

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PALYATİF BAKIM HASTALARINDA WATSON'IN
İNSAN BAKIM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ
HEMŞİRELİK BAKIMININ DİSPNE YÖNETİMİ,
ANKSİYETE VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

Ahmet SEVEN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT

KASIM-2018

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

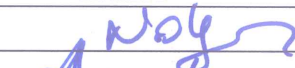




PALYATİF BAKIM HASTALARINDA WATSON'IN İNSAN
BAKIM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK
BAKIMININ DİSPNE YÖNETİMİ, ANKSİYETE VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Ahmet SEVEN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

"Bu tez 19/11/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği/Oyçokluğu ile kabul edilmiştir."

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. Nermin Olgun	Basarılı	
Prof. Dr. Ali Fuat Eriden	Basarılı	
Doc. Dr. Dilek Aygün	Basarılı	
Doc. Dr. Hicran Yıldız	Basarılı	
Dr. Öğr. Üyesi Havva Sert	Basarılı	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19/09/2017 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi 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 ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

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

Adı-Soyadı

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Doktora eğitim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT'e, tezimin hazırlanması sürecinde yol gösterici ve destekleyici tavırları ile desteğini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ali Fuat ERDEM, Doç. Dr. Dilek AYGİN, Doç. Dr. Hicran YILDIZ'a ve tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen sevgili eşim Zeynep ve biricik oğlum Eymen'e teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER	vii
TABLolar.....	viii
ŞEKİLLER.....	ix
ÖZET.....	x
SUMMARY.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Palyatif Bakım	3
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı.....	3
2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı.....	4
2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi.....	6
2.1.4. Palyatif Bakım Kimlere Verilir?.....	6
2.1.5. Palyatif Bakım Basamak ve Modelleri.....	7
2.2. DÜNYA’DA VE TÜRKİYE’DE Palyatif Bakım	8
2.2.1. Dünya’da Palyatif Bakım.....	8
2.2.2. Türkiye’de Palyatif Bakım.....	9
2.3. Palyatif Bakım Hastalarında Sık Görülen	
SEMPTOMLAR.....	11
2.4. Dispne ve Yönetimi.....	12
2.4.1. Dispne Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler.....	13
2.4.1.1. Kortikosteroidler.....	13
2.4.1.2. Bronkodilatatörler ya da adrenerjik antagonistler.....	13
2.4.1.3. Morfin.....	14
2.4.1.4. Benzodiazepinler.....	15
2.4.2. Dispne Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemler.....	15

2.4.2.1. Oksijen tedavisi.....	15
2.4.2.2. Akupunktur.....	16
2.4.2.3. Yüz soğutma (Fan Tedavisi).....	16
2.4.2.4. Göğüs vibrasyonu.....	17
2.4.2.5. Destekleme pozisyonları.....	17
2.4.2.6. Gevşeme.....	17
2.4.2.7. Dikkati başka yöne çekme.....	18
2.4.2.8. Solunum egzersizleri.....	18
2.4.2.9. Danışmanlık ve destek olma.....	20
2.5. ANKSİYETE VE YÖNETİMİ.....	20
2.6. PALYATİF BAKIM VE YAŞAM KALİTESİ.....	22
2.7. JEAN WATSON'IN İNSAN BAKIM MODELİ (İBM).....	24
2.7.1. İnsan Bakım Modelinin Yapısı.....	25
2.7.1.1. Kişilerarası bakım ilişkisi.....	25
2.7.2. Bakım Durumu ve Bakım Anı.....	25
2.7.3. İyileştirme Süreçleri.....	26
2.7.3.1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi.....	26
2.7.3.2. İnanç-umut.....	26
2.7.3.3. Duyarlılık.....	27
2.7.3.4. Yardım-güven ilişkisi.....	27
2.7.3.5. Duyguların ifadesi.....	27
2.7.3.6. Problem çözme.....	28
2.7.3.7. Öğretme-öğrenme.....	28
2.7.3.8. İyileşme çevresi.....	29
2.7.3.9. Gereksinimlere yardım.....	29
2.7.3.10. Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	31
3.1.1. Araştırmanın Soruları.....	31
3.1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	31
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	33

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	33
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	33
3.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri.....	34
3.4.2. Örneklem Randomizasyonu.....	34
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.5.1. Hasta Bilgi Formu.....	37
3.5.2. Vizüel Analog Skala (VAS).....	37
3.5.3. Modifiye Borg Ölçeği.....	37
3.5.4. Medikal Araştırma Kurulu Dispne Ölçeği (Medical Research Council: MRC5).....	37
3.5.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	38
3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ).....	38
3.5.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	39
3.5.8. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği (HHBAÖ).....	39
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ.....	40
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	50
4. BULGULAR.....	51
4.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR.....	51
4.2. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ DİSPNE DÜZEYİNE AİT BULGULAR.....	52
4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ ANKSİYETE DÜZEYİNE AİT BULGULAR.....	55
4.4. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ YAŞAM KALİTESİNE AİT BULGULAR.....	57
4.5. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ HEMŞİRELİK BAKIM ALGILARINA AİT BULGULAR.....	61
4.6. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINI BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLDİĞİ İLK VE İKİNCİ ÖLÇÜMLER PATH ANALİZİ MODELLEMESİNE AİT BULGULAR.....	62
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	67

5.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞMASI.....	67
5.2. İBM TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTALARIN DİSPNE DÜZEYİNE ETKİSİ.....	68
5.3. İBM TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ.....	71
5.4. İBM TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ.....	73
5.5. İBM TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ.....	74
5.6. PALYATİF BAKIM HASTALARINA VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYİ, HASTALARIN ANKSİYETE, DİSPNE VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ.....	77
KAYNAKLAR.....	80
EKLER.....	97
ÖZGEÇMİŞ.....	133

KISALTMA VE SİMGELER

ASCO	: American Society of Clinical Oncology
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
DSÖ, WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HHBAÖ	: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği
İBM	: İnsan Bakım Modeli
MRCS	: Medikal Araştırma Kurulu Dispne Ölçeği (Medical Research Council
NCCN	: National Comprehensive Cancer Network
NCI	: National Cancer Institute
NCPC	: National Council for Palliative Care
PB	: Palyatif Bakım
PBM	: Palyatif Bakım Merkezi
VAS	: Vizüel Analog Skala

TABLULAR

Tablo 1: İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları.....	42
Tablo 2: Gruplar İle Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	51
Tablo 3: MRCS Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	52
Tablo 4: Modifiye Borg Ölçeği Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	53
Tablo 5: VAS Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	54
Tablo 6: SPO ₂ Ölçümleri Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	54
Tablo 7: BECK Anksiyete Ölçeği Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	55
Tablo 8: HAD Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	56
Tablo 9: SF-36 Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	60
Tablo 10: HHBAÖ Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	62
Tablo 11: İlk ölçüm DFA modelinin Uyum İndeksleri.....	63
Tablo 12: Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı.....	63
Tablo 13: İlk Ölçüm Standart Regresyon Katsayıları.....	64
Tablo 14: İkinci Ölçüm DFA modelinin Uyum İndeksleri.....	65
Tablo 15: İkinci Ölçüm Standart Regresyon Katsayıları.....	66

ŞEKİLLER

Şekil 1: Palyatif bakımın kapsamı.....	5
Şekil 2: CONSORT şeması.....	35
Şekil 2: CONSORT şeması (Devam).....	36
Şekil 3: Araştırma Akış Şeması.....	41
Şekil 4: İlk ölçümler Path Modeli.....	62
Şekil 5: İkinci Ölçümler Path Modeli.....	65



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: : Araştırma; palyatif bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline (İBM) temellendirilmiş hemşirelik bakımının dispne yönetimi, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kontrollü deneysel olarak yapıldı.

GEREÇ YÖNTEM: Araştırma, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü, Sakarya Akyazı Devlet Hastanesi ve Sakarya Hendek Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde Eylül 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmanın örneklemini 32 kontrol ve 32 müdahale grubu olmak üzere toplam 64 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında; hasta bilgi formu, vizüel analog skala (VAS), modifiye borg ölçeği, medical research council dispne ölçeği (MRCS), beck anksiyete ölçeği (BAÖ), hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD), SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve hastanın hemşirelik bakımını algılayış ölçeği (HHBAÖ) kullanılarak toplandı.

BULGULAR: İBM'ye temellendirilerek verilen hemşirelik bakımının müdahale grubunda; ikinci ölçüm VAS puan medyanlarının, ikinci ölçüm modifiye borg ölçeği puan medyanının, MRCS ikinci ölçüm medyanlarının, BECK anksiyete ikinci ölçüm medyanlarının ve HAD ikinci ölçüm medyanlarının kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü ($p<0.05$). Müdahale grubunun SF-36 ölçeği mental ve fiziksel ana boyut ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0.05$). Müdahale grubundaki hastaların, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin (HHBAÖ ikinci ölçüm medyanları) kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$).

SONUÇ: Çalışma sonucunda; Watson İBM'ye temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların dispne ve anksiyete düzeylerini azalttığı, yaşam kaliteleri ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini artırdığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, Dispne, Hemşirelik, Palyatif bakım, Yaşam kalitesi

SUMMARY

Effect of Nursing Care Based On Watson's Human Caring Model on Dyspnea Management, Anxiety and Quality of Life in Palliative Care Patients

OBJECTIVE: The research was designed as a controlled experiment to determine the effect of nursing care based on Watson's Human Caring Model (HCM) on dyspnea management, anxiety, and quality of life in palliative care patients.

MATERIALS AND METHOD: The research was conducted between September 2017 and June 2018 in Palliative Care Units of Sakarya Education and Research Hospital Korucuk Campus, Sakarya Akyazı State Hospital and Sakarya Hendek State Hospital. A total of 64 patients, 32 in the control group and 32 in the intervention group, constituted the sample of the study. The data of the study were collected using patient information form, visual analog scale (VAS), modified Borg scale, medical research council dyspnea scale (MRCs), Beck's anxiety scale (BAS), hospital anxiety and depression scale (HADS), SF-36 quality of life scale and patient perception of hospital experience with nursing (PPHEN).

FINDINGS: Secondly measured VAS median scores, secondly measured modified Borg scale median score, secondly measured MRCs median scores, secondly measured Beck's anxiety scale median scores and secondly measured HADS median scores were significantly lower in the intervention group of nursing care provided based on HCM compared to the control group ($p < 0.05$). Secondly measured mental and physical dimension median scores of SF-36 scale were significantly higher in the intervention group than those of in the control group ($p < 0.05$). The level of satisfaction of nursing care (secondly measure PPHEN median scores) in the patients was found to be significantly higher in the intervention group than that in the control group ($p < 0.05$).

CONCLUSION: As a result of the study, it was determined that nursing care based on Watson's HCM decreased the level of dyspnea and anxiety in patients and increased the quality of life and satisfaction of nursing care.

Keywords: Anxiety, Dyspnea, Nursing, Palliative care, Quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım “*Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; fiziksel, psikososyal ya da spiritüel (ruhsal) olarak yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta (yetişkinler ve çocuklar) ve ailelerinin, ağrı ve diğer semptomlarının hafifletilmesi ve mümkün olduğunca erken yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım*” olarak tanımlanmıştır. (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Erişim Tarihi:18.06.2018). Amerika Kanser Topluluğu (American Cancer Society) ve Ulusal Kanser Enstitüsü’de (National Cancer Institute) (NCI) palyatif bakımı; “*kanser gibi ciddi hastalığa sahip olan yetişkin ve çocuklarda görülen semptomlar ve acının hafifletilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlayan ve küratif tedavi ile birlikte verilen destek bakım*” olarak tanımlamıştır (<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/palliative-care/supportive-care-guide.html>; <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet> Erişim Tarihi:19.06.2018). Ulusal Palyatif Bakım Konseyi’nin (National Council for Palliative Care) (NCPC) tanımına göre ise palyatif bakım; “*aşırı ilerlemiş hastalığa sahip olan hastaların ağrı ve diğer semptomlarının yönetilmesi, fiziksel, sosyal ve ruhsal desteğin mümkün olduğunca erken verilerek yaşam kalitelerinin artırılmasını sağlayan aktif holistik bir bakım*” olarak tanımlamıştır (<http://www.ncpc.org.uk/palliative-care-explained> Erişim Tarihi:20.06.2018). Tanımlardan da görüldüğü gibi palyatif bakımın amacı yaşamı tehdit eden ciddi hastalığa sahip olan hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasıdır.

Palyatif bakıma gereksinimi olan hastaların yaşam kalitesini artırmak için iyi bir semptom yönetimi yapmak gerekmektedir. Palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesini etkileyen birçok semptom vardır. Bu semptomlar arasında en sık görülenlerden birisi de dispnedir (Mercadante, Fulfarò and Casuccio 2001). Palyatif

bakım alan hastaların büyük bir kısmını ileri evre kanser hastaları oluşturmakta ve kanser hastalarının yaklaşık %15-70'inde dispne görülmektedir (Corcoran 2013). Yapılan çalışmalarda kanser hastalarında görülen dispnenin hastalarda ölüm korkusunu ve anksiyete düzeylerini arttığı bildirilmiştir (Reuben and Mor 1986, Dudgeon, Kristjanson, Sloan, Lertzman and Clement 2001, Potter, Hami, Bryan and Quigley 2003, Henoch, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson and Danielson 2008, Kwok, Yuen, Yong and Tse 2016). Terminal dispne/ hava açlığı ölümü yakın olan hastaların yaklaşık %75-90 arasında görülmekle birlikte genellikle klinisyenler tarafından yaşam sonundaki bireylerde ölümün yaklaşmasının bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (LaDuke 2001, Klein, Lang, Bükki, Sittl and Ostgathe 2011, Corcoran 2013). Palyatif bakımın amaçları arasında yer alan huzurlu ölümün sağlanması ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için hastalarda dispne ve anksiyete yönetiminin palyatif bakım ekibi tarafından iyi yönetilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, çalışmada Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilen hemşirelik bakımının palyatif bakım hastalarının dispne yönetimi, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Bez, kapatmak, örtmek ve pelerine benzeyen kıyafet anlamına gelen palyatif kelimesi Latince “pallium” kelimesinden türemiştir. Medikal anlamda ise kötü bir durumu tam iyileştirme olmaksızın daha iyi bir hale getirme anlamında “palyasyon” kelimesi kullanılmaktadır (Pastrana, Jünger, Ostgathe, Elsneret and Radbruch 2008).

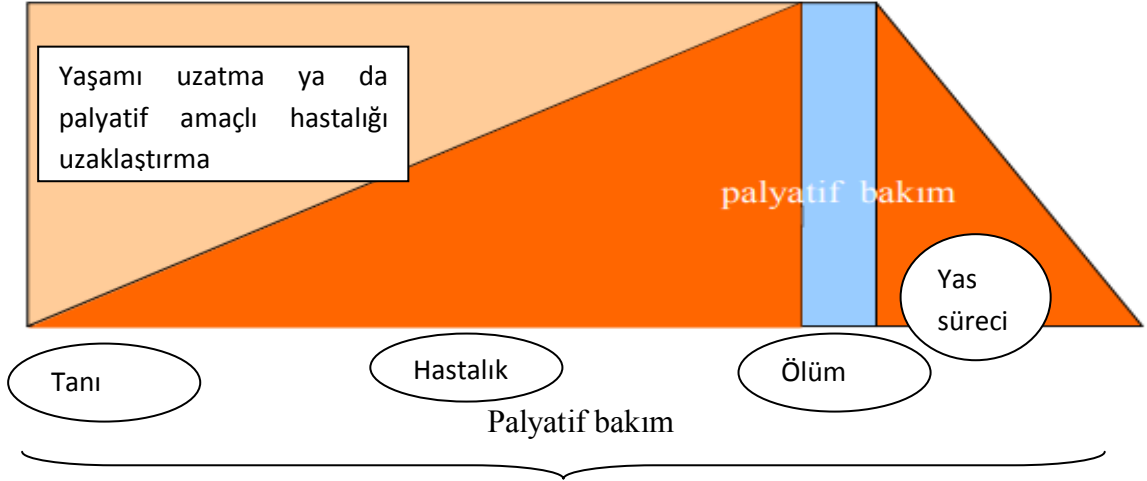
Türk Dil Kurumu’na göre palyatif kelimesi “*hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler*” olarak tanımlanırken palyasyon ise “*hafifletme*” olarak tanımlanmaktadır (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b7141d5679c73.78182079 Erişim Tarihi: 01.06.2018; http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5b7141dc1f16d2.27488779 Erişim Tarihi: 01.06.2018). Palyatif bakım genellikle son dönem bakımı, ölüm öncesi bakım, destek bakımı, konfor bakımı, evde bakım gibi isimlerle iç içe kullanılmakla beraber hiç birisi palyatif bakımı tam manasıyla ifade etmemektedir (Pastrana et al 2008).

Palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilk kez 1980’lerde “*tedavileri mümkün olmayan hastaların bakımı*” olarak tanımlanmıştır. 2002’de DSÖ’nün yaptığı güncellemede “*palyatif bakım; fiziksel, psikososyal ya da spiritüel (ruhsal) olarak yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta (yetişkinler ve çocuklar) ve*

*ailelerinin, ağrı ve diğer semptomlarının hafifletilmesi ve mümkün olduğunca erken yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik bir yaklaşım” olarak tanımlanmıştır. (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Erişim Tarihi: 18.06.2018). Amerika Kanser Topluluğu (American Cancer Society) ve Ulusal Kanser Enstitüsü’de (National Cancer Institute;NCI) palyatif bakımı; “*kanser gibi ciddi hastalığa sahip olan yetişkin ve çocuklarda görülen semptomlar ve acının hafifletilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlayan ve küratif tedavi ile birlikte verilen destek bakım”* olarak betimlemiştir (<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/palliative-care/supportive-care-guide.html>; <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet> Erişim Tarihi: 20.06.2018). Ulusal Palyatif Bakım Konseyi’nin (National Council for Palliative Care) (NCPC) tanımına göre ise palyatif bakım; “*aşırı ilerlemiş hastalığa sahip olan hastaların ağrı ve diğer semptomlarının yönetilmesi, fiziksel, sosyal ve ruhsal desteğin mümkün olduğunca erken verilerek yaşam kalitelerinin artırılmasını sağlayan aktif holistik bir bakımdır”* (<http://www.ncpc.org.uk/palliative-care-explained> Erişim Tarihi: 20.06.2018).*

2.1.2. Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakımın amacı DSÖ’nün tanımında da belirtildiği gibi hayatı tehdit eden kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitelerinin artırılmasıdır (Sepúlveda, Marlin, Yoshida and Ullrich 2002, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Erişim Tarihi: 18.06.2018). Ulusal Kanser Enstitüsü de palyatif bakımın amacını hastalığın tedavisi, yan etkileri ve semptomlarını önlemenin yanında bütüncül (holistik) yaklaşımla psikolojik, sosyal ve spiritüel problemlerin giderilmesi olarak açıklamıştır (<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet> Erişim Tarihi: 22.06.2018).



Şekil 1. Palyatif bakımın kapsamı

(http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44024/9241547345_eng.pdf;jsessionid=188637E8A885A275593E2FA64C506465?sequence=1 Erişim Tarihi:07.07.2018)

Palyatif bakım hastalığın ilk tanıldığı anda başlayan, ölüm ve ölüm sonu süreci (yas) de kapsayan bir yaklaşımdır. Burada sadece hastalar değil aynı zamanda aile ve üyelerinin de desteklenmesi gerekmektedir (Bağ 2012, Elçigil, 2012, <http://www.thewhpc.org/get-informed/hospice-and-palliative-care-worldwide> Erişim Tarihi: 01.07.2018, <http://www.thewhpc.org/resources/item/defining-palliative-care> Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Palyatif bakımın içeriğini;

- Ağrı ve diğer semptomların hafifletilmesi,
- Ölümün yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilmesi,
- Hastaya bütüncül olarak yaklaşılması,
- Hastanın yaşamını ölümüne kadar mümkün olduğunca aktif geçirmesi,
- Aile ve üyelerinin acılarının paylaşılması,
- Ölüm ve sonrası yas süreci yönetimi,
- Bireyin mümkün olduğunca bulunduğu anı kaliteli geçirmesi,
- Hastalığın tedavisi sürecinde oluşabilecek klinik komplikasyonların yönetilmesi oluşturmaktadır (Bağ 2012, Elçigil 2012, Kahveci ve Gökçınar 2014, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim Tarihi: 01.07.2018, <http://www.thewhpc.org/resources/item/defining-palliative-care> Erişim Tarihi: 01.07.2018).

2.1.3. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakıma gereksinimi olan bireylerin bakımında farklı disiplinlerden ekip üyelerinin oluşturulması hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında oldukça önemlidir (Özkan 2010, Borasio 2011). Bu nedenle, palyatif bakımın multidisipliner profesyonel bir ekip tarafından verilmesi gerekmektedir (Özkan 2010, Kabakak, Öztürk, Erdem ve Akın 2012). Palyatif bakımı sunacak bu ekip üyeleri arasında başta hasta ve aileler olmak üzere;

- Hekimler (aile hekimleri, anestezi uzmanları, algoloji uzmanları, onkologlar, cerrahlar...)
- Hemşireler (palyatif bakım eğitimi almış hemşireler, klinik hemşireleri)
- Farmakologlar
- Diyetisyenler
- Psikologlar
- Din görevlisi
- Sosyal çalışma uzmanları
- Yas danışmanı
- Gönüllüler yer almaktadır. Bunun yanında hastaların gereksinimlerine göre ekip içerisine semptom kontrolü için fizyoterapistler, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanları gibi meslek üyeleri de dahil olabilmektedir (Özkan 2010, Borasio 2011, Kabakak ve ark 2012, <http://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/2015/05/Multicultural-palliative-care-guidelines.pdf> Erişim Tarihi: 02.07.2018; <http://palliativecare.org.au/understanding-palliative-care-parent-menu/understanding-palliative-care> Erişim Tarihi: 02.07.2018)

2.1.4. Palyatif Bakım Kimlere verilir?

Palyatif bakım sadece kanser hastalarına veya terminal dönem hastalarına değil, hayatı tehdit eden kronik hastalığa sahip tüm bireylere verilmelidir (Sepúlveda et al 2002, Bag 2012). DSÖ palyatif bakımın, yaşamı tehdit eden kronik hastalığı olan bireylere uygulanması gerektiğini belirtirken; kanser, kardiyovasküler hastalıklar, HIV / AIDS, alzheimer ve diğer demanslar, karaciğer sirozu, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, diyabet, böbrek yetersizliği, multipl skleroz, parkinson, romatoid

artrit ve ilaca dirençli tüberküloz gibi hastalıklara sahip bireylere öncelik tanınması gerektiğini vurgulamaktadır (Kabakak ve ark 2012, <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> Erişim Tarihi: 06.07.2018). Dünya genelinde yaşamını tehdit eden kronik hastalığa sahip bireylerin oluşturması gereken palyatif bakım hastaların çoğunluğunu yaşamının son evresinde/terminal dönemde olan hastalar oluşturmaktadır. DSÖ'nün yayımladığı rapora göre de yaşam sonu/terminal dönemde palyatif bakıma ihtiyacı olan yetişkinlerin %38,47'ni kardiyovasküler hastalığa sahip olanlar, %34,01'ini kanser hastaları, %10,26'sını KOAH ve %5,71'ini HIV/AIDS hastaları oluşturmaktadır (<http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> Erişim Tarihi: 06.07.2018). Palyatif bakım; hastalığı, tanısı ve prognozu ne olursa olsun evrensel insan hakları arasında yer alan ve gereksinimi olan tüm bireylere verilmesi gereken bir bakımdır.

2.1.5. Palyatif Bakım Basamak ve Modelleri

Palyatif bakım sunumu ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, gelirleri/kaynakları ve sahip oldukları sağlık hizmet seviyelerine göre değişiklik göstermektedir. Ülkelerin durumlarına göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetleri verilmektedir. Birinci basamak palyatif bakım hizmeti veren kuruluşlarda hastaların ağrı ve diğer semptomlarının yönetimi ile ilgili temel eğitim almış klinisyenler (sağlık profesyonelleri); ikinci basamakta palyatif bakımda karşılaşılabilecek zor durumlar veya karmaşık semptomlar ile ilgili eğitim almış uzman hekimler ve diğer sağlık personelleri, üçüncü basamakta ise semptomların yönetiminde çeşitli branşlarda uzmanlaşmış hekimler, hemşireler, farmakolog, psikiyatrist ve diğer sağlık profesyonelleri hastalara hizmet vermektedir. Hastalarda görülen basit semptomların yönetimi sırasıyla birinci basamaktan başlamakta ve birinci basamak palyatif bakım hizmetlerinde çözülmemeyen kompleks vakalar ikinci veya üçüncü basamak palyatif bakım hizmeti sunulan merkezlere yönlendirilmektedir (Meier 2011, Worldwide Palliative Care Alliance 2014, Hui and Bruera 2015, Uslu ve Terzioğlu 2015).

Palyatif bakım hastalarına sunulacak bakımın kalitesini artırmak için; birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif bakım hizmetleri modeli yanında multidisipliner iş

birliği ile entegre farklı modeller de kullanılmaktadır. Bu modellerdeki amaç, basamaklı modele olduğu gibi hasta ve yakınlarına yönelik holistik (bütüncül) bir yaklaşımla bakım vermektir. Bu modeller;

- **Toplum temelli palyatif bakım;** düşük maliyet ile bakım sunmak amacıyla ayaktan tedavi alan hastalar için oluşturulmuş klinikleri içermektedir. Bur kliniklerde hastanın semptom kontrolleri sağlanmakta, hasta/ailelere hasta bakımına ilişkin eğitim ve manevi-psikososyal destek verilmektedir (Hui and Bruera 2015, Uslu ve Terzioğlu 2015).
- **Ev temelli palyatif bakım;** hastaların kendi ev ortamlarında hastanede alabilecekleri bakımın sağlanmaktadır. Hastaların semptomlarına yönelik gereksinim duydukları bakım hastanelerle koordineli olarak yapılmaktadır (Aydoğan ve Uygun 2011, Uslu ve Terzioğlu 2015).
- **Hastane temelli palyatif bakım;** ağırlaşmış ciddi klinik semptomları olan hastalara hastane ortamında, alanında uzman sağlık profesyonelleri tarafından; fiziksel, ruhsal ve psikososyal desteğin sağlanması ve sıkıntılarının giderilmesi olarak tanımlanmaktadır (Lagman and Walsh 2005, Aydoğan ve Uygun 2011, Uslu ve Terzioğlu 2015).

2.2. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM

2.2.1. Dünya'da Palyatif Bakım

İnsanlığın ilk anından itibaren bakım insanların en temel ihtiyaçları arasında yer almıştır. Eski yazıtlar, dini inanışlar, kutsal kitaplarda yer alan bakım ve yardım etme tarihte her zaman önemini korumuştur. Kökeni çok eski tarihlere dayanan, misafirler, fakirler, yolcular, aç-susuzlar ve göç edenlerin dinlenme yeri olan hospisler palyatif bakımın temelini oluşturmaktadır. Hospisler en başlarda düşkünler ve misafirlerin konak yeri olurken zamanla savaşlar sonucu askerlerin tıbbi bakımlarının yapıldığı ve barındıkları yerler haline dönüşmeye başlamıştır. Dr. Cicely Saunders tarafından 1967 yılında “*St. Christopher Son Dönem Bakım Evi*” açılmasıyla modern anlamda ilk hospis kurulmuştur. Saunders kendini ölmekte olan hastaların bakıma adanmış ve hastaların ihtiyaçlarının karşılanması, semptom kontrolünün sağlanması, ailelerinin

hastaya nasıl bakması gerektiği hakkında eğitimlerin planlanmasına yönelik çalışmalarda bulunmuştur. Bu anlamda günümüzdeki palyatif bakımın temeli Saunders tarafından oluşturulmuştur (Milicevic 2002; Özkan 2011, Bağ 2012, Kabalak, Öztürk ve Çağıl 2013).

Palyatif bakım terimi 1974 yılında ilk kez Kanadalı Doktor Balfour Mound tarafından kullanılmıştır. 1976 yılında İngiltere’de hastanelerde palyatif bakım hizmetleri verilmesinde öncü olan terminal hasta bakımı için hastane destek ekipleri oluşturulmuş ve 1987 yılında ise uzmanlık alanı olarak palyatif tıp bölümünü açmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak 1989 yılında Dünya Sağlık Örgütü Palyatif Bakımı resmi olarak tanımlamıştır. Dünya Palyatif Bakım Birliği (DPBB) verilerine göre günümüzde dünya genelinde 234 ülkenin 136’sında bir veya daha fazla hospis-palyatif bakım merkezi bulunurken sadece 20 ülkede (%8,5) gelişmiş düzeyde sağlık sistemine entegre palyatif bakım merkezi bulunmaktadır. Bununla birlikte dünya genelinde 75 (%32) ülkede hospis-palyatif bakıma ilişkin veri yoktur. Palyatif bakım çoğunlukla Avrupa ülkelerinde yaygın olup her ülkede farklı seviyelerde verilmektedir. Palyatif bakım sunma ve içeriğine göre ülkeler;

Grup 1: Aktivitesi bilinmeyen,

Grup 2: Yapılanma aşamasında olan,

Grup 3a: İzole sunulan,

Grup 3b: Genelleştirilmiş şekilde sunulan,

Grup 4a: Başlangıç düzeyde entegre olan,

Grup 4b: İleri düzeyde uyum sağlamak üzere dört grupta değerlendirilmektedir

(Lynch, Connor and Clark 2013,

<http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> Erişim Tarihi:

06.07.2018).

2.2.2. Türkiye’de Palyatif Bakım

Ülkemiz tarihine bakıldığında Selçuklu ve Osmanlılar zamanında hastalar, düşkünler ve yaşlıların tedavi, bakım ve tüm gereksinimlerinin karşılandığı, uzman hekim ve sağlık personelleri tarafından ücretsiz sağlık hizmetleri ve bakımın verildiği darülsifalar bulunmaktaydı (Kahveci ve Gökçinar 2014). Palyatif bakım dünya genelinde 1900’lerin sonunda ortaya çıkmış olmakla beraber ülkemiz tarihinde de

palyatif bakım benzeri hizmet sunumunun darülşifalarda veriliyor olması palyatif bakımın ülkemizde eskilere dayandığını göstermektedir (Kahveci ve Gökçinar 2014) Bununla birlikte Türkiye’de palyatif bakıma yönelik ilk uygulamalar 1990’lı yıllarda başlamıştır. Algoloji uzmanları ve onkologlar tarafından kanser hastalarının ağrılarının dindirilmesi ve diğer semptomların hafifletilmesine yönelik uygulamalarla palyatif bakım verilmeye başlanmıştır (Bingley and Clark 2009). Kanser hastalarının bakım ve tedavilerini desteklemek amacıyla Türk Onkoloji Vakfı tarafından 1993-1997 yılları arasında İstanbul’da palyatif bakım merkezi benzeri “kanser bakımevi” kurulmuştur (Kabalak, Kahveci, Gokcinar, Özdoğan ve Cagil 2013). Dünyada palyatif bakıma ilginin artmasıyla birlikte ülkemizde de sağlık politikaları gereği palyatif bakım merkezlerinin yetersizliği ve yaygın olmaması nedeniyle yapılan çalışmalar sonucunda Pallia-Turk projesi hazırlanmış ve palyatif bakım “*Ulusal Kanser Kontrol Programı nın*” en önemli bileşeni olarak kabul edilmiştir (Gültekin, Özgül, Olcayto ve Tuncer 2010). Pallia-Turk projesi kapsamında aile hekimliği, KETEM’ler iş birliği ile "Evde Bakım Hizmeti" verilmeye başlamıştır. Ülkemizde yetişkinlere yönelik Ankara Ulus Devlet Hastanesi’nde ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi kurulmuştur (Kabalak 2014). Dünya Palyatif Bakım Birliği 2011 verilerine göre ülkemiz palyatif bakım adına Grup 3b ülkeleri arasında yer almaktadır (Lynch et al 2013, <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> Erişim Tarihi: 06.07.2018). Sağlık Bakanlığı her geçen gün palyatif bakım merkezlerinin artması adına çalışmalar yapmaktadır. Bakanlığın hedefleri arasında palyatif bakımın geliştirilmesi ve 2023’e kadar sağlık sistemine entegre ileri düzey palyatif bakım merkezlerinin kurulması yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı en son 2015’te yayınladığı yönergeyle palyatif bakım merkezlerinin fiziki koşulları, personel dağılımı, görevleri ve palyatif bakım merkezi kriterlerinin neler olması gerektiğini açıklamıştır. Bu kriterler doğrultusunda pek çok yeni merkez açılmıştır ve açılmaya da devam etmektedir. Ülkemizde palyatif bakım merkezlerine ilişkin son duruma bakıldığında; yaklaşık 168 adet palyatif bakım ünitesinin (1898 yatak) 68 ilde hizmet verdiği, ancak ülkemizde sağlık sistemine entegre ileri düzey palyatif bakım merkezinin henüz kurulmadığı görülmektedir (Kıvanç 2017, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleri-yonergesipdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 07.07.2018). Sonuç olarak; Ülkemizde Palyatif

bakım hizmetleri geç başlamasına rağmen hızlı bir gelişme göstermiştir ve göstermeye devam etmektedir.

2. 3.PALYATİF BAKIM HASTALARINDA SIK GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

Palyatif bakım hizmeti verilen hastaların başta ağrı olmak üzere, diğer tüm semptomlarının hafifletilmesi amaçlanmaktadır. Palyatif bakım gereksinimi olan hastaların çoğunluğunu ileri evre kanser hastaları oluşturmaktadır. Kanser hastalarında görülen bir çok semptom bulunmaktadır. Kanser hastalarında görülen semptomların başında da ağrı gelmektedir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada hastalarda görülen semptomlar incelendiğinde ağrının hastaların yaklaşık %70-90'ında var olduğu görülmektedir (Yalçın ve ark 2005, Seven, Akyüz, Sever ve Dinçer 2013, Uysal ve ark 2015). Ağrının yanında ilerlemiş hastalığa sahip olan bireylerde en sık görülen fiziksel ve emosyonel sorunlar arasında;

- Solunumla ilgili (dispne, öksürük...),
- Gastrointestinal semptomlar (bulantı, kusma, konstipasyon, diyare),
- Anksiyete, kaygı,
- Yeme bozuklukları (anoreksi, iştahsızlık, oral alımda bozulma..),
- Halsizlik,
- Uyku problemleri,
- Üzüntü,
- Depresyon ve deliryum gibi semptomlar görülebilmektedir.

Uysal ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada palyatif bakım hastalarında en çok endişe (%92), ağrı (%90), bulantı (%66), konstipasyon (%61) ve nefes darlığı (%59) semptomlarının görüldüğü tespit edilmiştir. Palyatif bakım gereksinimi olan 142 kanser hastasının değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise sırasıyla en fazla yorgunluk (%87,3), dispne (%76,1) ve uyku problemlerinin (%67,6) var olduğu saptanmıştır (Seven ve ark 2013). İleri evre kanser hastalarında yapılan diğer bir çalışmada da benzer şekilde en sık sırasıyla yorgunluk, ağrı, yeme bozuklukları, sıkıntı, solunum sıkıntısı, konstipasyon ve uyku problemlerinin olduğu görülmüştür. Palyatif bakım hastalarında hastalıklarına göre farklı semptomlar görülmekle birlikte palyatif bakımın amacı hastalarda görülebilecek bu semptomların mümkün

olduğunca erken ortadan kaldırılması veya hafifletilmesidir. Böylece daha etkin bir semptom yönetimi yapılarak hastaların fiziksel ve ruhsal yönden rahatlaması sağlanarak yaşam kaliteleri artırılabacaktır.

2.4. DİSPNE VE YÖNETİMİ

Dispne; birey tarafından solunumun farkedildiği veya rahatsız edici bir durum olarak algılandığı, genellikle hastalar tarafından nefes darlığı, hava almada yetersizlik (hava açlığı) veya boğulma şeklinde tanımlandığı subjektif bir duygudur (Buckholz and Von Gunten 2009, Janssens, de Muralt and Titelion 2000, LaDuke 2001, Corcoran 2013, Del Fabbro, Dalal and Bruera 2006, Greer et al 2015). Amerikan Toraks Derneğine (ATD) göre dispne; *“fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel birçok faktörün karşılıklı etkileşimi sonucu ortaya çıkan, şiddeti değişken, bireysel algılardan oluşan; sekonder olarak psikolojik ve davranışsal sorunlara yol açan subjektif solunum rahatsızlığı deneyimi”* olarak tanımlanmıştır (American Thoracic Society 1999). Dispneye birçok faktör neden olmakla birlikte, dispne nedeni ne olursa olsun, hastaların fiziksel ve ruhsal durumları, dolayısıyla yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle etkin bir dispne yönetiminin sağlanması gerekmektedir. Etkin dispne yönetiminde, uygun ve etkili tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde ilk adım detaylı bir hasta değerlendirmesi yapılmasıdır. Dispne değerlendirmesinde; akciğer ve kalp oskültasyonu ve inspeksiyon yöntemleri ile öksürük, zor hırıltılı ekspirasyon, nefes alırken burun kanatlarının genişlemesi, solunum sayısı, ritmi derinliğinde anormal değişimler, nabız hızının artması, deri renginin soluklaşması/siyanoz, yardımcı solunum kaslarının kullanımı ve belirgin huzursuzluk göstergeleri gibi objektif belirtiler tespit edilirken, hastaların göğüs ağrısı, nefes darlığı hissi, hava açlığı ve ölüm korkusu gibi subjektif belirtileri de değerlendirilmelidir. Dispnenin değerlendirilmesi ve ölçülmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ölçekler kullanılarak yapılmaktadır (Del Fabbro et al 2006). Kliniklerde genellikle Görsel Analog Skala (VAS), Borg veya Modifiye Borg Dispne Ölçeği, Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (MMRC) ve Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ) gibi ölçekler dispnenin değerlendirilmesinde en çok kullanılan ölçekler arasında yer almaktadır (Mularski et

al 2010). Ayrıntılı bir değerlendirme sonrası, dispnenin nedenine ve hastanın gereksinimlerine uygun bir tedavi planlanması ve uygulanmasıyla etkin bir dispne yönetimi sağlanmış olacaktır. Dispne şiddetinin azaltılması/hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler birlikte kullanılmaktadır. (Reuben and Mor 1986, Corcoran 2013)

2.4.1. Dispne Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

2.4.1.1. Kortikosteroidler

Kortikosteroidler geniş bir kullanım alanına sahip olmakla beraber kanser hastalarında özellikle yaşam sonu terminal kanser hastaları ve palyatif bakım hastalarında radyoterapi veya kemoterapiye bağlı pulmoner toksisite ve hava yolu mukozasının inflamasyonuna bağlı oluşan dispnenin hafifletilmesinde kullanılmaktadırlar (Akyolcu 2002, Aydın 2005, Corcoran 2013, LaDuke 2001, Creutzberg, Wouters, Mostert, Pluyers and Schols 2003, Mercadante et al 2001). Randomize kontrollü 63 hastayla yapılan bir çalışmada steroid kullanımının dispne yönetiminde etkili olduğu saptanmıştır (Creutzberg et al 2003). Mercadante (2001) ve arkadaşlarının 50 hasta ile yaptıkları diğer bir çalışmada da kortikosteroid kullanımının dispneyi azalttığı gözlenmiştir. Terminal dönemde olan hastanın retrospektif olarak incelendiği başka bir çalışmada tek başına kortikosteroid kullanımının hastalarda dispneyi rahatlattığı belirlenmiştir (Maeda and Hayakawa 2017). Geriye dönük 20 terminal kanser hastanın dispne yönetiminde opioid ve kortikosteroidin birlikte kullanımının etkinliğinin araştırıldığı çalışma sonuçlarına göre; hastalarda opioid ve kortikosteroid kombinasyonunun dispne tedavisinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Maeda and Hayakawa 2017).

2.4.1.2. Bronkodilatatörler ya da adrenerjik antagonistler

Bronkodilatatörler temel olarak bronşial sekresyonları azaltıp, bronşları genişleterek oksijen alımının artırılmasını sağlar (Akyolcu 2002, Aydın 2005, Beasley, Stanton and Aldridge 2015). Bu nedenle hastalarda dispne ve hipoksi geliştiğinde çoğunlukla bronkodilatatörler kullanılmaktadır. Yapılan birçok çalışmada da bronkodilatatörlerin kombine veya tek olarak kullanımlarının hastaların dispnesinin

azaltılması/hafifletilmesinde etkili olduğu görülmüştür (Belman , Botnick and Shin 1996, Mahler et al 1999, Wheeler 2004, Beasley et al 2015). Bronkodilatörlerin kısa ve uzun etkili formları bulunmakta ve oral, parantral ve inhaler olarak kullanılmaktadır. Bronkodilatörler kliniklerde genellikle yan etkilerin az olması ve doğrudan hava yollarına verilmesine bağlı olarak en fazla inhalasyon yoluyla verilmektedir. (Wheeler 2004, Beasley et al 2015; <https://goldcopd.org/gold-2017-global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd/> Erişim Tarihi: 09.07.2018).

2.4.1.3. Morfin

Literatürde etiyoloji ne olursa olsun dispne yönetiminde opioid kullanımının etkili olduğu belirtilmektedir (Corcoran 2013, Klein et al 2011, LaDuke 2001, Qaseem et al 2008, Del Fabbro et al 2006). Özellikle kanserli hastalarda görülen dispnenin tedavisinde opioidler aktif olarak kullanılmaktadır. 213 hastanın incelendiği retrospektif bir çalışmada opioid kullanımının dispneyi azalttığı tespit edilmiştir (Johnson, Bland, Oxberry, Abernethy and Currow 2013).

Terminal evrede olan 33 kanser hastasında opioid kullanımının dispneye etkisinin incelendiği bir çalışmada da opioid kullanımının dispneyi azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Allard, Lamontagne, Bernard and Tremblay 1999). Hastalarda dispnenin rahatlatılması için en sık kullanılan opioid ise morfindir. Morfin birçok şekilde (oral, subkutan, intravenöz) kullanılmakla birlikte genellikle terminal dönemdeki kanserli hastalarda subkutan morfinin etkili olduğu görülmektedir. (Akyolcu 2002, Aydın 2005, Corcoran 2013, Klein et al 2011, LaDuke 2001). Genellikle morfin tedavisinin 5-10 mg oral, 2.5-5 mg subkutan veya 1-2 mg intravenöz olarak her 4 saatte bir kullanılması önerilmektedir (LaDuke 2001, NCCN 2009, Klein et al 2011, Corcoran 2013). Randomize kontrollü 48 hasta ile yapılan bir çalışmada oral morfin kullanımının dispneyi azalttığı tespit edilmiştir (Abernethy et al 2003). 18 çalışmanın incelendiği sistematik derlemede de oral ve intravenöz morfin kullanımının palyatif bakım hastalarında dispne tedavisinde etkili olduğu belirtilmiştir (Jennings, Davies, Higgins, Gibbs and Broadley 2002).

2.4.1.4. Benzodiazepinler

Benzodiazepinler genel olarak uyku düzeni ve anksiyetenin sedasyonu için kullanılırlar (Simon, Higginson, Booth, Harding and Bausewein 2010). Dispnenin azaltılması/hafifletilmesinde öncelikli olarak benzodiazepinler kullanılmamakla birlikte nefessiz kalmaya bağlı panik ve anksiyete durumlarında kullanılmaları önerilmektedir (Thomas and Von Gunten 2002). Yaşam sonu/terminal dönem hastaların çoğunluğunda dispne görülmekte ve bunun sonucunda nefes alamamaya bağlı anksiyete ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarda görülen dispne yönetiminde benzodiazepinlerin kullanımı hastaların rahatlamasında büyük etkisi vardır. Palyatif bakım hastalarında yapılan bir çalışmada da opioidlerle birlikte benzodiazepinlerin kullanımı hastaların dispnesini anlamlı derecede azalttığı görülmüştür (Clemens and Klaschik 2011). Ulusal Kanser Birliği de kanserli hastalarda dispneye bağlı anksiyetenin hafifletilmesinde benzodiazepinlerin kullanılmasını önermektedir (NCCN Guidelines for Palliative Care. <https://www.nccn.org/about/news/ebulletin/ebulletindetail.aspx?ebulletinid=130> Erişim Tarihi: 10.07.2018)

2.4.2. Dispne Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemler

2.4.2.1. Oksijen Tedavisi

Dispne yönetiminde oksijen tedavisi en sık kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerden biridir. Dispnenin azaltılmasında O₂ kullanımının etkinliği literatürde tartışmalı olmakla birlikte kliniklerde genellikle dispne sıkıntısı olan hastalarda nemlendirilmiş oksijen tedavisi kullanılmaktadır (Akyolcu 2002, Aydın 2005, Qaseem et al 2008). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada oksijen kullanımının oksijen saturasyonunu artırdığı ve dispneyi rahatlattığı tespit edilmiştir (Abernethy et al 2003). 38 hastanın incelendiği başka bir çalışmada oksijen kullanımının dispneyi hafiflettiği bildirilmiştir (Booth, Kelly, Cox, Adams and Guz 1996). Palyatif bakım alan 22 hastada oksijen kullanımının semptom yönetiminde avantajlarının araştırıldığı çalışmada da oksijen kullanımının dispneyi hafifletmede etkili olduğu belirlenmiştir (Jaturapatporn, Moran, Obwanga and Husain 2010). Bruera ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada ise oksijen

tedavisinin dispne düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Çalışmalarda farklı sonuçlar olmasına rağmen, palyatif bakım hastalarında genellikle oksijen tedavisi önerilmektedir. (LaDuke 2001, Del Fabbro et al 2006, Corcoran 2013).

2.4.2.2. Akupunktur

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerden olan akupunktur özellikle anksiyete ile birlikte olan dispne yönetiminde gevşeme tekniğiyle hastaların solunum sıkıntısını azaltmak için kullanılmaktadır (Akyolcu 2002, Aydın 2005). Randomize kontrollü yapılan bir çalışmada, müdahale grubundaki hastalara 3 hafta yapılan akupunktur uygulamasının hastaların dispnesini azalttığı saptanmıştır (Jobst et al 1986). Akupunkturun dispne yönetiminde etkinliğinin araştırıldığı başka bir çalışmada bir gruba akupunktur, bir gruba “*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*” (TENS) üçüncü gruba ise hem akupunktur hem de TENS uygulanmıştır. Çalışma sonucunda akupunktur ve TENS uygulanan gruplar arasında dispne açısından anlamlı fark olmadığı ancak hem akupunktur hem de TENS uygulamasının birlikte yapıldığı grupta dispnenin anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür (Lewith, Prescott and Davis 2004). Wu ve arkadaşlarının dispnesi olan 44 hasta ile yaptıkları çalışmada akupunktur uygulanan hastaların dispnelerinin yalancı akupunktur uygulanan hastalara göre anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (Wu, Lin, Wu and Lin 2007).

2.4.2.3. Yüz soğutma (Fan Tedavisi)

Yaşam sonu hastalarında özellikle fan kullanımı ya da yüze hava akımı uygulaması dispnenin azaltılmasında kullanılan hem ucuz hem de kolay uygulanabilen yöntemlerden birisidir (NCCN 2009, Corcoran 2013). Bir fan kullanılarak yüze soğuk hava üflenmesi yöntemi trigeminal sinirin 2. ve 3. dallarını etkileyerek hastalarda solunum sıkıntısı hissini azaltır (Akyolcu 2002, Aydın 2005). Randomize kontrollü 17 hastayla yapılan bir çalışmada yüzlerine fan uygulaması yapılan hastaların dispnelerinin azaldığı saptanmıştır (Baltzan, Alter, Rotaple, Kamel and Wolkove 2000). Galbraith ve arkadaşlarının (2010) 50 hastayla yaptıkları çalışmada da yüze ve bacağına uygulan fan kullanımının özellikle yüze uygulanan fanın dispneyi ciddi şekilde azalttığı belirlenmiştir.

2.4.2.4. Göğüs vibrasyonu

Göğüs vibrasyonu dispnenin azaltılmasında kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerden birisidir. Bilateral göğüs ve interkostal bölgeye vibratör yerleştirilerek yapılmaktadır (Buckholz and Von Gunten, 2009). Nefes alıp verirken inspirasyon zamanında inspiratuar kaslarına, ekspirasyon sırasında ekspiratuar kaslara uygulan titreşim dispneyi azaltmaktadır (Roberts 2008, Akıncı ve Pınar 2012). Dispnesi olan 15 hastanın incelendiği bir çalışmada uygulan göğüs vibrasyonunun hastaların dispnesini ciddi düzeyde azalttığı tespit edilmiştir (Sibuya et al 1994). Yapılan diğer bir çalışmada 17 hastaya uygulanan göğüs duvarı vibrasyonu sonucu hastaların dispnelerinin azaldığı belirlenmiştir (Fujie et al 2002). Randomize kontrollü 46 hastayla yapılan diğer bir çalışma sonucuna göre göğüs duvarı vibrasyonunun hastaların solunum sıkıntısı semptomlarını azalttığı saptanmıştır (Lange et al 2006).

2.4.2.5. Destekleme pozisyonları

Solunum sıkıntısı çeken biri istemli veya istemsiz olarak solunumunu rahatlatacak vücut pozisyonunu alma gereksinimi duymaktadır. Yatak içinde dik oturma, yatak kenarında birkaç yastık koyarak oturma, dizden destek alarak oturma, arkaya yaslanma, ayakta duvardan destek alma, ayakta dururken sırtı bir yere yaslama ve herhangi bir eşyadan destek alma gibi pozisyonlar dispneyi azaltmada kullanılan destek pozisyonları arasında yer almaktadır (Buckholz and Von Gunten 2009, Akıncı ve Pınar 2012). KOAH'lı 17 hasta ile yapılan bir çalışmada ayakta, sırtüstü uzanma, ileri doğru uzanmış pozisyonlarının dispneyi azaltmada etkili olduğu görülmüştür (Sharp, Druz, Moisan, Foster and Machnach 1980). Hastalara ayakta durma, sırtüstü uzanma, dik otururma, oturarak öne eğilme (45°), sağa meyilli, sola meyilli şeklinde 6 pozisyon verilerek dispnelerinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada da otururarak öne doğru eğilmenin dispnenin azaltılmasında diğer pozisyonlara göre daha etkin olduğu saptanmıştır (O'Neill and McCarthy 1983).

2.4.2.6. Gevşeme

Gevşeme teknikleri dispneyi azaltma açısından kullanılan etkili uygulamalar arasında yer almaktadır (Buckholz and Von Gunten 2009). Gevşeme teknikleri özellikle görsel gevşeme tekniği dispnenin azaltılmasında kullanılan tekniklerden

biridir. Görsel gevşemede; hastaya gözlerini yavaşça kapatması söylenerek, huzur verici sesler (su, kuş vb) dinletilir. Aynı zamanda hastadan hoşlandığı sevdiği bir yerde (doğa manzarası vb) olduğunu hayal etmesi, hoş kokulara (sevdiği bir çiçek kokusu vb) ve nefesine odaklanması istenir. Bu şekilde hastaların korkularından ve belirsizliklerden uzaklaşması ve rahatlama sağlanır (Tusek and Cwynar 2000). Dispnesi olan 26 hasta ile yapılan bir çalışmada gevşeme tekniğinin kalp atım hızını ve hastaların dispnesini azalttığı saptanmıştır (Louie 2004). Dispne sıkıntısı olan 32 akciğer kanseri olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada da gevşeme teknikleri uygulanmasının dispneyi azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (Greer et al 2015).

2.4.2.7. Dikkati başka yöne çekme

Dikkati başka yöne çekme yönteminde müzik, görsel uyarı ve hayal kurma gibi teknikler kullanılmaktadır (Von Leopoldt, Seemann, Gugleva and Dahme 2006, Buckholz and Von Gunten 2009, Akıncı ve Pınar 2012). Bu tekniklerde özellikle müzik dinletmenin hastaların dispnesini azalttığı bildirilmektedir (Akıncı ve Pınar 2012). Bauldoff ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları bir çalışmada müzik eşliğinde yürüyüş yapmanın bireylerde dispneyi azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Aynı araştırmacıların 24 kişi ile yaptığı başka bir çalışmada da müzik dinlemenin dispneyi ciddi düzeyde azalttığı tespit edilmiştir (Bauldoff, Hoffman, Zullo and Sciorba 2002). Sidani ve arkadaşlarının (2004) 26 hastayla yaptıkları randomize çalışmada da müzikle dikkati farklı yöne çekmenin egzersiz dispnesinde azalma sağladığı görülmüştür. Bauldoff ve arkadaşlarının (2005) 30 KOAH hastasıyla yapılan diğer bir çalışmada da benzer olarak müzikle dikkati başka yöne çekmenin hastaların dispne düzeyinde azalma ve rahatlama sağladığı saptanmıştır. Randomize kontrollü 82 hasta ile yapılan başka bir çalışmada da uygun müzik dinletisinin dispneyi gidermede etkili olduğu bulunmuştur (Singh, Rao, Prem, Sahoo and Keshav 2009).

2.4.2.8. Solunum egzersizleri

Dispneyi kontrol altına almak amacıyla hastalara yaptırılan solunum egzersizleri hastaların solunum sıkıntısı azaltmaktadır. Genellikle hastaların solunum sıkıntısını azaltmada büyük dudak ve diyafragmatik solunum yaptırılmaktadır (Buckholz and Von Gunten 2009, NCCN 2009, Corcoran 2013).

Pursed lips (büzük dudak) solunum tekniği; akciğerlerin fonksiyonel kapasitesini, tidal volümü, alveolar ventilasyonu, kan gaz değişimini artırmak ve yardımcı solunum kaslarının güçlenmesini sağlamak için dispnenin rahatlatılmasında kullanılmaktadır (Buckholz and Von Gunten 2009, Akıncı ve Pınar 2012). Büzük dudak solunumu yaptırılırken, hastaya tolere edebileceği rahat bir pozisyon (tercihen dik oturur pozisyon) verilir. Hastadan ağzı kapalı olacak şekilde burnundan nefes alması istenir. Burnundan nefes alan hastanın ağzından ıslık çalar/mum üfler gibi nefesini ağzından vermesi istenir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta hastanın aldığı nefesi, 2 katı kadar bir sürede vermesidir. Örneğin nefes 2 saniyede alınıyorsa, 4 saniye sürede geri verilmesi gerektiği hastaya öğretilmelidir (Akyolcu 2002, Aydın 2005).

Diyafragmatik solunum tekniğinde hastaya tolere edebileceği pozisyon (genellikle dik oturur pozisyonda) verilerek bir elini diyaframa/karnının üzerine diğer elini göğsünün üzerine koymasđ söylenir. Hastanın burnundan yavaşça nefes alması, nefes alırken karnının üzerindeki elinin yükselmesi gerektiği açıklanır. Hastaya nefesini ağzından geri vermesi ve nefesi verirken karnının içeriye doğru çekilmesi gerektiği uygulamalı olarak öğretilir (Akyolcu 2002, Aydın 2005). Diyafragmatik solunumda; diyaframı aşağıya hareket ettirmek için karın kaslarının kullanılması, akciğerlerin daha etkili bir şekilde genişlemesini sağlar (Buckholz and Von Gunten 2009).

Büzük dudak ve diyafragmatik solunumun tek başına veya birlikte yaptırılmasının hastalarda dispneye bağlı sıkıntđların giderilmesinde etkili yöntemler olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Spahija, de Marchie and Grassino 2005, Nield, Soo Hoo, Roper and Santiago 2007, Salle et al 2017). Büzük dudak solunumunun dispne yönetimi üzerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada büzük dudak solunumunun dispneyi azalttığı tespit edilmiştir (Garrodl, Dallimore, Cook, Davies and Quade 2005). Randomize kontrollü, 15 kişilik müdahale ve 15 kişilik kontrol grubundan oluşan hastalarla yapılan çalışmada; müdahale grubuna verilen büzük dudak solunumu ve diyafragmatik solunum eğitiminin kontrol grubuna göre hastaların dispnesini ciddi düzeyde azalttığı saptanmıştır (Hochstetter, Lewis and Smith 2005).

2.4.2.9. Danışmanlık ve destek olma

Hastaların dispnelerinin giderilmesinde danışmanlık verilmesi, dispne yönetiminin en etkili basamaklarından birini oluşturmaktadır. Hastalara gereksinimleri doğrultusunda gerekli eğitimlerin verilmesi, hasta ve yakınlarına destek olunması holistik ve profesyonel yaklaşımın içerisinde yer almaktadır. Randomize kontrollü bir araştırmada müdahale (84 kişi) grubuna ev ziyareti yapılarak evde ilaç kullanımı, nefes egzersizleri, sigarayı bıraktırma ve sağlıklı yaşam hakkında eğitim verilmiştir. 4 hafta sonra yapılan değerlendirmede müdahale grubunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde dispnelerinde ve diğer semptomlarında azalma olduğu gözlenmiştir (Hermiz et al 2002). Rea ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada hastalara verilen danışmanlığın semptom yönetiminde özellikle dispnenin azaltılmasında etkili olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak palyatif bakım hastalarında sıklıkla görülen semptomlar arasında yer alan dispnenin azaltılması için öncelikle altta yatan sebeplerin araştırılması ve buna uygun tedavi yöntemlerinin seçilmesi gerekmektedir. Hastaların dispnelerinin azaltılması/giderilmesi gerek ilaç gerekse ilaç dışı yöntemlerle sağlık bakım ekibinin hastalara bütüncül yaklaşması ile mümkün olacaktır.

2.5. ANKSİYETE VE YÖNETİMİ

“Amerikan Psikiyatri Birliği’ne (APA) göre anksiyete; strese karşı verilen yanıt, bazı durumlarda tehlikelere karşı hazırlıklı olmayı sağlama, kas gerginliği ve davranışlardan kaçınma ile karakterize tedirginlik durumu olarak tanımlanmıştır” (<https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders> Erişim Tarihi: 12.07.2018). *“Türk Dil Kurumuna göre anksiyete; üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa olarak tanımlanan kaygı, can sıkıntısı, bunalma ve endişe verici hal olarak görülen durumu ifade etmektedir”* (http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=KAYGI Erişim Tarihi: 13.07.2018). Anksiyete bazı içsel ve dışsal olaylar sonucunda doğal olarak ortaya çıkan duygu durumudur (Olthuis, Watt, Bailey, Hayden and Stewart 2016). Bireye

zor gelen, negatif düşünce uyandıran ve rahatsızlık veren içsel ve dışsal olaylar kişide kaygı ve endişeye neden olur (Lader 2015). Anksiyetenin düzeyi kişilere göre değişmekte olup aniden başlayabileceği gibi yavaş başlayıp zamanla yoğunlaşabilmektedir (Karamustafaloğlu ve Yumruçal 2011). Bunun tersi olarak en başta hafif bir tedirginlik durumu ile başlayıp aniden panik haline de dönüşebilmektedir. Anksiyeteyi yönetmek kişilerin başatma mekanizmalarına göre değişmektedir (Eşel 2003). Bazı durumlar için hafif anksiyete yararlı olabilir ancak aşırı anksiyete ve panik hastaları olumsuz etkiler. Anksiyete durumunda insanlarda fiziksel ve psikolojik bazı değişimler görülmektedir. Fizyolojik olarak çarpıntı, nabız hızının artması, hızlı hızlı zor nefes alma, titreme (ellerde, ayaklarda), aşırı terleme, ağız kuruluğu, konsantre olamama, düşüncelerini toparlayamama gibi belirtiler görülebilmektedir. Psikolojik olarak ise sıkıntı, heyecan, birden çok kötü bir durumla karşılaşacakmış hissine kapılma, lüzumundan fazla ve devamlı endişelenme, korku, bazı şeyleri unutma /hatırlayamama, kolayca ağlama ve kendini kontrol edememe gibi hisler ortaya çıkabilmektedir. (Karamustafaloğlu ve Yumruçal 2011, Eşel 2003). Anksiyete her bireyde görülmekle birlikte genellikle hastalarda özellikle de yaşam sonu/ palyatif bakım hastalarında sık görülen bir semptomdur. Bu hastaların büyük kısmı gelecek hakkındaki belirsizlik, ölüm ile ilgili korkulardan dolayı anksiyete yaşamaktadırlar. Ayrıca palyatif bakım hastaları genellikle terminal dönemde dispneye bağlı olarak nefes alamama, nefes açlığı sebebiyle de anksiyete yaşayabilmektedir. Hastaların anksiyete düzeylerinin azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması hastaların yaşam kalitesini artırmak için büyük öneme sahiptir. Hastaların anksiyetesinin etkin bir şekilde yönetilebilmesi için holistik bir yaklaşımla bireylerin gereksinimi olan bakımın sağlanması gerekmektedir (Şahin ve Buzlu 2016). Anksiyeteli hastaya yaklaşımda; hastanın yaşadığı zorlukların saptanması, anksiyeteyi tetikleyen durumların belirlenmesi, hastaya uygun baş etme becerilerinin öğretilmesi, geliştirilmesi ve hastayla birlikte uygulanması önemlidir (Meriç ve Oflaz 2013). Anksiyetenin azaltılmasına yönelik ameliyat olacak 48 hasta ile yapılan bir çalışmada ameliyat öncesi 24 hastaya destekleyici hemşirelik bakımı verilmiştir. Çalışma sonucunda ameliyat öncesi destekleyici bakım verilen hastaların kontrol grubuna göre ciddi düzeyde anksiyetelerinin azadığı saptanmıştır (Cho and Hong 2001). Yanık ünitesinde yatan 99 kişi ile yapılan başka bir çalışmada da hastalara

terapötik dokunma ile verilen bakımın hastaların anksiyetelerini azalttığı belirlenmiştir (Turner, Clark, Gauthier and Williams 1998). Randomize kontrollü diğer bir çalışmada, müdahale grubunda yer alan hastalara müzik eşliğinde bakım verilmiştir. Müzik eşliğinde bakım verilen hastalar, rutin bakım verilen kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anksiyetelerinin anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür (Sung , Chang and Lee 2010). 140 palyatif bakım hastasının incelendiği diğer bir çalışmada da hastalara verilen hemşirelik bakımının hastaların anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır (Butters, Higginson, George, Smits and McCarthy 1992).

2.6. PALYATİF BAKIM VE YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi 1960'lı yılların başından günümüze kadar sürekli sorgulanan ve tam olarak tanımlanamayan bir kavramdır. *“Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini; bireylerin buldukları sosyokültürel yapı içerisinde hedefleri, beklentileri, standartları, umutları ve endişeleri ile ilgili kendi yaşamını algılama durumları”* olarak tanımlamıştır (Post 2014, Aydın ve Paçacıoğlu 2016). Yaşam kalitesi bireylerin mutlu olma, yaşamdan doyum alma, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tatmin olma durumlarının göstergesi olarak da ifade edilmektedir (Hazer ve Ateşoğlu 2017, Altay, Çavuşoğlu ve Çal 2016). Yaşam kalitesinde var olan şey kişinin yaşamını nasıl algıladığıdır (Post 2014, Aydın ve Paçacıoğlu 2016, Hazer ve Ateşoğlu 2017). En başlarda felsefe ve sosyoloji alanlarına konu olan yaşam kalitesi, günümüzde hemen hemen tüm disiplinlerde ele alınmaktadır (Arslan ve Bölükbaş 2003, Erdoğan ve Yavuz 2014, Wolinsky and Andresen 2018).

Tıp alanında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı DSÖ'nün sağlığın tanımında kullandığı *“sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak tam bir iyilik hali”* ifadesine göre şekillenmiştir (Erdoğan ve Yavuz 2014, Çavuşoğlu ve Çal 2016). Bu manada sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi; kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığını algılama durumu olarak tanımlanmakta, fiziksel, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç ana boyuttan oluşmaktadır. Fiziksel alanda; bireylerin fiziksel fonksiyonları, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme düzeyleri (ev işleri, yürüme, merdiven çıkma, yemek

yeme, giyinme gibi) ve ağrı, yorgunluk, dispne gibi durumlar sorgulanırken, psikolojik alanda ise, bireylerin psikolojik iyilik hali, anksiyete, stres, depresyon gibi psikolojik-bilişsel rahatsızlıkları sorgulanmaktadır. Yaşam kalitesinin sosyal alanında da kişilerarası ilişkiler, ailevi rol-sorumluluklar, cinsellik ve etkili iletişim değerlendirilmektedir (Erdoğan ve Yavuz 2014, Post 2014, Aydın ve Paçacıoğlu 2016, Hazer ve Ateşoğlu 2017). Bireylerin yaşam kalitelerinin iyi olması tüm bu üç ana alanı içeren bileşenlerin etkilenme durumuna bağlı olarak değişmektedir. Yaşam kalitesinin ana boyutlarını etkileyen pek çok faktör bulunmakla birlikte hastalık durumu, yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanını aynı anda etkilemekte ve bireylerin yaşam kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır (Schuch et al 2015, Altay ve ark 2016, Ohlsson-Nevo, Karlsson and Nilsson 2016). Özellikle yaşamını tehdit eden kronik hastalığa sahip olan palyatif bakım hastalarında görülen semptomlar (ağrı, dispne, anksiyete, bulantı, kusma vb) bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Kaasa and Loge 2003). Palyatif bakım hastalarının yaşam kalitelerini artırılması; hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve gereksinimleri doğrultusunda holistik-bütüncül bakım verilmesi ile mümkün olur. Yapılan birçok çalışmada da hastalara verilen hemşirelik bakımı ile semptomların azaltılması ve giderilmesiyle hastaların yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür (Bayram, Durna ve Akin 2014, Charalambous et al 2016, Wang, Huang, Ho and Chiou 2016, Tzelepis et al 2017).

Palyatif bakımda sık görülen semptomlardan olan dispne ve anksiyetenin azaltılması/hafifletilmesi ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılması; hemşirelik bakımının daha profesyonel, sistematik ve kaliteli bir şekilde verilmesi ve bakımının iyi organize edilmesiyle mümkündür. Bunu sağlamak için hemşirelik bakımında hemşire kuramcılarının geliştirdiği bakım modelleri temel alınmalıdır (Papathanasiou, Sklavou and Kourkouta 2013, Temel ve Kutlu 2015, Tektaş ve Çam 2017) Hemşirelik bakımında kullanılabilecek pek çok model bulunmaktadır. Bu modeller incelendiğinde; hastaları spiritüel, fiziksel ve sosyal yönden ele alan, holistik (bütüncül) yaklaşımı ilke edinen İnsan Bakım Modelinin palyatif bakım felsefesine uygun modeller arasında yer aldığı görülmektedir (Mahler 2010).

2.7. JEAN WATSON'IN İNSAN BAKIM MODELİ (İBM)

Hemşirelik bakım modelleri hasta bakımında standardizasyonu sağlamak, sistematik/eleştirel düşünme becerisini artırmak, ortak dil kullanımını yaygınlaştırmak ve mesleki profesyonelleşmeyi sağlamak amacıyla geliştirilmiştir (Cara 2003, Öner ve ark 2011, Şengün ve Üstün 2011, Arslan ve Okumuş 2012). Uygulama alanlarında hasta bakım kalitesini artırma amacıyla kullanılan farklı hemşirelik bakım modelleri bulunmaktadır. Hasta bakımında rehberlik eden bu modellerden biri de Jean Watson'ın İnsan Bakım Modelidir.

“Watson Bakım Bilimi Enstitüsü'nün” kurucusu olan Profesör Jean Watson, Kolorado Üniversitesi hemşirelik fakültesi dekanı ve Kolorado bakım bilimi başkanı olarak görev yapmaktadır. Alanında 30'u aşkın kitabı, sayısız uluslararası makaleleri ve ödülleri bulunan Watson, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 12 uluslar arası toplamada 15 fahri doktora sahiptir. Amerikan hemşirelik akademisi tarafından 2013 yılında yaşayan efsane olarak kabul edilmiştir. Hemşirelik, psikiyatri, eğitim ve danışmanlık alanlarında uzman olan ve bu alanlarda çalışmalarını yoğunlaştıran Watson 1975-1979 yılları arasında İnsan Bakım Modelini geliştirmiştir. İBM temelini hastaya kaliteli bakım verme ve hastayla etkili iletişimi devam ettirmeye dayandırmaktadır (Arslan ve Okumuş 2012, Watson 2003, 2009, 2012, <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/>; Erişim Tarihi: 18.09.2018).

Bu modelde; bakım verirken her bireyin özgünlüğü ve yaşam deneyimleri üzerinde durulur. Watson'a göre birey; doğanın bir parçası olarak yaşayan, büyüyen, ne sadece fiziksel ne de sadece ruhsal olan, beden, akıl ve ruh olmak üzere üç alana sahip karmaşık bir organizmadır. Modele göre bireyin sağlıklı olması akıl, beden ve ruh alanlarının uyum içerisinde olmasına bağlıdır. Watson, aklın kişinin deneyimleri ve zekasına bağlı olduğunu ifade etmektedir. Watson ruh kavramının ise; kişinin iç dünyası ve manevi özü olarak tanımlamaktadır. Watson manevi özün çok önemli olduğuna ve bakımda özellikle hemşirelerin dikkat etmesi gereken en önemli unsur olduğuna vurgu yapmaktadır (Cara 2003, Watson 2009).

Watson *“hemşireliği; etkili bakım sunabilme süreci”* olarak tanımlanmaktadır. Hemşire ve hasta arasındaki iletişimin kuvvetli olması bakım kalitesini artıran en

önemli unsurdur (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner, Şengün ve Üstün 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.1. İnsan Bakım Modelinin Yapısı

Model “kişilerarası bakım ilişkisi”, “bakım durumu ve bakım anı” ve “iyileştirme süreçleri” olmak üzere üç temel kavram üzerinde yapılandırılmıştır (Watson 2003, 2009, 2012, Öner ve ark 2011) .

2.7.1.1 Kişilerarası bakım ilişkisi

Watson kişilerarası bakım ilişkisi kavramını; “*hemşire ve birey arasındaki bilimsel, profesyonel, etik, estetik, yaratıcı, bireylere özgü karşılıklı etkileşim ve iletişim*” olarak tanımlamaktadır (Watson 2002, 2003, 2007, 2009, 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

Watson’a göre bireylere bakım verirken onların akıl, beden ve ruh alanları arasında uyumu sağlamak için bireysel benliklerinin ötesinde bir iletişim kurmak gerekmektedir. Watson bu iletişimi kurarken “*transpersonal*” kavramını kullanmaktadır. Türkçede ben ötesi olarak kullanılan kelime Watson’ın bahsettiği anlamı tam olarak kapsamamaktadır. Watson bu kavram ile bireye, sadece fiziksel değil aynı zamanda manevi olarak da bütüncül (holistik) yaklaşımla bakım vermeyi ön görmektedir. Hastaya bütüncül bakım verirken duyarlılık, güven, saygı, ahlaki ve etik kurallar doğrultusunda yaklaşmak gerekmektedir. Watson’a göre hemşire hasta ile iletişimde bireyin insani varlığının özüne indiğinde daha etkili bir bakım verebilecektir (Cara 2003, Watson and Smith 2002, Watson 2007).

2.7.2. Bakım Durumu ve Bakım Anı

Watson bakım anını; “*hemşirenin hasta/sağlıklı bireyle iletişime geçme aşamasındaki yer ve zaman*” olarak tanımlamaktadır. Bakım anı kişilerarası bakım ilişkisinin başlamasına temel oluşturur. Bakım anında hemşire bireyin duygu ve hislerinin farkına vararak bireye özgü bakımı planlar. Bakım, bireylere özgü olan yaşam alanlarına hemşirenin girmesi ile başlar. Bireyin yaşam alanına girerek durumunu saptayan hemşire kişiye özgü bakımın çerçevesini oluşturur. Bireylerin özüne göre geçmişi, bulunduğu an ve geleceğe yönelik beklentileri arasında ilişkiyi

kurarak bakım durumunu saptar ve buna yönelik bakım verir (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3. İyileştirme Süreçleri

Watson'a göre bilim, sanat ve bakımın birleştiği nokta olarak tanımlanan hemşireliğin temelini "iyileştirme süreçleri" oluşturmaktadır. Bu süreçler değer verme, önemseme ve sevgi gösterme ile hemşirenin bireye yaklaşımında kullanacağı yol haritasını oluşturmaktadır. İyileştirme süreçleri hemşirelik bakımında rehber olarak kullanılır. Watson iyileştirme süreçlerini hemşirelerin yaratıcı problem çözme ve kritik düşünme yetilerini kullanma sahası olarak tanımlar. İyileştirme süreçleri bir bütündür ve birbiriyle etkileşim halindedir. İnsancılık-adanmışlık, inanç-umut, duyarlılık, yardım-güven ilişkisi, duyguların ifadesi, problem çözme, öğretme-öğrenme, iyileşme çevresi, gereksinimlere yardım, manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma iyileştirme süreçlerini oluşturmaktadır (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.1. İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi

İnsancılık (humanizm); her insanın değerli ve onurlu olduğu ve saygıyı hak ettiği ilkesine dayanmaktadır. İnsanlara değer verme ve hak ettiği saygıyı göstermek ise onları sevmek ile mümkündür. İnsanlara değer verdikten sonra onlara yardım etme yetimiz geliştirmekte ve kendimizi onlara adanmışlık yani alturizm değeri ortaya çıkarmaktadır. Watson'a göre hemşireliğin temelini alturizm ve humanistik değerler oluşturmaktadır. Bu süreçte Watson bakıma gönül veren tüm hemşirelerde mutlaka olması gereken alturizm ve humanizm değerlerine göre sevgi ve şefkat ile bakım vererek hastaların iyileşme sürecine katkı sağladığını düşünmektedir (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.2. İnanç-umut

Sağlıklı olmanın akıl, beden ve ruh uyumuna bağlı olduğunu ifade eden Watson, bu uyumun yakalanabilmesi ve sürdürülmesi için hastaların inanç ve umutlarının desteklenmesi gerektiğini düşünmektedir. Hastanın iç dünyası, yaşadıkları ve inancı

öğrenilerek bu doğrultuda hastaya bakım verirken pozitif düşünceler aşlamak iyileşme sürecinin en önemli basamağını oluşturmaktadır (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.3. Duyarlılık

Bireylerin karşılıklı duygularını anlamak birbirlerine yardım etmenin temel prensibidir. Watson'a göre hemşirelerin öncelikle kendi duygularının farkına varması gerekmektedir. Kendi duygularının farkına varan hemşirelerin duyarlılık, empati kurma ve karşısındakini anlama düzeyi yüksektir. Hemşireler hastalara duyarlılık ile yaklaşarak onların dünyaya bakış açılarını, hastalık, sağlık ve iyileşmenin onlara göre ne olduğunu anlar ve bu doğrultuda iyileşme süreçlerine katkı sağlayabilir (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.4. Yardım-güven ilişkisi

İnsanlar güven duymadıkları kişi veya durumlarda kendilerine ait bilgileri paylaşmak istemezler. Karşınızdaki kişinin güvenini kazanmak ona yardım edebilmenin temel basamağıdır. Watson'a göre de yardım-güven ilişkisinin temelini uyum, empati ve içtenlik oluşturmaktadır. Hasta ile uyumlu bir ilişki kurmak iyileştirme süreçlerini kolaylaştırmaktadır. Hasta ile kurulacak ilişkide hastayı yadırgamadan duygu ve düşüncelerini empati yaparak içtenlikle dinlemek gerekmektedir. Watson hemşirelerin içtenlik ve empatiye dayalı kuracakları iletişimin hastanın güvenini kazanma ve ona yardım edebilmedeki en önemli nokta olduğunu düşünmektedir (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.5. Duyguların ifadesi

İnsanların düşünce ve davranışlarının gelişiminde en önemli etkiye sahip olan şey hissettikleri duygularıdır. İnsanları dinlemek, duygu ve düşüncelerine değer vermek kişinin önemsendiğinin göstergesidir. Bireyin önemsendiğini hissetmesi karşısındakine güvenini artırır. Etkili iletişim ile güven ilişkisini oluşturan hemşireler hastaların dışa vuramadıkları duyguları, gereksiz korkularını ifade etmesini sağlar. Hastaların

duygularını ifade etmesiyle birlikte gereksinimleri doğrultusunda hemşireler tarafından sağlanacak yardım, hastaların iyileşme süreçlerine önemli katkı sağlar. Watson'a göre hastaların olumlu ve olumsuz duygularını ifade etmesini sağlamak hemşirenin sunacağı bakımın kalitesini artıracaktır (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.6. Problem çözme

Tanımlama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşan hemşirelik süreci Watson'a göre; neden sonuç ilişkisine dayanan bilimsel bilginin yanında etik, estetik, kişisel ve deneysel, sistematik problem çözme gerektiren bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler tarafından hastaların soru sorması için cesaretlendirilmesi, geçmişte yaşadıkları durumlar ile şuan ki durumları arasında bağlantı kurulması ve yeni çözüm önerileri/ baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi hastaların bu sürece etkin katılımı ile mümkün olmaktadır. Watson'a göre hastaların hemşirelik sürecinde problem çözümüne dâhil edilmeleri iyileştirme süreçlerinin en önemli noktası arasında yer almaktadır (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.7. Öğretme-öğrenme

Hemşirelik mesleğinin temelinde yer alan eğitimci rolü hastaların neyi ne kadar bildiğinin sorgulanmasıyla başlamaktadır. Hastalara gereksinimi olan konularda yardım edilmesi hemşirelerin temel görevleri arasında yer almaktadır. Hemşireler sunacakları etkin bakımı hastaların yönlendirmesi ve sürece dahil olmasıyla yapabilirler. Bu bağlamda hastaları soru sormaya, öğrenmeye teşvik etmek gerekmektedir. Watson'a göre öğretme-öğrenme süreci; hemşirenin hastasının duygu, düşünce, bilgi durumunu belirleyip buna göre hasta ile etkili iletişime geçerek gereksinimleri doğrultusunda ihtiyaçlarını karşılaması olarak tanımlanır (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.8. İyileşme çevresi

Hemşirelerin kaliteli bakım vermek için hastalarına konforlu, huzurlu ve güzel bir çevre oluşturmaları gerekmektedir. Çevre fiziksel ve psikolojik olarak bir bütün olarak ele alınmalıdır. Fiziki çevrede konfor, mahremiyet, güven, gizlilik, temizlik ve estetik kavramları üzerinde durulurken iç çevrede de mental, spiritüel (ruhsal)/manevi iyilik hali ve sosyokültürel inançlar üzerinde durulmalıdır. Watson da hastaların iyileşmelerinde ve kaliteli bakım verilmesinde konforlu, estetik, uyumlu, huzurlu fiziki ve spiritüel/manevi çevrenin büyük etkisi olduğunu söylemektedir (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.9. Gereksinimlere yardım

Watson hastalara bütüncül (holistik) yaklaşımı benimsemiş ve onlara Maslow'un temel insan gereksinimleri doğrultusunda yardımcı olunması gerektiğini savunmuştur. Watson, yeme, içme, boşaltım, solunum gibi biyofiziksel gereksinimler; hareket, cinsellik gibi psikofiziksel gereksinimler; başarı, ait olma ve kendini gerçekleştirme gibi psikososyal gereksinimler ve varoluşsal fenomenolojik, ruhsal gereksinimlerin hepsinin eşit derecede bir bütün olarak ele alınarak hastaya yardım edilmesi gerektiğinin önemi üzerinde durmuştur. Watson'a göre iyileşme sürecinde bireylerin tüm gereksinimlerinin eşit ölçüde karşılanması ile kaliteli hemşirelik bakımı verilebilir (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

2.7.3.10. Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma

Watson bu süreci bireyin yaşam hakkında görüşleri, ölüm ve sonrası ile ilgili inançlarının sorgulanması ve kendini gerçekleştirmedeki hedeflerinin bütünüyle ele alındığı süreç olarak tanımlamıştır. Bu süreçte temel olan hastanın yaşamı anlaması ve değerlendirmesidir. Bu manada hastanın içsel duygularını anlamak ve ona yardımcı olmak için gereken destek sağlanır. Bireylerin inançlarına saygı duyularak istekleri (dua, meditasyon gibi) yerine getirilir. Watson bu sürecin çıktısını, kişinin iç huzuru yakalamasına yardımcı olmak şeklinde açıklar (Cara 2003, Watson 2003,

2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013).

Tüm süreçleri ele alındığında; “*insan bakım modelinin*” fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritüel/manevi olarak tüm yönleriyle hastalara bütüncül (holistik) yaklaşmayı temel aldığı görülmektedir. Bu nedenle özellikle kronik hastalıklar olmak üzere pek çok hastalıkta İBM'nin kullanılması semptomların azaltılması, iyilik hali ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili olmaktadır. 52 hipertansiyon hastası ile yapılan bir çalışmada İBM'ye temellendirilmiş bakımın hastaların yaşam kalitesini artırdığı ve kan basınç düzeylerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Erci ve ark 2003). Depresyona sahip 11 kadın 6 ay boyunca İBM'ye temelli bir yaklaşımda bulunulmuştur. Çalışma sonucunda İBM'ye göre verilen bakımın hastaların depresyon düzeylerini azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (Mullaney 2000). Nyman ve Lützen'in romatoid artritli hastalarla yaptığı çalışmada İBM'ye göre verilen bakımın hastaların iyileşme sürecinde etkili olduğu saptanmıştır (Nyman and Lützen 1999). Yaşlı hastalar ile yapılan diğer bir çalışmada da İBM'ye göre verilen bakımın hastaların yaşam kalitelerini ve manevi iyilik düzeylerini artırdığı belirlenmiştir (Pipe, Mishark, Hansen, Hentz and Hartsell 2010). Palyatif bakımda kullanılacak bir model geliştirilmesinde yönelik yapılan bir çalışmada; yapısı, süreci ve sonuçları açısından İBM'nin hemşirelik bakımında kullanılmasının uygun olduğu saptanmıştır (Mahler 2010). Sonuç olarak, yapılan birçok çalışmada İBM'ye göre verilen bakımın hastaların bakımı algılama/memnuniyet düzeylerini artırdığı ve hemşirelerin daha bilinçli bakım vermesinde etkili olduğu görülmüştür (Clark 2003, McCutcheon, Knepp, Richards and Sparks 2005, Childs 2006, Hemsley, Glass and Watson 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma; palyatif bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının dispne yönetimi, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel tek kör randomize kontrollü olarak yapılmıştır.

3.1.1. Araştırmanın Soruları

Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların dispne düzeyini etkiler mi ?

Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların anksiyete düzeylerini etkiler mi ?

Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların yaşam kalitesini etkiler mi ?

Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetini etkiler mi ?

Palyatif Bakım hastalarına verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, hastaların anksiyete, dispne ve yaşam kalitesini etkiler mi?

3.1.2. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez (H1): Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların dispnesini azaltmada etkisi vardır.

Hipotez (H0): Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların dispnesini azaltmada etkisi yoktur.

Hipotez (H2): Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların anksiyete düzeylerini azaltmada etkisi vardır.

Hipotez (H0): Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların anksiyete düzeylerini azaltmada etkisi yoktur.

Hipotez (H3): Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesini artırmada etkisi vardır.

Hipotez (H0): Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesini artırmada etkisi yoktur.

Hipotez (H4): Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini etkiler.

Hipotez (H0): Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini etkilemez.

Hipotez (H5): Palyatif Bakım hastalarına verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, hastaların anksiyete, dispne ve yaşam kalitesini etkiler.

Hipotez (H0): Palyatif Bakım hastalarına verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, hastaların anksiyete, dispne ve yaşam kalitesini etkilemez.

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyuldu. Bu doğrultuda araştırmada; aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Araştırmaya başlamadan önce T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Ek 1) kurum izni alındı. Kurum izni alındıktan sonra Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı alındı (Ek 2). Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi hastalara, çalışmanın amacı ve yararı sözlü olarak açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka birisi tarafından incelenmeyeceği belirtildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü, Sakarya Akyazı Devlet Hastanesi ve Sakarya Hendek Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde Eylül 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında yapıldı.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Eylül 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Korucuk Kampüsü, Sakarya Akyazı Devlet Hastanesi ve Sakarya Hendek Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Servisine başvuran hastalar, araştırmanın örneklemini ise bu hastalardan araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan hastalar oluşturdu.

Yapılan literatür taraması ve PASS 13 programı kullanılarak yapılan istatistiksel hesaplamalarda ortalama arası fark 0,5 varyans 0,6 I. Tip hata (α) = 0,05 ve II. Tip hata (β) = 0,10 olmak üzere güç (Power) analizine göre örneklem büyüklüğünün, müdahale grubu için 32 hasta, kontrol grubu için 32 hastadan oluşması gerektiği belirlendi.

Çalışma sonunda PASS 11 Home programıyla güç düzeyi test edildi. Uygulanan Mann Whitney U analizi sonucunda kontrol ve müdahale grupları arasındaki 18 birimlik fark %100 güç düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

3.4.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem kapsamına alınacak bireylerin;

- 18 yaş üzerinde olması
- Bilişsel ve mental bozukluğunun olmaması
- Tanılanmış bir psikiyatrik rahatsızlığının olmaması
- Türkçe iletişim kurabilmesi
- İletişime engel bir durumun olmayışı
- Palyatif bakım hastası olması
- Tahmini yaşam süresi 8 haftanın üzerinde olması beklenen hastalar
- Hastanede veya evde ventilatöre gereksinim duymayan hastalar
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması gerekmektedir.

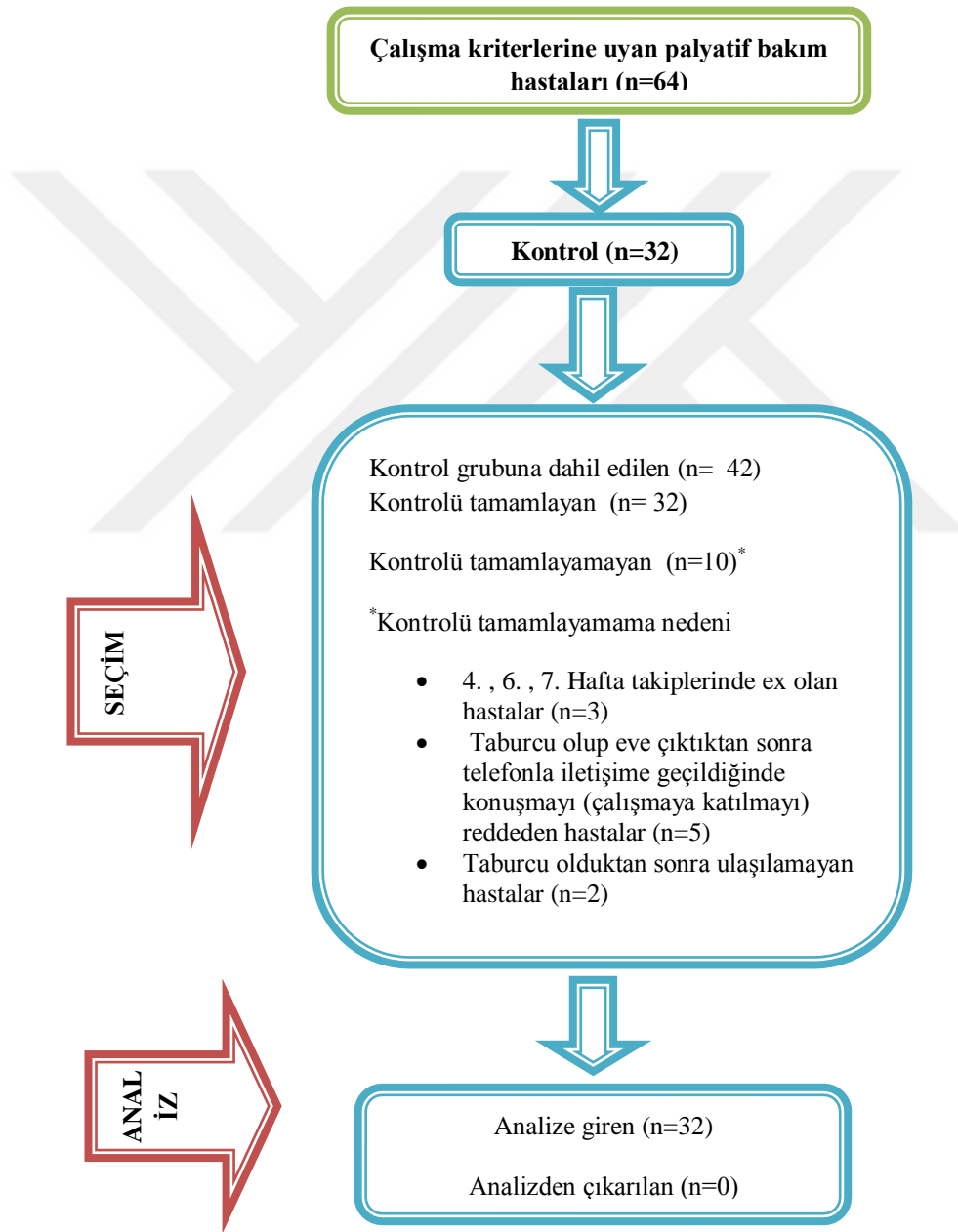
Dışlanma kriterleri olarak;

- 18 yaş altı olmak
- Bilişsel ve mental bozukluğunun olması
- Tanılanmış bir psikiyatrik rahatsızlığının olması
- Türkçe iletişim kuramaması
- İletişime engel bir durumun olması
- Tahmini yaşam süresi 8 haftanın altında olması beklenen hastalar
- Hastanede veya evde ventilatöre gereksinim duyan hastalar
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemesidir.

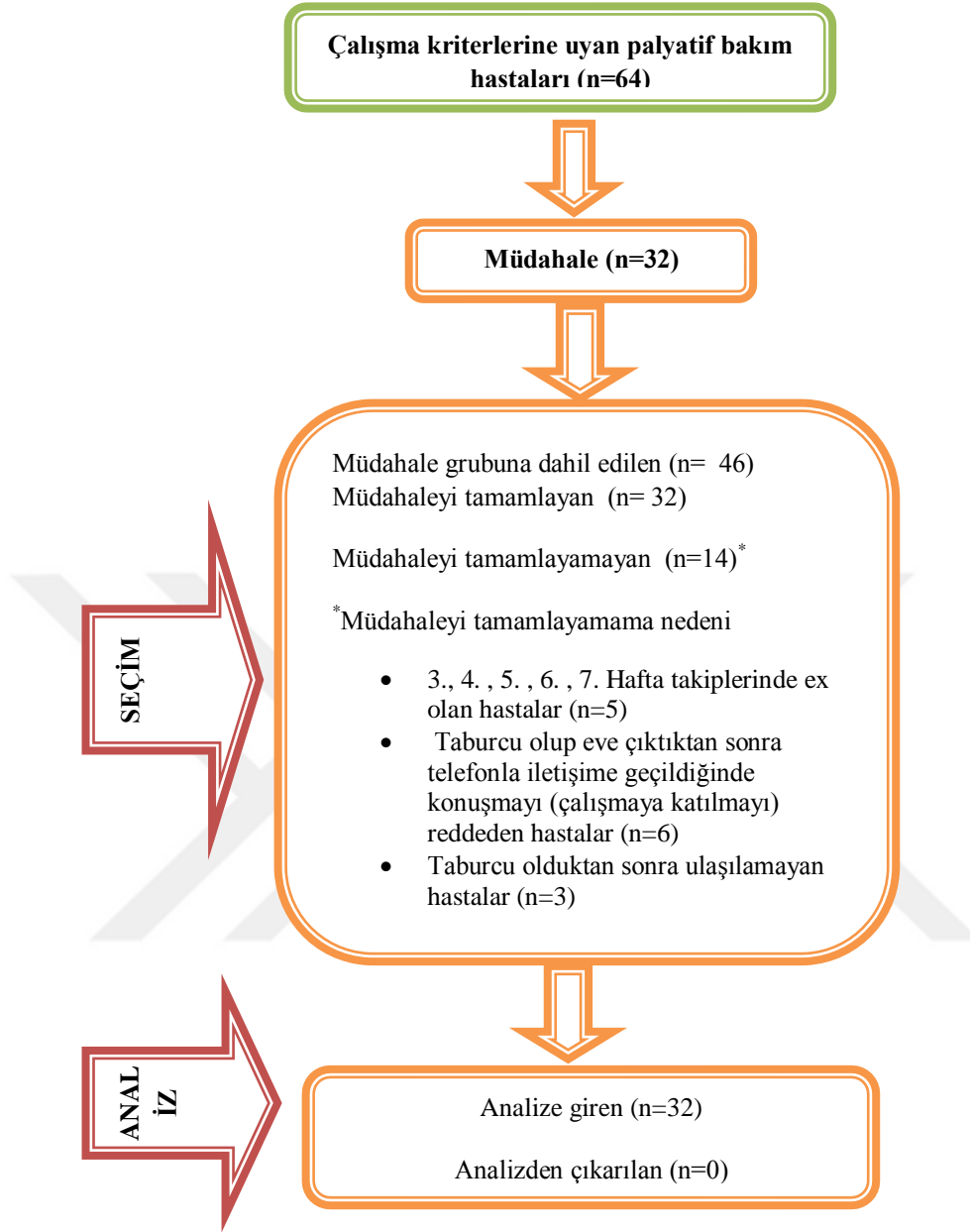
3.4.2. Örneklem Randomizasyonu

Örneklem randomizasyonunda klinik çalışmalarda genellikle “*basit randomizasyon yöntemi*” kullanılmaktadır (Özdemir 2009). Bu yöntem rasgele grupların oluşturulmasında etkin olarak kullanılmaktadır (Kanık, Taşdelen ve Erdoğan 2011).

Çalışmamızda örneklem seçiminde basit randomizasyon yöntemi kullanıldı. Hastaların seçilirken rastgele girilen ilk oda kontrol, ikinci oda müdahale grubu hastası olarak alındı. Kontrol ve müdahale gruplarında bulunan hastalar kendilerinin hangi grupta olduğunu bilmemekle birlikte sadece araştırmacı kimin hangi grupta olduğunu bilmektedir. Bu şekilde körleme sağlanarak çalışma tek kör olarak tamamlandı. Çalışmada hastalarımızın dağılımı CONSORT şemasına göre aşağıda verildi (Şekil 2).



Şekil 2. CONSORT şeması



Şekil 2. CONSORT şeması (Devam)

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler Hasta Bilgi Formu (Ek 3), Vizüel Analog Skala (VAS) (Ek 4), Modifiye Borg Ölçeği (Ek 5), Medical Research Council Dispne Ölçeği (MRCS) (Ek 6), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 7) , Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek 8), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Ek 9) ve Hastanın Hemşirelik bakımını algılayış ölçeği (HHBAÖ) (Ek 10) ile toplandı.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür bilgisi ışığında hazırlanan bu form hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık tanısı, sigara içme alışkanlığı gibi demografik özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır (Sepúlveda et al 2002, McCutcheon et al 2005, Childs 2006, Özkan2010, Arslan ve Okumuş 2012, Lynch 2013, Ozan ve Okumuş 2013, Barış, Karabacak ve Alpar 2015, Acar ve Yalın 2016).

3.5.2. Vizüel Analog Skala (VAS)

Vizüel Analog Skala (VAS), on santimlik dikey ya da yatay bir çizgi üzerinde dispnenin şiddetini ölçmek için kullanılan bir ölçektir. Bu ölçekte “0” noktası dispnenin olmadığını, 10 cm noktası ise varolan en şiddetli dispneyi ifade etmektedir. Hastalarda uygulanması kolay bir ölçektir. Hastalara mevcut durumdaki solunum sıkıntısının ne olduğunu 10 cm çizgi üzerinde işaretlemesi istenir. İşaretlemenin sonucundaki ölçümlerde “0”a yakın değerler dispnenin çok az olduğunu “10 cm”e yakın değerler ise dispnenin şiddetli olduğunu göstermektedir (Güneş, Kara ve Erbağcı 2012, Kara ve Yıldız 2013).

3.5.3. Modifiye Borg Ölçeği

Ölçek ilk kez 1970 yılında egzersiz öncesi ve sonrasında dispne şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Borg tarafından geliştirilen ölçeğin değerlendirilmesinde 6-20 şeklinde oranlanırken daha sonra 1980’lerin sonunda “*American College of Sports Medicine*” tarafından modifiye edilerek 0-10 arasında puanlama yapılarak düzenlenmiştir. Hastaların hissettikleri dispne şiddetinin ölçülmesinde hastanın solunum sıkıntısını kelime olarak ifade etmesi istenir ve bu yönde 0-10 arasında işaretleme yapılarak değerlendirilir. Modifiye Borg ölçeği tek yönlü bir ölçek olduğu için güvenilirlik kat sayısına(cronbach alpha) bakılmamıştır (Güneş ve ark 2012, Kara ve Yıldız 2013).

3.5.4. Medikal Araştırma Kurulu Dispne Ölçeği (Medical Research Council: MRCS)

İlk kez 1952’de Fletcher tarafından pnömokonyozlu hastalar ile aynı yaşlarda sağlıklı kişilerin karşılaştırılması amacıyla kullanılmıştır (Fletcher 1952). Ölçek Medikal

Araştırma Kurulu (Medical Research Council: MRC) tarafından dahada geliştirilerek hastaların dispne gruplamasında etkin olarak kullanıldığı bir ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır (Kara ve Yıldız 2013). Ölçek beş maddeden oluşmakta ve hastalara kendilerinde dispneyi ortaya çıkaracak aktivite düzeylerini işaretlemeleri istenmektedir (Özalevli ve Uçan 2004). Ölçekte “1” dispne açısından en iyi durumu, “5” ise en kötü durumu tanımlamaktadır. Ölçek birçok çalışmada kullanılmakla birlikte, tek yönlü bir ölçüm aracı olduğu için cronbach alpha katsayısına bakılmamıştır (Fletcher 1952, Özalevli ve Uçan 2004, Kara ve Yıldız 2013).

3.5.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçeği, 1992 yılında Rand Corporation tarafından geliştirilmiştir (Ware and Sherbourne 1992). Ölçek toplamda 36 maddeden oluşmakta ve “fiziksel” ve “mental” olarak 2 ana boyut; “fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, ruh sağlığı” olmak üzere 8 alt buyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin uygulanmasında hastanın son 4 haftayı göz önünde bulundurularak yanıtlanması istenir. Ölçeğin değerlendirilmesinde; her bir alt boyut “0” ile “100” arasında ayrı olarak puanlanır. “0” kötü sağlık durumunu, “100” iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36’nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 1995 yılında Pinar tarafından, 1999 yılında ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güncel olarak Pinar’ın 2005 yılında Kanseri hastaları ile yaptığı geçerlilik güvenilirlik çalışmasında SF-36’nın cronbach alpha değerinin 0,92 (Pinar 2005) olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da cronbach alpha değeri 0,85 olarak bulundu.

3.5.6. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck ve arkadaşları tarafından bireyin yaşadığı anksiyete (kaygı) belirtilerinin sıklığını ölçmek için geliştirilen ölçek toplamda 21 maddeden oluşan ve 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir (Beck, Epstein, Brown and Steer 1988). Ölçekte hastalar tarafından verilen cevaplara 0 ile 3 (0=hiç, 1=hafif derecede, 2=orta derecede, 3=şiddetli derecede) arasında değişen puanlar verilir. Puan aralığı 0-63’tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği anksiyetenin şiddetini gösterir. Puan 0-7 arasında minimum anksiyete belirtileri, 8-15 arasında hafif anksiyete belirtileri, 16-

25 arasında orta derecede anksiyete belirtileri, 26-63 arasında şiddetli derecede anksiyete belirtileri olduğunu göstermektedir. Ülkemizde, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark tarafından yapılan (Ulusoy, Sahin ve Erkmen 1998) ölçeğin Cronbach's katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Beck Anksiyete ölçeği cronbach alpha değeri 0,88 olarak hesaplandı.

3.5.7. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Klinikte bedensel hastalığı olan hastalarda anksiyete ve depresyon açısından risk gruplarını belirlemede sıklıkla kullanılan ölçek; 1982 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir (Zigmond and Snaith 1983). Toplamda 14 maddeden oluşan ölçeğin 7'si anksiyeteyi 7'si depresyonu ölçmektedir. Ülkemizde Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçek 4'lü likert tipi olup; ölçeğin kesme puanı anksiyete için 10, depresyon için 7 olarak bulunmuştur (Aydemir, Güvenir, Küey ve Kültür 1997). Çalışma sonucunda ölçeğin Cronbach's α değerinin 0,88 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach's α değeri 0,82 olarak belirlendi.

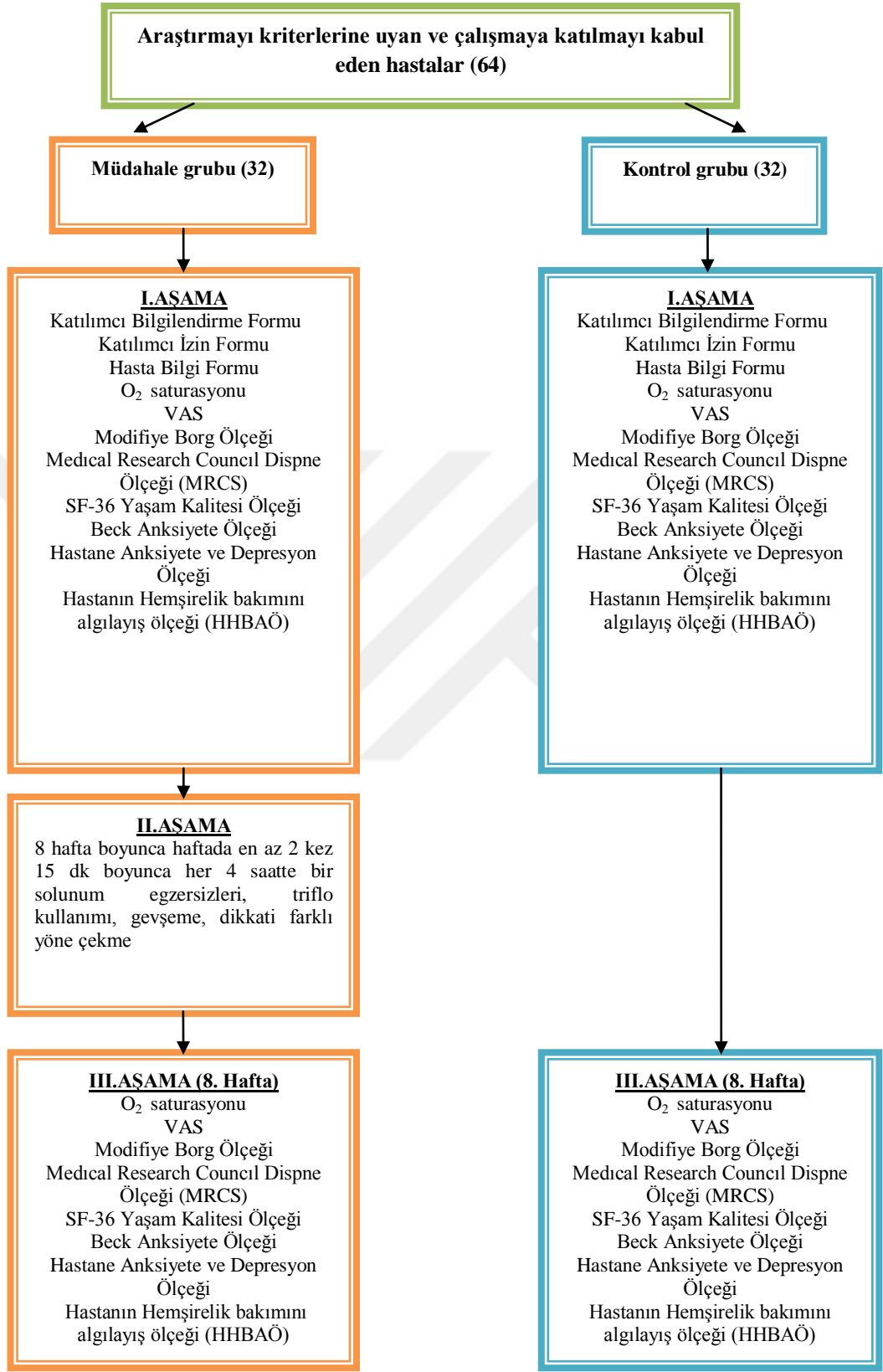
3.5.8. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği (HHBAÖ)

Dozier ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen ölçek, hastaların hemşirelik bakımını algılayışları ve sunulan bakımdan memnuniyet düzeyini ölçmektedir. Ülkemizde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik uyarlaması 2006 yılında Çoban ve Kaşıkçı tarafından yapılmıştır (Coban and Kasikci 2010). Likert tipli ölçek 15 sorudan oluşmakta ölçekten en az "15" en fazla "75" puan alınabilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde "45" puan kesme puanı olarak belirlenmiş ve bu puanın üzerinde alınan puanlar hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin arttığını göstermektedir (Coban and Kasikci 2010). Ölçeğin Cronbach's α katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışmada da cronbach alpha değeri 0,85 olarak saptandı.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ

Araştırmada veri toplama aşamasına öncelikle çalışma kriterlerine uyan hastaların belirlenmesi ile başlandı. Çalışma kriterlerine uyan hastalar belirlendikten sonra “*basit randomizasyon yöntemi*” ile müdahale ve kontrol grupları oluşturuldu. İlk aşamada oluşturulan müdahale ve kontrol gruplarındaki her bir hasta ile yüz yüze görüşülerek “katılımcı bilgilendirme” (Ek 11), “katılımcı izin formu” (Ek 12) ve çalışmada kullanılacak anketler uygulandı (Şekil 4).

Çalışmanın ikinci aşamasında; kontrol grubu için hiçbir müdahalede bulunulmayıp rutin hemşirelik bakımı uygulandı ve 8. haftanın sonunda hastalara ilk aşamada uygulanan anket formları tekrarlandı. Müdahale grubu için ise ikinci aşamada; hastalara Watson’ın İnsan Modeline göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımları ile bütüncül bakım verildi (Tablo 1). İBM’ne göre temellendirilen bakımda hastaların dispnesinin azaltılması/hafifletilmesi, anksiyetesinin azaltılması/hafifletilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması için; araştırmacı tarafından uygulamalı olarak 8 hafta boyunca haftada 2 kez, her seansta en az 15-20 dakika olmak üzere her bir hastaya solunum egzersizleri (büyük dudak, diyafragmatik solunum, triflo kullanımı), destekleme pozisyonları (yatak içinde dik oturma, yatak kenarında masadaki yastıkların üzerine eğilme, dize dayanarak, arkaya yaslanarak oturma, ayakta kolları veya sırtı bir desteğe yaslama), gevşeme teknikleri, dikkati dağıtma; görsel uyarı ve hayal kurma gibi dikkati dağıtma yöntemleri uygulandı Araştırmacının klinikte olmadığı günlerde uygulamaların hasta ve yakınları tarafından yapılması için eğitim verildi. Hastaların hergün 4 saatte bir solunum egzersizleri ve triflo kullanımını takip edebilmek için hasta takip formu doldurulması istendi (Ek 13). Hasta ve ailelerinin uygulamaları tekrarlamaları ve daha iyi anlamaları için hazırlanan eğitim kitapçığı verildi (Ek 14). 8. Haftanın sonunda üçüncü aşamada müdahale grubuna ilk aşamada dispne, anksiyete ve yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik uygulanan anketler tekrar dolduruldu. Çalışma verileri toplandıktan sonra kontrol grubuna da hazırlanan eğitim kitapçığı verildi.



Şekil 3. Araştırma Akış Şeması

Tablo 1. İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
1.İnsani değerler sistemi	<ul style="list-style-type: none">• Hasta ile ismen hitap edilerek iletişime geçilir.• Hastaya bakım verme bilinciyle sevecen, şefkatli ve ölçülü yaklaşılır.• Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek detaylı sağlık öyküsü alınır.• Hastanın fizik muayenesi hastanın mahremiyetine özen gösterilerek yapılır.• Hasta ile işbirliği içerisinde tüm süreçlere aktif katılımı sağlanır.
2.İnanç–umut	<ul style="list-style-type: none">• Hasta ile etkili iletişim kurmak için göz teması ve terapötik dokunma kullanılır.• Hastanın kendini ifade etmesi için cesaretlendirilir.• Hastanın inançları ve değerleri hakkında bilgi toplanır.• Hastanın inançları doğrultusunda hastanın soru sorması, korkuları ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır.• Hastanın tedavi ve bakıma katılması sağlanır.• Hastanın benzer hastalığa sahip hastalarla tanıştırılarak paylaşımda bulunması sağlanır.• Hastanın tedavi ve bakım ile ilgili olumlu sonuçlar alınabileceği konusunda inanç/umut duygusu desteklenir.• Hastaya insan olduğu için değerli olduğu hissettirilir.

Tablo 1. İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları (Devam)

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
3.Kendine ve başkalarına duyarlılık	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın duygularına ve ihtiyaçlarına daha çok cevap vermek için güven dolu yardımcı bir ilişki oluşturulur.• Hastanın kendi değer ve duygularına göre yansımaları desteklenir (dua etme, meditasyon, sanatsal faaliyetler, günlük tutması...).• Hastanın durumu ile ilgili bilgi düzeyi, uygulamaları ve eksik olduğu noktalar belirlenir ve gereksinimi doğrultusunda desteklenir.• Hastanın kendisi ve çevresindekilerle ilgili anlamlı ritüeller geliştirmesi sağlanır (affetme, şükran, merhamet...)• Hastanın ailesi ve arkadaşları ile zaman geçirmesi sağlanır.• Hastanın gerekirse psikolojik destek alması sağlanır.
4.Yardım eden ilişki	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın ailesi ve sağlık bakım ekibi ile yardıma dayalı ilişkileri geliştirilir.• Hastanın bireysel tedavi ve bakımında aktif katılımı sağlanır (ağız bakımı, bireysel hijyen, banyo, vücut temizliği...).• Hastanın gereksinimi olan sağlıklı yaşam tarzı ile ilgili iletişimi desteklenir.• Hasta ile sevgi dolu ve problemleri ortak çözmeye yönelik iletişim geliştirilir.• Hastanın bağımlılık durumunun en aza indirilerek bağımsızlığı ve bireysel özgürlüğünü teşvik edecek faaliyetler desteklenir.• Hastanın bakım ve tedavisinde güvenlik ve etik her zaman ön planda tutulur.

Tablo 1. İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları (Devam)

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
5.Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın ruhsal durumunu anlamak için sevecen ilişkiler kurulur.• Hastanın korku, öfke, sevinç ve mutluluk gibi duygularını ifade etmesi sağlanır.• Hastanın kendi duygularını kendisinin ifade edebilmesi için ortam oluşturulur.• Duygu kontrolünün sağlanmasını yardımcı olunur.• Duygu yönetiminde kendisinin başa çıkmasını engelleyen etkenler için önlemler alınır.• Hastanın kendini suçlaması veya her olumsuzluğun onun başına geldiği yönündeki inançları tartışılarak hastanın rahatlatılması sağlanır.

Tablo 1. İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları (Devam)

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
6.Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme	<ul style="list-style-type: none">• Hasta bakımında problem çözme yöntemleri hastanın katılımıyla yapılır.• Bakım verirken hastaya gerekçeleri ile anlatılır ve hastanın aktif olması sağlanır.• Hasta bakımın bir parçası olabilmesi için teşvik edilir.• Bakım verirken terapötik dokunma, ses tonu, göz temasının kullanılması, doğallık, görsellik, jest, mimik gibi etkin iletişim yöntemleri kullanılır.• Hastanın çevresinin bakım anında rahat, sakin ve gürültüden uzak olması sağlanır.• Hastanın mahremiyet duygusu ve alanı göz önünde bulundurularak uygun bakım ve ortam sağlanır.• Hastanın bakımına ilişkin soru sorması teşvik edilir.• Hastada bakım odaklı bireysel çözüm önerileri varsa geçmiş tecrübeleri tartışılır.• Hastanın rahat ve konforu sağlanır.• Hastanın rutinde başa çıkma yöntemleri öğrenilerek bakım anında da kullanılabilirliği desteklenir.• Hastaların dispnesi rahatlatmak için destekleme pozisyonları kullanılarak dispnesi azaltılmaya çalışılır.• Hastanın uykusuzluk problemi için gündüz şekerlemelerinin azaltılması ve mümkünse kaldırılması, yatmadan önce ılık duş alınması, ortamın ışığının azaltılması, ortama göre göz bandı kullanımı, yatmadan önce kitap okunması sağlanır.

Tablo 1. İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları (Devam)

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
7.Kişilerarası öğrenme-öğretme	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın kendini ifade etmesi ve çekinmeden tüm sorularını sorması için ortam oluşturulur.• Hastanın yaşamla ilgili tecrübeleri aktif olarak dinlenir.• Hastanın düşünceleri ne bildiği hakkında açık uçlu sorular sorularak anlatması teşvik edilir.• Hastanın eksik olduğu veya yanlış bilgileri/uygulamaları doğrultusunda hastaya gereksinimi düzeyinde eğitimde bulunulur (hastalık yönetimi, beslenme, hijyen, ilaç kullanım...).• Hastanın gereksinimleri profesyonel sağlık ekibi işbirliği ile yerine getirilir.• Hastaya dispnesini azaltmak için büyük dudak ve diyafragmatik solunum öğretilir.• Hastalara büyük dudak solunumu yaptırırken, hastanın rahat bir pozisyonda tolere edebileceği şekilde, tercihen dik oturur pozisyonda ağız kapalı olacak şekilde burnundan nefes alması istenir. Burnundan nefes alan hastanın ağızdan ıslık çalar/mum üfler gibi nefesini ağızdan vermesi istenir.• Hastaya diyafragmatik solunum yaptırırken; hastaya tolere edebileceği pozisyonda (genellikle dik oturur pozisyonda) bir elini diyaframa/karnının üzerine diğer elini göğsünün üzerine koyması söylenir. Hastanın burnundan yavaşça nefes alması nefes alırken karnının üzerindeki elinin yükselmesi gerektiği söylenir.• Hastanın nefesi ağızdan geri vermesi ve nefesi verirken karnının içeriye doğru çekilmesi gerektiği hastaya öğretilir

Tablo 1. İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları (Devam)

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
8.Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici, zihinsel, fiziksel, toplumsal ve ruhsal çevre	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın kendini ifade edebileceği ve hastaya güven veren bir çevre oluşturulur.• Hastanın kaygısı güven ortamı sağlanarak giderilir.• Hastanın fiziki çevresinin (ses, ışık, temizlik, koku..) konforu sağlanır.• Hastanın düşme riski göz önünde bulundurularak yatak kenarlıklarının kaldırılır.• Hastanın olası bir sıkıntıda hasta zilini kullanması gerektiği anlatılır.• Hasta tedavi ve bakımı sırasında hastanın mahremiyeti korunur ve gerekirse hasta yakınları veya odada bulunan refakatçiler dışarıya çıkartılır.• Hasta odasının oksijen ve nem adına uygunluğu denetlenir.• Hastanın hastalığına ilişkin semptomları hafifletilmeye çalışılır.• Hastanın ağrısı ve dispnesi farmakolojik veya nonfarmakolojik yöntemlerle giderilmeye çalışılır (masaj, sıcak-soğuk uygulama, dikkati başka yöne çekme...).• Hastaların dikkatini başka yöne çekme, gevşeme teknikleri ile dispnesi, ağrısı ve anksiyetesi azaltılmaya çalışılır. Görsel uyarı ve hayal kurma gibi yöntemler kullanılır.• Görsel gevşemede hastaya gözlerini yavaşça kapatmasını ve nefesine odaklanmasını istenir. Hastaya huzur verici ses, doğa resimleri veya hoş kokulara odaklanması istenir. Hastaların korkularından ve belirsizliklerden uzaklaşması ve rahatlaması sağlanır• Hastanın bireysel bakımında yardımcı olunur ve hastanın da aktif katılımı desteklenir (ağız bakımı, banyo...).

Tablo 1. İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları (Devam)

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
9.İnsan yardımına gereksinim duyma	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın yardıma ihtiyaç hissettiği durumlar saptanır.• Hastanın tedavi ve bakımına hasta ailesi/yakınlarının da katılması sağlanır.• Hastanın vücut bütünlüğü korunur.• Hastanın özeline saygı duyulur.• Hastanın yaşam aktivitelerini yerine getirmede destek olunur.• Hastanın tolere edebildiği düzeyde egzersiz yapması sağlanır.• Hastaya yatak içerisinde aktif ve pasif egzersizler yaptırılır.• Hastanın mobilize olmasına yardımcı olunur.• Hastaya etkili ve rahat nefes alması için nefes egzersizleri öğretilip yaptırılır.• Hastanın gevşemesini sağlayan uygulamalar yaptırılır (resim, müzik, iş- uğraşı, meditasyon...)
10.Varoluşçu-fenomenolojik-manevi güçler	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın tüm bakımı sürecinde özgüveni artırılır.• Hastanın çevresiyle rahat ve etkili iletişim kurması sağlanır.• Hastanın tüm manevi inançlarına saygı duyulur.• Hastanın kendisini rahat hissettiren dini, manevi ritüelleri desteklenir.• Hastanın umudunun en yüksek düzeyde tutulması sağlanır.• Hastanın dini vecibelerini yerine getirmesinde destek olunur.

Tablo 1. İnsan Bakım Modeline göre müdahale grubu hastalarına hemşirelik yaklaşımları (Devam)

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
Kişilerarası Bakım İlişkisinin Kurulması	Hastaya ilk tanışma anından itibaren ona yardım etmek için burada olduğumuz mesajı verilir. Hastanın sorunlarına yönelik dinleyici, anlayışlı ve sakin bir tavırla hasta ile iletişime geçilir. Hastanın sıkıntıları, kaygıları, korkuları araştırılır ve hastanın bunları ifade etmesi için uygun ortam sağlanır. Hastayla iletişimde göz teması ve teropatik dokunma kullanılır.
Bakım Durumu / Bakım Anı	Hastanın bakımına ilişkin ihtiyaçları belirlenir. Hastanın bakım ve tedavisine aktif katılımı sağlanır. Hasta bakımına ilişkin merak ettiği her konuda soru sorması teşvik edilir. Hastaya verilen eğitimlerin etkinliğini belirlemek için geribildirim alınır. Hastayla beraber bakım planlanır. Hastanın bireysel ihtiyaçları (temizlik, banyo, ağız bakımı...) belirlenir ve hastanın ihtiyaçlarını gidermesine yardımcı olunur. Hastanın rahat ve konforu sağlanır. Hastanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik egzersizler, eğitimler ve yaşam tarzında değişim, hasta ve yakınlarının da aktif katılımı ile planlanır. Hastanın ağrı ve dispnesinin azaltılmasına yönelik uygulamalar yaptırılır. Hasta için güvenli çevre oluşturulur. Hastanın korkuları, anksiyetesi ve kaygıları giderilir ve hastanın sağlık bakım ekibine güveni artırılır.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma 32 kontrol ve 32 müdahale grubu olmak üzere toplam 64 hasta üzerinden gerçekleştirildi. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak tamamlandı. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ort, std sapma, medyan, IQR), kategorik değişkenler için frekans dağılımları verildi. İki bağımsız grup arasında fark olup olmadığına Mann Whitney U testi ile, ikiden fazla bağımsız grup arasında fark olup olmadığına Kruskal Wallis testi ile bakıldı. İki bağımlı sayısal değişken arasında fark olup olmadığına Wilcoxon testi ile bakıldı. İki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığına ki kare testi ile bakıldı. İki bağımsız sayısal değişken arasında ilişki olup olmadığına Spearman rho korelasyon katsayısı ile bakıldı. Ölçek güvenilirlikleri için Cronbach's Alpha değerleri yorumlandı. 64 denek sayısına sahip veri setindeki ilk ve ikinci ölçümler için path analizi, IBM SPSS AMOS 23 programı ile uygulandı. Birinci ve ikinci ölçümler için yapılan analizlerin ilk aşamasında 6 gözlenen değişkenin yer aldığı path modeli oluşturuldu. İkinci aşamasında ise, model tahminlenirken yapısal eşitlik modellerinde sıklıkla kullanılan ve verilerin normal dağılmadığı durumlarda bile güvenilir sonuçlar veren “*maximum likelihood*” yöntemi kullanıldı. Modelde, gözlemlenen değişkenlerin hatalarının, gözlenen değişkenler arasında çizilen yollara ilişkin regresyon katsayılarını kapsayan parametrelerin tahmin edilebilmesi amaçlandı.

4. BULGULAR

4.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerine göre dağılımların incelenmesinde; öncelikle randomizasyon sonucu müdahale ve kontrol grubuna ayrılan hastaların demografik özelliklerine göre fark olup olmadığına bakıldı. Veriler normal dağılıma uymadıkları için farklılığın olup olmadığı “*ki-kare testi*” ile incelendi. Uygulanan ki kare testi sonucunda; müdahale ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, tanı grupları, gelir durumu, sigara kullanma durumu ve alkol kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, birbirlerinden farksız oldukları ($p>0,05$), hastaların müdahale ve kontrol grubuna homojen dağıldığı saptandı (Tablo 2).

Tablo 2. Gruplar İle Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Kontrol		Müdahale		χ^2	p
		n	%	n	%		
Yaş	<65	10	31,2	14	43,7	1,067	0,302
	>=65	22	68,8	18	56,3		
Cinsiyet	Kadın	17	53,1	13	40,6	1,004	0,316
	Erkek	15	46,9	19	59,4		
Medeni Durum	Bekar	1	3,1	4	13,3	2,176	0,189
	Evli	31	96,9	26	86,7		
Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	18	56,3	14	43,8	1,000	0,317
	Eğitim Almış	14	43,7	18	56,2		
Aile Yapısı	Çekirdek	23	71,9	21	65,6	0,291	0,590
	Geniş	9	28,1	11	34,4		
Tanılar	Kanser	15	46,9	16	50,0	0,085	0,958
	Kardiyovasküler hastalıklar	10	31,2	9	28,1		
	Nörolojik hastalıklar	7	21,9	7	21,9		
Gelir Durumu	İyi	9	30,0	11	36,7	0,300	0,584
	Orta	21	70,0	19	63,3		
Sigara Kullanma	Hiç kullanmadım	19	59,4	15	50,0	1,004	0,316
	Kullanıp bıraktım/ Halen kullanıyorum	13	40,6	15	50,0		
Alkol Kullanma	Hiç kullanmadım	30	93,8	32	100,0	2,065	0,492
	Kullanıp bıraktım	2	6,2	0	0,0		

4.2. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ DİSPNE DÜZEYİNE AİT BULGULAR

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında MRCS ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken MRCS ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların MRCS ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki MRCS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki MRCS ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki MRCS medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 3).

Tablo 3. MRCS Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
MRCS İlk Ölçüm	3,0	3,0	3,0	1,5	0,073
MRCS İkinci Ölçüm	3,0	3,0	1,0	0,0	0,000
p**	0,437		0,000		

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında modifiye borg ölçeği ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken modifiye borg ölçeği ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci ölçüm modifiye borg ölçeği puan medyanı kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların, müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki modifiye borg ölçeği puan medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubundaki hastaların, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki modifiye borg ölçeği puan medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 4).

Tablo 4. Modifiye Borg Ölçeği Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
Modifiye İlk Ölçüm	2,0	1,7	2,0	2,0	0,050
Modifiye İkinci Ölçüm	1,0	1,2	0,5	0,5	0,004
p**	0,014		0,000		

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında VAS ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken ikinci ölçüm VAS puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci ölçüm VAS puan medyanı kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların, müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki VAS puan medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubundaki hastaların, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki VAS puan medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 5).

Tablo 5. VAS Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
VAS İlk Ölçüm	6,0	3,0	7,0	3,0	0,051
VAS İkinci Ölçüm	5,5	3,0	5,0	1,0	0,021
p**	0,003		0,000		

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında SPO₂ ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken SPO₂ ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların SPO₂ ilk ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki SPO₂ ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki SPO₂ ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki SPO₂ medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 6).

Tablo 6. SPO₂ Ölçümleri Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
SPO ₂ İlk Ölçüm	98,5	1,0	96,0	1,0	0,000
SPO ₂ İkinci Ölçüm	98,5	1,0	99,0	1,0	0,186
p**	1,000		0,000		

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ ANKSİYETE DÜZEYİNE AİT BULGULAR

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında BECK anksiyete ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken BECK anksiyete ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Buna göre, müdahale grubundaki hastaların BECK anksiyete ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki BECK anksiyete puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki BECK anksiyete puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki BECK anksiyete medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 7).

Tablo 7. BECK Anksiyete Ölçeği Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
BECK İlk Ölçüm	22,0	4,5	23,0	6,0	0,356
BECK İkinci Ölçüm	21,5	5,0	11,0	5,0	0,000
p**	0,381		0,000		

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında HAD anksiyete ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken HAD anksiyete ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların HAD anksiyete ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki HAD anksiyete puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki HAD anksiyete puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki HAD anksiyete medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında HAD depresyon ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken HAD depresyon ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların HAD depresyon ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki HAD depresyon puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki HAD depresyon puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki HAD depresyon medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha düşüktür (Tablo 8).

Tablo 8. HAD Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
HAD Anksiyete İlk Ölçüm	8,0	2,5	10,0	5,0	0,085
HAD Anksiyete İkinci Ölçüm	8,0	2,5	6,0	2,0	0,000
p**	0,180		0,000		
HAD Depresyon İlk Ölçüm	16,0	4,0	16,0	5,0	0,797
HAD Depresyon İkinci Ölçüm	15,0	3,0	11,5	3,0	0,000
p**	0,109		0,000		

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

4.4. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ YAŞAM KALİTESİNE AİT BULGULAR

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında fiziksel fonksiyon ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken fiziksel fonksiyon ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon ilk ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşüktür.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki fiziksel fonksiyon puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki fiziksel fonksiyon puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki fiziksel fonksiyon medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında ağrı ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken ağrı ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ağrı ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki ağrı puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki ağrı puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki ağrı medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında genel sağlık ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken genel sağlık ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların genel sağlık ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki genel sağlık puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki genel sağlık puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki genel sağlık medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında canlılık ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken canlılık ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların canlılık ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki canlılık puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki canlılık puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki vitalite medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında sosyal fonksiyon ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken sosyal fonksiyon ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların sosyal fonksiyon ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki sosyal fonksiyon puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki sosyal fonksiyon puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki sosyal fonksiyon medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında mental sağlık ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken mental sağlık ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların mental sağlık ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki mental sağlık puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki mental sağlık puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki mental sağlık medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında fiziksel ana boyut ilk ölçüm ve fiziksel ana boyut ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubundaki hastaların fiziksel ana boyut ilk ölçüm medyanları müdahale grubundaki hastalara göre ve müdahale grubundaki hastaların fiziksel ana boyut ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki fiziksel ana boyut puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki

fiziksel ana boyut puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki fiziksel ana boyut puan medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında mental ana boyut ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken mental ana boyut ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların mental ana boyut ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki mental ana boyut puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların ve tüm hastaların iki zamandaki mental ana boyut puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki mental ana boyut medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 9).

Tablo 9. SF-36 Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
Fiziksel Fonksiyon İlk Ölçüm	21,0	4,5	19,0	8,0	0,023
Fiziksel Fonksiyon İkinci Ölçüm	21,5	3,5	22,0	3,0	0,680
p**	0,065		0,000		
Rol Güç Fiziksel İlk Ölçüm	4,0	0,0	4,0	0,0	0,317
Rol Güç Fiziksel İkinci Ölçüm	4,0	0,0	4,0	0,0	0,310
p**	1,000		0,317		
Ağrı İlk Ölçüm	7,1	0,0	7,1	3,5	0,854
Ağrı İkinci Ölçüm	7,1	0,0	8,2	2,1	0,000
p**	1,000		0,000		
Genel Sağlık İlk Ölçüm	12,0	4,5	10,7	4,0	0,384
Genel Sağlık İkinci Ölçüm	12,0	3,5	15,4	0,7	0,000
p**	0,317		0,000		
Canlılık İlk Ölçüm	11,0	2,5	12,0	3,0	0,674
Canlılık İkinci Ölçüm	11,0	3,0	16,0	2,0	0,000
p**	0,317		0,000		

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

Tablo 9. SF-36 Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi (Devam)

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
Sosyal Fonksiyon İlk Ölçüm	6,0	1,0	6,0	2,5	0,782
Sosyal Fonksiyon İkinci Ölçüm	6,0	1,0	7,0	1,0	0,000
p**	1,000		0,000		
Rol Güç Emosyonel İlk Ölçüm	3,0	0,0	3,0	0,0	0,154
Rol Güç Emosyonel İkinci Ölçüm	3,0	0,0	3,0	0,0	1,000
p**	1,000		0,180		
Mental Sağlık İlk Ölçüm	20,0	3,0	19,5	6,0	0,327
Mental Sağlık İkinci Ölçüm	20,0	3,0	25,0	1,5	0,000
p**	1,000		0,000		
Fiziksel Ana Boyut İlk Ölçüm	44,6	7,1	40,7	7,0	0,046
Fiziksel Ana Boyut İkinci Ölçüm	44,1	7,1	49,1	3,1	0,000
p**	0,180		0,000		
Mental Ana Boyut İlk Ölçüm	41,0	6,5	40,5	8,5	0,497
Mental Ana Boyut İkinci Ölçüm	41,0	6,5	51,0	2,0	0,000
p**	0,317		0,000		

4.5. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ HEMŞİRELİK BAKIM ALGILARINA AİT BULGULAR

Uygulanan Mann Whitney U testi sonucunda, kontrol ve müdahale grubu arasında HHBAÖ ilk ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken HHBAÖ ikinci ölçüm puan medyanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların HHBAÖ ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Wilcoxon testi sonucunda, kontrol grubundaki hastaların iki zamandaki HHBAÖ puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken müdahale grubundaki hastaların iki zamandaki HHBAÖ puan medyanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, müdahale grubundaki hastaların ikinci zamandaki HHBAÖ medyanları ilk ölçüme göre anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 10).

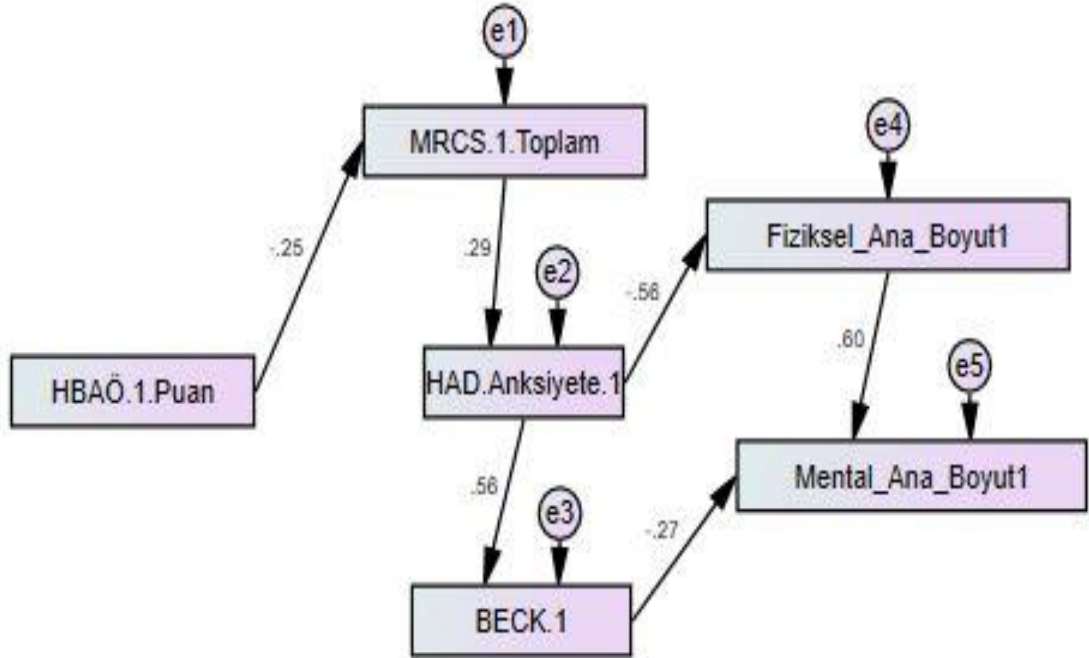
Tablo 10. HHBAÖ Bakımından Ölçüm Zamanları Arasında ve Çalışma Grubu Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		p*
	Medyan	IQR	Medyan	IQR	
HHBAÖ İlk Ölçüm Puan	47,5	7,0	48,5	5,5	0,721
HHBAÖ İkinci Ölçüm Puan	48,0	8,0	66,0	2,0	0,000
p**	0,073		0,000		

*Mann Whitney U testi **Wilcoxon testi

4.6. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARINI BİRLİKTE DEĞERLENDİRİLDİĞİ İLK VE İKİNCİ ÖLÇÜMLER PATH ANALİZİ MODELLEMESİNE AİT BULGULAR

64 denek sayısına sahip veri setindeki ilk ölçümler için path analizi ilk aşamada, 6 gözlenen değişkenin yer aldığı path modeli Şekil 4’de oluşturuldu.



Şekil 4. İlk ölçümler Path Modeli

Çalışmada oluşturulan path modeli için uyum indekslerine bakıldı (Tablo 11). Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , GFI, TLI, CFI, RMSEA ve SRMR değerlerinin iyi olduğu, path modelinin genel olarak iyi uyum sağladığı görüldü (Meydan, Şeşen, 2011; Mirzeoğlu, Çoknaz, 2014; Karagöz, Ağbektaş, 2016) (Tablo 12).

Tablo 11. İlk ölçüm DFA modelinin Uyum İndeksleri

χ^2/df	GFI	TLI	CFI	RMSEA	SRMR
1,151	0,947	0,980	0,987	0,049	0,0675

Tablo 12. Araştırmada Kullanılan Uyum İyiliği İndeksleri ve Kabul Edilebilir Değer Aralığı

İndeksler	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 3$	$3 \leq \chi^2/df \leq 4$
GFI	$0.95 \leq GFI \leq 1$	$0.90 \leq GFI \leq 0.95$
TLI	$0.95 \leq TLI \leq 1$	$0.90 \leq TLI \leq 0.95$
CFI	$0.95 \leq CFI \leq 1$	$0.90 \leq CFI \leq 0.95$
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.08$
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.08$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$

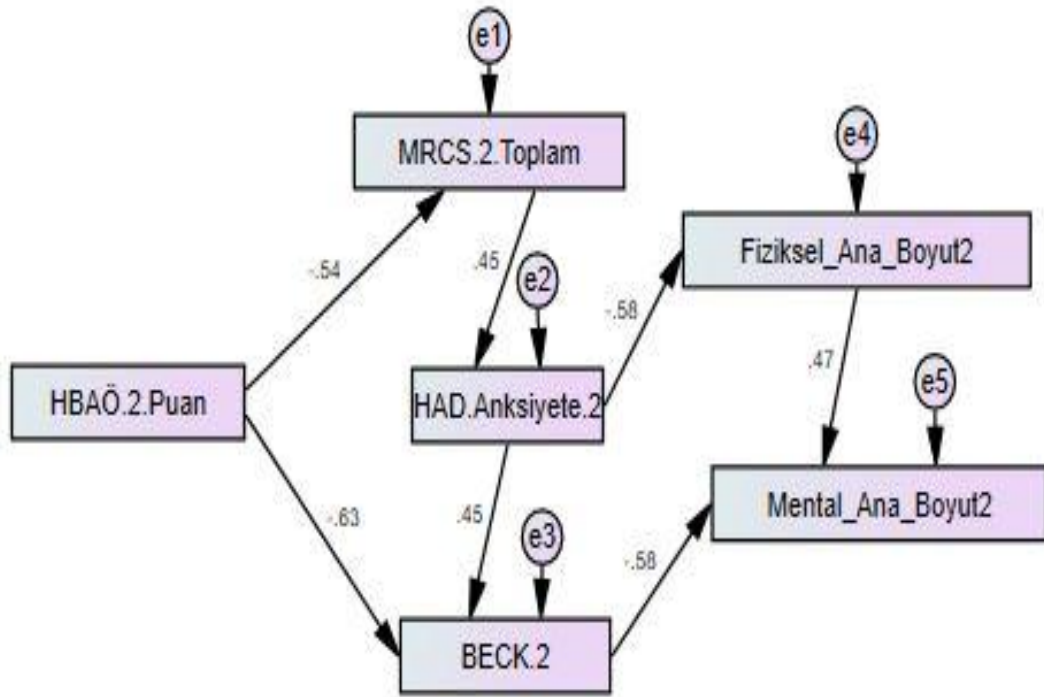
Path modelindeki ilk ölçüm değerlerine göre, hemşirelik bakım ölçeği ortalamasının MRCS ortalaması üzerinde negatif yönde anlamlı bir etkisi bulunmakta iken MRCS ortalamasının anksiyete ortalaması üzerinde pozitif yönde, anksiyetenin beck depresyon ortalaması ve fiziksel ana boyut ortalaması üzerinde negatif yönde, beck depresyon ortalamasının mental ana boyut ortalaması üzerinde negatif yönde ve fiziksel ana boyut ortalamasının mental ana boyut ortalaması üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir etkisi bulunmaktadır. Ayrıca hemşirelik bakım ölçeği ortalamasının fiziksel ana boyut ortalaması üzerindeki etkisinde MRCS ve anksiyete ortalamasının aracı rol üstlendiği ve hemşirelik bakım ölçeği

ortalamasının mental ana boyut ortalaması üzerindeki etkisinde MRCS, anksiyete ve beck depresyon ortalamasının aracı rol üstlendiği tespit edildi (Tablo 13).

Tablo 13. İlk Ölçüm Standart Regresyon Katsayıları

		Standart Regresyon Katsayıları	
MRCS.1	←	HBAÖ.1	-0,246
HAD anksiyete.1	←	MRCS.1	0,293
BECK.1	←	HAD anksiyete.1	0,557
Fiziksel ana boyut.1	←	HAD anksiyete.1	-0,559
Mental ana boyut.1	←	BECK.1	-0,271
Mental ana boyut.1	←	Fiziksel ana boyut.1	0,596

64 denek sayısına sahip veri setindeki ikinci ölçümler için path analizi ilk aşamada, 6 gözlenen değişkenin yer aldığı path modeli Şekil 5’de oluşturuldu.



Şekil 5. İkinci Ölçümler Path Modeli

Elde edilen uyum değerlerine bakıldığında, χ^2/df , ve CFI değerlerinin iyi olduğu (Tablo 14); genel olarak uyum indekslerine bakıldığında path modelinin kabul edilebilir olduğu görüldü (Tablo 12).

Tablo 14. İkinci Ölçüm DFA modelinin Uyum İndeksleri

χ^2/df	GFI	TLI	CFI	RMSEA	SRMR
3,712	0,867	0,855	0,913	0,207	0,1445

Path modelindeki ikinci ölçüm değerlerine göre, hemşirelik bakım ölçeği ortalamasının MRCS ortalaması üzerinde negatif yönde ve beck depresyon ortalaması üzerinde pozitif yönde anlamlı bir etkisi bulunmakta iken MRCS ortalamasının anksiyete ortalaması üzerinde pozitif yönde, anksiyetenin beck depresyon ortalaması ve fiziksel ana boyut ortalaması üzerinde negatif yönde, beck depresyon ortalamasının mental ana boyut ortalaması üzerinde negatif yönde ve fiziksel ana boyut ortalamasının mental ana boyut ortalaması üzerinde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir etkisi bulunmaktadır. Ayrıca hemşirelik bakım ölçeği ortalamasının fiziksel ana boyut ortalaması üzerindeki etkisinde MRCS ve anksiyete ortalamasının aracı rol üstlendiği ve hemşirelik bakım ölçeği ortalamasının mental ana boyut ortalaması üzerindeki etkisinde MRCS, HAD anksiyete ve beck anksiyete ortalamasının aracı rol üstlendiği tespit edilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. İkinci Ölçüm Standart Regresyon Katsayıları

		Standart Regresyon Katsayıları	
MRCS.2	←	HBAÖ.2	-0,536
HAD anksiyete.2	←	MRCS.2	0,446
BECK.2	←	HAD anksiyete.2	0,455
Fiziksel ana boyut.2	←	HAD anksiyete.2	-0,582
BECK.2	←	HBAÖ.2	-0,632
Mental ana boyut.2	←	BECK.2	-0,579
Mental ana boyut.2	←	Fiziksel ana boyut.2	0,466

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde; çalışma sonucunda elde edilen bulgulardan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri, İBM temellendirilmiş hemşirelik bakımının; dispne, anksiyete düzeyleri, yaşam kalitesi, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri üzerine olan etkisi ve hemşirelik bakımından memnuniyet ile anksiyete, dispne ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki olmak üzere 6 başlık altında tartışıldı.

5.1. MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU HASTALARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞMASI

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakımın “*hayatı tehdit eden kronik hastalığa sahip tüm bireylere verilmesi*” gerektiğini vurgulamaktadır (Sepúlveda et al 2002, Bag 2012, Kabakak, Öztürk, Erdem, Akın, 2012, <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf> Erişim Tarihi: 06.07.2018). Palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir bakım olmamakla birlikte, palyatif bakım hastalarında yaşamını tehdit eden kronik hastalığa sahip bireylerin çoğunluğunu kanser hastaları oluşturmaktadır (Bag 2012, Kabakak ve ark 2012). Çalışmamızda hastaların tanılarına bakıldığında literatüre benzer şekilde müdahale (%50) ve kontrol (%46,9) grubundaki hastaların çoğunluğunun kanser tanısı ile serviste yattığı görüldü (Tablo 2).

Çalışmada kontrol ve müdahale grubundaki hastaların büyük çoğunluğunu 65 yaş üzeri (% 62,5) hastaların oluşturduğu ve hastaların tamamına yakınının evli olduğu (% 91,9), %53,1'nin erkek hastalardan oluştuğu belirlendi (Tablo 2). Benzer şekilde yapılan birçok çalışmada palyatif bakımda yatan hastaların çoğunluğunun 65 yaş üzeri bireylerden oluştuğu ve genellikle cinsiyet olarak kadın ve erkek sayılarının eşit

olduğu görülmektedir (Louie 2004, Hochstetter et al 2005, Nield et al 2007, Mitchell et al 2011, Sunde et al 2013, Salle et al 2017).

Müdahale ve kontrol gruplu olan deneysel çalışmalarda grupların homojen dağılımları elde edilen sonuçların genellenebilirliği açısından önemlidir. Diğer bir deyişle homojen dağılıma sahip gruplar, yapılan uygulamanın/müdahalenin sonuçlarının daha iyi görülmesini sağlar (Özen ve Gül 2007, Özdemir 2009, Kanık ve ark 2011). Bu bağlamda çalışmamıza katılan müdahale ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında; hastaların “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile yapısı, tanı grupları, gelir durumu, sigara kullanma durumu ve alkol kullanma durumları” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı, birbirlerinden farksız oldukları ($p>0,05$), hastaların müdahale ve kontrol grubuna homojen dağıldığı saptandı (Tablo 2). Bu bulgular doğrultusunda müdahale ve kontrol gruplarının İBM’ne yönelik verilen hemşirelik bakımının hastaların dispne, anksiyete ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin değerlendirilmesinde uygun olduğu görüldü.

5.2. İBM TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTALARIN DISPNE DÜZEYİNE ETKİSİ

Genellikle hastalar tarafından nefes daralması, boğulma, kendi solunumunu hissetme/duyma ve yeterli hava alamama olarak ifade edilen dispne, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Janssens et al 2000, LaDuke 2001, Del Fabbro et al 2006, Buckholz and Von Gunten 2009, Corcoran 2013, Greer et al 2015).

Dispneye yol açan birçok etken bulunmaktadır. Dispneye sebep olan tüm bu etkenlerin ortadan kaldırılması/giderilmesi ve hastaların yaşam kalitelerinin artırılması etkin bir dispne yönetiminin uygulanmasıyla mümkün olabilmektedir (Del Fabbro et al 2006).

Hastaların dispnelerinin yönetiminde kullanılan birçok yöntem vardır. Bu yöntemler arasında özellikle pulmoner rehabilitasyon (solunum egzersizleri, destekleme pozisyonları vb) hastaların dispne düzeylerinin azaltılmasında etkili olmaktadır.

Randomize kontrollü yapılan bir çalışmada hastalara uygulanan pulmoner rehabilitasyonun hastaların dispne düzeylerini azalttığı saptanmıştır (Goldstein, Gort, Stubbing, Avendano and Guyatt 1994). Randomize kontrollü diğer bir çalışmada da hastalara 4 hafta boyunca uygulanan pulmoner rehabilitasyon sonucunda müdahale grubundaki hastaların kontrol grubuna göre dispne düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (Hermiz et al 2002). Rea ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ise hastalara verilen danışmanlığın semptom yönetiminde özellikle de hastaların dispnesinin azaltılmasında etkili olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Sunde ve arkadaşlarının (2013) KOAH'lı hastalarda danışmanlık sisteminine dayalı verilen hemşirelik bakımının hastaların dispne ve diğer semptomlarında azalmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.

Hastalara verilen danışmanlık ve eğitimin yanında hastalara solunum sıkıntısını hafifletecek şekilde uygun pozisyon verme, gevşeme teknikleri ve solunum egzersizlerinin öğretilmesi hastaların dispnelerinin azaltılmasında etkili olmaktadır. Yapılan bir çalışmada ayakta, sırtüstü uzanma, ileri öne doğru uzanma pozisyonlarının dispneyi azaltmada etkili olduğu görülmüştür (Sharp et al 1980). Farklı pozisyonların (ayakta durma, sırtüstü uzanma, dik otururma, oturarak öne eğilme (45°), sağa meyilli, sola meyilli) dispneyi azaltmada etkinliklerinin araştırıldığı diğer bir çalışmada ise öne doğru eğilmenin dispnenin azaltılmasında diğer pozisyonlara göre daha etkin olduğu belirlenmiştir (O'Neill and McCarthy 1983). Gevşeme tekniklerinin uygulanmasının etkinliğine yönelik yapılan bir çalışma sonucunda hastaların dispnelerinin azaldığı görülmüştür (Louie 2004). Greer ve arkadaşlarının (2015) dispne sıkıntısı olan 32 akciğer kanseri hasta ile yapılan başka bir çalışmada da gevşeme teknikleri uygulanmasının dispneyi azaltmada etkili olduğu görülmüştür.

Gevşeme teknikleriyle birlikte dispnesi olan hastalarda solunum egzersizlerinin (büyük dudak ve diyafragmatik solunumu) yaptırılması hastaların dispnelerinin azaltılmasında etkili olduğu yapılan birçok çalışmada belirtilmiştir (Spahija et al 2005, Nield et al 2007, Salle et al 2017). Garrodl ve arkadaşlarının (2005) büyük dudak solunumunun dispne yönetimi üzerine etkisini araştırdığı bir çalışmada, büyük

dudak solunumunun hastaların dispne düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Randomize kontrollü yapılan diğer bir çalışmada da; müdahale grubuna verilen büzük dudak solunumu ve diyafragmatik solunum eğitiminin kontrol grubuna göre hastaların dispnesini ciddi düzeyde azalttığı belirlenmiştir (Hochstetter et al 2005).

Mevcut çalışmada; müdahale grubundaki hastalara uygulamalı olarak 8 hafta boyunca haftada 2 kez, her seansta en az 15-20 dakika olmak üzere solunum egzersizleri (büzük dudak, diyafragmatik solunum, triflo kullanımı), destekleme pozisyonları, dikkati farklı yöne çekme ve gevşeme tekniklerini içeren “*Watson İnsan Bakım Modeli*”ne temellendirilmiş hemşirelik bakımı verildi (Şekil 4).

Çalışma sonunda hastaların dispne düzeylerini değerlendirmek için kullanılan MRCS (Tablo 3), modifiye borg ölçeği (Tablo 4) ve VAS (Tablo 5) ölçeklerinin müdahale ve kontrol gruplarının ilk ölçüm puan medyanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), müdahale gruplarında ikinci ölçüm puan medyanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük ($p<0,05$), olduğu görüldü. Lorenzi ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışma sonucunda çalışmamıza benzer şekilde hastaların MRCS puanlarının verilen eğitim sonucunda düştüğü görülmüştür. Sudo ve arkadaşlarının (2001) yaptığı diğer bir çalışmada; dispnelerinin azaltılmasına yönelik hastalara verilen 6 haftalık eğitim (solunum egzersizleri) sonunda, hastaların borg ölçek puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışma da da hastaların dispnelerinin değerlendirildiği modifiye borg ölçek puanının hastalara verilen eğitim sonunda azaldığı belirlenmiştir (Lorenzi et al 2004).

Mevcut çalışmada dispne ölçeklerinin yanında hastaların oksijen satürasyon düzeyleri değerlendirildi. Müdahale grubundaki hastaların çalışma sonunda SPO_2 düzeylerinin arttığı görüldü (Tablo 6). Çalışmamıza benzer şekilde 6 hafta boyunca yaptırılan solum egzersizleri; büzük dudak, diyafragmatik solunum gibi uygulamalar sonunda hastaların SpO_2 düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Sudo et al 2001). Palyatif bakım verilen kanser hastalarının dispnelerinin değerlendirilmesinde 4 hafta boyunca solunum egzersizlerinin yaptırıldığı diğer bir çalışma sonucunda da benzer şekilde

hastaların dispne düzeylerinin %73'ten %27'ye düştüğü gözlenmiştir (Hately, Laurence, Scott, Baker and Thomas 2003).

Çalışma sonucunda, Watson İnsan Bakım Modeline göre verilen hemşirelik bakımının literatüre uyumlu olarak hastaların dispnelerini azaltmada etkili olduğu, *“Palyatif Bakım hastalarında Watson’ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların dispnesini azaltmada etkisi vardır”* hipotezimizin desteklendiği görülmektedir.

5.3. İBM TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ

Endişe, üzüntü, kaygı, can sıkıntısı ve tedirginlik olarak tanımlanan anksiyete, her bireyde görülebilen, özellikle de yaşam sonu/ palyatif bakım hastalarında sık görülen bir semptomdur (<https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>; http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=KAYGI Erişim Tarihi: 13.07.2018). Yaşamı tehdit eden kronik hastalıkları olan palyatif bakım hastalarında gelecek hakkındaki belirsizlik, ölüm ile ilgili korku, terminal dönemde görülen dispne kaynaklı nefes alamama, nefes açlığı gibi durumlara bağlı olarak anksiyete görülme oranı artmaktadır. Mitchel ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları meta-analiz çalışmasında palyatif bakım hastalarının çoğunluğunda anksiyete görüldüğü saptanmıştır. Palyatif bakımdaki hastalardaki anksiyete düzeylerinin belirlemeye yönelik yapılan başka bir çalışmada da hastaların en az beşte birinde anksiyete varlığı saptanmıştır (Wilson et al 2007). Palyatif bakım hastalarında görülen anksiyetenin azaltılması/ortadan kaldırılması hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında büyük öneme sahiptir. Bunun içinde anksiyetenin etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (Şahin ve Buzlu 2016). Hastaların anksiyetelerinin yönetilmesinde ise hastalara bütüncül (holistik) yaklaşılmalı ve hastanın yaşadığı zorluklar, anksiyeteyi tetikleyen durumlar belirlenerek hastaya uygun baş etme becerileri öğretilmelidir (Meriç ve Oflaz 2013).

Mevcut çalışmada; müdahale grubu hastalarına İBM'ye göre (Tablo 1) hemşirelik bakımı verilmiştir. Çalışmanın sonucunda, İBM'ye temelli hemşirelik bakımı ve yaklaşımlarından sonra müdahale grubu hastalarının BECK anksiyete (Tablo7), HAD anksiyete ve HAD depresyon (Tablo 8) ikinci ölçüm puan medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü ($p<0,05$).

Anksiyetenin azaltılmasına yönelik verilen hemşirelik bakımının etkinliğini belirlemek için yapılan bir çalışmada, anksiyeteye yönelik destekleyici hemşirelik bakımı verilen müdahale grubu hastalarının kontrol grubuna göre ciddi düzeyde anksiyetelerinin azaldığı saptanmıştır (Cho and Hong 2001). Turner ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları diğer bir çalışmada da hastalara terapötik dokunma ile verilen bakımın hastaların anksiyete düzeylerini azalttığı görülmüştür. Randomize kontrollü yapılan bir çalışmada müdahale grubundaki hastalara müzik eşliğinde bakım verilmiş ve kontrol grubundaki hastalara rutin bakımları yapılmıştır. Çalışma sonucunda müzik eşliğinde bakım verilen hastaların kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anksiyetelerinin anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür (Sung et al 2010). Palyatif bakım hastaları ile yapılan diğer bir çalışmada da anksiyeteye yönelik verilen hemşirelik bakımının hastaların anksiyete düzeylerini azalttığı görülmüştür (Butters et al 1992).

Çalışma sonucunda, Watson İnsan Bakım Modeline göre verilen hemşirelik bakımının; hastaya terapötik dokunma, benzer hastalığa sahip hastalarla tanıştırma, tedavi ve bakımına ilişkin olumlu sonuçlar alma konusunda inanç/umut duygularını destekleme, hastanın kendini suçlaması ve tüm olumsuzlukların kendini bulduğu yönündeki inançlarının tartışılması, dikkati başka yöne çekme ve gevşeme tekniklerinin uygulanmasının literatüre uyumlu olarak hastaların anksiyetelerini azaltmada etkili olduğu, "***Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların anksiyete düzeylerini azaltmada etkisi vardır***" hipotezimizin desteklendiği görülmektedir.

5.4. İBM TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Yaşam kalitesi; sağlığın tanımında da yer alan fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali/tatmin olma, bireylerin mutlu olması, yaşamdan doyum alması olarak tanımlanmaktadır (Altay ve ark 2016, Hazer ve Ateşoğlu 2017). Her birey için yaşam kalitesi farklı olmakla birlikte burada esas olan kişinin yaşamını nasıl algıladığıdır (Post 2014, Aydın ve Paçacıoğlu 2016, Hazer ve Ateşoğlu 2017). Bununla birlikte kişilerin yaşam kalitesini bozan birçok etken bulunmaktadır (Schuch et al 2015, Altay ve ark 2016, Ohlsson-Nevo et al 2016). Bu etkenler arasında ilk sırada bireylerin yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen hastalıklar yer almaktadır (Kaasa and Loge 2003, Schuch et al 2015). Hastalıkların fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak tüm yönleriyle etkin yönetimi kişilerin yaşam kalitelerinin artırılmasında önemli bir yere sahiptir (Altay ve ark 2016, Ohlsson-Nevo et al 2016). Bu manada kişinin fiziksel olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme düzeyi, psikolojik olarak duygu durumu ve sosyal anlamda kişilerle olan ilişkisi, rol-sorumlulukları gibi durumlar detaylı olarak sorgulanmalı ve birey her yönüyle holistik (bütüncül) yaklaşım ile ele alınmalıdır (Erdoğan ve Yavuz 2014, Post 2014, Aydın ve Paçacıoğlu 2016, Hazer ve Ateşoğlu 2017).

Mevcut çalışmada; müdahale grubu hastalarına İBM'ye göre (Tablo 1) hemşirelik bakımı verilmiştir. Verilen hemşirelik bakımı kapsamında; hastanın fiziksel (ağız bakımı, banyo, kişisel bakım vb.), psikolojik (gereken durumlarda hastaların psikiyatri desteği alması, duygularını ifade etmesi, üzüntü-keder gibi durumların belirlenerek bu yönde yaklaşım, dikkati başka yöne çekme, gevşeme vb.) ve sosyal (aile içerisindeki rol, yakın çevresiyle iletişim, benzer hastalığa sahip bireylerle tanıştırma vb.) olarak bütüncül yaklaşımla bakım verildi. Çalışmanın sonucunda, İBM'ye temelli hemşirelik bakımı ve yaklaşımlarından sonra müdahale grubu hastalarının SF-36 fiziksel ve emosyonel rol güç alt boyutları dışında tüm alt ve ana boyutlarda ikinci ölçüm medyanlarının kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 9).

Literatürde çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde yapılan birçok çalışmada da hastalara verilen hemşirelik bakımı sonucunda semptomların azaltılması/giderilmesiyle hastaların yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür (Bayram ve ark 2014, Charalambous et al 2016, Wang et al 2016, Tzelepis et al 2017). Randomize kontrollü yapılan bir çalışmada hastalara uygulanan pulmoner rehabilitasyonun hastaların yaşam kalitelerini artırdığı belirlenmiştir (Goldstein et al 1994). KOAH hastalarının dispne yönetimlerine yönelik yapılan bir çalışma sonucunda çalışmamıza benzer şekilde SF-36 yaşam kalitesi puanlarının arttırdığı bulunmuştur ($p<0,05$) (Stulbarg et al 2002). Sunde ve arkadaşlarının (2013) KOAH'lı hastalarda ev ziyareti ve telefonla takipe dayalı hemşirelik bakımı ve danışmanlık sisteminin uygulandığı diğer bir çalışma sonucunda hastaların yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür. Palyatif bakım verilen kanser hastalarına uygulanan destek bakım (solunum egzersizleri, fizyoterapi vb) sonucunda hastaların yaşam kalitelerinin arttığı saptanmıştır (Hately et al 2003).

Çalışma sonucunda, Watson İnsan Bakım Modeline göre verilen hemşirelik bakımının literatüre uyumlu olarak hastaların yaşam kalitelerini artırmada etkili olduğu, *“Palyatif Bakım hastalarında Watson’ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının hastaların yaşam kalitesini artırmada etkisi vardır.”* hipotezimizin desteklendiği görülmektedir.

5.5. İBM TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ HASTALARIN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dünya genelinde yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların giderek artması, bilimsel ve tıbbi gelişimlerin etkisiyle bireylerin hayatta kalma sürelerinin uzaması palyatif bakıma olan ihtiyacı artırmıştır (İnci ve Öz 2012, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim Tarihi: 07.07.2018). Palyatif bakıma gereksinimi olan hastaların sayısının artması ile hastaların yaşam kalitelerinin artırılması ve gereksinimi olan kaliteli bakımın sunulmasında bakımın öncüsü olan hemşirelerin de önemini artırmıştır (Kaya ve Memiş 2002).

Türk Hemşireler Derneği ve DSÖ; “hemşireliği; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlanmaktadır (Karadağ 2002, <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery> Erişim Tarihi: 07.07.2018, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yasa/hemsirelik-kanunu.aspx> Erişim Tarihi: 07.07.2018). Hemşireliğin birçok tanımı olmakla birlikte mevcut çalışmamızın temel aldığı İBM kuramcısı Watson’a göre hemşirelik; etkili bakım sunabilme süreci olarak tanımlanmaktadır (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013). Watson bakımı da; hemşirenin hasta/sağlıklı bireyle etkili iletişime geçmesi olarak tanımlamakta ve bakımın temelini de iletişimin oluşturduğunu düşünmektedir. Watson’a göre hemşireler bakım verirken kişiyle kurduğu etkin iletişim sayesinde bireyin duygu ve hislerinin farkına varır ve bireye özgü bakımı planlar (Cara 2003, Watson 2003, 2007, 2009, 2012, Öner ve ark 2011, Arslan ve Okumuş 2012, Ozan ve Okumuş 2013). Bunun sonucunda hastalığa değil bireye özgü etkin bir bakım verilmiş olur. Hastalara sunulan bakımın etkinliğinin tespit edilmesinde ise hastaların bakım algılarının etkisi önemli bir yere sahiptir (Schmidt 2003, Karadağ ve Taşçı 2005, Çoban ve Kaşıkçı 2008, Farsi, Nayerı, Negarandeh and Broomand 2010). Hastaların hemşirelik bakımını olumlu yönde algılamaları, verilen bakımdan memnun olduklarının göstergesidir. Sunulan bakımdan memnuniyet, hastaların hastalıklarına uyum ve hastalıkla baş etme gücünün artırılması ve buna bağlı olarak iyileşme sürecinin hızlanmasında etkilidir (Schmidt 2003, Karadağ ve Taşçı 2005, Çoban ve Kaşıkçı 2008, Farsi et al 2010).

Mevcut çalışmada; müdahale grubu hastalarına İBM’ye (Tablo 1) temelli hemşirelik bakımı verildi ve çalışma sonucunda müdahale grubu hastalarının HHBAÖ ikinci ölçüm medyanları kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 10). Çalışmamıza benzer şekilde, hastalara verilen hemşirelik bakımından memnuniyetin araştırıldığı bir çalışmada hastaların HHBAÖ aldıkları puan ortalamalarının yüksek ve hemşirelik hizmetlerinden memnun

oldukları saptanmıştır (Şişe 2012). HHBAÖ kullanılarak yapılan diğer bir çalışmada mevcut çalışmadan farklı olarak hastaların HHBAÖ puanlarının orta düzeyde olduğu görülmüştür (Yılmaz, Şentürk, Yalçın ve Başoğlu 2018).

Şendir ve arkadaşlarının (2012) hastalarda hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyetlerinin araştırıldığı bir çalışmada hastaların hemşirelik bakımından çok iyi düzeyde memnun olduğu saptanmıştır. Yıldız ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları diğer bir çalışmada da benzer şekilde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. 510 hastanın hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerinin alındığı diğer bir çalışmada hastaların hemşirelik bakımı/hizmetlerinden çok memnun oldukları görülmüştür (Mrayyan 2006). 835 hasta ile yapılan diğer bir çalışmada da hastaların hemşirelik hizmetlerinden çok memnun oldukları belirlenmiştir (Alcan, Yavuz, Köze, Tanıl ve Aksakal 2015).

Hemşirelik modellerine dayandırılarak verilen hemşirelik bakımının değerlendirildiği çalışmalarda hastaların memnuniyet düzeylerinin bir modele dayandırılmadan verilen hemşirelik bakımına göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve tüm çalışmalarda hemşirelik bakımının mutlaka bir hemşirelik modeline temellendirilmesi gerektiği önerilmiştir (McCutcheon et al 2005, Childs 2006, Ekim, Manav ve Ocakço 2012, Barış et al 2015, Acar ve Yalın 2016). Bu bağlamda literatürde çalışmamızın temel aldığı Watson İnsan Bakım modeline göre verilen hemşirelik bakımına ilişkin yapılan çalışmalarda, hastaların yaşam kalitelerinin arttığı ve hemşirelik bakımından memnun olma düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (Nyman and Lützen 1999, Mullaney 2000, Clark 2003, Erci ve ark 2003, Hemsley et al 2006, Pipe et al 2010).

Mevcut çalışma sonucunda, Watson İnsan Bakım Modeline göre verilen hemşirelik bakımının literatüre uyumlu olarak hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini artırdığı, **“Palyatif Bakım hastalarında Watson’ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımı hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini etkiler.”** hipotezimizin desteklendiği görülmektedir.

5.6. PALYATİF BAKIM HASTALARINA VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMINDAN MEMNUNİYET DÜZEYİ, HASTALARIN ANKSİYETE, DİSPNE VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali, bireylerin mutlu olması, yaşamdan doyum alması olarak tanımlanan yaşam kalitesi, birçok nedene bağlı olarak bozulabilmektedir (Schuch et al 2015, Altay ve ark 2016, Ohlsson-Nevo et al 2016). Kişilerin yaşam kalitelerinin bozulmasında en önemli sebeplerin başında ise hastalıklar yer almaktadır (Kaasa and Loge 2003, Schuch et al 2015). Hastalıklar bireylerde fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda birçok semptomun ortaya çıkmasına neden olarak hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Bu sebeple hastaların yaşam kalitelerini artırmak için; kişiye özgü, etkin semptom yönetimini içeren, holistik bir hemşirelik bakımı verilmesi gerekmektedir (Erdoğan ve Yavuz 2014, Post 2014, Aydın ve Paçacıoğlu 2016, Hazer ve Ateşoğlu 2017).

Mevcut çalışmada müdahale ve kontrol gruplarını birlikte değerlendirildiği ilk modellemede (Şekil 4) hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi hastaların dispne düzeyini, dolaylı olarak da anksiyete düzeylerini ve yaşam kalitelerini etkilediği görülmektedir (Tablo 11, Tablo 13). Bu sonuçlar hemşirelik bakımının önemini vurgulamaktadır. Hastalara sunulan İBM temelli hemşirelik bakımı sonunda müdahale ve kontrol grubunun birlikte değerlendirildiği modellemede (Şekil 5) de hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin hastaların dispne, anksiyete ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin daha fazla olduğu saptandı (Tablo 14, Tablo 15).

Hastalara verilen sosyal desteğin/eğitimin hastalar üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir çalışmada çalışmamıza benzer şekilde hastaların verilen bakımdan memnun oldukları, verilen bakımın hastaların semptomlarının (özellikle depresyon düzeyi) azalması ve yaşam kalitelerinin artmasında etkili olduğu saptanmıştır (Azevedo, Pessalacia, Mata, Zoboli and Pereira 2017). Palyatif bakım hastalarına verilen rehabilitasyonun yaşam kalitelerine üzerine etkisinin araştırıldığı diğer bir çalışmada da rehabilitasyon sonucu semptomlarda azalma ile birlikte hastaların yaşam kalitelerinin arttığı ve hastaların sunulan bakımdan memnun oldukları belirlenmiştir (Saotome, Iwase, Nojima, Hewitt and Chye 2018). Çalışmamızın sonuçlarına benzer

şekilde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada erken palyatif bakım verilen hastaların erken semptom kontrollerinin hastaların psikolojik durumları, pulmoner fonksiyonları üzerinde etkili olduğu ve müdahale grubu hastalarının sunulan palyatif bakım sonucunda yaşam kalitelerinin arttığı bulunmuştur (Zhuang, Ma, Wang and Zhang 2018). Hemşirelik bakımının etkinliğinin araştırıldığı randomize kontrollü diğer bir çalışma da da müdahale grubuna çalışmamızın benzeri şekilde 8 hafta verilen hemşirelik bakımı sonunda hastaların solunum sıkıntısı, anksiyete/depresyon ve diğer semptomlarda azalma olduğu ve hastaların yaşam kalitelerini artırdığı ve verilen hemşirelik bakımından memnun oldukları görülmüştür (Bredin et al 1999).

Mevcut çalışmada, Watson İnsan Bakım Modeline göre verilen hemşirelik bakımının literatüre uyumlu olarak hastaların dispne ve anksiyete düzeylerini azalması ile ilişkili yaşam kalitesini artırdığı dolayısıyla hemşirelik bakımından memnuniyetin de artırdığı, ***“Palyatif Bakım hastalarına verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi, hastaların anksiyete, dispne ve yaşam kalitesini etkiler.”*** hipotezimizin desteklendiği görülmektedir.

Sonuç olarak Watson’ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının;

- Palyatif bakım hastalarının dispnesini azaltmada etkili olduğu,
- Palyatif bakım hastalarının anksiyete düzeylerini azalttığı,
- Palyatif bakım hastalarının yaşam kalitesini artırdığı,
- Palyatif bakım hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini artırdığı görüldü.
- Temelinde hasta/sağlıklı bireyle etkili iletişimin yer aldığı Watson’ın İnsan Bakım Modeli’nin, Palyatif bakım felsefesine uygun ve hasta bakımında kullanılabilir bir hemşirelik bakım modeli olabileceği belirlendi.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda ;

- Palyatif bakım hastalarına verilecek hemşirelik bakımında mutlaka hemşirelik modellerinden birinin kullanılarak bakımın daha sistematik ve profesyonel hale getirilmesi,

- Bir den çok palyatif merkezi kapsayan daha fazla örneklem sayısının olduğu randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- Palyatif bakım hastalarında semptom yönetiminde, özellikle hastaların dispne, anksiyete düzeylerinin azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılmasında Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin kullanımı önerilir.



KAYNAKLAR

- Abernethy AP, Currow DC, Frith P, Fazekas BS, McHugh A, Bui C. (2003). Randomised, double blind, placebo controlled crossover trial of sustained release morphine for the management of refractory dyspnoea. *BMJ*, 327(7414), 523-528.
- Acar CY, Yalın H. (2016). Trombotik Trombositopenik Purpura ve Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(1): 59-66.
- Akıncı AÇ, Pınar R. (2012). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Dispne Rehabilitasyonu. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(1): 24-29.
- Akyolcu N. (2002). Kanser Hastalarında Dispne ve Hemşirelik Bakımı, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6(1): 1-7.
- Alcan AO, Yavuz M, Köze BŞ, Tanıl V, Aksakal Bİ. (2015). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(3): 81 -89.
- Allard P, Lamontagne C, Bernard P, Tremblay C. (1999). How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. *Journal of pain and symptom management*, 17(4), 256-265.
- Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 15(3): 181-189.
- American Thoracic Society. (1999). Dyspnea: mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med*, 159(1):321–340.
- Arslan Öİ, Okumuş H. (2012). Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2;61-72.

- Arslan S, Bölükbaş N. (2003). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3):38-47.
- Aydemir O, Guvenir T, Kuey L, Kultur S. (1997). The reliability and validity of Turkish form of Hospital Anxiety and Depression Scale. Turkish Journal of Psychiatry, 8(4): 280–287.
- Aydın G. (2005). Akciğer Kanserinde Sık Görülen Semptomlar ve Tedavi Yaklaşımları, Solunum; 7(2): 85-87.
- Aydiner BA, Paçacıoğlu B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 8(15):137-150.
- Aydoğan F, Uygun K. (2011) Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim, 24(3): 4-9.
- Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELCP, Pereira MG. (2017). Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. Rev Esc Enferm USP, 51:e03245.
- Bag B. (2012). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi, 27(3):142-149.
- Baltzan M, Alter MA, Rotaple M, Kamel H, Wolkove N. (2000). Fan to palliate exercise-induced dyspnea with severe COPD. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 161(3 Suppl), A59.
- Barış N, Karabacak BG, Alpar ŞE. (2015). Roy adaptasyon modeline göre bir hemşirelik bakım planı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31 (2) :130-139.
- Bauldoff GS, Hoffman LA, Scirba FC, Zullo TG. (2000). Effect of distractive auditory stimuli on exercise following pulmonary rehabilitation: a pilot study. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 20(5), 295.
- Bauldoff GS, Hoffman LA, Zullo TG, Scirba FC. (2002). Exercise maintenance following pulmonary rehabilitation: effect of distractive stimuli. Chest Journal, 122(3), 948-954.

- Bauldoff GS, Rittinger M, Nelson T, Doehrel J, Diaz PT. (2005). Feasibility of distractive auditory stimuli on upper extremity training in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil*, 25(1):50-5.
- Bayram Z, Durna Z, Akin S. (2014). Quality of life during chemotherapy and satisfaction with nursing care in Turkish breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 23(5): 675-684.
- Beasley A, Stanton M, Aldridge J. (2015). Dyspnea management of hospice patients. *Home healthcare now*, 33(7), 380-384.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 893.
- Belman MJ, Botnick WC, Shin JW. (1996). Inhaled bronchodilators reduce dynamic hyperinflation during exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *AJRCCM*, 153:3.
- Bingley A, Clark D. (2009). A comparative review of palliative care development in six countries represented by the middle east cancer consortium (Mecc). *Journal Of Pain and Symptom Management*, 37(3), 287-96.
- Booth S, Kelly MJ, Cox NP, Adams L, Guz A. (1996). Does oxygen help dyspnea in patients with cancer?. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 153(5), 1515-1518.
- Borasio GD. (2011). Translating the World Health Organization definition of palliative care into scientific practice. *Palliat Support Care*, 9(1):1- 2.
- Bredin M, Corner J, Krishnasamy M, Plant H, Bailey C, A'Hern R. (1999). Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *BMJ*, 318: 901-904.
- Bruera E, Sweeney C, Willey J, Palmer JL, Strasser F, Morice RC, Pisters K. (2003). A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. *Palliative medicine*, 17(8), 659-663.
- Buckholz GT, von Gunten CF. (2009). Nonpharma-cological management of dyspnea. *Curr Opin Support Palliat Care*, 3(2): 98-102.

- Butters E, Higginson I, George R, Smits A, McCarthy M. (1992). Assessing the symptoms, anxiety and practical needs of HIV/AIDS patients receiving palliative care. *Quality of Life Research*, 1: 47-51.
- Cara C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. *International Association for Human Caring*, 7(3); 51-61.
- Charalambous A, Radwin L, Berg A, Sjovall K, Patiraki E, Lemonidou C, Katajisto J, Suhonen R. (2016). An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: A path analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 61: 176-186.
- Childs A. (2006). The complex gastrointestinal patient and Jean Watson's Theory of Caring in nutrition support. *Gastroenterol Nurs*, 29:283-88.
- Cho MJ, Hong MS.(2001). A Study on the Effect of Supportive Nursing Care to Anxiety Reduction of the Patient Immediately Before Surgery in the Operating Room. *J Korean Acad Adult Nurs*, 13(4):632-640.
- Clark CS. (2003). The transpersonal caring moment: evolution of high ordered beings. *UHC*, 7:30-9.
- Clemens KE, Klaschik E. (2011). Dyspnea associated with anxiety-symptomatic therapy with opioids in combination with lorazepam and its effect on ventilation in palliative care patients. *Support Care Cancer*, 19(12): 2027-33.
- Coban GI, Kasikci M. (2010). Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a Turkish population. *Journal of Clinical Nursing*, 19:1929-1934.
- Corcoran E. (2013). Palliative Care and Dyspnea. *Clinical journal of oncology nursing*, 17(4), 438.
- Creutzberg EC, Wouters EF, Mostert R, Pluymers RJ, Schols AM. (2003). A role for anabolic steroids in the rehabilitation of patients with COPD?: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *CHEST Journal*, 124(5), 1733-1742.

- Çoban Gİ, Kaşıkçı M. (2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(63):165- 171.
- Del Fabbro E, Dalal S, Bruera E. (2006). Symptom control in palliative care–Part III: dyspnea and delirium. J Palliat Med, 9(2), 422-436.
- Dozier A, Kitzman H, Ingersoll G, Holmberg S, Schultz A. (2001). Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. Research in Nursing and Health, 24: 506–517.
- Dudgeon DJ, Kristjanson L, Sloan JA, Lertzman M, Clement K. (2001). Dyspnea in cancer patients: prevalence and associated factors. Journal of pain and symptom management, 21(2), 95-102.
- Ekim A, Manav G, Ocağço AF. (2012). Ülkemizde Teori Temelli Hemşirelik Araştırmaları: Bir Gözden Geçirme. DEUHYO ED, 5 (4): 157-161.
- Elçigil A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi, 54(4): 329-334.
- Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kiliç D, Şahin O, Güngörmüş Z. The effectiveness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. Issues and Inovations in Nursing Practice 2003;41:130-9.
- Erdoğan Z, Yavuz DE. (2014). Kanserli Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 23 (4), 726-736.
- Eşel E. (2003). Genel Halkın Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13:78-87.
- Farsi Z, Nayeri ND, Negarandeh R, Broomand S. (2010). Nursing profession in Iran: An overview of opportunities and challenges. Japan Journal of Nursing Science, 7: 9–18
- Fletcher C. (1952). The Clinical Diagnosis of Pulmonary Emphysema: An Experimental Study. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 45 (9): 577-584.
- Fujie T, Tojo N, Inase N, Nara N, Homma I, Yoshizawa Y. (2002). Effect of chest wall vibration on dyspnea during exercise in chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory physiology & neurobiology, 130(3), 305-316.

- Galbraith S, Fagan P, Perkins P, Lynch A, Booth S. (2010). Does the use of a handheld fan improve chronic dyspnea? A randomized, controlled, crossover trial. *Journal of pain and symptom management*, 39(5), 831-838.
- Garrodl R, Dallimore K, Cook J, Davies V, Quade K. (2005). An evaluation of the acute impact of pursed lips breathing on walking distance in nonspontaneous pursed lips breathing chronic obstructive pulmonary disease patients. *Chronic Respiratory Disease*, 2(2), 67-72.
- Goldstein RS, Gort EH, Stubbing D, Avendano MA, Guyatt GH. (1994). Randomised controlled trial of respiratory rehabilitation. *Lancet*, 344:1394–1397.
- Greer JA, MacDonald JJ, Vaughn J, Viscosi E, Traeger L, McDonnell T, Pirl WF, Temel JS. (2015). Pilot study of a brief behavioral intervention for dyspnea in patients with advanced lung cancer. *Journal of pain and symptom management*, 50(6), 854-860.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 1, 1-6.
- Güneş ÜY, Kara D, Erbağcı A. (2012). Dispne Yakınması Olan Hastalarda Farklı Dispne Ölçeklerinin Karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (2): 65-71.
- Hately J, Laurence V, Scott A, Baker R, Thomas P. (2003). Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. *Palliative Medicine*, 17(5):410-417.
- Hazer O, Ateşoğlu L. (2017). Yaşam kalitesine geronteknolojik bakış. *The Journal of Academic Social Science Studies*, Winter II(63): 471-486.
- Hemsley SM, Glass N, Watson J. (2006). Taking the Eagle’s View using Watson’s conceptual model to investigate the extraordinary and transformative experience of nurse healers. *Holistic Nursing Practice*, March/April:85-94.
- Henoch I, Bergman B, Gustafsson M, Gaston-Johansson F, Danielson E. (2008). Dyspnea experience in patients with lung cancer in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 86-96.

- Hermiz O, Comino E, Marks G, Daffurn K, Wilson S, Harris M. (2002). Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ*, 325(7370), 938.
- Hochstetter JK, Lewis J, Smith LS. (2005). An investigation into the immediate impact of breathlessness management on the breathless patient: randomised controlled trial. *Physiotherapy*, 91(3): 178-185.
- Hui D, Bruera E. (2015). Models of integration of oncology and palliative care. *Annals of palliative medicine*, 4(3):89-98.
- Janssens JP, de Muralt B, Titelion V. (2000). Management of dyspnea in severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Pain Symp-tom Manage*, 19(5): 378-392.
- Jaturapatporn D, Moran E, Obwanga C, Husain A. (2010). Patients' experience of oxygen therapy and dyspnea: a qualitative study in home palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 18(6), 765-770.
- Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Gibbs JSR, Broadley KE. (2002). A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax*, 57(11), 939-944.
- Jobst K, McPherson K, Brown V, Fletcher HJ, Mole P, Chen JH, Arrowsmith J, Efthimiou J, Maciocia G, Shifrin K, Lane DJ. (1986). Controlled trial of acupuncture for disabling breathlessness. *The Lancet*, 8521-22:1416-9.
- Johnson MJ, Bland JM, Oxberry SG, Abernethy AP, Currow DC. (2013). Opioids for chronic refractory breathlessness: patient predictors of beneficial response. *European Respiratory Journal*, 42(3), 758-766.
- Kaasa S, Loge JH. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative Medicine*, 17: 11-20.
- Kabalak A, Öztürk H, Erdem TA, Akın S. (2012). Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2:122-126.
- Kabalak AA, Kahveci K, Gokcinar D, Özdoğan N, Cagil H. (2013) Structuring of palliative care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. *J Palliat Care Med* 3: 162

- Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 11(2):56-70.
- Kabalak AA. (2014). Türkiye’de palyatif bakım; 2014, güncel gelişmeler, gereksinimler. Anestezi Dergisi 22 (3): 121 – 123.
- Kahveci K, Gökçınar D. (Eds), (2014). Palyatif bakım.(içinde) Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul s:1-5.
- Kanık EA, Taşdelen B, Erdoğan S. (2011). Klinik denemelerde randomizasyon. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24:149-55.
- Kara D, Yıldız H. (2013) Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri ve Kullanım Sıklıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (1): 137-149.
- Karadağ A. (2002). Meslek olarak hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2).
- Karadağ S, Taşçı S. Kayseri Devlet Hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005, 14: 13- 21.
- Karagöz Y, Ağbektaş A. (2016). Yapısal Eşitlik Modellemesi İle Yaşam Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi; Sivas İli Örneği. Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 7(13): 274-290.
- Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 45(2):65-74.
- Kaya H, Memiş S. (2002). Uzman hemşirenin rolü ve önemi. Modern Hastane Yönetimi, 6: 43- 46.
- Kıvanç MM. (2017). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. HSP, 4(2):132-135.
- Klein C, Lang U, Bükki J, Sittl R, Ostgathe C. (2011). Pain management and symptom-oriented drug therapy in palliative care. Breast Care, 6(1), 27-34.
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. (1999). Reliability and validity of the Turkish version of Short-form (Sf-36). Turkish J Drugs Therapy, 12(1):102-6.

- Kwok AO, Yuen SK, Yong DS, Tse DM. (2016). The symptoms prevalence, medical interventions, and health care service needs for patients with end-stage renal disease in a renal palliative care program. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 33(10), 952-958.
- Lader M. (2015) Generalized Anxiety Disorder. In: Stolerman I.P., Price L.H. (eds) *Encyclopedia of Psychopharmacology*. Springer, Berlin, Heidelberg
- LaDuke S. (2001). Terminal Dyspnea & Palliative Care: Patient deaths are inevitable. 'Bad deaths'—those accompanied by severe suffering—are not. *AJN The American Journal of Nursing*, 101(11), 26-31.
- Lagman R, Walsh D. (2005) Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Semin Oncol*, 32(2):134-138.
- Lange DJ, Lechtzin N, Davey C, David W, Patterson TH, Gelinas D, Becker B, Mitsumoto H. (2006). High-frequency chest wall oscillation in ALS An exploratory randomized, controlled trial. *Neurology*, 67(6), 991-997.
- Lewith GT, Prescott P, Davis CL. (2004). Can a standardized acupuncture technique palliate disabling breathlessness. *Chest*, 126:1783-90.
- Lorenzi CM, Cilione C, Rizzardi R, Furino V, Bellantone T, Lugli D, Clini E. (2006). Occupational therapy and pulmonary rehabilitation of disabled COPD patients. *Respiration*, 71(3), 246-251.
- Louie SWS. (2004). The effects of guided imagery relaxation in people with COPD. *Occupational Therapy International*, 11(3), 145-159.
- Lynch T, Connor S, Clark D. (2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal of Pain and Symptom Management* 45(6):1094-1106.
- Maeda T, Hayakawa T. (2017). Effectiveness of Corticosteroid Monotherapy for Dyspnea Relief in Patients with Terminal Cancer. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 1-6.
- Mahler A. (2010). The clinical nurse specialist role in developing a geropalliative model of care. *Clin Nurse Spec*, 24(1); 18-23.
- Mahler DA, Donohue JF, Barbee RA, Goldman MD, Gross NJ, Wisniewski ME, Yancey SW, Zakes BA, Rickard KA, Anderson WH. (1999). Efficacy of salmeterol xinafoate in the treatment of COPD. *Chest*, 115:957-65.

- McCutcheon T, Knepp T, Richards N, Sparks M. (2005). Comparison of quality of life of persons who have experienced amputations and persons who have had bowel resections. *Gastroenterology Nursing*, 28: 221-6.
- Meier DE. (2011) Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. *Milbank Quarterly*, 89(3); 343-380.
- Mercadante S, Fulfaro F, Casuccio A. (2001). The use of corticosteroids in home palliative care. *Supportive care in cancer*, 9(5), 386-389.
- Meriç M, Oflaz F. (2013). Anksiyete Bozukluğu Olan Hastalarda Bilişsel Yaklaşım Temelli Hemşirelik Uygulamasının Hastaların Tedaviyle İlgili Otomatik Düşünceleri Üzerine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3):109-118.
- Meydan CH, Şeşen H. (2011). Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları, Detay Yayıncılık, Ankara
- Milicevic N. (2002). The hospice movement: History and current worldwide situation. *Archive of Oncology* 10(1):29-32.
- Mirzeoğlu AD, Çoknaz D. (2014). Fiziksel etkinlikten hoşlanma ölçeği-kısa formunun Türk çocuk ve gençleri için geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *International Journal of Human Sciences*, 11(1), 672-687.
- Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*, 12: 160–74.
- Mrayyan MT. (2006). Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. *Int Nurs Rev*, 53(3):224-30.
- Mularski RA, Campbell ML, Asch SM, Reeve BB, Basch E, Maxwell TL, Hoverman JR, Cuny J, Clauser SB, Synder C, Seow H, Wu AW, Dy S. (2010). A review of quality of care evaluation for the palliation of dyspnea. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 181(6), 534-538.
- Mullaney JAB. (2000). The lived experience of using Watson's actual caring occasion to treat depressed woman. *J Holist Nurs*, 18:129-42.

- National Comprehensive Cancer Network. (2009). Palliative care. Clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 7(4), 436-473.
- Nield MA, Soo Hoo GW, Roper JM, Santiago S. (2007). Efficacy of pursed-lips breathing: a breathing pattern retraining strategy for dyspnea reduction. *J Cardiopulm Rehabil Prev*, 27(4):237-44.
- Nyman SC, Lützen K. (1999). Caring Needs of Patients with rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly*, 12:164-9.
- O'Neill S, McCarthy DS. (1983). Postural relief of dyspnoea in severe chronic airflow limitation: relationship to respiratory muscle strength. *Thorax*, 38:595-600.
- Ohlsson-Nevo E, Karlsson J, Nilsson U. (2016). Effects of a psycho-educational programme on health-related quality of life in patients treated for colorectal and anal cancer: A feasibility trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 21: 181-188.
- Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD011565. DOI:10.1002/14651858.CD011565.pub2.
- Ozan, Y. D., & Okumuş, H. (2013). Tedavi Sonucu Başarısız Olan İnfertil Kadınların Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Göre Hemşirelik Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3): 190-198.
- Öner AH, Şengün F, Üstün B. (2011). Bakım: Kavram Analizi. *DEUHYO ED*, 4 (3),137-140.
- Özalevli S, Uçan ES. Farklı dispne skalalarının kronik obstrüktif akciğer hastalığında karşılaştırılması. *Türk Toraks Dergisi*. 2004;5(2):90-94.
- Özdemir O. (2009). Örneklem ve randomizasyon. *İyi Klinik Uygulamalar Dergisi*, 23:32-41.
- Özen Y, Gül A. (2007). Sosyal ve eğitim bilimleri araştırmalarında evren-örneklem sorunu. *JOKKEF*, 15: 394-422.
- Özkan S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOA) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Derg* 28(1): 69-74.

- Özkan S. Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında palyatif bakım ve yaşam sonu bakım. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010, Sempozyum Özel Sayısı: 272-281.
- Papathanasiou I, Sklavou M, Kourkouta L. (2013). Holistic Nursing Care: Theories and Perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1): 1-5.
- Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsneret F, Radbruch L. (2008). A matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 22 (3):222-232.
- Pınar R. (2005). Reability and construct validity of the Sf-36 Turkish cancer patients. *Qual Life Res*, 14(1):259-64.
- Pipe TB, Mishark K, Hansen RP, Hentz JG, Hartsell Z. (2010). Rediscovering the art of healing by creating the tree of life poster. *JGN*, 36:47-55.
- Post MWM. (2014). Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 20(3):167–180.
- Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative medicine*, 17(4), 310-314.
- Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE, Cross JT, Owens DK. (2008). Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, 148(2), 141-146.
- Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. (2004). A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Internal medicine journal*, 34(11), 608-614.
- Reuben DB, Mor V. (1986). Dyspnea in terminally ill cancer patients. *Chest*, 89(2): 234-236.
- Roberts D. (2008). Walking aids, chest-wall vibration, and neuroelectrical muscle stimulation relieve breathlessness in COPD. *Evidence-based nursing*, 11(4), 118.

- Salle SP, Rivest-Abel E, Boucher VG, Gauthier ML, Poirier C, Dube BP, Manganas H, Morisset J, Comtois AS. (2017). Effect of pursed lip breathing on dyspnea and walking distance in interstitial lung disease: a randomized crossover study. *European Respiratory Journal*, 50(61): PA2246; DOI: 10.1183/1393003.congress-2017.PA2246
- Saotome T, Iwase S, Nojima M, Hewitt B, Chye R. (2018). Assessment of activities of daily living and quality of life among palliative care inpatients: A preliminary prospective cohort study. *Progress in Palliative Care*, 26:1, 14-21.
- Schmidt, LA. Patients' Perception of Nursing Care in the Hospital Setting. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44: 393-399.
- Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Borowsky C, Zimmermann AB, Rocha NS, Fleck MP. (2015). Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 61: 25-32.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2):91-96.
- Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. (2013). Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3):219-224.
- Sharp JT, Druz WS, Moisan T, Foster J, Machnach W. (1980). Postural relief of dyspnea in severe chronic obstructive pulmonary disease. *Am Rev Respir Dis*, 122:201-11.
- Sibuya M, Yamada M, Kanamaru A, Tanaka K, Suzuki H, Noguchi E, Altose MD, Homma I. (1994). Effect of chest wall vibration on dyspnea in patients with chronic respiratory disease. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 149(5), 1235-1240.

- Sidani S, Brooks D, Graydon J, Hall L. (2004). Evaluating the effects of music on dyspnea and anxiety in patients with COPD: a process-outcome analysis. *International Nursing Perspective*, 4(1):5–13.
- Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, Bausewein C. (2016). Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10: CD007354.
- Singh VP, Rao V, Prem V, Sahoo RC, Keshav PK. (2009). Comparison of the effectiveness of music and progressive muscle relaxation for anxiety in COPD—A randomized controlled pilot study. *Chronic Respiratory Disease*, 6(4): 209-216.
- Spahija J, de Marchie M, Grassino A. (2005). Effects of imposed pursed-lips breathing on respiratory mechanics and dyspnea at rest and during exercise in COPD. *Chest*, 128(2):640-50.
- Stulbarg MS, Carrieri-Kohlman V, Demir-Deviren S, Nguyen HQ, Adams L, Tsang AH, Duda J, Gold WM, Paul S. (2002). Exercise training improves outcomes of a dyspnea self-management program. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 22(2):109–21.
- Sudo E, Tanuma S, Yoshida A, Takahoshi Y, Kobayashi C, Ohama Y. (2001). The effect of pulmonary rehabilitation with COPD. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 38(6), 780-784.
- Sunde S, Walstad RA, Bentsen SB, Lunde SJ, Wangen EM, Rustøen T, Henriksen AH. (2013). The development of an integrated care model for patients with severe or very severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD), The COPD-Home model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3):469-477.

- Sung HC, Chang AM, Lee WL. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8):1056-1064.
- Şahin G, Buzlu S. (2016) .Yoğun Bakım Ünitelerinde Anksiyeteye Yönelik Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2016;20(1):65-9.
- Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 1: 35-42
- Şişe Ş. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi*,2013, 14: 69-75
- Tektaş P, Çam O. (2017). The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women After a Pregnancy Loss. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5): 440-446.
- Temel M, Kutlu FY. (2015). Gordon's model applied to nursing care of people with depression. *International Nursing Review*, 62.563–72.
- Thomas JR, von Gunten CF. (2002). Clinical management of dyspnoea. *The lancet oncology*, 3(4), 223-228.
- Turner JG, Clark AJ, Gauthier DK, Williams M. (1998). The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. *Journal of Advanged Nursing*, 28(1):10-20.
- Tusek DL, Cwynar RE. (2000). Strategies for implementing a guided imagery program to enhance patient experience. *AACN Advanced Critical Care*, 11(1), 68-76.
- Tzelepis F, Hanna JH, Paul CL, Boyes AW, Carey ML, Regan T. (2017). Quality of patient-centred care: Medical oncology patients' perceptions and characteristics associated with quality of care. *Psycho-Oncology*, 26(11): 1998-2001.

- Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1998, 12:163-172.
- Uslu FŞ, Terzioğlu F. (2015). Dünyada ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2): 81-90.
- Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *AĞRI*, 27(2):104-110.
- Von Leopoldt A, Seemann N, Gugleva T, Dahme B. (2006) Attentional distraction reduces the affective but not the sensory dimension of perceived dyspnea. *Respir Med* **101**: 839–844.
- Wang TC, Huang JL, Ho WC, Chiou AF. (2016). Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(2): 157-167.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health status survey (SF-36). 1. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
- Watson J, Smith M. (2002). Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. *J Adv Nurs*, 37(5): 452-61.
- Watson J. (2007). Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. *Nurs Sci Q*, 20(1): 13-5.
- Watson, J. (2003). Love and caring ethics of face and hand – an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nurs Admin Q*, 27(3):197–202.
- Watson, J. (2009). Caring as the essence and science of nursing and health care. *O Mundo Da Saúde São Paulo*, 33(2):143-149.
- Watson, J. (2012). Viewpoint: caring science meets heart science: a guide to authentic caring practice. *American Nurse Today*, ;7(8).
- Wheeler MS. (2004). Palliative care is more than pain management. *Home Healthcare Now*, 22(4), 250-255.

- Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ. (2007). Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2): 118-129.
- Wolinsky FD, Andresen EM. (2018). Quality of life Assesment. (içinde) .Editörler Rizzo M, Anderson S, Fritzs B. *The Willey Handbook on the Aging mind and brain. Parts III Methods and assesment* 12 p:223, UK
- Worldwide Palliative Care Alliance (2014) *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. <http://www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf>
Erişim Tarihi: 07.07.2018
- Wu HS, Lin LC, Wu SC, Lin JG. (2007). The psychologic consequences of chronic dyspnea in chronic pulmonary obstruction disease: the effects of acupressure on depression. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(2), 253-262
- Yıldız T, Önler E, Başkan B, Koluacık B, Malak A, Özdemir A, Aydınılmaz H. (2014). Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. *Int J Basic Clin Med*, 2(3):123-30.
- Yılmaz FA, Şentürk S, Yalçın P, Başoğlu ŞS. (2018). Hastaların hemşirelik bakımını algılayış düzeylerinin belirlenmesi. *Göller Bölgesi Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi*, 5(59):61-66.
- Zhuang H, Ma Y, Wang L, Zhang H. (2018). Effect of early palliative care on quality of life in patients with non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol*, 25(1):e54-e58.
- Zigmond, A.S. ve Snaith, P.R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.

EKLER

Ek 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 23916764/702.99
Konu : Palyatif Bakım hastalarında
Watson'ın İnsan Bakım Modeline
Temellendirilmiş Hemşirelik
Bakımının Dispne Yöntemi, Hk.

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Arş. Gör. Ahmet SEVEN'in başvurusu üzerine "Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Dispne Yöntemi, Aksiyete Kalitesine Etkisi" isimli çalışmanın Genel Sekreterliğimize bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hendek Devlet Hastanesi, Akyazı Devlet Hastanesinde yürütülmesi hususunda :

Önurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Tıbbi Hizmetler Başkanı

OLUR
.../.../2017
e-İmzalıdır.
Doç. Dr. Hasan Salih SAĞLAM
Genel Sekreter


İstiklal mah. Mahatın Yürüzoğlu bulv. No:3
Faks No:
e-Posta: Fatih.Koc1@sağlık.gov.tr İnt. Adres: 444 54 01

Bilgi için: Fatih KOÇ
Uzman: TIBBİ SEKRETER
Telefon No: 4445401

Bu belge elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c266c0a8-6b9-475b-b509-b454dc74330 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

19/09/2017-E.13750



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 16214662/050.01.04/ **70**
Konu : Etik kurul Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva SERT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği


İlgili : 04.09.2017 tarihli ve 63 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğumuz "Palyatif Bakım Hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Dispne Yönetimi, Anksiyete ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli klinik araştırma başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir ve uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı




EK :
13.09.2017 tarih ve 03 sayılı Etik Kurul Kararı (3 sayfa)

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.


Güvenli Elektronik
İmzalı Aşlı İle Aynıdır.
19.09/2017

Devlet Dağılımak İçin : <http://193.140.253.242/enetlon/uygulama/BelgeDogrulama.aspx?i=BEKAS1Y1SP>

Fakülte Klinik Araştırmalar Etik Kurulu - Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocazek Kampüsü, Erciyes, Adapazarı/Sakarya
Tel:284 295 6630 Faks:284 231 6639
E-Posta: tpd@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ: www.tip.sakarya.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3. Hasta Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: ()K () E
3. Medeni Durum: () Bekar () Evli
4. Eğitim Durumu: () Okur Yazar Değil () Okur Yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite
5. Aile yapısı: () çekirdek () parçalanmış () geniş
6. Gelir durumu: () iyi () orta () kötü
7. Hastanın tanısı:
8. Sigara kullanma durumu: () hiç kullanmadım () kullanıp bıraktım () halen kullanıyorum
- 8.1.Cevabınız “kullanıp bıraktım” ise ne kadar süre önce bıraktınız?.....yıl
- 8.2.Cevabınız “halen kullanıyorum” ise ne kadar süredir içiyorsunuz?.....yıl/ günde.....paket
9. Alkol kullanma durumu? () hiç kullanmadım () kullanıp bıraktım () halen kullanıyorum
- 9.1.Cevabınız “kullanıp bıraktım” ise ne kadar süre önce bıraktınız?.....yıl
- 9.2.Cevabınız “halen kullanıyorum” ise ne kadar süredir içiyorsunuz?.....yıl
10. Nefes darlığı/dispne ile ilgili daha önce eğitim aldınız mı? ()Evet ()Hayır

Ek 4. Vizüel Analog Skala (VAS)

Dispne yok

En şiddetli dispne

0mm

100mm

Ek 5. Modifiye Borg Ölçeği

0	Hiç yok
0,5	Çok çok hafif
1	Çok hafif
2	Hafif
3	Orta
4	Şiddetlice
5	Şiddetli
6	Daha Şiddetli
7	Çok Şiddetli
8	Daha çok Şiddetli
9	Çok çok şiddetli
10	Maksimum

Ek 6. Medical Research Council Dispne Ölçeği (MRCS)

Puan	Aktivitelerle İlişkili Dispne
1	Ağır egzersiz dışında yok
2	Hafif yokuşta veya hızlı yürümede
3	Düz yolda akranlarından daha yavaş yürür
4	Düz yolda 100m sonra durma ihtiyacı olur
5	Giyinme gibi günlük aktivitelerde bile dispne

Ek 7. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu anket sağlığınızdaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınızdaki görüşlerinizi nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda genel olarak sağlığınızdaki görüşlerinizi nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınızdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor?

Aktiviteleriniz	Evet, çok engelliyor	Evet, biraz engelliyor	Hayır, pek engellemiyor
Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağırlık kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
Orta aktiviteler, masayı itmek, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling vb.	1	2	3
Paket veya çanta taşımak	1	2	3
Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
Eğilmek, çömelmek	1	2	3
Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
Yüz metrelik mesafeyi yürümek	1	2	3
Kendi kendine giyinmek, yıkanmak	1	2	3

4. Geçen 4 hafta içerisinde fiziksel sağlığınızdaki yüzünden iş ve aktivitelerinizde aşağıdaki problemleri yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünüzden çalışmanızı azalttınız mı?	1	2
İşyerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz(kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?	1	2

5. Geçen 4 hafta içerisinde duygusal problemler (Örn. Üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş ve aktivitelerinizde aşağıdaki problemleri yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünüzden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
İşyerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
İş ve aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta içerisinde fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Oldukça	4
Aşırı	5

7. Geçen 4 hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı hissettiniz?

Hiç	1
Çok Hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta içerisinde ağrı normal işlerinize ne kadar engel oldu?

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Bu sorular geçen ay boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

Geçen ay boyunca	Ne kadar süre					
	Her zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
Kendinizi capcanlı hissediyordunuz	1	2	3	4	5	6
Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkıydı	1	2	3	4	5	6
Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
Çok enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6
Çok yıpranmış hissettiniz	1	2	3	4	5	6
Çok mutluydunuz	1	2	3	4	5	6
Yorulmuş hissettiniz	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, sosyal etkinliklerinizi (arkadaş ve ya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

Her zaman	1
Çok zaman	2
Bazen	3
Nadiren	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru yada yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	1	2	3	4	5
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	1	2	3	4	5
Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

Ek 8. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç (0)	Hafif düzeyde, beni pek etkilemedi (1)	Orta düzeyde, hoş değildi ama katlanabildim (2)	Ciddi düzeyde, dayanmakta çok zorlandım (3)
1.Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma/karıncalanma				
2.Sıcak, ateş basmaları				
3.Bacaklarla halsizlik, titreme				
4.Gevşeyememe				
5.Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6.Baş dönmesi veya sersemlik				
7.Kalp çarpıntısı				
8.Dengeyi kaybetme duygusu				
9.Dehşete kapılma				
10.Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12.Ellerde titreme				
13.Titreklik				
14.Kontrolü kaybetme duygusu				
15.Nefes almada güçlük				
16.Ölüm korkusu				
17.Korkuya kapılma				
18.Midede hazımsızlık/rahatsızlık				
19.Baygınlık				
20.Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaktan bağımsız)				
Toplam				

Ek 9. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerekli kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

Ek 10. Hastanın Hemşirelik bakımını algılayış ölçeği (HHBAÖ)

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Daha gerçekçi olmama yardımcı oldular					
İhtiyacım olandan fazlasını düşündüler					
İsteklerimle hemen ilgilendiler					
Bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler					
Çoğu şeyi bana sorarak yaptılar					
Hastanede beni rahat ettirdiler					
Hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler					
Benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim					
İhtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim					
Hastalığımın benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum					
Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum					
Hastalığıma ilişkin korkularıyla başa çıkmamda bana yardımcı oldular					
Yaptıkları açıklamalar beni rahatlattı					
Tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar					
Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim					

Ek 11. Katılımcı bilgilendirme

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline göre verilen eğitimin dispne yönetimi ve yaşam kalitesine etkisini incelemek için yapılan bir çalışmadır. Vereceğiniz yanıtlar bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve sizin izniniz olmadan kimse ile paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Ayrıca çalışmadan istediğiniz zaman çekilme hakkına sahipsiniz ve bu durumdan hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Saygılarımızla

Yrd. Doç. Dr. Havva SERT

Arş. Gör. MSc. Ahmet SEVEN

Ek 12. Katılımcı izin formu

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı adına Yrd. Doç. Dr. Havva SERT ve Arş. Gör. MSc. Ahmet SEVEN tarafından Palyatif Bakım hastalarında Watson'ın İnsan Bakım Modeline göre verilen eğitimin dispne yönetimi ve yaşam kalitesine etkisini incelemek için yapılan bir çalışmadır. Araştırma sırasında size solunum egzersizleri hakkında eğitim verilecek ve uygulamalı olarak yaptırılacaktır. Eğitim sonunda size araştırmacı tarafından sorular sorulup kayıt altına alınacaktır. Araştırma amaçlı toplanacak bu veriler kesinlikle kimliğinizi açığa çıkarmayacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Çalışma ile ilgili her türlü soru için araştırmayı uygulayan Ahmet SEVEN'e aşağıdaki telefon numarasından ulaşabilirsiniz.

Ahmet SEVEN: 02642956625

Bu formu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcı imzası

Tarih

Bu çalışma ile ilgili bilgileri katılımcıya açıkladım ve yazılı iznini aldım.

Araştırmacının imzası

Tarih

Ek 13. Hasta takip formu

Aşağıdaki kutulara günlük yaptığınız egzersizlere göre X koyunuz

TARİH	Günlük yapılacaklar											
	Büzük dudak			Diafram			Triflo Kullanımı			Gevşeme		

Ek 14. Eğitim kitapçığı

PALYATİF BAKIM HASTALARI İÇİN

SOLUNUM SIKINTISI VE STRES YÖNETİMİ

EL KİTAPÇIĞI



Hazırlayan: Arş. Gör. Ahmet SEVEN
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT



(https://www.google.com.tr/search?q=nefes+alma&source=lnms&lbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjngqe7_treAvVF_KQKH2uAr4Q_AUIDigB&biw=1440&bih=758#imgre=_JFDaQSmRyBJIM):

Olmaya devlet cihânda bir nefes sıhhat gibi.

Kanuni Sultan Süleyman

Yazar iletişim: Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi /Esentepe Kampüsü

ADAPAZARI / SAKARYA

Tel: 0 (264) 295 66 17 Fax: 0 (264) 295 66 02

İÇİNDEKİLER

1. Akciğerlerin Yapı ve Fonksiyonu Nasıldır?

1.1. Akciğerlerin Görevleri Nelerdir?

1.2. Diyafram ve Göğüs Kaslarının Görevi Nedir?

1.3. Nefes Alıp-Verme Nasıl Gerçekleşir?

2. Solunum Egzersizi Ne işe Yarar?

2.1. Solunum Egzersizi Yaparken Nelere Dikkat Etmelisiniz?

2.2. Büzük Dudak Solunumu Nasıl Yapılır?

2.3. Diyafragmatik Solunum Nasıl Yapılır?

2.4. Triflo Nasıl Kullanılır?

3. Destekleme Pozisyonları Nasıl Yapılır/Ne işe yarar?

4. Gevşeme ve Stresle Baş Etme Teknikleri Neden Uygulanmalıdır?

4.1. Gevşeme Teknikleri Nelerdir?

4.2. Stres Nedir?

4.3. Stresin Vücudumuz Üzerindeki Etkileri Nelerdir?

4.4. Stresle nasıl başa çıkmalıyız?

1.Akciğerlerin yapı ve fonksiyonu nasıldır?



https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btn=iscb&sa=L&ei=ATvW-QrDdDU&AemlZs4D&as=akci%C4%9Fferler&as=akci%C4%9Fferler&gs_l=img:3_010.73481.76303.76479_0.0.0.166.1067.515_0...0...1_gvs-wiz-...0i67.beOnW_Bmsfimgdi::pblMTT2ufoxM.&imgcc=NXL13ARAHdM:

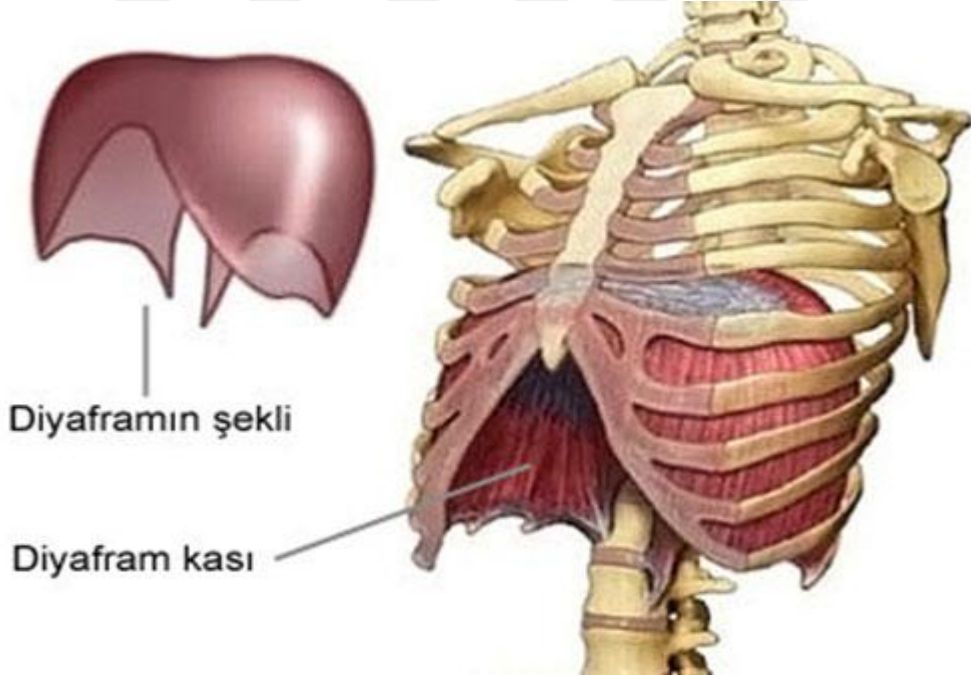
Akciğerler burun ve ağızdan alınan hava içerisindeki oksijenin kana geçmesini, vücutta oluşan karbondioksitin de dışarı atılmasını sağlayan vücudumuzun en önemli hayati organları arasında yer alır. Akciğerler süngerimsi ve esnek bir yapıya sahiptir. İnsan vücudunda göğüsün sağında ve solunda iki adet akciğer bulunmaktadır. Sol akciğer kalp ile birlikte sol tarafta yer aldığı için sağ akciğere nazaran daha küçüktür. Akciğerleri göğüs kafesi korur. Akciğerlerin rengi normalde pembe ve beyaz karışımı bir renk olup insanların yaşına göre değişiklik göstermekte ve yaşlandıkça rengi koyulaşmaktadır.

1.1. Akciğerlerin Görevleri Nelerdir?

Akciğerin vücuttaki en önemli fonksiyonu solunumun gerçekleştirilmesidir. Akciğerler vücuttan karbondioksiti uzaklaştırılmasını ve tüm vücudumuz için hayati öneme sahip olan oksijenin vücuda alınmasını sağlar. Akciğerler tüm bu görevlerini nefes alıp verme işlemiyle gerçekleştirir. Nefes alıp vermede diyafram ve göğüs kasları beraber çalışırlar. İnsanlar normal şartlarda dakikada 16-18 defa nefes alıp verirler.

1.2. Diyafram ve Göğüs Kaslarının Görevi Nedir?

Diyafram kası göğüs boşluğu ile karın boşluğunu birbirinden ayıran ve akciğerlerin alt kısmını kaplayan yassı bir kاستر. Şekil olarak bir paraşüte benzemektedir.



(https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btm=isch&sa=L&ei=Gc_vW4WnHMWSsAe1paT4Ag&q=diyafram+kas%C4%B1&oeq=diyafram+kas%C4%B1&gs_l=img.3..05j082415.92184.95092..96119...00..0.129.1258.94.....0...1.gws-wiz-img.....0i67j0i5i30.Dc_Gm6DVA6o#imgre=Vjx60cGik2i9hMj)

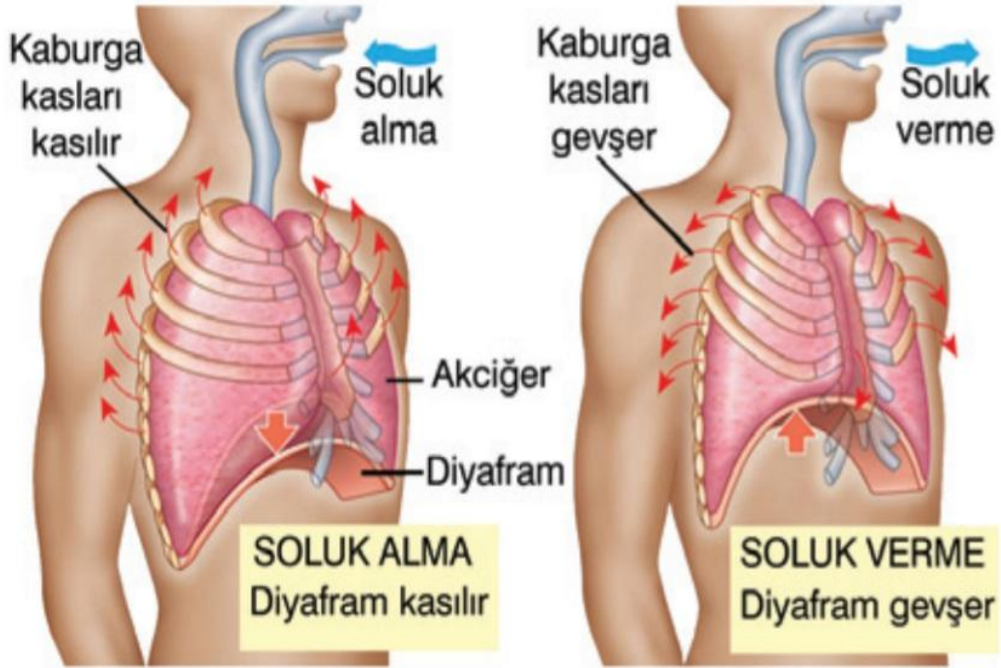
Diyafram kası göğüs kasları ile ortak çalışarak göğüs boşluğunun hacmini değiştirir. Göğüs kasları da kasılıp gevşeyerek kaburgaların açılıp kapanmasını ve göğüs boşluğundaki hacim değişikliğini sağlar.

1.3. Nefes Alıp-Verme Nasıl Gerçekleşir?

Nefes alma; vücudun ihtiyacı olan oksijeni sağlamak için oksijen bakımından zengin havanın akciğerlere ulaşması olarak tanımlanmaktadır. Nefes alırken; diyafram kası kasılır ve aşağıya doğru çekilir aynı zamanda göğüs kasları kasılıp kaburgalar yukarı doğru kalkar, göğüs boşluğunun hacmi genişler ve akciğerlere hava dolar. Bu şekilde nefes alma işlemi gerçekleşmiş olur.

Nefes vermede ise; diyafram kası gevşer ve yukarıya doğru itilir yine eş zamanda göğüs kasları gevşeyerek kaburgalar aşağıya doğru iner, göğüs boşluğunun hacmi küçülür ve dışarıya hava verilir. Bu şekilde nefes verme işlemi gerçekleşmiş olur. İnsanlar günde yaklaşık ortalama 24.000-25.000 defa nefes alıp vermektedir. Nefes alırken akciğerlere dolan oksijen vücudumuzda organların çalışması için kullanılır ve

bunun sonucunda da ortaya çıkan karbondioksit nefes verme ile dışarıya atılır.



([\)](https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btn=isch&sa=L&ci=Gc_vw4WnHMWSSAe1paT4Ag&q=diyafram+kas%C4%B1&coq=diyafram+kas%C4%B1&gs_l=img.3.0J5j0k245.92184.95092.96119...0.0.0.129.1258.9j4...0...1.gws-wiz-img.....0i67j0i5i30.De_Gm6DVAGo#imgc=E7Zr6Sq8GJJwM:)

2. Solunum Egzersizi Ne işe Yarar?

Nefes alma ile vücudumuzun özellikle kaslarımızın oksijen ihtiyacı sağlanır. Oksijen yetersizliği durumunda kaslar enerji sağlamak için farklı bir mekanizma/ yol kullanırlar bu da kasların yorulmasına halsiz kalmamıza neden olur. Oksijen eksikliği/yetersizliği günlük hayatımızda keyifsizlik, halsizlik, bitkinlik ve hastalıkların ortaya çıkmasıyla kendini göstermektedir. Ayrıca vücuttaki atıkların uzaklaştırılmasında görevli olan lenf sistemindeki lenf sıvısının vücut içerisinde dolaşımı iskelet kaslarının basıncı ve solunum hareketiyle gerçekleşmektedir. Doğru nefes alıp-verme ile lenf dolaşımı hızlanacağı için vücuttan zararlı maddelerin uzaklaştırılması da hızlanacaktır. Bunun yanında doğru nefes alma ile vücudumuz dinçleşecek ve vücudumuz daha zinde ve verimli çalışacaktır. Doğru

nefes almak düzenli solunum egzersizleri yapmakla mümkün olabilmektedir.

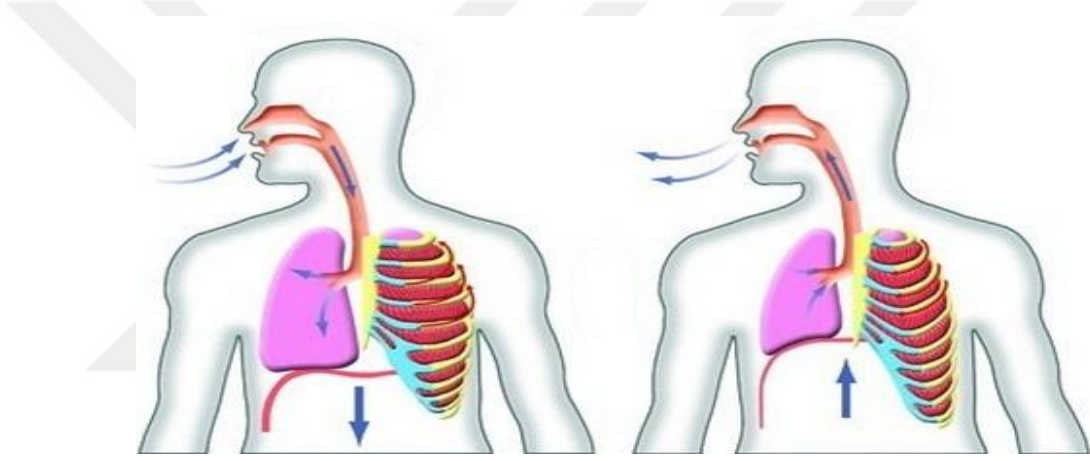
Solunum egzersizleri ile;

- ✚ solunum hareketleri düzenlenir,
- ✚ vücuttaki hücrelerin oksijenlenmesi artırılır,
- ✚ havayolları korunur,
- ✚ öksürüğün etkinliği artırılır,
- ✚ havayollarındaki biriken balgamı uzaklaştırılır,
- ✚ akciğer enfeksiyonlarının tedavi ve korunması sağlanır,
- ✚ kalp ve akciğerlerin kapasitesini artırır,
- ✚ vücut genç ve dinamik bir görünüme sahip olur.

2.1. Solunum egzersizi yaparken nelere dikkat etmelisiniz?

- ✚ Solunum egzersizleri yapmadan önce öncelikle kendinizi rahat hissedeceğinizi sessiz, sakin ve havalandırılmış uygun bir ortam ayarlanır.
- ✚ Üzerinizdeki kıyafetlerin sizi sıkacak veya boğacak tarzda olmamasına dikkat edilir.
- ✚ Ortam sağlandıktan sonra kendi solunumunuzu değerlendirmeliyiz ve nasıl soluduğumuzu bilmeliyiz. Kendi solunum şeklimize göre nefes alıp-verişimizi inceleyerek bilinçli olarak nefesimize odaklanmalıyız.
- ✚ Nefesimizi alırken mümkün olduğunca burundan almaya ve ağızdan vermeye özen göstermeliyiz.
- ✚ Nefes alıp-vermede kendimizi şartlandırmadan doğal seyrine uygun solumalıyız.
- ✚ Yeteri kadar derin nefes alıp kısa kısa ve kesik kesik nefes almaktan kaçınmalıyız.

- ✚ Abartılı ve aşırı nefes almamalıyız.
- ✚ Nefes alırken akciğerlerin tam hava ile dolmasına olanak sağlamalıyız.
- ✚ Nefes alırken göğüs yardımcı solunum kasları ve diyaframı kullanmaya özen göstermeliyiz.
- ✚ Esneme, hapşırma, iç çekme veya inleme gibi doğal nefes tekniklerini bastırmamalıyız.
- ✚ Nefes alırken sessiz ama yeterince derin nefes almaya ve verirken de daha yavaş ve uzun şekilde vermeye özen göstermeliyiz.



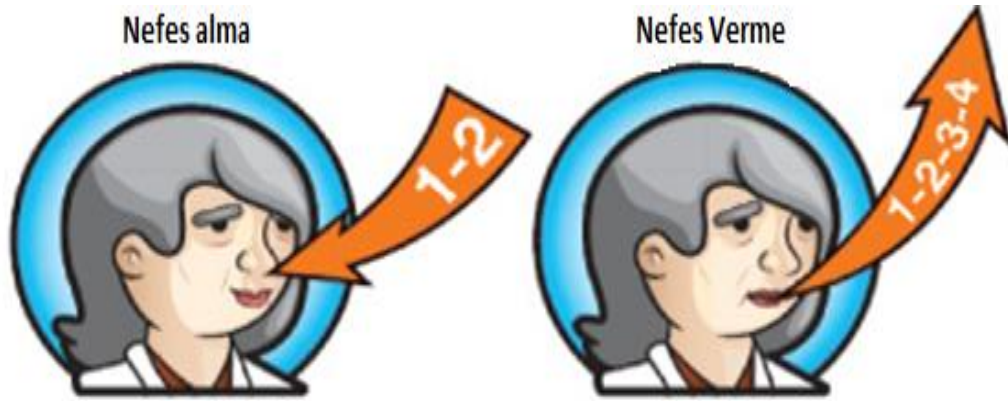
(https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btn=isch&sa=1&ci=es_vW83aFpK4wXYy5_gAg&q=nefes+alma&oeq=nefes+alma&gs_l=img.3..0110.151837.153760..154150..0.0.0.1269009j1.....0...1_gws-wiz-img.....0i67.QW699PEW0#imgcr=:_lFDaQSmRyBF1M)

2.2. Büzük Dudak Solunumu Nasıl Yapılır?

Büzük dudak solunumu, kontrollü nefes verilerek akciğerlerdeki hava keseciklerinin maksimum düzeyde boşalmasını kolaylaştırmak amacıyla yapılır. Büzük dudak solunumunu yaparken

- ✚ rahat bir pozisyon seçilir.
- ✚ Burundan derin bir nefes alınır ve dudaklar büzülerek nefes yavaşça verilir. Eğer burundan nefes alınamıyorsa veya zorluk yaşıyorsa ağızdan da nefes alınabilir. Nefes verirken kesinlikle zorlama yapılmaz. Büzük dudak

solunumunu su dolu bir bardağa pipetle üfleyerek baloncuk yapma, pink pong topunu sadece yerinden oynayacak kadar üfleme, balon şişirme veya çiçek koklar gibi nefes alma ve mum alevini söndürmeyecek kadar nefes verme şeklinde yapabilirsiniz. Nefes verirken nefes aldığımız sürenin en az iki katı kadar sürede vermelisiniz. Yürürken büzük dudak solunumu yapılacaksa 2 adımda nefes alıp 4 adımda nefes vermelisiniz.



([https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btn=isch&sa=1&ci=ANH+W_TIH8LUkwWmjgIDg&q=purse+lips+breath&coq=purse+lips+breath&gs_l=img.3..42542.53609..54143...0.0.0.245.1678.16j0j1.....0....1.gws-wiz-
img.....0j067j0i30j0i19j0i10i19j0i8i30i19j0i10i30i19..EshN9Bj64#imgrc=OXOMcmptbNwM.](https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btn=isch&sa=1&ci=ANH+W_TIH8LUkwWmjgIDg&q=purse+lips+breath&coq=purse+lips+breath&gs_l=img.3..42542.53609..54143...0.0.0.245.1678.16j0j1.....0....1.gws-wiz-
img.....0j067j0i30j0i19j0i10i19j0i8i30i19j0i10i30i19..EshN9Bj64#imgrc=OXOMcmptbNwM.))

Büzük dudak solunumu ile;

- ✚ Solunum sıkıntısı azaltılır
- ✚ Gaz değişiminde etkinlik artar
- ✚ Solunum hızı düşer
- ✚ Soluk hacmi artar
- ✚ Solunum kasları güçlenir
- ✚ Dokuların oksijenlenme oranı artar
- ✚ Kişinin solunumu kontrol etme farkındalığı artar
- ✚ Rahatlama sağlanır.

2.3. Diyafragmatik Solunum Nasıl Yapılır?

Diyafram solunum sisteminin en önemli kasıdır. Diyafragmatik solunumda amaç nefes alırken diyaframın aşağıya inmesi ve nefes verirken yukarı çıkmasıdır. Diyafragmatik solunum daha az nefes darlığı yaşandığında yani solunum üzerinde daha çok kontrol sağladığımızda yapmamız gerekir. Bu solunum ile daha etkili ve derin nefes alımı gerçekleşmiş olur. Solunum egzersizine geçmeden önce ortam ayarlanmalı ve rahat bir pozisyon seçilmelidir. Oturarak, yarı oturarak veya yatarak yapılabilir. Yatarak yapacaksanız başınızın altına ve dizlerinizin altına yastık koyarak destekleyebilirsiniz. Diyafram solunumunu yaparken farkındalığı artırmak ve etkinliğini görmek için bir elinizi karnınızın üzerine diğer elinizi göğsünüze yerleştirin. Burnunuzdan yavaşça nefes alın ve kontrollü olarak nefesinizi verin. Nefes aldığınızda diyafram kasılıp düzleşecek ve hava içeriye girdiği için karnın bölgesi ve karnınızdaki eliniz yukarı doğru yükselecektir. Göğsünüzün üzerindeki elimizin çok hareket etmemesi diyafram solunumunun etkin olduğunun göstergesidir.



(https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btm=isch&sa=1&ci=4NHw7TXO43ykwWv4aT4BA&q=diaphragmatic+breathing+&oeq=diaphragmatic+breathing+&gs_l=img.3.011910.31209.33191.34188...00.091.709.8...0...1_gws-wiz-img.7npoYMyCNk0)

Diyafragmatik solunum ile,

- ✚ Karın bölgesinde hareketlilik artar
- ✚ Üst göğüs kafesi hareketliliği azalır
- ✚ Solunum iş yükü azalır
- ✚ Solunum sıkıntısı şiddeti düşürülür.

2.4. Triflo Nasıl Kullanılır?

Solunum cihazı olarak bilinen triflo kullanımının amacı akciğer kapasitesini artırmak ve nefes darlığını azaltmaktır. Triflo ile yapılan egzersizler ile solunum kasları güçlenmekte ve doğru nefes alıp-verilmektedir. Akciğer kapasitemiz ve solunum kaslarımız geliştiğinde oksijen beynimize daha yoğun bir şekilde iletilecek ve bu durumda stres, solunum sıkıntısı azalacaktır. Bu cihazla yapılan egzersizler ile vücudumuzdaki dokulara daha fazla oksijen ulaşmaktadır. Bu sayede hücreler daha fazla enerji kullanırlar. Cihazı kullanmadan önce uygun ortam hazırlanmalıdır. Öncelikle cihazın uyumunu aparatlarını takıp kontrol edilmelidir. Rahat nefes alıp verdikten sonra ağızlığına ağızımıza alarak nefes almamızdır. Nefes alırken cihazın içerisindeki topların havaya kaldırmaya çalışmalıyız. Cihaz ters çevrildiğinde nefes vererek de topları kaldırabiliriz. Düzenli yapacağımız bu egzersizler ile doğru ve etkili nefes alıp verdiğinizi görebileceksiniz.



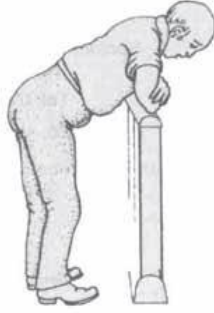
(https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btn=isch&sa=1&ei=BNLxW97TBrLkqW0ILQBq&q=ifitlo&oeq=ifitlo&gs_l=img_3_4211144906_45829_00_01175705j1_0...1_gws-wiz-img.....0j0i30j0i19j0i10i19_ArmVafafjCM)

Solunum egzersizlerini her gün tercihen 6 saatte bir 15 dakikayı geçmeyecek şekilde yapmamız gerekmektedir. Burada dikkat etmeniz gereken konu aşırı ve çok hızlı nefes alıp-vermeden kaçınılmasıdır.

3.Destekleme Pozisyonları Nasıl Yapılır/Ne işe yarar?

Solunumun sıkıntısının (dispnenin) azaltılması için solunum egzersizlerinin yanında solunumu destekleyen pozisyonlar da kullanabilmektedir. Bunlardan bazıları;

- ✚ Yüksek yan yatış
- ✚ Sırtüstü yüksek yatış
- ✚ Kollar destekli sandalyede öne doğru oturma
- ✚ Masadan destek alarak öne doğru oturma
- ✚ Önden veya arkadan destek alarak ayakta durma



(https://www.google.com.tr/search?bm=isch&q=ortopne++nefes+destekleme+pozisyonlar%C4%B1&chips=q:ortopne+nefes+destekleme+pozisyonlar%C4%B1,online_chips:solunum,online_chips:solumun+egersiz&sa=X&ved=0ahUKEwj9ycuUg9veAhWE2qQKHTWtBBwQ4IYILSgF&biw=1440&bih=758&dpr=1)

Solunum sıkıntısında, solunumu rahatlatan uygun bir pozisyon belirlenerek solunum yönetilebilir. Örneğin, öne eğilme pozisyonu diafragmatik solunumu uyarır. Diğer pozisyonlarda da büyük dudak solunumunu kullanarak solunum kontrol edilebilir ve hızı azaltılabilir. Zorlu nefes vermeden kaçınılmalıdır. Nefes alırken diafragmatik solunum yapılmalıdır. Solunum sıkıntısı geçene kadar uygun pozisyonda yavaş solunuma devam edilmelidir. Destekleme pozisyonları ile;

- ✚ Solunum kontrolünü sağlar
- ✚ Solunum frekansını düzenlenir
- ✚ Soluk hacmi artırılır
- ✚ Stres şiddetini azaltılır
- ✚ Solunum iş yükünü azaltılır
- ✚ Uyku kalitesini artırılır
- ✚ Yardımcı solunum kas aktivitesini azaltılır
- ✚ Solunum sıkıntısı algısını azaltılır.

4. Gevşeme ve Stresle Baş Etme Teknikleri Neden Uygulanmalıdır?

Solunum sıkıntısının azaltılması ve solunum kontrolü sağlamada gevşeme ve stresle baş etme teknikleri büyük fayda sağlar.



https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&tbm=isch&sa=L&ei=V9PvW73ClS1kwW11pl_eAQ&q=gev%C5%9Feme&noj=gev%C5%9Feme&es=1=imp_3_012067/017.1603.3043.3477_00_0.90.591.7...0_1_gss-wiz-ime_V21h9DwCdkk#imgre=p8uLxDUYJB8IM

4.1.Gevşeme Teknikleri Nelerdir?

Gevşeme yöntemleri ile vücut rahatlar ve solunum sıkıntısı azalır. Gevşeme tekniklerinde başlangıçta uygun ortam ayarlanmalıdır. Ortam ayarlandıktan sonra pozisyonunuzu seçmelisiniz. Eğer yatıyorsanız başınızın ve dizlerinizin altına yastık koyun. Bir sandalyede oturuyorsanız, belinizin ve dizlerinizin altına, bir masada oturuyorsanız kollarınızın ve başınızın altına yastık koyarak destekleyin. Gevşeme hareketlerini yaparken gözlerinizi kapatın. Ellerinizi, ayaklarınızı ve tüm vücudunuzu hissedin. Kendinizi deniz kıyısında bir kumsalda güneş altında olduğunuzu ve martı sesleri eşliğinde sahile çarpan dalga seslerini düşünün ve sesleri duymaya çalışın. Kendinizi yeşillikler içerisinde bir kırdaki olduğunuzu düşünün. Etrafınızdaki rengarenk çiçekleri ve çeşitli kuşların, böceklerin seslerini ve hareketlerini hayal edin. Kendinize uygun huzurlu hissettiğiniz hayalinize konsantre olun.



<https://www.google.com.tr/search?bm=isch&q=gev%C5%9Feme&chips=cr:gev%C5%9Feme.online.chips:gev%C5%9Feme+egzersizleri&sa=X&ved=0ahUjKEwioxPKug9eAbWHsQKHSKkuB1sQ4IYKSqC&biw=1440&bih=758&dpr=1#imgrc=C10A8G07WZu-EM>

Vücutunuzun her bir bölümü için örneğin;

- ✚ Omuzlarınızı ayaklarınıza doğru çekin ve gerginliğin tersine doğru hareket ettirin ve durdurun
- ✚ Dirseklerinizi vücudun yanına doğru uzatın ve yeni pozisyonunu hissedin
- ✚ Parmaklarınızı açın ve gerin. Germeyi durdurup yeni pozisyonunu hissedin
- ✚ Dizleri önce gerip sonra gevşetin ve pozisyonu hissedin
- ✚ Ayaklarınızı ileriye doğru gerin ve tamamen gevşek olarak bırakın
- ✚ Sırtınızı ve başınızı tamamen desteklediğiniz yastığa bırakın
- ✚ Ağzınızı kapatın ve çenenizi rahatça aşağıya bırakarak gevşetin
- ✚ Gözlerinizi kapatın ve göz kapaklarınızı aşağıya düşmesini sağlayın
- ✚ Kaşlarınızı gerin ve sonra serbest bırakarak gevşemesini sağlayın. Tüm vücudunuz için gerginliği ve sonra rahatlamayı hissedin. Yeni pozisyonlarda rahatlamaya kendinizi odaklayın. Gevşeme egzersizleriyle rahatladığınızı göreceksiniz.

4.2. Stres Nedir?

Stres, insan bedeninin bazı içsel ve dışsal olaylara karşı verdiği doğal bir tepki durumudur. Bireye zor gelen, negatif düşünce uyandıran ve rahatsızlık veren içsel ve dışsal olaylar kişide kaygı ve endişeye neden olur

4.3. Stresin Vücutumuz Üzerindeki Etkileri Nelerdir?

Stres karşısında her insanın verdiği tepki aynı değildir. Stres insanda hem fizyolojik (bedensel) hem de psikolojik değişiklere yol açabilir. Bedensel değişiklikler olarak;

- ✚ Kalp atım hızı ve kan dolaşım hızının artması
- ✚ Sesin ve ellerin titremesi
- ✚ Vücutta terleme ve ağız kuruluğu
- ✚ Dikkati toplayamama, kafanın dağınık olması



(https://www.google.com.tr/search?biw=1440&bih=758&btn=isch&sa=1&ei=7NPvW7ypBsb5sAfJlawAQ&q=stres-belirtileri&q=stres-belirtileri&gs_l=img.3_0j0i5i30j0i8i30Ej0i24i5.68482.73720..73949...0.0.157.1592.16j1.....0...1_gws-wiz-imag.....0i67j0i30..c2XXveHeuoifimgre=Td80L1_nVLJzpm.)

Psikolojik değişikler olarak;

- ✚ Lüzumundan fazla veya devamlı olarak endişelenme
- ✚ Bir şeyleri unutma/hatırlayamama
- ✚ Ortada bir şeyler yokken ya da küçük şeyler için öfkelenme ve sinirlenme,
- ✚ Kolayca ağlama ve kendini kontrol dışı hissetme.



(https://www.google.com.tr/search?btn=isch&q=stres-belirtileri&chips=q:stres-belirtileri,online_chips:stres-nedir&a=X&ved=0ahUKEwi2qL_g9veAhXOy6QKHU1wDPQQ4IYIKCgB&biw=1440&bih=709&dpr=1#imgrc=GATimNGIBVms5M;)

Stresin beden sağlığınız üzerindeki olumsuz etkileri

- ✚ Baş, mide, göğüs ve kas ağrısı yapar.
- ✚ Bedensel ve zihinsel yorgunluk, uyuşukluk, halsizlik ve tükenmişlik hissine sebebiyet verir.
- ✚ Uyuma güçlüğü, ya da normalden fazla uyumaya yol açar.
- ✚ Cinsel istek azlığına sebebiyet verir.

Stresin psikolojik sağlığınız üzerindeki olumsuz etkileri

- ✚ Endişe, huzursuzluk, üzüntü ve depresyonu tetikler.
- ✚ Motivasyon, performans ve dikkat eksikliği ve öğrenme göçlüğü oluşmasına sebebiyet verebilir.
- ✚ Bunalmışlık ve bıkkınlık hissi uyandırır
- ✚ Sinirlilik, asabilik ya da öfkeli olunmasına yol açar



(https://www.google.com.tr/search?bm=isch&q=stres+belirtileri&chips=q=stres+belirtileri,online_chips:stres+nedir&sa=X&ved=0ahUKEwi2qL_g9eAbXOy6QKHU1wDPQQ41YIKCgB&biw=1440&bih=709&dpr=1#imgre=tjKwo2ImalmM)

Stresin davranışlarınız üzerindeki olumsuz etkileri

- ✚ Kişinin çevresiyle sağlıklı şekilde uyum sağlamasını engeller.
- ✚ Az ya da aşırı yemeğe,
- ✚ Bedensel egzersizlerin azalması ya da hiç yapılmamasına,
- ✚ Solunum düzeninde bozulmaya ve buna bağlı olarak akciğerlerle ve dolaşım ile ilgili hastalıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

4.4. Stresle nasıl başa çıkmalıyız?

- ✚ Kendinizi huzurlu bir ortamda hissedin. Doğa, orman, su, kuş sesleri gibi zihninizde canlandırma ile negatif düşüncelerden arındırın. Hayal kurun.
- ✚ Zamanınızı yönetmeyi bilin. Uzun vadede yapacaklarınız ile kısa sürede yapmanız gerekenleri sıralayın ve önceliklerinize göre alternatiflerini de düşünerek yapmaya başlayın.

- ✦ Engellerle karşılaştığınızda problemlere çözüm odaklı yaklaşın.
- ✦ Genellemelerden kaçının. Durumunuzun (hastalık, ağrı gibi) hep kötü olacağı veya daha da kötüye gideceğini düşünmeyin. Her geçen gün daha iyi olacağı konusunda kendinize telkinlerde bulunun.
- ✦ Kişiler arası ilişkilerde daha ılımlı ilişkiler kurmaya çalışın ve başkalarının deneyimlerinden faydalanın.
- ✦ Fiziksel aktivitelerinizi artırmaya çalışın. Egzersiz bedenin zinde kalmasını ve strese bağlı oluşan hormonlar ve kimyasal tepkilerin azalmasında fayda sağlar.
- ✦ Beslenmenize dikkat edin. Stresi tetikleyici besinlerden (çay, kahve, çikolata...) uzak durun.
- ✦ Bol bol meyve ve sebze yiyin. Tereyağı ve margarin yerine bitkisel yağları tercih edin.
- ✦ Uykunuzun düzenli olması için özen gösterin
- ✦ Uyuduğumuz odada uykuya dalmayı güçleştirecek fazla uyaran bulunmamasına özen gösterin
- ✦ Gevşeme yollarını aktif olarak kullanın
- ✦ Aileniz ve arkadaşlarınızla verimli vakit geçirmeye çalışınız
- ✦ Hoşlandığınız şeylere daha fazla vakit ayırın
- ✦ Kısa zamanda çok şey yapma düşüncesinden vazgeçin
- ✦ Bekleyin, düşünün, yavaşça ilerleyin

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Ahmet SEVEN
Doğum yeri ve tarihi : Sivas/ 1 Temmuz 1986
Uyruğu : TC
Medeni durum : Evli
Askerlik durumu : Yaptı
İletişim adresi ve telefonu : SAÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
/02642956625
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yüksek Hemşirelik Sakarya Üniversitesi 2013
Lisans
Yüksek Cerrahi hastalıkları Atatürk Üniversitesi 2012
Lisans hemşireliği AD
Lisans Hemşirelik Dumlupınar Üniversitesi 2009

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Araş.Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016-
Araş.Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2013-2016
Araş.Gör.	Kars Kafkas Sağlık Yüksekokulu	2011-2013
Hemşire/kalite performans direktörü	Sivas Kangal Devlet Hastanesi	2010-2011
Hemşire	Özel Sivas Anadolu Hastanesi	2009

IV- Mesleki Deneyimi

Araş.Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016-
Araş.Gör.	Sakarya Sağlık Yüksekokulu	2013-
Araş.Gör.	Kars Kafkas Sağlık Yüksekokulu	2011-2013
Hemşire/kalite performans direktörü	Sivas Kangal Devlet Hastanesi	2010-2011
Hemşire	Özel Sivas Anadolu Hastanesi	2009

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Uluslar arası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

Sert H, Pelin M, **Seven A**, Çetinkaya S, Özge Yüksel Z, Aygin D, Karabay O. Do we know about Zika virüs infection? Biomedical Research 2017;28(15):6834-6838.

Seven A, Sert H. Turkish reliability and validity of palliative care knowledge test, International Journal of Current Research 2017;9(05):50737-50741.

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler:

Seven A, Sert H. The knowledge level of nurses about palliative care and their attitudes toward care of the dying patient (**Poster kodu: 571948**). ICQH 2016 International Conference on Quality in Higher Education, Sakarya, Türkiye, 24-25 Kasım 2016 (**Özet Metin**).

Seven A, Sert H. Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin Geçerlik ve Güvenirliği. Uluslar arası Palyatif Bakım Kongresi, Ankara, 11-13 Mayıs 2017 (**Sözel Sunum**).

Seven A, Sert H. Hemşirelik Eğitiminde Watson İnsan Bakım Modeli. ICQH 2017 International Conference on Quality in Higher Education, Sakarya, Türkiye, 7-8 Aralık 2017 (**Oral Presentation**).

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler:

Sert H, Seven A, Çetinkaya S, Pelin M, Aygin D. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin obezite ön yargı düzeylerinin değerlendirilmesi. Online Türk Sag. Bil. Derg 2016; 1(4):9-17.

Seven A, Sert H. (2016). Bakımda güncel bir yaklaşım: Palyatif bakım. Sağlıkla, 28:26-28.

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Sert H, Pelin M, **Seven A**, Çetinkaya S, Yüksel Z, Aygin D, Karabay O. Öğrencilerin Zika Virüs Enfeksiyonu Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 12- 16 Ekim, Kongre Kitabı 2016, (HP-023) (Özet Metin)

Sert H, Doğan SG, Çetinkaya S, Pelin M, **Seven A**. Enfeksiyon servisinde yatan hastaların sağlık durumları ve bakım verenlerin bilgi gereksinimleri: Pilot Çalışma, 19. İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 11-15 Ekim 2017 (**HP-044**) (**Özet Metin**).

VII- Bilimsel Etkinlikleri

18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 12-16 Ekim 2016, Katılımcı

“Pulmoner Rehabilitasyonda Hasta eğitimi Kursu” 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 12 Ekim 2016.

VIII- Diğer Bilgiler

Sert H, Doğan SG, Çetinkaya S, Pelin M, **Seven A**. Enfeksiyon servisinde yatan hastaların sağlık durumları ve bakım verenlerin bilgi gereksinimleri: Pilot Çalışma, 19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Poster Bildiri Ödülü, Antalya, 11- 15 Ekim 2017.