hizmetlerin kalitesine yönelik düşünceleri öğrenilmiştir.

2.17. Palyatif Bakım Hemşireliği ve Palyatif Bakım Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti

Günümüzde tedavisi mümkün olmayan ya da kronik tip hastalığa sahip olan hastaların ve ailelerinin sağlık bakım gereksinimlerinin giderilmesinde çok yönlü girişimlere ihtiyaç duyulduğu bilinmektedir. Hastaların özellikle ağrı ve diğer semptomlarının kontrol altına alınması, psiko-sosyal ve spiritüel ihtiyaçlarının giderilmesi ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi esas amaçlardandır. Ayrıca Türkiye kültürel yapısı gereği hastanın bakımında temel sorumlulukları olan bakım verici aile üyelerin psiko-sosyal, spiritüel ve fiziksel ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Özçelik ve Fadiloğlu 2014).

Hemşireler, hasta ile en sık iletişime geçen palyatif bakım ekip üyesidir. Palyatif bakımda hemşirenin uzmanlığı; hasta için emosyonel destek sağlama ve fiziksel ihtiyaçların karşılanması, hasta ve aile eğitimi, semptom yönetimi ve hastanın içinde

bulunduğu ortamın kontrol kaybını azaltmak için girişimde bulunmada kritiktir. Hemşirelerin palyatif bakımda hasta ve ailesini sağlık bakım hizmetleri ve diğer disiplinlere yönlendirebilme gibi koordinasyon görevi de bulunmaktadır. Ayrıca hemşireler bir çok ortamda, palyatif bakım konusunda toplum ve gönüllü eğitimini sağlamada önemli bir rol oynarlar. Hasta ve ailesi ile işbirliği içinde bir bakım planlamalıdır (Elçigil 2012). Hemşire hastanın psikosoyal sorunlarının farkında olmalıdır. Hasta ve ailesinin hastalığın duygusal yönü ile başetmesine yardımcı olmalıdır. Hasta ve ailesinin ölüme ilişkin kültürel ve dini değerlerini, duygu ve davranışlarını değerlendirmelidir. Hastanın kültürel ve dini inançlarını ve uygulamalarını bilmeli ve buna saygı duymalıdır. Hemşire hasta ve ailesi ile iyi bir iletişim kurmalıdır. Hemşire hastayla dürüst ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak güven duymalarını sağlamalıdır (www. nationalconsensusproject.org.). Özetle palyatif bakım ekibinde yer alan hemşireler direkt bakım verici, bakımı koordine edici, eğitici ve danışman rolleri yanı sıra, palyatif bakım ile ilgili araştırmaları yürütücü rollerini uygulamaktadırlar (Fadıloğlu 2006).

Hemşirelik bakım memnuniyeti, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini değerlendirmeyi sağlayan önemli bir göstergedir. Hastanın hastanede kaldığı süreç içinde en sık iletişim kurduğu sağlık personeli hemşiredir. Hastaların hemşirelik hizmetlerini algılama düzeyleri geniş ölçüde hastanın sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine, kültürel geçmişine ve etnik yapısına bağlı olsa da, hemşirenin sunduğu destek, hemşirelerin gösterdiği saygı, onlara karşı kibar davranmaları, sorularına açık ve net yanıt vermeleri, hastaların her zaman hemşireye ulaşabilmesi memnuniyet için önemli göstergelerdir. Bu nedenle palyatif bakım kliniğinde yatan hasta memnuniyetinin temelini hasta beklentileri ve hasta-hemşire arasındaki iletişim ile hastayı bilgilendirme oluşturur. Palyatif bakım kliniklerinde hasta memnuniyetinin düzenli olarak geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi, hastalar tarafından algılanan kalitenin düzeyini izleme ve sonuçlar doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında hasta beklentilerine yönelik gerekli düzenlemelerin yapılmasına olanak sağlayarak hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yükseltmede etkili olacaktır (Köşgeroğlu, Acat ve Karatepe 2005). Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyetiyle alakalı yapılmış bir çalışmaya rastlanmasa da, konuyla alakalı görülen birkaç çalışma göze çarpmıştır.

Vural (2013) yapmış olduğu çalışmasında, toplam 80 kanser hastasına kemoterapi tedavisi alırken, Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğini

uygulamış ve hastaların %80'inin memnuniyet puanları, ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Vural çalışmasının sonucunda özellikle; tedavi esnasında hemşirenin hastaya verdiği iyi bir eğitim ve bilgilendirmenin hastanın anksiyetesini azalttığını böylelikle hemşirelik bakım memnuniyet düzeyinin yükselebileceğini savunmuştur.

Geçgil, Dündar ve Şahin (2008) yapmış oldukları çalışmaya göre; kliniklere göre hastaların memnuniyet düzeylerini NHBÖ ile incelemiş ve kronik hastalıklara sahip dahili klinik hastalarının diğer klinik hastalarına göre memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur.

Akbaş (2014) çalışmasında onkoloji hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini ölçmüş ve hemşirelik bakımında hasta odaklı, kuvvetli ve net iletişim kurulmasıyla, hastane fiziksel koşullarının iyi olmasıyla hastaların memnuniyet düzeylerinin yükselebileceğinden bahsetmiştir.

Özgül (2012) yapmış olduğu çalışmada Türkiye' de uygulanmaya başlanan toplum tabanlı palyatif bakım modelinin başarılı olduğunu, hastaların gereksinim duyduğu hizmeti sağladığını fakat daha da geliştirilerek hasta memnuniyetinin olumlu etkileneceğini belirtmiştir. Akyüz (2014) yapmış olduğu çalışmada, palyatif bakım merkezine sahip sağlık kurumlarında 472 tedavi alan kanser hastasının hastane ve hastane personelinde memnuniyet düzeylerinin, palyatif bakım merkezi bulunmayan sağlık kurumlarında tedavi gören hastalardan daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Palyatif bakım merkezinde tedavi gören hastalar tedavi gördükleri sağlık kurumunu değiştirmeyi düşünmediği, tedavi süresince tıbbi desteğin yanında psikolojik destek de almak istediğini belirtilmiştir. Yani hastalar palyatif bakım servislerinden memnun kalarak ev ortamına tercih etmeye başlamışlardır.

Sen-Gupta ve Higginson, İngiltere' de yapılmış 18 araştırmayı tanımlayan mevcut literatürün sistematik bir eleştirisini yapmış ve sonuçta terminal bakım ve ölüm için hastaların %50'sinden fazlası ve hospislerde yatan hastalar için en çok tercih edilen ikinci mekan olarak evi seçtikleri sonucuna ulaşmışlardır. İngiltere' de yapılan bir araştırmaya göre var olan şartlarda ölüm yeri olarak ölümcül kanser olan (84 kişilik bir grup) 59 hastadan 34' ü (%58) evi, 12 'si (%20) hospisi ve 12'si (%20) hastaneyi seçmiştir. Hospislerdeki hasta memnuniyetinin artmasıyla birlikte evde ölüm önemli oranda, %58' den %49' a düşmüş, hastane ve hospis için bir miktar, %20-24, artmıştır.

3. MATERYAL VE METHOD

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Ankara il merkezinde palyatif bakım kliniği bulunan hastanelerde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin ve bu memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel (Ankara il merkezinde) bir çalışma olarak yapıldı.

3.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma, Ankara il merkezinde bulunan Kamu Hastaneler Birliğine bağlı bulunan iki devlet hastanesinde 3 Ekim 2016 – 16 Ocak 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara il merkezinde Palyatif Bakım Kliniği bulunan dört devlet hastanesinde görev alan hemşireler ve bu kliniklerde en az 2 gündür yatmakta olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini oluşturan hastaneler yatak sayısı ve çalışan hemşire sayılarıyla şöyledir:

1. Ulus Devlet Hastanesi – 27 yataklı – 21 hemşire
2. Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi – 24 yataklı – 11 hemşire
3. Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi – 22 yataklı – 16 hemşire
4. Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi- 4 yataklı – 5 hemşire

Araştırmanın evreninde olmasına rağmen, başvuru hastane etik kuruldan geçilememesi sebebiyle, Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Ceza ve İnfaz Kurumları Kampüs Devlet Hastanesi'nde çalışma yürütülemedi.

Araştırmanın örneklemini ise, yukarıda belirtilen Ulus Devlet Hastanesi ve Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif kliniklerinde 25 Ekim 2016 – 25 Aralık 2016 tarihleri arasında yatan 154 hasta ve kliniklerde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Bu hastaneler kendi içinde A ve B hastanesi olarak kodlanmış, bulgular ve tartışma bu şekilde sunulmuştur. Araştırma için %80 güç ve %95 güvenilirlikle örneklem hesaplaması yapılmış ve 102 hasta sonucuna ulaşılmıştır.

Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde bulunan palyatif bakım kliniği 2014 yılında açılmış olup, ayaktan ve yatarak palyatif bakım gereksinimi olan hastalara hizmet vermektedir. Toplam 24 yatak sayısına sahip olan kliniğin tek kişilik ve çift kişilik hasta odaları bulunmaktadır. Her odada banyo, tuvalet, televizyon, paravan ve buzdolabı bulunmaktadır. Klinikte yatan hastaların sahip oldukları tanılar çoğunlukla KOAH ve akciğer kanseri olmak üzere diyabet, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliğidir. Klinikte çalışan hemşire sayısı 11' dir.

Ulus Devlet Hastanesi

Ulus Devlet Hastanesi' nde bulunan palyatif bakım kliniği 2012 yılında açılmış olup, ayaktan ve yatarak palyatif bakım gereksinimi olan hastalara hizmet vermektedir. Toplam 27 yatağa sahip olan klinikte yatan hastaların sahip olduğu tanılar genellikle tansiyon, diyabet, kanser, nörolojik hastalıklar, ileri dönem organ yetmezlikleridir. Hasta odaları tek kişilik olup refakatçiler için de yatak bulunmaktadır. Tüm hasta odalarında hemşire çağırma butonu, televizyon, buzdolabı, klima, dolaplar, banyo, tuvalet, otomatik açılır kapılar, telefon, anti dekübitüs yatak, hasta başı monitörler, hasta başı termometre ve el dezenfektanı bulunmaktadır. Klinikte çalışan hemşire sayısı 21' dir.

3.4. Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri

3.4.1. Hemşire İçin Dahil Olma Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Palyatif Bakım Kliniğinde hemşire olarak çalışmaktır.

3.4.2. Hasta İçin Dahil Olma Kriterleri

- Palyatif Bakım Kliniğinde en az iki gün yatan hasta olmak,
- Hasta ile sözlü iletişim kurulabilmek,
- Hastanın şiddetli ağrısının olmaması,
- Okuryazar olmaktır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Çalışma için veriler toplanırken, çalışan hemşireler ve yatan hastalar için bilgi formu kullanılmıştır. (Bknz EK. 2) yatan hastaların hemşirelik bakım memnuniyetini belirlemek için ise Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği kullanılmıştır.(Bknz EK. 1)

3.5.1.1. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği

Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ): Hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımını değerlendirmek amacıyla, 1995 yılında Thomas ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Uzun tarafından 2003 yılında, Akın ve Erdoğan tarafından 2007 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan ölçeğin Türkçe uyarlamasında Chronbach's Alpha değeri $r = 0,94$ olarak oldukça güvenilir bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbanch's Alpha değeri 98.9 bulunmuştur.

NHBÖ, hemşirelik bakımını içeren, toplam 19 maddelik soru içeren 5' li likert tipi bir ölçektir. Hemşirelik hizmetini memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan puanlamada; "1. Hiç memnun değilim, 2. Nadiren memnunum, 3. Memnunum, 4.Çok memnunum, 5.Tamamen memnunum" ifadeleri yer almaktadır. Puan değerlendirmede ölçekte yer alan tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra, 100'e dönüştürülerek, 0-100 puan arası puanlama yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hastanın hemşirelik bakım hizmetlerinden tüm boyutlarıyla memnun olduğunu göstermektedir (Uzun 2003). Bu ölçekte, hemşirelerin davranışları ve gerektiğinde hazır bulunmaları, hastalara bireysel olarak yapılan tedavinin derecesi, dürüstlük ve açık sözlülük, güven ve bilgi

verme gibi hastalar tarafından algılanan kaliteli hemşirelik bakımı ile ilgili tanımlanan önemli kavramlara yer verilmiştir.

NHBMÖ; hasta odaları klinikler, klinik yöneticileri ve hastaneler arasında, hastaların deneyimlerini, yaşadıklarını ve memnuniyet durumlarını karşılaştırmak, standartları denetlemek ve hemşirelik bakımından sonra varsayılan gelişmeleri değerlendirmek amacıyla kullanılacak bir ölçüm aracıdır. Ölçek, bireylerin kendi kendilerine uygulayabileceği özelliktedir. Okuryazar olan yetişkinlere uygulanabilmektedir (Uzun 2003).

Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılım özelliği sergileyip sergilemediğini test etmek için normalite testi (One-Sample Kolomogorov-Smirnov Testi) yapılmıştır. Bu testin serbestlik değeri 154, z değeri 0,211 ve p değeri 0,000 bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği'nden elde edilen veriler normal dağılım özelliği sergilemediği görülmüştür. Bu sonuca göre verilen analizinde non-parametrik teknikler kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında "Mann Whitney U Testi" tekniği, üç ve üçten fazla grupların karşılaştırılmasında ise "Kruskal-Wallis H Testi" tekniği kullanılmıştır. "Kruskal Wallis H Testi" sonuçları anlamlı çıktığında ise hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar vardır sorusunun test etmek içinde "Mann Whitney U Testi" tekniği kullanılmıştır.

3.5.1.2. Bilgi Formu

Araştırmada kullanılacak Bilgi Formu güncel literatür bilgilerinden yararlanarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Bu form palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin, yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun olduğu okul, meslek yılı, klinikte çalışma süresi ve daha önce deneyimi olduğu klinikleri içeren sorulardan oluşmaktadır. Palyatif bakım alan yatan hastaların ise yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, mesleği, sağlık güvencesi, hastanede yatma süresi, kronik hastalığı, alışkanlıkları içeren sorulardan oluşmaktadır.

Hasta bilgi formlarında yer alan bağımsız, yarı bağımlı ve tam bağımlı kriterleri şu şekilde değerlendirilmiştir:

- *Bağımsız*: Hasta günlük yaşam aktivitesi (GYA)'nde kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite ve transfer, hareket edebilme ve yürüme, iletişim ve sosyal algılama yönlerinin hepsini gerçekleştirebilir.
- *Yarı Bağımlı*: Hasta GYA' da kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite ve transfer, hareket edebilme ve yürüme, iletişim ve sosyal algılama yönlerinden sadece 2 veya 3 ünü yardım almadan gerçekleştirebilir.
- *Tam Bağımlı*: Hasta GYA' da kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite ve transfer, hareket edebilme ve yürüme, iletişim ve sosyal algılama yönlerinden en az üçünü hiç yerine getiremez (Kaya 2005).

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Öncelikle araştırmaya dahil edilen hemşirelerle yüz yüze görüşme yöntemi ile onam alındıktan sonra bilgilendirme formu doldurulmuştur. Hastalar ve yakınları ile öncelikle tanışma görüşmesi yapılarak güven ilişkisi kurulmuştur. Sonrasında hastalarla bilgi formu ve Newcastle Memnuniyet Ölçeği doldurularak veriler toplanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerini içeren verileri, memnuniyet konularının etkenlerine yönelik karşılaştırma ve değerlendirilmesinde; yanıtıcı verileri önlemek amacıyla yüz yüze soru cevap yöntemi şeklinde uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS v.21 İstatistik paket programı kullanılmıştır. Verilen cevaplar istatistik paket programı kullanılarak bilgisayara yüklenmiştir. Verilerin analizinde t-testi, parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise "Mann Whitney -U Testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Frekans analizleri ile kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar parametrik ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve $p < 0,01$ ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu' ndan etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yapıldığı Ulus Devlet Hastanesi ve Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nin bağlı olduğu 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği genel sekreterliğinden izin alınmıştır. NEWCASTLE Memnuniyet Ölçeğini kullanmak için Prof. Dr. Özge UZUN' dan izin alınmıştır. Örneklemi oluşturan hemşirelere ve hastalara çalışmanın amacı, araştırmaya katılmanın gönüllülük içi olduğu açıklanarak yazılı onam alınmıştır. Tüm izinler alınarak Helsinki Bildirgesi temel alınarak çalışmaya başlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evreninde olmasına rağmen, başvurulan hastane etik kurullarından onay alınamaması sebebiyle, planlanan iki hastanede çalışma yürütülememiştir.

4. BULGULAR

Araştırmada, hastalardan veri toplama aracı olarak kullanılan anket iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımda, hastaların demografik ve hastalık özelliklerine ait bilgiler toplanmıştır. Hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ölçülmüştür. İkinci bölümde, palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin özellikleri incelenmiştir.

Tablo 4: Araştırmada kullanılan ölçeğe ait betimsel istatistik sonuçları

Ölçekler	Toplam Puan	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Max Puan	Min Puan
Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği	12949,0	84,0	16,8	100,00	34,70

Tablo 4' te görüldüğü gibi hastaların hemşirelik bakım memnuniyet ortalamaları 84,0' dır. Hemşirelik bakım memnuniyet düzeyi en yüksek 100,00 tam puan iken, en düşük ise 34,70 olarak bulunmuştur.

4.1.Hastalarla ilgili özellikler

Tablo 5: Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara ait tanıtıcı özellikleri (n= 154)

Tanıtıcı Özellikler	Frekans	Yüzde
Yaş		
18 - 34 yaş arası	10	6,5
35 - 64 yaş arası	61	39,6
65 yaş ve üstü	83	53,9
Cinsiyet		
Erkek	82	53,2
Kadın	72	46,8
Medeni Durum		
Evli	123	79,9
Bekar	31	20,1
Eğitim Durumu		
Okuryazar	23	14,9
İlkokul	59	38,3
Ortaöğretim	49	31,8
Üniversite	23	14,9
Yaşanılan İl		
Ankara	112	72,7
Ankara il dışı	42	27,3
Doğum yeri		
İç Anadolu Bölgesi	84	54,5
Marmara-Karadeniz Bölgesi	30	19,5
Ege-Akdeniz Bölgesi	26	16,9
Doğu-Güneydoğu Bölgesi	14	9,1
Meslek		
Emekli	51	33,1
Ev Hanımı	65	42,2
Serbest Meslek	17	11,0
Devlet Memuru	21	13,6
Sahip Olunan Çocuk Sayısı		
Çocuk Yok	10	6,5
Bir Çocuk	9	5,8
İki Çocuk	34	22,1
Üç Çocuk	59	38,3
Dört Çocuk Ve Üstü	42	27,3
Kiminle Yaşıyorsunuz		
Sadece Eşimle Kendi Evimde Yaşıyorum	52	33,8
Evimde Eşim Ve Çocuklarla Yaşıyorum	49	31,8
Çocuğumun Evinde (Gelin, Damat vb) Yaşıyorum	34	22,1
Diğer	19	12,3
Gelir durumu		
İyi	18	11,7
Orta	114	74,0
Kötü	22	14,3
Toplam	154	100

Tablo 5’ te görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların çoğunluğu (% 53,9) 65 yaş ve üstündedir. Araştırmaya katılan hastaların erkek ve kadın cinsiyet yüzdeleri birbirine çok yakındır. Yine araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların çoğu (n=123) evlidir.

Araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların eğitim düzeyi çoğunluk olarak (%59) ilkokul düzeyidir, hastaların %72,7’ si Ankara’ da yaşamaktadır ve hastaların %54,5’inin memleketi İç Anadolu Bölgesindedir. Yine araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların % 33,1’ i emekli, % 42,2’ si ev hanımıdır. Araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların çoğu sadece eşim ile kendi evimde yaşıyorum ve evimde eşim ve çocuklarım ile yaşamaktayım şeklinde ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan % 74,0’ünün gelir durumu orta seviyededir.

Tablo 5 (Devam): Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara ait tanıtıcı özellikleri (n= 154)

Tanıtıcı Özellikler	Frekans	Yüzde
Bağımlılık Durumu		
<i>Bağımsız</i>	74	48,1
<i>Yarı Bağımlı</i>	66	42,9
<i>Tam Bağımlı</i>	14	9,1
Sağlık Güvencesi Durumu		
<i>Var</i>	146	94,8
<i>Yok</i>	8	5,2
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		
<i>Evet</i>	100	64,9
<i>Hayır</i>	54	35,1
Yattığı Bölüm Durumu		
<i>Daha Önce Hastanede Yatmadım</i>	54	35,1
<i>Dâhili Birimlerde Yattım</i>	68	44,2
<i>Cerrahi Birimlerde Yattım</i>	19	12,3
<i>Hem Cerrahi Hem Dâhili Birimlerde Yattım</i>	13	8,4
Palyatif Bakım Kliniğinde Yatış Süresi		
<i>1-6 Gün Arası</i>	57	37,0
<i>1 - 4 Hafta</i>	62	40,3
<i>5 Hafta Ve Üstü</i>	35	22,7
Sigara Alkol Kullanım Durumu		
<i>Sigara Alkol Kullanmıyorum</i>	66	42,9
<i>Sigara Kullanıyorum</i>	69	44,8
<i>Sigara Ve Alkol Kullanıyorum</i>	19	12,3
Sahip Olunan Kronik Hastalık Sayısı		
<i>Bir Hastalık</i>	74	48,1
<i>İki ve Daha Fazla Hastalık</i>	80	51,9
Refakatçi Durumu		
<i>Var</i>	149	96,8
<i>Yok</i>	5	3,2
Refakatçinin Durumu		
<i>Eşim</i>	56	36,4
<i>Kızım, Oğlum</i>	62	40,3
<i>Akrabam</i>	18	11,7
<i>Bakıcı</i>	13	11,6
Kalınan Odada ki Hasta Sayısı		
<i>Tek Kalıyorum</i>	99	64,3
<i>İki Hasta Kalıyoruz</i>	55	35,7
Toplam	154	100,0

Tablo 5' te görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların tamamına yakınına bağımsız ve yarı bağımlı tip hastalar oluşturmaktadır. Yine araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların % 94,8' inin sağlık güvencesi vardır. Yine araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların % 66,2' sinin daha önce hastaneye yatma tecrübesi bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların % 48,1' i sigara ve alkol kullanmazken, % 44,8' i sigara kullanmaktadır. Araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların birçoğunun (%96,8) refakatçisi vardır ve bu refakatçiler genellikle hastaların eşi, oğlu veya kızıdır. Yine araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların % 64,3' ü tek kişilik odalarda kalmaktadır.

4.2.Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının incelenmesi

Kişisel bilgi formundan elde edilen bilgiler ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırmanın bir başka amacı da bilgi formundaki “ cinsiyet, medeni durum, yaşanılan il, sağlık güvencesi durumu, daha önceden hastaneye yatma durumu, sahip olunan kronik hastalık sayısı, refakatçi durumu, kalınan odada ki hasta sayısı ” gibi ikili süreksiz değişkenler ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet ölçeği puanlarını karşılaştırmaktır. Bu amacı test etmek için ilişkisiz grup t-testinin non parametrik karşılığı olan mann whitney u testi tekniği kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar tablolar halinde aşağıda verilmiştir.

Tablo 6: Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara ait bazı değişkenlere göre Newcastle hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği puan ortalamaları (N=154)

Özellikler		n	X	ss	İstatistiksel Analiz
Cinsiyet					U* değeri: 2607,0 p değeri: ,198 <i>p>.05</i>
a	<i>Erkek</i>	82	82,2	17,7	
b	<i>Kadın</i>	72	86,1	15,5	
Medeni Durum					U değeri: 1696,5 p değeri: ,330 <i>p>.05</i>
a	<i>Evlü</i>	123	83,8	16,1	
b	<i>Bekar</i>	31	84,9	19,4	
Yaşanılan İl					U değeri: 2168,5 p değeri: ,443 <i>p>.05</i>
a	<i>Ankara</i>	112	83,1	17,6	
b	<i>Ankara Dışı</i>	42	86,4	14,4	
Sağlık Güvencesi Durumu					U değeri: 385,0 p değeri: ,095 <i>p>.05</i>
a	<i>Var</i>	146	84,6	16,7	
b	<i>Yok</i>	8	74,2	16,6	
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu					U değeri: 2612,0 p değeri: ,875 <i>p>.05</i>
a	<i>Evet</i>	102	83,9	16,9	
b	<i>Hayır</i>	52	84,3	16,8	
Sahip Olunan Kronik Hastalık Sayısı					U değeri: 2769,5 p değeri: ,478 <i>p>.05</i>
a	<i>Bir Hastalık</i>	74	82,7	18,2	
b	<i>İki Hastalık</i>	80	85,3	15,4	
Refakatçi Durumu					U değeri: 369,5 p değeri: ,975 <i>p>.05</i>
a	<i>Var</i>	149	84,2	16,3	
b	<i>Yok</i>	5	77,8	31,1	
Kalınan Odada ki Hasta Sayısı					U değeri: 2402,5 p değeri: ,214 <i>p>.05</i>
a	<i>Tek Kalıyorum</i>	99	82,5	17,7	
b	<i>İki Hasta ve Üstü</i>	55	86,8	14,8	

* Mann Whitney U Testi

Tablo 6' da görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarının palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların "cinsiyet, medeni durum, yaşanılan il, sağlık güvencesi durumu, daha önceden hastaneye yatma durumu, sahip olunan kronik hastalık sayısı, refakatçi durumu, kalınan odada ki hasta sayısı" değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan manny whitney u testi sonuçlarına göre; "cinsiyet, medeni durum, yaşanılan il, sağlık güvencesi durumu, daha önceden hastaneye yatma durumu, sahip olunan kronik hastalık sayısı, refakatçi durumu, kalınan odada ki hasta sayısı" gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Kişisel bilgi formundan elde edilen bilgiler ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet ölçeği puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır.

a- Araştırmanın bir başka amacı da bilgi formundaki “ yaş, eğitim durumu, doğum yeri, meslek, çocuk sahibi olma durumu, kiminle yaşadığı durumu, gelir durumu ve bağımlılık durumu” gibi üç ve üstü gruplara sahip süreksiz değişkenler ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarını karşılaştırmaktır.

Bu amacı test etmek için tek yönlü varyans analizinin non parametrik karşılığı olan kruskal Wallis H testi tekniği kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar tablolar halinde aşağıda verilmiştir.

Tablo 7: Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara ait bazı değişkenlere göre Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları (n=154)

Özellikler		n	x	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Yaş					$X^{2**} = 4,05$ $Sd = 2$ $p \text{ değeri} = ,131$ $P > .05$
a	18 - 34 yaş arası	10	91,8	13,2	
b	35 - 64 yaş arası	61	85,6	16,5	
c	65 yaş ve üstü	83	82,0	17,1	
Fark Sonuçları					a>c - c>b
Eğitim Durumu					$X^2:4,12$ $Sd:3$ $p \text{ değeri}:248$ $P>.05$
a	Okuryazar	23	81,0	14,9	
b	İlkokul	59	86,3	16,6	
c	Ortaöğretim	49	84,1	17,3	
d	Üniversite	23	81,1	18,2	
Fark Sonuçları					---
Doğum Yeri					$X^2:3,64$ $Sd:3$ $p \text{ değeri}:302$ $P>.05$
a	İç Anadolu Bölgesi	84	85,6	15,1	
b	Marmara-Karadeniz Bölgesi	30	86,0	18,0	
c	Ege-Akdeniz Bölgesi	26	80,6	16,2	
d	Doğu-Güneydoğu Bölgesi	14	76,7	23,1	
Fark Sonuçları					---
Meslek					$X^2:2,75$ $Sd:3$ $p \text{ değeri}:512$ $P>.05$
a	Emekli	51	82,0	16,3	
b	Ev Hanımı	65	86,7	14,6	
c	Serbest Meslek	17	80,9	22,0	
d	Devlet Memuru	21	83,5	19,7	
Fark Sonuçları					---
Çocuk sahibi olma durumu					$X^2:2,27$ $Sd:4$ $p \text{ değeri}:686$ $P>.05$
a	Çocuk Yok	10	90,9	14,5	
b	Bir Çocuk	9	85,0	17,2	
c	İki Çocuk	34	82,6	19,2	
d	Üç Çocuk	59	84,4	15,9	
e	Dört Çocuk Ve Üstü	42	82,8	16,8	
Fark Sonuçları					---
Kiminle Yaşadığı Durumu					$X^2:2,30$ $Sd:3$ $p \text{ değeri}:511$ $P>.05$
a	Sadece Eşimle Kendi Evimde Yaşıyorum	52	83,1	17,0	
b	Evimde Eşim Ve Çocuklarla Yaşıyorum	49	83,6	15,7	
c	Çocuğumun Evinde (Gelin, Damat vb) Yaşy.	34	83,2	17,8	
d	Diğer (Huzurevi vb.)	19	89,2	17,4	
Fark Sonuçları					---
Gelir Durumu					$X^2 = 1,28$ $Sd = 2$ $p \text{ değeri} = ,527$ $P > .05$
a	İyi	18	81,8	17,2	
b	Orta	114	83,9	17,1	
c	Kötü	22	86,8	15,3	
Fark Sonuçları					---

**Kruskal Wallis - H Testi

Tablo 7’ de görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarının hastaların “yaş, eğitim durumu, doğum yeri, meslek, çocuk sahibi olma durumu, kiminle yaşadığı durumu ve gelir durumu” değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçlarına göre; “yaş, eğitim durumu, doğum yeri, meslek, çocuk sahibi olma durumu, kiminle yaşadığı durumu ve gelir durumu” gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

b- Araştırmanın bir başka amacı da bilgi formundaki “bağımlılık durumu, yattığı bölüm, palyatif kliniğinde yatış süresi, sigara ve alkol kullanım durumu ve refakatçi durumu” gibi üç ve üstü gruplara sahip süreksiz değişkenler ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet ölçeği puanlarını karşılaştırmaktır.

Bu amacı test etmek için tek yönlü varyans analizinin non parametrik karşılığı olan kruskal Wallis H testi tekniği kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar tablolar halinde aşağıda verilmiştir.

Tablo 7 (devam) : Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara ait bazı değişkenlere göre Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları (n=154)

Özellikler		n	Sıra Ort.	İstatistiksel Analiz
Bağımlılık Durumu				X ² **:10,96 Sd:2 p değeri:,000 P<.05
a	Bağımsız	74	80,0	
b	Yarı Bağımlı	66	67,9	
c	Tam Bağımlı	14	109,2	
Fark Sonuçları				c>a – c>b
Hastanede Yatma Durumu				X ² :7,13 Sd:2 p değeri:,047 P<.05
a	Daha Önce Hastanede Yatmadım	54	67,06	
b	Daha Önce Hastanede Yattım	100	85,65	
Fark Sonuçları				
Palyatif Bakım Kliniğinde Yatış Süresi				X ² :7,16 Sd:2 p değeri:,028 P<.05
a	1-6 Gün Arası	57	75,56	
b	1 - 4 Hafta	62	69,91	
c	5 Hafta Ve Üstü	35	94,10	
Fark Sonuçları				a<c – b<c
Sigara Alkol Kullanım Durumu				X ² :1,33 Sd:2 p değeri:,513 P>.05
a	Sigara Alkol Kullanmıyorum.	66	77,06	
b	Sigara Kullanıyorum	69	80,62	
c	Sigara Ve Alkol Kullanıyorum	19	67,71	
Fark Sonuçları				---
Refakatçinin Durumu				X ² :1,78 Sd:3 p değeri:,618 P>.05
a	Eşim	56	80,17	
b	Kızım, Oğlum	62	72,40	
c	Akrabam	18	86,08	
d	Bakıcı	18	78,17	
Fark Sonuçları				---
Sahip Olduğu Hastalıklar				X ² :1,57 Sd:3 p değeri:,686 P>.05
a	Kardiyovasküler Hastalıklar	62	100,6	
b	Nörolojik Hastalıklar	37	88,43	
c	Onkolojik Hastalıklar	85	64,57	
d	Diğer (Diyabet ve Ankilozan Spondilit)	96	79,04	
Fark Sonuçları				---

** Kruskal Wallis - H Testi

Tablo 7’ de görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarının hastaların “bağımlılık durumu, yattığı bölüm, palyatif bakım kliniğinde yatış süresi, sigara ve alkol kullanım durumu, sahip olduğu hastalıklar ve refakatçi durumu” değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H testi sonuçlarına göre; “sigara-alkol kullanım durumu, sahip olduğu hastalıklar ve

refakatçi durumu” gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Bağımlılık Durumu Değişkenine Ait Sonuçlar:

Yine tablo 7’ de görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarının palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bağımlılık durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların bağımlılık durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=10,96$; $sd=2$; 000).

Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmıştır.

Analizlerin sonucunda farklılığın bağımlı olan hastalar ile tam bağımlı olan hasta (U: 316,0 – p: .016 – .05) grupları ve tam bağımlı olan hastalar ile yarı bağımlı hasta grupları arasındadır. (U:222,0 – p: .002 - .05).

Bu sonuca göre tam bağımlı olan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalarının Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanları diğer bağımsız ve yarı bağımsız hasta grubuna göre daha olumludur.

Daha Önceden Hastanede Yatma Durumu Değişkenine Ait Sonuçlar:

Yine tablo 7’ de görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarının palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların daha önceden hastanede yatma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların daha önceden hastanede yatma durumu gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=7,13$; $sd=2$; 047).

Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmıştır.

Bu sonuca göre daha önceden hastanede yatmış olan hastalarının Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanları, daha önceden hastanede yatmadım diyen hasta grubuna göre daha olumludur.

Palyatif Bakım Kliniğinde Yatış Süresi Durumu Değişkenine Ait Sonuçlar:

Yine tablo 7' de görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarının palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların palyatif bakım kliniğinde yatış süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis-H sonucunda palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların palyatif bakım kliniğinde yatış süresi gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=7,16$; $sd=2$; 028). Bu işlemin ardından Kruskal Wallis-H sonrası belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmıştır.

Analizlerin sonucunda farklılığın Palyatif Bakım Kliniğinde 1-6 gün arasında yatan hasta grubu ile 5 hafta ve üstü sürede yatan hasta (U: 764,5 – p: .049 – .05) grupları ve Palyatif Bakım Kliniğinde 1-4 hafta arasında yatan hasta grubu ile 5 hafta ve üstü sürede yatan hasta grupları arasındadır (U: 737,0 – p: .007 – .05). Bu sonuca göre Palyatif Bakım Kliniğinde 5 hafta ve üstü sürede yatan hastalarının Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanları palyatif bakım kliniğinde 1-6 gün ve 1-4 hafta arasında yatan hasta grubuna göre daha olumludur.

. 4.3. Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin özelliklerinin incelenmesi

Tablo 8: Palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin demografik ve çalışma özelliklerinin çalışılan hastanelere göre dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Çalışılan Hastane Durumu			
		A Hastanesi		B Hastanesi	
		f	%	f	%
Yaş	25 Yaş ve Altı	0	0,0	2	10,5
	26-30 Yaş Arası	3	37,5	10	52,6
	31 Yaş ve Üstü	5	62,5	7	36,8
	Toplam	8	100	19	100
Cinsiyet	Erkek	1	12,5	3	15,8
	Kadın	7	87,5	16	84,2
	Toplam	8	100	19	100
Medeni Durum	Evli	6	75,0	11	57,9
	Bekâr	2	25,0	8	42,1
	Toplam	8	100	19	100
Eğitim Durumu	Ön lisans	0	00	1	5,3
	Lisans	8	100	17	89,5
	Yüksek Lisans	0	00	1	5,3
	Toplam	8	100	19	100
Daha Önceden PB İle İlgili Eğitim Durumu	Hizmet İçi Eğitim Aldım	6	75,0	8	42,1
	Hizmet İçi+Konferans	2	25,0	5	26,3
	Hizmet İçi+Konf.+Sert.	0	00	5	26,3
	Hizmet İçi+Sertifika	0	00	1	5,3
	Toplam	8	100	19	100
P.B. Kendi İsteği İle Çalışma	Evet	3	37,5	10	52,6
	Hayır	5	62,5	9	47,4
	Toplam	8	100	19	100

Çapraz Tablo Karşılaştırması

Tablo 8' de görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları hastane değişkenine göre yaş dağılımlarına bakıldığında A hastanesindeki hemşirelerin çoğunluğu (%62,5) 31 yaş ve üstü iken, B hastanesindeki hemşirelerin çoğunluğu (52,6) 26-30 yaş arasındır.

Tablo 8' de görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları hastane değişkenine göre medeni durum dağılımlarına bakıldığında A hastanesinin % 75,0' i evli B hastanesinin % 57,9' u evlidir. A

hastanesindeki hemşirelerin % 100' ü lisans mezun iken B hastanesinin hemşirelerinin % 89,5'i lisans mezunudur. Daha önceden palyatif bakımı ile ilgili eğitim alma durumları dağılımlarına bakıldığında A hastanesindeki hemşirelerin % 75,0' i hizmet içi eğitim, % 25,0' i hizmet içi eğitim ile birlikte ilgili konferanslara katılmışken, B hastanesindeki hemşirelerin % 42,1' i hizmet içi eğitim alırken, % 26,3' ü hizmet içi eğitim ile birlikte ilgili konferanslara katılmış, % 26,3' ü hizmet içi eğitim ile birlikte ilgili konferansa katılmaları olmuştur. Palyatif kliniğinde kendi isteği ile çalışıp çalışmama durumu dağılımlarına bakıldığında A hastanesindeki palyatif kliniğinde çalışan hemşirelerin % 62,5' i ise kendi isteği dışında çalışırken B hastanesinde çalışan hemşirelerin ise % 52,6' sı kendi isteği ile çalışmaktadır.

Tablo 9: Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalara tedavi gördükleri hastane değişkeni ile Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puan ortalamaları (N=154)

Özellikler		n	X	ss	İstatistiksel Analiz
Cinsiyet					U* değeri: 2202,5 p değeri: ,050 $p \leq 05$
a	A Hastanesi	100	82,2	17,3	
b	B Hastanesi	54	87,4	15,3	

* Mann Whitney U Testi

Tablo 9' da görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet ölçeği puanı ile hastaların tedavi gördükleri hastane değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Manny Whitney U testi sonuçlarına göre; Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanları tedavi olunan hastane gruplarının sıralama ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yani farklı hastanelerde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (U:2202,5 – p: ,050).

Bu sonuca göre B hastanesindeki hastalar kendilerine verilen hemşirelik hizmetlerinden A hastanesindeki hastalardan daha memnundurlar. Bu sonuç aslında B

hastanesindeki hemşirelerin (bknz. hemşireler ile ilgili çapraz tablo sonuçları) palyatif bakım konusunda daha eğitimli oldukları ile de ilişkili olabilir.

Tablo 10: Palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin, çalıştıkları hastane değişkenine göre dağılımı

Değişkenler	Gruplar	Çalışılan Hastane Durumu			
		A Hastanesi		B Hastanesi	
		f	%	f	%
Sahip Olunan Çocuk Sayısı	<i>Çocuk yok</i>	5	62,5	11	57,9
	<i>Bir Çocuk</i>	1	12,5	4	21,1
	<i>İki Çocuk</i>	1	12,5	4	21,1
	<i>Üç Çocuk</i>	1	12,5	00	00,0
	Toplam	8	100	19	100
Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışma Süreniz	<i>6 ay ve altı</i>	0	00,0	6	31,6
	<i>6 ay üstü – 2 yıl</i>	5	62,5	3	15,8
	<i>2 yıl üzeri</i>	3	37,5	10	52,6
	Toplam	8	100	19	100
Meslekteki Yılınz	<i>5 yıl ve altı</i>	0	00,0	6	31,6
	<i>6-10 yıl arası</i>	5	62,5	7	36,8
	<i>11 yıl ve üzeri</i>	3	37,5	6	31,6
	Toplam	8	100	19	100
Önceki Çalıştığınız Birimdeki Çalışma Yılınz	<i>5 yıl ve altı</i>	2	25,0	13	68,4
	<i>6-10 yıl arası</i>	4	50,0	3	15,8
	<i>11 yıl ve üzeri</i>	2	25,0	3	15,8
	Toplam	8	100	19	100
Geçmişte Çalışılan Yerler	<i>Devlet hastanesi</i>	6	75,0	7	36,8
	<i>Özel hastane</i>	0	00	3	15,8
	<i>Devlet+özel hast.</i>	2	25,0	8	42,1
	<i>Devlet+özel+üni.</i>	0	00	1	5,3
	Toplam	8	100	19	100

Çapraz Tablo Karşılaştırma

Tablo 10' da görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları hastane değişkenine göre sahip oldukları çocuk sayısı dağılımlarına bakıldığında A hastanede çalışan hemşirelerin % 62,5' inin çocuğu yok iken, B hastanedeki hemşirelerin % 57,9' unun çocuğu yoktur. Palyatif bakım kliniğinde çalışma süreleri dağılımlarına bakıldığında; A hastanedeki hemşirelerin % 62,5' i palyatif kliniğinde 6 ay üstü ile 2 yıl arasında çalışmışken, B hastanedeki hemşirelerin % 52,6' sı 2 yıl üzeri bir palyatif kliniğinde çalışmışlardır.

Yine Tablo 10' da görüldüğü gibi araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalıştıkları Hastane değişkenine göre meslekte çalışma süreleri dağılımlarına bakıldığında; A hastanedeki hemşirelerin % 62,5' i meslekte 6 ile 10 yıl arasında çalışırken, B hastanedeki hemşirelerin % 36,8' i 6 ile 10 yıl arasında meslekte çalışmaktadırlar. Geçmişte çalışılan yer dağılımlarına bakıldığında; A hastanesindeki hemşirelerin % 75,0' i daha önce devlet hastanesinde çalışmışken, B hastanesindeki hemşirelerin % 42,1'i daha önceden hem devlet hem de özel hastanede çalışmıştır.

5. TARTIŞMA

5.1.Hastaların Genel Memnuniyet Düzeylerinin Tartışılması

Çalışmaya, B hastanesinin palyatif bakım kliniğinde yatan 54 hasta, A hastanesinin palyatif bakım kliniğinde yatan 100 hasta olmak üzere toplam 154 hasta katılmıştır. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeğinden 34 ile 100 arasında değişen puanlar aldıkları belirlenmiştir. Hastaların Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) puan ortalamaları $84,0 \pm 16,8$ olarak saptanmış ve memnuniyet düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuç aynı ölçekle yapılan diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, Uzun' un $67,74 \pm 18,53$, Akın ve Erdoğan (2014)' nın $55,29 \pm 22,79$ ve Eker ve Yurdakul (2015)' un bulduğu değerden deney grubu: $63,1 \pm 11,3$, kontrol grubu: $57,4 \pm 13,3$ yüksektir. A hastanesinin hastalarının Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği ortalaması 72,53 iken, B hastanesinin hastalarının Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği ortalaması 86,71 çıkmıştır. Farklı hastanelerde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (U:2202,5 – p: ,050).

Çalışmaya göre; A hastanesinin palyatif bakım kliniğinde hasta odaları sınırlı sayıda tek kişilik olup genel olarak iki kişiliktir ve refakatçi için de uygun fiziki koşullar bulunmamaktadır. Her odada banyo, tuvalet, televizyon, paravan ve buzdolabı bulunmaktadır. B hastanesinin palyatif bakım kliniği hasta odaları tek kişilik olup refakatçiler için de yatak bulunmaktadır. Ayrıca B hastanesinde tüm hasta odalarında hemşire çağırma butonu, televizyon, buzdolabı, klima, dolaplar, banyo, tuvalet, otomatik açılır kapılar, telefon, anti dekübitüs yatak, hasta başı monitörler, hasta başı termometre ve el dezenfektanı bulunmaktadır. Yapılan bir araştırmada hasta memnuniyetinin boyutları ulaşım, bürokratik işlemler, genel kalite, fiziksel şartlar, hizmetin sürekliliği, maliyet ve hizmetin değişkenliği olarak belirlenmiştir. Hastane ve hasta odalarının fiziki ve çevresel koşulları, hastaların ilgilendikleri ve önem verdikleri memnuniyet boyutlarından birisidir (Yurtsever 2015). Akbaş (2014) yapmış olduğu çalışmada, hastanelerin ve hasta odalarının fiziksel koşullarının, hastaların çok üzerinde durdukları, önem verdikleri tatmin boyutlarından birisi olduğunu belirtmiştir. Yetersiz oda

koşullarının, bakımsız bir hastanenin, hastaların mutlaka şikâyet sebebi ve tatminsizlik unsuru olabileceği ve yeniden tercih edilmemesine sebebiyet verebileceği bahsedilmiştir (Akbaş 2014). Altinel (2012)' in yapmış olduğu çalışmada; servislerin fiziki durumuna bakıldığında ise hastaların en çok odadaki eşyaların yeterliliği ve konforu, odada kullanılan teknolojik ürünlerin yeterliliği, refakatçilere sunulan imkânlar, odadaki hasta sayısı ve odanın refakatçilere uygunluğu konularının doğru orantılı olarak hasta memnuniyetini etkileyebileceğini öne sürmüştür (Altinel ve Şişe 2012). Fiziksel ortam, hastaların bakım hizmeti alırken memnuniyet kavramını etkileyebilecek önemli bir kaynaktır. Hastalar hastanede yattıkları süre içinde tüm ihtiyaçlarının karşılanıp evindeymiş gibi rahat etmek isterler ve bu rahatlık seviyesi arttıkça, fiziksel ortamdan beklentileri karşılanmakta ve memnuniyet düzeyleri de artmaktadır. B hastanesinin Palyatif Bakım Servis hasta odalarının daha olumlu fiziki koşullar sağlanması hemşirelik bakım memnuniyet düzeyini yükseltmiştir.

Yapılan çalışmada A hastanesinde yatan hastaların genel olarak sahip oldukları hastalıklar; çoğunlukla KOAH ve akciğer kanseri olmak üzere diyabet, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği iken B hastanesinde yatan hastaların ise çoğunlukla diyabet ve tansiyon olmak üzere barsak kanseri, meme kanseri, mide kanseri, SVO, konjestif kalp yetmezliği, alzheimer, MS, ankilozan spondilit ve inme olarak daha fazla çeşitlilik göstermekte ve hastaların genel durumu daha ağır seyretmektedir. Bu konuyla alakalı herhangi bir araştırmaya rastlanmamış olup, genel durumu daha ağır seyredip daha bağımlı tip hastaların hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bağımlı olan hastaların ve genel durumu daha ağır seyreden hastaların içinde buldukları son dönemlerini kabul edip hemşirelik bakımını daha olumlu değerlendirdikleri düşünülmektedir.

5.2.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hemşirelik Bakımı Memnuniyetlerinin Tartışılması

Çalışmaya katılan tüm hastaların % 53 (83)' nü 65 yaş üstü olup, palyatif bakım hastaların genellikle ileri yaş hastalar olduğu görüşüne uymakta ve yapılan diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir. Akyüz (2014) ve Yılmaz (2015)' in yapmış oldukları çalışmalarında olduğu gibi yaptığımız çalışmada da palyatif bakım klinik hastalarının çoğunluğunu % 53 (82)' sini erkek hastalar oluşturmaktadır.

Çalışmada, palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarının, hastaların; yaş, eğitim durumu, doğum yeri, meslek, çocuk sahibi olma durumu, kiminle yaşadığı durumu, sigara alkol kullanım durumu, refakatçi durumu ve gelir durumu değişkenlerinden etkilenmediği bulunmuştur. Yapılan diğer araştırmalarda ise hasta memnuniyeti ile hastaya ait demografik değişkenler arasında tutarlı olmayan sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin, “ Bazı çalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre daha fazla memnun oldukları ifade edilirken (Carr-Hill 1992, Jakobsson ve ark. 1994), bazılarında ise yaş ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Hart ve ark. 1996, Uz ve ark. 1997). Cinsiyet konusunda da araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bazı araştırmalarda kadınların (Lookinland ve Pool 1998), bazılarında da erkeklerin daha memnun oldukları belirlenirken (Gray 1997), bazılarında, cinsiyet ile memnuniyet arasında ilişki bulunamamıştır (Larsson 1999, Okumuş ve ark. 1993, Özmen 1990, Tengilimoğlu 1996). Literatürde memnuniyet ve eğitim düzeyi konusunda da tutarlı olmayan sonuçlar bulunmaktadır. Carr-Hill (1992), eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha yüksek standart beklediklerinden dolayı daha az memnun olabileceklerini belirtmektedir. Esatoğlu (1996) ve Özmen (1990) 'in eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha az memnun olduklarını belirledikleri çalışmaları bu düşüncüyü desteklemektedir. Ancak Yılmaz (2000) tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha fazla memnun olduğu, buna karşılık Okumuş (1993) ve Akyol (1993) tarafından yapılan çalışmada ise, eğitim düzeyinin memnuniyeti etkilemediği ortaya konmuştur.” Bu çalışmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin demografik özelliklerine göre farklılaşmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan, daha önceden hastanede yatmış olan hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri daha önceden hastanede yatmamış olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz (2001) yapmış olduğu çalışmasında hastanın geçmiş deneyimlerinin memnuniyet düzeyini artırabileceğinden bahsetmiştir. Daha önceden hastanede yatmış olan hastaların tecrübe kazanmış olabilecekleri, takip – tedavi biçimlerine alışmış olabilecekleri böylelikle daha az anksiyete yaşamış olabilecekleri düşünülmektedir. Yani hastaların, daha önceden hastanede yatması sonucu tanı, tedavi veya müdahale ortamını birbirine yakın görmesi ve belki de daha az anksiyete yaşamaları nedeniyle memnuniyet düzeylerinin farklılaştığını söyleyebiliriz.

Araştırmaya katılan palyatif bakım kliniklerinde 5 haftadan fazla yatan hastaların Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği puanlarının, 5 haftanın altında

yatan hastalara göre daha yüksek çıktığı görülmektedir. Aynı şekilde 1-4 hafta süreyle yatan hastalarında 6 günden az yatan hastalara göre memnuniyet düzeyleri daha yüksek görülmüştür. Yapılan diğer çalışmalarda ise hastanın hastanede yatış süresinin ve yattığı kliniğin memnuniyeti etkilediği belirtilirken, daha önce hastaneye yatma durumunun etkilemediği ortaya konmuştur (Eker 2008, Fındık 2010). Şişe (2013) yapmış olduğu çalışmada, bir ay ve daha fazla süredir hastanede yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin diğerlerine göre düşük olduğunu öne sürmüştür (p=0,000) (Şişe 2013). Yaptığımız çalışmaya göre, palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların, hastanede yatış süresinin artmasının hastanın hastane ortamına ve tedavi şartlarına alışmasına belki de anksiyetesinin azalmasını sağlayarak memnuniyet düzeyinin de yükselmesine sebep olmuş olabilir.

Araştırmaya katılan, palyatif bakım kliniklerinde yatan tam bağımlı tip hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durum temel ihtiyaçlarını karşılayamayan hastaların, hemşirelik bakım durumunu daha olumlu değerlendirdiklerini ve hemşirelerin hastalara daha çok yardımcı olup daha fazla ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanabildiğini göstermektedir.

5.3.Çalışan Hemşirelerin Özelliklerine Göre Hastaların Hemşirelik Memnuniyet Durumlarının Tartışılması

Çalışmamıza göre; B hastanesindeki hastalar kendilerine verilen hemşirelik hizmetlerinden A hastanesindeki hastalardan daha memnundurlar. B hastanesi hemşirelerinin eğitim düzeylerinin (bk. hemşireler ile ilgili çapraz tablo sonuçları) A hastanesi hemşirelerine göre daha yüksek olduğu ve daha fazla hemşirenin palyatif bakım sertifikası olduğu görülmektedir. Yılmaz (2001) yapmış olduğu çalışmada, hemşirenin profesyonel bakım verebilmesinin, hastaların beklentilerinin karşılanabilmesinin ve hastalarla iyi iletişime geçilmesinin hasta memnuniyetine olumlu etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Carasco (2015) yapmış olduğu çalışmada hizmet veren sağlık profesyonellerinin eğitiminin önemli olduğunu vurgulayarak, lisans ve uzmanlık eğitimi içinde palyatif bakım ve palyatif bakım etiği ile ilgili dersler verilmesi gerektiğini savunmuştur. Yapılan çalışmalar bu yönde olumlu sonuçlar vermiştir. Turgay (2010) ise yapmış olduğu çalışmasında sağlık personelinin yarıdan fazlası (% 53.7) palyatif bakım alanında eğitim almadıklarını ve % 86.2'sinin çalıştıkları hastanede hizmet içi eğitim

programında palyatif bakım konusunun olmadığını açıklamıştır. Eğitim aldığını ifade eden sağlık personeli ise üniversite eğitimi esnasında bu eğitimi aldıklarını ve yarıdan çoğu aldıkları eğitimi (%59.1) kısmen yeterli gördüklerini ortaya koyarak, palyatif bakım alanında eğitim verilmesi gerektiğini savunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan ve palyatif bakım alanında eğitim almış olan hemşireler, hastaları daha bütüncül yaklaşımla değerlendirebilmekte, hastalarla daha iyi bir iletişime geçerek hastaların beklenti ve ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilmektedirler.

Ayrıca B hastanesinin Palyatif Bakım Kliniğinde çalışan hemşire sayısı 20 iken diğer hastanenin palyatif bakımında çalışan hemşire sayısı 11' dir. Akbaş (2014) yapmış olduğu çalışmada, hastaların memnuniyet düzeyini yükselten en önemli faktörün, hasta bireyin sağlık personeli tarafından yeterli zaman ayrılarak hizmet alması olduğunu ortaya koymuştur. Amerika'da 430 hastanede yapılan bir çalışmada hemşirelerin sayılarının az olmasının ve iş yoğunluğunun fazla olmasının hasta memnuniyet düzey puanlarını olumsuz etkilediği, bu faktörler arasında anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Kutney-Lee 2009). Başka yapılan bir çalışmada hasta memnuniyet düzeyi üzerinde, yatak başına düşen hemşire oranının artmasının olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Tervo-Heikkinen vd. 2008). B hastanesi çalışan hemşirelerinin sayısı daha fazla olduğu için hastalara daha fazla vakit ayırarak hastalık değil hasta odaklı bir hemşirelik bakımı uygulayabildikleri ve bu durumda hasta memnuniyetini artırdığını söyleyebiliriz.

Yapılan çalışmada, B hastanesi hemşirelerinin meslek yılı A Hastanesinin hemşirelerine göre daha fazladır ve hastaların hemşirelik bakım memnuniyet düzeyi de daha yüksektir. Buna göre hemşirelik mesleğinde tecrübe yılının artmasının, hasta memnuniyetini olumlu etkileyeceği söylenebilir. Meslek yılı artan hemşirenin, anlamlı hasta- hemşire etkileşimini kolaylaştıran (Ör; işlemlerin açıklanması, ortak amaç belirleme, empati vb.) özelliklerini daha fazla sergileyebildikleri ve profesyonel hemşirelik bakımının özelliklerini taşıyabildikleri ve de teknik, pratik alanda yeterlilik gösterebildikleri ve bu durumda hasta memnuniyetini artırdığını söyleyebiliriz.

Çalışmaya göre; A hastanesi palyatif bakım klinik hemşirelerinin %12,5' ü erkek iken, B hastanesinin ise % 16' sı erkek hemşiredir. Çınar ve Olgun (2013), Saatçi (2014) yapmış oldukları çalışmada erkek hemşireler ile ilgili hastaların olumsuz algısı olduğunu ortaya koymuş olmalarına rağmen, çalışmamızda erkek hemşirenin fazla olduğu klinikte yatan hastaların memnuniyet düzeyi yüksek bulunmuştur. Direk ilişkilendirilememekle birlikte bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Yapılan çalışmada A hastanesinde çalışan hemşirelerden % 37,5' u kendi isteğiyle bu klinikte çalışmaktayım derken, B hastanesi hemşirelerin % 52,6' sı kendi isteğiyle palyatif bakım kliniğinde görev aldığını ifade etmiştir. Kendi isteğiyle palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin, yaptıkları işten daha fazla doyum aldıkları ve hastalara yaklaşımlarının daha olumlu olduğu ve bunun da hasta memnuniyetini artıran bir faktör olduğunu söyleyebiliriz.

Yanık' a göre hasta tatmini, hastane bakım kalitesi alguları, hastane fiziksel kaynakları, örgütsel yönetim, kurumsal özellikler, kaliteyi hatırlama, demografik özellikler, kişisel özellikler, geçmişteki tecrübeler, tutumlar, beklentiler, bakım sonuçları, hastanede kalış süresi ve hastalık özelliklerinden etkilenen karmaşık bir konudur (Yanık 2000).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaşam kalitesi önemli ölçüde bozulan palyatif bakım klinik hastalarının hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri, Türkiye’ de yeni gelişmekte olan palyatif bakım hemşireliğini değerlendirmek ve geliştirmek adına önemlidir. Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesi önemlidir. Buradan yola çıkarak başladığımız çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- Palyatif bakım kliniklerinde yatan hastaların tanıtıcı özellikleriyle memnuniyet durumları arasında herhangi bir fark bulunamamıştır. Fakat palyatif bakım kliniklerinde yatan hastalardan bağımlı olarak hayatını idame ettiren hastaların, Newcastle memnuniyet düzeyleri, diğer hastalara göre daha yüksektir.
- Araştırmada, daha önceden hastanede yatmış olan hastaların Newcastle memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Ayrıca palyatif bakım kliniğinde yatış süresi uzun olan hastaların da memnuniyet düzeyleri daha yüksek çıkmıştır.
- Çalışmada, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeyinin de arttığı görülmekle birlikte klinikte çalışan hemşire sayısı azaldıkça memnuniyet düzeyinin düştüğü görülmektedir. Ayrıca yapılan çalışmada, hemşirelerin meslekteki çalışma yılı arttıkça hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.
- Palyatif bakım kliniklerinin fiziki şartlarının iyi olması, hasta odalarının tek kişilik ve konforlu olması, hasta ve refakatçisinin ihtiyacı olabilecek malzemelerin bulunmasının hasta memnuniyetini olumlu etkilediği ortaya konmuştur.

6.2. Öneriler

Ankara’ da Palyatif Bakım Kliniklerinde yatan hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri ve bu memnuniyet düzeylerini etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler şu şekildedir:

- Palyatif bakım hemşireleri için sertifikasyon programları ve hizmet içi eğitimler planlanıp uygulanması,
- Palyatif bakım klinik hemşire sayısı artırılması, dolayısıyla hemşire hastasıyla daha fazla vakit geçirebilmesi, iş bölümü daha fazla yapılarak hemşire daha zinde olabilmesi ve daha az tükenmişlik yaşaması,
- Palyatif bakım kliniklerin hasta odalarının fiziki koşullarının iyileştirilmesi ve mümkünse tek kişilik hasta odalarının olması,
- Daha önceden hastanede yatma deneyimi olmayan hastalar için hemşirelerin danışmanlık rolünü aktif olarak yerine getirmesi ve hastanın anksiyetesinin azaltması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Ahmedzai, SH., Costa, A. ve Blengini, C. (2004) A New International Framework for Palliative Care, *European Journal of Cancer*. 40: 2192-2200.

Akbaş, E., (2014) Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği) (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Akyüz, S., (2014) Kanser hastalarına uygulanacak palyatif bakım uygulamalarına ilişkin bir araştırma (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, Ankara.

Altınel, E. ve Şişe, Ş. (2012) Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti, *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(4):213.

Aydoğan, E., Orhan, F., Naldöken, Ü., Beylik, U. ve Aksay, K. (2011) Sağlık Kurumlarında Örgütsel Öğrenme Kapasitesi: Bir kamu Hastanesi Örneği, *CÜ, İİB Dergisi*, 12 (2):191-213.

Aydoğan, F. ve Uygun, K. (2011) Kanser Hastalarında Palyatif Tedavileri Klinik Gelişim, *Selçuk Tıp Dergisi*, 24(3): 4-9.

Aytar, G. ve Yeşildal, N. (2004) Yatan Hasta Memnuniyeti, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 3: 10-14

Barclay, S., Wyatt, P., Shore, S., Finlay, I., Grande, G. ve Todd, C. (2003) Caring for the Dying: How Well Prepared are General Practitioners? A Questionnaire Study in Wales, *Palliat Med.* 17(1):27-39.

Barrie, R. C. (2012) Palliative care: Progress, needs, and challenges, *Cassileth Israel Journal of Health Policy Research*, 1,10:1-3

Batchelor, N. H. (2010) Palliative or Hospice Care? Understanding the Similarities and Differences *Rehabilitation Nursing*, 35:60-64.

Bertakis, K.D., Roter, D. ve Putnam, S. M. (1991) The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction, *The Journal of Family Practice*, 32(2):175-81.

Black, J. M. ve Hawks, J. H. (2005). *Medical–Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*. Elsevier Saunders St. Louis, 2: 487-500.

Borasio, G. D. (2011) Translating the World Health Organization Definition of Palliative Care Into Scientific Practice, *Palliat Support Care*, 9:1-2

Canan, D. B. ve Mirt, H. (2012) Kalp Yetersizliğinde Palyatif Bakım, *TAF Preventive Medicine, Derleme*, 11(2): 219-224.

Carrasco, JM., Lynch, TJ., Garralda, E., (2015) Palliative care medical education in European Universities: A descriptive study and numerical scoring system proposal for assessing educational development. *J Pain Symptom Manage* 50:516-23.

Çakıcı, N. I. (2010) Hekim ve Hemşirelerin Kanserli Çocuklara Yönelik Palyatif Bakım Uygulamaları, (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Davies, E. ve Higginson, I. J. (2004) Palliative Care, World Health Organization Erişim Tarihi: 10.11.2016 www.euro.who.int/document/E82931.pdf.

Eker, A., Yurdakul, M. (2008) Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi, *M. Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1): 26-35.

Elçigil, A. (2012) Palyatif bakım hemşireliği, *Gülhane Tıp Dergisi, Derleme*, 54: 329-334.

Erel, S. (2008) Palyatif Bakım, II. Ulusal Tıbbi Onkoloji Kongresi Hemşirelik Programı Sunumu, Antalya.

Fadıloğlu, Ç. (2006) Palyatif bakımda hemşirenin rolü: Kanserde evde bakım, Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve uygulama Merkezi Yayını, 6, İzmir: Kongre Basım Evi s. 5-16.

Fındık, Y. Ü., Ünsar, S., Su, N. (2010) Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences* 12:162-169.

Geçkil, E., Dündar, Ö. Ve Şahin T. (2008) Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi s: 41-51

Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S. ve Yapraklı, Ş. (2008) Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti, Detay Yayıncılık, Ankara.

Gülmez, M. (2005) Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, C: 6, S:2.

Gwyther, L., Brennan, F. ve Harding, R. (2009) Advancing Palliative Care As a Human Right, J Pain Symptom Manage, 38:767-744.

Houttekier, D., Cohen, J., Surkyn, J. ve Deliens, L. (2011) Study Of Recent And Future Trends In Place Of Death In Belgium Using Death Certificate Data: A Shift From Hospitals To Care Homes, BMC Public Health , 11:228.

Howard, S. Vd. (2013) The epidemiology of hospice and palliative care, Disease-a-month 59; 309-324.

Huber, J. P., Saldutto, B., Hurny, C., Conzelmann, M., Beutler, M., Fusek, M., Munzer, T. (2008) Assessment of Patient Satisfaction in Geriatric Hospitals: A Methodological Pilot Study, Z Gerontol Geriatr. Apr;41(2), s:129.

Işık, O. (2011) Algılanan Kalitenin Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi, İşletme A.B.D., (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kabalak, A. (2014) Türkiye' de Palyatif Bakım, Güncel Gelişmeler Gereksinimler, Anestezi Dergisi, 22 (3): 121 – 123.

Kabalak, A., Öztürk, H. ve Çağıl, H. (2013) Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu, Palyatif Bakım, Yoğun Bakım Dergisi, 11(2):56-70.

Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, A. T., Akın, S. A. (2012) Comprehensive Palliative Care Center Implementation In Sb Ulus State Hospital. Journal Of Contemporary Medicine, 2: 122-6.

Kahveci, K., Gökçınar, D. (2014) Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım, Kahveci K, Gökçınar D.(editörler), Palyatif Bakım. Birinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s: 1-6.

Kavas, A. ve Güdük, G. (1994) Modern Pazarlama Anlayışının Hastane Yönetimine Uygulanması, 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Kuşadası-Aydın.

Kavuncubaşı, Ş, ve Tokgöz, N. (Ed) (2007) Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu niversitesi web-ofset tesisleri, Açıköğretim Yayınları, Eskişehir, s: 400 .

Kavuncubaşı, Ş. (2000) Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, s: 399.

Kaya, H. Ve Acaroğlu, R. (2005) Omurilik Yaralanması Olan Hastalarda Hemşirelik Bakımı ve Eğitimin Bağımlılık Bağımsızlık ve z-Bakım Gücü zerine Etkisi, Türk Nöroşirürji Dergisi, C: 15, S: 1, 56-68.

Kısa, A. ve Tokgöz, N. (Ed) (2007) Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açık ğretim Yayınları, Eskişehir, 323 s.

Kömürcü, Ş. (2010). Türkiye' de Palyatif Bakım, İçinde Türkiye'de Kanser Kontrolü, 2. Baskı s:56.

Kömürcü, Ş., Erkişi, M., Bavbek, S., Beyzadeoğlu, M., zyılkan, . (2003) Palyatif Bakım Organizasyonu ile ilgili Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin Tavsiye Raporu, Turgut Yayıncılık A.Ş., İstanbul.

Köşgeroğlu, N., Acat,B. Ve Karatepe, . (2005) Kemoterapi hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet leği, Anadolu Psikiyatri Dergisi 6:75-83.

Kuebler, K. K., Lynn, J., Von Rohen, J. (2005) Perspectives in Palliative Care, Seminars in Oncology Nursing .

Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., Aiken, L. H. (2009) Nursing: a Key to Patient Satisfaction, Health Aff 28(4):669-77.

Löfmark, R., Niltsun, T., Bolmsj, A., (2007) From cure to palliation: NConcept, Decision and Acceptance, Journal of Medical Ethics ;33 (12) 685-688.

Malcolm, C. E., Wong, K. K., Elwood-Martin, R., (2008) Patients' Perceptions and Experiences of Family Medicine Residents in The Office, Can Fam Physician. Apr;54(4):570-1, 571, s:5.

Meghanı, S. H. (2004) A Concept Analysis of Palliative Care İn the United States. J Adv Nurs 46: (2) :152-161

Merkouris, A., Ifantopoulos, B., Lanara, V., Lemondou, C. (1999) Patient satisfaction: a key concept for evaluation and improving nursing services, *Journal of Nursing Management*, 7(1), s. 19-28.

Moret, L., Anthoine, E., Paillé, C., Tricaud-Vialle, S., Gerbaud, L., Giraud-Roufast, A., Michel, P., Lombrai, P. (2012) Relationship between inpatient satisfaction and nurse absenteeism: an exploratory study using WHO-PATH performance indicators in France. *BMC Research Notes* 5:83-9.

Morison, R. S., Meier, D. E. (2004) *Clinical practice, Palliative care*, 350: 2582-90.

Mount, B., Hanks, G., McGoldrick, L. (2006) *Principles of Palliative Care*. In: *ABC of Palliative Care*, Fallon M and Hanks G (Eds) 2nd ed. UK: Blackwell Publishing Ltd. p:1-3.

Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç. (2014) Kanser hastasının palyatif bakımında vaka yönetimine dayalı multidisipliner bakım protokolü, *Derleme, Ağrı*.

Özgül, N., Gultekin, M., Koc, O., (2012). Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Ann Oncol* 7: 6-8.

Parce, J.A., Ferrell, B.R., Coyle, N., Coyne, P. ve Callaway, M. (2008) Global Efforts to Improve Palliative Care: The International End-of- Life Nursing Education Consortium Training Programme, *Journal of Advanced Nursing* 61(2), 173–180.

Palliative Care Council of South Australia, *Multicultural Palliative Care Guidelines*. Erişim adresi: <http://palliativecare.org.au> Erişim tarihi:05.06.2015.

Palyatif Bakım Tarihiçesi, Erişim adresi: www.igkh.gov.tr Erişim tarihi:17.05.2016.

Sandra, M. N., Vaughn, C. and Ewan, H. (2001). *The Lipincott Manual of Nursing Practice*, Stead L (ed): *Palliative Care*. Philadelphia, Newyork, pp 161.

Söylemez, H. Vd. (2009) Üroloji Poliklinik Hastalarında Üriner Sistem Ultrasonografisinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi, *Dicle Tıp Dergisi* 36(2) : 110-116.

Strömngren, A.S, Groenvold, M., Pedersen, L., Olsen, A.K., Sjogren, P. (2002) Symptomatology of cancer patients in palliative care: contentvalidation of self-assessment questionnaires against medical records, *European Journal of Cancer*: 38:788–794.

Subaşı, İ.T. (2013) Müşteri İlişkileri Yönetimine Bakış, Çağrı Merkezinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Konferansı, Eskişehir , s.3.

Sucaklı, M. H. (2014) Palyatif Bakım ve Yaşam Kalitesi, Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 5(3):109-13.

Şahin, B. (2013) Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Davranışları, Sağlık Kurumları Pazarlaması, Eskişehir.

Şişe, Ş. (2013) Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti, Kocatepe Tıp Dergisi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, 7: 5.

Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A. (2010) Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med, 363: 733-42.

Tervo-Heikkinen, T., Kvist, T., Partanen, P., Vehviläinenjulkunen, K., Aalto, P. (2008) Patient Satisfaction as A Positive Nursing Outcome, J Nurs Care Qual. Jan-Mar;23(1), s:64.

Thi, P.L.N., Briançon, S., Empereur, F., Guillemin, F. (2002) Factors determining inpatient satisfaction with care, Social Science & Medicine, 54(4):493-504.

Thiedke, C. C. (2007) What do we really now about patient satisfaction? Fam Pract Manag, 3: 3-6.

Tuncer A. M. Ed. (2009) Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. Türkiye' de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 287-298.

Tuncer, M. (2009) Ulusal Kanser Kontrol Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 92-101.

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

Uslu, F. (2013) Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi, (Yüksek Lisans Tezi) Ankara.

Uslu, F. Ve Terzioğlu F. (2015) Dünyada Ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi Ve Örgütlenmesi, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, s: 81 -90.

Vinagre, M. H., Neves, J. (2008) The Influence of Service Quality and Patients' Emotions on Satisfaction, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 1:87.

Vural, Ö. Ve Vural, G. (2013) Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyetlerinin Belirlenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, C: 6, S: 1.

Wallin, E., Lundgren, P. O., Ulander, K., Holstein, C. S. (2000) Does age, gender or educational background effect patient satisfaction with short stay surgery? *Ambulatory Surgery* , 8(2):79-88.

Werkander-Harstäde, C. and Andershed, B. (2004) Good palliative care – How and where? *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 6(1): s.27-35.

WHO-WPCA(2014) The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance, *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, World Health Organization.

Yanık, A. (2000) Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetim ve Organizasyonu Anabilim Dalı. İstanbul.

Yılmaz, M. (2001) Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5: 69-74.

Yurtsever, A. (2015) Acil Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Memnuniyeti, (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

8. EKLER

Ek – 1

NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Hastanede kaldığımız süre içinde aldığımız hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinizi soracağız. Her soru için lütfen tek bir rakamı daire içine alarak, her cümle ile ilgili memnuniyet derecenizi belirtiniz. Hastanede/serviste yattığımız zamanı dikkate alarak aşağıdaki konularda neler düşündüğünüzü belirtiniz.

	Hiç memnun Değildim	Nadiren memnundum	Memnundum	Çok Memnundum	Tamamen Memnundum
1.Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınıızda bulunmasından	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.Çağırduğumuzda hemşirelerin hemen gelmelerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişsiniz gibi hissettirmelerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkta kontrol etme durumundan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12.Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

- 14.Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından (1) (2) (3) (4) (5)
- 15.Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden (1) (2) (3) (4) (5)
- 16.Serviste size tanınan serbestliğin miktarından (1) (2) (3) (4) (5)
- 17.Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden (1) (2) (3) (4) (5)
- 18.Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan (1) (2) (3) (4) (5)
- 19.Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından (1) (2) (3) (4) (5)

Ek – 2

Hasta Bilgi Formu

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda; ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, hasta ve ailesine yönelik tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini ve memnuniyetini artırmak için önemlidir.

Sizi Sevcan FİLİZ tarafından yürütülen “ Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ” başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz.Bu çalışmanın amacı palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların memnuniyetdüzeyininbelirlenmesi ve bu memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için sorulara samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

(Adı, Soyadı-
Ünvanı- İmzası)

Hasta İle İlişkili Faktörler

Bağımsız <input type="checkbox"/>	Yarı Bağımlı <input type="checkbox"/>	Tam Bağımlı <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--	---

1. Doğum yılınız nedir?.....
2. Cinsiyetiniz
 Erkek Kadın
3. Öğrenim Durumunuz

- Okuryazar değil Okur Yazar İlkokul
 Orta öğrenim Üniversite Diğer.....

4. Yaşadığınız il.....

5. Doğum yeriniz.....

6. Mesleğiniz.....

7. Medeni Durumunuz Evli Bekar

8. Çocuk sayınızı nedir?

1. Yok 2)1 çocuk 3) 2 çocuk 4) 3 çocuk 5) 4 çocuk ve üzeri

9. Evde birlikte yaşadığımız bireyleri yazınız?

1. Sadece eşimle kendi evimde yaşıyorum
2. Kendi evimde eşim ve çocuklarla yaşıyorum
3. Çocuğumun evinde (gelin, damat, torunlarla) yaşıyorum
4. Yalnız yaşıyorum
5. Huzurevinde yaşıyorum

10. Gelir durumunuz;

İyi Orta Kötü

11. Sağlık güvenceniz nedir?

Var Yok

12. Daha önce hastanede yattınız mı?(Cevabınız hayır ise 13 ve 14. Soruları atlayınız)

Evet Hayır

13. Yattıysanız hangi bölüm(ler)de yattınız?

.....

14. Hastanede önceki yatış süreniz nedir?

.....

15. Ne kadar süredir bu klinikte yatıyorsunuz?

- 2 gün-1hafta 1-4 hafta 4-8 hafta 8 hafta ve üzeri

16. Alışkanlığınız varsa lütfen belirtiniz.

Sigara.....süre.....adet...

Alkol.....süre.....adet..

Madde kullanımı.....

Diğer.....

17. Kronik hastalıklarınızı ve kaç yıldır sahip olduğunuzu yazınız?

.....

.....

.....

18. Refakatçi durumunuz? 1. Var 2. Yok

19. Refakatçiniz neyiniz olur?

1.Eşim 2. Kızım, oğlum 3. Akraba

4. Bakıcı

20. Kaldığımız hasta odasında sizinle birlikte kaç hasta bulunmaktadır?

- tekim 2 hasta 3 Hasta 4 Hasta 5 Hasta 6 Hasta ve üzeri

Ek – 3

Hemşire Bilgi Formu

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda; ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, hasta ve ailesine yönelik tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini ve memnuniyetini artırmak için önemlidir.

Sizi Sevcan FİLİZ tarafından yürütülen “ Palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ” başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz.Bu çalışmanın amacı palyatif bakım kliniğinde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin belirlenmesi ve bu memnuniyeti etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için sorulara samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır.

(Adı, Soyadı- Ünvanı-
İmzası)

Hemşire İle İlgili İlişkili Faktörler

1.Doğum yılınız.....

2. Cinsiyetiniz.....

1.Erkek

2.Kadın

3.Öğrenim Durumunuz

1. Önlisans

2. Lisans

3. Yüksek Lisans

4. Diğer

4. Memleketiniz

5. Medeni Durumunuz (bekar iseniz 6. ve 7.soruları atlayınız)

1. Evli 2. Bekar

6. Sahip olduğunuz çocuk sayısı?

1. yok 2. 1 çocuk 3. 2 çocuk 4. 3 çocuk 5. 4 çocuk ve üzeri

7. Eşinizin mesleği nedir?

.....

8. Meslekteki yılınız nedir?

- 1) 5 yıl ve altı 2) 5 – 10 yıl arası 3) 10 yılın üzeri

9. Daha önce çalıştığınız kurumlar nelerdir? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- 1) Devlet hastanesi
2) Özel hastane
3) Üniversite hastanesi

10. Palyatif Bakım Kliniğinde çalışma süreniz

1. 6 ay ve altı 2. 6 ay – 2 yıl 3. 2 yıl üzeri

11. Palyatif bakım kliniğinde birlikte çalıştığınız hemşire sayısı.....

12. Önceki terübeli olduğunuz kliniklerin adlarını çalışma sürelerinizle birlikte yazınız?

1. Dahili Birimler Kliniği 2. Cerrahi Birimler Kliniği 3. Diğer

--	--	--

13. Daha önce Palyatif Bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?

1. Hayır

2. Hizmet içi eğitim aldım
3. Palyatif bakım ile ilgili konferansa katıldım
4. Palyatif bakım sertifikam var

14. Yüksek lisans ve doktora eğitiminiz var ise hangi alanda olduğunu belirtiniz?

.....

15. Bu klinikte kendi isteğinizle mi çalışmaya başladınız?

- 1- Evet 2- Hayır

Ek – 4

Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul Onay Formu



Ahtunizade Mah. Haluk Türksay Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

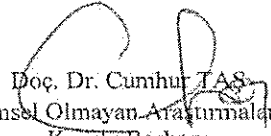
SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2016 /163

19.09.2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sebahat Ateş
(Sevcan Filiz)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29 Ağustos 2016 tarihinde, 10 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Palyatif Bakım Kliniklerinde yatan hastaların hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Doç. Dr. Cumhuriyet TAS
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Ek – 5

Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Tez Çalışması Onay Formu



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

S.B.Ü ANKARA ATATÜRK GÖĞ. HAST. ve GÖĞ. CER.
E.A.H YÖNETİCİLİĞİ - ANKARA ATATÜRK GÖĞ. HAST. ve
GÖĞ. CER. E.A.H PERSONEL BİRLİĞİ
18-10-2016 15:53 - 53610172 - 774.01.99 - E.ŞEH



00031759830

Sayı : 53610172-774.01.99

Konu : Araştırma İzni

İSTANBUL ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İSTANBUL

Ankara İli 2.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 30/09/2016 tarih E.13139 sayılı yazısına istinaden "Palyatif Bakım Kliniklerinde Yatan Hastaların Hemşirlik Bakım Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmanızı, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Sevcan FİLİZ tarafından yürütülmesi, katılımcıların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin Üniversitenizce Ankara İli 2.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine gönderilmesi kaydıyla Hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz. Dr. Osman ÖRSEL
Hastane Yöneticisi a.
Baştabip Yardımcısı

Yekim KURT
V.H.K.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
AÇIKH Evranı Keçiören/ANKARA

Belgenin Aşılı
Elektronik İmzalıdır
16.10.2016

Kuşcağız Mah. Sanatoryum Cad. 271/1 Keçiören/ANKARA

Faks No:0312 567 70 00

e-Posta:husne.alakara@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.ataturksanatoryumu.gov.tr

Bilgi için:HÜSNE ALAKARA

Unvan:Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No:312 567 70 54

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-boige.saglik.gov.tr> adresinden fcf6a7c-ed0b-4e9d-9d77-64c6f6a1670 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek – 6

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

**ABDURAHMAN YURTARSLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ**

EĞİTİM PLANLAMA KURULU TUTANAĞI

Kararın Metni

Toplantı Tarihi :20.10.2016 Perşembe günü saat: 14.00

Başkanın Adı ve Soyadı: Dr. Ali EDİZER

İstanbul Üsküdar Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisi Sevcan FİLİZ'in, "Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu araştırmanın hastanemizde yapılması hususunun EPK'da görüşülmüş olup çalışmanın yapılacağı Klinik Eğitim Görevlisinden izin alınmadığından reddine;

Oy Birliğiyle Karar Verilmiştir.

Başkan

Dr. Ali EDİZER

Hastane Yöneticisi v.

Üye

Prof. Dr. B. Şafak GÜNGÖR

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği

Eğitim ve İdari Sorumlusu

Üye

Doç. Dr. Bilgin Kadri ARIBAŞ

Radyoloji Kliniği Eğitim ve İdari

Sorumlusu

Üye

Doç. Dr. Suat KUTUN

Genel Cerrahi Kliniği Eğitim Görevlisi

Üye

Doç. Dr. Gonca OĞUZ

Anestezi ve Rea. Eğitim Görevlisi

Sekreteryaya

Doç. Dr. Lütfi DOĞAN

Cerrahi Onkoloji

Belge E-izmalıdır.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Sevcan FİLİZ
Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara – 13.05.1990
Yabancı Dili : İngilizce
İletişim (Telefon/e-posta) : 0533 689 06 63 – sevcanpirifiliz@gmail.com

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)

Lise : Fatih Sultan Mehmet Süper Lisesi - 2008
Lisans : GATA Hemşirelik Yüksek Okulu - 2012

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl :

1. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2012 – 2013
2. Sultan Abdulhamit Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2013- 2017
3. Dışkapı Çocuk Onkoloji ve Hematoloji Hastanesi 2017-

Yayımları (SCI ve diğer) : Yoğun Bakım Ünitesine Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Duyusal Girdilere Etkisi – 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi .

Ek - 8

Veriler