



**T. C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PALYATİF BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN ÖLÜME İLİŞKİN
ALGISI VE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI**

Araş. Gör. Gülnur TEMELLİ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

AĞUSTOS 2018

BOLU



**T. C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PALYATİF BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN ÖLÜME İLİŞKİN
ALGISI VE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI**

Araş. Gör. Gülnur TEMELLİ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT**

AĞUSTOS 2018

BOLU

ONAY SAYFASI

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Hemşirelik Anabilim Dalında
Yüksek Lisans / Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğretim Üyesi Aysel KARACA- Jüri Başkanı
(Psikiyatri Hemşireliği AD, Düzce Üniversitesi)



(Dr. Öğretim Üyesi Birgül CERİT- Danışman
(Hemşirelik Esasları AD, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Dr. Öğretim Üyesi Bedriye AK- Üye
(Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD,
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Tarih: 03/08/2018

Bu tez ile Bolu AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Gülnur
TEMELLİ'nin Yüksek Lisans / Doktora derecesini onaylamıştır.

Prof. Dr. Erol AYAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

(imza)

ÖZET

PALYATİF BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN ÖLÜME İLİŞKİN ALGISI VE PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI

Bu çalışma palyatif bakım hemşirelerinin ölüme ilişkin algısı ve palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırma verileri görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın katılımcı grubunu, Bolu’da görev yapan toplam 23 palyatif bakım hemşiresi oluşturmuştur. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların görüşleri, literatürden yararlanılarak hazırlanan ve yedi sorudan oluşan görüşme formu ile toplanmıştır. Araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Ölüm algısı incelendiğinde “ölümün tanımı”, “ölüm sürecine ilişkin algı” ve “hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaştıklarında duygu ve düşünceleri” olmak üzere üç tema; palyatif bakım uygulamaları incelendiğinde ise “ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin hemşirelik uygulamaları”, “hemşirenin ölmekte olan hastaya bakım verirken olumlu ve olumsuz algıladığı durumlar”, “ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşanan güçlükler” ve “hemşirelerin ölmekte olan hastanın ideal bakımına ilişkin görüşleri” olmak üzere dört tema belirlenmiştir.

Çalışmada palyatif bakım hemşirelerinin ölümü doğal ve kaçınılmaz bir süreç olarak algıladıkları, çalıştıkları süre arttıkça bakım verirken duyarsızlaştıkları belirlenmiştir. Katılımcıların palyatif bakım uygulamalarına ilişkin genellikle ağrının giderilmesi, öz bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve yara bakım uygulamalarını gerçekleştirdikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Ölüm, Palyatif bakım

ABSTRACT

PERCEPTIONS OF PALLIATIVE CARE NURSES RELATED TO DEATH AND PALLIATIVE CARE PRACTICES

This study has been conducted with the purpose of identifying the perceptions of palliative nurses about death and determining palliative care practices.

Qualitative research method was used in the research. The research data were collected using interview techniques. The participants of this study are total of 23 palliative care nurses in Bolu. Content analysis was used in the evaluation of the data.

Participants' views were gathered by interview form consisting of seven questions prepared by using the literature. The following results were obtained in the study:

Three themes have been identified after the examination of the perception of death. These themes are "definition of death", "perception related to death process" and "what nurses think and feel when they encounter a death in their working units". Furthermore, four themes have been identified after the examination of palliative care practices. These themes are as follows: "Nursing practices concerning a patient who is on the brink of death", "feelings when a nurse feels positive and negative when providing care service for a patient who is on the verge of death", "difficulties observed when providing care service for a patient who is about to pass away" and "views of nurses regarding the ideal care of a patient who is about to die".

It was concluded that the palliative nurses perceive death as a natural and inevitable process and that as long as their working period increases, they become desensitized. It was identified that the participants generally perform the following procedures in palliative care practices: Elimination of pain, meeting the self-care needs and wound care practices.

Key Words: Nurse, Death, Palliative care

TEŞEKKÜR

Çalışmamın gerçekleşmesi ve akademik eğitimim sırasında her konuda bana sınırsız destek olan ve yol gösteren; bilgilerini, deneyimlerini ve zamanını esirgemeyerek bilimsel katkılarıyla rehberlik eden, özenli, sabırlı, özverili ve hoşgörülü yaklaşımıyla üzerimde büyük emeği olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT'e,

Veri toplama aşamasında çalışmama büyük bir gönüllülükle katkıda bulunan palyatif bakım hemşirelerine,

Başta Simge COŞKUN ve Songül ÇAĞLAR olmak üzere tez yazım sürecimde desteklerini esirgemeyen değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve Bolu'da olmamasına rağmen desteğini her zaman yanımda hissettiğim Erzurum'lu arkadaşşıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, her daim yanımda olan, desteğini ve ışığını her zaman hissettiğim candan öte annem Nurşen TEMELLİ ve tüm aileme,

Bir gülümsemesiyle mutlu eden biricik yeğenim ELA'ya en içten duygularıyla teşekkür ederim...

Gülnur TEMELLİ

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Amaç	4
1.3.Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.Ölüm.....	5
2.2.Ölümün Türleri.....	5
2.2.1.Biyolojik ölüm.....	5
2.2.2.Psikolojikve sosyal ölüm.....	7
2.2.3.Kültürel ölüm	7
2.3.Sağlık Alanında Ölüm Kavramı	8
2.4.Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumu	9
2.5.Palyatif Bakım	10
2.5.1.Palyatif bakımın tanımı	10
2.5.2. Palyatif bakım hemşireliği	10
2.5.3.Türkiye’de palyatif bakım.....	12
2.5.4.Dünya’da palyatif bakım	14
2.5.5.Palyatif bakımda yaşanan engeller	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Şekli	16
3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu	16
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	16
3.3.1. Kişisel bilgi formu	16
3.3.2. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ve görüşmecî gözlem formu	16
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması	17
3.5. Verilerin Analizi	17

3.6. Araştırmanın Etik Yönü	18
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	18
4. BULGULAR	19
4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	19
4.2. Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algıları.....	20
4.2.1. Ölümün tanımı	20
4.2.2. Ölüm sürecine ilişkin algı.....	21
4.2.3. Hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaştıklarında duygu ve düşünceleri... ..	22
4.3. Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamaları.....	24
4.3.1. Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin hemşirelik uygulamaları.....	25
4.3.2. Hemşirenin ölmekte olan hastaya bakım verirken olumlu ve olumsuz algıladığı durumlar	27
4.3.3. Ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşanan güçlükler	29
4.3.4. Hemşirelerin ölmekte olan hastanın ideal bakımına ilişkin görüşleri	32
5.TARTIŞMA	37
5.1. Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algılarının Tartışılması	37
5.2.Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
6.1. Hemşirelerin Ölüm Algılarına İlişkin Sonuçlar	45
6.2. Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Sonuçlar.....	45
7. KAYNAKLAR	48
8. EKLER.....	56
9.ÖZGEÇMİŞ.....	63
10. TEZ ORJİNALLİK RAPORU.....	64

TABLULAR

Tablo 4. 1.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	19
Tablo 4.2.1. Ölüme ait temalar	20
Tablo 4.2.1.1. Ölümün tanımı	20
Tablo 4.2.2.1. Ölüm sürecine ilişkin algı	21
Tablom4.2.3.1. Hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaştıklarında duygu ve düşünceleri	22
Tablo 4.3.1. Palyatif bakıma ait temalar	24
Tablo 4.3.1.1. Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin hemşirelik uygulamaları	25
Tablo 4.3.2.1. Hemşirenin ölmekte olan hastaya bakım verirken olumlu ve olumsuz algıladığı durumlar	27
Tablo 4.3.3.1. Ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşanan güçlükler	30
Tablo 4.3.4.1. Hemşirelerin ölmekte olan hastanın ideal bakımına ilişkin görüşleri	33

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektroensefalografi
NG	Nazogastrik Sonda
PEG	Perkütan Endoskopik Gastrostomi
VAC	Vacuum Assisted Closure (Vakum Destekli Kapama)



1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Ölüm insan yaşamının bir parçası olarak görülen kaçınılmaz bir sonudur. Doğum nasıl gerçek ve evrensel bir olay ise, ölüm de gerçek ve evrensel bir olaydır (1). İnsan yaşamı fertilizasyon ile başlayıp ölümlerle birlikte sona eren bir süreçtir. Ölüm; insan, hayvan, bitki gibi herhangi bir canlının yaşamının tam ve kesin bir biçimde sona ermesi anlamına gelir (2). Toplumlar ölümü anlamlandırırken farklı yaklaşımlarda bulunmaktadır. Bazı anlayışlarda ölüm “tamamen bir son” olarak görülürken, bazı anlayışlarda ise sadece “ruh ile bedenin birbirinden ayrılması” olarak kabul edilmektedir (3). Türk kültüründe ise ölüm, bir son olarak değil, bedenden ayrılan ruhun öte dünyaya bir yolculuğu olarak tanımlanır (4). Ölüm kültürel farklılıklardan etkilenen bir olgu olmakla birlikte bireyden bireye de farklı şekilde algılanabilmektedir. Ölüm bireylerin deneyimleyip davranış geliştirdiği bir olay değil, bireylerin farklı insanların tecrübelerini gözlemleyip kendilerine göre yorumladığı bir durumdur. Dolayısıyla ölüm bazı bireylerde kurtuluş, acıların son bulması, inanılan yaratıcıya kavuşma olarak algılanırken; bazı bireylerde de yok olma, bilinmezlik, stres kaynağı olan bir durum olarak tanımlanabilir (5).

Ölüm birçok farklı nedene bağlı gelişebilir. Geçmiş dönemlerde ölümler sıklıkla kaza veya enfeksiyon gibi ani bir olayın ardından gerçekleşirken, günümüzde daha çok kanser ve organ yetmezlikleri gibi ciddi kronik hastalıklar sonucu gerçekleşmektedir (6, 7). Değişen dünya düzeniyle birlikte tüm dünyada kronik hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre küresel anlamda tüm ölümlerin %71’i kronik hastalıklardan kaynaklanmakta ve her yıl 41 milyon insan bu sebeple hayatını kaybetmektedir (8). Benzer şekilde Türkiye’de de kronik hastalıklar ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (9). Kronik hastalıklar tedavisi uzun zaman alan, çoğunlukla semptom yönetimiyle sınırlı olan, sık ve uzayan hastane yatışlarına neden olan durumlardır. Dolayısıyla bu süreç bireyin hastane ortamında ciddi bakımını gerektirmekte gerek psikolojik destek gerekse fiziksel bakım açısından sağlık personeline bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır

(6, 10). Kronik hastalıklarda görülen bu artış ve bakım yükü palyatif bakıma olan ihtiyacı da artırmıştır (11-20).

Palyatif bakımın temel hedefi tıbbi tedavinin birey için yetersiz kaldığı, iyileşme sürecinin durduğu durumlarda bireyin son günlerini rahat geçirmesi ve yaşam kalitesinin korunmasıdır. Dolayısıyla palyatif bakımda önemli olan bireyin yaşam süresi değil yaşamın niteliğidir (21). Bu nedenle içeriği bireyin ihtiyaçlarına ve hastalığın seyrine göre değişebilir (11).

Palyatif bakım multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir (22, 23). Bireyle hastalığının her aşamasında en çok iletişim halinde olan hemşireler de bu ekibin etkin bir üyesi olarak tedavi sürecinde, yenilikçi bakım vermede ve bireyle ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli sorumluluğa sahiptir (11). Palyatif bakımda kanıta dayalı uygulamaların kullanılması ve bireyin önceliklerinin göz önünde bulundurulması esastır. Hemşirenin bireyde meydana gelebilecek semptomlara hakim olması, bireyin tedavisini uygulaması ve ekip içi iletişimi sürdürmesi palyatif bakımın etkinliği açısından gereklidir (12). Aynı zamanda birey ve ailesi ile etkili bir iletişim içinde olması ve ölüm anında meydana gelebilecek durumlar yönünden aileyi ve bireyi bilgilendirmesi birey ve ailesinin ölüme hazırlığı açısından önemlidir. Hemşirenin bireyin duygusal tepkilerine hazırlıklı olması ve mahremiyetine saygı göstermesi bireyin benlik saygısını sürdürmesinde etkilidir. Hemşirenin semptom yönetiminde etkili olabilmesi için palyatif bakım uygulamalarına ilişkin yenilikçi yaklaşımları takip etmesi ve uygulamalarına yansıtması gereklidir. Ayrıca hemşirenin, ölmekte olan hastanın fiziksel bakım uygulamalarını yerine getirmesi, aile açısından önem taşıyan spiritüel ve kültürel uygulamaları gerçekleştirebilmeleri için onları desteklemesi önemlidir (12, 24-27).

Palyatif bakım acı dolu bir süreci içerdiğinden hemşire için duygusal yükün ağırlığının hissedildiği zor ve travmatik bir durum olabilmektedir. Bu nedenle palyatif bakım sürecinde bakım veren hemşirelerin de ruh sağlığının korunması önemlidir (28). Hemşireler ölmekte olan birey ve ailesine bakım verirken aynı zamanda kendi ölüm düşünceleriyle de yüzleşmektedir (29). Hemşirenin ölümü yaklaşan hastaya etkin bakım verebilmesi için önce kendi ölüm algısını fark etmesi, ölüme ilişkin duygularını paylaşabilmesi ve ölmekte olan birey ve ailesinin ihtiyaçlarını anlayabilmesi

gerekmektedir (6, 30, 31). Kimi zaman bireyin ailesi ile birlikte üzüntü, korku ve endişe yaşayan hemşireler kimi zaman ise bakım verdiği bireyin kaybı ile birlikte başarısızlık, yetersizlik duygusu ve tüm çabalara rağmen sonucun değişmeyeceği düşüncesi yaşayabilmektedirler (26). Bu durum hemşireleri yaşam sonu bakım vermektan uzaklaştırabilmektedir (32).

Ölmekte olan bireyin hemşirelik bakım uygulamalarına ilişkin yapılan çalışmalarda; hemşirelerin bakım uygulamalarını gerçekleştirirken anksiyete, çaresizlik, öfke, sıkıntı gibi duygular yaşadıkları ve başarısız olma korkusuyla bu bireylerin yer aldığı servislerde çalışmayı tercih etmedikleri ortaya çıkmıştır (26, 33-35). Dolayısıyla kendi ölüm algılarıyla yüzleşemeyen hemşireler ölmekte olan bireye bakım vermektan kaçınmakta, kendi ölüm korkularını bireye ve aileye yansıtmakta veya bu bireylerle iletişimlerini en alt seviyede tutabilmektedirler (11, 29-31). Literatürde konuya ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde palyatif bakım uygulamalarına ilişkin sınırlı sayıda nitel araştırmaya ulaşılabilmektedir (13, 14, 19, 31, 36-40). Oysaki hemşirelerin bu konudaki düşünceleri ve deneyimlerini tam olarak ortaya koyabilmek için nitel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu deneyimlerin ifade edilebilmesi ve palyatif bakım hemşirelerinin konuya ilişkin duygularını kendi ortamlarında açığa çıkarılabilmesi, ölüm algısı ve palyatif bakıma ilişkin nicel çalışmalara yön verebilecek hipotezler kurulması açısından önemlidir.

Bu çalışmada palyatif bakım sürecinin hemşirelere yansması ve konunun derinlemesine irdelenebilmesi için nitel araştırma deseninde, hemşirelerin ölüme ilişkin algıları, palyatif bakım uygulamaları, karşılaştıkları engeller ve ideal bir palyatif bakım için gereken uygulamaları hakkında bilgi edinilebilir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarını etkileyebileceği düşünülen ölüm algılarının, palyatif bakıma ilişkin gereksinimlerin ve hemşirelik uygulamalarının belirlenmesi hedeflenmektedir. Araştırmada ulaşılan sonuçların palyatif bakım uygulamalarının niteliğini artırabilmek açısından literatüre katkı sağlayabileceği, hemşirelerin gereksinimlerine uygun eğitim programlarının düzenlenmesi ve kurumsal desteğin sağlanarak palyatif bakımın daha verimli hale getirilebilmesinde yol gösterici olabileceği öngörülmektedir (41).

1.2.Amaç

Bu çalışma palyatif bakım hemşirelerinin ölüme ilişkin algısı ve palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırma Soruları

- Palyatif bakım hemşirelerinin ölüme ilişkin algısı nedir?
- Palyatif bakım hemşirelerinin palyatif bakıma ilişkin uygulamaları nedir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1.Ölüm

Ölüm tüm insanlık için kaçınılmaz bir sonudur. Literatürde farklı ölüm tanımları bulunmaktadır. Kübbler Ross'a göre ölüm, “bir felaket değil, bir yıkım değil, gerçekte, kültür ve yaşamın en yapıcı, pozitif ve yaratıcı unsurlarından biri” dir (42). Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre ölüm “bir canlının hayatının, sonsuz uykusunun ve ortadan kaybolmasının tam ve kesin sonu; sona erme, yok olma, ortadan kalkma” dır (43). Amerikan Tabipler Birliği'ne göre ise ölüm “dolaşım, solunum ve beyin fonksiyonlarındaki tüm işlevlerin geri çevrilemez şekilde sona ermesi” olarak tanımlanmaktadır (44, 45).

2.2.Ölümün Türleri

2.2.1.Biyolojik ölüm

Eski zamanlardan beri ölümün meydana gelmesi anlık bir olay gibi düşünülmektedir. Ancak ölüm anlık bir olayı değil, biyolojik fonksiyonların zamanla yavaşlayarak durduğu bir süreci ifade eder. Organizmada temel yaşam fonksiyonlarının bozulması; dolaşım ve solunumun yaklaşık beş dakika kadar durması beyinde geri dönüşü olmayan hasarlara yol açar ve birey yaşamsal fonksiyonlarını yerine getiremez hale gelir (46, 47). Bu durum “somatik ölüm” olarak tanımlanır. Yasaların kabul ettiği bu ölüm tanımındaki en temel ölçüt dolaşımın ve spontan solunumun geri çevrilemez olarak durmasıdır (48, 49). Son zamanlarda ölümün belirlenmesi için beyin ölümü kavramı kabul görmüş ve beyin ölümünün üç şekilde tanımı yapılmıştır. Bunlar; neokortikal beyin ölümü, beyin sapı ölümü ve tüm beyin ölümüdür (32, 50).

Neokortikal beyin ölümü: Serebral korteks fonksiyonlarını kaybetmiş ve canlı bir varlığın tüm özellikleri ortadan kalkmıştır. Bu durumda vücut sıcaklığı normal, solunum spontandır ve kan basıncı sağlanabilir. Bu tanımı benimseyenler, bireysel işlevleri devam ettirmenin gerektirdiği koşullarda bulunmayan kişilerin ölü sayılabileceğini ifade etmektedir (51, 52).

Beyin sapı ölümü: Beyinde elektroensefalografi (EEG) aracılığıyla bir miktar elektriksel akım ölçülse dahi birey ölmüş kabul edilir. Yapay solunum da dahil olmak üzere tüm destek tedavilere karşılık kalp atışlarının en fazla iki hafta içinde duracağı bilinmektedir (53). Beyin sapı ölümü gerçekleştiğinde kalp fonksiyonları durur ve dolaşım yetmezliği sonucu kaçınılmaz bir şekilde tüm beyin ölümü gerçekleşir (50, 54).

Tüm beyin ölümü: Beyin aktiviteleri geri dönüş olmaksızın durmuş, birey zihinsel ve fiziksel aktivitelerini geri dönüşsüz bir şekilde kaybetmiştir (52). Bu nedenle tüm beyin ölümü, bireyin ölü sayılabilmesi için gerçek kriter olarak belirlenmiştir (50).

Beyin ölümü tanısı için Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş kriterler “*Organ Nakil Merkezleri Yönetmeliği*” nde yer almaktadır. Bu kriterler;

- ❖ “Beyin ölümüne karar vermek için komanın aşağıdaki nedenlere bağlı olmaması:
 - Primer hipotermi
 - Hipovolemik ya da hipotansif şok
 - Geriye dönüşümü sağlayabilecek intoksikasyonlar (barbitürat ve diğer sedatifler, depresan ve narkotikler) ile metabolik bozukluklar
- ❖ Bilincin tam kaybı,
- ❖ Spontan hareketin bulunmaması ve ağırlı uyaranlara serebral –motor yanıt alınmaması,
- ❖ Spontan solunumun bulunmaması,
- ❖ Beyin sapı reflekslerinin tamamen kaybolması:
 - Pupiller parlak ışığa yanıtız ve dilate (4-9 mm)
 - Kornea refleksi yokluğu
 - Vestibulo-oküler refleks yokluğu
 - Okülo- sefalik refleks yokluğu
 - Faringeal ve trakeal refleks yokluğu
- ❖ Apne testi,

- ❖ Daha önce tanısı konmuş bir nedenle, hasta en az 12 saat geri dönüşümsüz koma tablosuna girmişse, etiyojisi bilinmeden gelişen tablolarda en az 24 saat bu koşulların değişmeden devamlılığı gözlenmelidir,
- ❖ Etiyojisi belirlenmemiş geri dönüşsüz komada, hekimler kurulunun uygun göreceği bir yöntemle klinik bulgular teyit edilebilir” (55).

2.2.2.Psikolojikve sosyal ölüm

Ölüm ve yaşam arasındaki çizgi biyolojik açıdan çok belirgin ve kolay tanımlanabilir olmasına rağmen, psikolojik ve sosyal açıdan aynı kolaylıkla tanımlanamamaktadır. Psikolojik ölüm, zihnin bilinçli işlevleri yerine getirme yeteneğini kaybetmesi olarak tanımlanırken sosyal ölüm ise, tıbbi tedavilerin desteğiyle fiziksel işlevleri yerine getirebilen bireyin bilincinin yerinde olmadığı, sosyal işlevlerini gerçekleştiremediği ve sosyal etkileşimde bulunamadığı durumu tanımlamaktadır (48, 56, 57).

Yaşamını yitiren birey sadece fiziksel ölümü yaşarken, çevresindeki insanlar ölen birey ile ilgili sosyal ölümü yaşarlar. Ölüm bireyin deneyimlediği bir olay olmadığından ötürü, ölüm düşüncesinin oluşmasında çevresel faktörlerin etkisi önemlidir (58). Herhangi bir kazada bireyin ani olarak fiziksel ölümü gerçekleşir. Defin ve yas sürecinin ardından, ölen bireyin arkasında bıraktığı boşlukla başa çıkmaya çalışan ailede ise sosyal ölüm süreci başlar. Bu durumun aksine, nörodejeneratif hastalığı olan birey, fiziksel ölüm yaşamadan önce sosyal varlıklarıyla ilgili rollerini her gün bir miktar kaybederek psikolojik ölümü yaşarlar (59, 60). Dolayısıyla tüm bu faktörler dikkate alındığında ölüm sadece fiziksel ve biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutları olan bir durumdur.

2.2.3.Kültürel ölüm

Kültür bireyin yaşantısı boyunca geliştirdiği ve öğrendiği inançları, normları ve bireysel değerleri içerir. Bireyin yaşam biçimi ve süresi, sosyo-ekonomik durumu, çevresel konular kişilerin kültürel deneyimlerine katkıda bulunur (61). Ölüm, hangi kültürden olursa olsun yaşayan insanların tümü için evrensel bir gerçektir.

Ölümün insanlar için mutlak bir son olmasının yanı sıra, bazı kültürlerde rahat bir şekilde konuşulabilirken bazı kültürlerde ölümle ilgili konuşulmamaktadır (62).

Sağlığı geliştirmeye yönelik planları devamlılık arz eden ve sağlığa değer veren, sürekli genç kalmaya çabalayan toplumlarda ölüm başarısızlık olarak görülebilir. Kore’de hemşirelerin ölüme ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada hemşirelerin gelişen tıp ve bilime dayanarak yaşam süresini uzatamamayı başarısızlık olarak gördükleri ve ölümü kabullenmek istemedikleri belirlenmiştir (63).

Farklı dini inançlara sahip insanlar ölüme değişik açılardan bakabilmektedir. Yahudilikte ölüm, korkunç bir gerçek ve ağır bir ceza olarak görülmekteyken, Hıristiyanlıkta insanın, ruh ve bedenden oluştuğuna ve sadece bedenin öldüğüne inanılır. Ölümün ardından yaşam sona ermez, yeni bir şekle bürünür. İslamiyette ise, ölüm ruhun bedenden ayrılması ve Allah katına yükselmesi olarak görülür. İnsanlar hangi dini benimsemiş olursa olsun ölüm karşısındaki davranışları benzerlik gösterir. Ölüm sürecinde ve ölümden sonra gerçekleştirilen yas törenleri ve gelenekler hüznü yansıtmakla beraber, bir dayanışma ortamı oluşturmaktadır. Ölüm, geride kalanları sosyal bir etkileşim içine alır, gelenekler aracılığıyla da sosyal destek haline gelir (64).

2.3.Sağlık Alanında Ölüm Kavramı

Günümüzde kronik hastalıkların artışı ve terminal evrede hastaneye yatırılmasından dolayı alışmış olduğu ev ortamından uzak kalan hasta bireyler hem psikolojik destek hem de fiziksel bakım açısından sağlık personelinin desteğine ihtiyaç duymaktadır (65). Rehabilitasyon uygulamalarındaki gelişmeler sakatlık veya hastalık sebebiyle başkalarına bağımlı bireylerin daha bağımsız bir yaşam sürmesini olanaklı hale getirirken, tıpta yaşanan bilimsel gelişmeler yaşam süresinin uzamasını sağlamış ve ölüme ilişkin süreci de geciktirmeye başlamıştır (5). Ancak bireylerin ölümü ertelemek adına kabul ettikleri tedavi yöntemleri bazı durumlarda yıpratıcı süreçlere neden olabilmektedir. Örneğin; ameliyat ve kemoterapi gibi tedaviler hastanın acı çekmesine, yakınlarının da öfkesine ve hüznüne neden olabilmektedir (66). Hastalık süreci ve ölüm bireysel bir deneyim olduğu için hasta ve yakınlarının tepkileri birbirine göre farklılık göstermektedir. Her hasta ve yakınları farklı kültürlerden geldiği ve ölüme ilişkin algıları birbirinden farklı olduğu için bu farklılığın bilincinde olmak ve uyum göstermek sağlık çalışanlarının ölümü yaklaşan hastaya bakım vermesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca hangi görüşte olursa olsun sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınlarına saygı göstermek durumundadır (58).

2.4.Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumu

Ölümlle daima iç içe olan hemşireler, ölümü düşünerek, ölüme ilişkin tutumlar geliştirmektedir. Ölümle ilgili doğru algılar, yaşama dair etkin ve doğru bir tutum geliştirmede etkili olabilmektedir (67). Ölümü yaklaşan bireye etkin bir bakım sağlamak ve ona psikolojik açıdan destek olabilmek için, hemşirelerin öncelikle kendi duygularını tanıması ve ölümü kabul etmeleri gerekir. Bireyin ölümü kabul etmesini sosyodemografik özellikleri, dini inancı, etnik kökeni ve kişisel değer yargıları belirleyebilmektedir (68).

Hemşirelerin ölüm kavramıyla yüz yüze gelmek istemedikleri için terminal evredeki hastaların bulunduğu servislerde çalışmayı reddettikleri, bu servislerde çalışmak durumunda kaldıklarında ise sürekli yaptıkları uygulamalara yönelik kendilerini savunmak zorunda hissettiklerini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (64). Hemşireler ölüm karşısında deneyimsiz oldukları ve bu süreci, birebir yaşamadıklarından dolayı, anlamlandıramadıkları için kendilerini gergin ve rahatsız hissederek ve bu durumdan korunmak için kendilerine savunma mekanizmaları geliştirmektedirler. Hemşirelerin sıklıkla kullandığı savunma mekanizmaları arasında; hastadan kaçınmak, tedavi yaparken hastaya bir eşya gibi davranmak, hastayla konuşmamak için donuk bir ifade takınmak, hasta ve yakınlarıyla duygusal bağ kurmamak, hastanın durumuyla ilgili bilgilendirme yapmamak (31), hasta ve yakınlarının sorularını yanıtlamamak için boş vakti olmadığı imajını vermek, hasta ve yakınlarıyla diyalogda kontrolü kaybetmemek için bazı şeyleri duymamış gibi davranmak (69) ve enerjisini iyileşme ihtimali daha yüksek olan hastalara ayırmak yer almaktadır (6).

Ölüme karşı stres ve anksiyete yaşamak beklenen bir duygudur. Hafif anksiyete durumunda hemşireler etrafındaki olaylara karşı aşırı dikkatlidir. Orta düzey anksiyete durumunda sağlık personelinin, hasta ve yakınlarıyla iletişimde bozulmayla birlikte algılama düzeylerinde gerileme ve algılama düzeyi geriledikçe anksiyetede artış görülebilir. Anksiyete düzeyi yüksek olan hemşireler bireyin bakımını aksatabilir, tedavilerini uygun şekilde gerçekleştiremeyebilir veya tıbbi hatalara neden olabilir (35). Hemşirelerin bu psikolojik sürecin bilincinde olmaları, palyatif bakımın etkinliği açısından önemlidir.

2.5.Palyatif Bakım

2.5.1.Palyatif bakımın tanımı

Palyatif bakım kritik hastalığa sahip bireylerde ortaya çıkabilecek belirtileri önlemek, bireyin konforunu ve yaşam kalitesini arttırmak için uygulanan multidisipliner bir bakımdır. Türk Dil Kurumu palyatif sözcüğünü “geçici, geçiştirici” olarak tanımlamaktadır (70). DSÖ’ye göre palyatif bakım “yaşamı tehdit eden herhangi bir sorunla karşılaşıldığında, birey ve ailesinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel açıdan yaşam kalitesini arttıran bir yaklaşım” dır (71). DSÖ’nün palyatif bakım tanımını, 2003 yılında kurulan Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) daha ayrıntılı halde sunmuştur. Yenilenen bu tanıma göre: “*Palyatif bakım hem kronik hastalıklar hem de ölümcül hastalıklar için bir ihtiyaçtır.*” (72). Yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik uygulanan bir bakım olan palyatif bakımda tanı ve prognoza bağlı değil hasta gereksinimine göre bakım önerilmektedir. Önerilen palyatif bakım üç farklı düzeyde sunulabilir:

Palyatif Bakım Yaklaşımı: Gerekli eğitimler verilerek tüm sağlık profesyonelleri tarafından palyatif bakım sunma yaklaşımıdır.

Genel Palyatif Bakım: Kritik hastalığı olan bireyleri tedavi eden, birinci basamak sağlık personeli tarafından iyi bir temel palyatif bakım bilgisi ile gerçekleştirilen bakımdır.

Uzman Palyatif Bakım: Kompleks sorunları olan hastalara uzman ekip yaklaşımıyla verilen hizmettir.

Palyatif bakımın nerede verileceğine ilişkin herhangi bir sınırlandırma bulunmamaktadır. Hastanın evinde, hastanede herhangi bir bakım merkezinde veya ayakta tedavi esnasında verilebilir (72).

2.5.2. Palyatif bakım hemşireliği

Palyatif bakım hemşireliği bireyin hastalık sürecini, terminal evrede yaşamının son günlerini ve ölüm sürecini daha rahat geçirmesini sağlamak üzerine temellendirilmiştir. Her bireyin dili, dini, ırkı, cinsiyeti, yaşı ve ekonomik durumu

gözetilmeksizin etkin ve kaliteli bir bakım alma ve saygın bir şekilde ölme hakkı vardır (12, 73).

Kritik hastalıklara bağlı olarak meydana gelen belirtilerin gecikmeden ve kapsamlı bir şekilde tanınması ile önlenmesi ve azaltılması psikososyal, fiziksel ve manevi ihtiyaçların giderilmesi palyatif bakım içerisinde yer alır (20). Palyatif bakımda belirtilerin kontrolü ve ağrı yönetimi çok önemlidir. Palyatif bakımın amacı, hasta birey ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmek ve tedavi sürecinde duygusal ve manevi olarak desteklemektir. Palyatif bakım hemşiresi, hasta birey ve yakınlarına uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanmasında terapötik yaklaşım felsefesi ile hastanın umutsuzluk ve değersizlik gibi hislerini kontrol altına almasında yardımcı olmalı, bunun için sosyal ilişkilerini geliştirerek kendilerini ifade etmelerine destek olmalıdır (12). Palyatif bakım hemşiresi ahlaki ve etik ilkeleri göz önünde bulundurarak ölüm sürecine kadar bireyin konforunu sağlamalıdır. Palyatif bakımda amaç bireyin yaşam süresini uzatmak olmadığı için bakım, yaşam kalitesini yükseltmek üzerine yoğunlaşmış durumdadır (26). Yaşam kalitesinin yükseltilmesi için holistik yaklaşım gösterilmesi önemlidir. Holistik yaklaşımda hemşirenin tedavi, hasta eğitimi, bakım ve hastalık belirtilerinin kontrolü gibi rolleri bulunmaktadır (74). Hemşire bu rolleri gerçekleştirirken her bireyin kendine özel olduğunu unutmamalı ve bireysel ihtiyaçlar dahilinde bakım vermelidir. Birey ve yakınlarının mahremiyetine ve mevcut duruma yönelik gösterdikleri tepkilere karşı saygı göstermelidir (12).

Hemşire öncelik sırasına göre; fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel alanları içerecek şekilde bireyin ihtiyaçlarına yönelik bir bakım planlamalıdır. Planlanan bakımın ekip anlayışı içinde ve kanıta dayalı uygulamalara göre verilmesi eksiksiz bir bakım anlayışı açısından önemlidir. Başta ağrı olmak üzere hastanın rahatını bozan tüm belirtiler kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır. Etkili iletişim teknikleriyle hasta birey ve yakınlarıyla iletişim sürdürülmeli; hemşire, birey ve yakınlarının palyatif bakım ekibiyle iletişimini sürdürmesinde de yardımcı olmalıdır. Hemşirenin, ekip üyelerinin rollerini anlatarak hangi durumda kiminle görüşmeleri gerektiğini açıklaması hasta ve yakınlarını daha rahat ve güvende hissettirebilmektedir.

Hemşirenin, hasta bireyin bakımına ek olarak yakınlarının da ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planı belirlemesi ve kendilerinin güçlü yönlerini keşfetmelerini sağlaması hasta yakınlarının bakıma daha istekli katılmaları bakımından önemlidir.

Eğitim içeriğinde hastalık sureci ve seyri, uygulanacak tedaviler ve yan etkileri, ağrının giderilmesi, etkili iletişim teknikleri, fiziksel bakım ilkeleri ve gerekleri, oluşabilecek komplikasyonlar ve ölüm sureci yer almalıdır (26). Bu surete hasta ve yakınları hastalıkla ilgili akıllarına takılan her türlü soruyu sorabileceklerine dair cesaretlendirilmelidir. ğrenmek istedikleri kısımlar açık ve anlaşılır bir dille anlatılarak yanlış anlaşılmaların önüne geçilmelidir (12). Palyatif bakım hemşiresi bireyin yaşamının son zamanlarında en fazla bir arada olduğu sağlık profesyonelidir. Bu sebeple bireyin fiziksel gereksinimlerinin karşılanması, tıbbi tedavisinin sürdürülmesi, psikolojik destek sağlanması ve konforunun sürdürülmesinde rolü çok önemlidir. Etkin bakım veren palyatif bakım hemşireleri sayesinde bireyler yaşamlarının son dönemlerini daha huzurlu ve ağrısız geçirebilmektedirler.

2.5.3. Türkiye’de palyatif bakım

Ülkemizde palyatif bakım üniteleri henüz sağlık sisteminde tam olarak yer almamaktadır. Palyatif bakım üniteleri genel olarak onkoloji, dahiliye ve cerrahi servislerine bağlı olarak işlemekte ve gelişme aşamasındadır. Giderek artan kronik hastalıklar ve yaşlı nüfus göz önünde bulundurulduğunda palyatif bakımın hızlı bir gelişime ihtiyaı vardır (71).

Türkiye’de 1990’ların başında kanser hastalarına ve hastaların ağrularına yönelik algoloji kliniklerinin bünyesinde “*Palyatif Bakım Birimleri*” kurulmuştur. Türkiye’de hospis kavramına yakın, hastalara uzun süreli palyatif bakım verebilecek düzeyde ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı tarafından, İstanbul Yeşilköy’de kurulan “*Kanser Bakım Evi*”dir ve 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiştir. Bu tür kuruluşlarda yatan hastalara bağış kaynaklarının yetersizliği ve hasta ve yakınlarınca hospis kavramının bilinmemesi bu kuruluşun kapanmasına yol açmıştır. Palyatif bakım amaçlı ikinci "Hospis" girişimi ise; Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında sonuçlandırılmış ve Hacettepe Onkoloji Hastanesine çok yakın, tarihi bir Ankara evi yeniden 12 odalı bir hospise dönüştürülmüştür. Ancak yasal düzenlemelerin olmayışı nedeni ile bu evin "*Hacettepe Umut Evi*" adı ile kanserli hastaların tedavi ve kısa süreli konaklamalarını ve az da olsa bakım hizmetlerinden yararlanmaları öngörülmüştür. Daha sonra Ege niversitesi bünyesinde 2006 yılında, altı yatak kapasiteli palyatif bakım merkezi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı Kanser

Daire Başkanlığı, Türk Onkoloji Grubu (Turkish Oncology Group), Palyatif Bakım Organizasyonu (Palliative Care Organization), Medikal Onkoloji Organizasyonu ve Ağrı Derneği (Medical Oncology Organization and Association of Pain) tarafından 2008 yılında ulusal palyatif bakım programı için bir çalışma başlatılmış ve 2009 yılında palyatif bakımı da kapsayan beş yıllık ulusal kanser kontrol programı açıklanmıştır.

Sağlık Bakanlığı 2010 yılında Palya-Türk projesiyle palyatif bakımı medikal bir disiplin olarak kabul etmiş ve palyatif bakımın ilk adımı olarak "Evde Sağlık Hizmeti" başlatılmıştır. Şu anda ise "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" kapsamında bu hizmet yürütülmektedir (75). Bu doğrultuda hemşirelerin etkin bakım verebilmeleri ve alanda nitelikli hemşire yetiştirilebilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından "Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı" başlatılmış olup (75), bu sertifikaya sahip hemşirelerce palyatif bakım hizmeti yürütülmektedir. Eğitim programına hemşireler, hemşirelik yetkisi almış ebeler ve sağlık memurları ile hemşirelikte mezuniyet sonrası eğitim almış hemşireler başvurabilmektedir. Sertifika programı hemşirelere verilen semptom yönetimi, birey ve ailesi ile iletişim, yaşam sonu bakım ve etik konularını içeren 35 saatlik teorik ve 80 saatlik uygulamalı derslerden oluşmaktadır (76).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı ve Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (MECC) ile birlikte 2011 yılında palyatif bakımla ilgili çalışmalara başlanmıştır ve 2011 yılında toplam 11 palyatif bakım ve destek tedavi merkezi mevcut olduğu ancak gerçek anlamda palyatif bakım standartlarında olmadığı görülmüştür. Ayrıca bu dönemde toplam 72 adet ağrı tedavi merkezi mevcut olmakla birlikte henüz çoğu kapsamlı ve multidisipliner palyatif bakım tedavisi hizmeti vermemekteydi. Örnek model olarak 2012 yılında Ankara Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde bir palyatif bakım merkezi kurulmuştur (77). Palyatif Bakım Merkezleri 09.08.2015 tarihli ve 29440 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan yönetmelik ile 01.09.2015 tarihinden geçerli olmak üzere özellik arz eden birimler arasına alınmıştır. Bunu takiben ihtiyaçlar doğrultusunda yeni palyatif bakım merkezleri kurulmaya devam etmiştir. Güncel verilere göre 2018 yılı mayıs ayı

itibariyle 80 ilde 3971 yatak ile 307 sağlık tesisinde palyatif bakım hizmetleri verilmektedir (78).

2.5.4.Dünya’da palyatif bakım

Dr. Cicely Saunders’ın 1967 yılında, Londra’da “Saint Christopher” adlı ilk modern hospisi kurması, dünyada palyatif bakımın temellerini oluşturarak, başka ülkelere ve insanlara da ilham kaynağı olmuştur. Bu hospisin kurulmasıyla beraber terminal dönemdeki hastaların palyatif bakımına ilişkin protokoller belirlenmiş, palyatif bakım verilen kurumların sayısı İngiltere’de ve diğer Avrupa ülkelerinde de hızla artmıştır. Bu durumu takiben DSÖ, 1986 yılında ilk kez palyatif bakımın tanımlamasını yapmış ve 2004 yılında “*Ulusal Palyatif Bakım Uzlaşma Rehberi*” ni yayınlamıştır (21, 79). Palyatif bakıma olan ihtiyaçtan ve hastalara etkin bakım verme gereksiniminden dolayı İngiltere’de “*palyatif tıp*” adı verilen bağımsız bir uzmanlık alanı açılmış ve bu alanda uzmanlar yetiştirilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde palyatif bakım alan hastalarla ilgili çalışmalar yapılmış ve palyatif bakım alan hastaların, palyatif bakım ihtiyacı olduğu halde alamayan hastalara oranla daha uzun süre yaşadığı, hastanede yatış süresinin kısaldığı ve sağlık bakım maliyetinin ciddi oranda azaldığı belirlenmiştir (80). Almanya’da ise 1983 yılında Köln Üniversitesi cerrahi bölümüne bağlı olarak palyatif servisin kurulmasıyla palyatif bakım başlamıştır. Alman Sağlık Bakanlığı’nın 1991-1996 yılları arasında örnek çalışma başlatmasıyla palyatif bakım merkezlerinin sayısında hızlı bir artış görülmüştür. Almanya’nın palyatif bakıma ilişkin 2005 verilerine göre evde bakım hizmetleri dahilinde 111 hospis hizmeti, 131 yataklı hospis kurumu, 116 hastanede palyatif bakım ünitesi ve 40 evde bakım palyatif bakım hizmeti aktif olarak yürütölmektedir (81).

Palyatif bakım hizmetleri ölkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ölkelerde kapsamlı bir bakım hizmeti sunulurken, gelişmekte olan ölkelerde ise bakım, yapılanma aşamasındadır. Dünyada palyatif bakım varlığı ve içeriğine göre;

Grup 1: Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen,

Grup 2: Yapılanma aşamasında olan,

Grup 3a: İzole olarak palyatif bakım sunulan,

Grup 3b: Genelleştirilmiş olarak palyatif bakım sunulan,

Grup 4a: Hospis-palyatif bakım hizmetlerinin ana hizmet sunumuna entegrasyon aşamasında olan,

Grup 4b: Hospis-palyatif bakım hizmetlerinin ana hizmet sunumuna entegre olan ülkeler olmak üzere, dört grupta değerlendirilmektedir (82).

2.5.5.Palyatif bakımda yaşanan engeller

“*Global Atlas of Palliative Care*” (2014) raporuna göre palyatif bakıma ilişkin engellerin temelinde; ülke politikası, eğitim yetersizliği ve uygulama yetersizliği olduğu ve bunlara ek olarak sosyokültürel, fiziksel ve ekonomik engeller olduğu da bildirilmektedir (72, 83).

Palyatif bakımın uygulanmasına ilişkin engeller arasında;

- Sağlık personelinin palyatif bakımı, ihmal edilmiş bir hastalığın sonucu olarak görmesi,
- Sağlık personelinin mesleki eğitim sürecinde palyatif bakıma ilişkin yeterli eğitim almamış olması,
- Palyatif bakımın hem toplum hem de sağlık personeline uzak bir kavram olması,
- Ölüme karşı çaresizlik düşüncesiyle ölüm hakkında konuşmaktan kaçınma,
- Bakım kalitesinde yetersizlik,
- Sağlık çalışanlarının iş yükü,
- Ağrı yönetiminin istenen düzeyde olmaması yer almaktadır (84).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma nitel araştırma deseninde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Çalışmanın katılımcı grubunu Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi – Merkez Ünite palyatif bakım servisinde çalışan 7, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi – Köroğlu Ünitesi palyatif bakım servisinde çalışan 8 ve Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi palyatif bakım servisinde çalışan 8 hemşire olmak üzere toplam 23 palyatif bakım hemşiresi oluşturmuştur. Araştırmanın uygulandığı hastanelerde görev yapan palyatif bakım hemşirelerinin tamamı çalışmaya katılmaya gönüllü olmuştur.

3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında kişisel bilgi formu, literatür incelemesi yapılarak (10, 13, 39, 40, 69, 85) hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ve araştırmacının gözlemlerinin kayıt edildiği görüşmecî gözlem formu kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel bilgi formu

Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı kurum, palyatif bakım biriminde çalışma süresi, palyatif bakımı isteyerek seçme durumu, palyatif bakıma ilişkin eğitim alma durumu ve mesleki deneyim süresini sorgulayan soruların yer aldığı formdur (EK-I).

3.3.2. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ve görüşmecî gözlem formu

Hemşirelerin ölüm algıları ve palyatif bakım uygulamalarına ilişkin literatürden destek alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formunda; ölümün kavramının ne ifade ettiği, ölümle karşılaşılınca hissedilenler, palyatif bakımdaki hemşirelik uygulamaları, karşılaşılan güçlükler ve ideal palyatif bakım uygulamalarını sorgulayan sorular yer almıştır (EK-II). Görüşmecî gözlem formunda; görüşülen kişinin kod numarası (H1, H2, H3 vb...), görüşme yeri, tarihi, saati ve hemşirelerin görüşme esnasındaki davranışlarının kayıt edildiği bölümler bulunmaktadır (EK- III).

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmacı çalışmanın doğru bir şekilde planlanıp yürütülmesi ve verilerin uygun şekilde toplanabilmesi için araştırmaya başlamadan önce “*Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu*” na katılmıştır. Kurs katılım belgesi ekte yer almaktadır (EK-IV). Ayrıca araştırmacı çalışmanın her aşamasında danışman öğretim üyesine danışmış, aldığı geri bildirimleri dikkate alarak çalışmaya devam etmiştir. Araştırma verilerinin toplanmasından önce hemşireler çalışmaya davet edilmiş, araştırmanın içeriğine ilişkin bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden yazılı onamları alınmıştır. Veriler Şubat-Mart 2018 tarihlerinde toplanmıştır. Görüşmeler, özel bir odada, sessiz bir ortamda ve başkası tarafından bölünmeden araştırmacı tarafından yapılmıştır. Hemşirelere görüşmenin esasları açıklanarak, hemşirelerin isimleri kullanılmadan, analizde kolaylık sağlaması bakımından her hemşireye bir numara verilmiştir (H1, H2, H3, ..., H23 şeklinde). Yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hemşirelere “*Kişisel Bilgi Formu*” doldurulmuştur. Üç hemşire ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamanın ardından veriler incelenmiş, herhangi bir değişiklik yapılmasına ihtiyaç duyulmadan araştırmaya devam edilmiştir. Ön uygulama verileri çalışmaya dahil edilmiştir. Görüşmeler 10-25 dakikalık sürelerde tamamlanmıştır. Görüşmelerde hemşirelere vakit kaybı yaşatmamak ve analizin daha sağlıklı yapılabilmesi amacıyla ses kaydı yapılmak istendiği belirtilmiştir. Ses kayıtlarını sadece araştırmacının dinleyeceği, başka kişilerle paylaşılmayacağı ve görüşme esnasında hemşireler istediği anda ses kaydının kapatılabileceği açıklanmıştır. Kabul eden 22 hemşireden ses kaydı alınmıştır. Hemşirelerden sadece biri ses kaydını kabul etmediği için görüşme esnasında söyledikleri araştırmacı tarafından not alınmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Veriler içerik analizi ile çözümlenmiştir. Görüşmeler tamamlandıktan sonra ses kayıtlarının ham dökümleri araştırmacı tarafından bilgisayara aktarılmıştır. Ses kayıtları dinlendikten sonra ham veriler yazılı metin haline getirilmiştir. Ses kayıtları tekrar dinlenerek yazılı metin kontrol edilmiştir ve ses kayıtları dijital ortamdan silinmiştir. Yazılı metin birçok kez okunarak görüşler anlamsal benzerliklere göre

birleştirilmiş, bu görüşleri temsil edebilecek kod isimleri ve tekrarlanma sıklığı belirlenmiştir. Oluşan kodların ardından uygun temalar belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.12.2017 tarihli ve 2017/181 sayılı etik kurul izni (EK-V), araştırmanın uygulandığı Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi ve Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden resmi yazılı izin (EK-VI) ve katılımcılardan yazılı aydınlatılmış onam alınmıştır (EK-VII).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma 2018 yılı ile ve Bolu ilinde görüşme yapılan, palyatif bakım veren hemşirelerle sınırlıdır.

4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin sosyodemografik verilerine ilişkin bulgular Tablo 4.1.1.'de verilmiştir.

Tablo 4. 1.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Yaş		
23-30	14	60.8
31-38	3	13.1
39-46	6	26.1
Yaş Ortalaması ($X= 31.74\pm 8.49$)		
Cinsiyet		
Kadın	20	87.0
Erkek	13	13.0
Eğitim Durumu		
Ön Lisans	6	26.1
Lisans	17	73.9
Palyatif Bakımda Çalışma Süresi		
3-12 ay	15	65.2
13-22 ay	5	21.8
22+ ay	3	13.0
Palyatif Bakım Birimini İsteyerek Seçme		
Evet	13	56.5
Hayır	10	43.5
Palyatif Bakıma İlişkin Eğitim Alma		
Evet	4	17.4
Hayır	19	82.6
Mesleki Deneyim		
0-8 yıl	14	60.8
9-16 yıl	4	17.4
16+ yıl	5	21.8
TOPLAM	23	100

Tablo 4.1.1.'de palyatif bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ait veriler yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin çoğunluğunun 23-30 yaş arasında (%60.8) ve kadın (%87.0) olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin %26.1'inin ön lisans, %73.9'unun lisans mezunu, çoğunluğunun 3-12 aydır palyatif bakım ünitesinde çalışmakta (%65.2) ve yarıdan fazlasının (%56.5) bu birimi isteyerek seçmiş olduğu, büyük çoğunluğunun palyatif bakıma ilişkin herhangi bir eğitim almadığı (%82.6) ve mesleki deneyimlerinin 0-8 yıl arasında değiştiği belirlenmiştir (%60.8).

4.2. Hemşirelerin Ölüm İlişkin Algıları

Hemşirelerin ölüm ilişkili algılarının yer aldığı temalar tabloda sunulmuştur (Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.1. Ölümle ilgili temalar

Tema No	Tema Başlığı
Tema 1	Ölümün Tanımı
Tema 2	Ölüm Sürecine İlişkin Algı
Tema 3	Hemşirelerin Çalıştığı Birimde Ölümle Karşılaştıklarında Duygu ve Düşünceleri

4.2.1. Ölümün tanımı

Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin yaptıkları tanımlamalara yönelik oluşturulan tema ve kodlar Tablo 4.2.1.1'de verilmiştir.

Tablo 4.2.1.1. Ölümün tanımı

Tema 1	Kodlar	n*
Ölümün Tanımı	Hayatın sonlanması	8
	Doğal bir süreç	5
	Ahret yaşamının başlaması	5
	Ağrının sona ermesi	3
	Sonsuzluk, maneviyata geçiş	2
	Korkutucu	1
	Acı ve üzücü bir durum	1

*n katlanmıştır (n= 25).

Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin tanımlamaları incelendiğinde, hemşirelerin çoğunun (n=8) ölümü hayatın sonlanması olarak ifade ettikleri görülmektedir (Tablo 4.2.1.1.).

Hemşirelerden biri ölümle ilgili düşüncesini;

“Tüm hayatın bitişi, her şeyin sonlanması.” (H2) şeklinde ifade etmiştir.

Bir hemşire, aynı zamanda ağrıların son bulduğu bir dönem olduğunu;

“Hayatının sonuna gelmiş çok ağrı çeken bireyler için ağrının sonlanacağı bir durum.” olarak ifade etmiştir (H7).

Hemşirelerin bir kısmı ölümü doğal bir süreç olarak tanımlamıştır (n=5), hemşirelerde biri bu görüşünü;

“Hayatın bir parçası. Buraya geldiğimden beri ölüm daha bir hayatın içinden oldu ve sosyal hayatımı da buna göre yönlendiriyorum. Üzüntülerimi ve sıkıntılarımı ona göre şekillendiriyorum. Yani (hüzünlü bir şekilde) ‘burada ölüm var’ diyorum, ‘daha yeni gördüm’ diyorum.” şeklinde ifade etmiştir (H11).

Hemşirelerin bir kısmı da (n=5) ölümü bu dünyadaki yaşamın bitip ahiret yaşamının başlangıcı olarak tanımlamaktadır. Hemşirelerden biri bu görüşünü;

“Bence bu dünyadaki yaşamın bitişi ama ahiretteki yaşamın devam ettiğine inanıyorum ve nasıl yaşarsak öyle öldüğümüzü düşünüyorum...” (H1) şeklinde ifade etmiştir.

4.2.2. Ölüm sürecine ilişkin algı

Hemşirelerin ölüm sürecine ilişkin algılarına yönelik tanımlamalarından oluşturulan tema ve kodlar Tablo 4.2.2.1’de verilmiştir.

Tablo 4.2.2.1. Ölüm sürecine ilişkin algı

Tema 2	Kodlar	n*
Ölüm Sürecine İlişkin Algı	Alışkın olduğumuz doğal bir süreç	22
	Zor ve korkutucu bir süreç	5
	Yaşa ve duruma göre değişen bir süreç	1

*n katlanmıştır (n= 28).

Hemşirelerin ölüm sürecine ilişkin algıları incelendiğinde büyük çoğunluğu ölümü alışkın oldukları doğal bir süreç olarak ifade etmişlerdir (n= 22). Bir kısmı ise zor ve korkutucu (n=5), yaşa ve duruma göre değişen bir süreç olduğunu (n=1) belirtmişlerdir (Tablo 4.2.2.1.). Hemşireler bazen zor ve korkutucu bir süreç olduğunu;

“Ölüm doğal bir süreç ama eğer kanser gibi bir hastalığınız varsa korkulacak bir sürece sokabiliyor sizi...” (H8),

“Aslında ölüm doğal bir süreç ama küçüklikten beri yetiştirilme tarzımızdan, dini kavramlarımızdan kaynaklı bize hep korkmamız gereken bir şey gibi söylendi. O yüzden hep korkarak büyüdük ölümden...” (H12) şeklinde ifade etmişlerdir.

Bir hemşire ise yaşa ve duruma göre değişen bir süreç olduğunu;

“Kişiden kişiye göre değişir herhalde diye düşünüyorum. ...yaşlılık sürecinden sonra gelen ölüm daha doğal, üzücü değil de genç yaşta ve kaza sonucu, ani bir şey sonucu olan daha üzücü gibi geliyor bana...”(H10), şeklinde ifade etmiştir.

4.2.3. Hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaştıklarında duygu ve düşünceleri

Hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaştıklarında duygu ve düşüncelerine yönelik tanımlamalarından oluşturulan tema ve kodlar Tablo 4.2.3.1’de verilmiştir.

Tablo 4.2.3.1. Hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaştıklarında duygu ve düşünceleri

Tema 3	Kodlar	n
Hemşirelerin Çalıştığı Birimde Ölümle Karşılaştıklarında Duygu ve Düşünceleri	Duyarsızlaşma	5
	Acı çekenlere üzülmeye	4
	Kurtuluş	3
	Empati yapma	2
	Saygı duyma	2
	Hastanın yakınlarına üzülmeye	2
	Etkileyici	2
	Manevi doyum	2
	Ölen kişinin durumuna göre değişken	1

Hemşirelerden çalıştıkları birimde ölümle karşılaştıklarında duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri istenildiğinde duyarsızlaştıklarını (n=5) ve acı çeken hastalara üzüldüklerini (n=4) belirtmişlerdir. Bir kısmı ise hastaların kurtuluşu olarak gördüklerini (n=3) ve empati yaptıklarını (n=2) belirtmişlerdir (Tablo 4.2.3.1.).

Hemşireler ölen kişinin durumuna göre ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin değiştiğini, genç hastaların ölümden daha fazla etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bu duruma ilişkin düşüncelerini;

“Sadece genç yaştaki ölümlerde diğerlerinden daha fazla etkileniyoruz. ... Kendimizi koyabiliyoruz yerlerine (gözleri yaşararak) hem ölen kişinin hem de yakınlarının.” (H1),

“Otuz yaşında bir hasta gelip burada kanserden kaybettiğinizde illaki çok etkileniyorsunuz, üzüliyorsunuz, bazen de artık ölsün istiyorsunuz çok acı çekiyor gözünüzün önünde bir an önce kurtulsun artık istiyorsunuz. ... (iç çekerek) ama etkilenmemek mümkün değil.” (H8),

“Ölen kişinin yaşına, kendi durumuna, bakım ihtiyacı olup olmamasına, yakınlarına göre değişir. ... Bakıma ihtiyacı olup da bakını olmuyorsa, bir geri dönüş de onun için nasıl olur...” (H22) şeklinde ifade etmişlerdir.

Zamanla duyarsızlaşma gösterdiklerini ise;

“Yani önceden daha fazla etkileniyordum. ... Sonradan mesleki deformasyon oluyor. ... Hasta çok sıkıntılı problemlerle bir süreç geçirirse üzüliyorsunuz yine, ama onun dışında eskisi gibi çok üzülmiyorum. Zamanla duyarsızlaşma oluyor.” (H4),

“İşinizi yaparken o insanların bir hayatı olduğunu ya da bir birey olduğunu algılayarak yaptıkça üzüliyorsunuz ... Ama işinizin bir parçası olarak ya da saygılı davrandıktan sonra birkaç ölümden sonra bir şey hissetmiyorsunuz açıkçası (rahat bir ifadeyle).” (H11) şeklinde ifade etmişlerdir.

Bazı hemşireler palyatif bakımda çalıştıkları sürede manevi doyum aldıklarını (n=2) ve kendi ailevi ilişkileri konusunda kendilerini sorguladıklarını belirtmişlerdir. Aşağıdaki alıntıda bu ifadelere yer verilmiştir:

“Buranın benim için bir kazanç olduğunu düşünüyorum (gülümseyen bir ifadeyle) ... Değer yargıları ve aile bağları kuvvetli olanların buradaki süreci çok daha verimli geçiyor. Ama birbirinden kopuk, parçalanmış, insanın değerini bilmeyenlerin süreçleri daha sancılı geçiyor. Kimsesiz ve sahipsiz kaldığı için... Yani bunları hayatımızda düzeltmemiz gereken şeyler var mı diye insan kendisini sorgulamaya başlıyor...” (H2).

Hemşireler bakım ihtiyacı olan ve ağrısı olan hastalar için bir kurtuluş olduğunu düşünmektedirler. Bu düşüncelerini;

“... Ekibim müdahale ederken ben hastaya dua okuyorum (durgun bir şekilde). ... Gerçekten kurtulduklarını düşünüyorum yani palyatifte yatan hastaların...” (H17),

“... aslında yaşamak denebilir mi buna? Yaşayış değil bence bir kurtuluş gibi oluyor...” (H22) şeklinde ifade etmişlerdir.

4.3. Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamaları

Hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarına ilişkin oluşturulan temalar tabloda sunulmuştur (Tablo 4.3.1.).

Tablo 4.3.1. Palyatif bakıma ait temalar

Tema No	Tema Başlığı
Tema 4	Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Hemşirelik Uygulamaları
Tema 5	Hemşirenin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verirken Olumlu ve Olumsuz Algıladığı Durumlar
Tema 6	Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verirken Yaşanan Güçlükler
Tema 7	Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın İdeal Bakımına İlişkin Görüşleri

4.3.1. Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin hemşirelik uygulamaları

Hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin hemşirelik uygulamalarına yönelik tanımlamalarından oluşturulan tema ve kodlar Tablo 4.3.1.1’de verilmiştir.

Tablo 4.3.1.1. Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin hemşirelik uygulamaları

Tema 4	Kodlar	n*
Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Hemşirelik Uygulamaları	Yara bakımı ve pozisyon verme	12
	Öz bakım gereksinimlerini karşılama	12
	Solunum desteği, trakeostomi bakımı	11
	Beslenme gereksinimini karşılama	11
	Eğitim verme	5
	Ağrıyı dindirme	4
	Vital bulgu takibi	4
	İletişim	3
	İlaç uygulama	2
	Uygun ortam sağlama	2

*n katlanmıştır (n= 66).

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin hemşirelik uygulamaları incelendiğinde hemşireler en çok yara bakımları ve pozisyon verme (n=12), öz bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar (n=12), solunum destek uygulamaları (n=11) ve beslenme gereksiniminin karşılanmasına yönelik uygulamaları (n=11) gerçekleştirdiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelik uygulamaları arasında vital bulguların takibi (n=4), iletişimin sürdürülmesi (n=3) ve ilaç uygulamaları da (n=2) yer almaktadır (Tablo 4.3.1.1.). Hemşireler palyatif bakımda ağrının giderilmesine yönelik uygulamalarından (n=4) bahsetmişlerdir. Aşağıdaki alıntılar hemşirelerin ağrının giderilmesine yönelik yapmış olduğu uygulamalara ilişkin ifadeleri içermektedir:

“Bir kere ağrısını dindirmeye çalışıyoruz. Özellikle doktor orderında da oluyor ama hemşireler de ilgileniyor daha fazla ne yapabiliriz az acı çekmesi için diye (endişeli)...” (H1),

“...Ağrısızlığı sağlıyoruz. Olmazsa sakinleştiricilerle uyutuyoruz. ... Hastanın temiz olması bizim için en önemlisi, ağrısız ve tok olması da tabii.” (H8),

“... Beslenmeye ve ağrıya yönelik bakımları oluyor zaten beslenme durumları zayıf olduğu için...” (H20).

Hemşireler öz bakım ihtiyaçlarına ilişkin hemşirelik uygulamalarını (n=12);

“... Ağız bakımları çok kötü oluyor yeterince beslenemiyorlar zaten. Bu tarz şeyler yapıyoruz.” (H1),

“Hastaya ağız bakımı, vücut bakımı, saç bakımı onları veriyoruz. ... Biz daha çok ağız bakımı, vücut bakımı, saç bakımı tarzında perine bakımı tarzında ve tedavi bazında daha çok hastalarla ilgileniyoruz.” (H5),

“...biz hasta ölmeyecekmiş gibi son ana kadar tüm bakımlarını yapıyoruz. Banyo günlerimiz var mesela ... hastanın durumu müsaade ettiği sürece banyoların yaptırıyoruz.” (H8),

“... beslenme, yara bakımı, PEG bakımları, trakeostomili hastanın trakeostomi bakımı, aspirasyonu hemşirelik bakımı olarak bunları yapıyoruz. ... kendi öz bakımlarını kendi kendine gerçekleştiremeyen hastalar oldukları için öz bakımlarının çoğunu hasta yakınları ile beraber biz yapıyoruz. Ağız bakımları, banyoları ve aklınıza gelebilecek her türlü öz bakımda bire bir yardımcı oluyoruz. Yakınlarını destekliyoruz.” (H12),

“Bizim rutin hemşirelik bakımlarımız var. Çoğu hastamızın dekübitüü oluyor, kateteri oluyor, sondası oluyor. Yatak banyosu yaptırıyoruz, tırnak bakımı, saç bakımı, göz bakımı, ağız bakımı bunları yapıyoruz.” (H13) şeklinde ifade etmişlerdir.

Hemşireler yara bakımlarına ihtiyaçlarına ilişkin hemşirelik uygulamalarını;

“...Sonuçta hastanın yarasının olmamasına ... dikkat ediyoruz.” (H1),

“... Yara pansumanlarını mutlaka yapıyoruz...” (H8),

“Uygulama olarak yaraları oluyor hastaların onu en aza indirmeye çalışıyoruz...” (H14) şeklinde belirtmişlerdir.

Hemşireler pozisyon değişimine ilişkin hemşirelik uygulamalarında bulduklarını belirtmişlerdir:

“Genellikle pozisyonları öğretiyoruz, ilk başta pozisyonlar. Yani topukların ya da kalçadan sürekli iki saatte bir değişmesi gerektiğini en azından söylüyoruz çünkü biz yapamıyoruz, yetişemiyoruz. ... “(H11),
 ... Yapamadıkları zaman hastayı çeviremedikleri zaman personeller ya da biz yardım ediyoruz...” (H14) şeklinde ifade etmişlerdir.

4.3.2. Hemşirenin ölmekte olan hastaya bakım verirken olumlu ve olumsuz algıladığı durumlar

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken olumlu ve olumsuz olarak algıladığı durumlara yönelik tanımlamalarından oluşturulan tema ve kodlar Tablo 4.3.2.1.’de verilmiştir.

Tablo 4.3.2.1. Hemşirenin ölmekte olan hastaya bakım verirken olumlu ve olumsuz algıladığı durumlar

Tema 5	Kodlar – Olumlu Algıladığı Durumlar	n*
Hemşirenin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verirken Olumlu ve Olumsuz Algıladığı Durumlar	Hastaların kendilerini iyi hissetmesi	11
	Hastaya öz bakım vermek	6
	Empati yapmak	6
	Manevi doyum almak	2
	Ağrının giderilmesi	2
	Hastalara yardım etmek	2
	Hastaların yerinde olmadığını düşünmek	1
	Kodlar – Olumsuz Algıladığı Durumlar	n*
	Hastaların acı çekmesi	10
	Refakatçi problemleri	7
	Genç hasta kayıpları	4
	Hastayla iletişim kuramamak	2
	İleri evre yaraların bakımını yapmak	2
	İstedikleri performansı sergileyememek	1
Hasta mahremiyetine özen gösterilmemesi	1	
Acil müdahalede bulunmak ve mavi kod vermek	1	

*n katlanmıştır.

Hemşireler ölmekte olan hastaya bakım verirken; sıklıkla (n=11) hastalar kendilerini iyi hissettiğinde, hastaların öz bakım gereksinimleri karşılandığında (n=6), empati yaptıklarında (n=6), hastanın ağrısı giderildiğinde (n=2) ve manevi doyum aldıklarında (n=2) buldukları durumu olumlu olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler hastaların acı çektiğini gördüklerinde (n=10), refakatçilerle problem yaşadıklarında (n=7), genç hastaları kaybettiklerinde (n=4), ileri evre yaralara bakımı yaptıklarında (n=2) ve mavi kod verildiğinde (n=1) buldukları durumu olumsuz olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3.2.1.).

Hemşireler hastanın ağrısı giderildiği zaman rahatladıklarını, aksi takdirde üzüldüklerini (n=2) aşağıdaki alıntılarda yer aldığı şekilde belirtmişlerdir:

“Öncelikle eğer ağrısı yoksa diğerleri zaten rutin tedaviler ve uygulamalar. Onlar uygulanıyor eğer ağrısı da yoksa hemşire kendini rahat hissediyor. ... Dindiremiyorsa (yüz ifadesini değiştirerek) hemşire de rahatsız oluyor zaten.” (H1),

“Hastayı rahatlatacak uygulamalar yapınca ben de kendimi iyi hissediyorum. ... ağrısı giderildiği zaman daha iyi olduğumu görünce mutlu oluyorum. Ama ağrıları geçmiyorsa, son döneme girdiyse o halini görünce üzülüyorum.” (H19).

Hemşirelerden biri genç hasta kayıplarında üzüldüklerini;

“... acı çeken hasta 90 yaşın üstünde ise çekmesin diyorsun. Onu normal karşılayabiliyorsun (rahat bir tavırla), genç olursa üzülüyorsun.” (H3) şeklinde belirtmiştir.

Hemşirelerden biri ileri evre yara bakımlarını gerçekleştirirken hissettiklerini;

“... Sadece koku olunca rahatsız ediyor ama, rutin bakım yapıldığı zaman koku da olmuyor.” (H18) şeklinde ifade etmiştir.

Hemşireler hastaların öz bakım ihtiyaçlarını giderdiklerinde kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir (n=6). Aşağıdaki alıntılar bu duruma yönelik ifadeleri vermektedir:

“... hastaya bakım verdiğimiz zaman özellikle banyosunu yaptırdığımız zaman, temizlendiği zaman hoşumuza gidiyor, kendimizi iyi hissediyoruz...” (H7),

“... hastanın yanına gidiyoruz hasta dağınık, çarşafları kırışık veya alt bezi kirlî. Hastanın genel durumu güzel durmuyor. Onu temizlemek, yatağı düzeltmek, uygun pozisyon vermek insanı mutlu ediyor.” (H15),

“... çok kötü bir durumda hasta, yatak berbat, hasta çok kötü kokuyor ama bütün bakımları yaptıktan sonra şöyle bir bakıyorsunuz hasta çiçek gibi (gülümseyerek). Onu görünce mutlu oluyorsunuz.” (H16).

Hemşirelerden biri yaptıkları bakımdan manevi doyum alınca mutlu olduklarını;

“... Karşıdaki insanlardan da bir teşekkür aldığımda (gülümseyerek) bir tebessüm aldığımda bir ‘Allah razı olsun’ kelimesini duyduğunda insan o zaman daha mutlu ve huzurlu oluyor.” (H10) şeklinde belirtmiştir.

Hemşireler bakım verirken empati yaptıklarını (n=6);

“Yani insanın böyle bir duruma düşmesi aslında çok kötü, her odadan çıktığımda şükrediyorum. Şükrediyorum kendime (hafif endişeli) yani ‘İyi ki ben böyle değilim, İyi ki böyleyim’ diye. O duyguyu ifade edemiyorum...” (H11),

“... damar yolu açıyoruz mesela ‘senin canın acımıyor tabi istediğin kadar denersin’ diyorlar. Biz de üzülüyoruz onu yaparken ama yapmak zorundayız...” (H14) şeklinde belirtmişlerdir.

Hemşirelerden biri, bakım verirken hastaların acı çekmesinden etkilendiğini;

“Ben aspirasyon yapıyorum ama bu uygulama esnasında çok etkileniyorum. Hem hasta sıkıntı çekiyor hem de o sırada hastanın sıkıntısını gördüğüm zaman ben kendim de bunalıma giriyorum. Terliyorum onun sıkıntısından dolayı, diğer bakımları benim için hiç problem değil. Sadece aspirasyon birazcık sıkıntı benim için...” (H20) şeklinde ifade etmiştir.

Bir hemşire hastaların bakımında istediği performansı sergileyemediğini;

“... bazen de ne kadar bir şeyler yapsan da bir şekilde toparlayamıyor ve sonu kötüye gidiyor. O zaman bazen umutsuzluğa kapılıyorsun ...” (H21) şeklinde ifade etmiştir.

4.3.3. Ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşanan güçlükler

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşadıkları güçlüklerle yönelik tanımlamalarından oluşturulan tema ve kodlar Tablo 4.3.3.1’de verilmiştir.

Tablo 4.3.3.1. Ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşanan güçlükler

Tema 6	Kodlar	n*
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verirken Yaşanan Güçlükler	Tedaviyi reddetme	19
	Hasta yakınlarının tutumu	17
	Zorlukla karşılaşmadım	2
	Personel eksikliği	2
	Hastaya pozisyon vermede güçlük	1
	Hastaların psikolojik sıkıntısı	1
	Birebir karar verememek	1
	Malzemelerde yetersizlik	1
	Ekip içi çatışmalar	1

*n katlanmıştır (n= 45).

Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken karşılaştığı güçlükler incelendiğinde hemşirelerin sıklıkla hasta ve yakınlarının tedaviyi reddetmelerinin (n=19) ve hasta yakınlarının tutumlarının (n=17) kendilerini zorladığını belirtmişlerdir. Personel eksikliği (n=2), hastaların psikolojik sıkıntısı (n=1), pozisyon verme zorluğu (n=1) ve nadiren malzeme eksikliğinden dolayı (n=1) bakımda güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. İki hemşire zorlukla karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3.3.1.). Birebir karar veremedikleri için güçlük yaşadığını belirten bir hemşire buna ilişkin görüşlerini;

“Birebir karar veremediğimiz için, bir merciye danışmak zorunda kaldığımız için... Mesela ağrı kesici için, biz diyoruz ki hasta zaten ölecek şurada belki 2 günü kaldı, ilacı daha fazla daha yüksek dozda ve sıklıkta yapabiliriz... Ama verilen orderda yapmamız gereken süreler ve miktarlar belli, bunun dışına çıkamıyoruz. Bu rahatsızlık verici.” (H1) şeklinde ifade etmiştir.

Hemşireler sıklıkla hasta yakınlarının tutumuna ilişkin güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aşağıdaki alıntılarda hemşirelerin bu duruma ilişkin ifadeleri yer almaktadır:

“Hasta yakınları burayı bir bakım evi gibi düşünüyorlar. Bizim öğretmeye çalıştığımız şeyleri dirençli bir şekilde asla kabullenmeyenler var. ...

İlk önce hastanızın öz bakımını karşılamamız gerekiyor dediğimizde hasta yakınının ilk kurduğu cümle; 'Bu benim düşünceme ters, biz bunları yaparsak neden burada yatıyoruz'. Ben de 'palyatif bakımın amacı bu bakımı yapmak değil, yakınlarına öğretmek' dedim (sinirli). ... En çok bunlarla uğraşıyoruz. Evde bıkmıyorlar ve burada da yapmak istemiyorlar...' (H2),

"Biz burada hasta yakınlarıyla çelişiyoruz hep. Bazısı bakımı kabul etmiyor mesela, banyo günlerimiz var. ... Banyo yaptırmak istemeyen hasta yakınları oluyor. "Gerek yok üsütür, biz ayda bir yıkıyoruz" tarzında dirençlerle karşılaşılıyor ve hastalarına öz bakım vermeyen hasta yakınları ile karşılaşılıyor (şaşkın bir ifadeyle). ... Ya da biz hastanın odasına gidip pozisyon veriyoruz iki saat böyle kalması gerekiyor bozma diyoruz. Ama o bizim peşimizden hemen yastıkları alıyor hastanın arkasından. Hastaya pozisyon vermeye çok karşılar. ..." (H8),

"Genelde hasta yakınları ile güçlük yaşıyoruz. Huzurevinden gelen hastalar oluyor. Hasta yakınları bakacağım deyip veya baktıklarını iddia edip bakmaması, anlatılanları söylenenleri yapmamaları üzüyor..." (H22).

İki hemşire hasta yakınlarının tedaviyi reddetmelerine yönelik tutumlarını;

"Mesela hasta yakınlarının artık dokunmayın müdahale etmeyin diyerek dirençleriyle karşılaşılıyor. "Benim hastama hiçbir şekilde dokunulmasın" denildiğinde o zaman evde bakacaksınız diyoruz." (H3),

"Daha çok hasta yakınları ile sorun yaşıyoruz. Hastalığı kabul edenler ve kabul etmeyenler olarak ayırdığımızda ikisi de problem. Hastalığı kabullenenler direkt bütün eşyaları toplayıp hastanın gözünün içine bakıyorlar ne zaman öleceksin der gibi..." (H16) şeklinde ifade etmiştir.

Hemşireler ayrıca hastanın tedaviyi kabul etmediklerini ve onlara pozisyon vermede güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir. Aşağıdaki alıntılarda bu duruma yönelik ifadeler yer almaktadır:

"Hastanın sorunu sıkıntısı olduğunda mesela solunum sıkıntısı olduğu zaman sürekli satürasyonu kontrol ediyoruz oksijen tedavisi uygulamamız gerekiyor oksijen maskesi takıyoruz. Ama hasta bundan rahatsız oluyor maskeyi falan çıkarmak istiyor çıkarıyor. Sonra biz tekrar takmak istiyoruz bunun gibi sorunlar olabiliyor." (H6),

“Hastanın pozisyon almaması bizi çok zorluyor (gergin). ... Bazen de hasta kendisi pozisyon almak istemiyor sürekli aynı şekilde yatmak istiyor.” (H11),

“Eğer hasta böyle çok kendini kaybetmediyse genelde bakım almak istemiyor. En ufak bir ağız bakımı yaparken bile ya ağzını açmıyor ya elimizi kolumuzu tutup yaptırmak istemiyor en çok karşılaştığımız şey direnç...” (H12),

“Hastanın tedaviyi kabul etmemesi çok zorluyor. İstemiyorum diyor çıkmak istiyorum diyor takmana gerek yok ilaçları falan zaten öleceğim diyor bazen...” (H14).

Hemşireler personel eksikliği olduğunu ve bakım elemanına ihtiyaç duyduklarını;

“...burada bir bakım elemanı yok. Hastanın zaten bana ihtiyacı var hasta yakınından destek alarak yapmaya çalışıyorum çok şeyi. Çünkü tek başıma da yeterli olamıyorum.” (H13),

“... hastaların bakım ihtiyacı çok. Bakım elemanı da ben de yetişemiyorum bazen...” (H19) şeklinde,
ve nadiren malzeme sıkıntısı yaşadıklarını;

“Bazen malzeme yetersiz olabiliyor, başka yerlerden temin edebiliyoruz, infüzyon pompalarında çok hastamız olunca bazen malzemedeki sıkıntı oluyor...” (H20) şeklinde belirtmişlerdir.

4.3.4. Hemşirelerin ölmekte olan hastanın ideal bakımına ilişkin görüşleri

Hemşirelerin ölmekte olan hastanın ideal bakımına yönelik tanımlamalarından oluşturulan tema ve kodlar Tablo 4.3.4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.3.4.1. Hemşirelerin ölmekte olan hastanın ideal bakımına ilişkin görüşleri

Tema 7	Kodlar	n*
Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastanın İdeal Bakımına İlişkin Görüşleri	Multidisipliner yaklaşım	8
	Psikolojik destek sağlanması	6
	Hemşire sayısının artırılması	6
	Bakım personeli sayısının artırılması	6
	Palyatif bakımın ayrı bir birim olması	5
	Hasta yakınları ile iletişimin sürdürülmesi	4
	Hastanın ağrı çekmemesi	4
	Hastanın kendi evinde olması	3
	Aileye eğitim verilmesi	3
	Fiziki koşulların iyileştirilmesi	3
	Öz bakımların verilmesi	2
	Solunum sıkıntısının giderilmesi ve tedavinin sürdürülmesi	2
	Refakatçi desteği	2
	Personel eğitimi	2
	Hastanın kısıtlanmaması	1
	Yatak sayısının artırılması	1
Randevulu sistem uygulaması ve genç hastalara öncelik verilmesi	1	

*n katlanmıştır (n= 59).

Hemşirelerin ideal palyatif bakıma ilişkin düşünceleri incelendiğinde çoğunun multidisipliner bir ekiple bakım verilmesi gerektiği (n=8), hemşire sayısının artırılması gerektiği (n=6), palyatif bakımın ayrı bir birim olarak çalışması gerektiği (n=5), ağrı (n=4) ve solunum sıkıntısının (n=2) giderilmesi ve fiziki koşulların iyileştirilmesi (n=3) üzerinde durmuşlardır (Tablo 4.3.4.1.). Hemşireler ağrının giderilmesine yönelik bir bakım gerektiğini;

“Bir kere ağrısını tamamen kesmemiz gerekiyor, hiç ağrı çekmeden o şekilde gerekirse uyutulabilir de hasta. Ama genellikle böyle bir uygulama yapılmıyor...” (H1),

“Ağrısı varsa ağrısı giderilmeli. Solunum sıkıntısı varsa o konuda yapman gerekenleri yapıyorsun. Doktorun yazdığı ilaçları uyguluyoruz.”
(H3),

“Bence son dönemde artık tedavi kısmından çok endikasyonları giderici, yani ağrısı varsa ağrı giderme solunum sıkıntısı varsa bunu giderme gibi. ...” (H4),

“...en önemlisi birinci aşamada ağrılarından kurtulması lazım hastaların...” (H16) şeklinde ifade etmişlerdir.

Hemşireler ölümü yaklaşan hastaların huzurlu ve ağrısız bir şekilde kendi evlerinde bakım almaları gerektiğini belirtmişlerdir. Bir hemşire bu düşüncesini;

“Özellikle yaşlı hastalarda kendi evinde yaşaması kendi evinde ölümünü beklemesi lazım ama acısız bir şekilde. ... Onun dışında hasta evde yatarken de ailelere bilgi vermek lazım. Bu dönemde neleri yapabileceklerini nasıl yapılabileceğini tedavilerin ya da bakımlarını nasıl olabileceği şeklinde.”
(H5) şeklinde ifade etmiştir.

Hemşireler palyatif bakımın ayrı ve tek başına bir birim olması gerektiğini;

“... Palyatif bakım ayrı bir servis olmalı, hemşiresi ayrı olmalı ki ona göre yaklaşım gösterilebilsin. ... Özel bir servisi, hemşiresi doktoru her şeyi ayrı olmalı bence.” (H6),

“Ayrı bir birim ayrı bir servis şeklinde olmalı ve ona yönelik çalışmalar yapılmalı.” (H10)

“... Entegre olmalı yani tek başına olmalı. Tüm branşlar barındıran tek başına bir palyatif hastanesi olmalı. Palyatif hastalarının bakıldığı tüm donanımlarının ve palyatif bakım verecek ekibin olduğu kendi başına bir birim gibi...” (H12) şeklinde ifade etmişlerdir.

Hemşirelerden biri randevu sistemi olması ve genç hastalara öncelik verilmesi gerektiğini;

“... palyatif bakım randevulu çalışmalı. Kanseri hastası bile olsa 15 günlük randevu ile gelmeli, duruma göre tabi randevu da uzayabilir. ... genç hastalara öncelik verilmeli, trafik kazalarına filan da...” (H8) şeklinde ifade etmiştir.

Hemşireler bakımın daha fazla ve eğitimli sağlık personeli ile verilmesi gerektiğini;

“Palyatif bakımda daha fazla sağlık personeli olsaydı ve bakım daha primer kişiler tarafından verilseydi daha iyi olurdu. Primerden kastım bir hemşirenin maksimum bir veya iki hastaya bakım vermesi. Yani bir hemşirenin 13 hastaya birden bakması değil de her hastanın hemşiresinin ayrı ayrı olması ve o hastalarla daha fazla ilgilenmesi.” (H11),

“Şu anda bizim personel sayımız biraz eksik ama maksimum bir hemşire iki hastaya bakmalı, hadi hiç bilemediniz 3 hasta... 3 hastanın üzere olmamalı. Fizyoterapisti ve fizik tedavi rehabilitasyon alabileceği yer çok yakınında olmalı. Aynı şekilde bir fizyoterapistin maksimumda alabileceği hasta sayısı 3-4 ü geçmemeli...” (H12),

“Yani biraz daha çok hemşireyle olabilir, daha hasta bazlı çalışılabilir. ... Burada hasta bakım personelimiz destek personelimiz eksik o olabilir.” (H21).

Hemşireler palyatif bakım biriminde multidisipliner bir yaklaşım olması gerektiğini belirtmişlerdir. Aşağıdaki alıntılarda bu duruma ilişkin ifadeler yer almaktadır:

“... Onun dışında hastalarımızın berber ihtiyacını dışarıdan getirmelerini sağlıyoruz. Berber kuaför hizmetlerinin olması gerekiyor erkek hastalarda. Bayan hastaların da kendilerini iyi hissetmesi için gerekli en ufak bir bakım anında, saçımızı taradığımızda veya hafif bir makyaj yaptığımızda biz kendimizi nasıl iyi hissediyorsak, onların da kendilerini hissetme ihtiyaçları var. ... din hizmetlerini palyatif bakım için verecek birileri olması gerekiyor. ... Ölümü dini boyutlarıyla anlatacak ve onları bu anlamda teselli edecek kişiler palyatif için ayrı olmalı. ... Hastalara yardım edecek bakım personelinin artması lazım çünkü, hemşire bir yere kadar yetebiliyor. ... Hemşire sayısı da daha fazla olmalı. Fizik tedavi hizmetini haftada 2 gün alabiliyoruz. Aslında her gün gelmesi lazım.” (H12)

“Öncelikle palyatif bakım verecek olan doktorun çok iyi olması lazım. ... bence anestezi olabilir belki dahiliye olabilir... ekip anlayışı gerekiyor yani. ... Farklı disiplinlerden de çok fazla destek göremiyoruz bu da gerekli bence.” (H15) şeklinde ifade etmişlerdir.

Hemşireler fiziki koşulların iyileştirilmesi gerektiğini;

“Yıkama yerleri ayrı olmalı, tedavi hazırlamak için uygun ortam olmalı ve malzemelerin tam olması gerekiyor...” (H14),

“... hemşire sayısı çok eksik, personel yok, bakım elemanı yok. ... bir banyomuzun olmasını çok istiyorum. Her odada banyo var ama genel büyük ve yıkamanın rahat olabileceği bir oda çok daha iyi olacaktır, taşıma sistemi ile hasta yıkamak...” (H17) şeklinde ifade etmişlerdir.

Hemşirelerden biri hasta yakınları ile iletişimin sürdürülmesi gerektiğini;

“Palyatif bakım hasta ve hasta yakınına beraber verilmeli, sadece hasta odaklı olmamalı. Haftada en az bir kez hasta yakınlarıyla da ortak bir konu bulup sohbet ortamı oluşturulmalı...” (H22) şeklinde belirtmişlerdir.

5.TARTIŞMA

Ölümlle karşılaşma durum ve sıklığı her bireyde farklı bir ölüm algısı oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları da ölümle sık karşılaşan gruplar arasında yer almaktadır. Palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşireler yaşam sonu dönemde olan hasta grubuna bakım verdikleri için sıklıkla ölümle karşılaşmaktadırlar. Dolayısıyla yaşamın son anına kadar hastanın konforunun ve tedavisinin sürdürülebilmesi için nitelikli bir palyatif bakımın verilmesinde, hemşirenin ölüme ilişkin algısının ve palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi önemlidir. Bu görüşten yola çıkarak bu çalışmada palyatif bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin algıları ve palyatif bakım uygulamaları incelenmiştir.

5.1. Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algılarının Tartışılması

Araştırmada hemşirelerin çoğu ölümün acı ve üzücü bir gerçek olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelere göre ölüm kaçınılmaz, doğal ve hayatın sonlandığı bir olay olmakla birlikte hem bir son hem de başlangıç olarak görülmektedir. Yapılan diğer çalışma sonuçları incelendiğinde bu çalışmanın bulgularıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir (86-91). Menekli ve Fadiloğlu (2014)'nun hemşirelerin ölüm algısını belirlemek için yapmış olduğu çalışmada ölümün doğal olmasının yanı sıra, bu çalışmadan farklı olarak günümüzde artık mücadele edilecek bir hastalık olarak da görüldüğü belirtilmektedir (91). Dünya yaşamında ölümden ötesi bilinmediği için, ölüm her şeyin sonu olarak algılanmaktadır. Bunun yanı sıra ahiret inancı gereği dünyadaki yaşamın son bulmasının ardından manevi bir yaşam başlamaktadır ve ölüm bir son değil yeni bir başlangıç olarak da görülebilmektedir. Ölümün acı ve üzücü bir durum olması ve hemşirelerin bu duruma mesleki ve duygusal olarak hazırlıklı olmamaları hastalarla geçirdikleri zamanı kısıtlamalarına, hemşirelik uygulamalarını hızlı bir şekilde gerçekleştirip hasta odasından çıkmalarına ve iletişimi en alt seviyede tutmalarına neden olabilmektedir (92, 93). Dolayısıyla hemşireler için ölümün ne anlam ifade ettiğini bilmek, hemşirelerin ölüme karşı bakış açılarının ve hasta ile iletişimlerini hangi seviyede tuttuklarının anlaşılmasına yardımcı olur. Hemşirenin ölüm algısı, terminal evredeki hastaya yaklaşımını ve gerçekleştireceği bakımın kalitesini etkileyebileceği için önemlidir.

Çalışmada hemşireler genel olarak ölümü doğal bir süreç olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelere göre ölümün doğal olmasının yanı sıra bazı durumlarda korkutucu, yaşa ve duruma göre değişen, ileri yaşlarda normal ama genç yaşlarda ve ani olaylarda üzücü bir süreç olarak görülmektedir. Yapılan diğer çalışmaların sonuçları incelendiğinde, ölümün doğal bir süreç olarak görülmesi bakımından bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmektedir (87, 90, 91, 94). Hemşireler ileri yaşlardaki bireylerin hayatları boyunca gerçekleştirmek istedikleri işleri gerçekleştirmiş olabilecekleri düşüncesiyle bu bireylerin ölümünü normal karşıladığı düşünülmektedir. Fakat genç yaşta hastalık veya ani bir olay/ kaza sebebiyle palyatif bakım alan bireyler için üzülmelerinin temelinde, bu bireylerin yaşamaları gereken güzel zamanları olduğu düşüncesinin yer aldığı söylenebilir (6). Farklı bulgulara ulaşan çalışma sonuçları incelendiğinde, Menekli ve Fadıoğlu (2014)'nin hemşirelerin ölüm algısını belirlemek için yapmış olduğu çalışmada hemşireleri korku kadar etkileyen bir diğer duygunun da üzüntü olduğu belirlenmiştir (91). Dolayısıyla hemşirelerin palyatif bakımda sıklıkla ölümle karşılaşmalarından ve ölümün kaçınılmazlığından dolayı çoğunlukla doğal ve alışlagelmiş bir süreç olarak düşünüldüğü söylenebilir. Ölümün doğal olmasının yanı sıra ahiret inancı, dini gerekleri yerine getirememiş olmak ve palyatif bakım alan hasta ile aynı hastalık tanısını alma düşüncesi ölümü korkulacak ve üzülecek bir olay haline de getirebilmektedir (95).

Çalışmada hemşireler ölümle karşılaştıklarında çoğunlukla kendi ölümlerini düşünerek empati yaptıkları için etkilendiklerini, duygu ve düşüncelerinin ölen kişinin durumuna göre değiştiğini, genç hastalar için üzüldüklerini ve acı çekmemeleri için dua ettiklerini belirtmişlerdir. Uzun süre ve çok sayıda ölümle karşılaşan hemşireler zamanla ölüme karşı duyarsızlaştıklarını, ölüm anında yapılacak uygulamaları sadece iş olarak gördüklerini ve öncelikle uygulamaları gereken girişimleri uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Dong ve ark. (2016)'nın Çin'de ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin deneyimlerini incelemek için yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin uzun süre ölümle karşılaştıklarında olumsuz etkilenmedikleri ortaya çıkmıştır. Bu bakımdan yapılan bu çalışmanın sonuçları ile araştırmamızdan elde edilen sonuçlar benzerlik göstermektedir. Yine aynı çalışma sonuçlarına göre, bizim çalışmamızdan farklı olarak, ölümle karşılaşma durumunda hastanın ve ailesinin yanında buldukları

fakat hasta ve yakınlarından ölüme ilişkin zorlayıcı sorular geldiğinde üzüldükleri ve sessiz kaldıkları sonucuna ulaşmıştır (85). Ölümle sıklıkla karşılaşılan servislerde çalışan hemşireler için ölüm ilk zamanlarda daha üzücü bir süreç olabilmektedir. Hastaların yaşları, cinsiyetleri, tıbbi tanıları, yakınlarının durumu vb. özellikleri bakımından kendileriyle özdeşleştiren hemşireler ölümün kendilerine ve ailelerine daha yakın olduğunu düşünebilmektedir. Bu durum da ölüm karşısında empati yapma sıklığını ve hüznün duygularını arttırabilmektedir. Ölüm doğal olmasına rağmen dünyadaki yaşamın sonu olması, ölen insanın artık onlarla bir arada olamayacağı düşüncesi ve yakınlarının duygusal tepkileri süreci daha da üzücü hale getirebilmektedir (91, 96). Bunun yanı sıra hemşirelerin ölümle karşılaşma sıklığının artması zamanla duyarsızlaşmaya, palyatif bakım eğitimi almaları da daha profesyonel bir yaklaşım göstermelerine, ölümle karşılaştıklarında duygularını uygun şekilde yönetebilmelerine ve sadece müdahale edilecek bir durum olarak görmelerine neden olabilmektedir (94). Sonuç olarak palyatif bakım hemşireliği hastalara etkin bir bakım vermeyi ve yaşamlarının sonuna kadar ağrının giderilmesine yardımcı olmayı gerektirir. Palyatif bakımda hastaların çektiği acıları görmek ve hasta yakınlarının bakım verme düzeylerindeki eksiklikleri fark etmek hemşireleri üzdüğü için, hemşireler ağrısı fazla olan ve etkin bakım alamayan hastaların ölümü karşısında onların kurtulduklarını düşünmektedirler (26, 69).

5.2.Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Bulguların

Tartışılması

Çalışmada hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarına ilişkin en çok öz bakım ihtiyaçlarının giderilmesine, basınç yaralarının pansumanları ve pozisyon değişikliğine yönelik girişimlerde buldukları sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte hemşireler solunum destek uygulamaları, beslenme ihtiyacının karşılanması, hasta yakınlarına eğitim verilmesi ve ağrının giderilmesine yönelik hemşirelik uygulamalarında da bulduklarını ifade etmişlerdir. Konu ile ilişkili çalışmalar incelendiğinde, bazı araştırma sonuçları araştırma bulgumuzla benzerlik gösterirken (10, 40, 97, 98), bazı çalışmalarda ise araştırma bulgumuzdan farklı olarak hasta bireyin ailesi ile iletişimi ve hemşirenin desteğini vurgulayan sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir (39, 99, 100). Palyatif bakım biriminde hastalar çoğunlukla terminal

dönemde bakım ve tedavi almaktadır. Özellikle kanser hastaları hayatlarının son dönemlerinde dayanılmaz derecede ağrı deneyimi yaşayabilmektedir (101). Çoğu zaman ilaçların etki etmediği veya kısa süre etki ettiği görülmektedir. Hayatlarının son dönemlerinde yaşadıkları ağrı ve yorgunluk hissi hastaların hareket etmelerini engelleyebilmektedir. Uzun süre hareketsiz ve aynı pozisyonda kalan hastalarda basınç altında kalan bölgeler olmakta ve bu bölgelerde zamanla dolaşımın bozulmasından dolayı basınç yarası oluşumu gözlenmektedir. Uygun tedavi / yara bakımı uygulanmadığı ve en fazla iki saat aralıklarla pozisyon değişimi yapılmadığı takdirde yaralar ileri evrelere kadar kötüleşebilmekte ve cerrahi operasyon ihtiyacı gelişebilmektedir. Bu durumun önlenmesi için uygun yara bakımı, pozisyon değişimi, yatak içi mobilizasyon ve hasta yakınına eğitim verilmesi gereklidir (102). Fakat uzun yıllar aynı hastaya bakım vermenin neden olduğu yorgunlukla hasta yakının yaşam kalitesindeki düşüşe bağlı olarak verdiği bakımda aksaklıklar görülebilmektedir. Kaya ve ark. (2018)'nin kanserli hastalara bakım veren yakınlarının yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmaktadır (103). Hasta yakınları çoğu zaman hastalarının taburcu edilmesini istemediğinden dolayı hastanede kalış süresi uzamaktadır. Tıbbi tanıları, ilerleyen yaş, hastanede kalış süresi ve hareket kısıtlılığından dolayı hastaların bireysel hijyen uygulamalarında eksiklikler görülebilmektedir. Hastaların öz bakım ihtiyaçları giderilmediği durumda da enfeksiyona daha açık hale gelmektedirler. Taş ve Kahveci (2018)'nin palyatif bakım merkezlerinde gelişen hastane enfeksiyonlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada da enfeksiyon kontrol önlemlerinin ve hijyene dikkat edilmesinin önemi vurgulanmıştır (104). Konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalarda da hasta yakınlarına psikososyal destek verilmesi üzerinde durulmuştur (13, 19, 39, 99, 105). Çalışmanın yürütüldüğü hastanelerde psikolog hizmeti yeterli olmadığı ve hasta yakınları duygularını paylaşmak istemediği için palyatif bakım içeriğinde aktif bir şekilde ifade edilmediği düşünülmektedir. Andersson ve ark. (2016)'nın iki yıldan daha fazla deneyimi olan hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak, hemşirelerin sık karşılaşılmayan durumlara ve semptomlara hazırlıklı olmak için tıbbi kayıtları okuyup bilgi edinerek kendilerini gerekli bakım davranışlarına hazırladıkları belirlenmiştir (100). Dolayısıyla palyatif bakım hemşiresinin sürekli eğitimlerle kendini geliştirmesi,

kanıta dayalı uygulamaları kullanması, hastanın ihtiyacına yönelik bir bakım planlaması ve gerektiğinde hastasının haklarını savunabilmesi hasta ve ailesine etkin bakım verilmesi yönünden önemlidir (106).

Araştırmada hemşireler palyatif bakım verirken hastanın ağrısı giderildiği veya hafifletildiğinde, hastaların öz bakım gereksinimlerini yerine getirdiklerinde, özellikle hastalar kendilerini iyi hissettiğinde ve manevi doyum aldıklarında içinde buldukları durumu olumlu olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Palyatif bakım hastaları çoğunlukla kanser tanısı alan hasta grubunda yer almaktadır. Bundan dolayı yoğun bir şekilde ağrı yaşamakta ve bunu fiziksel veya sözel olarak ifade etmektedirler. Hastanın acı çektiğini gören hemşireler hasta adına üzülme ve hastanın kendini iyi hissetmesi için farmakolojik veya farmakolojik olmayan hemşirelik girişimlerinde bulunmaktadır (85). Bu girişimlerden hasta yarar gördüğü ve ağrısı dindiği zaman hemşireler de kendini iyi hissetmektedir (10, 17, 18). Her birey yaşamının son anına kadar etkin bakım ve tedavi alma hakkına sahiptir. Hemşireler hastanın bireysel hijyen gereksinimini karşıladıklarında, iyileşme belirtilerini gördüklerinde, taburculuğu gerçekleştiğinde, hasta ve ailesinden teşekkür aldıklarında yaptıkları işin başarıya ulaştığını görmektedirler (85). Hemşirelik mesleğinin temelinde yardım ve destek vardır. Bu nedenle hemşireler bireylere yardımcı olduğunda ve yaptıkları girişimler sonucunda onların durumundaki olumlu değişimi gördüklerinde mesleki doyuma ulaştıklarından içinde buldukları durumu daha olumlu olarak algıladıkları düşünülmektedir.

Hemşireler genç hasta kayıplarında, refakatçilerle problem yaşadıklarında, hemşirelik girişimleri sırasında hasta acı çektiğinde ve ileri evre yaraların bakımını gerçekleştirdiklerinde içinde buldukları durumu olumsuz olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Georges ve ark. (2002)'nin palyatif bakım hemşirelerinin rolleri ve karşılaştıkları sorunlara ilişkin yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hastaların acı çekmesinden üzüntü duydukları belirlenmiştir (10). Bu bakımdan bizim çalışmamızın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Yine aynı çalışmada, bizim sonuçlarımızdan farklı olarak, palyatif bakımda çalışmanın tükenmişliğe neden olduğu ve bu sebeple hemşirelerin bu birimlerde uzun süre çalışmak istemediği sonucuna ulaşılmıştır (10). Palyatif bakımda aile bireylerinin de desteklenmesi ve bakıma katılımı önemlidir. Hemşirenin aile bireyleri ile etkin iletişimi sağlaması, onların hasta bakımına

katılımlarının desteklenmesi hastaları ile birlikte geçirdikleri son zamanlarda paylaşımlarını artırır, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayabilir. Hemşirenin kişilerarası iletişim becerilerini kullanarak hasta ailesi ile kuracağı iletişimin, hasta bakımına ilişkin aileden kaynaklı algılanan güçlükleri azaltabileceği söylenebilir. Hemşireler palyatif bakım verirken hasta veya yakını ile benzer olan yaş, cinsiyet, meslek, yakınlık, tıbbi tanı vb. durumlar bakımından empati kurarak kendilerini onlarla özdeşleştirebilmektedirler. Kendilerini zor ve acı dolu bir süreç içinde hissetmeleri veya geçmişte kendi aileleriyle benzer bir deneyim yaşamış olmaları da palyatif bakım esnasında olumsuz duygular yaşamalarına neden olabilmektedir (85). Ayrıca hastaların iyileşme belirtileri göstermemesi, hemşirelerde yaptıkları uygulamaların sonucunu alamadıkları yönünde olumsuz düşüncelerin oluşmasına da yol açabilmektedir. Ancak palyatif bakımın tedavi odaklı değil hastaların rahatlatılmasına yönelik bir bakım olduğunun hatırlanması hemşirenin bakım sırasında daha olumlu düşünmesine katkı sağlayabilir. Çünkü palyatif bakımda önemli olan yaşam süresini uzatmak yerine yaşam kalitesini arttırmaktır (21).

Hemşirelerin palyatif bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin çoğunun tedaviyi reddetme durumu olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının hemşirelere karşı tutumları, hastaların psikolojik sıkıntısı ve personel eksikliği de en sık yaşanan güçlükler olarak ifade edilmiştir. Yapılan birçok çalışmanın sonuçları bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik gösterirken (11, 14, 19, 107-114) bazı çalışmalarda da bu araştırmadan farklı olarak; sağlık politikaları, uygulama alanlarının yetersizliği ve palyatif bakımın tam olarak anlaşılammış olması yaşanan güçlükler olarak belirlenmiştir (14, 109, 115, 116). Ong ve ark. (2018) ile Valiee ve ark. (2012)'nin yaşam sonu bakımı veren hemşirelerin algılarını incelemek için yapmış olduğu çalışmada ise, terminal dönem hasta bakımı planlamasında doktorların gerisinde kaldıkları ve otonomilerini kullanamadıkları sonucuna ulaşılmıştır (13, 117). Hemşirelerin otonomilerini kullanamamaları bakımından bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin yaşadığı diğer güçlüklerden biri de hasta yakınlarının hemşirelere çeşitli şekillerde güçlükler çıkarması olarak ifade edilmiştir. Bazı hasta yakınları hastalığı hasta “yarın ölecekmiş gibi” kabullendikleri için hastanın bakımını gerçekleştirmeyerek hemşirelere güçlük yaşatırken, bazıları da hastalığı kabullenmeyerek güçlük yaşatabilmektedirler. Hastalığın tanısı ve seyri belli olmasına

rağmen hastanın hastalık öncesi durumuna dönmesini bekleyen hasta ve hasta yakınlarının, hastanın durumu kötüye gittikçe psikolojik bir yıkım yaşadıkları (118) ve hemşireleri etkin bakım vermemekle suçladıkları gözlenmiştir. Elde olan imkanlarla mümkün olan en etkin bakımı verme çabasında olan hemşireler için, bu tür davranışlar üzüntü ve güçlük yaşatabilmektedir. Bazı durumlarda da hastalar en kısa zamanda çektikleri acılardan kurtulmak için tedavi ve bakımı kabul etmemektedirler. Hemşirelerin personel ve hemşire sayısının yetersizliğine rağmen görevlerini yerine getirmeye çalışırken, hastanın tedavi almamak için direnmesi de güçlük yaşanmasına neden olabilmektedir. Hem vicdani hem de yasal sorumluluk gereği, hastalar hastanede kaldıkları sürece hemşireler bakım vermekle yükümlüdür (119).

Araştırmada hemşireler ideal palyatif bakım için öncelikle multidisipliner bir ekip yaklaşımının gerektiğini, psikolojik destek sağlanması, hemşire sayısının artırılması, bakım personeli eksiğinin giderilmesi, palyatif bakımın ayrı bir birimde verilmesi ve personelin eğitilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Hemşireler hastanın kendi evinde ve sevdikleriyle, ağrısız, etkin bakım ve tedaviyle, mutlu edilerek palyatif bakım alması gerektiğini belirtmişlerdir ve daha çok hastaya ulaşabilmek adına palyatif bakım servislerinin randevulu bir sistemle ve belirli zaman aralıkları dahilinde hizmet vermesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Georges ve ark. (2002)'nin palyatif bakım hemşirelerinin rolleri ve karşılaştıkları sorunlara ilişkin yaptıkları çalışmada da benzer sonuca ulaşılmıştır (10). Hemşireler hastanın fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarının tamamının karşılanması gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışma sonuçları incelendiğinde literatürle benzer sonuçlara ulaşılmıştır (14, 77, 112, 120, 121). Ölmek üzere olan ve kronik hastalığa sahip hastalara bakım vermek üzüntü, öfke, başarısızlık gibi çok güçlü stres faktörlerini de beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle ideal palyatif bakım sürecinde hastalara psikososyal destek verilmesinin yanı sıra hemşirelerin de psikolojik desteğe ihtiyacı olabilmektedir (13, 26). Çalışmanın gerçekleştirildiği palyatif bakım birimlerinde çalışan hemşire sayısı yetersiz olmasına karşın bakım verilen hasta sayısının fazla olduğu gözlemlenmiştir. Hasta/hemşire sayısındaki bu uyumsuzluk bakım kalitesini olumsuz etkileyebilmekte ve hemşirelerin görevlerini tam olarak yerine getirmelerini engelleyebilmektedir. Nitekim Uzelli Yılmaz ve ark. (2017)'nin bir palyatif bakım kliniğinde bakım kalitesini ve bakım kalitesine etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da hasta sayısının

fazlalığı karşısında hemşire sayısının az olması, bakım kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (25). Bu durum da bakımda hasta yakınlarına gereğinden daha fazla sorumluluk verilmesine neden olabilmektedir. Oysa ki palyatif bakımın özel eğitim almış hemşireler (63, 100, 113) ve sağlık çalışanlarından oluşan multidisipliner bir ekip tarafından verilmesi etkin bakım ihtiyacının giderilmesi bakımından daha uygundur (23, 100, 112). Bu ekip içinde hareket kısıtlılığı ve yoğun eklem ağrıları yaşayan hastalar için fizyoterapist, hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek için psikolog, beslenme problemleri ve kilo kaybı yaşayan hastalar için diyetisyen, ileri evre basınç yaraları için yara bakım uzmanı vb. alanında uzman kişiler yer almalıdır. Tıbbi desteğin yanı sıra kuaför/ berber ve din görevlisi gibi sosyal ihtiyaçların da giderileceği bir bakım olması hasta ve yakınlarının kendilerini daha iyi hissetmesi bakımından önemlidir (122).

Çalışmada hemşireler palyatif bakımın özellikli ve kapsamlı bir bakım olması nedeniyle bağımsız bir klinik veya palyatif bakım hastanesinde verilmesi gerektiğini ve hemşire sayısı artırılarak, bakımlardan tamamen kendilerinin sorumlu olması gerektiğini düşünmektedirler. Çalışmanın yapıldığı hastanelerin birinde palyatif bakım kliniği başka bir kliniğin içinde yer almakta ve hemşireler iki kliniğin de hastalarıyla ilgilenmektedirler. Birbirinden farklı iki kliniğin hastasıyla aynı anda ilgilenmeye çalışmak hemşireler için iş yükü oluşturmakla birlikte, zaman ve etkin bakım açısından da verimli olmadığı söylenebilir. Araştırmanın uygulandığı diğer iki hastanede ise palyatif bakım kliniğine ulaşmak için farklı bir klinik içinden geçmek gerekmektedir. Bu durum ise diğer kliniklere gelen ziyaretçilerin palyatif bakım hastalarını da ziyaret etmek istemesine ve dolayısıyla enfeksiyon etkenlerinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu durum hasta ve yakınlarının mahremiyetini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenlerden ötürü palyatif bakımın ayrı ve özel birimlerde verilmesinin önemli olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Hemşirelerin Ölüm Algılarına İlişkin Sonuçlar

- Çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin ölüme ilişkin algılarında “ölümün tanımı”, “ölüm sürecine ilişkin algı” ve “hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaştıklarında duygu ve düşünceleri” temaları ön plana çıkmıştır.
- Ölümün tanımında sonsuzluk düşüncesi, hayatın onlanması, ahiret yaşamı, ağrılı sürecin sona ermesi ve ölümün doğal bir süreç olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.
- Ölüm sürecine ilişkin algılarda ilerleyen yaşlarda normal görüldüğü, bazı durumlarda korkutucu bir süreç olduğu ve alışkın olunan doğal bir süreç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Hemşirelerin çalıştığı birimde ölümle karşılaştıklarında kendi yaşantılarını sorguladıkları, ölümle karşılaşma sıklığı arttıkça duyarsızlaştıkları, empati yaparak kendi ölümlerini düşünmeye başladıkları, hasta ve yakını için üzüldükleri, hastalar için dua ettikleri ve onlara karşı saygı duydukları sonuçlarına ulaşılmıştır.

6.2. Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarına İlişkin Sonuçlar

- Çalışmanın sonuçlarına göre hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarında “ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin hemşirelik uygulamaları”. “hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken olumlu ve olumsuz algıladığı durumlar”, “ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşanan güçlükler” ve “hemşirelerin ölmekte olan hastanın ideal bakımına ilişkin görüşleri” temaları ön plana çıkmıştır.
- Hemşirelerin ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin ağrının giderilmesi, solunum destek uygulamaları, öz bakım ihtiyaçlarının giderilmesi, basınç yaralarının önlenmesi ve mevcut yaraların bakımına ilişkin uygulamaları gerçekleştirdikleri belirlenmiştir.
- Hemşirelerin palyatif bakım verirken hastanın ağrısı giderildiği, aile ile olumlu iletişim kurulduğu, hastanın rahatladığı ve iyileşme sürecinde olduğu, hastayı temiz gördükleri ve gerçekleştirdikleri bakım sonucunda

hastadan teşekkür aldıkları zaman kendilerini iyi hissettikleri belirlenmiştir. Bunun yanında genç hastaları kaybettiklerinde, istedikleri performansı sergileyemediklerinde, hasta yakınları bakıma katılmadığında, bakım esnasında hasta irrite olduğunda, hasta mahremiyeti gözetilmediğinde ve hastanın prognozu kötüye gittiğinde kendilerini iyi hissetmedikleri belirlenmiştir.

- Hemşirelerin bakım esnasında birebir karar veremediklerinde, hasta ve yakınlarını bakıma katılmadığında veya tedaviyi reddetdiklerinde, hasta ve yakınları psikolojik sıkıntılar yaşadığında, hastaya pozisyon verme esnasında ve personel eksikliği olduğunda güçlük yaşadıkları belirlenmiştir.
- Hemşireler ideal bir palyatif bakım için son dönem hastaların evlerinde ve yakınlarıyla olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. İdeal bir palyatif bakımda öz bakım ihtiyacının eksiksiz karşılanması, hasta ve yakınlarıyla iletişimin sağlanması, bakıma ilişkin aile eğitimi olması gerektiği, hastanın ağrısız bir süreç yaşaması gerektiği, multidisipliner ekip yaklaşımıyla yeterli sayıda sağlık ve bakım personeli olması gerektiği, dini ve psikolojik destek sağlanması gerektiği, hemşirelerin eğitim alması gerektiği ve palyatif bakım biriminin hastanedeki diğer birimlerden ayrı ve özel olarak kurulması gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik eğitim müfredatında ölüm kavramının, sadece teorik ders olarak değil uygulamalarla da desteklenmesi, ölüme ilişkin tutumlar ve palyatif bakım temalarını içermesi,
- Özellikle palyatif bakım alanında çalışacak hemşirelerin, klinikte çalışmaya başlamadan önce alana özgü bilgi ve becerileri edinebilmeleri için bir oryantasyon eğitimine tabi tutulmaları ve eğitim sırasında hemşirenin ölüme ilişkin duygularını ve değerlerini tanımasına, yaşam sonu dönemdeki bireyin ölüm korkusunun nasıl ele alınacağına, ailesinin bu süreçte nasıl desteklenebileceğine ilişkin becerilerin kazandırılması,

- Palyatif bakım veren hemşirelere verilecek eğitimlerin sürekli ve güncel olması,
- Hemşirelerin kurumsal olarak palyatif bakıma ilişkin çeşitli seminer, konferans, kurs ve araştırmalara katılımlarının desteklenmesi,
- Hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımına ilişkin farkındalıklarını arttırmaya yönelik iletişim ve baş etme yöntemlerini güçlendirecek programlar düzenlenmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. **Ayten A.** Üniversite öğrencilerinde ölüm kaygısı: Türk ve Ürdünlü öğrenciler üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *db* **2009**;9(4):85-108.
2. **TDK.** Available from: www.tdk.gov.tr **2017** (13.06.2017)).
3. **Kızılkaya M, Koştu N.** Yaşlılıkta ölüm kavramı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**;9(4):69-74.
4. **Önal MN, Erten A.** Türk halk kültüründe ötedünya tasavvuru. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2013**;13(13):261-292.
5. **İnci F,** Hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisi, Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi*, Ankara, **2008**.
6. **Ünsal S,** Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2008**.
7. **Dağ A,** Hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2016**.
8. **WHO.** Noncommunicable diseases Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. **2018**.
9. **Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması Available from: <http://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. **2013** (04.06.2018).
10. **Georges JJ, Grypdonck M, Casterle BD.** Being a palliative care nurse in an academic hospital: A qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *Journal of Clinical Nursing* **2002**;11: 785–793.
11. **Terzioğlu F, Uslu Şahan F, Boztepe H.** Palliative care to the cancer patient: Turkish nurses' perspectives. *J Palliat Care Med*, **2015**;5(S5):1-5.
12. **Elçigil A.** Palliative care nursing. *Gulhane Medical Journal*, **2012**;54(4):329.
13. **Valiee S, Negarandeh R, Nayeri ND.** Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: A qualitative study. *Nurs Crit Care*, **2012**;17(6):309-315.
14. **Garner KK, Goodwin JA, McSweeney JC, Kirchner JE.** Nurse executives' perceptions of end-of-life care provided in hospitals. *J Pain Symptom Manage*, **2013**;45(2):235-243.
15. **Kabalak AA.** Türkiye'de palyatif bakım; 2014, güncel gelişmeler, gereksinimler. *JARSS*, **2014**;22(3):121 - 123.
16. **Yılmaz A,** Palyatif bakım biriminde tedavi almakta olan kanser hastalarında semptom sıklığı ve palyatif bakım tedavisinin semptom kontrolündeki yeri, *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi*, İzmir, **2015**.
17. **Bakitas MA, Tosteson TD, Li Z, Lyons KD, Hull JG, Li Z, et al.** Early versus delayed initiation of concurrent palliative oncology care: Patient outcomes in the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, **2015**;33(13):1438-1445.

18. **Dionne-Odom JN, Azuero A, Lyons KD, Hull JG, Tosteson T, Li Z, et al.** Benefits of early versus delayed palliative care to informal family caregivers of patients with advanced cancer: Outcomes from the ENABLE III randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, **2015**;33(13):1446-1452.
19. **Leung D, Blastorah M, Nusdorfer L, Jeffs A, Jung J, Howell D, et al.** Nursing patients with chronic critical illness and their families: A qualitative study. *Nurs Crit Care*, **2015**;22(4):229-237.
20. **Özdemir F,** Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi, *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2016**.
21. **Kabalak AA, Öztürk H, Çağrı H.** Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, **2013**;11(2):56-70.
22. **Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Heist RS, et al.** Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*, **2012**;30(4):394-400.
23. **Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, Granger BB, Steinhauser KE, Fiuzat M, et al.** Palliative care in heart failure: The PAL-HF randomized, controlled clinical trial. *J Am Coll Cardiol*, **2017**;70(3):331-341.
24. **Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Karabulut B, Uyar M, Elbi H, Eyigör S, et al.** Case management based multidisciplinary care protocol in the palliative care of cancer patients. *Ağrı*, **2014**;26(2):47-56.
25. **Uzelli Yılmaz D, Akın Korhan E, Khorshid L.** Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *JHS*, **2017**;14(3):2968-2980.
26. **İnci F, Öz F.** Palliative care and death anxiety. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2012**;4(2):178-187.
27. **Olgun N.** Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Hastaya Bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım **2013**: 211-219.
28. **Cherlin E, Schulman-Green D, McCorkle R, Johnson-Hurzeler R, Bradley E.** Family perceptions of clinicians' outstanding practices in end-of-life care. *J Palliat Care*, **2004**;20(2):113-116.
29. **Şahin M, Demirkıran F, Adana F.** Hemşirelik öğrencilerinde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım verme isteği ve etkileyen faktörler. *J Psy Nurs*, **2016**;7(3):135-141.
30. **İnce F,** Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerde ölüm kavramı ve ölüm kaygısının araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2014**.
31. **De Araújo M, Da Silva M, Francisco M.** Nursing the dying essential elements in the care of terminally ill patients. *INR*, **2004**;51(3):149-158.
32. **Taka F,** Hemşirelerde ölüm kaygısının belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2010**.
33. **Cooper J BM.** Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, **2005**;11:423-430.

34. **Roman EM, Sorribes E, Ezquerro O.** Nurses' attitudes to terminally ill patients. *Journal of Advanced Nursing* **2001**;34:338-345.
35. **Cooper J, Barnett M.** Aspects of caring dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *IJPN*, **2005**;11(8):423-430.
36. **Bloomer MJ, Endacott R, O'Connor M, Cross W.** The 'dis-ease' of dying: challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting. A qualitative observational study. *Palliat Med*, **2013**;27(8):757-764.
37. **Coombs M, Long-Sutehall T, Shannon S.** International dialogue on end of life: Challenges in the UK and USA. *Nursing in Critical Care*, **2010**;15(5).
38. **Slatyer S, Pienaar C, Williams AM, Proctor K, Hewitt L.** Finding privacy from a public death: A qualitative exploration of how a dedicated space for end-of-life care in an acute hospital impacts on dying patients and their families. *Journal of Clinical Nursing*, **2015**;24(15-16):2164-2174.
39. **Efstathiou N, Walker W.** Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. *JCN*, **2014**;23(21-22):3188-3196.
40. **Goddard C, Stewart F, Thompson G, Hall S.** Providing end-of-life care in care homes for older people: A qualitative study of the views of care home staff and community nurses. *JAG*, **2013**;32(1):76-95.
41. **Morgan J.** End-of-life care in UK critical care units – a literature review. *Nurs Crit Care*, **2008**;13(3):152-161.
42. **Kübler-Ross E.** Ölüm ve Ölmek Üzerine, İstanbul: April Yayıncılık, **2010**.
43. **TDK.** Güncel Türkçe Sözlük Available from: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b17fc95013433.48700735. **2018**.
44. **Akdemir N, Birol L.** Terminal Dönemdeki Hastanın Bakımı İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı Kitabı. 2, Ankara: Sistem Yayıncılık, **2004**: 207-211.
45. **Olgun N.** Ölüm Ve Ölüme Yaklaşan Hastaya Yaklaşım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2014**.
46. **Özel Ç.** Medeni hukuk açısından ölüm anının belirlenmesi ve ceset üzerindeki hakka ilişkin bazı düşünceler. *AÜHFD*, **2002**;51(1):43-78.
47. **Ayhan D,** Hemşirelik uygulamalarında ölümle karşılaşma durum ve sıklığının hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2013**.
48. **Akalın A,** Ölüm ve ölmenin sosyolojisi üzerine kuramsal bir çalışma, Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2006**.
49. **Alves NCC, De Oliveira LB, Dos Santos ADB, Leal HAC, Sousa TMdF.** Management of patients in brain death. *J Nurs UFPE on line*, **2018**;12(4):953-961.
50. **Dekkers W.** What do we call 'Death'? Some reflections on the end of life in western culture. *Ethical Perspectives*, **1995**;2(3):188-198.

51. **Brierley JB, Auams JH, Graham DI, Simpsom JA.** Neocortical death after cardiac arrest a clinical, neurophysiological, and neuropathological report of two cases. *Lancet*, **1971**;298(7724):560-565.
52. **Marchand AJ, Seguin P, Malledant Y, Taleb M, Raoult H, Gauvrit JY.** Revised CT angiography venous score with consideration of infratentorial circulation value for diagnosing brain death. *AIC*, **2016**;6(1):88.
53. **Badur S.** Ölüm Üzerine Tıbbi Çeşitlemeler, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, **2004**.
54. **Da Silva FAA, Cunha DSP, Lira JAC, Ribeiro JF, Campelo GVdS, Nunes BMVT.** Brain death and organ maintenance: Knowledge of intensive care professionals. *J Nurs UFPE on line*, **2018**;12(1):51-58.
55. **Sağlık Bakanlığı.** Organ Ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği. Resmi Gazete, **2012**.
56. **Akdaş C.** “A Ay” ve “Bal” filmlerinde çocuğun ölüm kavramını nasıl anlamlandırdığı üzerine. *Kesit Akademi Dergisi*, **2017**;3(7):316-336.
57. **Wesselmann ED, Williams KD.** Social life and social death: Inclusion, ostracism, and rejection in groups. *GPIR*, **2017**;20(5):693-706.
58. **Aksu T, Okçay H.** Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2010**;5(14):113-126.
59. **Tanhan F, Arı İnci F.** Ölüm Eğitimi. 1.Baskı, Ankara: Pegem Akademi, **2009**: 11.
60. **Blandin K.** The self that remains: a symbolic analysis of the psychological death of the self in Alzheimer's disease. *International Journal of Jungian Studies*, **2016**;8(2):98-109.
61. **Çevik B,** Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye İlişkin tutumları ve deneyimleri, Yüksek Lisans Tezi, *Başkent Üniversitesi*, Ankara, **2010**.
62. **Sağır A.** Toplu merasimlerden belediye hizmetlerine kurumsallaşan ölüm bağlamında bir ölüm sosyolojisi denemesi. *Turkish Studies*, **2012**;7(2):903-925.
63. **Jo K, Doorenbos A, Gyeong J.** Effect Of An End-Of- Life Care Education Program Among Korean Nurses *Journal of Hospice And Palliative Nursing* **2009**;11(4):230-238.
64. **Abdel-Khalek AM, Al-Kandari Y.** Death anxiety in Kuwaiti middle-aged personnel. *Omega*, **2007**;55(4):297-310.
65. **Tatar Ü.** Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeyinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *İstanbul Üniversitesi*, İstanbul, **1988**.
66. **Peykerli G.** Ölümcül hastalıklara psikososyal yaklaşım. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **2003**;25(4):62-65.
67. **Sezer S, Saya P.** Gelişimsel açıdan ölüm kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2009**;13:151-165.
68. **Berman A, Synder JS, Frandsen G.** Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice. 10th Edition, England: Julie Levin Alexander **2016**: 1022-1024.
69. **Ay F, Gençtürk N.** Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile İlgili görüşleri: Odak grup çalışması. *FN Hem Derg*, **2013**;21(3):164-171.

70. **TDK.** Güncel Türkçe Sözlük Available from: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b5694007fda96.20181809. **2018.**
71. **DSÖ.** Palliative Care Available from: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. **2018.**
72. **Worldwide Palliative Care Alliance.** Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. *WPCA London*, **2014.**
73. **Dağ A, Badır A.** Hekim ve hemşirelerin bazı özelliklerinin saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumlar üzerine etkisi. *DEUHFED*, **2017**;10(4):186-192.
74. **Akyol A.** Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2010**;26(3):59-72.
75. **Sağlık Bakanlığı.** Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi Available from: https://khgm.saglik.gov.tr/DB/11/14129_palyatif-bakim-hizme. **2015.**
76. **Sağlık Bakanlığı.** Palyatif Bakım Hemşireliği Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları. In:Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara **2015.**
77. **Kabalak AA.** Türkiye’de palyatif bakım çalışmaları. *J Anest Reanim*, **2017**;10(1):7-12.
78. **Sağlık Bakanlığı.** Palyatif Bakım Hizmetleri Available from: <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php?plaka=14>. **2018.**
79. **Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, et al.** Evidence for improving palliative care at the end of life: A systematic review. *ACP*, **2008**;148(2):147-159.
80. **Fine RL.** The imperative for hospital-based palliative care: patient, institutional, and societal benefits. *BUMC Proceedings* **2004**;17(3):259–264.
81. **Bağ B.** Palliative care practices in Germany’s health system. *Turkish Journal of Oncology*, **2012**;27(3):142-149.
82. **Lynch T, Connor S, Clark D.** Mapping levels of palliative care development: A global update. *JPSM*, **2013**;45(6):1094-1106.
83. **Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç.** Palyatif Bakım: Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım. 1. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, **2017**: 4-6.
84. **Turgay G.** Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2010.**
85. **Dong F, Zheng R, Chen X, Wang Y, Zhou H, Sun R.** Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: A qualitative study from the perspectives of physicians and nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, **2016**;21:189-196.
86. **Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ.** How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *J Clin Nurs*, **2018**;27(1-2):39-49.
87. **Peterson J, Johnson M, Halvorsen B, Apmann L, Chang P-C, Kershek S, et al.** Where do nurses go for help a qualitative study of coping with death and dying. *IJPN*, **2010**;16(9):432-438.

88. **Sönmez Benli S, Yıldırım A.** Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**;6(4):167-179.
89. **Koku F, Ateş M.** Experience and attitude toward death in nurses who give terminal stage patient care. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2016**;2(3):99-104.
90. **Yılmaz E, Vermişli S.** Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *CBU-SBED*, **2015**;2(2):41-46.
91. **Menekli T, Fadiloğlu Ç.** Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**;17(4):222-229.
92. **Dönmez ÇF, Yılmaz M.** Diyaliz hastaları ile nefroloji hemşireleri için ölüm kavramının anlamı ve ölüme baş etmede nefroloji hemşiresinin rolü. *Journal of Psychiatric Nursing*, **2012**;3(3).
93. **Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A.** Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2011**;2(2):69-74.
94. **Maria M, Pavlos S, Kiriaki S, Tatiana S, Kostantinia K, Eleni M, et al.** Greek nurses attitudes towards death. *GJHS*, **2011**;3(1):224-230.
95. **Tarı Selçuk K, Avcı D.** Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ölüme karşı tutumları ve ilişkili etmenler. *Literatür Sempozyum*, **2015**;8:26-32.
96. **Hi-Po LB, Wong Daniel F, Fung Y, Zhou J, Chan C, Chow AY.** Facing death alone or together? Investigating the interdependence of death anxiety, dysfunctional attitudes and quality of life in patient-caregiver dyads confronting lung cancer. *Psychooncology*, **2018**:1-7.
97. **Puntillo KA, Morris AB, Thompson CL, Stanik-Hutt J, White CA, Wild LR.** Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Crit Care Med*, **2004**; 32(2):421-427.
98. **Standing H, Jarvis H, Orr J, Exley C, Hudson M, Kaner E, et al.** How can primary care enhance end-of-life care for liver disease? Qualitative study of general practitioners' perceptions and experiences. *BMJ Open*, **2017**;7(8):1-7.
99. **Noome M, Dijkstra BM, Van Leeuwen E, Vloet LCM.** Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *ICCN*, **2016**;33:56-64.
100. **Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K.** To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Educ Today*, **2016**;38:144-149.
101. **Ozgul N, Koc O, Gultekin M, Goksel F, Kerman S, Tanyeri P, et al.** Opioids for cancer pain: Availability, accessibility, and regulatory barriers in Turkey and Pallia-Turk Project. *J Pediatr Hematol Oncol*, **2011**;33(1):29-32.
102. **Çelik S, Dirimeşe E, Taşdemir N, Aşık Ş, Demircan S, Eyican S, et al.** Hemşirelerin baskı yarısını önleme ve yönetme bilgisi. *Bakirkoy Tıp Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*, **2017**;13(3):133-139.
103. **Kaya N, Bolol N, Ülgen S, İşçi Ç, Özen S, Akgün G.** Quality of life and influencing factors in caregivers of patients with cancer. *Clin Exp Health Sci*, **2018**;8(1):25-35.
104. **Taş SŞ, Kahveci K.** Uzun süreli yoğun bakım ünitesi ve palyatif bakım merkezinde hastane enfeksiyonlarının sürveyansı: Üç yıllık analiz. *J Contemp Med*, **2018**;8(1):55-59.

105. **Moir C, Roberts R, Martz K, Perry J, Tivis L.** Communicating with patients and their families about palliative and end-of-life care: comfort and educational needs of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, **2015**;21(3):109-112.
106. **Filiz NY, Dikmen Y.** Yaşam sonu bakım uygulamalarında hasta savunuculuğu. *J Hum Rhythm*, **2017**;3(2):95-100.
107. **Duman B, Özel Kızıl ET.** Palyatif bakımdaki yaşlıda kognitif problemler. *Turkiye Klinikleri J Geriatr*, **2018**;4(1):55-60.
108. **Brooks LA, Manias E, Nicholson P.** Barriers, enablers and challenges to initiating end-of-life care in an Australian intensive care unit context. *Aust Crit Care*, **2017**;30:161-166.
109. **Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, Van der Eerden M, Stevenson D, McKendrick K, et al.** Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliat Med*, **2016**;30(3):224-239.
110. **Keall R, Clayton JM, Butow P.** How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *JCN*, **2014**;23(21-22):3197-3205.
111. **Dalgaard KM, Bergenholtz H, Nielsen ME, Timm H.** Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliative and Supportive Care*, **2014**;12(6):495-513.
112. **Ryan T, Gardiner C, Bellamy G, Gott M, Ingleton C.** Barriers and facilitators to the receipt of palliative care for people with dementia: the views of medical and nursing staff. *Palliat Med*, **2012**;26(7):879-886.
113. **Pawlow P, Dahlin C, Doherty CL, Ersek M.** The hospice and palliative care advanced practice registered nurse workforce. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, **2018**;20(4):349-357.
114. **Beernaert K, Deliens L, De Vleminck A, Devroey D, Pardon K, Van den Block L, et al.** Early identification of palliative care needs by family physicians: A qualitative study of barriers and facilitators from the perspective of family physicians, community nurses, and patients. *Palliat Med*, **2014**;28(6):480-490.
115. **Kavalieratos D, Mitchell EM, Carey TS, Dev S, Biddle AK, Reeve BB, et al.** "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *JAMA*, **2014**;3(1):1-11.
116. **Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, et al.** Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage*, **2014**;48(3):400-410.
117. **Ong KK, Ting KC, Chow YL.** The trajectory of experience of critical care nurses in providing end-of-life care: A qualitative descriptive study. *J Clin Nurs*, **2018**;27(1-2):257-268.
118. **Çolak B, Özel Kızıl ET.** Palyatif bakımdaki yaşlıda psikolojik problemler. *Turkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topics*, **2018**;4(1):61-66.
119. **Çelik O, Karakuzu Z.** Kanserde palyatif tedaviler; klinik uygulamada güncel sorunlar: Kurulma ve sürdürmedeki sorunlar. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Oncology Special Topics*, **2017**;10(3):245-247.

120. **Witkamp FE, Zuylen L, Van Der Maas PJ, Van Dijk H, Van Der Rijt CC, Van Der Heide A.** Improving the quality of palliative and terminal care in the hospital by a network of palliative care nurse champions: the study protocol of the PalTeC-H project. *BMC Health Services Research*, **2013**;13(115).
121. **Park EH, Kim NY.** The influence of nursing professionalism, attitudes toward advance directive, and death anxiety on terminal care performance of nurses in long-term care hospitals. *KJAN*, **2018**;30(2):183-193.
122. **Özdemir Z, Şenol Çelik S.** Terminal dönemde olana hastanın bakımı. *J Nurs Sci*, **2011**;3(2):81-88.



8. EKLER

EK-I: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Katılımcı Numarası

Yaş

Cinsiyet () Kadın () Erkek

Eğitim Durumu () SML () Ön lisans () Lisans () Yüksek Lisans

Çalıştığı Kurum () Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi – Merkez Ünite

() Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi – Köroğlu Ünitesi

() Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bulduğunuz birimde ne kadar süredir çalışıyorsunuz?

.....

Bu birimi isteyerek mi seçtiniz?

() Evet () Hayır

Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin eğitim aldınız mı?

() Evet () Hayır

Evet ise nereden aldınız :

Mesleki deneyim süreniz nedir?

.....

EK-II: Görüşme Soruları

GÖRÜŞME SORULARI

1. Ölüm kavramı sizin için ne ifade ediyor?
2. Sizce ölüm korkulacak bir olay mıdır veya doğal bir süreç midir? Neden?
3. Çalıştığınız birimde ölümle karşılaştığınızda neler hissediyorsunuz? / Ne düşünüyorsunuz?
4. Ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin hemşirelik uygulamalarınız neler?
5. Ölmekte olan hastaya bakım verirken neler hissediyorsunuz? Kendinizi iyi ve kötü hissettiğiniz durumlar/ uygulamalar nelerdir?
6. Ölmekte olan hastaya bakım verirken karşılaştığınız güçlükler nelerdir?
7. Sizce ölmekte olan hastaya ideal bir bakım nasıl verilmelidir?

EK-III: Görüşmeci Gözlem Formu

GÖRÜŞMECİ GÖZLEM FORMU	
Katılımcı Numarası:	
Görüşme Tarihi:	
Görüşme Yeri:	
Görüşme Saati:	
Gözlemler:	



EK-V: Etik Kurul Onayı

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY CLINICAL RESEARCHES ETHICS COMMITTEE APPROVAL

Sayı : 07

03.01/2018

Konu: Kararlar

BAŞVURU BİLGİLERİ (APPLICATION INFORMATION)	ARAŞTIRMANIN ADI (TITLE OF THE PROJECT)	Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları.
	SORUMLU ARAŞTIRMACI (PRINCIPAL INVESTIGATOR)	Yrd.Doç.Dr.Birgül CERİT
	DİĞER ARAŞTIRMACILAR (OTHER INVESTIGATORS)	Arş.Gör.Gülnur TEMELLİ
	ARAŞTIRMA MERKEZİ (RESEARCH CENTER)	Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi (Merkez Ünite) Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi (Koroğlu Ünite) Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KARAR (DECISION)	Karar no (Decision No): 2017/181	Tarih (Date): 14.12.2017
	Yrd.Doç.Dr.Birgül CERİT 'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası ve ilgili belgelerin incelenmesi sonucunda araştırmanın gerçekleştirilmesinde etik yönden sakınca olmadığına mevcudun oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

Üyeler	Uzmanlık alanı	Kurumu	İmzası
Prof. Dr. Nebil YILDIZ (Başkan)	Nöroloji AD	Tıp Fakültesi	İzinli
Prof. Dr. Safiye GÜREL (Başkan Yrd.)	Radyoloji AD	Tıp Fakültesi	
Prof. Dr. Özge UZUN (Üye)	Farmakoloji AD	Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Hüsamettin ÇAKICI (Üye)	Ortopedi ve Travmatoloji AD	Tıp Fakültesi	
Doç. Dr. Mervan BEKDAŞ (Üye)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	Tıp Fakültesi	İzinli
Yrd. Doç. Dr. İsa YILDIZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	Tıp Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Erkan KILINÇ (Bildirimlerden sorumlu üye)	Fizyoloji AD	Tıp Fakültesi	Katılmadı.
Yrd. Doç. Dr. Oya KALAYCIOĞLU (Üye)	Biyoistatistik	AİBÜ	
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Hayati ATALA (üye)	Protetik Diş Tedavisi	AİBÜ Diş Hekimliği	
Yrd. Doç. Dr. Tamer ÇANKAYA (üye)	Fizik Tedavi	AİBÜ	
Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN (üye)	Hemşirelik	AİBÜ Bolu Sağlık Yüksek Okulu	
Yrd. Doç. Dr. Kutlu AYDIN (üye)	Antrenörlük	AİBÜ BESYO	
Hatice Selen SÖYLEMEZ (Üye)	Eczacı	Özel	
Av. Huri Hülya GÜNEŞ COŞKUN (Üye)	Hukukçu	Özel Hukuk Bürosu	
Ramazan KAYNARPINAR (Sivil-Üye)	Esnaf	Serbest Meslek (BOLU)	

EK- VI: Hastanelerden Resmi Yazılı İzin



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 49769843-619
Konu : Gülnur TEMELLİ 'nin Araştırması

VALİLİK MAKAMINA

İlimiz Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Programında öğrenci olan Gülnur TEMELLİ 'nin "Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları" konulu tez çalışmasını Bolu İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Merkez ve Koroğlu Ünitesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde bahse konu araştırmanın yapılmasını tensiplerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Yrd.Doç.Dr. Muhammed Emin DEMİRKOL
İl Sağlık Müdürü

OLUR
.../.../2018
e-imzalıdır.
Ahmet ATILKAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EKLER:
Gülnur TEMELLİ araştırma Dosyası

Adres: Borazanlar Mah.Hattat Emin Barın Cad.No:108

Faks No:03742151252

e-Posta: yasemin.konuk1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Personel ve Destek Hizmetleri

Başkanlığı Eğitim Ar-Ge Birimi Tel:0374-2150340/41 (231) Fax:0374-2181759

e-mail: yasemin.konuk1@saglik.gov.tr Hem: Yasemin Konuk

Bilgi için: Yasemin KONUK

Unvan:EBE

Telefon No:0(374) 215 03 40/231

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 32078615-4945-4353-1412-824069868794 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-VII: Bilgilendirilmiş Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Katıldığımız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüm İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları" dır. Bu araştırmanın amacı hemşirelerin ölüm algısı ve ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin uygulamalarının belirlenmesidir. Bu çalışmada size önceden hazırlanmış, konuya ilişkin görüşme soruları yöneltilecek ve cevaplamamız beklenecektir. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 30 – 45 dakikadır.

Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk, zarar veya rahatsızlık söz konusu değildir.

Sizin çalışmaya dair sorumluluklarınız sorulan sorulara eksiksiz cevap vermektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorunu, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0374 253 4520/ 4777 no.lu telefondan Arş. Gör. Gülnur TEMELLİ* ye başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve sizden hiçbir ücret alınmayacaktır.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da çalıştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde verilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait verilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları çalıştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel -Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel -Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasiinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel -Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tamlik eden kuruluş görevlisinin/görüşme tamimnin, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel -Faks: Tarih ve İmza:

* Bu örnek form araştırmalara fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerek hazırlanmıştır. İstediğinizde Etik Kurul sekreterliğinden ya da Tıp Fakültesi web sayfasından temin edilebilir ve üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir. (Bu paragraf, üstteki maddeli kısmın ve parantezler çıkarılmı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır. **Kesinlikle ayrı sayfalarda olmalıdır.**
Güncelleme tarihi 28.11.2013

9.ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1990 yılında Ankara'da doğmuştur. İlköğrenimine Ankara'da başlayıp, İstanbul'da tamamlamıştır. Lise öğrenimini İstanbul Kadir Has Anadolu Lisesi'nde 2008 yılında tamamlamıştır. İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden 2013 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Cebeci Hastanesi'nde Yenidoėan Yoğun Bakım Hemşiresi olarak çalışmaya başlamıştır. 2014 yılında Öğretim Üyesi Yetiřtirme Programı 33. Madde kapsamında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'na araştırma görevlisi olarak atanmıştır. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda 2015 yılında yüksek lisansa başlamıştır. Hala Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

e-posta: gulnurtemelli@ibu.edu.tr

10. TEZ ORJİNALLİK RAPORU



T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA / YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI
ORJİNALLİK RAPORU

31/08/2018

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Öğrencinin Adı Soyadı: GÜLNUR TEMELLİ
Numarası: 45676598932
Anabilim Dalı: HEMŞİRELİK

Lisansüstü Eğitim Düzeyi: Yüksek Lisans
Doktora

Tez Başlığı: PALYATİF BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN ÖLÜME İLİŞKİN ALGISI VE
PALYATİF BAKIM UYGULAMALARI


Yukarıda başlığı yazılı olan tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç bölümlerinden oluşan 42 sayfalık kısmına ilişkin 31/08/2018 tarihinde tarafımdan/tez danışmanımca *Turnitin* intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı "alıntılar hariç" yapıldığında %5 "alıntılar dahil" yapıldığında ise %6 olarak tespit edilmiştir.

Uygulanan Filtrelemeler:

- 1- Kaynakça Hariç,
- 2- Alıntılar Hariç / Dahil
- 3- 5 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

"AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması Ve Kullanılması Uygulama Esasları" nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği durumda her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim.


Gülnur TEMELLİ
Öğrencinin Ad Soyad ve İmza

EK: 1 adet tezin tam başlığını öğrencinin ad soyad bilgisini ve tezin toplam sayfa sayısını gösterecek şekilde raporlama işlemi bittikten sonra alınmış ekran görüntüsü eklenecektir.

TEZ DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR
31/08/2018

Dr. Öğr. Üyesi Birgül CERİT

