

<b>Nurhan DAMAK</b>	<b>BIRUNI ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ</b>	<b>YÜKSEK LİSANS TEZİ</b>	<b>2020</b>
-------------------------	--	---------------------------	-------------



T.C.  
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

HEMŞİRELERİN İYİ ÖLÜME YÖNELİK ALGILARI VE  
PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Nurhan DAMAK

DANIŞMAN  
Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR

OCAK, 2020

**BİRÜNİ**  
**ÜNİVERSİTESİ**  
*“Bilimin Geleceği”*

**T.C.**  
**BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN İYİ ÖLÜME YÖNELİK ALGILARI VE**  
**PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ**

Nurhan DAMAK

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR**

**OCAK, 2020**

Tarih: 14 / 01 / 2020

Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Program : Hemşirelik  
Öğrencinin:  
Adı ve Soyadı : Nurihan DAMAK  
Öğrenci No : 160808016  
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Nurihan DAMAK tarafından hazırlanan "Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Algıları ve Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri" adlı tez çalışması jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 14/01/2020

Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR	Biruni Üniversitesi	
Doç. Dr. Selda ÇELİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe YILDIZ	Biruni Üniversitesi	

Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Leman ŞENTURAN  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

## BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Nurhan DAMAK

İmza



## TEŞEKKÜR

Biruni Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitimi sürecinde fikir, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım değerli hocalarım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Azime KARAKOÇ KUMSAR' a, çalışma için izin veren İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve tezimin hazırlanması sürecinde yol gösterici ve desteklerini her zaman hissettiğim, tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına özellikle beyin cerrahisi yoğun bakım ekibime, bu noktaya gelene kadar her daim beni destekleyen aileme ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Nurhan DAMAK

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK	
ONAY SAYFASI	
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
SİMGE/SEMBOL ve KISALTMALAR LİSTESİ .....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
TÜRKÇE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELEr.....	ix
İNGİLİZCE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELEr.....	x
1.GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Palyatif Bakım .....	3
2.1.1.Palyatif bakım tarihçe ve tanımı .....	3
2.1.2.Palyatif bakımın kapsamı ve amacı .....	4
2.1.3. Palyatif bakım ekibi .....	7
2.1.4.Palyatif bakım hemşireliği .....	7
2.1.5. Palyatif bakımda yaşam sonu semptomları .....	9
2.2. Palyatif Bakım Uygulanmasında Engeller Ve Etik Sorunlar .....	9
2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Palyatif Bakım.....	11
2.3.1.Dünya’da palyatif bakım .....	11
2.3.2. Türkiye’deki durum .....	13
2.4. İyi Ölüm Kavramı Ve Yaşam Sonu Bakımı.....	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	17
3.3.1. Örneklem hacminin belirlenmesi.....	17
3.4. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	18
3.4.1.Araştırmaya alınma kriterleri.....	18
3.4.2.Araştırmadan dışlanma kriterleri .....	19
3.5. Veri Toplama Araçları.....	19

3.5.1. Tanıtım formu (Ek 1).....	19
3.5.2. Palyatif bakım bilgi testi (Ek 2).....	19
3.5.3. İyi ölüm ölçeği (Ek 3).....	19
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	20
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	20
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları .....	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	22
4.2. Hemşirelerin Palyatif Bilgi Testi ve İyi Ölüm Ölçeği Puan Ortalamaları ve Aralarındaki İlişkinin Karşılaştırılması .....	29
4.3. Tanımlayıcı Özellikler ile PBBT ve İÖÖ' den Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
5.TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER .....	43
5.1. Tartışma.....	43
5.2.Sonuç ve Öneriler .....	51
6. KAYNAKÇA .....	53
8. EKLER.....	64
Ek 1: Gönüllü Olur Formu .....	64
Ek 2.Demografik Özellikler .....	65
Ek 3. Palyatif Bakım Bilgi Testi .....	69
Ek 4. İyi Ölüm Ölçeği .....	72
Ek 5. Etik Kurul Formu .....	73
EK 6. Kurum İzni .....	74
Ek 7. Ölçek İzin Formu .....	75
8. ÖZGEÇMİŞ .....	76
9.İNTİHAL RAPORU .....	78



**SİMGE/SEMBOL ve KISALTMALAR LİSTESİ**

AIDS	:Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ANA	:Amerikan Hemşireler Birliği
ASCO	:American Society of Clinical Oncology
ASCO	:Klinik Onkoloji Topluluğu
DSÖ, WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
FATCOD	:Ölmekte olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği
HIV	:Human Immunodeficiency Virus
IOELC	:Uluslararası Yaşam Sonu Bakım Gözlemevi
İÖÖ	:İyi Ölüm Ölçeği
MECC	:Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu
MHRS	:Merkezi Hekim Randevu Sistemi
PBBT	:Palyatif Bakım Bilgi Testi
PBM	:Palyatif Bakım Merkezi
PCQN	:Palyatif Bakım Hemşire Bilgi Testi
TDK	:Türk Dil Kurumu
WPCA	:Dünya Palyatif Bakım Birliği
WPCA	:Dünya Palyatif Bakım Kurulu

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo No:</b>	<b>Tablo Adı:</b>	<b>Sayfa No:</b>
Tablo 4.1.	Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=237) .....	22
Tablo 4.2.	Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı (N=237) .....	23
Tablo 4.3.	Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=237) ..	24
Tablo 4.4.	Hemşirelerin Palyatif Bakımla İlgili Kendilerine Verilerin Bilgileri Uygun Bulma Durumlarının Dağılımı (N=237) .....	27
Tablo 4.5.	Hemşirelerin Ölüm Tanımlarının Dağılımı (N=174) .....	27
Tablo 4.6.	Hemşirelerin Palyatif Bilgi Testi (PBT) Puanlarının Dağılımı (N=237)..	29
Tablo 4.7.	Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) Puanlarının Dağılımı (N=237) .....	30
Tablo 4.8.	Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi İle İyi Ölüm Ölçeği Puanlarının Korelasyon Değerlendirmesi.....	30
Tablo 4.9.	Hemşirelerin Demografik Özelliklere Göre Palyatif Bilgi Testi (PBBT) Ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) Puanlarının Dağılımı .....	32
Tablo 4.10.	Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Palyatif Bilgi Testi Ve İyi Ölüm Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi.....	35
Tablo 4.11.	Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili verilen bilgileri uygun bulma durumlarına göre Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) Puanlarının Dağılımı .....	40

## TÜRKÇE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER

Damak, N. (2019). Hemşirelerin iyi ölüme yönelik algıları ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Araştırma, hemşirelerinin iyi ölüme yönelik algıları ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel özellikteki bu araştırma; Şubat 2018 - Ağustos 2018 tarihleri arasında, İstanbul Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 237 hemşire ile yürütüldü. Veriler Tanıtım Formu, Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde; IBM SPSS Statistics 23 programı, Shapiro Wilks testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi, Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanıldı.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 30,15 yıl olup; çoğunluğunun kadın (%78,5), lisans mezunu (%70) ve çalışma yılı ortalamasının 7,5 yıl olduğu belirlendi. Hemşirelerin %83,1'inin palyatif bakım hakkında bilgisi olduğu ve %66'sının bu bilgileri lisans eğitimi sırasında aldıkları saptandı. Palyatif bakımın sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olmasını doğru bulmayan hemşirelerin PBBT puanları, doğru bulanlardan yüksek saptandı. Hemşirelerin %33,3'ü ölümü "yaşamın sona ermesi" olarak tanımladı. Kadınların İÖÖ puanları, erkeklere oranla daha yüksek düzeyde belirlendi. Yüksek lisans mezunlarının ve 3 yıl ve üzeri çalışanların İÖÖ puanları, diğer öğrenim düzeylerinden ve 3 yıldan az çalışanlardan yüksek olarak saptandı. Sonuç olarak; hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin orta ve iyi ölüme yönelik algılarının yüksek olduğu belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Ölüm, Palyatif bakım

## İNGİLİZCE ÖZET ve ANAHTAR KELİMELER

Nurhan, D. (2019), Nurses' perceptions of good death and levels of knowledge about palliative care. Master Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, Istanbul.

This study was conducted to determine the nurses' perceptions of good death and their knowledge about palliative care and was planned with quantitative, descriptive and cross-sectional features. Research data were collected by questionnaire technique. Between February 2018 and August 2018, 237 nurses working actively in Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital affiliated to Istanbul Public Hospitals Union were included in the study. IBM SPSS Statistics 23 program, Shapiro Wilks test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Bonferroni Corrected Mann Whitney U test, Spearman Rho Correlation Analysis was used. The mean age of the nurses participating in the study was 30.15; The majority of women (78.5%), undergraduate graduates (70%) and the average working year was determined to be 7.5 years. It was found that 83.1% of the nurses had this information during their undergraduate education. The PBBT scores of the nurses who did not find palliative care to be a service only for cancer patients were found to be higher than those who were correct. 33.3% of the nurses defined death as a the end of life. İÖÖ scores of female were higher than men. It is determined that the scores of MSc graduates and those who work 3 years or more are higher than the other education levels and those who work less than 3 years. It affects the level of education, the year of study, the unit studied, the knowledge of palliative care and the level of knowledge of palliative care, but it affects the attitudes of nurses towards death. In the study, it was determined that the nurses' knowledge of palliative care was moderate and their perceptions of good death were high.

**Keywords:** Death, Nurse, Palliative care

# 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakımı, “yaşamı tehdit eden hastalığa sahip hasta ve ailesinin, tanı almadan ölüme kadar olan süreçte yaşam kalitesini artırmaya yönelik ağrı ve diğer semptomların erken teşhis ve tedavisi ve psikososyal ve spiritüel desteğin sağlanmasıdır” olarak tanımlamıştır. Çocuklarda ise, “çocuğun beden, zihin ve ruhunun bütüncül bakımı ve aileye destek verilmesi” şeklinde tanımlamaktadır (<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi: 11.11.2019).

Palyatif bakımda amaç; yaşamının son günlerinde hasta için rahat ve iyi bir ölüm gerçekleşmesini ve bu süreçte aktif olarak yaşamasına yardımcı olmak, aileye yas sürecinde ihtiyaçlarına yönelik danışmanlık hizmeti verilmesini sağlamaktır (Uslu ve Terzioğlu, 2015; Elçigil, 2012).

Dünya’da 40 milyon insan palyatif bakıma muhtaç durumda, ancak palyatif bakıma ihtiyaç duyanların sadece %14’ü bu hizmeti alabilmektedir (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.>, Erişim tarihi: 11.11.2019). Literatürde, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte kronik hastalıklarda yaşanan artış ile birlikte 2020’de kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, kronik solunum yolu hastalıkları, solunum enfeksiyonları ve akciğer kanserlerinin ilk sıralarda olacağı, bu süreçte 6 milyon insanın kanserden öleceği ve 15 milyon yeni kanser vakası görüleceği belirtilmektedir (Şen, 2016). Tıp alanındaki ilerlemeler hayatta kalma süresini uzatırken yaşam-ölüm sürecini geciktirmektedir. Kanser insidansı ve yaşam süresindeki artış palyatif bakıma olan ihtiyacı da arttırmaktadır (İnci ve Öz, 2012). Hastalığa yönelik tedavi seçeneklerinin artması ya da yapılacak bir işlemin kalmaması, terminal dönemdeki hastaya kaliteli bakımın verilmesi konusunda probleme neden olabilmektedir. Problemlerin azaltılması, ortadan kaldırılabilmesi ve hastalara kaliteli bir yaşam sunulması için palyatif bakım hizmeti gerekmektedir ([https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.](https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/), Erişim: 11.11.2019).

Terminal dönemdeki ve ölmekte olan hastaya ve ailesine bakım vermek sağlık profesyonellerinin uzmanlık alanlarından biridir ve hastayla en çok vakit geçiren hemşireler olduğundan en önemli rol hemşirelerindir ve sunacakları bakım onların iyi ölüme yönelik tutumlarından etkilenmektedir (Aksu ve Fadiloğlu, 2012).

Sağlık profesyonelleri için yaşam sonu bakım hizmeti vermek duygusal olarak acı veren, üzücü bir durumdur ve bakım verdikleri hastalarının ölüm sürecinde korku, endişe, yetersizlik, suçluluk, depresyon, başarısızlık ve çaresizlik gibi duygular yaşayabilmektedirler (Biol, 2004; Ay ve Gençtürk, 2013). Palyatif bakım ekip üyelerin başında gelen hemşirelerden, ölüm öncesi ve ölüm sonrası yas sürecinde hastanın ailesine destek olması, psikososyal açıdan iyilik hallerini sürdürmelerine yardım etmesi beklenmektedir (Aksu ve Fadiloğlu, 2012).

Günümüzde, palyatif bakımla ilgili hemşirelik eğitim programlarının ve uzmanlık alanlarının yetersiz oluşu, hastayla en çok vakit geçiren ve bakım hizmeti veren sağlık profesyoneli hemşireler oldukları için hemşirelerin iyi ölüme yönelik algılarını ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek ve ihtiyaç doğrultusunda bilgi ve beceriyi geliştirmek oldukça önem kazanmaktadır. Bu bağlamda araştırma; hemşirelerinin iyi ölüme yönelik algıları ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Palyatif Bakım

#### 2.1.1.Palyatif bakım tarihçe ve tanımı

Latince kökenli “Palliate (Palliare)” koruyucu, örten anlamında olup “Palliative” ise, İngilizce “hafifletici, tam iyileştirme olmaksızın daha az kötü duruma getirme” anlamına gelmektedir. Türk Dil Kurumuna (TDK) göre ise; “palyatif” hastalıkların belirtilerinin iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler, rahatlatıcı, geçici olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/?kelime=PALYAT%C4%B0F> ., Erişim tarihi: 11.11.2019). Palyatif bakım ilk zamanlardan günümüze kadar “hospis bakım”, “sürekli bakım”, “yaşam sonu bakım”, “destek bakım” gibi terimlerle beraber kullanılmıştır. Ancak, hiç biri palyatif bakımı tam olarak ifade edememektedir (Seven, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü, ilk tanımlamada küratif bakım ve palyatif bakımı iki farklı bakım olarak ifade etmekte, bireyin hastalığının tedavisinin olmadığına karar verildiğinde palyatif bakım verilmeye başlanmasını önermektedir (Ünal ve Zenciroğlu, 2016). 2002’ de DSÖ tarafından palyatif bakım yeniden tanımlanarak 2004 yılında Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi yayınlanmıştır (Kabalak ve Ark, 2013). Bu tanımda palyatif bakımı, “hastaların ve ailelerin yaşamını tehdit eden durumlarla birlikte, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel semptomları erken dönemde tespit edip değerlendirerek ve tedavi ederek yaşam kalitesini artıran bir yaklaşım” olarak ele almaktadır (World Health Organization, 2002; Elçigil, 2012; Eskigülek, 2018). Amerikan Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology-ASCO) kanser hastalarında palyatif bakımı, hasta ve ailesi için acı ve zorluk verici, yaşam kalitesini etkileyecek durumlara yönelik iyileştirmelerin verilen sağlık hizmetine entegre edilmesi olarak tanımlamaktadır (Kömürcü ve Erkişi, 2004).

DSÖ’ nün palyatif bakım tanımını 2003 yılında kurulan Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA); “Palyatif bakım hem kronik hastalıklar hem de ölümcül hastalıklar için bir ihtiyaçtır” olarak yeniden tanımlamıştır

(Temelli, 2018). Palyatif bakım hizmetinin ilk kez 1960'lı yıllarda İngiltere'de hemşire Cicely Saunders 'ın kurduğu "St. Christopher's Hospice" ile başlamıştır (Bağçivan, 2018). Dünyadaki ilk palyatif bakım ünitesi 1975 Montreal (Kanada) 'da, Almanya'da 1983 yılında kurulmuştur. 1990'dan itibaren 34 palyatif bakım ünitesi kurulmuş ve gelişmeye devam etmektedir (Klaschik and Nauck, 1998).

Yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik uygulanan bir bakım olan palyatif bakımda tanı ve prognoza göre değil hastanın gereksinimine yönelik bakım önerilmektedir. Önerilen palyatif bakım aşağıdaki gibi üç farklı düzeyde sunulmaktadır;

*Palyatif bakım yaklaşımı:* Gerekli eğitimler verilerek tüm sağlık profesyonelleri tarafından sunulan yaklaşımdır.

*Genel palyatif bakım:* Kritik hastalığı olan bireyleri tedavi eden birinci basamak sağlık personeli tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile sunulan bakımdır.

*Uzman palyatif bakım:* Komplike hastalara uzman ekip tarafından verilen hizmettir. Palyatif bakım hastanın evinde, hastanede, herhangi bir bakım merkezinde veya ayaktan tedavi ile verilebilmektedir (Temelli, 2018; Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

### **2.1.2.Palyatif bakımın kapsamı ve amacı**

Her yıl dünyada 40 milyon hastanın palyatif bakıma ihtiyaç duymakta ve bu hastaların %39'unda kardiyovasküler hastalık, %34'ünde kanser, %10'unda kronik akciğer hastalığı, %6'sında Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS) ve %5'inde diyabet bulunmaktadır (Arıkan Dirimen, 2016). Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) tarafından palyatif bakım gerektiren tıbbi durumlar; kanser, HIV/AIDS, motor nöron hastalıkları, müsküler distrofi, multiple skleroz ve son evre demans olarak sıralanmış, sonrasında bazı uzmanlar beyin ve spinal kord yaralanmaları, inme, karaciğer ve böbrek yetmezliği, Alzheimer hastalığını da eklemiştir (Pastrana et al., 2008; Turgay, 2010; Utlu, 2015). Yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenen kitle; ilerleyici kanser hastalarında spesifik



tedaviye yanıt vermeyenler, komplike semptomları olan ve sınırlı yaşam süresi olanlar, hastalık süresince bakım ve destek gereksinimi olan hastalardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2009). Palyatif bakıma hastalığın ilk evrelerinde başlanması, semptom yönetimi ve desteğe ulaşabilmesi, palyatife geçiş sürecinin kolaylaşması açısından önemlidir (WHO, 2004). Palyatif bakım hizmeti tecrübeli ve eğitilmiş sağlık profesyonelleri ve gönüllü çalışanların oluşturduğu bir ekip ile birlikte multidisipliner bir anlayışla verilmektedir. (Eskigölek, 2018).

Palyatif bakımda amaç; tanı anından ölüme kadar hastalığın tedavisi değil hastalığın neden olduğu zorlayıcı semptomların önlenmesine yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin birlikte kullanılarak, hastanın son anına kadar kaliteli yaşamasını sağlamak ve iyi bir ölüme hazırlamaktır (Kabalak ve Ark, 2013; Akyüz, 2014). Palyatif bakım ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır;

- Yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip bireylere kurumlarda verilen destek ve bakım hizmetini kapsamaktadır.
- Ölümün yaşamın doğal bir parçası kabul eder. Ölümü hızlandırmak ya da yavaşlatmak gibi bir amacı yoktur. Hastaya tanı konulması ile başlayan, ölüme kadar küratif tedavi ile birlikte devam eden, yas sürecinde aileyi destekleyen bir bakımı içermektedir (Utlü, 2015).
- Bakımın amacı fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel yönleri destekleyerek yaşam kalitesini güçlendirmek ve bütüncül bir yaklaşımla hizmet vermektir.
- Multidisipliner ve interdisipliner bir ekiple bakım verilmesi, hastaların ve ailelerin gereksinimlerinin karşılanmasında önemlidir (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim tarihi: 03.11.2019).

## DSÖ' ye göre çocuklarda palyatif bakım ilkeleri;

- Çocuklara yönelik palyatif bakım, çocuğun bedeninin, zihninin ve ruhunun toplam bakımındır ve ayrıca aileye destek vermeyi de içerir.
- Hastalık teşhisi konduğunda başlar ve çocuğun hastalığa yönelik tedavi görüp görmediğinden bağımsız olarak devam eder.
- Sağlık profesyonelleri, çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal sıkıntılarını iyi gözlemleyerek değerlendirmeli ve hafifletmelidir.
- Etkili palyatif bakım, aileyi içeren geniş bir multidisipliner yaklaşımı gerektirir ve mevcut toplum kaynaklarını kullanır; kaynaklar sınırlı olsa bile başarıyla uygulanabilir olmalıdır.
- Üçüncül bakım tesislerinde, toplum sağlık merkezlerinde ve hatta çocukların evlerinde sağlanabilmelidir.  
(<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>., Erişim tarihi: 03.11.2019).

Etkin bir şekilde bakım verebilmek için disiplinler arası işbirliğine dayalı modellerin ortak amacı; kültürel değerleri temel alan, hasta ve ailesine uygun fiziksel, psikososyal ve spiritüel desteği sağlamaktır (Bahar ve Ark, 2019; Worldwide Palliative Care Alliance, 2014). Palyatif Bakım modelleri üç başlık altında incelenmektedir:

**Hastane temelli palyatif bakım:** Hastanelerdeki hasta klinikleri, tanıya ve hastaya özgü semptomları olan ve farklı disiplinlerle birlikte çalışmayı gerektiren kanser hastaları için yeterli olmayabilmektedir (Aydoğan ve Uygun, 2011). Bu model ile ağrı ve diğer semptomlarla mücadele eden, temel ihtiyaçlarını karşılayamayan yüksek riskli komplike hastaların bakım kalitesinin yükseltilmesi ve maliyetin azalması sağlanmaktadır (Center to Advance Palliative Care, 2012).

**Ev temelli palyatif bakım:** Evde palyatif bakımda amaç, hastanede verilebilecek bakımın ev ortamında ve evdeki imkanlarla verilmesidir. Bu model de ihtiyaç duyulursa semptom kontrolü ve yaşam sonu bakıma yönelik hastane temelli palyatif bakım ünitelerinden destek alınabilmektedir (WHO, 2007).

**Toplum temelli palyatif bakım:** Ayaktan tedavi olabilecek hastalara yönelik klinikler olup düşük maliyetle hizmet sağladığı için günümüzde daha fazla tercih edilmektedir. Bu kliniklerde semptom yönetimi, hastaların beslenmesi, birey ve yakınlarının duygusal açıdan desteklenmesi gibi birçok hizmet birlikte verilebilmekte, kişiler bakım verme ile ilgili eğitilmektedir (Özkaya, 2018; Wiencek and Coyne, 2014).

### ***2.1.3. Palyatif bakım ekibi***

**Palyatif bakım ekibi;** doktor (onkolog, anestezi uzmanı, dahiliye ve cerrahi uzmanı gibi), diyetisyen, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, terapist, din adamı, eczacı, gönüllüler, sivil toplum kuruluşları, psikolog ya da psikiyatrist ve ihtiyaç duyulan uzmanlık alanından bir doktordan oluşmaktadır (Kabalak ve Ark, 2013).

İdeal palyatif bakım için; nitelikli bir palyatif bakım ekibine gereksinim olduğu, palyatif bakımın ayrı bir klinik olarak hizmet vermesi, eğitimli bir ekibin gerektiği bu alanda çalışanların psikolojik destek alması önemli olduğu bilinmektedir (Temelli, 2018).

### ***2.1.4. Palyatif bakım hemşireliği***

Hastalık ve ölüm sürecindeki hastaya ve yakınlarına bakım vermek sağlık profesyonellerinin uzmanlık alanlarından biridir ve hasta ile en çok vakit geçiren hemşireler olduğundan en önemli sorumluluk hemşirelerindir (Aksu ve Fadılıoğlu, 2012; Kahveci ve Gökçinar, 2014). Hemşireler, hastaların tanı anından, ölüm ve ölümden sonra yas sürecine kadar palyatif bakımın tüm aşamalarında aktif olarak yer almaktadır (Lynch et al, 2011). Her hastanın yaşı, etnik kökeni, dili ve dini, tanısı, ve ekonomik durumunu gözlemlesiz gereksinimlerine yönelik nitelikli bir bakım alma ve huzurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptir. (Moore, 2005; Taylor and Box, 1999).

Palyatif bakım hemşireliğinin amacı; hasta ve ailesinin, ölüm sonrası ailenin yaşam kalitesini artırmak ve her bireyin kendine has olduğunun farkında olarak, dürüst

ve saygıya dayalı bir iletişim kurarak hasta ve ailesinin güvenlerini kazanmaktır. Hastanın umudunu sürdürmesine desteklemeli, otonomisini kaybetmemesini sağlamalıdır (Elçigil, 2012). Hemşireler, semptom yönetimi, iletişim ve hasta / aile karar alma, disiplinler arası ekibin bir parçası olarak hasta aileleriyle iletişim kurma becerileri ve bu süreçteki temel rollerini disiplinler arası kritik bakım ekibi içinde tanımlamalı ve bu rollerini gerçekleştirebileceği palyatif bakım hizmetini iyileştirmeye yardımcı olmalıdır. Palyatif bakım hemşiresi, karmaşık ve hayatı tehdit eden hastalık bağlamında hastaların ve ailelerin iletişimini ve diğer ihtiyaçlarını ele almak için palyatif bakıma özgü eğitim almalıdır (Nelson et al., 2011). Çünkü uzun süreli bakım , tıpkı rehabilitasyon gibi, yaşlı ve engelli nüfusta semptom yönetimi ve bakım koordinasyonunda uzmanlık gerektirmektedir (Wiencek and Coyne, 2014).

Yaşam kalitesinin araştırılması, bilinçli karar verme, bakım uygulamalarının hedefleri ve aile ile işbirliği yapmak için uzman iletişim becerilerine sahip olmalı, hasta, aile ve sağlık profesyonelleri için ölüm süreci ile ilgili eğitim açısından organize bir bakım planı yaparak hareket etmelidir. Hastalık süresince hastaya ve aileye psikososyal ve duygusal destek sağlamalı, bu yolculukta hastaya varlığını hissettirerek güven vermeli, hasta ve ailesini bakıma katılması için desteklemeli, hasta ve ailesi tarafından belirlenen bakımın kültürel ve manevi boyutlarını belirlemeli, her hasta ve aile için yaşam kalitesinin çok boyutlu yönlerini karşılamak için disiplinler arası ekip üyeleriyle işbirliği yapmalıdır (Wiencek and Coyne, 2014 ; Wittenberg-Lyles et al., 2014). Hasta ve ailesine çekinmeden soru sorabilecekleri rahatlık ve imkan sağlanmalı ve hastalık ve süreç hakkındaki bilgi anlayacakları bir dille açıklanmalı ve yanlış anlamalar düzeltilmelidir (Baryluk, 2002; Ahmedzai, 2004). Hasta birey ve ailenin haklarını korumalı ve faydası olmayacak işlemlerin yapılmasına izin vermemeli, yasal konularda aileyi bilgilendirmeli, hasta ve ailesini bakıma katılması için desteklemeli, hastanın kalan yaşamını en kaliteli şekilde geçirmesi için güçlendirmelidir (Baryluk, 2002). Hastanın kendisi, ailesi ve çevresiyle pozitif ve güçlü ilişkiler kurmasına, umudunu sürdürmesine yardımcı olmalı, otonomi duygusunu kaybetmesine izin vermemelidir (Sevim ve ark., 2016).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA), bakımın kalite ölçüsünü “Tüm hasta bakım ve tedavi süreçlerinde hastaya verilecek en iyi hemşirelik bakımında hastanın gereksinim ve beklentilerinin tam olarak karşılanmasını sağlayan aktiviteler” olarak tanımlamaktadır (Çevik ve Eşer, 2014; Aydoğan ve Uygun, 2011). Hemşireler kaliteli

bir bakım ile hem maliyet düşüklüğü sağlayıp hem de hastanede kalış süresi ve sayısını azaltabilmektedir (Karadağ ve Uçan, 2012; Akyüz, 2014). Palyatif bakım hemşiresi, bakım ile ilgili tüm araştırmaları ve güncel gelişmeleri sürekli takip ederek kendini geliştirmeli ve deneyimlerini arttırmalı ve sahip olduğu donanımı hasta bakımına yansıtabilmelidir (Kurşun ve Kanan, 2012).

### **2.1.5. Palyatif bakımda yaşam sonu semptomları**

Hastalığın kliniği ilerledikçe bireyin acı çekmesine neden olan bulgular yaşamını daha da kısıtlanarak otonominin bireyde değil hastalığı taşıdığı vücudunda olduğu duygusuna yol açmaktadır (Eskigülek, 2018). Hasta ve ailesi için tükenmişliğe yol açabilen olan bu süreçte hastanın kişiliğini, saygınlığını ve otonomisini artırmayı amaçlayan, hasta merkezli hemşirelik bakımı oldukça önemlidir (Kirkpatrick et al., 2017; Çevik, 2010). Hastanın bu uzun dönemde yaşayacağı sıkıntı verici semptomlar; ağrı, ajitasyon, anksiyete, iştahsızlık kaşeksi, ağız kuruluğu, kötü tat, ağızda yara, aft, disfaji, asit, vücut ödemi, dispepsi, hıçkırık, kabızlık, ishal, bulantı, kusma, tremor, bayılma, zayıflık, dehidratasyon, barsak problemleri, ciltte yaralar, uyku bozukluğu, halüsinasyon, unutkanlık, konfüzyon, deliryum, depresyon, dispne, öksürük, sekresyon, halsizlik, korku, öfke, yas tutma, hareket kısıtlılığı, baş dönmesi, kaşıntı, reflü, inkontinans gibi birçok fiziksel, psikolojik, spiritüel ve bilişsel bulguları içermektedir (Kabalak ve Ark., 2013). Bu semptomların yönetiminde, kanıta dayalı bilgi ve becerilerin kullanılması ve güncel bilgilerin takip edilerek rehber kabul edilmesi gerekmektedir (Doyle and Woodruff, 2008; Reville et al., 2009).

## **2.2. Palyatif Bakım Uygulanmasında Engeller Ve Etik Sorunlar**

DSÖ, palyatif bakımla ilgili eksiklikleri, palyatif bakım ihtiyacı olanların %86'sının bu hizmete ulaşamaması, dünya nüfusunun %83'ünün ağrı semptomuna yönelik girişimlerden mahrum kalması, bakım alması gereken çocukların %98'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaları olarak tanımlamaktadır. ([https://www.who.int/ncds/management/palliativecare/Infographic\\_palliative\\_care\\_EN\\_final.pdf?ua=1](https://www.who.int/ncds/management/palliativecare/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf?ua=1), Erişim tarihi: 11.10.2019). DSÖ, palyatif bakıma ulaşımındaki engelleri; palyatif bakıma dair halkın ilgisizliği; ölümle ilişkili kültürel ve dini normlar, sağlık profesyonellerinin bilgi yetersizliği, deneyim ve kapasitelerinin

eksikliği ve opioidler ile ilgili yasal düzenlemelerin eksikliği olarak ifade etmektedir (Arıkan Dirimen, 2016).

Ülkemizde palyatif bakım yalnız kanser hastalarına verilen bir hizmet gibi görülmekte ancak birçok hastalığı kapsamakta ve her yaş gurubundan hastaya sunulmaktadır (Demir, 2016). Hem toplum hem de sağlık profesyonellerinin palyatif bakıma yeterli önemi göstermemesi, profesyonel bir palyatif bakım ekibinin ve eğitiminin olmayışı ve yasal ve etik düzenlemelerin eksikliği, hemşirelerin bazen palyatif bakım hastalarına başka klinikte yatan hastalarla birlikte ilgilenmek zorunda kalması, çok sayıda hastayla ilgilenmeye çalışarak iş yükünün iyice artması nedeniyle gelişmemiştir. Bu durum, uzun vadeli yatak işgaline ve tedavi edilebilecek hastalara ulaşımında yetersizliğe, çalışanların gücünü ve tıbbi imkanları verimli bir şekilde kullanamamasına yol açmaktadır ( Turgay, 2010; Kabalak ve Ark., 2012; Uzelli Yılmaz ve ark., 2017). Sağlık profesyonellerinin terminal dönemdeki hastanın bakımı hakkında öğrenim ve meslek hayatında yeterli eğitim almaması, tıbbi tedavi ve destek bakımını birbirinden bağımsız düşünmesi, semptomları zamanında tespit edememesi, bakımın yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik planlanmaması, hasta ve aileleriyle yaşanan iletişimsizlik, iş yükünün ve çalışma saatlerinin fazla oluşu, imkânların yetersizliği (Kömürcü, 2010; Turgay, 2010).

Hastaların çevresini düşünüp yaşadığı semptomlarla ilgili sağlık profesyonellerine bilgi vermeyip çektiği zorluklara sabretmesi, iyi bir anamnez öyküsü vermemesi, hasta ve ailesinin ilaç kullanımına karşı olan tutumları, ölüm hakkında konuşmak istememeleri, özel reçeteli ilaçlara ulaşılabilirliğin zor olması, ilaç çeşitliliğinin az olması bu hizmetin sürdürülmesinde sorunlara yol açmaktadır (Eskigölek, 2018). Palyatif bakım üniteleri etik ikilemlerin sürekli yaşandığı yerler olduğundan böyle bir durumda, hastane etik kurulundan danışmanlık talep edilmesi gerekmektedir (Büken, 2011; Demir, 2016). Hastaların kendi sağlık bakım kararlarını verebilmeleri, tedaviyi kabul edebilmelerini veya reddedebilmelerini ve ilerleyen süreçte güçsüz kalmaları durumunda gelecekteki bakım tercihlerini iletebilmelerini sağlamak gerekmektedir (McCabe and Coyle, 2014). Ölümcül bir hasta için DNR (do not resusitaion) istenmemesi sağlık ekibi için etik çatışmalara yol açmaktadır, çünkü bu kişilerde CPR neredeyse hiç başarılı değildir. Hasta ve ailesi DNR' nin “Bakım Vermeyin” anlamına geldiğini düşünerek ve DNR kararından sonra hastaya artık

yaşaması için çaba gösterilmeyeceği veya bakım da dahil diğer tüm müdahalelerin durdurulacağını düşünerek korkabilmektedir. Hassas bir iletişim kurarak bu endişeler giderilerek hastanın değerleri ile uyumlu kararlar alınması mümkün olmaktadır (Lo, 2005). Etik bakım, her hemşirenin yükümlülüğüdür. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), “Hemşirelerin dört temel sorumluluğu vardır: sağlığı teşvik etmek, hastalıkları önlemek, sağlığı düzeltmek ve acıyı hafifletmek. Bu sorumlulukları doğru bir şekilde yerine getirmek için dört etik davranış normu vardır; bakım, klinik uygulama, profesyonellik ve meslektaşlar.” (Kinlaw, 2005). Ülkemizde, yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çoğu yaşam sonu bakım ile ilgili etik kararların alınması sürecine katılmamaktadır (Badır ve ark., 2016).

### **2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Palyatif Bakım**

#### **2.3.1. Dünya’da palyatif bakım**

Palyatif bakımın temelini hospisler oluşturmaktadır. İlk hospisler misafir evi, yolcuların veya göç edenlerin dinlenme yeriyken savaş dönemlerinde zamanla tıbbi bakım ve barınak olarak hizmet veren yerler haline gelmiştir (Seven, 2015). Jeanne Garnier 1842 Fransa’da terminal dönem bireylere bakım vermek amacıyla hospis olarak bir kurum açılmış, 1967 yılında ise Londra’da ölmek üzere olan hastaların semptom yönetiminin yapıldığı “St.Christopher” hospisi ile palyatif bakım süreci başlamıştır (Özkan, 2011). İlk palyatif bakım kliniği 1975’de Kanada Montreal de Royal Victoria Hastanesi’nde açılmış, 1990’larda hospisler palyatif bakımın bir parçası haline gelmiş, gelişmiş ülkelerde hızlı ilerlemeler kaydedilmiştir (Klaschik and Nauck, 1998; Utlı, 2015; Seven, 2015). İskandinav ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde hızlı bir şekilde gelişim göstermiştir (Benli ve Ark., 2016). Amerikan Tıp Derneği, Amerika Ulusal Kanseri Enstitüsü ve bazı kuruluşların desteği ile 1997 yılında sağlık profesyonellerine palyatif bakım eğitimi amacı ile “Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Projesi” yayınlanmıştır. Proje kapsamında 16 ülkede eğitim alan binlerce kişinin olduğu belirtilmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2011). 1999’da İngiltere’de 400 toplumsal, 209 hastane temelli, 236 palyatif bakım merkezi ve destek ekibinin var olduğu bilinmektedir (Kaya, 2015).

Avrupa’da palyatif bakım her geçen gün yaygınlaşmakla birlikte palyatif bakım, Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Palyatif bakımın gelişimi ülkelere göre farklılık göstermekte, gelişmekte olan ülkelerde daha çok yapılanma aşamasındadır. Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC) Avrupa’da Palyatif Bakımın Geliştirilmesine İlişkin Görev Gücü, Profesör Carlos Centeno'nun önderliğinde 2003 yılında başladı ve palyatif bakımın ülkeler ve bölgelerdeki ilerlemesini belgeleme gündemine önemli ölçüde katkıda bulundu (Centeno et al., 2007).

Farklı semptomların tedavileri için rehberler oluşturulmuş, Amerika Tıp Birliği doktor ve hemşireler için palyatif bakım konusunda terminal dönemde görülen semptomların kontrolü ile ilgili standart bir eğitim programı düzenlenmiştir. (TBMM, 2010). Avrupa’da ise Avrupa Palyatif Bakım Birliği, Palyatif Bakım Hemşireliği Eğitim Rehberi (The European Association for Palliative Care, 2004) ve Tıp Eğitiminde Palyatif Bakım Eğitimi Geliştirme Rehberleri (The European Association for Palliative Care, 2013) oluşturulup üniversitelerde palyatif bakım eğitimi üzerinde durulması gereken konular belirlenmiştir (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Eğitimi Projesi, sertifika programı ve eğitim modüllerinden oluşan uzaktan eğitim programı ile 17 yıldır eğitim verilmektedir (Education in Palliative and End of Life Care, 2014).

Kıbrıs, İsrail, Ürdün gibi Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu’ una üye ülkelerin sağlık profesyonellerine yönelik lisans ve lisansüstü eğitim programları bulunmaktadır. 2004 yılından itibaren Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu kendi sağlık sistemlerinde palyatif bakım eğitimine ulaşımı yetersiz olan ülkelerde palyatif bakım eğitimi ve seminerler düzenlemektedir (Bingley and Clark, 2009). Uluslararası Yaşam Sonu Bakım Gözlemevi (IOELC) 2006 ve 2011 yıllarında dünyanın her ülkesinde palyatif bakımın gelişimini ölçmek ve sınıflandırmak için çalışmalar yapmıştır. 2006 yılında, dünyadaki 234 ülkenin 115'inde (% 49) bir ya da daha fazla darülaceze-palyatif bakım merkezi kuruldu; 2011 yılında ise 136'sında palyatif bakım hizmeti kurulup 2006'ya göre 21 ülkede % 9luk bir artış göstermiştir. 2006 ile 2011 arasında palyatif bakım gelişiminin bölgesel analizi en önemli kazanımlar Afrika'da elde edilmiştir Her ne kadar ulusal hükümetler ve politikacılar açısından palyatif bakıma ilgi gösterilse de, palyatif bakımın daha geniş sağlık hizmetleriyle ileri düzeyde



entegrasyonu, küresel olarak sadece 20 ülkede sağlanmıştır.2013 yılında yaptığı çalışmada ise ülkelerin %32'sinde (75 ülkede) palyatif bakım hizmetinin verilmediği; %10'ünde (23 ülke) palyatif bakım hizmetleri yapılanma aşamasında olduğu, % 39'unda (91 ülke) palyatif bakım yerel hizmetlerle verildiği ve %19'unda (45 ülke) palyatif bakımın diğer sağlık hizmetleriyle entegre bir şekilde verildiği belirtilmektedir (Lynch et al., 2013).

2007 ve 2013 yıllarındaki palyatif bakım gelişiminin en yüksek olduğu ülkeler İngiltere, Almanya, Belçika, Hollanda, İsveç, İrlanda, Avusturya, Danimarka ve Lüksemburg, en düşük ülkeler Bulgaristan, Estonya ve Litvanya olarak bulunmuştur. Estonya ve Malta, ulusal bir palyatif bakım derneği olmayan ülkelere aittir (Woitha et al, 2016).

### **2.3.2. Türkiye'deki durum**

Türkiye'de palyatif bakım konusunda eğitimli sağlık profesyonellerinin azlığı , palyatif bakım hizmetinde önemli bir yere sahip olan morfin gibi özel reçete ilaçların temininin zor ve çeşitliliğinin yetersiz olması gibi nedenlerden ötürü uzun yıllar göz ardı edilmiştir (Gültekin ve ark., 2010; Sağlık Bakanlığı 2014; TBMM, 2010). 1998 yılında medikal onkoloji uzmanı Dr. Şeref Kömürcü onkolojide palyatif bakım kavramı üzerinde durmuş ve 1999'da Türk Onkoloji Grubu Derneği bünyesinde Destek Tedaviler Çalışma Grubu kurulmuştur. Bu grup, uluslararası derneklerle iletişim ve işbirliği içerisinde palyatif bakım hizmetini yürütmekte ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi ve diğer kurum, kuruluş ve derneklerle palyatif bakımın ülkemizde gelişmesine destek vermektedirler (Tanrıverdi ve Kömürcü, 2005). Türkiye'de kapsamlı ilk yetişkin palyatif bakım servisinin Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde kurulduğu bilinmektedir (Utlu, 2015).

Ortadoğu Kanseri Konsorsiyumu (Middle East Cancer Consortium) Palyatif Bakım Raporu 2005 yılı verilerine göre, ülkemizde 7 tane palyatif bakım ünitesi olduğu ve hospis merkezi kurulma çalışmaları olduğu belirtilmektedir (Uslu ve Terzioğlu, 2015). Palyatif bakım konusunda eğitimli uzmanlar, palyatif bakım farkındalığı ve eğitimi geliştirmeyi hedeflemektedir (Bingley and Clark, 2009). 2006 yılında kanser hastalarına terminal dönemde multidisipliner bir bakım sağlamak amacıyla Palyatif Bakım Derneği kurulmuştur (Palyatif Bakım Derneği, 2009).

Onkoloji eğitimi yapılan merkezlerin çok az bir kısmında palyatif bakım eğitimi verilmektedir (Kömürcü, 2010). Ülkemizde tıp fakültesi ve uzmanlık eğitiminde çoğunlukla palyatif bakıma yer verilmeyip, bir uzmanlık alanı olarak görülmemektedir (Turgay, 2010).

Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kansere Kontrol Programının önemli bir parçası olan “Palyatif Bakım Programı Eylem Planı” 2008 yılında gerçekleştirilmiştir (Uslu, 2013). Eylem planında ülkemizin imkanları ve öncelikleri doğrultusunda; palyatif bakım modeli oluşturulması, en az üç pilot palyatif bakım merkezi kurulması; bu alanda eğitilmiş ve deneyimli ekiplerin oluşturulması; opioide kolay bir şekilde ulaşılması ve kullanılması amaçlanmıştır (Tuncer, 2009). 2010 yılında Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2, üniversitelerde 7, özel kuruluşlarda 1 toplamda 10 tane palyatif bakım merkezi vardır (Gültekin ve Ark, 2010). Yıllar geçtikçe gelişmeye devam etmiş ancak eğitilmiş, nitelikli personel eksikliği sorun hala sorun olmaktadır (Demir, 2016; Doğan, 2018). Sağlık Bakanlığı, 2010 yılında Palya-Türk projesiyle palyatif bakımı medikal bir disiplin olarak kabul etmiş ve "Evde Sağlık Hizmeti" ile ilk adım atılmıştır (Temelli, 2018). Sonrasında “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” hazırlanmış ve uzman hemşirelerin yetişmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından “Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı” başlatılmıştır ([https://khgm.saglik.gov.tr/DB/11/14129\\_palyatif-bakim-hizmet](https://khgm.saglik.gov.tr/DB/11/14129_palyatif-bakim-hizmet), Erişim tarihi:11.10.2019). Sertifika programına hemşireler, hemşirelik yetkisi olan ebeler ve sağlık memurları katılım hakkına sahiptir ve semptom kontrolü, iletişim, yaşam sonu bakım ve etik konularını içeren 35 saati teorik ve 80 saati uygulamalı derslerden oluşan bir programdır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kansere Daire Başkanlığı ve Ortadoğu Kansere Konsorsiyumu (MECC) ile birlikte hareket edilerek 2011 yılında toplam 11 palyatif bakım ve destek tedavi merkezi ve 72 adet ağrı tedavi merkezi kurulmuş ancak çoğunun çoklu disiplin anlayışına yönelik kapsamlı bir palyatif bakım hizmeti vermemektedir (Kabalak, 2017). Palyatif bakım merkezleri 09.08.2015 tarihli ve 29440 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan yönetmelik ile özellikli birimler olarak kabul edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı'ndan elde edilen verilere göre, Nisan 2016 itibari ile ülkemizde 68 ilde kamu hastaneleri bünyesinde toplam 168 yataklı palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011). Sağlık Bakanlığı'nın ülkemizdeki evde sağlık hizmetleri sonuçlarına göre; Ocak 2018' den itibaren, 86 adet Evde Sağlık Hizmetleri İl Koordinasyon Merkezi'nde 871 hekim ve 3.616 sağlık çalışanıyla birlikte 320.000 hastaya 7-24 aktif olarak hizmet sunulmaktadır (Bağçivan, 2018). T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, palyatif bakım hizmetini 2018 yılında 80 ilde 3.971 yatak ve 307 sağlık merkezi, 2019' da 81 ilde 5426 yatak ve 403 sağlık merkeziyle vermektedir (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>, Erişim tarihi: 10.09.2019).

#### **2.4. İyi Ölüm Kavramı Ve Yaşam Sonu Bakımı**

Ölüm, yaşamın en önemli olgulardan biridir ve tüm canlılar için kaçınılmaz bir gerçek olan psikolojik, fizyolojik olarak yaşamın son evredir (İnci ve Öz, 2012; Ay ve Gençtürk, 2013). Terminal dönemde de huzurlu ve saygın bir şekilde yaşamın sona ermesi hastalar için en temel ihtiyaçlardandır (Seven, 2015; Filiz ve Dikmen, 2017). Çoğu insan, yaşamlarının son aşamasında acısız iyi bir ölüm istemektedir, bu temel bir insan hakkıdır ve yaşam sonu bakım dünyada sağlık kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (<http://www.who.int/cancer/palliative/en.>, Erişim tarihi: 08.11.2019; Kabalak ve Ark., 2013).

İnsanlar her an ölümle iç içe yaşadığından, ölüme ilişkin düşünce ve tutumlar geliştirir, ancak ölüme yönelik tutumların denge ve uyumu bozuldukça kişinin kaygı düzeyi yükselip çevreye uyum sağlaması güçleşebilmektedir (İnci, 2008). Ölüm gerçeği ile yüzleşmek hasta ve ailesi kadar sağlık çalışanları için de travmatik olabilmektedir (Dağ ve Badır, 2017). Sağlık profesyonelleri ölmek üzere olan hastalarla karşılaştıklarında bazı iletişim sorunları yaşamakta, hasta bireye ve ailesine hastalığı hakkında ayrıntı bilgileri nasıl paylaşacağını bilememekte, tedavi ve klinik durumla ilgili konuşmaktan kaçınılmaktadırlar (Utlu, 2015). Hastanın bakımında yetersiz kalma ve başarısız olma korkusuyla suçluluk duygusu yaşadıklarından ötürü ölümcül hastaların olmadığı servislerde çalışmayı istemektedirler (Vural ve Ark., 1998; Koç ve Sağlam, 2008). Ama yaşam sonu bakımda başarılı olmanın kriteri hastanın uzun süre yaşamasını sağlamak değil, mümkün olduğunca kalan yaşamında

kaliteli yaşamasına ve acı çekmemesine yardımcı olmaktır (Işık, 2008). Sağlık profesyonellerinden en çok hemşireler, ölüm ve ölmek üzere olan hastalar ile sürekli bir arada bulunmaktadır (Çakırcalı, 2000). Hemşirenin ölmekte olan hasta ve ailesine bakım verirken tutum ve davranışları kültür, din, sosyal çevre, iletişim, eğitim ve deneyim gibi durumlardan etkilenmektedir (Ay, 2013). Ölmek üzere olan hastaya bakım verirken öfke, çaresizlik, sıkıntı, suçluluk gibi duygularla baş etmek durumunda kalabilmektedir (Öz, 2004; Üstün ve ark., 2005). Hemşire, hastanın içinde bulunduğu durumun ve kendi duygularının farkında olamaz ise hasta ve ailesine profesyonel olarak yardım edemeyebilir (Bilge ve ark., 2013).

Hemşire, hastanın huzurlu ölümü için hasta ve ailesinin mahremiyetinin korunduğu, iletişimin sürdürülebildiği güvenilir bir ortam sağlamalıdır (Seven, 2015). Ailenin ölüm sırasında oluşabilecek belirti ve bulgular hakkında bilgilendirilerek endişe ve korkuları giderilmeli, istedikleri dini veya kültürel bir uygulama olursa gerçekleştirilmesine destek olmalıdır (Bar-Sela, 2010). Hemşire, hasta bireyin konforunu sağlamak ve sürdürmek için fiziksel bakımına devam etmeli, yas sürecinde aileye destek olmalı, gerekli destek kaynaklarına yönlendirmelidir (Kabalak ve ark., 2013). Hemşirelerin yaşam sonu evrede olan hasta ve yakınlarına profesyonel bir yaklaşımla yardım etmesi, ilk olarak hemşirelik okullarından mezun olmadan önce kendi duygularını tanıyıp, kontrol edebilmeleri ile mümkün olacaktır (Bilge ve Çam, 2004; Bilge ve ark, 2013).

## 3. GEREÇ ve YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Tek aşamada gerçekleştirilen araştırmada, hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini ve iyi ölüme yönelik algılarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel araştırma modeli kullanıldı. Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap arandı:

- ✓ Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgileri ne düzeydedir?
- ✓ Hemşirelerin iyi ölüme yönelik algıları ne düzeydedir?
- ✓ Sosyo-demografik özellikler iyi ölüme yönelik algılarını ve palyatif bakım bilgi düzeylerini etkiler mi?

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Şubat-Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Şubat – Haziran 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan toplam 601 hemşire, örneklemini ise çalışmaya katılmak isteme durumları göz önünde bulundurularak ulaşılabilen, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olmayan ve istatistik yöntem kullanılarak belirlenen örneklem sayısı da (235 hemşire) göz önüne bulundurularak 237 hemşire oluşturdu.

#### 3.3.1. Örneklem hacminin belirlenmesi

Evrenin tamamına ulaşılmak hedeflense de çalışmanın güvenilirliği için örneklem hesabına gidildi.

Araştırmanın evrenini çalışmanın kriterlerine uyan ve aktif çalışan 601 hemşire oluşturmaktadır. Buna göre örneklem hacmi belirlenirken  $p=0,5$ ,  $q=0,5$  ve  $d=0,05$  olmak şartıyla  $\alpha=0,05$  kabul edilerek;

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

N: Evren

n: Örneklem alınacak uygulama sıklığı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma

$$n = \frac{(601)(1,96)^2 (0,5)(0,5)}{(0,05)^2 (601-1) + (1,96)^2 (0,5)(0,5)}$$

$$n = 234,60$$

formülü yardımıyla (Trost, 1986)  $n=235$  bulunmuştur.

### 3.4. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

#### 3.4.1. Araştırmaya alınma kriterleri

- Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak çalışıyor olması,
- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi,
- Veri toplama formlarını eksiksiz doldurmuş olması.

### **3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri**

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi,
- Veri toplama formlarını eksik cevaplamış olması.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler anket tekniği kullanılarak, Tanıtım Formu (Ek 1), Palyatif Bakım Bilgi Testi (Ek 2) ve İyi Ölüm Ölçeği (Ek 3) ile toplandı.

#### **3.5.1. Tanıtım formu (Ek 1)**

Araştırmada kullanılacak Tanıtım Formu, güncel literatürden yararlanarak araştırmacı tarafından hazırlandı (Seven, 2015; Uslu, 2013; Eskigölek, 2018; Temelli, 2018) Tanıtım Formu, hemşirelerin demografik özelliklerini, palyatif bakım ve ölüm kavramı ile ilişkili soruları içeren toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.2. Palyatif bakım bilgi testi (Ek 2)**

Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen, geçerlilik ve güvenilirliği Seven tarafından 2015 yılında yapılan bilgi testi; felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemler şeklinde 5 alt boyutta ve toplamda 20 maddeden oluşmaktadır. Test; “doğru”, “yanlış” ve “bilmiyorum” olarak üç şekilde cevaplanmaktadır. Değerlendirme yapılırken “bilmiyorum” cevabını verenler yanlış olarak değerlendirilmekte ve test iki dereceli bir yapıdan oluşmaktadır. Doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba 0 puan verilerek, testte 10 madde (Ek 2 devam) ters şekilde puanlanmaktadır. Bilgi testinden alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişmekte olup, testten ne kadar yüksek puan alınırsa palyatif bakım hakkında bilgi düzeyinin o kadar yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Seven, 2015).

#### **3.5.3. İyi ölüm ölçeği (Ek 3)**

İyi Ölüm Ölçeği, hemşirelerin iyi ölüm algılarının belirlemek amacıyla Schwartz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Fadiloğlu ve Aksu Menekli

tarafından geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Toplam 17 soru ve üç alt boyuttan oluşmuş olup; birinci alt boyutu ölümün psikososyal ve manevi yönlerini tanımlayıp (9 soru), ikinci alt boyut zihinsel dikkati, iletişim yeteneği ve fiziksel fonksiyonların kontrolünü tanımlamış (3soru), üçüncü alt boyut ise ölümün klinik veya biyomedikal yönlerini tanımlayan klinik kontrol alt boyutu olarak adlandırılmaktadır (5 soru). Ölçekteki her ifade 4'lü likert tip puanlama sistemiyle hiç (1), biraz (2) ,orta (3), çok (4) olarak değerlendirilmiş olup ters kodlanmış ifadeler yoktur. Toplam skor 17-68 arasında değişmekte olup; ölçekten ne kadar yüksek puan alınırsa iyi ölüme yönelik algı o kadar yüksek olduğunu işaret etmektedir (Aksu ve Fadılıoğlu, 2012).

### **3.6. Veri Toplama Yöntemi**

Veriler, hemşirelerin iş akışını aksatmayacak şekilde planlanarak, tüm hemşireler araştırma hakkında bilgilendirilerek sözel onamları alındıktan sonra, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelerden "Kişisel Bilgi formu", "İyi Ölüm Ölçeği" ve " Palyatif Bakım Bilgi Testi"ni doldurmaları istendi, tüm soruları tam olarak tamamlayan katılımcılar araştırma kapsamına alındı. Verilerin toplanması 15-20 dakika sürdü ve veriler araştırmacı tarafından toplandı.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun davranılarak; verileri toplamadan önce Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (Karar No: 2018/13-12) alındı (Ek 5) Etik kurul onayını takiben çalışmanın yürütülmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi yazılı izin (Karar No:16867222-604.01.01-1097) yazılı izin alındı (Ek 6).

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmamızda kullanılması için PBBT ve İÖÖ'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan mail yoluyla izin alındı (Ek 7). Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin ve evrensel etik ilkelere uyularak; araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu. Araştırmanın amacı, sözlü ve yazılı olarak 'Gönüllü Olur Formu (Ek 4) ile aktarıldı.



### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 23 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (miniumum değer, maksimum değer, ortalama, standart sapma, medyan) yanı sıra normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Niceliksel verilerin ikiden grup fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal Wallis testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde ise Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma bulguları, Şubat-Haziran 2018 yılı ile ve İstanbul ilinde görüşme yapılan, Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan hemşirelerden elde edilen veriler ile sınırlıdır. Araştırmada elde edilen sonuçlar, kullanılan test ve ölçeğin ölçtüğü değerlerle sınırlıdır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelerin iyi ölüme yönelik algılarını ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular üç başlık altında incelendi:

### 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini kapsayan bulguların dağılımları yer almaktadır.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verildi.

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=237)

Demografik Özellikler	Min-Maks	Ort±SS	
Yaş (yıl)	18-51	29,52±6,42	
Meslekte çalışma süresi (yıl)	0,3-35	7,57±7,45	
Bulunulan klinikte çalışma süresi (yıl)	0,2-30	3,95±4,98	
	N	%	
Cinsiyet	Kadın	186	78,5
	Erkek	51	21,5
Yaş grubu	<30 yıl	152	64,1
	≥30 yıl	85	35,9
Medeni durum	Evli	85	35,9
	Bekar	152	64,1
Eğitim durumu	SML	21	8,9
	Ön lisans	23	9,7
	Lisans	166	70,0
	YL	27	11,4
Meslekte çalışma süresi grubu	≤5 yıl	130	54,9
	>5 yıl	107	45,1
Bulunulan klinikte çalışma süresi grubu	<3 yıl	131	55,3
	≥3 yıl	106	44,7

SML: Sağlık Meslek Lisesi YL: Yüksek Lisans

Çalışma, %78,5'i (n=186) kadın, %21,5'i (n=51) erkek olmak üzere toplam 237 hemşire ile iyi ölüme yönelik algıların ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacıyla yapıldı. Kadınların yaşları 18 ile 51 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 30,15±6,70 yıldır. Erkeklerin yaşları ise, 18 ile 44 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 27,24±4,64 yıldır. Hemşirelerin %64,1'inin (n=152) 30 yaşın altındadır (Tablo 4.1).

Hemşirelerin meslekte çalışma süreleri 0,3 ile 25 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması 7,57±7,45 yıldır. Ayrıca, hemşirelerin %54,9'unun (n=130) 5 yıl ve daha az süredir meslekte çalıştığı saptandı (Tablo 4.1). Hemşirelerin buldukları klinikte çalışma sürelerinin 0,2 ile 30 yıl arasında değiştiği; ortalamasının 3,95±4,98 yıl olduğu ve %55,3'ünün (n=131) 3 yıldan daha az buldukları klinikte çalıştıkları saptandı. Hemşirelerin %78,5'inin (n=186) kadın olduğu, %64,1'inin (n=152) bekar olduğu, %70'inin (n=166) lisans mezunu olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımı Tablo 4.2' de verildi.

**Tablo 4.2.** Hemşirelerin Çalıştıkları Birimlere Göre Dağılımı (N=237)

Çalışılan Birimler	N	%
Yoğun Bakım Klinikleri	79	33,3
Cerrahi Klinikler	78	32,9
Dahili Klinikler	54	22,7
Çocuk Klinikleri	22	9,2
İdari Birimler	4	1,6

Hemşirelerin çalıştıkları birimlerin dağılımı Tablo 4.2'de verildi. Buna göre; hemşirelerin %33,3'ünün (n=79) yoğun bakımda, % 32,9'unun (n=78) dahiliye kliniklerinde, %22,7'sinin (n=54), %9,2'sinin (n=22) çocuk kliniklerinde ve %1,6'sının (n=4) harici kliniklerde çalıştığı saptandı.

Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3' de verildi.

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=237)

Palyatif Bakıma İlişkin Özellikler		N	%
Palyatif bakım hakkında bilgi olması	Evet	197	83,1
	Hayır	40	16,9
*Evet ise palyatif bakım hakkında bilgi alınan yerler (n=197)	Lisans eğitimi sırasında	130	66,0
	Kongre/sempozyum/seminerlerden	52	26,4
	Hizmetiçi eğitim	37	18,8
	Kitap ve dergilerden	54	27,4
	İnternette	68	34,5
	Diğer	33	16,8
*Palyatif bakım hakkında alınan bilgi/eğitimin içeriği (n=197)	Kötü haber verme/iletişim becerileri	71	36,0
	Semptom yönetimi	88	44,7
	Palyatif bakımda etik ve yasal konular	102	51,8
	Ağrı yönetimi	105	53,3
	Yas süreciyle baş etme	82	41,6
	Diğer (hasta bakımı)	24	12,2
Palyatif bakımla ilgili alınan bilgiyi yeterli bulma	Evet	19	8,0
	Kısmen	135	57,0
	Hayır	83	35,0
Çalışılan kurumda palyatif bakımla ilgili düzenlenen hizmetiçi eğitim programları olması	Evet	14	5,9
	Hayır	223	94,1
Çalışılan birimde ölümle karşılaşılması	Evet	227	95,8
	Hayır	10	4,2
Evetse ölüm olgusuyla ilk karşılaşıldığında hissedilenler (n=227)	Hiçbir şey	26	11,5
	Korku	14	6,2
	Ağlama ve üzülme	41	18,1
	Acıların sona erdiğini düşünme	55	24,2
	Doğal karşılama	91	40,1

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=237)

(devamı)

<b>Terminal dönemdeki hastaya bakım verilmesi/veriliyor olması</b>	<b>Evet</b>	180	75,9
	<b>Hayır</b>	57	24,1
<b>Ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastanıza dokunmakta zorluk yaşama/yaşıyor olma</b>	<b>Evet</b>	38	16,0
	<b>Hayır</b>	199	84,0
<b>*Ölmekte olan hastaya bakım verirken hissedilen duygular</b>	<b>Öfke</b>	12	5,1
	<b>Keder-üzüntü</b>	200	84,4
	<b>Korku</b>	17	7,2
	<b>Başarısızlık</b>	18	7,6
	<b>Suçluluk</b>	7	3,0
<b>Terminal dönemde bir yakının olması</b>	<b>Evet</b>	94	39,7
	<b>Hayır</b>	143	60,3
<b>Terminal dönemdeki bir yakına bakım verme</b>	<b>Evet</b>	52	21,9
	<b>Hayır</b>	185	78,1
<b>Genel olarak sağlık değerlendirmesi</b>	<b>Çok iyi</b>	17	7,2
	<b>İyi</b>	152	64,1
	<b>Orta</b>	58	24,5
	<b>Kötü</b>	7	3,0
	<b>Çok kötü</b>	3	1,3
<b>Ailede bakmakla sorumlu olunan hasta birey olması</b>	<b>Evet</b>	31	13,1
	<b>Hayır</b>	206	86,9
<b>Birinci derece yakın ya da çok değer verilen birileri arasından kayıp yaşama</b>	<b>Evet</b>	152	64,1
	<b>Hayır</b>	85	35,9
<b>İyi ölümün mümkün olduğu düşünme</b>	<b>Evet</b>	161	67,9
	<b>Hayır</b>	22	9,3
	<b>Fikir yok</b>	54	22,8

*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.*

Hemşirelerin %83,1'inin (n=197) palyatif bakım hakkında bilgisinin olduğu ve bu hemşirelerin %66'sının (n=130) lisans eğitimi sırasında, %26,4'ünün (n=52) kongre/sempozyum/seminerlerden, %18,8'inin (n=37) hizmet içi eğitimden, %27,4'ünün (n=54) kitap ve dergilerden, %34,5'inin (n=68) internetten ve %16,8'inin (n=33) diğer yerlerden palyatif bakım hakkında bilgi aldığı saptandı. Diğer yerlerden palyatif bakım bilgisi alan 33 hemşirenin ise, %72,7'sinin (n=24) çalıştıkları birimden, %12,1'inin (n=4) kurslardan, %6,1'inin (n=2) arkadaşlarından, %6,1'inin (n=2) staj yaptıkları yerlerden ve %3'ünün (n=1) kendi araştırmalarından bilgi edindiği saptandı. Ayrıca palyatif bakım hakkında bilgisi olan hemşirelerin %36'sının (n=71) kötü haber verme/iletişim becerileri, %44,7'sinin (n=88) semptom yönetimi, %51,8'inin (n=102) palyatif bakımda etik ve yasal konular, %53,3'ünün (n=105) ağrı yönetimi, %41,6'sının (n=82) yas süreciyle baş etme ve %12,2'sinin (n=24) hasta bakımı hakkında bilgi/eğitim aldığı belirlendi (Tablo 4.3).

Hemşirelerin %57'sinin (n=135) palyatif bakımla ilgili alınan bilgiyi kısmen yeterli bulduğu, %94,1'inin (n=223) çalıştığı kurumda palyatif bakımla ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim programlarının olduğu, %95,8'inin (n=227) çalıştığı birimde ölümle karşılaştığı ve bu kişilerin %40,1'inin (n=91) bu durumu doğal karşıladığı, %75,9'unun (n=180) terminal dönemdeki hastaya bakım verdiği veya veriyor olduğu, %16'sının (n=38) ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşadığı veya yaşıyor olduğu, %84,4'ünün (n=200) ölmekte olan hastaya bakım verirken keder-üzüntü hissettiği, %39,7'sinin (n=94) terminal dönemde bir yakınının olduğu, %21,9'unun (n=52) terminal dönemdeki bir yakınına bakım verdiği, %64,1'inin (n=152) genel olarak sağlık durumunu iyi derecede değerlendirdiği, %13,1'inin (n=31) ailesinde bakmakla sorumlu olduğu hasta bir bireyin olduğu, %64,1'inin (n=152) birinci derece yakın ya da çok değer verdiği birileri arasından kayıp yaşadığı, %67,9'unun (n=161) iyi ölümün mümkün olduğunu düşündüğü saptandı (Tablo 4.3).

Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili kendilerine verilerin bilgileri uygun bulma durumlarının dağılımı Tablo 4.4' de verildi.

**Tablo 4.4.** Hemşirelerin Palyatif Bakımla İlgili Kendilerine Verilerin Bilgileri  
Uygun Bulma Durumlarının Dağılımı (N=237)

<b>Palyatif Bakımla İlgili Verilen Bilgilerin Uygun Bulunma Durumları</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Palyatif bakımın sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olması</b>	<b>Evet</b>	20	8,4
	<b>Hayır</b>	217	91,6
<b>Palyatif bakımın yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi olması</b>	<b>Evet</b>	88	37,1
	<b>Hayır</b>	149	62,9
<b>Palyatif bakımın sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanması</b>	<b>Evet</b>	103	43,5
	<b>Hayır</b>	134	56,5
<b>Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolünün yapılması</b>	<b>Evet</b>	23	9,7
	<b>Hayır</b>	214	90,3

Hemşirelerin %8,4'ünün (n=20) palyatif bakımın sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olma durumunu uygun olarak değerlendirdiği, %37,1'inin (n=88) palyatif bakımın yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi olma durumunu uygun olarak değerlendirdiği, %43,5'inin (n=103) palyatif bakımın sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanma durumunu uygun olarak değerlendirdiği, %9,7'sinin (n=23) palyatif bakımda sadece ağrı kontrolünün yapılma durumunu uygun olarak değerlendirdiği saptandı (Tablo 4.4).

Hemşirelerin ölüm tanımlarının dağılımı Tablo 4.5' de verildi.

**Tablo 4.5.** Hemşirelerin Ölüm Tanımlarının Dağılımı (N=174)

<b>Ölüm Tanımları</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Yasamın sona ermesi</b>	58	33,3
<b>Sonsuzluk</b>	14	8,0
<b>Farklı boyuta geçiş</b>	8	4,6
<b>Yeni bir başlangıç</b>	8	4,6
<b>Yok oluş</b>	8	4,6
<b>Doğal</b>	7	4,0
<b>NKurtuluş</b>	7	4,0
<b>Olması gereken</b>	7	4,0

**Tablo 4.5.** Hemşirelerin Ölüm Tanımlarının Dağılımı (N=174) (devamı)

<b>Acıların son bulması</b>	6	3,4
<b>Başlangıç</b>	6	3,4
<b>Acı gerçek</b>	3	1,7
<b>Her canlı yasayacak</b>	3	1,7
<b>Mutluluk için başlangıç</b>	3	1,7
<b>Boşluk</b>	2	1,1
<b>Çaresizlik</b>	2	1,1
<b>Fizyolojik sonlanma</b>	2	1,1
<b>Kendini yenileyen bir döngü</b>	2	1,1
<b>Kotu</b>	2	1,1
<b>Tabiatın kuralı</b>	2	1,1
<b>Tek gerçek</b>	2	1,1
<b>Uykuya dalmak</b>	2	1,1
<b>Acıların sona ermesi</b>	1	0,6
<b>Asil hayata geçiş</b>	1	0,6
<b>Belirsizlik</b>	1	0,6
<b>Düğün gecesi</b>	1	0,6
<b>Gerçek hayatın başlangıcı</b>	1	0,6
<b>Gereklilik</b>	1	0,6
<b>Geride bırakılanlar</b>	1	0,6
<b>Göç</b>	1	0,6
<b>Hakka dönüş</b>	1	0,6
<b>Kayboluş</b>	1	0,6
<b>Korkutucu</b>	1	0,6
<b>Özgürlük</b>	1	0,6
<b>Pişmanlık</b>	1	0,6
<b>Reenkarnasyon</b>	1	0,6
<b>Sanal</b>	1	0,6
<b>Sevgiliye kavuşma</b>	1	0,6
<b>Tanımsız</b>	1	0,6
<b>Ürkütücü</b>	1	0,6
<b>Üzüntü</b>	1	0,6
<b>Yolculuk</b>	1	0,6



Hemşirelerin %73,4'ünün (n=174) ölüm tanımı yaptığı saptandı ve yaptıkları ölüm tanımlarının dağılımı Tablo 4.5'te verildi. Buna göre; %33,3'ünün (n=58) ölümü yaşamın sona ermesi, %8'inin (n=14) sonsuzluk, %4,6'sının (n=8) farklı boyuta geçiş, %4,6'sının (n=8) yok oluş olarak tanımlandı (Tablo 4.5).

#### 4.2. Hemşirelerin Palyatif Bilgi Testi ve İyi Ölüm Ölçeği Puan Ortalamaları ve Aralarındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Bu bölümde, hemşirelerin PBT toplam ve İÖÖ toplam puan ortalamalarının dağılımı ve ölçekler arasındaki ilişki incelendi.

Hemşirelerin PBT puanlarının dağılımı Tablo 4.6' da verildi.

**Tablo 4.6.** Hemşirelerin Palyatif Bilgi Testi (PBT) Puanlarının Dağılımı (N=237)

PBT	Madde Sayısı	Puan Aralığı	Min-Maks	Ort±SS	Kuder Richerdson-20 Güvenirlik Katsayısı
<b>Felsefe</b>	2	0-2	0-4	1,65±0,58	0,475
<b>Ağrı</b>	6	0-6	1-5	3,42±0,86	0,658
<b>Dispne</b>	4	0-4	0-4	1,49±0,88	0,540
<b>Psikiyatrik</b>	4	0-4	0-4	1,98±0,92	0,584
<b>Gastrointestinal</b>	4	0-4	0-4	1,82±0,84	0,631
<b>Toplam</b>	20	0-20	5-15	10,37±1,79	0,835

Hemşirelerin felsefe alt boyutu puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalaması 1,65±0,58; ağrı alt boyutu puanları 1 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalaması 3,42±0,86; dispne alt boyutu puanları 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalaması 1,49±0,88; psikiyatrik alt boyutu 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalaması 1,98±0,92; gastrointestinal alt boyutu 0 ile 4 arasında değişmekte olup, ortalaması 1,82±1,79; Palyatif Bilgi Testi toplam puanları ise 0 ile 20 arasında değişmekte olup; ortalaması 10,37±1,79 olarak saptandı. Kuder Richerdson-20

güvenirlilik katsayıları alt boyutlar için 0,475 ile 0,658 arasında değişmekte olup, Palyatif Bilgi Testi geneli için 0,835 olarak saptandı.

Hemşirelerin İÖÖ puanlarının dağılımı Tablo 4.7' de verildi.

**Tablo 4.7.** Hemşirelerin İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) Puanlarının Dağılımı (N=237)

	<b>İÖÖ</b>
<b>Madde Sayısı</b>	17
<b>Puan Aralığı</b>	17-68
<b>Min-Maks</b>	19-68
<b>Ort±SS</b>	54,65±8,03
<b>Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayısı</b>	0,873

Hemşirelerin İyi Uyum Ölçeği toplam puanları 19 ile 68 arasında değişmekte olup, ortalaması 54,65±8,03'tür. Ölçek geneli için Cronbach Alfa güvenirlilik katsayısı 0,873 olarak saptandı.

Hemşirelerin PBT ile İÖÖ puanlarının korelasyon değerlendirmesi Tablo 4.8'de verildi.

**Tablo 4.8.** Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi İle İyi Ölüm Ölçeği Puanlarının Korelasyon Değerlendirmesi

<b>PBT</b>	<b>İÖÖ</b>	
	<b>R</b>	<b>P</b>
<b>Felsefe</b>	-0,026	0,690
<b>Ağrı</b>	0,019	0,769
<b>Dispne</b>	<b>-0,204</b>	<b>0,002**</b>
<b>Psikiyatrik</b>	0,065	0,319
<b>Gastrointestinal</b>	0,030	0,651
<b>Toplam</b>	-0,078	0,229

r: Spearman Rho Korelasyon Katsayısı \*\*p<0,01

Hemşirelerin dispne alt boyutu puanları ise, İyi Ölüm Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde ve %20,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $r:-0,204$ ,  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

#### **4.3. Tanımlayıcı Özellikler ile PBBT ve İÖÖ' den Alınan Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Bu bölümde, hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı vb.) ile PBBT ve İÖÖ' den alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması yapıldı.

Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği ve İyi Ölüm Ölçeklerinden alınan puan ortalamalarının çalışma yılı değişkeni ile karşılaştırılması Tablo 4'de verildi.

**Tablo 4.9.** Hemşirelerin Demografik Özelliklere Göre Palyatif Bilgi Testi (PBBT) Ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) Puanlarının Dağılımı

Demografik Özellikler	Felsefe	Ağrı	Dispne	Psikiyatrik	Gastrointestinal	PBT Toplam	İÖÖ Toplam	
	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	
	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	
Cinsiyet	Kadın	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (6-15)	56,5 (19-68)
	Erkek	2 (0-2)	4 (1-5)	2 (0-4)	2 (0-3)	2 (1-4)	10 (5-14)	51 (31-68)
	Z	-0,052	-0,058	<b>-2,093</b>	-1,067	-0,660	-0,811	<b>-2,485</b>
	P	0,958	0,954	<b>0,036*</b>	0,286	0,509	0,417	<b>0,013*</b>
Yaş grubu	<30 yıl	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	56 (19-68)
	≥30 yıl	2 (0-2)	3 (1-5)	2 (0-3)	3 (1-4)	2 (0-4)	10 (7-15)	55 (31-68)
	Z	-1,333	-1,005	-0,146	<b>-2,039</b>	-0,405	-0,323	-0,182
	P	0,183	0,315	0,884	<b>0,041*</b>	0,686	0,746	0,856
Medeni durum	Evli	2 (0-2)	4 (1-5)	2 (0-4)	2 (1-4)	2 (0-4)	10 (8-15)	57 (34-68)
	Bekar	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (19-68)
	Z	-0,130	-0,178	-0,887	-1,779	-0,327	-1,510	-1,188
	P	0,897	0,859	0,375	0,075	0,743	0,131	0,235
Eğitim durumu	SML	2 (0-2)	3 (1-5)	2 (0-3)	2 (0-3)	2 (0-4)	10 (9-12)	54 (42-63)
	Ön lisans	2 (1-4)	3 (2-5)	1 (1-3)	2 (0-4)	2 (1-4)	10 (7-15)	54 (19-67)
	Lisans	2 (0-2)	4 (1-5)	1,5 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (34-68)

**Tablo 4.9.** Hemşirelerin Demografik Özelliklere Göre Palyatif Bilgi Testi (PBBT) Ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) Puanlarının Dağılımı (devamı)

	<b>YL</b>	2 (0-2)	4 (2-5)	1 (0-4)	2 (1-3)	2 (0-4)	10 (8-13)	60 (42-68)
	<b><math>\chi^2</math></b>	0,057	1,763	4,251	2,146	0,443	0,617	<b>10,352</b>
	<b>P</b>	0,996	0,623	0,236	0,543	0,931	0,892	<b>0,016*</b>
<b>Meslekte çalışma süresi grubu</b>	<b>≤5 yıl</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (19-68)
	<b>&gt;5 yıl</b>	2 (0-2)	4 (1-5)	2 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (7-15)	56 (31-68)
	<b>Z</b>	-0,992	-0,275	-0,588	-0,839	-0,003	-0,209	-1,908
	<b>P</b>	0,321	0,783	0,557	0,402	0,998	0,834	0,056
<b>Bulunulan klinikte çalışma süresi grubu</b>	<b>&lt;3 yıl</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	54 (19-68)
	<b>≥3 yıl</b>	1 (0-2)	3 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (6-15)	57,5 (34-68)
	<b>Z</b>	<b>-2,224</b>	-1,194	-0,031	-1,086	-1,239	-1,330	<b>-3,207</b>
	<b>P</b>	<b>0,026*</b>	0,232	0,975	0,278	0,215	0,183	<b>0,001**</b>

Z: Mann Whitney U Testi

$\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

Erkeklerin dispne alt boyutu puanları, kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,036$ ;  $p<0,05$ ). Kadınların İÖÖ toplam puanları, erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,013$ ;  $p<0,05$ ).

30 yaş ve üzerinde olanların psikiyatrik alt boyutu puanları, 30 yaşın altında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,041$ ;  $p<0,05$ ).

Eğitim durumları arasında İÖÖ toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ( $p=0,016$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmış ve yeni anlamlılık düzeyi  $0,017$  ( $0,05/3$ ) olarak alındı. Buna göre, yüksek lisans mezunlarının İÖÖ toplam puanları, sağlık meslek lisesi ( $p=0,006$ ) ve ön lisans mezunlarından ( $p=0,003$ ) anlamlı şekilde yüksek idi ( $p<0,017$ ).

Buldukları klinikte 3 yıldan daha az çalışanların felsefe alt boyutu puanları, 3 yıl ve üzerinde çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,026$ ;  $p<0,05$ ). Buldukları klinikte 3 yıl ve üzeri süredir çalışanların İÖÖ toplam puanları, 3 yıldan daha az çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin özelliklerine göre Palyatif Bilgi Testi (PBT) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.10' da verildi.

**Tablo 4.10.** Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Palyatif Bilgi Testi Ve İyi Ölüm Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Palyatif Bakıma İlişkin Özellikler		Felsefe	Ağrı	Dispne	Psikiyatrik	Gastrointestinal	PBT Toplam	İÖÖ Toplam
		Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
		(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)
Palyatif bakım hakkında bilgi olması	Evet	2 (0-2)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	56 (19-68)
	Hayır	2 (1-4)	3 (2-5)	1,5 (0-3)	1 (0-3)	2 (0-3)	10 (7-12)	52,5 (31-68)
	Z	-0,929	-0,626	-0,263	<b>-3,305</b>	-0,667	-1,926	-1,638
	P	0,353	0,531	0,792	<b>0,001**</b>	0,505	0,054	0,101
Palyatif bakımla ilgili alınan bilgiyi yeterli bulma	Evet	2 (1-2)	4 (2-5)	1 (0-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	11 (7-14)	57 (43-67)
	Kısmen	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (6-15)	56 (19-68)
	Hayır	2 (0-2)	4 (1-5)	1 (0-3)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (36-68)
	$\chi^2$	0,332	1,717	0,587	4,407	5,066	5,163	0,502
	P	0,847	0,424	0,746	0,110	0,079	0,076	0,778
Çalışılan kurumda palyatif bakımla ilgili düzenlenen hizmetiçi eğitim programları olması	Evet	2 (0-2)	4 (3-5)	1,5 (0-3)	2 (1-3)	2 (1-3)	11 (9-14)	57,5 (48-67)
	Hayır	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (19-68)
	Z	-0,450	-1,457	-0,147	-0,464	-1,615	-1,030	-1,096
	P	0,653	0,145	0,883	0,643	0,106	0,303	0,273

**Tablo 4.10.** Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Palyatif Bilgi Testi Ve İyi Ölüm Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi  
(devamı)

<b>Çalışılan birimde ölümle karşılaşılması</b>	<b>Evet</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (19-68)
	<b>Hayır</b>	2 (1-2)	4 (3-4)	1 (0-3)	1,5 (1-3)	2 (0-4)	10 (7-14)	57,5 (47-67)
	<b>Z</b>	-0,151	-1,043	-0,085	-1,388	-0,099	-0,266	-0,583
	<b>P</b>	0,880	0,297	0,932	0,165	0,921	0,790	0,560
<b>Evetse ölüm olgusuyla ilk karşılaşıldığında hissedilenler (n=227)</b>	<b>Hiçbir şey</b>	2 (0-2)	4 (2-5)	1,5 (0-3)	2 (0-4)	2 (0-3)	10 (7-14)	56 (31-68)
	<b>Korku</b>	2 (0-2)	4 (1-5)	2 (1-3)	2 (1-3)	1,5 (1-3)	11 (8-12)	54 (36-68)
	<b>Ağlama ve üzülmeye</b>	2 (0-4)	3 (1-5)	1 (0-3)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (6-15)	58 (36-68)
	<b>Acıların sona erdiğini düşünme</b>	2 (0-2)	3 (2-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (7-15)	54 (39-68)
	<b>Doğal karşılama</b>	2 (0-2)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-14)	55 (19-68)
	<b><math>\chi^2</math></b>	1,133	<b>10,636</b>	8,645	1,733	0,946	1,153	5,439
	<b>P</b>	0,889	<b>0,031*</b>	0,071	0,785	0,918	0,886	0,245
<b>Terminal dönemdeki hastaya bakım verilmesi/veriliyo r olması</b>	<b>Evet</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55,5 (31-68)
	<b>Hayır</b>	2 (0-2)	4 (1-5)	2 (0-4)	1 (0-4)	2 (0-4)	10 (7-15)	56 (19-68)
	<b>Z</b>	-0,383	-0,109	-0,595	-3,785	-1,280	-1,270	-0,304
	<b>P</b>	0,702	0,913	0,552	0,000	0,201	0,204	0,761



**Tablo 4.10.** Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Palyatif Bilgi Testi Ve İyi Ölüm Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

(devamı)

<b>Ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastanıza dokunmakta zorluk yaşama/yaşıyor olma</b>	<b>Evet</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (1-4)	2 (1-4)	10,5 (7-14)	54 (41-68)
	<b>Hayır</b>	2 (0-2)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	56 (19-68)
	<b>Z</b>	-0,481	-0,111	-0,709	-0,895	-1,279	-0,169	-1,285
	<b>P</b>	0,630	0,912	0,478	0,371	0,201	0,865	0,199
<b>Terminal dönemde bir yakının olması</b>	<b>Evet</b>	2 (0-2)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (1-4)	2 (0-4)	10 (6-15)	55 (19-68)
	<b>Hayır</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	2 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	56 (31-68)
	<b>Z</b>	-1,958	-0,731	-1,280	-0,560	-0,431	-1,186	-0,735
	<b>P</b>	0,051	0,465	0,200	0,575	0,666	0,236	0,463
<b>Terminal dönemdeki bir yakına bakım verme</b>	<b>Evet</b>	2 (0-2)	3 (1-5)	1 (0-3)	2 (1-4)	2 (0-4)	10 (6-15)	54 (34-63)
	<b>Hayır</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	1 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	56 (19-68)
	<b>Z</b>	-0,586	-1,927	-0,770	<b>-2,149</b>	-0,675	-0,283	-1,298
	<b>P</b>	0,558	0,054	0,441	<b>0,032*</b>	0,500	0,777	0,194
<b>Genel olarak sağlık değerlendirmesi</b>	<b>Çok iyi</b>	2 (0-2)	4 (2-5)	1 (0-3)	2 (1-4)	2 (1-4)	11 (7-15)	54 (39-67)
	<b>İyi</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (19-68)
	<b>Orta</b>	2 (0-2)	3 (1-5)	2 (0-3)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (7-14)	56 (36-68)
	<b>Kötü/Çok kötü</b>	2 (0-2)	4 (3-4)	2 (1-3)	1 (1-3)	1 (1-3)	10,5 (8-12)	56 (31-68)

**Tablo 4.10.** Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Özelliklerine Göre Palyatif Bilgi Testi Ve İyi Ölüm Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi (devamı)

	$\chi^2$	6,021	2,389	<b>9,243</b>	7,256	2,902	2,381	1,675
	<b>P</b>	0,111	0,496	<b>0,026*</b>	0,064	0,407	0,497	0,643
<b>Ailede bakmakla sorumlu olunan hasta birey olması</b>	<b>Evet</b>	2 (0-2)	4 (2-5)	2 (0-3)	2 (1-4)	2 (0-4)	10 (7-15)	54 (34-67)
	<b>Hayır</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	56 (19-68)
	<b>Z</b>	-0,378	-0,002	-0,967	-0,995	-0,269	-0,704	-1,132
	<b>P</b>	0,705	0,999	0,333	0,320	0,788	0,481	0,258
<b>Birinci derece yakın ya da çok değer verilen birileri arasından kayıp yaşama</b>	<b>Evet</b>	2 (0-2)	4 (1-5)	1 (0-3)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (19-68)
	<b>Hayır</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (7-15)	57 (34-68)
	<b>Z</b>	-0,126	-1,114	-1,076	-0,169	-1,017	-0,494	-0,585
	<b>P</b>	0,899	0,265	0,282	0,866	0,309	0,621	0,558
<b>İyi ölümün mümkün olduğu düşünme</b>	<b>Evet</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (31-68)
	<b>Hayır</b>	2 (0-2)	4 (1-4)	1 (0-4)	2 (1-4)	2 (0-2)	10 (6-12)	57 (19-68)
	<b>Fikir yok</b>	2 (0-2)	3 (1-5)	2 (0-3)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (7-15)	56 (36-68)
	$\chi^2$	2,553	0,733	0,313	2,355	0,694	1,773	0,680
	<b>P</b>	0,279	0,693	0,855	0,308	0,707	0,412	0,712

Z: Mann Whitney U Testi

$\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

Palyatif bakım hakkında bilgisi olanların psikiyatrik alt boyutu puanları, bilgisi olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Çalıştıkları birimde ölümle karşılaşanların ölüm olgusuyla ilk karşılaştıklarında hissettikleri durumlar arasında ağrı alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptandı ( $p=0,031$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanıldı ve yeni anlamlılık düzeyi  $0,017$  ( $0,05/3$ ) olarak alındı. Buna göre, durumu doğal karşılayanların ağrı alt boyutu puanları, acıların sona erdiğini düşünenlerden anlamlı şekilde yüksek saptandı ( $p=0,014$ ;  $p<0,017$ ).

Terminal dönemdeki bir hastaya bakım verenlerin psikiyatrik alt boyutu puanları, bakım vermeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,032$ ;  $p<0,05$ ). Genel sağlık durumu değerlendirmeleri arasında dispne alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p=0,026$ ;  $p<0,05$ ). Farklılığın hangi durumdan kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan post-hoc test olarak Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanıldı ve yeni anlamlılık düzeyi  $0,017$  ( $0,05/3$ ) olarak alındı. Buna göre, genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin dispne alt boyutu puanları, genel sağlık durumunu orta ( $p=0,013$ ) ve kötü/çok kötü ( $p=0,012$ ) olarak değerlendirenlerden anlamlı şekilde düşük olarak saptandı ( $p<0,017$ ).

Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili verilen bilgileri uygun bulma durumlarına göre Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) puanlarının değerlendirilmesi Tablo 4.11' de verilmiştir.

**Tablo 4.11.** Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili verilen bilgileri uygun bulma durumlarına göre Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) Puanlarının Dağılımı

Palyatif Bakımla İlgili Verilen Bilgilerin Uygun Bulunma Durumları		Felsefe	Ağrı	Dispne	Psikiyatrik	Gastrointestinal	PBT Toplam	İÖÖ Toplam
		Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
		(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)	(Min-Maks)
Palyatif bakımın sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olması	Evet	2 (0-2)	3 (1-4)	2 (0-3)	2 (0-3)	1,5 (1-2)	9 (7-11)	52,5 (41-68)
	Hayır	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	56 (19-68)
	<b>Z</b>	-1,514	-1,822	-0,322	-0,803	-1,889	<b>-2,848</b>	-1,044
							<b>P</b>	
		0,130	0,069	0,747	0,422	0,059	<b>0,004**</b>	0,296
Palyatif bakımın yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi olması	Evet	2 (0-2)	3 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (7-15)	56 (19-68)
	Hayır	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	55 (31-68)
	<b>Z</b>	-1,332	-1,374	-0,055	-0,493	-0,554	-0,890	-0,462
							<b>P</b>	
		0,183	0,170	0,956	0,622	0,580	0,373	0,644

**Tablo 4.11.** Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili verilen bilgileri uygun bulma durumlarına göre Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) ve İyi Ölüm Ölçeği (İÖÖ) Puanlarının Dağılımı (devamı)

<b>Palyatif bakımın sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanması</b>	<b>Evet</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	2 (0-3)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	54 (31-68)
	<b>Hayır</b>	2 (0-2)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (1-4)	2 (0-4)	10 (6-15)	56,5 (19-68)
	<b>Z</b>	-0,882	-0,969	<b>-3,423</b>	-0,057	1,958	-0,396	-1,123
	<b>P</b>							
		0,378	0,333	<b>0,001**</b>	0,954	0,051	0,692	0,261
<b>Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolünün yapılması</b>	<b>Evet</b>	1 (0-2)	4 (1-5)	2 (0-3)	1 (0-3)	2 (0-4)	10 (8-14)	51 (36-68)
	<b>Hayır</b>	2 (0-4)	4 (1-5)	1 (0-4)	2 (0-4)	2 (0-4)	10 (5-15)	56 (19-68)
	<b>Z</b>	<b>-3,215</b>	-1,228	<b>-2,042</b>	-1,282	-0,241	-0,285	-1,741
	<b>P</b>							
		<b>0,001**</b>	0,220	<b>0,041*</b>	0,200	0,810	0,776	0,082

Z: Mann Whitney U Testi

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

Palyatif bakımın sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olması durumunu uygun bulmayan hemşirelerin palyatif bakım bilgi testi toplam puanları, uygun bulanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,004$ ;  $p<0,01$ ). Palyatif bakımın sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanma durumunu uygun bulan hemşirelerin dispne alt boyutu puanları, uygun bulmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolünün yapılma durumunu uygun bulmayan hemşirelerin felsefe alt boyutu puanları, uygun bulanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmadı ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolünün yapılma durumunu uygun bulan hemşirelerin dispne alt boyutu puanları, uygun bulmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p=0,041$ ;  $p<0,05$ ).

## 5.TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

### 5.1. Tartışma

Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini ve iyi ölüme yönelik algılarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular, mevcut literatür ışığında tartışıldı.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının  $30,15\pm 6,70$  yıl, çoğunluğunun kadın (%78,5), lisans mezunu (%70) ve meslekte çalışma süresi ortalamasının  $7,57\pm 7,45$  yıl olduğu belirlendi. Bu durum, çoğunluğu kadın ve genç bir grup üzerinde çalışma yaptığımız sonucuna götürmektedir (Tablo 4.1).

Hemşirelerin %83,1'inin palyatif bakım hakkında bilgisinin olduğu ve %66'sının (n=130) bu bilgiyi lisans eğitimi sırasında aldıkları saptandı. Hemşirelerin yarısından çoğunun (%57) palyatif bakımla ilgili aldıkları eğitimi kısmen yeterli bulduğu, %94,1'inin (n=223) çalıştığı kurumda palyatif bakımla ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim programlarının olmadığını, %95,8'inin (n=227) çalıştığı birimde ölümle karşılaştığı belirlendi. Aldıkları eğitim içeriğini ise, çoğunlukla 51,8'inin (n=102) palyatif bakımda etik ve yasal konular, %53,3'ünün (n=105) ağrı yönetimi, %44,7'sinin (n=88) semptom yönetimi, %41,6'sının (n=82) yas süreciyle baş etme, %36'sının (n=71) kötü haber verme/iletişim becerileri ve %12,2'sinin (n=24) hasta bakımını oluşturmakta idi (Tablo 4.3). Uslu (2013) çalışmasında, ebe ve hemşirelerin çoğunun palyatif bakım konusunda bilgisiz olduğu, bilgi sahibi olanların çoğunluğunun bilgiyi hizmet içi eğitimlerden aldığını, %67.7'sinin aldıkları bilgiyi yeterli bulmadıklarını belirtmiştir. Aldıkları bilginin içeriğini en çok iletişim becerileri, ağrı yönetimi ve semptom kontrolüne yönelik olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgumuz, diğer çalışmalarla palyatif bakımın içerik konuları yönünden benzerlik göstermektedir ve hizmet içi eğitim programların yapılması, devamlılığının sağlanması, örgün eğitimde bu konulara yer verilmesinin palyatif bakım bilgi düzeyini etkilediği söylenebilir.

Eğitimle ilgili yapılan çalışmalarda bulgularımızı desteklemektedir. Polat ve Karataş (2018)'nin, 658 hemşirelik öğrencisinin palyatif bakım bilgisini belirlemek amacıyla yürüttüğü çalışmada, öğrencilerin %5,3'ü tüm maddeleri doğru cevaplamış, %26,3'ü palyatif bakım teorisine yönelik doğru cevap, %5,3'ü semptom yönetimi için doğru cevap vermiştir. Yunanistan'da 509 hemşirelik lisans öğrencisiyle yapılan benzer bir çalışmada, palyatif bakım bilgi düzeylerinin düşük olduğu, ağrı/semptom yönetimi ve psikososyal/ruhsal bakım hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir (Dimoula et al., 2019). Abudari et al., (2014) çalışmasında eğitim düzeyi ve uzmanlık alanına göre palyatif bakım konusunda bilgi alma durumu incelendiğinde, lisans mezunlarının yarıdan çoğunun bilgi sahibi olduğunu ve çoğunlukla bu bilgiyi üniversite eğitimi sırasında aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım eğitimi ve yıllara dayanan hemşirelik deneyimi palyatif bakım hakkında bilgi düzeylerini önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir (Abudari et al., 2014). 152 kişiyle yapılan randomize bir çalışmada, palyatif bakım hakkındaki bilgilerin kısa bir eğitim müdahalesi ile iyileşip iyileşmeyeceğini araştırılmış, gruplara bir video ve bilgi notları müdahalesi yapılmış ve sonuç olarak palyatif bakım bilgisinin eğitimsel müdahalelerle geliştirilebileceği ve eğitimsel müdahalelerin kişilerin palyatif bakım bilgilerine olan güveni artırdığı sonucuna varılmıştır (Kozlov et al., 2017). Öğrencilere verilen palyatif bakım derslerinin öğrencilerin bilgilerini olumlu yönde etkilediği ve bilgi düzeylerini yükselttiği görülmektedir. Çalışma sonuçlarına dayanarak, palyatif bakım hemşireliğinin çalışma hayatında kaliteli bir şekilde yapılabilmesi için örgün eğitim müfredatına eklenmesinin faydalı olabileceği söylenebilir.

Çalışmada, hemşirelerin %75,9'unun (n=180) terminal dönemdeki hastaya bakım verdiği veya vermeye devam ettiği, %84'sinin (n=199) ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşamadığı, %84,4'ünün (n=200) ölmekte olan hastaya bakım verirken keder-üzüntü hissettiği ve %67,9'unun (n=161) iyi ölümün mümkün olduğunu düşündüğü saptandı (Tablo 4.3). Dunn ve arkadaşlarının (2005) onkoloji ve cerrahi hemşireleri ile yaptıkları çalışmada, ölmekte olan hastalar ile daha sık karşılaşan hemşirelerin, diğerlerine göre daha pozitif tutumlar sergiledikleri tespit edilmiştir (Dunn et al, 2005). Destekleyen bir başka çalışmada ise, hemşirelerin %69'unun ölümcül hastaya bakarken duygusal olarak zorlandıklarını bulunmuştur (İnci ve Öz, 2009). Japonya'da yapılan bir çalışmada, hemşire ve bakım



çalışanlarının ölmekte olan yaşlı yetişkinlere karşı ölüm ve bakım konusundaki tutumlarının, seminere katılımı ile olumlu olduğu ve ölüm korkusu ile negatif ilişkili olduğunu gösterilmiştir (Matsui and Braun, 2010). Nefroloji hemşireleriyle yapılan bir çalışmada ise, hemşirelerin ölmekte olan hastalara yönelik olumlu tutum sergilemelerine rağmen; %88,9'u yaşam sonu bakımını duygusal olarak zorlu bir görev olarak gördüğü ve %92,6'sının yaşam sonu bakım eğitiminin gerekli olduğunu belirttikleri bulunmuştur (Ho et al., 2010). Hemşireler yaşam sonu bakım konusunda aldıkları eğitimi yetersiz bulmakta; kötü haber verme, iletişim, ağrı ve semptom kontrolü, yas süreciyle baş etme konularında eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir (Uslu, 2013; Menekli ve Fadılıoğlu, 2014). Yılmaz ve Vermişli (2015) çalışmasında, yoğun bakımda çalışan 120 hemşirenin yarıdan fazlasının ölüme ilişkin eğitim aldığını, çoğunun ölümü doğal olarak kabul ettiği, çok azının ölümcül hastaya bakmak istediği saptanmıştır. Lancaster et al. (2017), ölmekte olan hastalara bakım veren 201 hemşire ile yürüttüğü çalışmada, eğitim konferansına katılım ve yaşam sonu bakım simülasyonları ile çoğu hemşirenin ölüme yönelik bilgisini artırdığını saptamıştır. Wang et al. (2018) çalışmasında ise, ölme yönelik tutumun yüksek düzeyde olumlu olduğu ancak ölmekte olan kişi ile iletişim konusunda olumlu bir yaklaşımın olmadığı, hemşirelerin çoğunun ölümden kaçınma ve doğal kabullenme konusunda düşük puan aldıkları ve çoğunun ölümü mutlu bir yaşam sürecine geçiş olarak gördükleri belirlenmiştir. Yine Çevik ve Kav (2013) çalışmasında, eğitim düzeyi ve hasta bakma istekliliğinin ölmekte olan hastaya olan tutum ve bakımı etkilediği belirtilmektedir. Diğer çalışma bulguları da çalışmamızı destekler nitelikte bulgulara sahiptir (Seven, 2015; Ay, 2013). Hemşireler hastaları ve yaklaşan ölümleri ile empati kurdukça kendi stres ve tükenmişlik seviyeleri artmaktadır (Hürrem ve Ark, 2018). Literatürdeki çalışma bulguları hemşirelerin ölüme yönelik algılarını etkileyen faktörleri çalışma bulgularımız ile benzer olarak eğitim düzeyi, karşılaşma sıklığı ve çalışma tecrübesi olarak göstermektedir. Mevcut bulgulara bakıldığında, ölüm algısı konusunda alınan eğitimin ve yine ölümlerle sık karşılaşılacak birimlerde çalışmanın, çalışanlara psikososyal destek sağlanmasının kişinin ölüme yönelik olumlu yaklaşımlar edineceği ve bunun sunacağı bakımın kalitesini artıracak, ölüm kaygısının azaltabileceği, gerekli duyarlılığın kazanılmasında faydalı olabileceği söylenebilir.

Hemşirelerin %91,6'sının (n=217) palyatif bakımın sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olma durumunu yanlış olarak değerlendirdiği, %62,9'unun (n=149)

palyatif bakımın yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi olma durumunun uygunsuz olarak değerlendirdiği, %43,5'inin (n=103) palyatif bakımın sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanma durumunu uygun olarak değerlendirdiği, uygunsuz değerlendirenlerin %56,5' (n=134) olduğu, %90,3'nün (n=214) palyatif bakımda sadece ağrı kontrolünün yapılma durumunu uygunsuz olarak değerlendirdiği saptandı (Tablo 4.4). Yapılan bir çalışmada, sağlık personelinin çoğunun "Palyatif bakım terminal dönem kanser hastaları için sunulan hizmetleri kapsar" ifadesine katıldıkları, yaklaşık yarısının "palyatif bakım sadece ağrı kontrolünü içerir" ifadesine katılmadıkları saptanmıştır. Palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyi, meslek, eğitim durumu/uzmanlık alanı, yaş ve çalışılan kliniklerin ifadelerine katılma durumunu etkilediği belirtilmiştir (Turgay, 2010). Mahon ve McAuley 'in (2010) çalışmasında, katılımcıların "sadece terminal dönemdeki hastaların palyatif bakım alması gerektiğine" katıldıklarını belirtmektedir. Benzer çalışmada da, sağlık personellerinin "palyatif bakım nedir?" sorusuna verdikleri yanıtların %65,9'unun "terminal bakım" olduğu tespit edilmiştir (Yıldız ve Oğur, 2018). Çalışma bulgumuz, mevcut çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Hemşirelerin palyatif bakımın sadece terminal dönemdeki hastaya verilmesi gerektiğinde hemfikir oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada, hemşirelerin %33,3'nün (n=58) ölümü "yaşamın sona ermesi" olarak tanımladığı, %8,0'nin "sonsuzluk", %13,8'nin "farklı bir boyuta geçiş", "yok oluş", yeni bir başlangıç" olarak tanımladığı, %12'sinin "doğal, kurtuluş, olması gereken" olarak tanımladığı, %6,8'nin ise "acıların son bulması", "başlangıç" olarak tanımlandığı saptandı (Tablo 4.5). İnci (2008) çalışmasında, hemşirelerin yüksek çoğunluğunun ölümle karşılaştığı ve ölümü doğal karşıladığını ve acılarının sonlandığını düşündüklerini, çalışma süresi ile ölüme karşı olumlu bir kabullenme arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. İnci ve Öz (2012) çalışmalarında araştırma bulgularımızı destekler nitelikte hemşirelerin %33'ünün ölümü yaşamın son bulması olarak tanımlarken %27'sinin ayrılık yanıtını verdiği sonucuna ulaşmıştır. Literatürde çalışmamıza paralel olarak hemşirelerin büyük çoğunluğu ölümü tüm hayati fonksiyonların kaybı ve yaşamın sonu olarak, bir kısmı ise yeni bir başlangıç olarak tanımlamıştır (Karahisar, 2006; Ay, 2013; Temelli, 2018). Hemşirelerin terminal dönemdeki hastaya bakarken sıklıkla ölümle karşılaşması ve ölümün kaçınılmaz bir son olduğunu bilmesi, ölümü doğal bir süreç olarak düşünmelerine

neden olabilir (Selçuk ve Avcı, 2015). Benzer tanımların çoğunlukta olması hemşirelerin çalışma hayatlarında ölümle sık karşılaşması, duruma fizyolojik açıdan yaklaşması, ona çok fazla anlam yüklemekten ve empati kurmaktan kaçınması, dini inançların etkisi, ölümü kabullenmeleri etkileyebilir. Hemşirenin ölüm algısı, terminal evredeki hastaya yaklaşımı ve bakım kalitesini etkileyebilmektedir.

Palyatif bakım ekibinde yer alan, bakım odaklı çalışan ve hasta ile en çok vakit geçiren sağlık profesyonelleri hemşirelerdir. Bu nedenle, hemşirelerin palyatif bakım hizmetini etkin ve kaliteli bir şekilde verebilmesi ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi için palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli olması önemlidir. Çalışmada, hemşirelerin palyatif bakım bilgi testi toplam puanları 0 ile 20 arasında değişmekte olup; ortalaması  $10,37 \pm 1,79$ 'dur. En yüksek puanın ağırlık boyutundan olduğu ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varıldı (Tablo 4.6). Palyatif bakımın, hemşirelerin eğitildiği ülkenin sağlık bakım sistemine entegrasyonunun hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgilerini ve tutumlarını önemli ölçüde etkilemektedir (Abudari et al., 2014). Seven (2015) çalışmasında, hemşirelerin PBBT den aldıkları ortalama puan 6,35 olarak saptanmıştır, Kuzey İrlanda'da bakım evi yöneticilerinin palyatif bakım bilgi düzeyi ortalaması 12.89 (0-20) olarak bulunmuştur (Mitchell et al., 2016). Sierra et al. (2017) çalışmasında, bir İspanyol hastanesinde hemşirelerin palyatif bakım bilgisinin orta düzeyde (%54) olduğu saptanmıştır. Al Qadire (2014) Ürdün'de 220 hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada, palyatif bakım bilgi puanı ortalaması 8.0 (0-18) olarak bulunmuş ve öğrencilerin palyatif bakım bilgilerinin akademik düzeylerinden güçlü bir şekilde etkilendiğini saptanmıştır. Özveren ve ark. (2018) çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin bakım dersini almadan önce palyatif bakım bilgi testinden 20 puan üzerinden 10 puan aldıkları, dersin sonunda ise 15.2 puan aldıkları belirlenmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da hemşirelerin aynı ve benzer bilgi ölçeklerinden düşük ve de orta düzeyde puan aldığı sonucuna varılmıştır (Proctor et al., 2000; Knapp et al., 2009; Abudari et al., 2014; Kim and Hwang, 2014). Çalışmamızda literatür ile benzer bulgular elde edilmiş ve hemşirelerin palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüştür. Bu duruma hemşirelerin öğrencilik dönemlerindeki derslerde ve mesleki dönemlerinde hizmet içi eğitim etkinliklerinde palyatif bakım konusuna yeterince yer verilmemesi, palyatif bakımın yeterince önemsenmemesi, çoğu yerde

hizmetin ayrı bir klinik ve ekip tarafından verilmeyişi, bu alanda çalışanların yeterli düzeyde eğitime sahip olmasının etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmada, hemşirelerin İÖ toplam puanları 19 ile 68 arasında değişmekte olup; ortalaması  $54,65 \pm 8,03$  olarak saptandı ve iyi ölüme yönelik algılarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.7). Gibson et al. (2008) tarafından, Kanada’da bir bakım evindeki personellerin iyi bir ölüm hakkındaki görüş farklılıklarını tanımlamak amacıyla yapılan çalışmada, “ölümün ani ve beklenmedik olması”, “bedensel işlevlerin sonuna kadar kontrol edilmesi” ve “ölüme kadar zihinsel uyanıklık olması” maddelerini önemsiz bulunduğu saptanmıştır. Çevik’in (2010) çalışmasında, hemşirelerin tamamına yakınının son dönem hastanın yakınlarına ziyaret kısıtlaması olmamasının, ölüm anında yakınlarıyla beraber olmasının önemli olduğunu ifade ettiklerini saptanmıştır. Mc Callum and Mc Conigley (2013) yürüttüğü çalışma sonucunda; yaşam sonu bakım veren hemşirelerin saygınlığının korunması için; ağrının azaltılması, fiziksel bakımın iyi bir şekilde sürdürülmesi, etkili ekip çalışması, hasta ve ailesi için fiziksel ve duygusal huzurun, manevi rahatlığın sağlanması gerektiğini düşündüğü belirtilmektedir. Ülkemizde, 102 yoğun bakım hemşiresiyle yapılan bir çalışmada, İyi Ölüm Ölçeği toplam puanı orta (56,75) düzeyde olduğu ve Frommelt Ölçeği puanı yüksek (95,10) olduğu, uygun bakım verildiğinde ölümü olumlu bir deneyim olarak algıladıkları saptanmıştır (Ceyhan ve ark., 2018). Badır ve ark. (2016) ikinci ve üçüncü düzey yoğun bakımda çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada, %78.4’ünün yaşam sonu bakım kararlarına aile katılımının önemli olduğunu, tedaviyi geri çekerken %87’sinin hasta ve ailesinin dini ve manevi görevlerini yerine getirmeleri gerektiğini, %48’nin hastaların yoğun bakım ünitesinde gereksiz tutulduğunu belirttiklerini saptanmıştır. Onkoloji hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarının belirlendiği bir çalışmada, yaklaşık üçte birinde (%33-35) olumlu algı olduğu, çoğunluğu (%67) yaşam sonu bakım olayları ve durumları konusunda belirsiz ya da kararsız olduğu görülmüştür (Libo-on and Nashwan, 2017). Hemşireler hasta için iyi ve huzurlu bir ölümün kendi evinde sevdikleriyle, ağrısız, kaliteli bir tedavi ve bakımla, mutlu edilerek fiziksel ve psikolojik olarak yeterli destek sağlanarak palyatif bakım alması gerektiğini belirttikleri de vurgulanmaktadır (Temelli, 2018). Çalışmamızdaki ölçek puanları ve benzer ölçeklerden alınan puan ortalamaları ile benzerlik göstermektedir. Literatüre ve çalışmamız bulgularına bakıldığında,

hemşirelerin ölüm algılarına yönelik tutumlarının olumlu olduğu ancak ölmekte olan hastaya bakarken duygusal olarak zorlandıkları söylenebilir.

Hemşirelerin palyatif bakım bilgi testi dispne alt boyutu puanları ile iyi ölüm ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde ve %20,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,01$ ), (Tablo 4.8).

Erkeklerin PBBT dispne alt boyutu puanları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek saptanırken, kadınların da İÖ toplam puanları, erkeklerden yüksek olarak belirlendi. 30 yaş ve üzerinde olanların psikiyatrik alt boyutu puanları, 30 yaşın altında olanlardan yüksek saptandı ( $p<0,05$ ). Yüksek lisans mezunlarının İÖÖ toplam puanları, sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunlarından yüksek belirlenmiştir. Çalışmada, buldukları klinikte 3 yıldan daha az çalışanların PBBT felsefe alt boyutu puanları, 3 yıl ve üzerinde çalışanlardan yüksek saptanırken, buldukları klinikte 3 yıl ve üzeri süredir çalışanların İÖÖ toplam puanları, 3 yıldan daha az çalışanlardan yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ) (Tablo 4.9). Nakazawa et al. (2009) çalışmasında, hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyi ile hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme ve tecrübe yılı arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin ölüme yönelik olumlu tutumlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Braun et al., 2010). Katar'da yapılan bir çalışmada, hemşirelerin sadece %43,6'sının bilgi sahibi olduğu, %56'sının palyatif bakım hakkında, özellikle ölmekte olan hastaların bakımı, iletişim stratejileri, bakıcı desteği, psikososyal bakım, ağrı ve diğer semptom yönetimini ve etik/manevi meseleler konusunda eğitime ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (El-Kindi ve ark., 2014). Suudi Arabistan'da (Abudari et al., 2014), Ölüm Bakımına Karşı Frommelt Tutum ölçeği (FATCOD) içeren bir anket 19 ülkeden 395 hemşire tarafından doldurulan çalışmada, hemşireler FATCOD ölçeğinde 150 üzerinden ortalama 111,66 ve PCQN' de 20 üzerinden 9,06 puan almıştır. Ölüm ve yaşam sonu bakımına ilişkin tutumlarının yüksek oranda olumlu olduğu saptanmıştır. Seven (2015) yaptığı çalışmada sağlık profesyonellerinin palyatif bakım bilgilerinin düşük, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Wilson et al. (2016) göre, hemşirelerin palyatif bakım bilgisi seviyesi ve çalışma yılı arttıkça ölüme ve palyatif bakıma yönelik tutumların daha olumlu hale geldiğini vurgulamaktadırlar. Çalışma bulgularımız diğer çalışmalara paraleldir ve bu bulgulara dayanarak; yaş,

palyatif bakım bilgi seviyesi, tecrübe yılı arttıkça ölüme karşı tutumun olumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada, palyatif bakım hakkında bilgisi olanların psikiyatrik alt boyutu puanları, bilgisi olmayanlardan daha yüksek idi (Tablo 4.10). Çalıştıkları birimde ölümlerle karşılaşanların ölüm olgusuyla ilk karşılaştıklarında hissettikleri durumlar arasında durumu doğal karşılayanların ağrı alt boyutu puanları, acıların sona erdiğini düşünenlerden daha yüksek saptandı ( $p<0,017$ ). Çalışmada, terminal dönemdeki bir hastaya bakım verenlerin psikiyatrik alt boyutu puanları, bakım vermeyenlerden daha yüksek idi ( $p<0,05$ ). Genel sağlık durumu değerlendirmeleri arasında genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirenlerin dispne alt boyutu puanları, genel sağlık durumunu orta ve kötü/çok kötü olarak değerlendirenlerden daha düşük idi ( $p<0,017$ ), (Tablo 4.10). Çalışma bulguları terminal dönemdeki bir hastaya bakım verenlerin psikiyatrik boyuttaki puanları, bakım vermeyenlerden daha yüksek olması sonucuna götürmüştür. Bunun nedeni, terminal dönemdeki hastayla daha çok vakit geçirmek, yaşadığı deneyimler ve bu konuda daha fazla bilgi sahibi olması olabilir.

Çalışmada, palyatif bakımın sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olması durumunu uygun bulmayan hemşirelerin palyatif bakım bilgi testi toplam puanları, uygun bulanlardan yüksek saptandı. Palyatif bakımın sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanma durumunu uygun bulan hemşirelerin dispne alt boyutu puanları, uygun bulmayanlardan yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ). Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolünün yapılma durumunu uygun bulmayan hemşirelerin felsefe alt boyutu puanları, uygun bulanlarda yüksek saptandı ( $p<0,01$ ). Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolünün yapılma durumunu uygun bulan hemşirelerin dispne alt boyutu puanları, uygun bulmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ( $p<0,05$ ), (Tablo 4.11). Bu bulgular doğrultusunda palyatif bakımı doğru tanımlayan hemşirelerin, PBBT puanlarının olumlu yönde yükseldiği söylenebilir.

## 5.2.Sonuç ve Öneriler

### *Çalışmadan elde edilen sonuçlar;*

- Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamalarının 30,15; çoğunluğunun kadın (%78,5), lisans mezunu (%70) ve çalışma yılı ortalamasının 7,5 yıl olduğu belirlendi.
- Hemşirelerin %83,1'inin palyatif bakım hakkında bilgisi olduğu ve olanların %66'sının bu bilgileri lisans eğitimi sırasında aldıkları saptandı.
- Hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyleri orta olup, iyi ölüme yönelik algıları yüksek düzeyde olumlu idi.
- Palyatif bakımın sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olmasını doğru bulmayan hemşirelerin PBBT puanları, doğru bulanlardan yüksek saptandı.
- Hemşirelerin %33,3'ü ölümü "yaşamın sona ermesi" olarak tanımladı ve kadınların İÖÖ puanları, erkeklerden daha yüksek idi.
- Yüksek lisans mezunlarının ve 3 yıl ve üzeri çalışanların İÖÖ ortalama puanları, diğer öğrenim düzeylerinden ve 3 yıldan az çalışanlardan yüksek olarak tespit edildi.
- Öğrenim düzeyi, çalışma yılı, çalışılan birim, palyatif bakım hakkındaki bilgileri, palyatif bakım bilgi düzeylerini etkilemektedir, ancak hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarını etkilememektedir.

### *Elde edilen bu sonuçlara dayanarak önerilerimiz;*

- Sağlık personelinde palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi için; palyatif bakım hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması,

- Hemşirelik fakülte ve yüksekokulları ve ilgili meslek gruplarının lisans ve lisansüstü eğitim müfredatında palyatif bakım konusunun yer almasının sağlanması, mezuniyet sonrası sertifikasyonlu eğitim modülünün geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- Sağlık personelinin palyatif bakım konusunda tutum ve davranışlarına yönelik daha fazla çalışmalar yapılması önerilmektedir.





## 6. KAYNAKÇA

Abudari, G., Zahreddine, H., Hazeim, H., Assi, M.A., Emara, S. (2014), Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(9):435-41. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.9.435.

Ahmedzai, S.H., Costa, A, Blengini, C., Bosch, A, Sanz-Ortiz, J. (2004), A New International Framework for Palliative Care. *European Journal of Cancer*, 40: 2192-2200.

Aksu, T., Fadıloğlu, Ç. (2012), İyi Ölüm Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29: (1-15).

Akyüz, S. (2014), Kanser Hastalarına Uygulanacak Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Jülide Yıldırım Öcal).

Al Qadire, M. (2014), Knowledge of palliative care: an online survey. *Nurse Education Today*, 34 (5): 714-8. doi: 10.1016 / j.nedt.2013.08.019.

Aydoğan, F., Uygun, K. (2011), Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim*, 24(3): 4-9.

Ay, M.A., (2013), Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta Ve Ötenaziye İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi , T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz).

Ay, F., Gençtürk, N. (2013), Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem Ve Palyatif Bakım İle İlgili Görüşleri: Odak Grup Çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3):164-171.

Bağçivan, G. (2018), Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi- Palyatif Bakım (Functional Assessment Of Chronic Therapypalliative Care (Facit-Pal) Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Epidemiyoloji Programı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Bahar Güçiz Doğan).

Badır, A., Topçu, I., Türkmen, E., Göktepe, N., Miral, M., Ersoy, N., Akın, N. (2016), Turkish critical care nurses' views on end-of-life decision making and practices. *Nursing In Critical Care*, 21(6):334-342. doi: 10.1111/nicc.

Bahar, A., Ovayolu, Ö., Ovayolu, N, (2019), Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar Ve Hemşirelik Yönetimi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*.

Bar-Sela, G., Omer, A., Flechter, E., Zalman, D. (2010), Treatment of lower extremity edema by subcutaneous drainage in palliative care of advanced cancer patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 27:272-5.

Baryluk, M., Coulson, K., Hycha, D., Lundy, M., McQuinn, P.A., O'Brien, L.A. (2002), The Canadian Hospice Palliative Care Association Nursing Standards Committee, Hospice Palliative Care Nursing Standards Of Practice.

Benli, A.R., Erbesler, Z.A. (2016), Türkiye’de palyatif bakımda uygulama ve anlayış farklılıkları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 20 (1): 5-6, doi: 10.15511/tahd.15.21605.

Bilge, A., Çam, O. (2004), Ölüm sürecindeki hastaya ve yakınına psikiyatri hemşiresinin terapötik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20:2:127-36.

Bilge, A., Embel, N., Kaya, F.G., (2013), Sağlık Profesyoneli Olacak Öğrencilerin Ölümüne Karşı Tutumları, Ölüm Kaygıları Arasındaki İlişki Ve Bunları Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi (Journal Of Psychiatric Nursing)*, 4(3):119-124

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): 287-296.

Braun, M., Gordon, D., Uziely, B. (2010), Associations between oncology nurses’ attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncol Nurs Forum*, 37(1):E43-E50.

Biol, L. (2004). Terminal Evredeki Hasta Bakımı, İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı (Ed. Akdemir N, Biol L), Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara.

Büken, N.Ö. (2011), Yoğun Bakım Ünitelerinde Etik Karar Verme ve Hastane Etik Komiteleri. *Flora Dergisi*, 16: 51-60.

Centeno, D. Clark, T. Lynch, et al.(2007), *Atlas of Palliative Care in Europe*. International Association for Hospice and Palliative Care, Milan. ISBN 0975852558

Ceyhan, Ö., Özen, B., Zincir, H., Şimşek, N., Başaran, M. (2018), How intensive care nurses perceive good death. *Journal Death Studies*, 42 (10): 667-672. doi: 10.1080/07481187.2018.1430084.

Çakırcalı, E. (2000), Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. 3. Baskı, İzmir: E.Ü. Basımevi.

Çevik, B., Kav, S. (2013), Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. *Cancer Nursing*, 36(6), 58-65, doi: 10.1097/NCC.0b013e318276924c.

Çevik, B. (2010), Hemşirelerin Ölümüne Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları Ve Deneyimleri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Sultan Kav).

Çevik, K., Eşer, İ. (2014), Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22 (2): 76-83.

Dağ, A., Badır, A. (2017), Hekim ve Hemşirelerin Bazı Özelliklerinin Saygın Ölüm İnkelerine İlişkin Tutumlar Üzerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10 (4), 186-192 .

Demir, M., (2016), Palyatif Bakım Etiği. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Ve Etik Anabilim Dalı, *Yoğun Bakım Dergisi*, 7: 62-6. Ankara.

Dimoula, M., Kotronoulas, G., Katsaragakis, S., Christou, M., Sgourou, S., Patiraki, E. (2019), Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. *Nurse Education Today*, doi: 10.1016/j.nedt.2018.11.025.

Dirimen, Arıkan, G. (2016), Palyatif Bakım Tanımı ve Felsefesi. Derleme, *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 8 (3) , 1-5.

Doyle, D., Woodruff, R. (2008), The International Association Association for Hospice and Palliative Care Manual of Palliative Care 2nd Edition, The International Association of Press Clubs.

Dunn, K.S., Otten, C., Stephens, E. (2005), Nursing experience and the care of dying patients. *Oncol Nurs Forum*, 32:97-104.

Elçigil, A. (2012), Derleme, *Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi*, 54: 329-334. Doi: 10.5455/Gulhane.30582, İzmir.

El-Kindi, S.G., Zeinah, G.F., Hassan, A.A. (2014), Palliative care knowledge and attitudes among oncology nurses in Qatar. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 31(5):469-74.doi: 10.1177/1049909113489874.

Eskigölek, Y. (2018), Palyatif Bakım Hastalarının Ve Hemşirelerin İtibarlı Bakıma İlişkin Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Sultan Kav).

Filiz, N.Y., Dikmen, Y. (2017), Yaşam Sonu Bakım Uygulamalarında Hasta Savunuculuğu. *Journal of Human Rhythm*, 3(2):95-100.

Gibson MC., Gutmanis, I, Clarke, H., Wiltshire D., Feron,A., Gorman, E. (2008), Staff opinions about the components of a good death in long-term care. *International Journal of Palliative Nursing*, 14 (8): 374-81, doi: 10.12968/ijpn.2008.14.7.30772

Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M. (2010), Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1, 1-6.

Ho T.M., Barbero E., Hidalgo C., Camps C. (2010). Spanish nephrology nurses’ views and attitudes towards caring for dying patients. *Journal of Renal Care*, 36(1), 2–8, doi: 10.1111 / j.1755-6686.2010.00141.x.

Hürrem, C., Balık, A., Buzlu, S. (2018), Sağlık Çalışanlarını Güçlendirme Kanser Hastasında Kanıtı Dayalı Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. Prof. Dr. Gülbeyaz Can İsnb: 978-605-335-396-6 S:189-198.

Işık, A.E. (2008), Ölümüne karşı tutum ölçeği’ nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği, Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Çiçek Fadiloğlu )

İnci, F. (2008), Hemşirelere Uygulanan Ölümüne İlişkin Eğitimin Hemşirelerin Kaygı, Depresyon ve Tutumlarına Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşirelik Programı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Fatma Öz).

İnci, F., Öz, F. (2009), Ölüm Eğitiminin Hemşirelerin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon Ve Ölümcül Hastaya Tutumlarına Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (4), 253- 260.

İnci, F., Öz, F. (2012), “Palyatif Bakım Ve Ölüm Kaygısı”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2):178-187.

Kabalak, A.A. (2017), Türkiye’ de palyatif bakım çalışmaları. *Journal of Anesthesiology and Reanimation*, 10(1): 7-12.

Kabalak, A.A., Öztürk, H., Çağıl, H. (2013), “Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım”. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2):56-70, Ankara.

Kabalak, A.A., Öztürk, H., Erdem, A.T. (2013) S.B. Ulus Devlet Hastanesi’nde kapsamlı palyatif bakım merkezi uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2(2), 122-126.

Kabalak, A.A., Kahveci, K., Gökçınar, D., Özdoğan, N., Çağıl, H. (2013), Structuring Of Palliative Care In Ankara Ulus State Hospital, Turkey. *Journal of Palliative Care Medicine*, 3: 162.

Kahveci, K., Gökçınar, D. (2014). Palyatif Bakım, Dünyada Ve Türkiye’de Palyatif Bakım. Gökçınar, D. (Eds), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s:1-6.

Karadağ, G., Uçan, Ö. (2012), Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(3): 42- 51.

Karahisar, F. (2006), Ölümcül Hasta, Hemşire Ve Hekimlerin Ölüm Ve Ötenaziye İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi, T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Mağfıret Kara Kaşıkçı)

Kaya, A. (2015), Türkiye’de Ve Dünyada Palyatif Bakım. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi*, Erişim tarihi: 20.11.2019, [Elektronik Dergi].

Kim, S., Hwang, W.J. (2014), Palliative care for those with heart failure: nurses' knowledge, attitude, and preparedness to practice. *European Journal Cardiovascular Nursing*, 13(2):124-33. doi: 10.1177/1474515113519521.

Kinlaw, K. (2005), Ethical issues in palliative care. *Semin Oncol Nurs* , s. 63 – 68.

Kirkpatrick, A.J., Cantrell, M.A., Smeltzer, S.C. (2017), A concept analysis of palliative care nursing advancing nursing theory. *Advances in Nursing Science*; 40(4), 356-369.

Klaschik, E., Nauck, F. (1998), Historical development of palliative medicine. *Zentralbl Chir.* 123(6) 620-623. PMID: 9703635.

Knapp, C.A., Madden, V., Wang, H., Kassing, K., Curtis, C., Sloyer, P., Shenkman, E.A. (2009), Paediatric nurses' knowledge of palliative care in Florida: a quantitative study. *Int J Palliat Nurs.* ;15(9):432-9.

Koç, Z., Sağlam, Z. (2008), Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12:13-21.

Kozlov, E., Reid, M.C., Marangoz, B.D. (2017), Improving patient knowledge of palliative care: A randomized controlled intervention study. *Patient Education and Counseling*, 100(5):1007-1011, United States, doi: 10.1016/j.pec.2016.12.022.

Kömürcü, Ş., Erkişi, M. (2004), Palyatif Bakım Organizasyonu İle İlgili Avrupa Birliği Bakanlar Tavsiye Raporu Rec (2003) 24. İstanbul: Turgut Yayıncılık.

Kömürcü, Ş., Tanrıverdi, Ö. Palyatif Bakım Ünitelerinde Yapılanma. 176201612846-33 Bölüm 32, s:391-405.

Kurşun, Ş., Kanan, N. (2012), Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4): 229-235.

Lancaster, R.J., Kautzmann, C., Micheal, J.C.J., Chandrasekaran, L., Jambunathan J., Chapin, T.M. (2017), Attitudes of nurses towards care of the dying patient in India. *International Journal of Palliative Nursing*, 2;23(11):558-566, doi: 10.12968/ijpn.2017.23.11.558.

Libo-on, I.L., Nashwan, A.J. (2017), Oncology nurses' perceptions of end-of-life care in a tertiary cancer centre in Qatar. *International Journal of Palliative Nursing*, 2;23(2):66-73. doi: 10.12968/ijpn.2017.23.2.66.

Lo, B. (2005). Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. (Ed 2), Lippincott Williams and Wilkes, Philadelphia, PA, pp. 117-124.

Lynch, M., Dahlin, C., Coakley, E., Hultman, T. (2011), Palliative Care Nursing: Defining The Discipline?. *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 13 (2): 106-111.

Lynch, T., Concor, S., Clark, D. (2013), Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. *Journal of Pain and Symptom Management*, ss:1094-1106

Mahon, M.M ., McAuley, W. J. (2010), Oncology Nurses' Personal Understandings About Palliative Care. *Oncology Nursing Forum* , Vol. 37 Issue 3, pE141-E150. 10p. 1 Chart.

Matsui, M., Braun, K. (2010), Nurses' and care workers' attitudes toward death and caring for dying older adults in Japan. *International Journal of Palliative Nursing*, 16 (12): 593-8, doi:10,12968 / ijpn.2010.16.12.593.

McCabe, M.S., Coyle, N. (2014), Ethical and Legal Issues in Palliative Care. *Semin Oncol Nurs*, , Ss:287-295, <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.011>.

McCallum, A., McConigley, R. (2013), Nurses' perceptions of caring for dying patients in an open critical care unit: A descriptive exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(1), 25-30.

Menekli, T., Fadiloğlu, Ç. (2014), Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4):222-229.

Mitchell, G., McGreevy, J., Preshaw, D.H., Agnelli, J., Diamond, M. (2016), Care home managers' knowledge of palliative care: a Northern Irish study. *International journal of Palliative Nursing*, 22(5):230-5, doi: 10.12968/ijpn.2016.22.5.230.

Moore, C.D., (2005), Communication Issues And Advance Care Planning. *Seminars in Oncology Nursing*, 21: 11- 19.

Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., Ogasawara, T. (2009), The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative medicine*, 00:1-12.

Nelson, J., Cortez, T., Curtis, R.J., Lustbader, D., Mosenthal, A., Mulkerin, C., Ray, D et al., (2011), The Changing Role of Palliative Care in the ICU. *J Hosp Palliat Nurs*., 13(2): 89–94., doi: 10.1097/NJH.0b013e318203d9ff

Öz, F. (2004), Sağlık alanında temel kavramlar: Kayıp, ölüm ve yas sureci. 1. baskı. Ankara: İmaj iç ve Dış Ticaret Anonim şirketi, s. 276-318

Özkan, S. (2011), Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı' nda (KOAH) Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1): 69-74.

Özkaya, H. (2018), Uluslararası Katılımlı Palyatif Bakım ve Hospis Kongresi. ss:8-12.

Özveren, H., Kırca, K., Gülnar, E, Bora, Güneş, N. (2018), Palyatif Bakım Dersinin Öğrencilerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgisine Etkisi, *Journal of Academic Research of Nursing*, 24(2):100-107.

Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, O. (2008), A Matter Of Definition Key Elements Identified İn A Discourse Analysis Of Definitions Of Palliative Care. *Palliative Medicine*, 22 (3):222-232.

Polat, U., Karataş, T. (2018), Nursing Students' Knowledge of Palliative Care at a University in Turkey. *Research and Theory of Nursing Practice*, 32(3):276-295. doi: 10.1891/1541-6577.32.3.276.

Proctor, M., Grealish., L., Coates, M., Sears, P. (200). Nurse's knowledge of palliative care in the Australian Capital Territory. *Int J Palliat Nurs*, 6(9):421-8. doi:10.12968/ijpn.2000.6.9.9053.

Reville, B., Axelrod, D., Maury, R. (2009), Palliative Care for the Cancer Patient. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 36; 4, 781-810.

Selçuk, K.T., Avcı, D. (2015) Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ölüme karşı tutumları ve ilişkili etmenler. *Literatür Sempozyum*, 8:26-32.

Seven, A. (2015), Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Ve Ölmekte olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, (Danışman: Dr. Havva Sert).

Schwartz, C.E., Mazor, K., Rogers, J., Yunsheng, M.A., Reed, G. (2003), Validation of a New Measure of Concept of a Good Death. *Journal of palliative medicine*, 6(4): 4-7.

Sierra, E.C., Sabater, A.M., Moñux, Y.L. (2017), Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *The Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25: e2847. doi: 10.1590/1518-8345.1610.2847.

Uslu, Şahan, F., Terzioğlu, F. (2015), "Dünyada Ve Türkiye'de Palyatif Bakım Örgütlenmesi". *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2): 81-90.

Şen, S., Aygin, Y., Sert, H. (2016), "Palyatif Onkolojik Tedaviler Ve Bakım". *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 21-35.

Taylor, A., Box, M. (1999), Multicultural Palliative Care Guidelines.

Temelli, G. (2018), Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algısı Ve Palyatif Bakım Uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bolu, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Birgül Cerit).

Trost, J.E. (1986), Statistically nonrepresentative stratified sampling: A sampling technique for qualitative studies. *Qualitative sociology*, 9(1), 54-57.

Tuncer, M. (2009, Palyatif Bakım Programı İçinde: Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015 (Editör: Tuncer, M). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No:760; Ss:92-110.



Turgay, G. (2010), Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Sultan Kav).

Uslu, F. (2013). Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Füsün Terzioğlu).

Utlu, G. (2015), Kanser Hastalarında Palyatif Bakım Ve Destek Servisinde Narkotik Analjezik Kullanımı, Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir.

Uzelli, Yılmaz, D., Akın, Korhan, E., Khorshid, L. (2017), Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(3), 2968-2980, doi: 10.14687/jhs.v14i3.4828.

Ünal, S., Zenciroğlu, A. (2016), Yenidoğanlarda Palyatif Bakım. Derleme. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2: 149-155, doi: 10.12956/tjpd.2016.216.

Üstün, B., Akgun, E., Partlak, N. (2005), Hemşirelikte iletişim becerileri öğretimi: ölüme beklenen hasta ve ailesine yaklaşım, 1. Baskı, İzmir: Okullar Yayınevi Matbaacılık ve Elektronik Sanayi Ticaret Ltd. Şti., s: 213-6.

Vural, H., Doğan, S., Salk, S., Aslan, O ve Ark., (1998), Hemşirelik esasları: Ölümcül hasta ve hemşirelik bakımı. Ankara: Gata Basımevi, s: 322-32.

Yıldız, Ö.F., Oğur, S. (2018). Knowledge and Attitudes of Health Personnel on Palliative Care: Sample of Bitlis Province. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8 (2), 411-438.

Yılmaz, E., Vermişli, S. (2015), Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölüme Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2): 41-46.

Yılmaz, M. (2010), Kayıp Yaşantısı: Bir Olgu Sunumu. Maltepe Üniversitesi *Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 150-155.

Wang, L., Li, C., Zhang, Q., Li, Y. (2018), Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China. *International Journal of Palliative Nursing*, 24 (1): 33-39, doi:10.12968/ijpn.2018.24.1.33.

Wessel, E.M., Rutledge, D.N. (2005), Home Care And Hospice Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For The Dying: Effects Of Palliative Care Education. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing*, 7(4), 212-218.

Wienczek, C., Coyne, P. (2014), Palliative Care Delivery Models. *Seminars in Oncology Nursing*, ss: 227-233, <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.004>

Wilson, O., Avalos, G., Dowling, M. (2016), Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. *British Journal of Nursing* 9-22; 25 (11): 600-5. doi:10.12968/bjon.2016.25.11.600.

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Platt, C. (2014), Palliative Care Communication. *Seminars in Oncology Nursing*, ss: 280-286 , <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2014.08.010>.

Woitha, K., Garralda, E., Martin-Moreno, J.M ., Centeno, C. (2016). Ranking of Palliative Care Development in the Countries of the European Union. *Journal of Pain and Symptom Management*, ss: 370-377.

Center to Advance Palliative Care, (2014), Hospital-based Palliative Care, <https://www.capc.org/search/?q=+Hospital-based+palliative+care>., Erişim Tarihi: 11.12.2019).

Sağlık Bakanlığı (2015), Palyatif Bakım Hemşireliği Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları. In: Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21354,palyatif-bakim-standartlaripdf.pdf?0>., Ankara.

TC. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼. (2010), T¼rkiye Onkoloji Hizmetleri Yeniden Yapılanma Programı 2010-2023. Ankara.

Worldwide Palliative Care Alliance. (2014), Global Atlas Of Palliative Care At The End Of Life. WPCA London.

D¼nya Sağlık Örg¼t¼ (World Health Organization, WHO) (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim tarihi: 01.02.2018)

D¼nya Sağlık Örg¼t¼ (WHO) Definition Of Palliative Care. (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim Tarihi:11. Aralık.2019).

Sağlık Bakanlığı (2014), 2014 Yılı Birim Faaliyet Raporu. (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-anasayfa>., Erişim tarihi: 3 Aralık 2019).

Sağlık Bakanlığı (2019), Kamu Hastaneler M¼d¼rl¼ę¼ Palyatif Bakım Hizmetleri. (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>. Erişim tarihi: 11 Aralık 2019)

Sağlık Bakanlığı, (2015), Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi Available from: (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2817,palyatif-bakim-hizmetleriyonergesipdf.pdf?0>., Erişim Tarihi:10.11.2019)

Sağlık Bakanlığı. (2018), Palyatif Bakım Hizmetleri Available from: (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php?plaka=14>. Erişim Tarihi: 15.11.2019).

Ulusal Kanser Kontrol Programı (2013-2018), T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, ([https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal\\_Kanser\\_Kontrol\\_Plani\\_2013\\_2018.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf) Erişim tarihi: 11.10.2019)

World Health Organization, (2004), Integrated Management Of Adult Illnesses, Palliative Care:Symptom Management And End Of Life Care. <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf>

World Health Organization (WHO), (<Http://Www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs402/En/>. Erişim tarihi: 03.02.2018).

Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) And Who Global Atlas Of Palliative Care, (2014), ([Http://Www.Who.Int/Nmh/Global\\_Atlas\\_Of\\_Palliative\\_Care.Pdf](Http://Www.Who.Int/Nmh/Global_Atlas_Of_Palliative_Care.Pdf). Erişim Tarihi: 2.7.2019).

## 8. EKLER

### Ek 1: Gönüllü Olur Formu

Sizi “ Hemşirelerin iyi ölüme yönelik algıları ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır.

Hemşirelerin iyi ölüme yönelik algılarını ve palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek istedik. Bu araştırmada sizlerden 20 sorudan oluşan “ Bilgi Formu”, 20 sorudan oluşan “Palyatif Bakım Bilgi Testi”, 17 sorudan oluşan “İyi Ölüm Ölçeği” doldurmanız istenmektedir.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan tüm hemşirelerin bu araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır.

Araştırmaya katılmayı red etme hakkına sahipsiniz. İstedığınız anda bana haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da gerek görüldüğünde araştırma dışında tutulabilirsiniz. Araştırmaya katıldığınızda herhangi bir ödeme ya da harcama yapmayacaksınız. Sizden alınan bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır.

/ / 2018

**Katılımcının imzası**

## Ek 2.Demografik Özellikler

### Tanıtım Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini ve iyi ölüme ilişkin algılarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. İçinizden geldiği gibi cevaplamanız araştırmanın bilimselliği için büyük önem taşımaktadır. Anket soruları içinde açık kimliğinizi ortaya çıkaracak nitelikte soru bulunmamaktadır.

Sorulara cevap verirken ”olması gerektiğini düşündüğünüz” değil,” olanı” belirtmeniz doğru sonuçlara ulaşması bakımından önemlidir. Lütfen soru atlamadan bütün sorulara cevap veriniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Doç. Dr. Azime KARAKOÇ KUMSAR  
DAMAK

Hemşire Nurhan

1)Yaşınız:

2)Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek

3)Medeni haliniz:  Evli  Bekar

4)Eğitim durumunuz Sağlık Mesleksesi isans Lisans  
Yüksek Lisans

5)Çalıştığınız birim:.....

6)Meslekte çalışma süreniz:.....Yıl :.....

7)Bulduğunuz klinikte çalışma süreniz:.....

8)Palyatif bakım hakkında bilginiz var mı?

8-A)Cevabınız evet ise bu bilgiyi nerden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- Lisans eğitimim sırasında  Kitap ve Dergilerden  
 Kongre/sempozyum/seminerlerden  İnternette  
 Hizmetçi Eğitim  Diğer....

B)Aldığınız bilgi/eğitimin içeriği?

- Kötü Haber Verme/İletişim Beceriler  Ağrı Yönetimi  
 Semptom Yönetimi (Bulantı,kusma)  Yas Süreciyle Başetme  
 Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Koşullar  Diğer...

9)Palyatif bakımla ilgili aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

- Evet  Kısmen  Hayır

10)Çalıştığınız kurumda palyatif bakımla ilgili düzenlenen hizmetçi eğitim programı var mı?

- Evet (İçeriği ve süresi: .....)  
 Hayır

11)Aşağıda palyatif bakımla ilgili verilen bilgilerden size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
11.1)Palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmettir.		
11.2)Palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şeklidir		
11.3)Palyatif bakım sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanır.		
11.4)Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır.		

12)Çalıştığınız birimde hiç ölümle karşılaştınız mı?  Evet  Hayır

12-A)Cevabınız Evet ise ölüm olgusuyla ilk karşılaştığınızda hissettiğiniz duygunuz ne oldu?

Hiçbirşey hissetmedim. Acılarının sona erdiğini ve kurtulduğunu düşündüm.

Korktum.  Doğal karşıladım.

Ağladım ve çok üzüldüm. Diğer...

13)Terminal dönemdeki hastaya bakım verdiniz mi/ veriyor sunuz? vet  
Hayır

13-A)Ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastanıza dokunmakta zorluk yaşadınız mı/yaşıyor musunuz?  Evet  Hayır

13-B)Ölmekte olan hastaya bakım verirken hangi duyguyu hissettiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Öfke  Keder-Üzün Ku  Başsızlık  
Suçluluk

14)Terminal dönemde yakınınız oldu?  E  Hayır

14)Terminal dönemdeki yakınınıza bakım verdini?  E  
Hayır

15)Terminal dönemdeki yakınınıza bakım verdini? Evet  Hayır

16) Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz?

Çok iyi  İyi  Orta  Kötü  Çok kötü

17) Ailenizde bakmakla sorumlu olduğunuz hasta birear mı?  Evet  
 Hayır

18) Birinci derece yakınlarınızdan ya da çok değer verdiğiniz bireyler arasında kayıp yaşadınız mı?

Evet  Hayır

19) Sizce iyi ölüm mümkün müdür ?  Evet  Hayır  Fikrim  
yok

20) Ölümü nasıl tanımlarsınız?





### Ek 3. Palyatif Bakım Bilgi Testi

	<b>PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ</b>	<b>Doğru</b>	<b>Yanlış</b>	<b>Bilmiyor</b>
Felsefe	Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.			
	Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.			
Ağrı	Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.			
	Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.			
	Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal antienflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.			
	Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin* ya da buprenorfin hidroklorür** opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır			
	Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.			
	Opioidlerin kullanımı sağkalım süresini etkilemez.			
Dispne	Morfin kanser hastalarında dispneyi hafifletmek için kullanılmalıdır.			
	Opioidler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.			
	Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.			
	Antikolinerjik ilaçlar veya skopolamin hidrobromür,** ölmek üzere olan hastaların bronşiyal sekresyonlarının azaltılmasında etkilidir.			
Psikiyatrik Problemler	Yaşamın son günlerindeki elektrolit dengesizliğiyle ilişkilendirilen uyuşukluk, sersemlik hali hastanın rahatsızlığını, huzursuzluğunu azaltır.			
	Benzodiyazepinler deliryumun kontrol edilmesinde etkilidir.			

	Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur.			
	Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.			
Gastrointes- tinal Problemler	Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.			
	Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.			
	İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.			
	Ölmek üzere olan hastalarda, intravenöz infüzyon ağız kuruluğunu azaltmada etkili olmayacaktır.			

### EK 3. Palyatif Bakım Bilgi Testi Ters Kodlanan Maddeler (devam)

	<b>PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ TERS KODLANAN MADDELER</b>
Felsefe	Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.
	Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.
Ağrı	Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.
	Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar kullanılmamalıdır.
	Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.
Dispne	Opioidler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.
	Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.
Psikiyatrik Problemler	Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.
Gastrointestinal Problemler	Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.
	Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.

#### Ek 4. İyi Ölüm Ölçeği

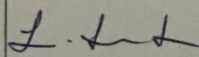
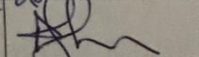
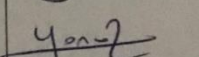
	Hiç Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
1. Ölümün ağrısız ya da büyük oranda ağrısız olması				
2. Ölüm süresinin kısa olması				
3. Ölümün ani ve beklenmedik olması				
4. Aile ve doktorların kişinin isteklerini gözlemlemesi				
5. Ölümün teknik araç gereç olmadan doğal olarak gerçekleşmesi				
6. Ölümün huzurlu olması				
7. Sevdiği birilerinin olması				
8. Kişinin manevi ihtiyaçlarının karşılanması				
9. Kişinin ölümü kabul edebilmesi				
10. Kişinin önemli görevlerini tamamlaması için bir şansa sahip olması				
11. Kişinin elveda diyebilmesi için bir fırsata sahip olması				
12. Kişinin evde olması				
13. Kişinin çok önemli olaylara kadar yaşaması				
14. Ölümün uyku sırasında olması				
15. Ölüme kadar zihinsel fonksiyonlarının sağlam olması				
16. Ölüme kadar bedensel fonksiyonlarının kontrol altında olması				
17. Ölüme kadar iletişim yeteneğinin olması				

## Ek 5. Etik Kurul Formu

**T.C.  
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

	Karar No: 2018/13-12
Tarih: 26.02.2018 Toplantı Sayısı: 13	Araştırmacı Yrd.Doç.Dr.Azime KARAKOÇ KUMSAR'ın planladığı "Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Algıları Ve Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri" konulu araştırma incelendi, yapılan inceleme sonucunda araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

### ÜYELER

Adı soyadı	Alanı	Bölümü	Katılım	İmza
Prof.Dr.Can Polat EYİGÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Tuba CEYHUN	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Yonca ZENGİNLER	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	

## EK 6. Kurum İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - İSTANBUL ŞİŞLİ HAMİDİYE  
ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
10/04/2018 13:08 - 79341859 - 799 - 8-6141  
00066806306

Sayı : 79341859-799  
Konu : Nurhan DAMAK'ın  
Tez Çalışması Hk.

### İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 05/04/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-1097 sayılı yazı

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nurhan DAMAK'ın, Yrd. Doç. Dr. Azime KARAKOÇ KUMSAR danışmanlığında yürütülen; "Hemşirelerin İyi Ölüme Yönelik Alguları ve Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri" konulu tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi Hastane yönetimlerimiz tarafından uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Prof. Dr.H.Mustafa ÖZDEMİR  
Başhekim

## Ek 7. Ölçek İzin Formu



**Nrhndmk** <nurhandamak@gmail.com>  
Alıcı: aseven ▾

21 Oca 2018 Paz 21:04



Merhaba Ahmet Bey

Ben Nurhan Damak.Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşireyim.Biruni Üniversitesi'nde Hemşirelik Yüksek Lisansımı yapıyorum.Yrd. Doç. Dr. Azime Karakoç Kumsar danışmanlığında yüksek lisans tezimi hemşirelerin palyatif bakımı üzerine yapmayı düşünüyorum ve ölçek olarak izin verirsiniz geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi ölçeğini kullanmak istiyorum.İzin verirsiniz orijinalini bana yollar mısınız?



**Ahmet Seven** <aseven@sakarya.edu.tr>  
Alıcı: ben ▾

22 Oca 2018 Pzt 09:24



Merhaba Nurhan Hanım,  
Ekte ölçeğe ilişkin bilgileri gönderiyorum. İstedığınız her konuda yardımcı olabilirim. Türkçe geçerliliğini yaptığımız çalışmayı da referans göstererek ölçeği kullanabilirsiniz.İyi çalışmalar...

21 Ocak 2018 21:04 tarihinde Nrhndmk <nurhandamak@gmail.com> yazdı:



**Nrhndmk** <nurhandamak@gmail.com>  
Alıcı: tugbaaksu2009 ▾

21 Oca 2018 Paz 20:13



Merhaba Tuğba Hanım,

Adım Nurhan DAMAK.Biruni Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim.İzniniz olursa Yüksek lisans tez çalışmamda ölçeğinizi kullanmak istiyorum.



**tuğba menekli** <tugbamenekli2013@gmail.com>  
Alıcı: ben ▾

22 Oca 2018 Pzt 09:30



Merhaba Nurhan hanım  
öncelikle tezinizde başarılar dilerim  
Elbette kullanabilirsiniz ölçeği, kolaylıklar dilerim

21 Ocak 2018 Pazar tarihinde, [nurhandamak@gmail.com](mailto:nurhandamak@gmail.com) <nurhandamak@gmail.com> yazdı:  
Merhaba Tuğba Hanım,

## 8. ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı: NURHAN DAMAK**

**Doğum Tarihi ve Yeri: 1990 - KORGAN**

**Mail Adresi:nurhandamak@gmail.com**

**Unvanı: Hemşire**

**Öğrenim Durumu: Lisans**

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
	Fatsa Yabancı Dil Ağırlıklı Lise Fen Bölümü	2008
	Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik	2012
	Amasya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Pedagojik Formasyon	2015
	Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı	2020

### İş Deneyimi :

Unvan	Görev	Yıl
Kadın Doğum Hemşiresi	Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi	2012
Cerrahi Hemşiresi	Ordu Avrasya Medi-tech Hastanesi	2012
Nöroşirurji ve Pediatrik Yoğun Bakım Hemşiresi	Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013
Öğretmen	İstanbul Çapa Özel Sağlık Meslek Lisesi	2016
Yoğun Bakım Hemşiresi	Ordu Kumru Devlet Hastanesi	2018



## Yayınları

Kaymak, Y., Derin Ulaşan, G., Açıktepe, B., Kundakçı, R., Sevim, A., Damak, N., Yaşar, N. (2015) .Kraniofarengiomlarda Cerrahi Sonrası Yoğun Bakım Ünitesinde Erken Dönem Hemşirelik Takip Parametrelerinin Değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirurji Dergisi*, (eps-01).

Kaymak, Y., Açıktepe, B., Derin Ulaşan, G., Damak, N., Kundakçı, R., Candan, N., Özgiray, A ve Ark. (2016), Eksternal Ventriküler Kateterizasyonda Enfeksiyon Riskini Artıran Faktörler. *Türk Nöroşirurji Dergisi (Ek Sayı 2)*, (eps-123).

Kaymak, Y., Damak, N., Özgiray, A., Yavuz, H., Kundakçı, R., Açıktepe, B., Şeko, Ö. Ve Ark. (2016), Beyin Ölümü Sonrası Donörlerin Organ Transplantasyonunu Etkileyen Faktörler. *Türk Nöroşirurji Dergisi (Ek Sayı 2)*, ss04.

Şeko, Ö., Candan, N., Kaymak, Y., Damak, N., Yaşar, N., Açıktepe, B., Kundakçı, R. (2016), Nöroşirurji Yoğun Bakım Ünitesinde Fiziksel Kısıtlama Uygulanan Hastalarda Fiziksel Tespit Süresi ile Duygusal ve Fiziksel Komplikasyon Gelişmesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türk Nöroşirurji Dergisi (Ek Sayı 2)*, ss05.

## 9.İNTİHAL RAPORU

# HEMŞİRELERİN İYİ ÖLÜME YÖNELİK ALGILARI VE PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Yazar Nurhan Damak

Gönderim Tarihi: 02-Oca-2020 09:58AM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 1238987266

Dosya adı: NURHAN\_DAMAK.docx (127.29K)

Kelime sayısı: 11938

## HEMŞİRELERİN İYİ ÖLÜME YÖNELİK ALGILARI VE PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

ORIJINALLIK RAPORU

<b>%21</b>	<b>%16</b>	<b>%5</b>	<b>%16</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<b>%2</b>
<b>2</b>	angora.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<b>%2</b>
<b>3</b>	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<b>%2</b>
<b>4</b>	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<b>%1</b>