

T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLSÜM KEHRİBAR

Danışman

Yrd.Doç.Dr.HÜSNA ÖZVEREN

YOZGAT

2016

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Gülsüm KEHRİBAR

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi” başlıklı Yüksek Lisans tezi, Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Gülsüm KEHRİBAR



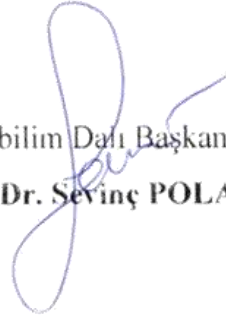
Danışman

Yrd. Doç. Dr. Hüsnâ ÖZVEREN



Anabilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Sevinç POLAT



KABUL VE ONAY SAYFASI

Yrd. Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN danışmanlığında **Gülsüm KEHRİBAR** tarafından hazırlanan **“Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi”** adlı bu araştırma aşağıda belirtilen jüri tarafından Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

26./12./2016

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hüsna ÖZVEREN
Kırıkkale Üniversite Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye: Doç. Dr. Sevinç POLAT
Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Üye: Doç. Dr. Nurean ÇALIŞKAN
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
ONAY:

İmza



Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun.....tarih vesayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../.....

Prof. Dr. M. Fevzi POLAT

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın planlanması ve yürütölmesini yönlendiren danıőmanım Yrd.Doç.Dr. Hüsna ÖZVEREN' e,

Bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen saygıdeđer hocam Doç.Dr. Sevinç POLAT' a,

Çalıőmamın aşamalarında bana destek olan tüm arkadaşlarıma,

Verilerin toplanması aşamasında yardım ve hoşgörülerinden dolayı, Yozgat Devlet Hastabesi, Tokat Devlet Hastanesi ve Ulus Devlet Hastanesi personeli ve çalışmaya katılan tüm hemşirelere,

Çalıőmam sırasında bana büyük destek veren SEVGİLİ AİLEME sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

ÖZET

Bu araştırma hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgilerinin belirlenmesi amacı ile kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Yozgat Devlet Hastanesi, Tokat Devlet Hastanesi ve Ankara Ulus Devlet Hastaneleri'nde çalışan ve araştırmayı kabul eden 502 hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış anket formu ve Palyatif Bakım Bilgi Testi kullanılarak toplanmıştır. Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiş olup cronbach alpha değeri 0.81'dir. Ülkemizde bu testin geçerlilik ve güvenilirliği Seven (2015) tarafından yapılmış olup, cronbach alpha değeri 0.91'dir. Palyatif bakım bilgi testi 5 alt boyuttan ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler testleri, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testleri kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) bilgi puan ortalaması 20 puan üzerinden "6.29±3.38" olarak bulunmuştur. Hemşirelerin hiç birinin tam puan almadığı ve alınan en düşük puanın "0" en yüksek puanın ise "18" olduğu belirlenmiştir. Palyatif bakım bilgi testi alt boyutlarına bakıldığında, hemşirelerin en düşük puanı felsefe alt boyutundan aldıkları (0.93±0.73), en yüksek puanı ise psikiyatrik problemlerden aldıkları (1.64±1.38) saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim durumu, çalıştığı bölüm, çalıştığı konum, palyatif bakıma ilişkin bilgi alma durumları ve palyatif bakım hastasına bakım verme durumlarına göre palyatif bakım bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: palyatif bakım, hemşirelik, bilgi düzeyi.

DETERMINATION OF NURSES'S KNOWLEDGE LEVEL ABOUT PALLIATIVE CARE

ABSTRACT

This study was conducted as a cross-sectional descriptor for aim of determining the knowledge and applications of palliative care of nurses working with adult patients. The sample of the research was formed by 502 nurses who accepted to work from Yozgat State Hospital, Tokat State Hospital and Ankara Ulus State Hospitals. The data were collected by the researcher using the questionnaire prepared in the literature and the Palliative Care Knowledge Test (PCKT). The Palliative Care Knowledge Test was developed by Nakazawa et al. In 2009 and the cronbach alpha value is 0.81. The validity and reliability of this test in our country was done by Seven (2015) and the cronbach alpha value was 0.91. The palliative care information test consists of 5 sub-dimensions and a total of 20 items. Data obtained from the study were evaluated using the number and percentage tests, Mann Whitney U and Kruskall Wallis-H tests in statistical analysis.. In study, the information point average of the nurses about the Palliative Care Knowledge Test (PCKT) was found to be "6.29 ± 3.38" out of 20 points. It was determined that none of the nurses who were included in the survey did not get full points and the lowest score was "0" and the highest score was "18". When the palliative care knowledge test subscales were examined, it was seen that the nurses got the lowest score from the philosophy subscale (0.93±0.73) and the highest score was from psychiatric problems (1.64±1.38). There was a statistically significant difference between the nurses' educational status, the department they worked in, the position they worked in, the information they received about palliative care, and the status of care for palliative care patients and the points they received from the Palliative Care Knowledge Test (PCKT).

Key words; Palliative care, nursing, knowledge level.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	1
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	ii
YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI	iii
ONAY	iv
TEŞEKKÜRLER	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	ix
GRAFİK VE TABLOLAR LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. PROBLEM TANIMI.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	4
1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. PALYATİF BAKIMIN TANIMI.....	5
2.2. PALYATİF BAKIMIN FELSEFESİ	7
2.3. PALYATİF BAKIMIN ÖNEMİ VE AMACI	7
2.3.1.Palyatif Bakımın Amaçları	9
2.4. PALYATİF BAKIMIN ÖZELLİKLERİ	10
2.5.PALYATİF BAKIM MODELLERİ	11
2.5.1.Hastalık Odaklı Palyasyon.....	11

2.5.2.Semptom Odaklı Palyasyon.....	11
2.5.3.Terminal (Yaşam Sonu) Bakım	11
2.5.3.1.Temel palyatif bakım	12
2.5.3.2.Özelleşmiş palyatif bakım	12
2.6. PALYATİF BAKIM GEREKTİREN HASTALIKLAR	12
2.7. PALYATİF BAKIMIN TARİHSEL GELİŞİMİ	12
2.8. TÜRKİYEDE PALYATİF BAKIM	15
2.8.1.Birinci Seviye Palyatif Bakım Hizmetleri	18
2.8.2.İkinci Seviye Palyatif Bakım Hizmetleri	18
2.8.3.Üçüncü Seviye Palyatif Bakım Hizmetleri	19
2.8.4.Destekevi (Hospis): Kronik Bakım Hizmetleri	19
2.9. PALYATİF BAKIM EKİBİ.....	20
2.10. PALYATİF BAKIM HEMŞİRESİNİN ROLLERİ	21
2.10.1.Palyatif Bakım Hemşiresinin Rollerini	23
2.10.2.Palyatif Bakım Hemşireliğinin Prensipleri	24
2.11.PALYATİF BAKIM GELİŞİMİNİN ÖNÜNDEKİ ENGELLER.....	24
2.11.1.Politika	24
2.11.2.Eğitim	25
2.11.3.Ağrı kontrolü.....	25
2.11.4.Psikolojik, Sosyal, Kültürel ve Finansal Engeller	26
2.12.KONUyla İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR.....	27
3.GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	32
3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	32
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENI VE ÖRNEKLEMİ.....	33
3.4.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI/BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ	34

3.5.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	34
3.5.1.Veri Toplama Araçları.....	34
3.5.2.Ön Uygulama.....	35
3.5.3.Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	35
3.5.4.Verilerin Analizi ve Değerlendirilme Teknikleri.....	35
3.6.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	36
3.7.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	36
4.BULGULAR.....	37
5.TARTIŞMA.....	51
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
6.1.SONUÇLAR.....	57
6.2.ÖNERİLER.....	59
7.KAYNAKLAR.....	60
8.EKLER.....	71
EK-1 Kurum İzin Belgeleri.....	71
Ek-2 Etik Kurul Onayı.....	74
Ek-3 Veri Toplama Form.....	76
Ek-4 Gönüllü Onam Formu.....	79
Ek-5 Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Palyatif Bakım Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	80
EK-6 PBBT Kullanım Onamı.....	82
9.ÖZGEÇMİŞ.....	83

KISALTMALAR

TC	Türkiye Cumhuriyeti
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
WPCA	Worldwide Palliative Care Alliance
PCKT	Palliative Care Knowledge Test
PBBT	Palyatif Bakım Bilgi Testi
ASCO	American Society of Clinical Oncology
SGK	Sosyal Güvenlik Kurulu
MECC	Middle East Cancer Consortium
TOG	Türk Onkoloji Grubu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
KOM	Kapsamlı Onkoloji Merkezi
KETEM	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
x²	Kruskall Wallis-H
Z	Mann Whitney U testi
\bar{X}	Ortalama
Min.	Minimum Değer
Max.	Maximum Değer
SS	Standart Sapma

GRAFİK VE TABLOLAR LİSTESİ

Tablo-3.1. Kurumlarda Örneklem Kapsamına Alınan Hemşirelerin Sayısal Dağılımı.	33
Tablo-4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo-4.2. Hemşirelerin Palyatif Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	39
Tablo-4.3. Hemşirelerin Palyatif Bakımı Uygulama ile İlgili Görüşleri.....	40
Tablo-4.4. Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Tutumlarının Dağılımı	42
Tablo-4.5. Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo-4.6. Hemşirelerin Bilgi Testi Alt Boyutlarına Verdikleri Cevapların Dağılımı	45
Tablo-4.7. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Palyatif Bakım Bilgi Puan Ortalmalarının Dağılımı	47
Tablo-4.8. Hemşirelerin Palyatif Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları Dağılımı	49

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil-1.** Modern Palyatif Bakım Modeli..... 6
- Şekil-2.** Palyatif Bakım Örgütsel Şeması..... 10



1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.PROBLEM TANIMI

Günümüz de tıp alanında önemli gelişmeler yaşanmış, tanı ve tedavi yollarında ki ilerlemeler ile hastalıkların kronikleşme süreci hızlanmıştır. Hasta bireylerin yaşam süresi uzamış ve başta kanser olmak üzere çeşitli hastalıkların görülme sıklığı artmıştır. Tüm bu değişimlere paralel olarak hastalık merkezli tedavi bakım odağından çıkmış ve yaşam kalitesi kavramı giderek önem kazanmaya başlamıştır. Artan profesyonel bakım ihtiyacı ile sağlık çalışanlarının bu hastalara kapsamlı bakım vermeye yönelik ilgilerinin artması sonucunda palyatif bakım son yıllarda hızla gelişmeye başlamıştır (Roman et al. 2013; Sürmeli ve Akçiçek 2016; Sucaklı 2016; Soyannwo 2009; Taşpınar, Aydın ve Akçakaya 2014).

Palyatif bakım geçmişte yaşamın son dönemde olan hastalara verilen destek bakım olarak görülürken günümüzde yaşamı tehdit eden hastalık tanısının alınması ile birlikte yaşam kalitesinin artırılması ve acının hafifletilmesi amacıyla en erken dönemde uygulanması gerektiği görüşü olarak kabul edilmektedir. Bu anlayış değişikliği Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yeniden şekillendirdiği palyatif bakım tanımında da görülmektedir. DSÖ 2014 yılında ki son palyatif bakım tanımını “ağrı başta olmak üzere fiziksel, ruhsal ve manevi boyutları ile problemlerin tam ve eksiksiz değerlendirilmesi ve erken tespiti ile istirabın, acının giderilmesi aracılığı ile hayatı tehdit eden hastalıklarla yüzleşen hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik bir yaklaşımdır” şeklinde tanımlamıştır(Abu-Saad Huijer et al. 2009; Aydoğan 2011; Uslu 2013; Yurtsever 2012;Global Atlas; www.who.int>globalatlas). Tanımda görüldüğü gibi palyatif bakım, yaşamı tehdit edici hastalığın getirdiği tüm problemleri ele almak, semptom kontrolü ve ağrının hafifletilmesi öncelikli olmak üzere hasta ve ailesinin manevi boyutu-inanışları, maliyetin etkinliği ve psikososyal destek ile bütüncül ve çok boyutlu şekilde yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır (Ahmedzai et al. 2004; Algier 2005; Bag 2012; Elçiğil 2012). Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 20 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Bu hastaların %69.0 gibi büyük çoğunluğunu 60 yaş ve üstü yaşlılar oluştururken %6.0 'sını 6 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır (Global Atlas, Defination of Palliative Care, www.who.int/cancer/palliative/definition/en; erişim 18 mayıs 2016). Yapılan son çalışmalar palyatif bakım hizmetlerinin erken dönemde başlaması ile yaşam kalitesinde kayda değer düzeyde artış olduğu, sağlık hizmetleri maliyetinin düştüğü hatta

bazı durumlarda yaşam süresinin uzamasında artış olduğunu göstermiştir (Corner 2003; Temel et al. 2010).

Palyatif bakım bir ekip hizmetidir. Palyatif bakımın etkili olabilmesi için multidisipliner bir ekip çalışması gerekmektedir. Multidisipliner ekip üyeleri içerisinde hekimler (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireleri, yoğun bakım hemşireleri, klinik hemşireleri), fizik tedavi uzmanları, psikiyatristler, psikologlar, konuşma terapistleri, ölüm terapistleri, eczacı, sosyal hizmet uzmanları, din adamları ve sosyal gönüllüler yer almaktadır (Akgül 2007; Eyigör 2012; Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) www.rnao.ca/, erişim 16 nisan 2016; Watss 2013).

Palyatif Bakım ekibinin içerisinde yer alan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler palyatif bakım gereksinimi olan hasta ve ailesi ile uzun zaman geçiren ve primer olarak fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel bakım gereksinimi karşılayan multidisipliner ekibin en önemli üyesidir. Hemşire palyatif bakım hastası ve ailesiyle çalışırken veri toplamalı, bakım ihtiyaçlarını belirlemeli, hasta ve ailesinin hastalık, tedavi süreci ve bakım ile ilgili tutumlarını değerlendirmeli ve ekip çalışmalarına aktif olarak katılmalıdır (Malak ve Dramalı 2004; Öz ve İnci 2004). Palyatif bakım hastalarının farklı gereksinimlerin olması, hastalıkla ve semptomlarıyla baş etme yöntemlerinin farklı olması nedeniyle hemşirelerin yeterli bilgi ve mesleki deneyime sahip olması, araştırma sonuçlarını takip etmesi ve etik-yasal kurallara uygun şekilde bakım vermesi gerekir (Elçigil 2012; Pope 2013; Wilson, Avalos and Dowling 2016; Watso 2015; Zaybak ve Erzincanlı 2016).

Hemşireler palyatif bakım da oldukça önemli bir role sahip olmasına karşın bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar hemşirelerin palyatif bakım konusunda bilgi eksikliği olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayed ve arkadaşlarının (2015) Palyatif Bakım Bilgi Testi'ni (PBBT) kullanarak yaptığı çalışmada hemşirelerin %20.8'inin palyatif bakım konusunda orta düzeyde bilgi sahibi oldukları saptanmıştır. Seven (2015)'in yaptığı çalışmada ise hemşirelerin PBBT puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan bir başka araştırmaya göre ulaşılan 111 üniversitenin sadece 11'inin hemşirelik eğitim müfredatında palyatif bakım dersi olduğu saptanmıştır. Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin yeni olması nedeniyle klinik hemşirelerin, öğretim üyelerinin, palyatif bakım hastasıyla ilgili deneyimleri sınırlı düzeyde kalmaktadır. Aynı zamanda temel hemşirelik eğitiminde palyatif bakıma ilişkin herhangi bir ders/ünite

bulunmaması yada çok az bulunması nedeniyle gerek lisans düzeyinde gerekse hizmet içi eğitimle palyatif bakım alanında hizmet verecek teorik donanıma sahip hemşirelerin yetiştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Mayer ve Winters 2016; Özveren ve ark.2015; Yurtsever 2011).

Kliniklerde palyatif bakım hastasına bakım verecek hemşirelerin yeterli bilgi ve uygulama becerisine sahip olmaları, ağrı ve diğer semptomların azaltılması ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır. Bununla birlikte hasta memnuniyetini artıracak, komplikasyonların önlenmesine dolayısı ile hastanede kalış süresinin azaltılmasına ve maliyetin etkin kullanılmasına katkıda bulunacaktır. Ayrıca hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi sahibi olmaları bakımın kalitesini de artıracaktır.

Ülkemizde yapılan literatür araştırması sonucunda hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgilerini belirlemek amaçlı yapılan sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.(Seven 2015; Turgay 2010; Uslu 2013). Araştırmadan elde edilen sonuçlar ile hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesinin yanında hemşirelik lisans eğitim müfredatlarının gözden geçirilmesi ve yeniden düzenlenmesi için yol göstereceği, palyatif bakım dersinin hemşirelik müfredatının entegrasyonunda ve hemşireler için düzenli hizmet içi eğitim programlarının geliştirilmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmanın hemşirelerin palyatif bakım yönetimiyle ilgili bilgi eksikliklerine dikkat çekeceği ve palyatif bakıma ilişkin hemşireler arasında farkındalık oluşturmaya yardım edeceği düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araŐtırma hemŐirelerin palyatif bakıma iliŐkin bilgi dűzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıŐtır.

1.3. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgileri yeterli mi?
2. AraŐtırmaya katılan hemŐirelerin bazı tanıtıcı özellikleri hemŐirelerin bilgi dűzeyini etkiliyor mu?



2.GENEL BİLGİLER

2.1.PALYATİF BAKIM TANIMI

Palyatif kelimesi latince ‘palliare’ kelimesinden köken alıp ‘rahatlatmak, yatıştırmak, koruyucu, acıyı ıstırabı pelerin gibi örtmek anlamlarına gelmektedir. Palyatif sözcüğünün Türk Dil Kurumu sözlüğündeki tanımı ise “Tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak azaltan, dindiren (ilaç vb.)” şeklindedir (Hui ve ark. 2013; Kabalak ve ark. 2013; Türk Dil Kurumu, www.tdk.gov.tr, erişim 15 mayıs 2016).

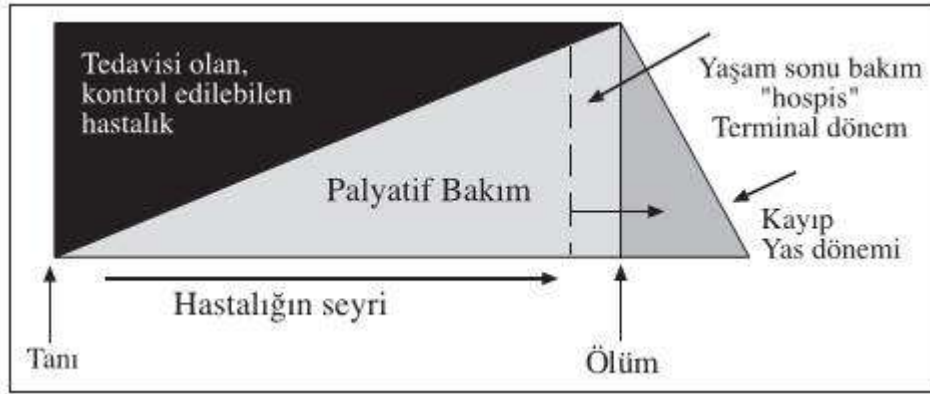
Dünya Sağlık Örgütü ilk olarak 1986 da palyatif bakımı’ tedavi edici yaklaşımların tükendiği son dönem hastalarına yapılan bir uygulama’ şeklinde tanımlayarak önemli bir ilerleme kaydetmiştir. 2002 de yapılan tanımında ise; ‘yaşamı tehdit eden hastalıklar ile karşılaşan hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini, başta ağrı olmak üzere tüm fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemlerin erken tespit edilmesi ve giderilmesi aracılığı ile yaşam kalitesini arttıran yaklaşımdır’ şeklinde ifade etmiştir (WHO Defination of Palliative Care; www.who.int, erişim 18 mayıs 2016; Yurtsever 2014).

Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (ASCO) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip olan hasta birey ve ailelerine ağrı ve eziyet veren semptomların kontrolü, yaşam kalitesini artırıcı çeşitli aktivitelerin kanser tedavi süreciyle bütünleştirilmesi olarak tanımlamıştır. Ulusal Kanser Enstitüsü’nün (NationalCanserInstitute; NCI) tanımına göre ise; kanser gibi yaşam tehdit eden ciddi boyuttaki hastalıklar ile yaşayan bireylerin yaşam kalitesini arttırmaya yönelik bakım olarak tanımlamıştır (Smith et al. 2012; Şen, Aygün ve Sert 2016).

DSÖ’nün yeni tanımına göre palyatif bakım; ağrı başta olmak üzere fiziksel, ruhsal ve manevi boyutları ile problemlerin tam ve eksiksiz değerlendirilmesi ve erken tespiti ile ıstırabın, acının giderilmesi aracılığı ile hayatı tehdit eden hastalıklarla yüzleşen hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik bir yaklaşımdır. DSÖpalyatif bakıma yönelik yaptığı araştırmalar ile palyatif bakımın tüm ülkelerde kendi sağlık hizmetleri uygulamaları ile bütünleştirerek geliştirilmesi gerektiğinin önemini vurgulamıştır (Alarmi 2012; Gültekin ve ark. 2010; Sucaklı 2014;WHO Defination of Palliative Care; www.who.int, erişim 18 mayıs 2016).

Palyatif bakım, yaşamı tehdit eden süregelen hastalıklar ile yüz yüze kalmış hasta ve ailelerini kapsayan sağlık hizmetleri olmasına karşın, yapılan çalışmalar kanser hastaların palyatif bakım hizmetlerine daha çok başvurduklarını göstermektedir. Hastalığın kabullenilmesi, tedaviye uyum, bakımın belirlenmesi, bakım sürecine hasta ve ailenin katılımının sağlanması, komplikasyonların erken sürede belirlenip azaltılması, ağrı ve acının hafifletilmesi, sosyal ve manevi destek, yaşam kalitesinin artırılması, ölüm ve yas sürecinde destek palyatif bakımın temellerini oluşturmaktadır. Bütüncül, çok boyutlu yaklaşım ile palyatif bakım, semptom kontrolü, ağrı ve acının hafifletilmesi başlıca olmak üzere hasta ve ailesinin manevi değerlerini göz önüne alarak etkin maliyetli bakım ile yaşam kalitesinin artmasını hedeflemektedir (Gomez and Batiste 2009).

Modern palyatif bakım anlayışı yaşamı tehdit eden hastalık tanısının alınması ile başlar ölüm gerçekleşikten sonra yas sürecinde de devam eder.



Şekil-1. Modern Palyatif Bakım Modeli

Palyatif bakım anlayışında yaşam ile ölüm doğal bir süreç olarak görülür. Palyatif bakım ölümü ne geciktirir ne de hızlandırır, temel amaç yaşam ile ölüm arasındaki süreçte hasta ve ailesinin semptomlarını hafifletip, yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmek ve huzurlu bir ölümü sağlamaktır, ölüm sonrasında ise ailenin yeni duruma uyumunu kolaylaştırmaktır. Palyatif bakım, küratif tedavi ile paralel olarak sunulan sağlık hizmetidir ve hospis kavramı ile farklılıklar gösterir. Palyatif bakım yaşamı tehdit eden tanının alınması ile başlarken, hospis ise yaşamın son 6 ay gibi bir dönemini kapsayan ve hastanın olabildiğince kaliteli zaman geçirerek huzurlu şekilde

ölüme gitmesine yönelik verilen bakım hizmetidir(Lorenz et al.2008; Mount et al. 2006; Sepúlveda et al. 2008; Sucaklı 2016).

2.2.PALYATİF BAKIM FELSEFESİ

Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Palyatif Birliği (WPCA) ve palyatif bakım kuruluşlarının ortak kabul ettikleri palyatif bakım değerleri vardır. Bu değerler hasta ve ailesinin özerkliğini ve onurunu korumak, otonomi, bireysel planlamalarda karar alma gereksinimi, değer ve inançlara saygı ve bütüncül yaklaşımdır. Palyatif bakımda her birey özerk ve eşsiz kabul edilir ve ona saygı duyulur. Palyatif bakım sadece hasta ve ailesi kabul ettiğinde başlatılır. Palyatif bakımın insan onuruna saygılı, açık, kişisel kültürel ve dini değerlere, inançlara saygılı ve her ülkenin yasal uygulaması çerçevesinde sunulması gereken bir hizmet olduğu ortak bir görüştür. Palyatif bakım bir insan hakkıdır, her zaman, her yerde ve her düzeyde hizmet etnik, kültürel ve sosyal farklılıklar gözetmeksizin sunulması gereken holistik ve bütüncül bir bakım hizmetidir (Arıkan 2016; Chochinov 2006; Radbruck ve Payne 2009).

2.3.PALYATİF BAKIMIN ÖNEMİ VE AMACI

Son yüzyılın başlarından itibaren tıp alanında meydana gelen bilimsel gelişmeler ve hasta bakım sürecinde ki yenilikler hastalıklar ile ilişkili beklenmedik ölümlerin azalmasına ve beklenen yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur. Kronik süreçteki ve ölümcül boyutu olan hastalıklara yönelik yeni tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıklara karşı verilen mücadelede önemli ilerlemeler meydana gelmiş ve sağkalım süresini uzamıştır. Tıbbın getirmiş olduğu bu ilerlemeler ile bireyler kronik hastalıklar ile daha uzun yaşamaya başlamış bu da beraberinde hastaların ağrı, acı gibi istenmedik etkileri ile yaşam sürecini uzatmıştır. Kronik, yaşamı tehdit eden hastalıklar ve bunlara bağlı komplikasyonlar ile yaşam süresi arttıkça ıstırap veren rahatsızlıklar ile acı çekerek daha uzun süre yaşamaları hasta birey ve aileleri için ciddi bir stres kaynağı olmakta ve yaşam kalitesinin düşürmektedir(Ahmedzai et al. 2004; Akyol 2013; Algier 2005).

DSÖ sağlığı “bireylerde sadece hastalık halinin olmaması değil, kişilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden tam bir iyilik halinin bulunması” olarak tarif etmiştir. Yaşam kalitesi ise tam olarak iyilik halinin sürdürülmesi ile bağdaştırılmış ve sağlık/hastalık değerlendirilmesinde kullanılmıştır. DSÖ 'ye göre yaşam kalitesi, bireyin kültürel ve sprütiel olarak kendilik algısı, yaşamdan beklentileri, amaçları ve

standartları açısından kendini nerede gördüğü ve nasıl iyi hissettiğidir. Bireyin bedensel, ruhsal, çevresel faktörleri, aile ilişkileri, sosyal beklentileri, inançları, süregelen hastalık varlığı ve hastalık algısı gibi pek çok durum yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdendir (Fadıoğlu 2006; Fidaner 2004; Saxena ve Orley 1997; Sucaklı ve Koşar 2016).

Yaşamın son dönemini huzurlu bir şekilde geçirme ve kaliteli bir yaşam sürme tüm insanların hakkı olarak görülmekte ve sağlık alanındaki gelişmeler buna olanaksızlamaktadır. Palyatif bakım son dönem hastaları ve aileleri basta olmak üzere süregelen hastalıklarda fiziksel, ruhsal, manevi yardım ve konforun sağlanması ile modern çağda giderek gereksinimi artan ve gündeme gelen bir uygulamadır (Gültekin ve ark. 2010; Hoch 2009).

Palyatif bakım ihtiyacı, dünya nüfusunun giderek yaşlanması, başta kanser olmak üzere, kalp ve solunum gibi sistematik etkisi olan hayati hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı ile dünya genelinde artış göstermiştir (Global Atlas, [www.who.int>globalatlas](http://www.who.int/globalatlas); erişim 20 Mayıs 2016).

DSÖ 'den elde edilen Ocak 2015 verilerine göre bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeni ile 38 milyon kişi hayatını kaybetmektedir. Bu kayıpların ilk sırasındakardiyovasküler sistem hastalıkları 17.5 milyon kişi ile yer alırken, kanser hastalıkları 8.2 milyon, solunum sistemi hastalıkları 4 milyon ve diyabet hastalıkları 1.5 milyon kişi ile ardından gelmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ile ölüm oranlarında ilk 4 sırayı alan bu hastalık grupları bulaşıcı hastalık olmayan ölümlerin %82'sini oluşturmaktadır (Global Atlas, [www.who.int>globalatlas](http://www.who.int/globalatlas); erişim 20 Mayıs 2016).

DSÖ, dünya genelinde giderek artan palyatif bakım ihtiyacının belirlenmesi ve her ülkenin kendi sağlık sistemlerine palyatif bakımı entegre etmesi için çalışmalarda bulunmuştur. Bu çalışmalardan elde edilen verilere göre;

Her yıl 20 milyon kişi palyatif bakım gereksinimi duymakta bunların;

- %38.5 u kardiyovasküler hastalıklar,
- %34.0'ü kanser,
- %10.3 kronik akciğer hastalığı,
- %5.7'si Human İmmunodeficiency Virüs (HIV)/acquired immunodeficiency sendrome (AIDS) ve
- %4.5'i diyabet hastalığı oluşturmaktadır.

Bu sonuçlar palyatif bakımın sadece kanser hastalarına yönelik bir hizmet olmadığını da ispatı olmuştur. Yine Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya genelinde palyatif bakım ihtiyaçlarının yeterince karşılanamadığı veriler doğrultusunda ispatlanmıştır, bu sonuçlara göre;

- Palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların %86.0'sı palyatif bakımdan faydalanamamaktadır,
- Dünya nüfusunun %83.0 gibi büyük çoğunluğu ağrıyı ortadan kaldıran uygulamalardan mahrumdur,
- Palyatif bakım ihtiyacı olan %98.0çocuklarıngibi büyük çoğunluğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (Global Atlas, Defination of Palliative Care, www.who.int/cancer/palliative/definition/en;erişim 18 mayıs 2016).

Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 20 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Bu hastaların %69.0 gibi büyük çoğunluğunu 60 yaş ve üstü yaşlılar oluştururken %6.0'sının 6 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır (Global Atlas, Defination of Palliative Care, www.who.int, erişim 18 mayıs 2016).

Yapılan son çalışmalar; palyatif bakım hizmetlerinin erken dönemde başlaması ile yaşam kalitesinde kayda değer düzeyde artış olduğu, sağlık hizmetleri maliyetinin düştüğü hatta bazı durumlarda yaşam süresinin uzamasında artış olduğunu göstermiştir (Corner 2003; Fader et al. 2014; Temel et al. 2010).

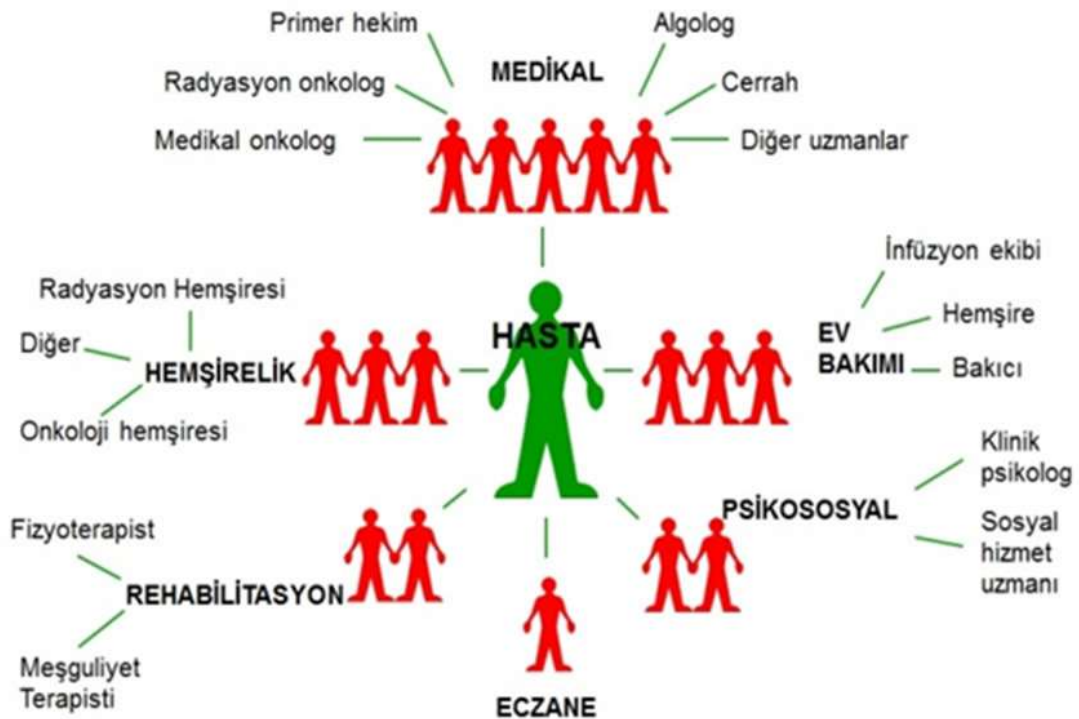
2.3.1 Palyatif Bakımın Amaçları

- Ağrı ve diğer huzursuzluk verici rahatsızlıkların ortadan kaldırılması,
- Yaşam ve ölümün normal bir süreç olarak görülmesi, yaşamın maksimum düzeyde konforlu geçirilmesi, Ölümün ise ne ertelenmesi nede geciktirilmesi.
- Hasta birey ve ailesine yönelik bakım hizmeti planlarken kültür, değer ve inançlara saygı duyulması ve manevi destek sağlanması,
- Hasta bireylerin yaşam sürecinin son anına kadar olabildiğince aktif yaşayıp ölüme huzurlu bir şekilde gitmesi,
- Hasta bireyin ve ailesinin baş etme güçlerinin üst düzeyde kullanımının sağlanması, ölüm ve sonrasına psikososyal hazırlığın yapılması,

- Ölüm ve sonrası yas sürecinde de aileye danışmanlık başta olmak üzere değişen rollere adaptasyonun sağlanmasına yönelik ekip işbirliğinin sunulması,
- Yaşam kalitesinin artırılmasını hedefleyerek, entegre şekilde hastalık sürecinin olumsuz etkilerinin hafifletilmesi,
- Palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalık tanısı alınmasından sonra küratif tedavi ile bütünleşmiş şekilde başlatılarak komplikasyonların yönetimi sürecini destekler (Aydoğan 2012; Erbaycu 2013; Gültekin ve ark. 2010; Global Atlas, Defination of Palliative Care, www.who.int; erişim 18 mayıs 2016: Şen ve ark 2016).

2.4.PALYATİF BAKIMIN ÖZELLİKLERİ

2002 yılında Kanada Hospis Palyatif Bakım Birliği'nin düzenlemiş olduğu hospis ve palyatif bakım modelinde hospis ve palyatif bakımda temel konuları ele alınmış, sağlık-hastalık, ölüm ve yas süreci boyunca bakımın temelleri belirlenmiştir. Modelin merkezinde hasta birey ve ailesinin gereksinimleri bulunurken çevresinde ise hastalık yönetimi, fiziksel, psikolojik, manevi ve sosyal ihtiyaçlar, kayıp ve yas süreci, ölüm ve ölüm sonrası bakım bulunmaktadır (Bağ 2012; Ferris et al.2002).



Şekil-2. Palyatif Bakım Örgütsel Şeması

Palyatif bakım hizmetinde yer zaman kavramı yoktur, gereksinim duyulan hasta ve ailesine evde, klinikte, bakım evlerinde, gündüz bakım sunan merkezlerde verilebilir. Hastanın evinde sunulan hizmetlerde birinci basamak ile özelleşmiş palyatif bakım ekibi arasında bağlantının sıkı tutulması gerekmektedir. Hasta bireyin kendi evinde sunulan palyatif bakım hizmetlerinde, ailenin bakımı yeterince karşılayamadığı, hasta bireyin bakım gereksiniminin uzman ekipler tarafından karşılanması gerektiği durumlarda, özellikle hastalığın ilerlediği terminal dönemde hasta bireye ev konforunu sağlayabileceği, manevi ve sosyal destek kaynaklarının sunulduğu bakımevlerinde hayatının son günlerini rahat bir şekilde geçirmesi sağlanır. Bu bakım da hemşire, sosyal destek uzmanı, din görevlisi yer alır. Hospis tüm bu hizmetlerin karşılandığı ve yaşam sonu dönemine girmiş olan hastalara sunulan hizmeti içermektedir (Beyhan 2012; National Consensus Project, www.nationalconsensusproject.org, erişim 24 Mayıs 2016; Vissers et al. 2013).

2.5.PALYATİF BAKIM MODELLERİ

Palyatif bakım ilk başlarda sadece ölümüne kısa bir süre kalmış olan hastalara sunulan bakım hizmetini kapsadığı düşünülse de daha sonra yaşamı tehdit eden hastalığın tanısı alındıktan itibaren başlayıp ölüm gerçekleştikten sonra ise hasta ailesine yas desteği olarak şekillenmiştir.

Multidisipliner yaklaşımın vurgulandığı son palyatif bakım modelinde 3 ayrı faz ele alınmıştır;

2.5.1.Hastalık odaklı palyasyon; Hastalığın iyileşmesinin mümkün olmadığı durumlarda hastalığın ilerlemesine bağlı belirtilerin ortadan kaldırılmasına yönelik bakım sürecidir.

2.5.2.Semptom odaklı palyasyon; hastalık merkezli tedavide yarardan çok zarar olacağı düşünüldüğünde uygulanır. Bu aşamada palyatif bakım daha çok semptom kontrolüne ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik uygulanır.

2.5.3.Terminal (yaşam sonu) bakım; Bu faz da hasta yaşamsal fonksiyonları sürdürebilmek için bağımlı şekilde bakıma gereksinim duyar. Bu aşamada palyatif bakım yaşam kalitesini arttırmayı hedeflemenin yanı sıra huzurlu bir ölüm için de hasta ve ailesine destek olur. Etkin bir palyatif bakım hizmetinde ölümün gerçekleşmesinden

sonrada yas sürecinde aileye yardımcı olunur. Avrupa Onkoloji Derneği ise 2 farklı derecede palyatif bakımdan bahsetmiştir;

2.5.3.1.Temel palyatif bakım; Tüm sağlık personelinin birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında sunabileceği palyatif bakım hizmetini içermektedir.

2.5.3.2.Özelleşmiş palyatif bakım; Palyatif bakım konusunda uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri başta olmak üzere,sosyalhizmetler,din görevlisi, gönüllülerden oluşan uzman ekibin sunduğu palyatif bakım hizmetlerini içermektedir(Arıkan 2016; ESMO erişim 6 mayıs 2016, www.esmo.org; Vissers et al. 2013).

2.6.PALYATİF BAKIM GEREKTİREN HASTALIKLAR

Dünya Palyatif Bakım Kurulu' na göre(WPCA; TheWorldwidePalliativeCareAlliance) palyatif bakım gerektiren tıbbi durumlar; Kanser, HIV/AIDS, motor nöron hastalıkları, muskulerdistrofi, multiple skleroz ve son evre demans olarak sıralanmıştır. Diğer yazarlar beyin yaralanmaları ve serebralstrok, kalp hastalıkları, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, Alzheimer hastalığı, spinalkord yaralanmaları ve diğer durumları eklemiştir (Global Atlas, Defination of Palliative Care, who.int/cancer/palliative/defination/en, erişim 16 mayıs 2016; Şen 2016; Turgay 2010).

Amerikan Klinik Onkoloji Derneği (American Societiy of Clinical Oncology;ASCO) ise palyatif bakım ihtiyacı olan hastaları şu şekilde sıralamıştır:

- Düşük performans durumu olan, kendi bakımı için kısıtlı yeterliliği olan hastalar,
- Daha önce almış olduğu kanıta dayalı tedavilerden yarar görmeyenler,
- Herhangi uygun bir klinik çalışmaya dâhil edilmeye uygun olmayanlar,
- Hekime tedavinin etkili olacağını düşündüren bir kanıtın olmaması (ASCO,www.asco.org, erişim 6 haziran 2016).

2.7.PALYATİF BAKIMIN TARİHSEL GELİŞİMİ

Tarihsel olarak bakıldığın palyatif bakımın kökeni çok eskilere dayanmaktadır. Ölmek üzere olan insanlara bakım sunmak amaçlı ilk bakım evleri gezgin kimsesizler ve HaclıSeferinigerçekleştirenler için inşa edilmiştir. Onbirinci Yüzyılda haçlıların iyileşme ihtimali olmayanlar için ilk kez bakım evi kurduğu düşünülmektedir.

OndördüncüYüzyılda ise ‘The Knights Hospital’ son dönem hastalar için hospis benzeri bir kurum olarak açılmıştır (Corner 2003; Lutz 2011; Sürmeli ve Ayçiçek 2016).

Ortaçağ döneminde dini güçlerinde etkisi ile dini kurallara bağlı olacak şekilde bakım hizmeti vermeye devam eden bakım evleri onsekizinci ve ondokuzuncuyüzyılda bakım hizmetleri, dini hizmetlerde görev alan kişilerce ve kendini hasta bakımına adanmış sağlık personellerinin eşliğinde gönüllüler tarafından sağlanmıştır. 1879 yılında ise palyatif bakım da öncü devletler arasında olan İrlanda da son dönem hastalarına hizmet vermek üzere dini kuruluşlar tarafından ‘The Irish Religious Sisters of Charity’ kurulmuştur. Bu kurumda çok fazla sayıda son dönem kanser ve tüberküloz hastası bakım hizmetinden yararlanmıştır. Aynı dini kurum diğer ülkelerde de benzer birkaç hospis kurmuştur. Bunlardan bir tanesi de, Londra’da ilk modern hospisi kuracak olan hemşire Cicely Saunders’ın görev yaptığı ‘SaintJoseph’s Hospice’ dir (Beyhan 2012; Lewis 2014; Sürmeli ve Ayçiçek 2016) .

1960’lı yıllarda Darülacezeler’ in yaygınlaşması ile yaşam sonu dönemdeki hastalar için huzurlu ölümü hedefleyen yaşam sonu dönem modelleri geliştirilmeye başlanmıştır. Başlarda aynı kabul edilen palyatif bakım ve hospis kavramlarının farklı olduğu görülmüştür. Süregelen ve hayatı tehdit eden hastalığı bulunan hasta ve ailelerinin acılarını ve ıstıraplarını dindirmeyi hedefleyen modern palyatif bakım anlayışı DameCicelySaunders’ın 1967’de St. ChristopherHospisi’ni açması ile başlatılmıştır. St.Thomas Hastanesinde 1944 yılında koğuş hemşireliği eğitimini tamamlayan Cicely aynı hastanede çalışmaya başlamıştır. 1948 yılında terminal dönem hastalarının bakım verildiği evlerde haftada birkaç gün çalıştıktan sonra tıp eğitimini 1957 yılında tamamlamıştır. St.Mary Hastanesi Tıp Fakültesinin Farmakoloji Bölümün’de terminal dönem hastalarının ağrı kontrolüne yönelik çalışmalar yapmış vesavaş ortamının yarattığı sıkıntılı günlerde terminal dönem hastalara olan bakımı ile adını duyurmuştur (Bingly 2009; Dungo 2011; Milicevit 2002; Saunders 2002).

1980 yılının sonlarına doğru palyatif bakım kavramı ile hospis kavramı arasındaki farklılıklar ele alınmış ve yeni tanımlamalar yapılmıştır. 1990 yılında ‘palyatif bakım’ kavramı sadece kanser hastalarına yönelik bakımı içermediği kardiyovasküler sistemi ve solunum sistemi hastalıkları gibi ciddi kronik seyirli hastalıklarda da faydalı olduğu görülmüştür (Elçiğil 2012).

Palyatif bakım 6 aydan fazla iyi bir prognoza sahip terminal veya yaşamı tehdit edici hastalığı bulunan ve yaşamı uzatıcı-agresif tedavi gören hastalara ‘hospis’benzeri

bir destek sunmak amaçlı olarak 20 yıldan daha fazla süredir Birleşik Devletler’ de yan dal uzmanlığı olarak gelişim göstermektedir. Palyatif bakımın hedefleri hospis bakıma paraleldir, ağrı başta olmak üzere semptom kontrolünü sağlamak, ıstırabın azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltmek, prognoz ile paralel şekilde açık ve net bir iletişim kurulmasıdır (Lutz 2011; Özer 2014).

Palyatif bakım halen gelişmekte olan bir bakım hizmetidir. Günümüzde hastanelerde, bakım evlerinde ve polikliniklerde palyatif bakım konsültasyon ekipleri bulunmaktadır. Hastane merkezli palyatif bakım konsültasyon programları özellikle son 10 yılda kayda değer oranda gelişme göstermiştir. Hastane merkezli palyatif bakım konsültasyon hizmetleri 2000 yılında 632’den (%15), 2003 yılında 1027’ ye yükselmiştir. 1900 yılının başlarında ise Birleşik Devletlerde Palyatif Bakım yan dal uzmanlığı olarak tıp eğitim programı içerisine girmiştir (Lutz 2011; Özer 2014). Palyatif bakım terminal dönem hastaların artan sayısı ve bakım gereksinimleri ile ilk olarak İngiltere ve Kanada’da gündeme gelmiş daha sonra ise başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada hızla yayılmıştır (2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı; <http://kanser.gov.tr>, erişim 14 Mayıs 2016)

Bununla birlikte kronikleşmiş hastalıklar ile yaşayan insan sayısında azımsanmayacak düzeyde artışın olması, önemli semptomların yönetimi ve destek tedavinin en erken sürede başlatılmasına yönelik farkındalık gelişmesine zemin hazırlamıştır. Dünya genelinde 1995, 1998, 2002 ve 2003 yıllarında kapsamlı ve nitelikli bakım sunmak için çalışmalar yapılmıştır (Canadian Palliative Care; www.capc.org; erişim 26 Şubat 2016).

Dünya genelinde ortak bir palyatif bakım anlayışı geliştirmek amaçlı olarak 2003 yılında Dünya Palyatif Bakım Birliği kurulmuştur. 28 Ocak 2014 de Dünya Palyatif Bakım Birliği dünya genelinde palyatif bakım gereksinimini belirlemek ve palyatif bakımın yaygınlaşmasını hedefleyen bir atlas olan Hayat Sonu Palyatif Bakım Küresel Atlasını (Global Atlas of Palliative Care at the End of Life) yayınlamıştır. Bu atlasta ki DSÖ sağlık tahminlerine göre;

- 2011 yılında yaklaşık olarak 54.6 milyon insan ölmüştür. Bu ölümlerin %66.0 gibi büyük çoğunluğu ise bulaşıcı olmayan hastalıklar sonucu oluşmuştur.
- 2011 yılında dünya genelinde 29 milyonun üstünde insan palyatif bakım ihtiyacı gerektiren hastalıklar sebebiyle vefat etmiştir.

- Tahmin edilen rakam ise 20.4 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyacı olduğu, bunların %69.0 gibi büyük çoğunluğunun 60 yaş ve üstü hastalar, %25.0' ini 15-59 yaş arası hastalar %6.0'sını ise 0-14 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır.
- Yetişkin ölümlerin %38.5 gibi büyük bir çoğunluğu kardiyovasküler hastalıklar ve % 34.0 ile kanser, takiben %10.3 kronik solunum yetmezliği, %5.7 si HIV/AIDS ve %54.5 'ini diyabetismellitus oluşturmaktadır.
- Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 20 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Bu hastaların %69.0 gibi büyük çoğunluğunu 60 yaş v e üstü yaşlılar oluştururken %6'sını 6 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır (Erel 2008; Global Atlas,[www.who.int>globalatlas](http://www.who.int/globalatlas), erişim 25 ocak 2016; Gültekin ve ark. 2010).

1974 yılında tek bir hospis bulunan ABD'de 2009 yılında 5000'den fazla hospis olduğu bilinmekte ve her yıl bir milyondan fazla insanın hospis bakım çerçevesinde öldüğü belirlenmiştir (Lutz 2011).

Gelişmiş dünya ülkelerinden biri olan Japonya da ise palyatif bakım hızlı bir şekilde gelişmiş, olup 2012 Haziran verilerine göre toplam 250 adet palyatif bakım ünitesi mevcuttur. Palyatif Bakım Japon Derneği tarafından 2010 yılında yapılan çalışma sonuçlarına göre 371 adet uzman palyatif bakım ekibi bulunup, 2010 yılı içerisinde 44351 başvuru almıştır. Bunların %67.0'sinin kanser hastalıklarına bağlı ağrı, %37.0'sinin ise kanser olmayan hastalıklarda görülen semptomlarda görülen ağrı, %33.0'ünün palyatif bakımda görülen psikiyatrik sorunlar (depresyon, deliryum vb.) ve %9.0'unun yetersiz aile bakımı vakalarını içermektedir (Hospice Palliative Care Japan erişim 18 temmuz 2016, <http://www.hpcj.org>).

2.8.TÜRKİYE' DE PALYATİF BAKIM

Palyatif bakım kanser veya diğer ölümcül kronik hastalıkları olan kişiler için zorunlu bir gereksinimdir. Dünya genelinde hızlı bir şekilde yayılmasına karşın ülkemizde uzun bir süre palyatif bakım hizmetleri göz ardı edilmiştir. Palyatif bakım hizmetlerindeki eksikliğin esas sebebi hekim ve hastalarda yeterli farkındalığın olmaması, geleneksel kalabalık ve ataerkil aile yapılarından ötürü ihtiyaç duyulmamış olması ve insan kaynaklarındaki eksikliklerdir. Ancak, değişen ülke demografilerine paralel olarak ihtiyaç her geçen gün kendisini daha fazla göstermektedir (Gökçınar ve Kahveci 2014; Gültekin ve ark. 2010; Sürmeli ve Akçiçek 2016).

Ülkemizde palyatif bakım tarihsel gelişimine bakıldığında Selçuklu ve Osmanlı döneminde ‘Darüşifalar’da kimsesiz ve bakıma muhtaç, tıbbi durumu ağır hastaların tedavisinin hekimler, bakımının ise gönüllüler tarafından karşılandığı bilinmektedir. 1895 yılında kurulan Darülaceze adı verilen kurumlarda ise halka eşit şekilde davranıp etnik, inanç ve sınıf farkı gözetmeksizin bakıma muhtaç olan tüm hastalara, yaşlılara, yetim ve kimsesizlere hizmet verilmekteydi. Darülaceze hizmeti günümüzde ise halen hayırseverlerin yardımı ile hizmete devam etmektedir (Gökçınar ve Kahveci 2014; Sürmeli ve Akçiçek 2016) .

T.C. Sağlık Bakanlığı Palyatif bakımın ilk girişimlerini ‘Evde Bakım Hizmetleri’nin oluşturulması ile başlatmıştır. Evde Bakım Hizmetleri uygulamalarında 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ ile yapılan düzenlemeler palyatif bakımın temellerini oluşturmuştur. Evde bakım hizmeti sunan özel kuruluşların Sağlık Bakanlığı tarafından denetimi ve uygunluk belgesi zorunluluğu getirilmiş. 01.02.2010 tarihinde yayınlanan ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ ile de evde sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezleri ve Kamu Hastaneler Birliği tarafından uygulanan bir hizmet haline getirilmiş ve aile hekimliği temelli evde bakım hizmetleri sunulmaya başlanarak palyatif bakım ve hospis hastalarının ev ortamlarında tıbbi ve bakım gereksinimlerinin karşılanabilmesi hedeflenmiştir. Hacettepe Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı arasında palyatif bakım eğitimleri verilmesine yönelik protokol imzalanmış ayrıca aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri veren sağlık çalışanları için on-line eğitim modülleri hazırlanmıştır (Kabalak ve ark. 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı; Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, resmi gazete, 01.02.2010;T.C.Sağlık Bakanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018 erişim 07 mart 2016, www.giod.org.tr;Uslu 2010; Yıldırım ve ark. 2006).

Türk Onkoloji Grubu (TOG) 1989 yılında kurulan, Klinik Epidemiyolojik ve Temel Onkoloji alanında yapılacak araştırma ve uygulamalara yön vermek ve araştırmaları desteklemek amacıyla çalışmalarına devam etmektedir. TOG bünyesinde 1999 yılında Destek Tedaviler Çalışma Grubu kurulmuş ve 18 farklı merkezde 40’a yakın üyesi ile palyatif bakıma yönelik seminer, konferans ve eğitimler ile standartları geliştirici yönde katkılar sağlamıştır (Kömürcü 2010).

Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan ‘2009-2015, Ulusal Kansere Kontrol Programı’nda palyatif bakım programı da tanımlanmış, kurumsallaşma yolunda hedefler belirlenerek bir yol haritası çizilmiştir. Ulusal Kansere Kontrol Program’ı kapsamında 2010 yılında Palya-Türk isimli bir proje hazırlanmış olup bu proje dahilinde ülkemize en uygun palyatif bakım modelini geliştirmek için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü birlikte çalışmaktadırlar. Modelin uygulanmasıyla ilgili olarak oluşturulan yönerge taslağı, ilgili bakanlıklar, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının görüşleriyle oluşturulmuştur. Takip eden dönemde palyatif bakım hizmetleri konusunda pilot çalışmalar başlatılmıştır. Palya-Türk temel olarak aile hekimliği üzerine kurulu ve primerde hemşire bakımı üzerine kurulan Kansere Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen bir sistemdir. Bu program kapsamında, bu eylem planında ülkemizdeki koşullar ve öncelikler doğrultusunda en az üç pilot palyatif bakım merkezi kurulması, multidisipliner çekirdek bir grup oluşturulması, mezuniyet sonrası sertifikasyonlu eğitim modüllerinin geliştirilmesi, mezuniyet öncesi eğitim müfredatlarına palyatif bakım konusunun entegre edilmesi ve toplumun bilinçlendirilmesi hedeflenmiştir. Takip eden dönemde palyatif bakım hizmetleri konusunda pilot çalışmalar başlatılmış ve erişkin hastalara yönelik ilk ‘‘Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi’’, Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi’nde açılmış ve kısa zamanda hizmete geçmiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı, Ulusal Kansere Kontrol Planı 2013-2018, www.giod.org.tr, erişim 07 mart 2016).

Orta Doğu Kansere Konsorsiyumu’nun (Middle East Cancer Consortium; MECC) 2005 yılı Palyatif Bakım Raporu’nda, ülkemizde yedi palyatif bakım merkezi bulunduğu bu sayının 2010’da Gültekin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre 10’a, 2013 Kansere Kontrol Planı verilerine göre ise 17’ye yükseldiği belirtilmektedir. Ülkemizde palyatif bakım merkezlerinin çoğunluğu üniversite hastanelerinde kurulmuştur. 24 Aralık 2014 tarihli 29215 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tebliğine göre ise ülkemizde Devlet hastaneleri bünyesinde 62 adet palyatif bakım birimi bulunmaktadır. Ulusal Kansere Kontrol Planı’ndaki verilere göre 10 yıl içerisinde ise 223 palyatif bakım birimi, 60 palyatif bakım merkezi, 3 adet pilot hospis evi, 6 sını çocuk hastalar için özelleşmiş 49 adet özelleşmiş palyatif bakım merkezi açılması planlanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistik ve Analiz Raporlama Daire Başkanlığı’nın 2015 yılında son hali ile yayınlamış olduğu ‘Özellikli Sağlık Hizmeti Bülteni’n de ki verilere göre

ülkemizde toplamda 1672 yatağı bulunan 147 merkez mevcut olduğu çok sayıda ise müracaat ve planlama aşamasında merkez olduğu belirtilmiştir (Gültekin ve ark 2010; Özçelik 2011; T.C. Sağlık Bakanlığı, palyatif bakım, www.tkhk.saglik.gov.tr, erişim 13 mart 2016).

Palyatif bakım yönerge çalışma süreci kapsamında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kansere Savaş Daire Başkanlığı'nca yönerge alt yapı çalışmaları başlamış ve 12-17 Aralık 2011 tarihinde Orta Doğu Kansere Konsorsiyumu'nun düzenlediği palyatif bakım eğitiminde, oluşturulan taslak üzerinde yerli ve yabancı katılımcılar ile değerlendirme yapılmıştır. Yönerge kapsamında, palyatif bakımın tanımlanması ve kurumsallaştırılması, palyatif bakım bilincinin geliştirilmesi, palyatif bakım hizmetlerinin 2023 yılına kadar kademeli olarak yaygınlaştırılması, palyatif bakım alanında eğitimli ve deneyimli ekiplerin oluşturulması, palyatif bakım gereksinimi olan tüm hastaların bakım hizmetine ulaşabilmesi hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, palyatif bakım, www.tkhk.saglik.gov.tr, erişim 13 mart 2016).

Ülkemizin mevcut durumu göz önünde bulundurularak palyatif bakım hizmetleri seviyeye ayrılmıştır;

2.8.1.Birinci seviye palyatif bakım hizmetleri: aile hekimleri, hemşireler, belediyeler, sivil toplum örgütleri, sosyal hizmet uzmanları ve din adamlarının oluşturduğu ekip ile entegre bir sistem içerisinde evde sağlık hizmetleri ve hastane bünyesinde bulunan Palyatif Bakım Birimleri'nde oluşmaktadır. Onkoloji uzmanı olmayan palyatif bakım konusunda eğitim almış hekim ve hemşire gözetiminde ayaktan poliklinik ve düzenli ev ziyaretleri ile periferde bulunan bölgelere hizmetin götürülmesi hedeflenmiş ilk basamak palyatif bakım birimleridir.

2.8.2.İkinci seviye palyatif bakım hizmetleri: akut bakım sağlamak amaçlı Palyatif Bakım Merkezleri, 10 yataklı palyatif bakım merkezinin bulunduğu, Multidisipliner bir yaklaşım içerisinde onkolojik cerrah, medikal onkolog, radyasyon onkoloğu, ağrı hekimleri (algolog), hemşireler, fizyoterapistler, fizik tedavi uzmanları, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları vb. pek çok farklı disiplinlerin bir arada çalışacağı merkezler olacaktır. Ev atmosferine sahip olan bu merkezlerde hobi odaları, hastalara özel mutfaklar, oturma odaları, oyun odaları, masaj odaları, internet odaları, ibadet odaları planlanacaktır. Bakım hizmetinin amacı akut durumun stabil hale getirilip hasta ve ailesinin bakım gereksinimlerinin aile hekimlikleri ve evde sağlık hizmetleri tarafından sağlanmasıdır.

2.8.3.Üçüncü seviye palyatif bakım hizmetleri: akut bakım sağlamak amaçlı Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezleri, multidislinar ekip ile 10 – 20 yataklı birimlerin eğitim ve araştırma hastaneleri bünyesinde kurulması önerilmektedir. Kapsamlı Onkoloji Merkezleri (KOM) ve Onkoloji Tanı ve Tedavi Merkezleri (OTTM) de üçüncü seviye palyatif bakım hizmetleri kapsamında olması planlanmıştır. palyatif bakım ekip üyelerini oluşturan sağlık profesyonelleri hizmet içi eğitim, sertifikasyon programlarına sürekli katılım ve bu programlarda eğitim verebilecek düzeyde bilgiye sahip olması beklenmektedir.

2.8.4.Destekevi (Hospis); Kronik bakım hizmetleri: Gönüllüler, Belediler ve Sosyal Toplum Kuruluşları ile her seviyede hizmetin sağlanması hedeflenmiştir. Hospis evleri kütatif tedaviye yanıt vermeyen son dönem hastalarının semptom kontrolü başta olmak üzere, konforunun ve iyilik halinin optimal düzeyde sağlanıp, huzurlu şekilde beklenen ölümün gerçekleşmesini sağlamak amaçlı yapılandırılmış ev ortamı sağlık hizmet birimleridir. Tedavi amacından çok semptomların en aza indirilmesi ve acının hafifletilmesi, hasta ve ailesinin bahşetmelerini destekleyen profesyonel multidisipliner ekip işbirliği içerisinde yürütülen bakımdır. Yaşamın son 6 ayı içerisinde olduğu düşünülen ve gereksiz tıbbi tedavinin uygulanmadığı bakım hizmetidir(Kahveci 2010; Palyatif Bakım, Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu, www.tepecikeah.saglik.gov.tr, erişim 15 mayıs 2016).

Ülkemiz 2011 yılında palyatif bakıma yönelik gelişmeler doğrultusunda DSÖ Palyatif Bakım sınıflamasında Grup III B'ye yükselen sayılı ülkeler arasına girmiştir. Palyatif bakımın en önemli konusu ağrı yönetimi olup, hekim ve hemşirelerin eğitiminin bu konuda yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu grupta palyatif bakım hizmetleri ülke genelinde değil lokalizedir, palyatif bakıma ilişkin eğitimler gönüllü olup, sınırlı eğitim faaliyetleri mevcuttur, morfin ulaşımı ise kolaydır. Fakat ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinde ağrı kontrolünde önemli yeri olan morfin kullanımı ve ulaşılabilirliği ile ilgili zorluklar vardır. Opioid tedavisi hakkında bilgi eksikliği, kullanımına bağlı yan etki korkusu, kanunlar ile kullanım kısıtlılığının söz konusu olması, morfin gibi opioid analjeziklerin kullanımını yetersizliğine neden olmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar ile yerli opioid üretim için gerekli protokoller hazırlanmış ve üretim aşamasına geçilmiştir (T.C.Sağlık Bakanlığı, Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018, www.giod.org.tr, erişim 07 mart 2016.).

Palyatif bakım kanser başta olmak üzere süregelen kronik hastalıklar için önemli bir bakım hizmeti olmasına karşın ülkemiz sağlık eğitim sistemine entegrasyonu yok derece kadar azdır. Tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalı henüz kurulmamış ve palyatif bakım hizmetlerinde onkolog, geriatrist, anestezi uzmanları, aile hekimleri ve pratisyen hekimler görev almaktadır. Palyatif bakım kavramı hemşirelik lisans düzeyi eğitim müfredatın da ise içerisinde ölüm, yas ve ağrı kavramları ile birlikte verilmektedir. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2005 yılından bu yana Palyatif Bakım dersi seçmeli ders olarak yürütülmektedir. Palyatif bakım dersi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde ise yüksek lisans düzeyinde seçmeli ders olarak yürütülmektedir (Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2010; Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,2014).

2.9.PALYATİF BAKIM EKİBİ

Günümüzde terminal dönemde ki hastaların kaliteli yaşam sürebilmeleri için palyatif bakım gereksinimi genellikle hastanelerde karşılanmaktadır. Palyatif bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan hasta sayısı gün geçtikçe artmakta ve kaliteli bakım gereksinimi gündeme gelmektedir, bu da beraberinde alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Palyatif bakım hizmetlerine gereksinim duyan hasta ve ailesinin kompleks bakım gereksinimlerini karşılamak için merkezinde hasta ve ailesi olan ekip işbirliğinin gerekliliği pek çok çalışmada vurgulanmıştır (Özkan 2011; Özçelik 2011; Pavlish and Ceronsky 2007; Peykerli 2003; Proctor et al 2000; Sadlu et al. 2010).

Palyatif bakım, yaşamı tehdit edici hastalığı olan bireylerde gelişebilecek komplikasyonları engellemek, hasta ve ailesinin konforunu sağlayarak yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak sunulan mutidisipliner bakımı içermektedir. Küratif bakım ile destek tedavinin bir arada yürütüldüğü tedavi şeklidir (Egan 2002; Garvin 2009; Morison and Meier 2011; Pope 2013; Saruç 2013).

Mutidisiplinerpalyatif bakım ekibi içerisinde;

- Hekimler (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar)
- Hemşireler (palyatif bakım uzmanı hemşireler, klinik hemşireler)
- Psikiyatristler ve psikologlar
- Sosyal hizmet uzmanları,

- Bunların yanı sıra hastanın gereksinimlerine göre fizik tedavi uzmanı, diyetisyen, eczacı, cerrahlar ve anestezi uzmanları, din adamı ve gönüllüler ekibe destek olabilir(Bağ 2006; Elçigil 2012; Kabalak ve ark. 2013; Lorenz et al. 2008;T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013;; Uslu 2010; Yıldırım ve ark. 2006).

2.10.PALYATİF BAKIM HEMŞİRESİNİN ROLLERİ

Palyatif bakım hizmetleri “bakım” kökenli olup hasta birey ve ailesinin fiziksel, psikososyal, emosyonel ve manevi gereksinimleri üzerine odaklanmaktadır. Palyatif bakım her düzeyde sağlık hizmetleri tarafından sunulsa da istendik olan uzman palyatif bakım ekibi tarafından verilmesidir. Multidisipliner palyatif bakım ekibi içerisinde hasta ve ailesinin yaşamış olduğu sıkıntılı süreci en iyi gözlemleyen ve değerlendiren sağlık profesyoneli hemşirelerdir.Hemşireler hasta ve ailesi ile uzun zaman geçiren ve primer olarak bakım gereksinimini karşılayan ekip üyesidir. Palyatif bakım hastasının ve ailesinin çok boyutlu gereksinimlerini karşılayabilmek için hemşirenin yeterli bilgi, beceri ve tutuma sahip olması gerekmektedir. Palyatif bakım hastasında gelişen psikolojik acıları azaltmak, mevcut duruma uyumu sağlamak, yalnızlık, izolasyon ve depresyon gibi istenmeyen tepkileri önlemek, hasta ve ailesinin tedavi ve bakıma etkin katılımını sağlamak, hastanın umudunu destekleyip güçlendirmek, acılarını hafifletmek, gereken tıbbi bakımı vermek ve semptom yönetimini sağlamak palyatif bakım hemşireliğinde temel yaklaşımlardır. Palyatif bakım hizmetinde semptom yönetimi temeldir, yaşanan ağrı ve acı hissi ile hasta ailesi ve çevre ile olan iletişiminden kendini soyutlayabilir, bu durum derin bir yalnızlık hissi yaratabilir ve semptomları daha ağır düzeyde yaşamasına sebep olabilir. Palyatif bakım hemşiresi hastanın bağımsızlığını destekleyerek olabildiğince aktif yaşamasını, ailesi ve çevresi ile olan iletişimini sürmesini sağlamalıdır (Azami-Aghdash et al. 2015; İnci ve Öz 2012; Lugton and İntyre 2005; Malak ve Dramalı 2004; Yurtsever 2014).

Ölüm yaşamımızdaki en büyük kayıp olgusudur. Ancak deneyimlenmemiş olana karşı duyulan korku, yok olma korkusu ve bilinmeyene doğru yapılan yolculuk her bireyi korkutur. Bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşanırken, diğer yandan hastalığın ölümü yaklaştırıyor olması hasta bireyin ve ailesinin duygulanımlarını olumsuz etkilemekte, sağlık, otonomi ve güç kaybı ile birlikte kaygı ve korku düzeyini arttırmaktadır. Palyatif bakım hastaları; başkalarına yük olma, ölümlerinde fiziksel ve

zihinsel yeterliliğinin kaybolması, ölüm ile ilgili ağrı ve acı beklentisi içerisinde olma, yaşamla ilgili önemli hedeflerini başaramadan ölme korkusu taşıyabilmektedir. Hasta birey, hayata yönelik kurduğu planların ve yapmayı düşündüklerini yerine getirememenin kendisine yapılmış bir haksızlık ve ceza olarak görebilir. Ölümcül hastalık tanısı almak hasta ve ailesinde farklı düzey ve şiddette ‘depresyon, öfke, kaygı, inkar, yansıtma, yadsıma, regresyon, suçluluk gibi çeşitli psikolojik reaksiyonlar geliştirmektedir. Palyatif bakım hemşireleri her bir aşamayı iyi bilmeli, tüm aşamaları çok boyutlu olarak değerlendirmeli ve her aşamada hasta ve ailesine yaklaşım şeklini iyi belirlemelidir (Field and Wee 2002; İnci ve Öz 2012; Öz 2007;Peters et at. 2013). Bireylerin geçmiş deneyimleri, destek kaynakları tartışılmalı, olumsuz düşünceleri ortaya çıkarılmalı ve genel problem çözme yöntemleri anlatılmalıdır. Hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık ve ölüm süreci ile baş etmelerinde ve yaşantılarında anlam bulmalarında onlara yardım etmektir (Bailey et al. 2000; Chochinov 2006; Pope 2013; Toyler 2003; Zaybak ve Erzincanlı 2016).

Palyatif bakım hastasına bakım veren hemşireler bir yandan ölümcül hastalığa yakalanmış hasta ve ailesi ile çalışmak zorunda kalırken bir yandan da ölüm olgusunu yaşamakta ve kendi ölüm korkusu ile de yüzleşmektedir. Kendi ölüm algılarıyla yüzleşen hemşirelerin, beklenen ölüme karşın ailenin duygu ve düşüncelerini anlama, onlara ölüm yaklaşırken yardım etme ve yas sürecinde de desteklemeye hazır olmaları gerekmektedir(Beckstrand and Kirchoff 2005; Ciccarello 2003;Hasheesh 2013; Menekli ve Fadıoğlu 2014; Wessel 2006).

Palyatif bakım hastasına bakım verirken hemşire kendi manevi uygulama ve inançlarının yanı sıra hastalarında manevi ve kültürel değerlerini korumalı ve bakıma ile entegrasyonunu sağlamalıdır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki bakım verilirken bu boyutlara dikkat edilmemesi hasta ve ailesi için ek bir stresör olup üzüntüye sebep olabilmekte ve bakım kalitesini de düşürebilmektedir (Beckstrand and Kirchoff 2005; Çevik 2010; Zaybak ve Erzincanlı 2016).

Palyatif bakımda hasta ve ailesine sunulan bakımı kalitesini arttırmak için hemşire sürekli olarak güncel bilgileri takip etmeli, var olan bilgilerini yenilemeli, araştırmalı ve bilgiyi koruyup geliştirmelidir. Hasta ve ailesine danışmanlık hizmeti sunma ve liderlik palyatif bakım hemşiresinin temel rollerini oluşturmaktadır, multidisipliner ekip içerisinde ise ekibe yön veren ve işbirlikçi rolünde olmalıdır. Hasta ve ailesine holistik yaklaşım sunarak tüm boyutları ile hastayı ele almak hemşirenin

sorumluluğu altındadır (Daly and Jackson 1999; Lugton and McIntyre 2005; Malak ve Dramalı 2004; Öz 2004; Skilbeck et al. 1998).

2.10.1.Palyatif Bakım Hemşiresinin Rollerini

- Fiziksel semptomların rahatlamaını sağlamak,
- Maksimum düzeyde hasta konforunu sağlamak, hasta saygınlığını korumak ve yaşam kalitesini arttırmak,
- Hastanın bağımsızlığını güçlendirmek,
- Mental sorunların ve sosyal izolasyonun gelişimini engellemek,
- Aileye fiziksel psikososyal ve manevi destek sağlamak,
- İzolasyon, korku ve anksiyetenin azalmasını sağlamak,
- Üst düzeyde iletişim yeteneğini kullanarak hasta ve ailesi ve ekip üyesi içerisinde iş birliğini sağlamak, diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışmak,
- Hasta, ailesi ve ekip üyeleri arasında etkin ve açık iletişimin sürdürülmesini sağlamak,
- Bilgi, beceri ve deneyimlerini en üst düzeyde kullanarak bakım kalitesini arttırmak,
- Sürekli olarak yeni bilgiler öğrenmeye ve araştırmaya açık olmak,
- Etkili, kanıta dayalı ve hasta-ailesine uygun bakımı belirlemek,
- Etnik, kültürel ve manevi değerleri göz önünde bulundurmak ve bakımı değerler doğrultusunda hasta ve ailesinin gereksinimlerine yönelik olarak planlamak,
- Ekip içerisinde bakım koordinasyonunu sağlamak,
- Etkin maliyetli, optimal düzeyde bakım hizmeti sunmak,
- Hasta ve ailesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerini karşılamak,
- Hasta ve ailesinin saygınlığını, benlik algısını ve özerkliğini korumak,
- Ölüm gerçeği ile yüz yüze olan hasta ve ailesinin dilek, umut, öfke, inkâr gibi duygularını ifade etmeleri için fırsat vermek dürüst, samimim, net, açık ve anlaşılır şekilde iletişimini sürdürmek,
- Ölümcül hastalık tanısı ile birlikte gelişen ve ilerleyen fiziksel rahatsızlıklar hasta ve ailesi için emosyonel destek ve fiziksel bakım sağlamak,
- Hastanın otonomisinin optimal düzeyde destekleyecek holistik bakımı sunmak,
- Kritik düşünce yeteneğinin, semptom yönetimini ve profesyonel iletişimi etkin kullanmak.

- Ölümün huzurlu ve konforlu şekilde gerçekleşmesini sağlamak,
- Yas süreci boyunca hasta ailesini desteklemek,
- Hastalık, ölüm ve sonrasında değişen rollere karşın hasta-ailesinin uyumunu sağlamak' şeklinde özetlenebilir.(Palliative Care Nursing Role,Canadian Hospis Palliative Care Association, erişim 2 mayıs 2016 www.chpca.net; Peykerli 2003; Peter et al. 2013; Stevens 2009;Terzi ve Kaya 2011; Tsutsumi and Sekido 2015; Yurtsever 2014).

2.10.2.Palyatif Bakım Hemşireliğinin Prensipleri

- **Değerli Olma:** Palyatif bakım hemşiresi, insanların içsel bir değeri olduğunu, yaşam ve ölümün de doğal bir süreç olduğunu kabul eder.
- **İlişki içinde Olma:** Destekleyerek ve yakın ilişkiler kurarak hasta ve ailesiyle terapötik, ilişki kurar.
- **Güçlendirme:** Hasta ve ailesini güçlendirerek bir bakım sağlar.
- **Onun Adına Yapma:** Ağrı ve semptom yönetimi bakım koordinasyonu konularında kanıta dayalı uygulama ve en iyi uygulamalara dayalı bakım sağlar.
- **Anlam Bulma:** Hasta birey ve aileye yaşamlarının ve hastalık deneyimlerinin anlamını bulmalarına yardım eder.
- **Bütünlüğü Koruma:** Kendinin, hasta bireyin ve ailesinin bütünlüğünü korur (Lugton and Mcintyre 2005).

2.11.PALYATİF BAKIM GELİŞİMİNİN ÖNÜNDEKİ TEMEL ENGELLER

DSÖ Hayat Sonu Palyatif Bakım Küresel Atlası'nda palyatif bakımın önündeki engelleri“politika, sosyal kaynaklar, eğitim ve ilaç kullanımı” şeklinde belirtmiştir.

2.11.1.Politika

Palyatif bakımı desteleyen politik sistemler olmadığı sürece palyatif bakımın gelişmesi oldukça zordur. Bazı ülkelerde palyatif bakım için hiç bir devlet desteği bulunmamaktadır. Romanya, Zimbabva gibi ülkelerde ise palyatif bakım hayırsever hizmetler olarak ele alınmaktadır. Politika palyatif bakımın gelişiminde temel bir bileşendir. Politik destek için ise;

- Palyatif bakımın sağlık sisteminin bir parçası olduğunu tanımlayan kanunlar.
- Ulusal standartların palyatif bakımı tanımlaması.
- Klinik rehberlerin ve protokollerin varlığı.

- Palyatif bakımın bir uzmanlık alanı olarak görülmesi
- Palyatif bakıma ilişkin ulusal stratejiler planlanması (Global Atlas, erişim 25 Ocak 2016 [www.who.int>globalatlas](http://www.who.int/globalatlas)).

2.11.2.Eğitim

Dünya genelinde sağlık çalışanları palyatif bakıma ilişkin az ya da hiç bilgiye sahip değildir, sağlık alanında ki tüm okullar palyatif bakıma yönelik temel eğitimlere sahip olmalı ve mesleki eğitim sürecinde palyatif bakım ders içeriği bulunmalıdır. Son 40 yıl incelendiğinde palyatif bakım ve palyatif tedaviye yönelik pozitif gelişmeler giderek artmıştır. Günümüzde 12 profesyonel palyatif bakım dergisi, giderek büyüyen palyatif bakım literatürüne sayısız kitap, internet sitesi, ve palyatif bakıma uzmanlaşmış bloglar ve forumlar mevcuttur.

Palyatif bakım eğitimi 3 düzeyi içermektedir;

- Sağlık çalışanları için basit ve temel palyatif bakım eğitimi,
- Yaşamı tehdit eden hastalıklara sahip hastalarla çalışan sağlık personeline verilmesi gereken orta düzey eğitim,
- Rutin semptomları ve hastayı bir bütün olarak ele alabilecek özelleştirilmiş palyatif bakım uzmanları.
- Fakat henüz çoğu ülkede bu eğitim yapısı oturmamış olup, uygulanan ülkeler de ise eğitim içerikleri genellikle İngilizcedir (Global Atlas, erişim 25 ocak 2016 [www.who.int>globalatlas](http://www.who.int/globalatlas)).

2.11.3.Ağrı kontrollü

- Kaliteli bir palyatif bakımı için ağrı kontrolü şarttır ve temel palyatif bakım ilaçlarına özellikle opioidlerin ulaşılabilirliği önemlidir. Evrensel düzeyde ağrı kontrolü için opioidlere ulaşım ciddi sıkıntılardan biridir. Dünya nüfusunun % 80.0' i gibi büyük bir çoğunluğu ağrı kontrolü için opioid ulaşımında yetersizdir. Dünya genelinde ağrı kontrolü için opioidlerinkullanımının % 90.0' lık büyük bir kısmını ise palyatif bakım açısından gelişmiş olan “Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Amerika ve Avrupa ülkeleri” oluşturmaktadır. 1961 yılında Birleşmiş Millitler pek çok ülke tarafından onaylanan uyuşturucu madde, opioid kullanımı ve psikoaktif madde kullanımına ilişkin bir düzenleme yapmış ve

tıbbi-bilimsel amaçlı olarak bu ilaçların kullanımına kolaylıklar sağlanmıştır. Fakat dünya genelinde opioid kullanımı ile ilgili tam bir birlik sağlanamamış ve halen 188 ülkede opioid kullanımı ile ilgili ciddi sıkıntılar olduğu belirlenmiştir (Global Atlas, erişim 25 ocak 2016 [www.who.int>globalatlas](http://www.who.int/globalatlas)).

- DSÖ tarafından yapılan gelişim endeksi ölçümünde elde edilen verilere göre dünya ülkelerinin %83.0' ünün yasal opioid kullanımı oldukça düşük iken %7.0' si ortak düzeyde iken sadece %6.0' sı ise yeterli düzeydedir. Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu tarafından 2010'da yapılan araştırma göre dünya genelinde 100'den fazla ülke yetersiz opioid kullanımına sahiptir (Global Atlas, erişim 25 ocak 2016 www.who.int>globalatlas).

2.11.4. Psikolojik, sosyal, kültürel ve finansal engeller

Bireysel ve toplumsal özelliklerde palyatif bakımın gelişmesinde oldukça etkilidir. Tüm insanlar ölümden korkarlar ve çoğu zaman bir yakınının ölümünü kabul etmekte oldukça zorlanırlar. Palyatif bakımın yaşam kalitesini arttırdığı ve yaşam sonu süresini uzatabildiği düşünülmektedir (Connor et al. 2007; Temel et al. 2010).

Pek çok ülkede yaşam sonu dönemdeki hastayı prognoz hakkında bilgilendirmek kesinlikle önerilmez. Kültürel yapının etkisi ile önceleri böyle bir düşünce içerisinde olunmamasına karşın son 10 yılda bu görüş yerini hasta ve ailesini prognaz hakkındabilgilendirilip kendi seçimlerini verme şansı tanınmasını öngörmektedir (Buckman 1992; İriş et al. 1993).

Yaşamı tehdit edici hastalıklar ciddi maddi kaynaklarda gerektirmektedir. Çoğu ülkede mevcut mali kaynaklar ve sosya ve devlet destekleri doğrultusunda sınırlı palyatif bakım hizmetleri sunulmaktadır. Amerika bileşik devletlerinde kişisel iflasların yarısına yakını tıbbi faturalardan kaynaklanmaktadır. Pek çok çalışmada palyatif bakım ve hospis bakım için maliyetin ve finansal kaynakların önemli olduğu belirtilmiştir (Wright et al. 2008).

- DSÖ' nün 2006 ki verileri ile kıyaslandığında palyatif bakım ünitesi olan ülkelere 21 i daha eklenerek (%9.0), 2011 yılında dünyada ki 234 ülkeden 136' sının (%58.0) 1 veya daha fazla sayıda hospis ve palyatif bakım servisine sahip olduğu belirlenmiştir. Yine 2006 yılındaki veriler ile 2011 yılındaki veriler kıyaslandığında en büyük kazancın Diana tarafından "Princess of Wales Memorial

Fonu” desteği ile Afrika ülkelerinde olduğu fakat gelişimin yetersiz olduğu belirlenmiştir.DSÖ’ nün güncel verilerine bakıldığında, evrensel olarak palyatif ve hospis bakımın çok yetersiz olduğu görülmektedir. Geliştirilen projeler ve çalışmalar ile palyatif bakımın bir insan hakkı olduğu gerçeğinin tüm dünyada benimsenmesi amaçlanmaktadır (Global Atlas,erişim 25 ocak 2016 [www.who.int>globalatlas](http://www.who.int/globalatlas)).

2.12. KONUYLA İLGİLİ YAPILMIŞ ÇALIŞMALAR

1. Mahon ve McAuley (2010) tarafından onkoloji hemşirelerinin palyatif bakıma ilişkin kişisel görüşlerini açığa çıkarmak üzere yürüttüğü çalışmada hemşirelerin algılarının semptom yönetimine odaklandığı belirtilmiştir. Yine bu çalışmada hemşirelerin çoğunun palyatif bakım ve hospis bakımını ayırt edemediği; yaşam sonu dönemde olan hastaların palyatif bakım almaları gerektiği inancında oldukları rapor edilmiştir. Onkoloji hemşirelerinin palyatif bakıma ilişkin algılarını açığa çıkarmak üzere yapılan bir odak grup çalışmasında ise hemşirelerin (n=33) palyatif bakımın doğasına ilişkin 14 tanımlama kullandıkları; çoğunun tanımlamalarında “aile merkezlidir”, “bir süreçtir”, “semptom yönetimidir”, “rahatlatmak için çalışmaktır”, “yaşam kalitesini güçlendirmeye çalışmaktır”, “hasta ve ailesinin tercihlerine odaklanır” gibi benzer sözcükler kullandıkları belirtilmiştir.
2. Ayed ve arkadaşlarının (2014) Filistin’ de çalışan 96 hemşire üzerinde hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumlarını araştırdığı bir çalışmaya göre, hemşirelerin %59.4’ ünün palyatif bakım konusunda bilgi aldıkları, hemşirelerin %20.8 ‘ inin palyatif bakım konusunda orta düzeyde bilgiye sahipken sadece %6.2 ‘ sinin Palyatif Bakım Bilgi Testi’ nden (PBBT) yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu, ulusal sağlık politikası ile palyatif bakıma yönelik bir yönerge oluşturulması ve hemşirelik eğitim sistemine palyatif bakım konusunun entegre edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
3. Amerika’ da ise Ferral ve arkadaşları (2010) tarafından son on yıla ait (2000-2010) hemşirelikte palyatif bakım eğitimi verileri incelenerek yapılan çalışmada

kanser hastaları ve ailelerinin hastalık süresince ciddi fiziksel, psikosozal belirtiler ile ruhsal endişeler taşıdıkları belirlenmiş ve bu nedenle onkoloji hemşirelerinin hasta ve ailelerine hak ettikleri bakımı sağlayabilmeleri için palyatif bakım alanında eğitilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

4. Uslu (2013) 'nun yaptığı benzer bir çalışma da ebe ve hemşirelerin yarısına yakınının (%52.3) palyatif bakım konusunda bilgi almadığı, bilgi alan ebe ve hemşirelerin ise bilgiyi en fazla hizmet içi eğitimden (% 71.0) aldıkları, bilginin içeriğinin ise iletişim becerileri (% 96.8), ağrı yönetimi (%96.8) ve semptom kontrolüne (% 96.8) yönelik olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Yine aynı çalışma da palyatif bakım konusunda aldıkları bilgiyi yeterli bulmayan ebe ve hemşirelerin ağrı yönetimi, semptom kontrolü, etik ve yasal konular gibi konular da bilgi sahibi olmak istedikleri ve çoğunluğunun (%76.9) çalıştıkları kurumda düzenli hizmet içi program bulunmadığını ifade ettiği belirlenmiştir.
5. Alshaikh ve arkadaşlarının (2013) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgilerini belirlemek amaçlı yapılan bir çalışma da yoğun bakım hemşirelerinin yarıdan fazlası için palyatif bakım kavramının tanıdık olduğu, günlük hasta bakım hizmetlerinde palyatif bakım hastalarına bakım hizmeti verdikleri, bakım uygulamaları olarak en çok fiziksel ve semptomatik bakım uygulamaları, en az ise psikolojik destek uygulamaları yaptıkları ve bakım verirken en çok acıma-üzüntü hissettiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir.
6. Wang ve arkadaşlarının (2004) hemşire ve doktorların ileri evre kanser hastalarına yönelik olarak daha çok fiziksel bakım uygulamaları yaptıklarını fakat psikosozal destekte kendilerini yetersiz gördükleri belirlenmiştir.
7. Weitzner ve arkadaşlarının çalışmasında (1999) palyatif tedavi alan kanser hastalarına bakım verenlerinin yaşam kalitesinin, küratif tedavi alan kanser hastalarına bakım verenlerinkinden daha düşük olduğu belirlenmiştir.
8. Çelik ve arkadaşlarının (2010) yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin uygun ölüm sonrası bakımı uyguladıkları, ancak hemşirelerin beden bakımına ailelerini yeterince dâhil etmedikleri ve ailelerine yeterli emosyonel destek sağlamadıkları belirlenmiştir.
9. Sawatzky ve Pesut'un çalışmasında (2005) hemşirelerin görev merkezli çalışmasından dolayı spiritüel bakımın ihmal edildiğini ve bu nedenle holistik bakımın verilemediğini bildirmektedir. Hastaların spiritüel gereksinimlerin ve

kültürel değerlerinin belirlenmesi hemşirelik sürecinin önemli bir bölümünü oluşturur. Palyatif bakım ekibinde hasta ile sürekli beraber olan hemşirelerin spiritüel gereksinimler ve kültür konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olması zorunludur. Hemşireler bakım verdikleri hastayı bu öğeleri de dikkate alarak değerlendirebilmeli ve bu alanlara özgü gereksinimleri doğru saptayabilmeli ve uygun uygulamaları yapabilmelidir.

10. Lange ve arkadaşlarının (2008) hemşirelerin ölmek üzere olan hasta bakımı ve ölüme yönelik tutumlarını araştırdığı çalışmada hemşirelerin yaşlarının, klinik deneyim yıllarının ve terminal dönem hastalarına bakım verme durumları ile pozitif tutum geliştirmeleri arasında bağlantı olduğu saptanmıştır
11. Rivera'nın çalışmasında (2009) da kanser hastalarına bakım verenlerin, kanser hastalığı dışında kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlere göre hastalarının semptomlarının yönetiminde daha fazla zaman harcadıkları ve bu nedenle depresyon ve depresyona bağlı yorgunluk, insomnia (uykusuzluk), aşırı uyuma, konsantrasyon ve karar vermede güçlük gibi sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir
12. Jaykumar ve arkadaşlarının (2012) hemşireler üzerine yaptığı bir çalışmaya göre PBBT toplam puan ortalamasının (7.16 ± 2.69) düşük çıktığı görülmektedir. Bulgular benzerlik gösterip hemşirelerin palyatif bakıma yönelik eğitimlerinin eksikliğinin puanlarının düşüklüğünde temel sebep olarak düşünülmektedir.
13. Sato ve arkadaşlarının (2014) PBBT kullanarak 2378 hemşirelerin palyatif bakım bilgilerini değerlendirdiği, hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%88.0) felsefe alt boyut sorularına doğru cevap verdikleri, hemşirelerin neredeyse yarısının ağrı (%52.0), dispne (%47.0), gastrointestinal sistem problemleri alt boyutuna (%52.0) doğru cevap verirken en az ise psikiyatrik problemler altı boyut sorularına (%33.0) doğru cevap verdiği belirlenmiştir. Yine aynı çalışmaya göre hemşirelerin çok azı (%9.0) palyatif bakım hastası ile çalışmasına karşın hemşirelerin çoğunluğunun (%72.0) palyatif bakıma yönelik 1 saat ve üzeri eğitim aldıkları ve palyatif bakım hastası ile çalışan ve palyatif bakım üzerine eğitim alan hemşirelerin bilgi puanlarının daha yüksek olduğu ve palyatif bakım ünitesi olan hastanelerde ki hemşirelerin toplam bilgi puan ortalamalarının diğer hastanelere oranla daha yüksek olduğu belirlendiği sonucuna varılmıştır.

- 14.** Pfister ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada huzurevinde çalışan 130 hemşirenin palyatif bakıma yönelik bilgi düzeylerine bakılmış, hemşirelerin yarıya yakının (%52.8) palyatif bakım bilgi test puan ortalamalarının düşük olduğu, testten yüksek puan alan hemşirelerin “yaşları, çalışma deneyimleri, eğitim durumları, çalıştıkları birim ve palyatif bakım konusunda bilgi almaları ile bilgi puan ortalamaları” arasında anlamlılık belirlenmiştir($p<0.05$).
- 15.** Iranmanesh ve arkadaşlarının (2013) İran’da hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlı yaptığı çalışma sonucuna göre hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır
- 16.** Raudonis ve arkadaşlarının (2002), Whittaker ve ark. (2006) ve Cramer ve ark.(2003) yaptıkları çalışmalarda Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olması hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirleme, gereksinimler doğrultusunda bakım planı oluşturma, bakımı uygulama, ağrı ve diğer semptomların yönetimi, psikolojik ve spirüel destek, etkin iletişim ve ölüm-yas sürecinde hasta ve ailenin desteklenmesi gibi palyatif bakımda temel hemşirelik yaklaşımlarını yerine getireme ve dolayısı ile etkin hizmet verememeye ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olduğu sonucuna varılmıştır.
- 17.** Oldermenger ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmaya göre optimal düzeyde palyatif bakım hizmetlerinin verilebilmesi yeterli düzeyde bilgi sahibi sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi ile mümkün olacağı, Hemşirelerin bilgi düzeylerinin arttırılması için özelleştirilmiş palyatif bakım ünitelerinin açılması ve bu kliniklerde çalışması için hemşirelerin palyatif bakıma yönelik eğitilmesi, hemşirelik eğitimi ders müfredatlarına ise palyatif bakım kavramının entegre edilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.
- 18.** Fadare ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmaya göre hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgilerinin geliştirilmesinde lisans ve lisans üstü eğitimlerinin önemli olduğu mezuniyet sonrası ise palyatif bakıma yönelik kursların palyatif bakım anlayışına olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.
- 19.** Seven (2015) 350 hemşire üzerine yaptığı çalışma sonucuna göre hemşirelerin palyatif bakım bilgi puanlarının düşük olduğu ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır.
- 20.** Abudari ve arkadaşlarının (2014) 395 hemşire ile Suudi Arabistan’da hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla

yapılan çalışmaya göre hemşirelerin palyatif bakıma yönelik olumlu tutum içerisinde olduğunu fakat bilgi testinden düşük puan aldıklarını(20 üzerinden 9.09) belirlenmiştir. Hemşirelerin sağlık bakım sistemine palyatif bakımın entegrasyonunun palyatif bakıma ilişkin bilgi ve tutumlarını önemli ölçüde etkilediği, palyatif bakımın hemşirelik eğitim sistemine dahil edilmesi gerektiği, hemşirelerin palyatif bakıma yönelik olumlu tutum geliştirmelerinin bilgi ve becerilerinin gelişimini de etkileyeceği sonucuna varılmıştır.

- 21.** Wilson ve arkadaşlarının (2016) İrlanda’da yaşlı bakım hastaları ile çalışan 61 hemşire üzerinde palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumlarını incelediği bir çalışmaya göre katılımcıların palyatif bakıma yönelik bilgi puanları artıka tutumlarının daha olumlu olduğunu ve bilgi puanları ile tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (p=0.007). Aynı zaman da Avrupa Temel Palyatif Bakım Sertifikası olan hemşirelerin bilgi puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak da Avrupa Temel Palyatif Bakım Sertifikası’ nın hemşireler arasında daha yaygın şekilde alınmasının bilgi ve tutumlarına olumlu etki sağlayacağı düşünülmüştür.
- 22.** Hanratty ve arkadaşları tarafından (2006) hekimlerin ve hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin anlayışlarının belirlenmesi amacıyla 7 odak grup görüşmeleriyle yürüttükleri çalışmada da “bir hizmetten daha fazlası”; ölümün yönetimi” “ hekimlerden ziyade hemşirelerin ilgilenmesi gereken bir alan” şeklinde üç ana grupta belirtilmiştir
- 23.** Özveren ve arkadaşları (2015) yaptığı çalışmaya göre ulaşılan 111 üniversitenin sadece 11’inin hemşirelik eğitim müfredatında paltatif bakım dersinin olduğu belirlenmiştir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacı ile kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırmanın yeri olarak Türkiye’ de ilk palyatif bakım merkezinin kurulduğu Ankara Ulus Devlet Hastanesi ve ona yakın yerlerde bulunan palyatif bakım ünitesi bulunan hastaneler seçilmiştir. Araştırmanın Ankara Ulus Hastanesi, Dr.Abdurrahman Yurtbay Ankara Onkoloji Hastanesi, Hacettepe Onkoloji Hastanesi, Kırıkkale Yüksek İktisas Hastanesi, Tokat Devlet Hastanesi ve Yozgat Devlet Hastanesi’nde yapılması planlanmıştır. Ancak izin veren Yozgat Devlet Hastanesi, Tokat Devlet Hastanesi ve Ankara Ulus Devlet Hastaneleri’nde çalışma yapılmıştır (Ek-1).

Yozgat Devlet Hastanesi 1933 yılında kurulmuş olup, 400 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede yaklaşık 314 hemşire çalışmaktadır, yatan hasta kliniklerinde çalışan hemşireler 08-16, 08-20 ve 20-08 olmak üzere üç vardiya şeklinde çalışmaktadır. Yozgat Devlet Hastanesi bünyesinde palyatif bakım ünitesi 2015 yılında açılmış olup toplam 23 yatak kapasitesine sahiptir ve 8 hemşire ile hasta ve ailelerine bakım hizmeti sunmaktadır.

Tokat Devlet Hastanesi 1936 yılında kurulmuş olup, 730 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede yaklaşık 442 hemşire çalışmaktadır, yatan hasta kliniklerinde çalışan hemşireler 08-16 ve 16-08 olmak üzere iki vardiya şeklinde çalışmaktadır. 2015 yılında palyatif bakım ünitesi 10 yatak kapasitesine sahiptir ve 6 hemşire ile hasta ve ailelerine bakım hizmeti sunmaktadır.

Ankara Ulus Devlet Hastanesi 1940 yılında dispanser olarak açılmış ve 1956 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı SSK Ulus Hastanesi’ne dönüştürülmüştür. Yatan hasta olarak sadece yoğun bakım ve palyatif bakım hastalarına hizmet veren hastane 110 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede yaklaşık 102 hemşire çalışmaktadır, yatan hasta kliniklerinde çalışan hemşireler 08-16 ve 16-08 olmak üzere iki vardiya şeklinde çalışmaktadır. Ankara Ulus Devlet Hastanesi 2012 yılında pilot hastane olarak ilk palyatif bakım ünitesini bünyesinde açmıştır. Şuan toplam 2 palyatif bakım

ünitesinde 25 yatak kapasitesi ile 19 palyatif bakım hemşiresi ile hasta ve ailelerine bakım hizmeti sunmaktadır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİVE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini palyatif bakım ünitesi olan hastanelerde çalışan tüm hemşireler oluşturmuştur. Örneklemi ise araştırmayı kabul eden hemşireler oluşturmaktadır. Araştırma, kurum izni alınan hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 502 hemşire ile yapılmıştır. Araştırma yetişkin hastalara bakım veren kliniklerde çalışan hemşirelere yönelik olduğu için pediatri bölümünde çalışan hemşireler (121 hemşire) ve ön uygulamanın yapıldığı 28 hemşire araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırma kapsamına alınan hastanelere göre örnekleme alınan hemşirelerin dağılımı Tablo-3.'de verilmiştir. Örneklem kapsamında yer alan 64 hemşire araştırmaya katılmayı kabul etmediği, 95 hemşire izinli olduğu için araştırma kapsamına 502 hemşire dâhil edilmiştir. Örnekleme alınan hemşirelerin %70.8'i araştırmaya katılmıştır.

Tablo-3.1.Kurumlarda Örneklem Kapsamına Alınan Hemşirelerin Sayısal Dağılımı

HASTANE ADI	Toplam Hemşire sayısı	İzinli /raporlu hemşire sayısı	Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşire sayısı	Araştırmaya katılan hemşire sayısı
A Hastanesi	442	39	22	261
B Hastanesi	314	26	18	193
C Hastanesi	102	30	24	48
TOPLAM	858	95	64	502

3.4.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI/BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmaya katılan hemşirelerin “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı kurum, hizmet yılı, çalıştığı bölüm vb. sosyodemografik özellikleri, palyatif bakım ile ilgili bilgi alma durumu, aldığı bilginin içeriği, alınan bilginin yeterliliği, hizmet içi eğitim alma, yaşam sonu bakıma önem verme, palyatif bakım hastasına bakım verme” gibi sorular araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelere uygulanan Palyatif Bakım Bilgi Testi(PBBT; Palliative Care Knowledge Test;PCKT) puan ortalamaları ise araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmaktadır

3.5.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

3.5.1.Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu literatürden (Alarmi 2012; Ayed 2016; Bag 2012; Frommelt 2003; Hasheesh et al. 2013; Iranmanesh et al. 2010; Nakazawa 2009; Turgay 2010;Uslu 2013) yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Form 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ait 17 soru yer almaktadır. Bu bölüm “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan kurum, çalışılan bölüm, toplam çalışma süresi, şuan da bulunduğu klinikte çalışma süresive çalıştığı konum, palyatif bakıma ilişkin bilgi alma durumu” gibi sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde hemşirelerin palyatif bakıma yönelik tutum ve uygulamalarını içeren sekiz soru yer almaktadır. Tutum ile ilgili olan 25. soru 16 maddeden oluşmaktadır. Bu 16 maddeyi hemşireler“katılıyorum, katılmıyorum ve kararsızım” şeklinde cevaplaması istenmiştir.

Üçüncü bölümde ise hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyini ölçmek için Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT; PalliativeCare Knowledge Test; PCKT) kullanılmıştır. Palyatif Bakım Bilgi Testi Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirmiş olup cronbach alpha değeri 0.81’dir. Ülkemizde bu testin geçerlilik ve güvenilirliği Seven (2015) tarafından yapılmış olup, cronbach alpha değeri 0.91’ dir. Palyatif bakım bilgi testi 5 alt boyuttan ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Bu testin alt boyutları felsefe (2 soru), ağrı (6 soru), dispne (4 soru), psikiyatrik problemler (4 soru) ve gastrointestinal problemler (3 soru)’ dir.Testin değerlendirilmesinde “Doğru cevaba 1 puan”, “Yanlış cevaba” ve “Bilmiyorum cevabına” “0 puan” verilmektedir.

Ölçekte 10 soru ters puanlanmaktadır. Bilgi testinden alınacak toplam puan aralığı “0-20” puan arasındadır. Testten alınan puan arttıkça bilgi puanı artmaktadır (Ek-3)

3.5.2.Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formunun anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla ön uygulama“04 Şubat 2016–11 Şubat 2016” tarihleri arasında 28 hemşireye uygulanmıştır ve bu hemşireler örneklem kapsamına alınmamıştır. Ön uygulama sonucunda soru kâğıdında gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.5.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veri toplama formu araştırma kapsamına alınan hemşirelere “01 Şubat- 01 Haziran 2016” tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı (aydınlatılmış) onam alınmıştır (Ek-4). Aydınlatılmış onam formunu onaylayan hemşireler anket formunu, birbirlerini etkilememesi için araştırmacının da bulunduğu bir ortamda doldurmuştur. Anket formunun doldurulması ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.5.4. Veri Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 21.0(Statistical Package for the Social Sciences) istatistiksel paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin birinci ve ikinci bölümlere verdikleri yanıtların değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Üçüncü bölümde yer alan bilgi soruları “Doğru, Yanlış ve Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanmıştır, Doğru cevaplara “1puan”, yanlış cevaplara ise “0” puan verilerek toplam puanlar alınmış ve değerlendirme “0-20” puan üzerinden yapılmıştır. Ölçekte yer alan 10 soru ters puanlanmıştır. “1, 2, 4, 5, 6, 10, 11, 16, 17 ve 18” nolu sorular ters puanlanan sorulardır. Bu sorulara göre hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi puanları hesaplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizinde sayı ve yüzdeler testleri, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında olup anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir.

3.6.ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın uygulanabilmesi için resmî kurumlardan yazılı izin alınmıştır (Ek-1). Ayrıca Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (Ek-2). Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden araştırma konusunda bilgilendirildikten sonra yazılı onam alınmıştır (Ek-4). Araştırmada kullanılan Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin kullanılabilmesi için Seven' den yazılı izin alınmıştır (Ek-6).

3.7.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışma ilk palyatif bakım kliniğinin açıldığı hastane ve ona yakın olan ve palyatif bakım kliniği bulunan hastanelerde yapılması planlanmış olmasına rağmen tüm kurumlardan izin alınamadığı için kurum izni alınabilen üç hastanede yapılmıştır. Bu nedenle araştırma sonuçları bu kurumlarda çalışan hemşireler ile genellenebilir.

4.BULGULAR

Tablo-4.1.Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n:502)

	n	%	
Cinsiyet			
Kadın	418	83.3	
Erkek	84	16.7	
Medeni Durum			
Evli	290	57.8	
Bekar	212	42.2	
Eğitim Durumu			
Lise	173	34.5	
Önlisans	82	16.3	
Lisans	233	46.4	
Yüksek lisans	14	2.8	
Çalıştığı Kurum			
A Hastanesi	261	52.0	
B Hastanesi	193	38.4	
C Hastanesi	48	9.6	
Hizmet Yılı			
1-5 yıl	273	54.4	
6-10 yıl	103	20.5	
11-15 yıl	50	10.0	
15 ve üstü	76	15.1	
Çalıştığı Klinik			
Palyatif bakım kliniği	28	5.6	
Yoğun bakım kliniği	134	26.6	
Dahiliye kliniği	183	36.5	
Cerrahi kliniği	157	31.3	
Çalıştığı Konum			
Sorumlu hemşire	23	4.6	
Klinik hemşiresi	277	55.2	
Ameliyathane hemşiresi	46	9.2	
Yoğun bakım hemşiresi	128	25.4	
Palyatif bakım hemşiresi	28	5.6	
	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max
Yaş	29.42±6.48	19	47
Hizmet yılı	7.72±6.29	1	26

Tablo-4.1.'de hemşirelerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 29.42 ± 6.48 olup %83.3' ünün kadın, % 57.8'inin evli ve % 46.6'sının lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %52.0'sinin A Hastanesi, %38.4'ünün B Hastanesi ve %9.6' sının C Hastanesi'nde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %54.4'ünün hizmet yılının 1-5 yıl olduğu, ortalama hizmet yıllarının 7.72 ± 6.29 olduğu, %36.5'inin dahiliye kliniğinde çalıştığı ve %55.2'sinin klinik hemşiresi olduğu saptanmıştır.



Tablo-4.2 Hemşirelerin Palyatif Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı (n=502)

Özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Palyatif Bakım ile İlgili Bilgi Alma Durumu(n=502)	245	48.8	257	51.2
Bilgi edinme yolları*(n=245)				
Kitap ve dergi	100	40.8	145	59.2
Hizmet içi eğitim	96	39.1	149	60.9
Temel eğitim	73	29.8	172	70.2
İnternet	41	16.7	204	83.3
Kongre ve seminer	30	12.2	215	87.8
Alınan Bilginin içeriği *(n=245)				
Etik yasal konular	222	90.0	23	10.0
Ağrı yönetimi	218	89.0	27	11.0
İletişim becerisi	166	67.7	79	32.3
Semptom kontrolü	146	59.6	99	40.4
Ölüm haberini verme	136	55.5	109	44.5
Yas süreci ile baş etme	65	26.5	180	73.5
Alınan Bilginin yeterliliği*(n=245)	78	31.8	167	68.2
Bilgi yeterli değilse almak istediği bilginin ne olduğu*(n=167)				
Semptom kontrolü	88	52.7	79	47.3
Palyatif bakımda hasta bakım ilkeleri	80	47.9	87	52.1

*Birden fazla cevap işaretlendiği için 'n' katlanmıştır, yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo-4.2.'de hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili bilgi alma durumları yer almaktadır. Araştırmaya hemşirelerin yarıya yakınının (%48.8) palyatif bakım ile ilgili bilgiye sahip oldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin bilgi edinme yollarına bakıldığında %40.8'inin bilgi kaynağının kitap ve dergiler, %39.1'inin hizmet içi eğitim aldığı ve %12.2'sinin kongre ve seminer'den bilgi edindiği belirlenmiştir.

Hemşireler aldıkları bilginin içeriğini en fazla yasal ve etik konular (%90.0), ağrı yönetimi (%89.0), en az ise yas süreci ile baş etme (%26.5) olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %31.8'i aldığı bilgiyi yeterli bulmadığını ifade etmiş, aldıkları bilgiyi yetersiz bulan hemşirelerin %52.7'sinin semptom kontrolü konusunda ve %47.9' u palyatif bakımda hasta bakım ilkeleri ile ilgili bilgi almak istediğini ifade etmiştir.

Tablo-4.3 Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulama ile İlgili Görüşleri

Özellikler	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yaşam sonu bakıma önem verme durumu (n=502)	243	48.4	259	51.6
Yaşam sonu bakıma verilen önemin hasta bakımını etkileme durumu (n=502)	323	64.3	179	35.7
Palyatif bakım hastasına bakım verme durumu(n=502)	210	41.8	292	58.2
Palyatif bakım verilirken hissedilen duygular*(n=210)				
Keder - üzüntü	131	62.4	79	37.6
Çaresizlik	57	27.1	153	72.9
Huzur	35	16.7	175	83.3
Korku	23	10.9	187	89.1
Anksiyete	15	7.1	195	92.9
Başarısızlık	15	7.1	196	92.9
Suçluluk	10	4.8	200	95.2
Öfke	0	0.0	210	100.0
Bakım verirken sorun yaşama durumu(n=210)	115	54.8	95	45.2
Yaşadığı sorunun ne olduğu*(n=210)				
Psikososyal destek yetersizliği	103	49.0	107	51.0
Manevi destek yetersizliği	100	47.6	110	52.4
Semptom yönetim yetersizliği	94	44.8	116	55.2
İletişim zayıflığı	70	33.3	140	66.7
Ağrı yönetimi yetersizliği	62	29.5	148	70.5
Bakım hedefi konusundaki belirsizlik	40	19.0	170	81.0
Kayıp yas sürecinde bakım yetersizliği	33	15.7	177	84.3
Kültürü anlamama	11	5.2	199	94.8
Bakım verirken sahip olunması gereken bilgi*(n=210)				
Yasal ve etik konularda bilgi sahibi olma	199	94.8	11	5.2
Ağrı yönetimi	187	89.0	23	11.0
Ölüm ve sonrası hasta bakımını bilme	185	88.1	25	11.9
İletişim becerileri	155	73.8	55	26.2
Kültürel farklılıkları bilmesi	111	52.9	99	47.1
Palyatif bakım hastasına yapılan hemşirelik bakım uygulamaları*(n=210)				
Fiziksel bakım	203	96.7	7	3.3
Ağrıya yönelik bakım	203	96.7	7	3.3
Semptomatik bakım	196	93.3	14	6.7
Ölüm ve sonrasına ilişkin bakım	193	91.9	17	8.1
Hasta ve ailesine yönelik bakım	152	72.4	58	27.6
Psikolojik destek	124	59.0	86	41.0
Spirüüel-manevi bakım	103	49.0	107	51.0
Etik yaklaşımlar	100	47.6	110	52.4
Palyatif bakım ekibinde bulunması gereken sağlık personeli*(n=502)				
Hemşire	502	100.0	0	0.0
Hekim	489	97.4	13	2.6
Fizyoterapist	460	91.6	42	8.4
Psikolog	442	88.0	60	12.0
Din görevlisi	336	66.9	166	33.1
Diyetisyen	334	66.5	168	33.5
Eczacı	297	59.2	205	40.8
Sosyal hizmet uzmanı	259	51.6	243	48.4
Gönüllüler	143	28.5	359	71.5

*Birden fazla cevap işaretlendiği için 'n' katlanmıştır, yüzdeler 'n' üzerinden alınmıştır.

Tablo-4.3.'de hemşirelerin palyatif bakımı uygulamaları ile ilgili görüşleri yer almaktadır. Hemşirelerin %52.6'sı yaşam sonu bakıma önem verilmediğini belirtmiştir

Hemşirelerin %41.8'nin palyatif bakım hastasına bakım verdiği, bakım veren hemşirelerin % 62.4'ünün bakım verirken keder ve üzüntü,%27.1'inin çaresizlik hissi yaşadığı ancak hemşirelerin hiç birinin öfke yaşamadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin %54.8'inin hastalarına bakım verirken sorun yaşadığı, en çok yaşanan sorunun psikososyal destek vermede yetersizlik(%49.0) ve manevi destek yetersizlik (%47.6) olduğu saptanmıştır.

Hemşireler palyatif bakım hastası ile çalışırken en fazla yasal ve etik bakım (%94.8), en az ise (%52.9) hastaların kültürünü anlamada sorun yaşadıkları bulunmuştur.

Hemşirelerin bakım uygulaması olarak en çok fiziksel bakım(%96.7) ve ağrıya yönelik bakım uygulamaları(%96.7) yaptıkları, en az ise etik yaklaşımlarda buldukları (47.6) belirlenmiştir.

Hemşirelerin tamamının (%100) palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirelerin olması gerektiği ve %97.4'ünün palyatif bakım ekibi içerisinde hekimlerin olması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo-4.4 Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Tutumlarının Dağılımı (n=502)

Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım	
	n	%	n	%	n	%
1. Palyatif bakım sadece ölmek üzere olan hastalara verilir.	102	20.3	327	65.1	73	14.6
2. Palyatif bakım hastasının gereksinimlerini karşılamaya hazırım.	288	57.4	104	20.7	110	21.9
3. Palyatif bakım yaşam kalitesini artırır.	392	78.0	60	12.0	50	10.0
4. Palyatif bakım hastaya bütüncül yaklaşım gerektirir.	447	88.0	39	7.8	16	3.2
5. Palyatif bakım ekibi içerisinde hemşire aktif olarak yer almalıdır.	444	88.4	40	8.0	18	3.6
6. Palyatif bakım hastası ile çalışmak hemşirelerin duygularını kontrol etmelerini gerektirir.	397	79.1	73	14.5	32	6.4
7. Palyatif bakım sadece ağrı kontrolünü içerir.	57	11.3	392	78.1	53	10.6
8. Palyatif bakımda hemşirelik bakımı sadece hastayı değil ailesini de içermelidir.	260	51.8	147	29.3	95	18.9
9. Palyatif bakım hastasının ailesi için hemşirelik bakımı ölüm sonrasında kayıp ve yas süreci boyunca da devam etmelidir.	311	62.0	110	21.9	81	16.1
10. Palyatif bakım hastasında yaygın görülen semptomları yönetebilirim.	396	78.9	60	11.9	46	9.2
11. Hekim, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım konusu eksiktir.	412	82.1	47	9.4	43	8.5
12. Hekim, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım eğitimi zorunlu ders olmalıdır.	438	87.2	35	7.0	29	5.8
13. Palyatif bakım hizmetleri yasal kanunlar ile desteklenmelidir.	371	73.9	45	9.0	86	17.1
14. Ölmek üzere olan hastaya uzun süre bakım vermek beni hayal kırıklığına uğratar.	147	29.3	190	37.8	165	32.9
15. Palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmakta zorlanıyorum.	198	39.4	153	30.5	151	30.1
16. Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında rahatlıkla konuşabilirim.	190	37.8	121	24.1	191	38.1

Hemşirelerin palyatif bakıma yönelik tutumları Tablo-4.4'de yer almaktadır. Hemşirelerin %65.1'i palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastalara verilen bir bakım olmadığı, %57.4'ü palyatif bakım hastalarının gereksinimlerini karşılayabileceğini, %78.0'ı palyatif bakımın hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırdığını, %88.0'ı palyatif bakım hastaya bütüncül yaklaşım gerektirdiğini ifade etmiştir.

Hemşirelerin %88.4'ünün palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirenin aktif rol alması gerektiğini, %79.1'inin palyatif bakım hastası ile çalışmak için hemşirelerin duygularını kontrol etmesi gerektiğini, %78.1'inin palyatif bakımın sadece ağrı kontrolünü içermediğini, %51.8'inin palyatif bakımın sadece hasta değil ailesini de içermesi gerektiğini ve %62.0'ının palyatif bakımın ölüm sonrası kayıp ve yas sürecinde de aileye bakımın devam etmesi gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir.

Hemşirelerin %78.9'u palyatif bakımda yaygın görülen semptomları yönetebileceğini, %82.1'i doktor, hemşire ve diğer sağlık elemanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım konusunun eksik olduğunu, %87.2'si doktor, hemşire ve diğer sağlık elemanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım eğitiminin zorunlu ders olması gerektiğini, %73.9'unun palyatif bakım hizmetlerinin yasal kanunlar ile desteklenmesi gerektiğini, %37.8'i ölmek üzere olan hastaya bakım vermenin kendisini hayal kırıklığına uğratmayacağını, %39.4'ü palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmaktazorlandığını, %38.1'i ise hasta ve ailesi ile ölüm hakkında rahatlıkla konuşmakta kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo-4.5 Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Testi Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=502)

PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ ALT BOYUTLARI	$\bar{X} \pm SS$	Max	Min
Felsefe	0.93±0.73	2.0	0.0
Ağrı	1.53±1.14	5.0	0.0
Dispne	1.01±1.11	4.0	0.0
Psikiyatrik problemler	1.64±1.38	4.0	0.0
Gastrointestinal sistem problemleri	1.16±1.08	4.0	0.0
Toplam puan ortalaması	6.29±3.38	18.0	0.0

Tablo-4.5’ de Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve toplam puanlarının dağılımları görülmektedir.

Hemşirelerin felsefe alt boyutundan aldıkları puan ortalaması (0.93±0.73), ağrı alt boyutu puan ortalamaları (1.53±1.14), dispne alt boyutu puan ortalamaları (1.01±1.11), psikiyatrik problemler alt boyutu puan ortalaması (1.64±1.38), gastrointestinal sistem problemleri alt boyutu puan ortalamaları (1.16±1.08) olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin palyatif bakım bilgi testi puan ortalaması toplam bilgi puan ortalaması ise (6.29±3.38) olup hemşirelerin aldıkları en yüksek toplam puan “18” ve en düşük puanın “0” olduğu saptanmıştır.

Tablo-4.6 Hemşirelerin Bilgi Testi Alt Boyutlarına Verdikleri Cevapların Dağılımı(n=502)

	PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ ALT BOYUTLARI	DOĞRU		YANLIŞ	
		n	%	n	%
Felsefe	1.Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.	257	51.8	245	48.2
	2.Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.	210	41.8	292	58.2
Ağrı	3.Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.	339	67.5	163	32.5
	4.Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.	88	17.5	414	82.5
	5.Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidalantiinflamatuvar ilaçlar kullanılmamalıdır.	76	15.1	426	84.9
	6.Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin* ya da buprenorfinhidroklorür** opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır	64	12.7	438	87.3
	7.Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.	31	6.2	471	93.8
	8.Opioidlerin kullanımı sağkalım süresini etkilemez.	174	34.7	328	65.3
Dispne	9.Morfin kanser hastalarında dispneyi hafifletmek için kullanılmalıdır.	154	30.7	348	69.3
	10.Opioidler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.	109	21.7	393	78.3
	11.Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.	58	11.6	444	88.4
	12.Antikolinergik ilaçlar veya skopolaminhydrobromür,*** ölmek üzere olan hastaların bronşiyalsekresyonlarının azaltılmasında etkilidir.	191	38.0	311	62.0
PsikiyatrikProblemler	13.Yaşamın son günlerindeki elektrolit dengesizliğiyle ilişkilendirilen uyuşukluk, sersemlik hali hastanın rahatsızlığını, huzursuzluğunu azaltır.	177	35.3	325	64.7
	14.Benzodiyazepinlerdeliryumun kontrol edilmesinde etkilidir.	223	44.4	279	55.6
	15.Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur.	273	54.4	229	45.6
	16.Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.	132	26.3	370	73.7

GastrointestinalProblemler	17.Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.	143	28.5	359	71.5
	18.Periferikintravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.	105	20.9	397	79.1
	19.İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.	110	21.9	392	78.1
	20.Ölmek üzere olan hastalarda, intravenözinfüzyon ağız kuruluğunu azaltmada etkili olmayacaktır.	228	45.4	274	54.6

Tablo-4.6’ de hemşirelerin bilgi testi alt boyutlarına verdikleri doğru-yanlış cevapların dağılımı bulunmaktadır. Hemşireler en fazla oranda doğru cevabı ağrı altı boyutunda ki “Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır” (%67.5) ve psikiyatrik problemler alt boyutunda “Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur” (%4.4) sorularına verirken en az doğru puanı yine ağrı alt boyutunda ki “Opoidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar” (%6.2) ve dispne alt boyutunda ki “Oksijen saturasyon düzeyleri dispne ile ilişkilidir”(%11.6) sorularına verdikleri belirlenmiştir

Tablo-4.7 Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Palyatif Bakım Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=502)

Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max	İstatistiksel Değerlendirme
Cinsiyet					
Kadın	418	6.3±3.4	0	18	Z=17205.5 p=0.772
Erkek	84	6.1±3.1	0	13	
Medeni Durum					
Evli	290	6.4±3.4	0	18	Z=28876.0 p=0.243
Bekar	212	6.1±3.3	0	14	
Eğitim Durumu					
Lise	173	5.4±3.4	0	14	$\chi^2=16.906$ p=0.001
Önlisans	82	6.7±3.6	0	12	
Lisans	233	6.6±3.1	0	18	
Yükseklisans	14	7.5±1.3	6	9	
Çalıştığı Kurum					
A Hastanesi	193	6.1±3.5	0	18	$\chi^2=9.537$ p=0.008
B Hastanesi	261	6.2±3.1	0	18	
C Hastanesi	48	7.6±3.2	1	13	
Hizmet yılı					
1-5 yıl	273	6.5±3.1	0	14	$\chi^2=0.654$ p=0.884
6-10 yıl	103	5.8±3.1	0	11	
11-15 yıl	50	5.3±4.7	0	18	
16 ve üstü	76	6.8±2.9	0	13	
Çalıştığı Bölüm					
Palyatif Bakım Kliniği	28	7.2±3.3	1	13	$\chi^2=13.468$ p=0.004
Yoğun Bakım Kliniği	134	6.9±3.4	0	18	
Dahiliye Kliniği	183	5.9±3.4	0	18	
Cerrahi Kliniği	157	5.9±3.2	0	14	
Çalıştığı Konum					
Sorumlu Hemşire	23	6,7±3,1	0	13	$\chi^2=20.591$ p= 0.000
Klinik Hemşiresi	277	5,7±3,2	0	14	
Ameliyathane Hemşiresi	46	6,7±3,5	0	14	
Yoğun Bakım Hemşiresi	128	7,0±3,3	0	18	
Palyatif Bakım Hemşiresi	28	7,8±3,3	1	18	

Tablo-4.7’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre palyatif bakım bilgi puan ortalamaları dağılımı yer almaktadır. Araştırmada kadın hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının (6.3 ± 3.4) erkeklerin bilgi puan ortalamasından (6.1 ± 3.1) yüksek olduğu, fakat hemşirelerin cinsiyetleri ile bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Hemşirelerin medeni durumları ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin eğitim durumları ile bilgi puanlarının istatistiksel değerlendirmesinde lisans mezunu hemşirelerin (6.6 ± 3.1) ve yüksek lisans mezunu hemşirelerin bilgi puan ortalamaları (7.5 ± 1.3) önlisans (6.7 ± 3.6) ve lise mezunu (5.4 ± 3.4) hemşirelerin bilgi puan ortamlarına oranla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı kurumlara göre en yüksek bilgi puan ortalamasının (7.6 ± 3.5) C Hastanesi’nde çalışan hemşireler almıştır, en düşük bilgi puan ortalamasının ise (6.2 ± 3.1) B Hastanesi’nde çalışan hemşireler almıştır. Hemşirelerin çalıştıkları hastaneler göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelerin toplam çalışma yıllarına göre en yüksek bilgi puan ortalamasının (6.8 ± 2.9) 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelere ait olduğu belirlenmiş ancak hemşirelerin hizmet yılları ile bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümlere göre en yüksek bilgi puan ortalamasının (7.8 ± 3.3) palyatif bakım hemşirelerinin olduğu, en düşük bilgi puan ortalamasının (5.7 ± 3.2) ise klinik hemşirelerine ait olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin hastanede çalıştıkları konumları ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo-4.8 Hemşirelerin Palyatif Bakım İle İlgili Bilgi Alma Durumlarına Göre Bilgi Puan Ortalamaları Dağılımı (n=245)

Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumu	n	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max	İstatiksel Değerlendirme
Evet	245	6.9±3.3	0	18	Z=24838.5 p=0.000
Hayır	257	5.7±3.2	0	14	
Palyatif bakım ile ilgili aldığı bilgiyi yeterli bulma durumu					
Evet	78	6.6±3.2	0	13	$\chi^2=2.409$ $p=0.300$
Hayır	167	7.0±3.5	0	18	
Çalıştığı kurumda düzenli hizmet içi eğitim olma durumu					
Evet	46	6.3±3.7	0	13	Z=10218.5 p=0.773
Hayır	456	6.2±3.3	0	18	
Hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakıma önem verilme durumu					
Evet	243	6.01±3.05	0	13	Z=28883.5 p =0.110
Hayır	259	6.5±3.6	0	18	
Hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakıma önem verilmesinin hasta bakımını etkileme durumu					
Evet	323	5.9±3.1	0	13	Z=24808.5 p =0.008
Hayır	179	6.8±3.3	0	18	
Palyatif bakım hastasına bakım verme durumu					
Evet	210	6.9±3.6	0	18	Z=244555.5 p = 0.000
Hayır	292	5.7±3.3	0	18	
Palyatif bakım hastasına bakım verirken sorun yaşama durumu					
Evet	115	7.1±4.0	0	18	Z=18439.0 p =0.053
Hayır	387	6.0±3.1	0	18	

Tablo-4.8’da hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili bilgi alma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları dağılımları yer almaktadır. Palyatif bakım konusunda bilgi alan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının(6.9±3.3) bilgi almayan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarından(5.7±3.2) yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili aldıkları eğitimi yeterli bulma durumlarına göre en yüksek bilgi puan ortalaması (6.2±3.4) aldığı eğitimi yetersiz bulan hemşirelere aittir. Hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili aldığı eğitimi yeterli bulma durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Hemşirelerin çalıştığı kurumda palyatif bakıma yönelik düzenli hizmet içi eğitim olma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Hemşirelerin eğitiminde yaşam sonu bakıma önem verilme durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkı belirlenmemiştir($p>0.05$).

Palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirelerin bilgi puan ortalamasının (6.9±3.6), palyatif bakım konusunda bilgi almayanların bilgi puan ortalamasından(5.7±3.2) yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Palyatif bakım hastasına bakım verirken sorun yaşama durumuna göre bilgi puan ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Tüm dünyada hızla gelişen palyatif bakımın amacı semptom yönetimini sağlamak, ağrıyı azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Etkin bir palyatif bakım hizmeti sunmada ancak alanında bilgili deneyimli ve donanımlı sağlık profesyonellerinin olması oldukça önemlidir. Hemşirelerin hasta ve ailesinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve manevi gereksinimlerini karşılamada palyatif bakıma ilişkin bilgi, beceri ve deneyimleri önemlidir (Egan 2002; Skar 2010).

Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, hemşirelerin yarıya yakınının (%48.8) palyatif bakım konusunda bilgi sahibi oldukları, bilgi edinme kaynağı olarak ise en fazla (%40.8) kitap ve dergiden, daha düşük oranda ise (%29.9) temel eğitim olarak ifade etmişlerdir (Tablo-4.2). Uslu' nun (2013) yaptığı çalışmada da ebe ve hemşirelerin yarıya yakınının (%47.7) palyatif bakıma yönelik bilgi sahibi olduğu, en fazla bilgi edinme kaynaklarının (%71.0) hizmet içi eğitim olduğu, daha düşük oranda (%29.0) üniversite eğitimi olduğu belirlenmiştir. Uslu' nun çalışma sonuçları bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Palyatif bakım kavramı genel olarak sağlık hizmetleri profesyonellerinin eğitim sürecinde ele alınan primer konular arasında yer almamaktadır (Barclay et al.2003; Carron et al. 2007). Özveren ve ark. (2015) yaptığı çalışmaya göre 111 üniversitesinin sadece 11'nin hemşirelik eğitim müfredatında palyatif bakım dersi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun (%40.8) temel eğitim dışında diğer kaynaklardan palyatif bakıma yönelik bilgi edinmeleri ve sadece %29.8'inin bilgiyi temel eğitim sırasında aldıklarını ifade etmeleri bunun bir sonucu olarak düşünülebilir (Tablo-4.2; Tablo-4.5) .

Çalışmamız da hemşirelerin %41.8'inin palyatif bakım hastasına bakım verdiği, bakım veren hemşirelerin çoğunluğunun (%62.4) bakım verirken keder ve üzüntü yaşadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım hastasına yaptığı uygulamalara bakıldığında en çok fiziksel bakım(%96.7) ve en az ise (%47.6) etik yaklaşımda buldukları belirlenmiştir (Tablo-4.3). Benzer şekilde Alshaikh ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışma da hemşirelerin yarıdan fazlasının palyatif bakım kavramını bildiği, günlük hasta bakım hizmetlerinde palyatif bakım hastalarına bakım hizmeti verdikleri, en fazla fiziksel ve semptomatik bakım uygulamaları, en az ise psikolojik destek uygulamaları yaptıkları ve bakım verirken en çok acıma-üzüntü

hissettiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Hem bizim çalışmamızda hem de literatürde (Alshaikh et al. 2013; Çelik 2010; Sawatzky and Pesut, 2005; Wong et al 2004) hemşirelerin ağırlıklı olarak fiziksel bakım uygulamaları daha az psikolojik destek vermelerinin nedenleri palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları ve hemşirelerin iş yüklerinin fazlalığı nedeniyle olabileceğini düşündürmektedir.

Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun (%89.0) “palyatif bakım bütüncül yaklaşım gerektirir” düşüncesine katıldığını ifade etmelerine karşın daha çok fiziksel bakım ve ağrıya yönelik bakım vermeleri ve psikososyal destek vermede sorun yaşadıklarını ifade etmeleri şaşırtıcı bir bulgudur (Tablo-4.3; Tablo-4.4). Bu bulguda bize hemşirelerin verdikleri hizmet ile vermeyi düşündükleri hizmet arasında uyumsuzluk olduğunu ve hemşirelerin bu konuda çelişki yaşadıkları sonucunu düşündürür. Benzer bir çalışmada Wong ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında hemşire ve hekimlerin ileri evre kanser hastalarına yönelik olarak daha çok fiziksel bakım uygulamaları yaptıklarını fakat psikososyal destekte kendilerini yetersiz gördükleri belirlenmiştir. Sawatzky ve Pesut’un çalışmasında (2005) hemşirelerin görev merkezli çalışmasından dolayı manevi bakımın ihmal edildiğini ve bu nedenle bütüncül bakımın verilemediğini bildirmektedir. Hastaların manevi gereksinimlerin ve kültürel değerlerinin belirlenmesi hemşirelik sürecinin önemli bir bölümünü oluşturur. Palyatif bakım ekibinde hasta ile sürekli beraber olan hemşirelerin manevi gereksinimler ve kültür konusundaki bilgi, beceri ve yaklaşımlarının profesyonel düzeyde olması önemlidir. Bulgularımıza göre iyi bir palyatif bakım hizmeti içerisinde psikososyal desteğin önemli olduğu görülmektedir (Tablo-4.3; Tablo-4.4).

Çalışmada hemşirelerin tamamının (%100) palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirelerin bulunması gerektiğini ifade etmeleri sevindirici bir bulgudur (Tablo-4.3), benzer bir çalışma da Uslu (2013) hemşirelerin tamamına yakınının (%97.8) palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirelerin olması gerektiğini ifade ettiği belirlenmiştir. Araştırmada ki bu bulgu oldukça olumlu olup, hemşirelerin kendilerini palyatif bakım ekibinin bir üyesi olarak görmeleri açısından önemli olduğu, hemşireler arasında palyatif bakım farkındalığının arttığını ve ekip içerisinde ki rolünün önemini kavramaya başladıklarını düşündürmektedir.

Çalışma da hemşirelerin çoğunluğunun (%65.1) palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastaya verilmediğini, palyatif bakımda hemşirelik bakımının sadece hastayı değil ailesini de içermesi gerektiğini (%51.8), palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmakta zorlandığını (%39.4) ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo-4.4). Kassa ve arkadaşlarının (2014) yaptığı benzer bir çalışma da hemşirelerin çoğunluğu (%37.5) palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastaya verilmediğini, palyatif bakımda hemşirelik bakımının sadece hastayı değil ailesini de içermesi gerektiğini (%51.8) ve palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmakta zorlanmadığını (%29.9) ifade ettiği belirlenmiştir. Literatür (Kassa et al 2014; Türk ve Alp 2001; Wafaa and Ayoud 2010) incelendiğinde hemşirelerin genel olarak palyatif bakım hastasına pozitif tutum sergilemelerinin önemli olduğu, olumlu tutumu etkileyen en büyük faktörün ise eğitim olduğu ve palyatif bakıma yönelik eğitim düzeyi arttıkça olumlu tutumunda da artacağı belirtilmektedir (Wafaa ve Ayoud 2010). Hemşireler genel olarak fiziksel bakım yapmakta fakat palyatif bakım hasta ve ailesi ile ölüm ile ilgili konuşmakta iletişim zorluğu yaşamaktadır. Literatüre bakıldığında ölüm korkulan, istenmedik fakat kaçınılmaz bir olgudur, hemşirelerin ölüme ilişkin kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olması, ölümler ilgili tutumlarını etkileyeceği düşünülmektedir (Ay ve Gençtürk 2013; Barclay et al. 2003; Irish et al. 1993; Türk ve Alp 2001).

Çalışmamızda hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) bilgi puan ortalaması 20 puan üzerinden “6.29±3.38” olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamına giren hemşirelerin hiç birinin tam puan almadığı ve alınan en düşük puanın “ 0” en yüksek puanın ise “18” olduğu saptanmıştır. Palyatif bakım bilgi testi alt boyutlarına bakıldığında, hemşirelerin en düşük puan ortalamalarına bakıldığında felsefe alt boyutundan(0.93±0.73), en yüksek puanı ortalamasını ise psikiyatrik problemler alt boyutundan aldıkları (1.64±1.38) görülmektedir. Bu bulgu erişkin hasta ile çalışan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi puan ortalamalarının oldukça düşük olduğunu ve bilgi düzeylerinin istenilen seviyede olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde Jaykumar ve arkadaşlarının (2012) hemşirelerle yaptığı bir çalışma da palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Yine benzer şekilde Iranmanesh ve arkadaşlarının (2013) İran’da hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlı yaptığı çalışma sonucuna göre hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu bulgular bize hemşirelerin bilgi

puan ortalamalarının düşük olmasının nedeninin palyatif bakım konusundayeterince hizmet içi eğitim almamaları ve temel eğitimlerinde ki müfredat eksikliğindendolayı olabileceğini düşündürmektedir (Tablo-4.5; Tablo-4.2).

Bu çalışmada hemşirelerin palyatif bakım alt boyutları ilişkin bilgi puanı düşük çıkmasına rağmen literatürde bilgi düzeyine ilişkin farklı sonuçlar da yer almaktadır (Sato et al. 2014; Pope 2013). Örneğin; Sato ve arkadaşlarının (2014) hemşirelerin palyatif bakım bilgilerini değerlendirdiği çalışmasında hemşirelerin büyük çoğunluğunun(%88.0) felsefe alt boyut sorularına doğru cevap verirken en az ise psikiyatrik problemler alt boyut sorularına (%33.0) doğru cevap verdiği belirlenmiştir. Japonya’ da yapılan bu çalışmada hemşirelerin bilgi puanlarının yüksek olması gelişmiş palyatif bakım hizmetlerinin sunulması ve sağlık hizmetleri eğitim sistemine palyatif bakım kavramının büyük oranla entegre edilmiş olmasından kaynaklanabilir.

Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olması klinikte hasta ve ailesine palyatif bakım verirken temel hemşirelik yaklaşımlarını yerine getirememesinebağlı bireyin yaşam kalitesinin düşmesine neden olur (Corner et al. 2003; Saxena et al. 1997;Shipman et al. 2008). Optimal düzeyde palyatif bakım hizmetlerinin verilebilmesi için yeterli düzeyde bilgi sahibi sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi, özelleşmiş palyatif bakım kliniklerin açılması ve bu kliniklerde ki hemşirelerin palyatif bakıma yönelik eğitilmesi ile mümkün olabilir (Stensward et al.2007; Wilson et al. 2016).

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre bilgi puan ortalamalarının dağılımlarına bakıldığında; hemşirelerin eğitim düzeyleri ile bilgi puanlarının istatistiksel değerlendirmesine göre en yüksek bilgi puan ortalamasının (7.5±1.3) yüksek lisans mezunu hemşirelere ait olduğu ve hemşirelerin eğitim durumları ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır (Tablo-4.7). Benzer bir çalışma da Kassa ve arkadaşları (2014) hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça palyatif bakıma yönelik bilgi düzeylerinin de yükseldiği sonucuna varmıştır. Hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgilerinin geliştirilmesinde lisans ve lisans üstü eğitimlerinin önemli olduğu mezuniyet sonrası ise palyatif bakıma yönelik kursların palyatif bakım anlayışına olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir (Fadar et al. 2014).

Çalışmamızda hemşirelerin en yüksek bilgi puan ortalamasının 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerdeolmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo-4.7). Bu sonuç hizmet yılının hemşirelerin bilgi puanlarını etkilemediğini göstermektedir. Fakat yapılan bazı çalışmalarda hizmet yılının hemşirelerin palyatif bakım bilgisini etkileyen bir faktör olduğu belirtilmektedir (Khader et al. 2010; Pfister et al. 2013; Sato et al 2014). Pfister ve arkadaşlarının(2013) yaptığı çalışmasında hizmet yılının palyatif bakım bilgisini etkilediği ve çalışma yılı arttıkça bilgi puanlarının arttığı bulunmuştur.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniklere bakıldığında palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin bilgi puanlarının diğer klinikte çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin çalıştıkları hastaneye göre bilgi puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek puanın C hastanesi'nde çalışan hemşirelere ait olduğu görülmektedir(Tablo-4.7).Gerek palyatif bakım kliniğinde çalışan gerekse C hastanesinde çalışan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi puanlarının yüksek olmasının nedeni, C hastanesinde yoğun bakım ve palyatif bakım kliniklerinin fazla olması bu nedenle hemşirelerin palyatif hasta bakımı konusunda deneyim ve uygulamalarını geliştirmiş olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Sato ve arkadaşlarının (2014) yaptığı benzer bir çalışmada ise hemşirelerin çok azının (%9.0) palyatif bakım hastası ile çalışmasına karşın, hemşirelerin çoğunluğunun (%72.0) palyatif bakıma yönelik 1 saat ve üzeri eğitim aldıkları, palyatif bakım hastası ile çalışan hemşirelerin ve palyatif bakım üzerine eğitim alan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının diğer hastaneleregöre daha yüksek olduğu ve palyatif bakım ünitesi olan hastanelerde ki hemşirelerin toplam bilgi puan ortalamalarının diğer hastanelere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada palyatif bakıma ilişkin bilgi alan hemşirelerin, bilgi almayan hemşirelere göre bilgi puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4-8). Çalışmalar incelendiğinde (Adriannsen, Achterberg ve Borm 2005; Sato et al 2014), hemşirelerin palyatif bakım konusunda bilgi almaları ve palyatif bakım hastalarına bakım vermelerinin palyatif bakım konusunda daha bilgili olmalarını sağladığı sonucuna varılabilir.

Araştırmadan elde edilen bulgular genel olarak değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgilerinin düşük düzeyde (6.29 ± 3.38) olduğu ve hemşirelerin eğitim durumu, çalıştığı klinik, çalıştığı konum gibi bazı tanıtıcı özelliklerin bilgi düzeylerini etkilediği belirlenmiştir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgilerini belirlemek amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmada hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgilerinin düşük olduğu ve istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Araştırma ile ilgili diğer bulgular aşağıda yer almaktadır;

1.Araştırma katılan hemşirelerin yaş ortalamaları 29.42 ± 6.48 olup, %83.3' ünün kadın, %57.8'inin evli ve % 46.6'sının lisans mezunu, %52,0'ının A Hastanesi, %38,4'ünün B Hastanesi ve %9.6' sının C Hastanesi'nde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %54.4'ünün hizmet yılının 1-5 yıl olduğu, %36.5'inin dahiliye kliniğinde çalıştığı, %55.2'sinin klinik hemşiresi olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin hizmet yılı ortalamaları 7.72 ± 6.29 'dur (Tablo-4.1).

2.Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yarıya yakınının (%48.8) palyatif bakım ile ilgili bilgiye sahip oldukları, bilgi sahibi olan hemşirelerin %40.8'inin bilgi kaynağının kitap ve dergiler, %39.1'inin hizmet içi eğitim olduğu belirlenmiştir. Hemşireler aldıkları bilginin içeriğinin en fazla yasal ve etik konular (%90.0), ağrı yönetimi (%89.0) ve en az ise yas süreci ile baş etme (%26.5) olduğu bulunmuştur(Tablo-4.2).

3.Çalışmada hemşirelerin %90.8'inin çalıştığı hastanede palyatif bakıma yönelik düzenli hizmet içi eğitim olmadığını, %52.6'sının çalıştığı yaşam sonu bakıma önem verilmediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %41.8'inin palyatif bakım hastasına bakım verdiği, bakım veren hemşirelerin % 62.4'ünün bakım verirken keder ve üzüntü yaşadığı,%27.1'inin çaresizlik hissi yaşadığı ancak hiçbir hemşirenin öfke yaşamadığı saptanmıştır. Hemşirelerin %54.8'inin bakım verirken sorun yaşadığı, sorun yaşayanların yaşadıkları sorunları psikososyal destek vermede yetersizlik(%49.0) ve manevi destek yetersizliği(%47.6) olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo-4.3).

4.Hemşireler bakım verirken sahip olunması gereken bilgiyi yasal ve etik konularda bilgi sahibi olma(%94.8) ve ağrı yönetiminde bilgi sahibi olma (%89.0) şeklinde ifade etmiştir. Hemşirelerin bakım uygulaması olarak en çok fiziksel bakım(%96.7) ve ağrıya

yönelik bakım uygulamaları(%96.7) yaptıklarını en az ise etik yaklaşımlarda bulduklarını (%47.6) ifade ettikleri saptanmıştır(Tablo-4.3).

5.Hemşirelerin %65.1'i palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastalara verilmediğini, %57.4'ü palyatif bakım hastalarının gereksinimlerini karşılayabileceğini, %78.0'ı palyatif bakımın yaşam kalitesini arttırdığını, %89.0'ı palyatif bakımın hastaya bütüncül yaklaşım gerektirdiğini ifade ettiği belirlenmiştir(Tablo-4.4).

6.Hemşirelerin %88.4'ünün palyatif bakım ekibi içerisinde hemşirenin aktif rol alması gerektiğini, %79.1'inin palyatif bakım hastası ile çalışmak için hemşirelerin duygularını kontrol etmesi gerektiğini, %51.8'inin palyatif bakımın sadece hasta değil ailesini de içermesi gerektiğini ifade ettiği bulunmuştur (Tablo-4.4).

7.Hemşirelerin %87.2'si hekim, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde Palyatif Bakım'ın zorunlu bir ders olması gerektiğini, %39.4'ü palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmakta zorlandığını, %38.1'i ise hasta ve ailesi ile ölüm hakkında rahatlıkla konuşmakta kararsız olduğunu ifade etmiştir (Tablo-4.4).

8.Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin felsefe alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 0.93 ± 0.73 , ağrı alt boyutu puan ortalamaları 1.53 ± 1.14 , dispne alt boyutu puan ortalamaları 1.01 ± 1.11 , psikiyatrik problemler alt boyutu puan ortalaması 1.64 ± 1.38 , gastrointestinal sistem problemleri alt boyutu puan ortalamaları 1.16 ± 1.08 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin toplam bilgi puan ortalaması ise 6.29 ± 3.38 olup hemşirelerin aldıkları en yüksek toplam puanın "18" ve en düşük puanın "0" olduğu saptanmıştır (Tablo-4.5).

9.Araştırmada hemşirelerin bilgi testi alt boyutlarına verdikleri doğru-yanlış cevapların dağılımı incelendiğinde; en fazla oranda doğru cevabı ağrı alt boyutunda ki "Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri olan iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır" (%67.6) ve psikiyatrik problemler alt boyutunda "Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur"(%4.4) sorularına verirken en az doğru puanı ise yine ağrı alt boyutunda ki "Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla

bağımlılığa yol açar” (%6.2) ve dispne alt boyutunda ki “Oksijen saturasyon düzeyleri dispne ile ilişkilidir”(%11.6) sorularına verdikleri belirlenmiştir (Tablo-4.6).

10.Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştığı kurum, cinsiyet, medeni durum, hizmet yılı ile ilgili bilgi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo-4.7).

11.Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu, çalıştığı klinik, çalıştığı klinikteki konumu, palyatif bakım hastasına bakım verme durumu ve palyatif bakıma ilişkin bilgi alma durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasında farkın anlamlı olduğu saptanmıştır(Tablo-4.7; Tablo-4.8)

6.2 ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- 1.**Palyatif bakım dersinin hemşirelik müfredat programlarına seçmeli ders olarak eklenmesi,
- 2.**Palyatif bakım veren kliniklerde çalışan hemşire ve diğer sağlık personellerine yönelik tüm palyatif bakım konularında (semptom kontrolü, kötü haber verme, iletişim becerileri, palyatif bakımda etik ve yasal konular, ağrı yönetimi, yas süreci ile baş etme gibi) hizmet içi eğitim programları oluşturulması,
- 3.** Hemşirelere, palyatif bakımda hasta ve ailesinde görülebilen fiziksel ve psikolojik semptomların bütüncül olarak değerlendirilmesi ve bu semptomların kontrolünde yapılacak hemşirelik girişimlerine yol gösterecek kitapçık/broşürlerin geliştirilmesi,
- 4.**Sağlık Bakanlığı ve Onkoloji Hemşireliği Derneği gibi ilgili kuruluşlar ile işbirliği yapılarak sertifika programları düzenlenmesi ve sivil toplum kuruluşlarının desteği ile hasta ve ailelerin palyatif bakım konusunda bilinçlendirilmesi,
- 5.**Bu çalışmanın daha geniş popülasyonda özellikle palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşireler üzerinde tekrarlanması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

1. Abudari, G. Zahreddine, H. Hazeim, H.Assi, MA. Emara, S.(2014).Knowledge Of And Attitudes Towards Palliative Care Among Multinational Nurses inSaudi Arabia, 20(9):435-441.
2. Abu-Saad Huijer, H. Dimassi, H. Abboud, S.(2009).Perspectives on Palliative Care İn Lebanon: Knowledge, Attitudes, And Practices of Medical and Nursing Specialties. Palliative Support Care, 7:339–347.
3. Adriaansen, M. J.M. Van Achterberg, T. Borm, G. (2005).Effects of A Post Qualification Course in Palliative Care. Journal of Advanced Nursing, 49(1):96-103.
4. Ahmedzai, S.H. Costa, A. Blengidi, C. (2004).A New İnternational Framework For Palliative Care. European Journey of Cancer, 40:2192-2200.
5. Akgül, H. (2007).Türkiye’de Kanser Hastaları İçin Palyatif Bakım. erişim tarihi 14 mayıs 2016, www.medimagazin.com.tr/mm-turkiyede-kanserhastalari-icinpalyatif-bakim-ky-50983.html.
6. Akyol, A. (2013). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastada Palyatif Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(1):31-41.
7. Algier, L. (2005).Çocuklarda Palyatif Bakım.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 58:132-135.
8. Alarmi, S. (2012).Knowledge of the Residents at King Abdul-Aziz University Hospital (KAAUH) About Palliative Care. Journal of Family and Community Medicine, 19(3):194-197.
9. Alshaikhi, Z. Alkhodari, M. Taina Sormunen, T. Pernilla Hillerås, P. (2015). Nurses’ Knowledge About Palliative Care in An Intensive Care Unitin Saudi Arabia. Middle East Journal of Nursing, 9(1):7-13.
10. Arıkan, D.G. (2016). PalyatifBakım Tanımı ve Felsefesi. (İstanbul) Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 8(3):1-6.
11. American Society of Clinical Ocology, ASCO,erişim 06.06.2016,www.asco.org.
12. Ayed, A. (2015).Nurses' Knowledge And Attitudes Towards the Palliative Care Journal of Education and Practice, 6(4):91-94.

13. Ay, F. ve Gençtürk, N. (2013). Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem ve Palyatif Bakım ile İlgili Görüşleri: Odak Grup Çalışması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3):164-171.
14. Aydoğan, F. Uygun, K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24:4-9.
15. Azami Aghdash, S. Hossein Jabbari, H. Fariba Bakhshian, F. (2015). Attitudes and Knowledge of Iranian Nurses about Hospice Care. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2):209-213.
16. Bag, B. (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(3):142-149.
17. Bailey, B. Aranda, S. Quinn, K. Kean, H. (2000). Creutzfeldt-Jakob disease: Extending Palliative Care Nursing Knowledge. *Journey of Palliative Nursing*, 6:131-9.
18. Barclay, S. Thiemann, P. Benson, J. Brimicombe, J. Wood, D. (2003). Death Anxiety among Medical Students: Prevalence and Implications- a multicentre study, 6:88-91.
19. Beckstrand, R.L. Kirchhoff, K.T. (2005). Providing End-Of-Life Care to Patients: Critical Care Nurses' Perceived Obstacles And Supportive Behaviors, 14(5):395-403.
20. Beyhan, B. (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(3):142-9.
21. Bingly, A. Clark, D. (2009). Comparative Review Of Palliative Care Development In Six Countries Represented by the Middle East cancer Consortium. *Journal of Pain And Symptom Management*, 37(3):287-296.
22. Buckman, R. (1992). How to break bad news: A Guide For Healthcare Professionals. Toronto: University of Toronto Press, 39:112-114.
23. Chochinov, H.M. (2006). Dignity and New Horizons in Palliative End-of Live Care. *CA Cancer Journey for Clinicians*, 56:84-103.
24. Ciccarello, G. (2003). Strategies to Improve End-of-life Care in the Intensive Care Unit. *Dimensions Crit. Care Nursing*, 22(5):216-222.
25. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines for Quality

- Palliative Care, Second Edition, United States of America, 2009, erişim 27 nisan 2016, www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf.
26. Corner, J. (2003). Nursing Management in Palliative Care. *European Journal of Oncology Nursing*, 7:83-90.
 27. Connor, S. Pyenson, B. Fitch, K. Spence, C. (2007). Comparing Hospice And Nonhospice Patient Survival Among Patients Who Die Within a 3-year window. *Journey of Pain & Symptom Menegement*, 33(3):238–246.
 28. Çakır, L. Enginyurt, Ö. (2016) Palyatif Bakım Bası Yarası. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3):19-25.
 29. Dal, J. Jackson, D. (1999). On The Use of Nursing Theory in Nurse Education, *Nursing Practice, Nursing Researchin Australia. Nursing Science*, 12:342–345.
 30. Dingu, H. (2011). Palliative care: What Approaches are Suitable in Developing Countries, *Journey of Haematol*, 3:36-38.
 31. Egan, K.A. (2002). Abbott P. Interdisciplinary Team Training- Preparing New Employees for The Specialty Of Hospice And Palliative Care. *Journey of Hospis Palliative Nursing*, 4:161–71.
 32. Elçigil, A. (2006.) *Pediatric Palyatif Bakım ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4):75-81.
 33. Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4):329-334.
 34. Erbaycu, A. (2013). Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. ‘İzmir’ Guncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 1(3):138-141.
 35. Erel, S. (2008). Palyatif Bakım, II. Ulusal Tıbbi Onkoloji Kongresi Hemşirelik Programı Sunumu, Antalya, 22. Ulusal Kanser Kongresi.
 36. Eyigör, S. (2012). Fifth-Year Medical Students’ Knowledge of Palliative Care and Their Views on the Subject. *Journal of Palliative Medicine*, 16(8) :441-446.
 37. Fadiloğlu, Ç. (2006). Kanser Bakımında Aile, Kanserde Evde Bakım. Editör; Fadiloğlu, Ç. ve Şenuzun, F. Ege Üniversitesi Kanserle Savaş Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını, Kongre Basım Evi, İzmir, 6:90-103.
 38. Fader, A.N. Eskander, R.N. Osann, K. Dickson, E. Holman, L.L. Raun Hain J.A. (2014). Assessment of Palliative Care Training in Gynecologic Oncology: a Gynecologic Oncology Fellow Research Network Study. *Journey of*, 2:379-84.

39. Ferrel, B.R. McGuire, D.B. Donovan, M.I. (2010). Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *Journey of Professional Nursing*, 9:79–88.
40. Ferris, F.D. Balfour, M.H. Bowen, K. et al. (2002). A Model to Guide Hospice Palliative Care, *Canadian Hospice Palliative Care Association*, 6:17-25.
41. Fidaner, C. (2004). Sağlıklı Yaşam Kalitesi Kavramı. Birinci Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, İstanbul, 1-3.
42. Field, D. Wee, B. (2002). Preparation for Palliative Care: Teaching About Death, Dying And Bereavement in UK Medical Schools 2000-2001. *Medical Education*, 36(2):561- 7.
43. Frommelt, KH. (2003). Attitudes toward care of the Terminally ill: An Educational intervention. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20(1):13-22.
44. Gavrin, J. (2009). Expert knowledge in palliative care on the World Wide Web: palliativedrugs.org. *Journey of Pain Palliative Care Pharmacother*, 23:374–9.
45. Gomez-Batiste, X. Paz, S. Porta-Sales, J. et al.(2009). Defination and Concepts on the Organization of Public Health Palliative Care Programmes and Services. *The World Health Organization Collaborating Centre for Public Health Palliative Care Programmes*, 113-116.
46. Gökçınar, D. Kahveci, K. (2014) . Palyatif bakım. Türkiye: Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 2:16-19
47. Gültekin, M. Özgül, N. Tuncer, M. (2010). Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. ‘Ankara’ Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 1:1-6.
48. Hasheesh, M.AboZeid, S. (2013). Nurses' characteristics and their Attitudes toward Death and Caring for Dying Patients in a Public Hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4):384-394.
49. Hui, D. Mori, M. Cruz, M.D. Kwon, H.J. Dev, R. Kang, D.H. et al. (2013). Concepts and definitions for “supportive care,” “best supportive care,” “palliative care,” and “hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer*, 21;(3): 659–685.
50. Hoch,J.S.(2009). ImprovingEfficiency And Value in Palliative Care with Net Benefit Regression: An İntroduction to A Simple Method For Cost-Effectiveness

- Analysis With Person-Level Data. *Journey of Pain Symptom Manage*,38(1):54-61.
51. İnci, F. Öz, F (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry, 4(2):178-18.
 52. Iranmanesh, S.Abbaszadeh, A. (2008).Student Nurses' Attitudestowards Death And Dying in South-East Iran.*International Journal of Palliative Nursing*, 14(5):214-219.
 53. Iranmanesh, S. Axelsson, K. Haggstrom, K. Savenstedt S.(2010). Caring For Dying People: Attitudes Among Iranian and Swedish Nursing Students. *Journal of Palliative Care*, 16(3):147-153.
 54. Irish,D.P. Lundquist, V.J. Nelsen, V.J.(1993). Ethnic Variations in Dying, Death, And Grief: Diversity İn Universality. Washington DC: Taylor and Francis,2:14-22.
 55. Kabalak, A. Öztürk, H. Çağlı, H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu;Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2):56-70.
 56. Kassa, H. Rajalakshmi Murugan, R. Fissiha, Z. Hailu, M.(2014). Assessment of Knowledge, Attitude and Practice and Associated Factors Towards Palliative Care Among Nurses Working İn Selected Hospitals, Addis Ababa, Ethiopia.*BMC Palliative Care*, 6-13.
 57. Khader, K. Jarrah, S. Alasad, J. (2010). Influences of Nurses' Characteristics And Education On Their Attitudes Towards Death And Dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1):1-9.
 58. Kömürcü, Ş.(2010). Türkiye de Palyatif Bakım, içinde *Türkiyede Kanser Kontrolü*, editör; Tuncer, 2:24-22.
 59. Lange,M. Thom, B. (2008). Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6):1888-1896.
 60. Lewis, J.M. Di Giacomo, M. Currow D.C.And Davidson, P.M.(2014).Social Capital in A Lower Socioeconomic Palliative Care Population: A Qualitative Investigation of İndividual, Community And Civic Networks And Relations. *BMC Palliative Care*,13-16.

61. Lorenz, K.A. Lynn, J. Dy S.M. Shugarman, L.R. Wilkinson, A. Mularski, et al. (2008). Evidence for Improving Palliative Care At the End of Life: A Systematic review. *Journey of Internal Medical*, 148(2):147-59.
62. Lugton, J. Intyre, R. (2005). Palliative Care the Nursing Role. *International Journal of Humanities and Social Science*, 173-175.
63. Lutz, S.T. Chow, E.L. Hartsell, W.F. Konski, A.A. (2007). A Review of Hypofractionated Palliative Radiotherapy, 109(8):1462-70.
64. Lutz, S.T. (2011). The History of Hospice and Palliative Care Cure Problem *Canser*, 35:304-309.
65. Malak, A.T. Dramalı, A. (2004). Terminal Dönem Hasta Bakımı. *Ulusal Cerrahi Kongresi-Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kitabı (İzmir)Ege Üniversitesi Basınevi*, 271-274.
66. Mahon, M.M. McAuley, W.J. (2010). Oncology Nurses' Personal Understandings About Palliative Care. *Oncology Nursing Forum*, 37(3):141-145
67. Mallory, S. (2003). Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*, 26(10): 1683-1687.
68. Mayer, D.D. Winters, C.A. (2016). Palliative Care in Critical Rural Settings. *Critical Care Nursing*, 3(1):72-8.
69. Menekli, T. Fadiloğlu, Ç. (2014). Hemşirelerin Ölüm Algısının Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4):222-229.
70. Milicevic, N. (2002). The Hospice Movement: History and Current Worldwide Situation. *Archive of Oncology*, 10;(1):29-32.
71. Morrison, R.S. Meier, D.E. (2011). *Clinical Practice. Palliative Care*. *New England Journal of Medicine*, 350:2582-90.
72. Mount, M. B. Patricia, H. Boston, D. (2006). The Caregiver's Perspective on Existential and Spiritual Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32:13-26.
73. Nakazawa, Y. Miyashita, M. and Morita, T. (2009). The Palliative Care Knowledge Test: Reliability And Validity of An Instrument to Measure Palliative Care Knowledge Among Health Professionals. *Palliative Medicine*, 23(8):754-766.

74. Nakazawa, Y. Miyashita, M. Morita, T. Umeda, M. Oyagi, Y. Ogasawara T.(2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative Medical*, 23:754–66.
75. National Consensus Project, erişim 24 mayıs 2016 <http://www.nationalconsensusproject.org/>
76. Öz, F.(2007) .Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, editör:Fatma AkçaAy. İstanbul, Nobel yayıncılık, 324-328.
77. Özçelik, H. Fadıloğlu, C. Karabulut, B. Uyar, M. (2010). Palliative Care Activity in the Field of Oncology in Turkey, *Journal of Palliative Care*, 26(4):305-310.
78. Özçelik, H.Fadıloğlu, Ç. Karabulut, B. Uyar, M. Elbi, H. Eyigör, S. ve ark (2014) .Kanser Hastasının Palyatif BakımındaVaka Yönetimine Dayalı Multidispliner Bakım Protokolü, 26(2):47-56.
79. Özçelik, H. (2011).Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yöneimi Modelini hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi), Ankara.
80. Özkan, S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOA) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. İstanbul,28;(1):69-74
81. Özveren, H. Erdem, Y. Güneş, A. (2016). Türkiye'deki Hemşirelik Müfredatlarında Palyatif Bakım Dersinin İrdelenmesi (poster) Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. *BMJ Support Palliative Care*.
82. Özveren, H. Gülnar, E. Güneş, N. Erdem, Y. (2015). Determination The Attitudes of Nursing Students Having Paliative Care Course Toward Care of The Dying(poster).*BMJ Support Palliative Care*, 5:83-84.
83. Palyatif Bakım, Evde Ve Hastanede Çalıştay Raporu, erişim 16 nisan 2016, www.tepecikeah.saglik.gov.tr/userfiles/files/kitapmail.pdf.
84. Palliative Care Nursing Role,Canadian Hospis Palliative Care Association ,erişim 2 mayıs 2016 ,www.chpca.net.
85. Pavlish, C. Ceronsky, L. (2007).Oncology Nurses' Perceptions About Palliative Care.*Oncology Nursing Forum*,34(4):793-800.
86. Peters, L. Payne, S. Connor, M. McDermott, F. Hood, K. Morphet, J.(2013). How Death Anxiety Impact Nurses' Caring At The End Of Life: A Review of Literature. *Open Nursing Journey*, 7:14-17.

87. Peykerli, G. (2003). Ölümcül Hastalıklara Psikolojik Yaklaşım. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4):62-65.
88. Pfister, D. Markett, S. Müller, M. Müller, S. Grützner, F. Rolke, R. Kern, M. Schmidt-Wolf, G. Radbruch, L. (2013). German Nursing Home Professionals' Knowledge And Specific Self-Efficacy Related To Palliative Care. *Journey of Palliative Medical*, 3:14-16.
89. Proctor, M. Grealish, L. Coates, M. Sears, P. (2000). Nurses' Knowledge of Palliative Care in the Australian Capital Territory. *Journey of Palliative Nursing*, 6:421-8.
90. Polat Ü. (2011). İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Veren Roller ve Destek Gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4):193-198
91. Pope, A. (2013). Palliative Care Knowledge among Bachelors of Science Nursing Students (Master's in Nursing Education), Kennesaw State University, Kennesaw.
92. Radbruch, L. and Payne, S. (2009). White Paper on Standard and norms of hospice and palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 16(6):278-289.
93. Ross, M.M. McDonald, B. McGuinness, J. (1996). The Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN): The Development Of An Instrument to Measure Nurses' Knowledge of Palliative Care. *Journey of Nursing*, 23:126-137.
94. Ronaldson, S. Hayes, L. Carey, M. Aggar, C. (2008). A Study of Nurses' Knowledge of A Palliative Approach In Residential Aged Care Facilities. *Journey of Older People Nursing*, 3:258-260.
95. Rebecca Ferrini, R. and Jeffery, L. (2000). The Effect of a Community Hospice Rotation on Self-Reported Knowledge, Attitudes and Skills of Third-Year Medical Students, erişim 11 nisan 2016, www.med-ed-online.org.
96. Roman, E.M. Sorribes, E. Ezquerro, O. (2013). Nurses' Attitudes To Terminally Ill Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3):338-345.
97. Sadhu, S. Salins, S. and Kamath, A. (2010). Palliative Care Awareness among Indian Undergraduate Health Care Students: A Needs-Assessment Study to Determine Incorporation of Palliative Care Education in Undergraduate Medical, Nursing and Allied Health Education. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(3):154-160.

98. Sepulveda, C. Habiyambere, V. Amandua, J. Borok, M. Mudanga, B. Ngoma, T. Solomon, B. (2008) .Quality care at the end of life in Africa. *BMJ*, 327:209–213.
99. Saruç, S. (2013).Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. *Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi*, 24(2):193-207.
100. Saunders, C. (2002). A personel Therapeutic Journey. *BJM*, 313(7072):1599-1601.
101. Sawatzky, R.and Pesut, B.(2005). Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. *Journey of Holistic Nursing*, 23(1):19-33.
102. Saxena, S. and Orley, J. (1997). Ouality of Life Assesment:The World Health Organization Perspective. *Journey of European Psychiatry*, 12:263-266.
103. Seven, A. (2016). Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları(Yüksek lisans Tezi), Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
104. Skår, R. (2010). Knowledge Use İn Nursing Practice: The İmportance of Practical Understanding and Personal İnvovement. *Nurse Education Today*, 30:132–6.
105. Shipman, C. Burt, J. Ream, E. Beynon, T. Richardson, A. Addington-Hal, J. (2008).Improving district nurses' confidence and knowledge in the principles and practice of palliative care. *Journey Advanced Nursing*, 63:494–505.
106. Skillbeck, J. Mott, L. Page, H. et al. (1998). Palliative Care in Chronic Obstructive Airways Disease: a needs assessment. *Palliative Medical*, 12:245-254.
107. Smith, T.J. Temin, S. Alesi, E.R. Abernethy, A.P. Balboni, T.A. Basch, E.M. Von Roenn, H. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The İntegration of Palliative Care İnto Standard Oncology Care. *Journal of Clinical Oncolog*, 30(8):880-887.
108. Stevens, E. (2009). Extending knowledge of terror management theory to improve palliative nursing care. *Journey of Palliative Nursing*,15:368–70.
109. Sucaklı, H.M. (2013). Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım. *Turkish Journey of Family Medicine and Primary Care*,7(3):572-57.
110. Sucaklı, M.H. Koşar, Y. (2016). Palyatif Bakım Yaşam Kalitesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3):34-39

111. Sürmeli, D. Akçiçek, F. (2016) Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. *Turkiye Klinikleri Dergisi*, 9(1):8-11.
112. Şen, S. Aygin, D. Sert, H. (2016). Palyatif Onkolojik Tedaviler Ve Bakım. *Turkiye Klinikleri Dergisi*, 1(1):21-35.
113. Taşpınar, Ö. Aydın, T. Akcakaya, A. (2014). Kanser Rehabilitasyonunda Palyatif Yaklaşımın Yeri ve Önemi. *Bezmialem Science*, 1:31-37.
114. Taylor, G.J. (2003). *AClinician's Guide to Palliative Care Oxford (UK)*, Black well Science.
115. Temel J. S. Greer J. A. Muzikansky A. Gallagher, E. R.N. Admane S. Jackson V. et al. (2010). Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *The New England Journal of Medicine*, 733-742
116. Tsutsumi, K. and Sekido K. (2015). Relationship of Clinical Nursing Competence to Nursing Occupational Experience in Hospice/Palliative Care Nurses in Japan. *Journey of Health*, 7:279-288
117. Turgay, G.(2010).Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri (Yüksek lisans Tezi), Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
118. Türk, Ü. Alp, R (2001). Ölüm Öncesi Hasta Bakımı. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*,116-119
119. Terzi, B. Kaya, N. (2011).Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. 'İstanbul' Yoğun Bakım Dergisi, 1:21-25
120. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018 Verileri, erişim 13 nisan 2016, www.kanser.gov.tr.
121. Uslu, F. (2013). Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi (Yüksek lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
122. Wass, H.A. (2004). Perspective on the Current State of Death Education. *Death Study*, 28:289-308.
123. Wright, M. Clark, D. Wood, J. Lynch, T. (2008).Mapping Levels of Palliative Care Development: A global view. *Journey of Pain & Symptom Manegement*, 35(5):469-485.

124. Weitzner, MA. McMillan, SC. Jacobsen, PB. (1999). Family Caregiver Quality of Life: Differences Between Curative And Palliative Cancer Treatment Settings,17(6):418-428.
125. Wilson, O. Avalos, G.Dowling, M. (2016). Knowledge of Palliative Care and Attitudes Towards Nursing The Dying Patient, 25(11):600-605.
126. Vissers, K.C.P. Jacobs, J. Groot, M. Veldhoven, C. (2013). Palliative Care Update: A Multidisciplinary Approach, Pain Practice, 13;(7):567-588.
127. World Health Organization. Definition of Palliative Care. Erişim 16 mayıs 2016, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
128. World Health Organization. Cancer Control Guide for Effective Programmes;Final Cancer Control Series; Modul WHO, (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. www.who.int/nmh/Global Atlas of Palliative Care.pdf.
129. Wafaa, M. Ayoub, S.(2010) .Nurses' Attitudes Toward Caring for Dying Patient In Mansoura University Hospitals. Journal of Medicine and Biomedical Sciences, 16-22.
130. Wessel, E.M. and Rutledge D.N. (2006). Home Care and Hospice Nurses' Attitudes Toward Death And Caring For The Dying: Effect of Palliative Care Education. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 7(4):212-218.
131. Wilson, B. McSherry, W. (2006).A study of nurses' inferences of patients' physical pain. Journey of Clinical Nursing, 15:459-468.
132. Wang, K. Yau, S. (2009). Nurse's Experiences İn Spirituality and Spirual Care in Hong Kong.Applied Nursing Research, 23(4):242-244.
133. Yıldırım, Y. Fadıoğlu, Ç. Uyar, M. (2006). Palyatif Kanser Bakımında Tamamlayıcı Tedavileri. Ağrı Dergisi,18(1):26-32.
134. Yurtsever, S. (2014). Palyatif Bakım. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı, Nobel Kitapevi,1142-1155.
135. Zaybak, A. Erzincanlı, S. (2016). Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumları. International Refereed Journal of Nursing Researches, 6:16-27.

8.EKLER

Ek-1 KURUM İZİN FORMLARI

Ek-1.1 Tokat Devlet Hastanesi Anket Uygulama İzin Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Tokat İl Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 17858426/604.02
Konu : Tez Araştırma İzni

BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 06/11/2015 tarihli ve 2618 sayılı yazı.

Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülsüm KEHRİBAR'ın "Brişkin Hastayla Çalışan Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışmasını Birliğimize bağlı Tokat Devlet Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Mustafa ABBAS
Genel Sekreter V.

Güvenli Elektronik İmza
Aşılı ile Aynıdır
30.11.2015
Hacı Ali UĞUREL
V.İ.K.

Parekte mah. GOP Bulvarı No:343 60100 TOKAT
N.Şişman tel:03562150060 TOKAT Fax no:03562150065

E-rakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 60550761-830-166b-b392-c7e54fd40e kodu ile erişilebilir. B1 belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-1.2 Yozgat Devlet Hastanesi Anket Uygulama İzin Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Yozgat İli Kamu Hastane Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 24401362/770
Konu : Tez Araştırma İzni

BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 06/11/2015 tarihli ve 2619 sayılı yazınız.

İlgi tarihli ve sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülşüm KEHRİBAR' ın Birliğimize bağlı Yozgat Devlet Hastanesi'nde "Erişkin Hastayla Çalışan Hemşirelerin Palyatif Bakımına İlişkin Bilgi ve Uygulamaları" konulu tez çalışması için erişkin hastayla çalışan hemşirelere anket uygulamasını yazımız ekinde sunulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanlığının 19.06.2013 tarihli yazısı doğrultusunda çalışmaların sağlık tesisinde hizmet aksettirmeyecek şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla kurumumuzca uygun görülmüş olup;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. İsmail KURCA
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
24/11/2015

EK:
Yazı Örneği (1 sayfa)

Mesut AKÇADAĞ

Karatepe Mah. Ofis Üstü Yozgat Devlet Hastanesi Ek Bina: 4 YOZGAT
E.KİREMİTÇİ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 67518594-0209-4544-9036-8b2e9476e17 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-1.3 Ankara Ulus Devlet Hastanesi Anket Uygulama İzin Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 85346189/605.01
Konu : Araştırma İzin/Gülsüm
KEHRİBAR

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi: a) Bozok Üniversitesi Rektörlüğü (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)'nın 21.12.2015 tarihli ve 68447441-044-101/3150 sayılı yazısı;
b) Bozok Üniversitesi Rektörlüğü (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)'nın 29.01.2016 tarihli ve 68447441-044-101/317 sayılı yazısı.

İlgi yazı ile Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gülsüm KEHRİBAR'ın "Erişkin Hastayla Çalışan Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Tutumları" konulu tez çalışması kapsamında Birliğimize bağlı Ulus Devlet Hastanesinde anket uygulaması yapılabilmesi için gerekli iznin verilmesi talep edilmiştir.

Anılan çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Gülsüm KEHRİBAR tarafından 01 Şubat-01 Haziran 2016 tarihleri arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizde de değerlendirilerek, sonucundan Genel Sekreterliğimize ve mezkur üniversiteye bilgi verilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Aziz Alper BİTEN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: İlgi (b) Yazı Örneği (9 Sayfa)

Dağıtım:

~~Bozok Üniversitesi Rektörlüğü (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)~~
Ulus Devlet Hastanesi

Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Etik Zübeyde Hanım Hastanesi
E.A.H. Aşağı Eğlence Mah. Yeni Etik Cad. Etik-Keçiören/ANKARA
gulden.bayraktar@saglik.gov.tr (E-İletişim Birimi)

Bu belge elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 53e5243f-fc5a-4ba9-bedd-2f2c753e2527 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge SÖZ konusu elektronik imza kurama göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Neslihan KANAKA
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Başkanı

Elektronik Aslı
Elektronik İmzalıdır
17-10-2016

Ek-2 ETİK KURUL ONAYI

T.C.
BOZOK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi
İnvaziv (Girişimsel) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 604-727
Konu : Etik Kurulu Hk.

08/11/2015

Sayın: Arş. Gör. Gülsüm KEHRİBAR
Sağlık Yüksekokulu
(Hemşirelik Anabilim Dalı)

Etik Kurulumuza göndermiş olduğunuz "ERİŞKİN HASTALARDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALARI" adlı araştırma projeniz, İnvaziv (Girişimsel) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilerek uygunluğuna karar verilmiştir.

NOT: Çalışmanın yayına dönüştürülmesi halinde "Bozok Üniversitesi BAP Birimi tarafından (...) No'lu Proje olarak desteklenmiştir" ibaresinin eklenmesi hususuna itina gösterilmesi rica olunur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Muhammet Feyzi DOĞAN
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

- Etik Kurul Rapor Formu (1 Sayfa)

**BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İNVAZİV (GİRİŞİMSSEL) OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	ERİŞKİN HASTALARDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PAZYATİF BAKIMA İLİŞKİN BİLGİ VE UYGULAMALARI
	ARAŞTIRMA PROTOKOL NO	26.10.2015/102
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SUYADI	Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yrd. Doç. Dr. Hüsnâ ÖZVEREN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı
	DESTEKLEYİCİ	Masraf Kendisi Tarafından Karşılancak
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Prospektif Çalışma
	ARAŞTIRMACI	Arş. Gör. Gülsüm KEHRİBAR
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2006	Tarih: 08.11.2015
	Yukarıda bilgileri verilen girişimsel olmayan klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.	

BOZOK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi İnvaziv (Girişimsel) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi

Prof. Dr. Muhammet Fevzi BİLİR
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul Başkanı

Ek-3 VERİ TOPLAMA FORMU

Bu çalışma, Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında “**Erişkin Hastayla Çalışan Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Uygulamaları**”nın belirlenmesi amacı ile tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanabilmesi önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Yrd.Doc.Dr.Hüsna Özveren
Arş.Gör.Gülsüm Kehribar

Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

BÖLÜM I. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

1. Yaşınız?
2. Cinsiyetiniz? () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz? () Evli () Bekar
4. Eğitim Durumunuz? () Hemşirelikte Sağlık Meslek Lisesi () Hemşirelikte Ön lisans
() Hemşirelikte Lisans () Hemşirelikte Yüksek Lisans () Doktora
() diğer(belirtinizi).....
5. Çalıştığınız Kurum?
6. Hemşirelikte Toplam Hizmet Yılıınız? ay - yıl
7. Şuan Çalıştığınız Bölümü Yazınız?.....
8. Çalıştığınız Bölümde Konumunuz?
() Servis Sorumlu Hemşiresi () Servis Hemşiresi () Ameliyathane Hemşiresi
() Yoğun Bakım Hemşiresi () Palyatif Bakım Hemşiresi () Poliklinik Hemşiresi () Diğer.....
9. Bu bölümde çalışma süreniz.....
10. Palyatif bakım ile ilişkin herhangi bir bilgi aldınız mı? () Evet () Hayır (cevabınız hayır ise 13.soruya geçiniz)
11. Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız?
() Temel eğitimi sırasında () Hizmet içi eğitim () Kitap ve dergiler
() Kongre ve seminerden () İnternet () Diğer(belirtiniz).....
12. Aldığınız bilginin/egitimin içeriği nedir.
() Kötü haber verme () İletişim becerileri () Palyatif bakımda etik ve yasal konular
() Ağrı yönetimi () Semptom kontrolü () Yas süreci ile baş etme () Diğer(belirtiniz).....
13. Palyatif bakım ile ilgili aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?() Evet () Hayır
14. Cevabınız hayır ise hangi konularda bilgi almak istersiniz (lütfen belirtiniz).....
15. Çalıştığınız kurumda palyatif bakım konusunda düzenlenen hizmet içi eğitim programı var mı?
() Evet () Hayır
16. Sizce hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakıma gerekli önem veriliyor mu?() Evet () Hayır
17. Sizce hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakıma verilen önem hasta bakımını etkiler mi? () Evet () Hayır

BÖLÜM II. Hemşirelerin Palyatif Bakıma Yönelik Tutum ve Uygulamaları

18. Palyatif bakım hastasına bakım verdiniz mi?() Evet () Hayır (hayır ise 24.soruya geçin)
19. Palyatif bakım hastasına bakım verirken duygularınız ne oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
() Suçluluk () Başarısızlık () Öfke () Anksiyete () Çaresizlik () Keder- üzüntü () Korku () Diğer.....
20. Palyatif bakım hastasına bakım verirken sorun yaşadınız mı? () Evet () Hayır
21. Palyatif bakım hastasına bakım verirken aşağıdaki hangi sorunlarla karşılaştınız?
() Sağlık bakım ekibiyle aile arasındaki iletişim zayıflığı () Ağrı yönetimi yetersizliği
() Semptom yönetimi yetersizliği () Bakım hedefleri konusundaki belirsizlik

- () Psikososyal destek yetersizliği () Kayıp/Yas sürecinde bakım yetersizliği
 () Manevi(spiritual) destek yetersizliği () Kültürü anlama azlığı

22. Palyatif bakım hastasına bakım verirken hangi bilgilere sahip olmalısınız?

- () İletişim becerileri () Kültürel farklılıkları bilmesi () Yasal ve etik konularda bilgi sahibi olma
 () Ölüm ve ölüm sonrası hastanın bakımını bilme () Ağrı yönetimi
 () Ölüm ve ölüm sonu hasta ve aile bakımını bilme () Diğer(belirtiniz).....

23. Palyatif bakım hastasına yönelik aşağıda belirtilen hangi hemşirelik girişimlerini yaptınız ?

- () Fiziksel Bakıma (El-Yüz Bakımı,Perine Bakımı Vb..) Yönelik Uygulamalar
 () Semptomatik Bakıma Yönelik Uygulamalar
 () Ağrıya Yönelik Uygulamalar
 () Ölüm Ve Ölüm Sonrası Sürec Bakımına Yönelik Uygulamalar
 () Hasta Ve Ailesine Yönelik Uygulamalar.
 () Spiritüel/Manevi Destek Bakımına Yönelik Uygulamaları
 () Psikolojik Desteğe Yönelik Uygulamaları
 () Etik Uygulamalar () Diğer(belirtiniz).....

24. Palyatif bakım hizmetini yürüten ekip üyeleri kimler olmalıdır?

- () Doktor () Hemşire () Fizyoterapist () Diyetisyen () Sosyal Hizmetler Uzmanı () Eczacı
 () Psikolog () Din Görevlisi () Gönüllüler () Diğer (belirtiniz).....

25. Palyatif Bakıma İlişkin Tutum Soruları	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım
1)Palyatif bakım sadece ölmek üzere olan hastalara verilir.			
2)Palyatif bakım hastasının gereksinimlerini karşılamaya hazırım.			
3)Palyatif bakım yaşam kalitesini artırır.			
4)Palyatif bakım hastaya bütüncül yaklaşım gerektirir.			
5)Palyatif bakım ekibi içerisinde hemşire aktif olarak yer almalıdır.			
6)Palyatif bakım hastası ile çalışmak hemşirelerin duygularını kontrol etmelerini gerektirir.			
7)Palyatif bakım sadece ağrı kontrolünü içerir.			
8)Palyatif bakımda hemşirelik bakımı sadece hastayı değil, ailesini de içermelidir.			
9)Palyatif bakım hastasının ailesi için hemşirelik bakımı ölüm sonrasında kayıp ve yas süreci boyunca da devam etmelidir.			
10)Palyatif bakım hastasında yaygın görülen semptomları yönetebilirim.			
11)Doktor, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım konusu eksiktir.			
12)Doktor, hemşire ve diğer sağlık elamanlarının örgün eğitiminde palyatif bakım eğitimi zorunlu ders olmalıdır.			
13)Palyatif bakım hizmetleri yasal kanunlar ile desteklenmelidir.			
14)Ölmek üzere olan hastaya uzun süre bakım vermek beni hayal kırıklığına uğratar.			
15)Palyatif bakım hastası ve ailesine bakım verirken iletişim kurmakta zorlanıyorum.			
16)Hasta ve ailesi ile ölüm hakkında rahatlıkla konuşabilirim.			

BÖLÜM III.Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgileri

	PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Felsefe	1.Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.			
	2.Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.			
Ağrı	3.Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.			
	4.Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.			
	5.Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.			
	6.Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin* ya da buprenorfin hidroklorür** opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır			
	7.Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.			
	8.Opioidlerin kullanımı sağkalm süresini etkilemez.			
Dispne	9.Morfin kanser hastalarında dispneyi hafifletmek için kullanılmalıdır.			
	10.Opiodler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.			
	11.Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.			
	12.Antikolinergik ilaçlar veya skopolamin hidrobromür,*** ölmek üzere olan hastaların bronşiyal sekresyonlarının azaltılmasında etkilidir.			
Psikiyatrik Problemler	13.Yaşamın son günlerindeki elektrolit dengesizliğiyle ilişkilendirilen uyuşukluk, sersemlik hali hastanın rahatsızlığını, huzursuzluğunu azaltır.			
	14.Benzodiyazepinler deliryumun kontrol edilmesinde etkilidir.			
	15.Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur.			
	16.Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kezdeliryuma sebep olur.			
Gastrointes-tinal Problemler	17.Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori almına gereksinimi vardır.			
	18.Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.			
	19.İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.			
	20.Ölmek üzere olan hastalarda, intravenöz infüzyon ağız kuruluğunu azaltmada etkili olmayacaktır.			

* Benzomorfan türevi sentetik opioid grubundan bir ilaçtır (Sosegon amp./tb. gibi.)

** Narkotik opioid grubu ilaçlardır. (Suboxone dil altı tb. , temgesic amp. gibi.)

*** Anesteziklerin sebep olduğu aşırı salivasyon (tükürük salgısı) ve bronş sekresyonlarını inhibe etmede kullanılan ilaçlardır. (Skopolamin hidrobromür amp. gibi.)

Ek-4.GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**Sayın Katılımcı;**

Hemşirelerin Palyatif bakıma ilişkin Bilgi Düzeylerini Belirlemek Amacı ile bir çalışma yapmak istiyorum. Araştırmanın sonuçları hemşirelik bakım kalitesini arttırmaya yönelik olarak kullanılacaktır. Bu çalışmada size palyatif bakıma yönelik sorular sorulacaktır. Bireylere herhangi bir girişim bulunmayacaktır. Çalışma bireyler açısından hiçbir risk içermemektedir. Kimliğinizi belirtecek isim ya da işaret belirtmeniz gerekmemektedir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmakta serbestsiniz, önce kabul edip sonra hiçbir gerekçe göstermeden vazgeçebilirsiniz.

Elde edilen veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve araştırma raporu dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün İmzası/Tarih.....

Açıklamayı Yapan Kişinin Ad/Soyadı/İmzası/Tarih.....

Ek-5. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Palyatif Bakım Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=502)

Özellikler	n	Felsefe		Ağrı		Dispne		Psikiyatrik Problemler		Gastrointestinal Problemler	
		X± SS	Min-Max	X± SS	Min-Max	X± SS	Min-Max	X± SS	Min-Max	X± SS	Min-Max
Eğitim durumu											
Lise	173	0.69±0.71	0.00-2.00	1.39±1.23	0.00-5.00	1.07±1.03	0.00-4.00	1.34±1.22	0.00-4.00	0.98±1.06	0.00-3.00
Ön lisans	82	1.09±0.77	0.00-2.00	1.65±1.05	0.00-4.00	1.14±1.17	0.00-4.00	1.51±1.04	0.00-3.00	1.32±1.21	0.00-4.00
Lisans	233	1.05±0.71	0.00-2.00	1.61±1.12	0.00-5.00	0.93±1.15	0.00-4.00	1.85±1.55	0.00-3.00	1.21±1.05	0.00-4.00
Yüksek lisans	14	0.85±0.36	0.00-1.00	1.35±0.84	0.00-3.00	1.07±1.14	0.00-3.00	2.71±0.61	1.00-3.00	1.57±0.64	1.00-3.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		x²=28.565 p=0.000		x²=9.199 p=0.027		x²=5.319 p=0.150		x²=27.227 p=0.000		x²=10.152 p=0.017	
Çalıştığı kurum											
Yozgat Devlet Hastanesi	261	1.01±0.78	0.00-2.00	1.65±1.19	0.00-5.00	0.91±0.98	0.00-4.00	1.46±1.43	0.00-3.00	1.09±1.02	0.00-4.00
Tokat Devlet Hastanesi	193	0.85±0.69	0.00-2.00	1.36±1.10	0.00-5.00	1.03±1.20	0.00-4.00	1.75±1.37	0.00-3.00	1.16±1.12	0.00-4.00
Ankara Ulus devlet hastanesi	48	1.02±0.72	0.00-2.00	2.00±0.98	0.00-4.00	1.39±1.10	0.00-3.00	1.79±1.12	0.00-4.00	1.47±1.05	0.00-3.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		x²=5.430 p=0.066		x²=19.020 p=0.000		x²=7.410 p=0.025		x²= 9.180 p=0.010		x²= 5.131 p=0.077	
Bölümde çalışma yılı											
1-5 yıl	395	1.01±0.69	0.00-2.00	1.62±1.20	0.00-5.00	1.02±1.12	0.00-4.00	1.71±1.19	0.00-4.00	1.17±1.09	0.00-4.00
6-10 yıl	76	0.76±0.75	0.00-2.00	1.60±1.02	0.00-4.00	1.01±1.09	0.00-4.00	1.43±1.18	0.00-4.00	1.03±0.90	0.00-4.00
11-15 yıl	24	0.64±0.74	0.00-2.00	1.14±1.10	0.00-4.00	0.84±1.13	0.00-3.00	1.58±2.58	0.00-3.00	1.16±1.16	0.00-3.00
16 ve üstü	7	1.05±0.76	0.00-2.00	1.40±1.06	0.00-4.00	1.11±1.14	0.00-3.00	1.73±1.09	0.00-4.00	1.30±1.20	0.00-3.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		x²=18.780 p=0.000		x²=7.539 p=0.057		x²=2.476 p=0.480		x²=10.522 p=0.015		x²=1.569 p=0.666	
Çalıştığı bölüm											
Palyatif Bakım Kliniği	28	1.14±0.59	0.00-2.00	1.85±0.89	0.00-4.00	1.32±1.27	0.00-3.00	1.57±1.03	0.00-3.00	1.39±0.95	0.00-3.00
Yoğun Bakım Kliniği	134	0.85±0.81	0.00-2.00	1.40±1.20	0.00-4.00	1.44±1.18	0.00-3.00	1.74±1.53	0.00-3.00	1.55±1.21	0.00-4.00
Dahiliye Kliniği	183	0.93±0.68	0.00-2.00	1.45±1.18	0.00-5.00	0.79±1.00	0.00-4.00	1.67±1.52	0.00-3.00	1.03±0.97	0.00-3.00
Cerrahi Kliniği	157	0.94±0.75	0.00-2.00	1.68±1.07	0.00-5.00	0.86±1.05	0.00-4.00	1.54±1.11	0.00-4.00	0.95±1.02	0.00-4.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		Z= 4.116 p=0.249		Z= 12.047 p=0.007		Z=29.755 p=0.000		Z=1.155 p=0.764		Z=23.758 p=0.000	

Ek-5.(Devam)Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Palyatif Bakım Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=502)

Özellikler	n	Felsefe		Ağrı		Dispne		Psikiyatrik Problemler		Gastrointestinal Problemler	
Çalıştığı konum											
Sorumlu Hemşire	23	1.26±0.68	0.00-2.00	1.34±1.11	0.00-4.00	0.65±1.02	0.00-3.00	1.95±1.14	0.00-3.00	1.52±0.99	0.00-3.00
Klinik Hemşiresi	277	0.92±0.72	0.00-2.00	1.49±1.10	0.00-5.00	0.84±1.01	0.00-4.00	1.51±1.18	0.00-4.00	0.92±0.96	0.00-4.00
Ameliyathane Hemşiresi	46	0.89±0.64	0.00-2.00	2.00±1.28	0.00-5.00	0.89±1.12	0.00-4.00	1.76±1.25	0.00-4.00	1.19±1.16	0.00-3.00
Yoğun Bakım Hemşiresi	128	0.85±0.81	0.00-2.00	1.43±1.20	0.00-4.00	1.43±1.19	0.00-3.00	1.75±1.55	0.00-3.00	1.54±1.20	0.00-4.00
Palyatif Bakım hemşiresi	28	1.10±0.62	0.00-2.00	1.85±0.89	0.00-4.00	1.35±1.25	0.00-3.00	2.03±2.36	0.00-3.00	1.46±0.92	0.00-3.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		x2=5.561 p=0.234		x2=20.844 p=0.000		x2=5.372 p=0.000		x2= 5.372 p=0.251		x2=31.322 p=0.000	
Palyatif Bakım İle İlgili Bilgi Alma Durumu											
Evvet	245	0.92±0.80	0.00-2.00	1.41±1.11	0.00-5.00	1.26±1.23	0.00-4.00	1.97±1.48	0.00-13.0	1.33±1.14	0.00-4.00
Hayır	257	0.93±0.67	0.00-2.00	1.65±1.16	0.00-5.00	0.78±0.93	0.00-4.00	1.33±1.19	0.00-4.00	1.00±0.99	0.00-4.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		Z=30916.0 p=0.708		Z=28441.5 p=0.050		Z=25109.5 p=0.000		Z=22839.5 p=0.000		Z=26696.0 p=0.002	
Bilgiyi yeterli bulma durumu											
Evvet	78	0.70±0.77	0.00-2.00	0.94±0.97	0.00-4.00	1.38±1.24	0.00-3.00	1.93±1.16	0.00-4.00	1.62±1.24	0.00-4.00
Hayır	167	1.20±0.79	0.00-2.00	1.62±1.10	0.00-5.00	1.20±1.23	0.00-4.00	1.98±1.62	0.00-3.00	1.19±1.07	0.00-3.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		Z=5099.0 p=0.004		Z=4201.5 p=0.000		Z=5951.0 p=0.494		Z=6173.0 p=0.494		Z=5262.0 p=0.012	
Hizmet içi eğitim alma durumu											
Evvet	46	1.02±0.93	0.00-2.00	1.65±0.82	0.00-3.00	1.08±1.05	0.00-3.00	1.78±1.11	0.00-3.00	0.84±1.15	0.00-4.00
Hayır	199	0.92±0.71	0.00-2.00	1.52±1.17	0.00-5.00	1.01±1.12	0.00-4.00	1.63±1.40	0.00-3.00	1.19±1.07	0.00-4.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		Z=9.515 p=0.002		Z=20.600 p=0.000		Z=0.024 p=0.876		Z=0.018 p=0.892		Z=4.170 p=0.041	
Palyatif bakım hastasına bakım verme durumu											
Evvet	210	0.85±0.71	0.00-2.00	1.77±1.18	0.00-5.00	1.27±1.13	0.00-4.00	1.75±1.63	0.00-3.00	1.35±0.99	0.00-4.00
Hayır	292	0.98±0.73	0.00-2.00	1.36±1.08	0.00-4.00	0.98±0.75	0.00-2.00	1.36±1.08	0.00-4.00	0.83±1.07	0.00-4.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		Z=49869.0 p=0.048		Z=67372.0 p=0.000		Z=66539.5 p=0.000		Z=72330.0 p=0.477		Z=67622.5 p=0.000	
Bakım verirken sorun yaşama durumu											
Evvet	115	0.88±0.75	0.00-2.00	1.86±1.36	0.00-5.00	1.35±1.09	0.00-4.00	1.78±1.97	0.00-3.00	1.26±1.08	0.00-4.00
Hayıt	95	0.94±0.73	0.00-2.00	1.43±1.05	0.00-4.00	0.91±1.10	0.00-4.00	1.60±1.15	0.00-4.00	1.13±1.10	0.00-4.00
<i>İstatistiksel değerlendirme</i>		Z=21309.5 p=0.458		Z=18519.5 p=0.004		Z=17103.5 p=0.000		Z=21975.0 p=0.834		Z=20408.5 p=0.048	

Ek-6 Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) Kullanım Onamı

← Güvenli | <https://mail.google.com/mail/u/0/?search=aseven@sakarya.edu.tr/1518901arfbcd1da>

Dikkat: Google, hesabınızda gizli bir oturum açma denemesini engelledi. [Başka bir şey miyiz?](#)

Google

Gmail - Gelen Kutusuna tayı Dışarı 2 ile dışından 2

1 POSTA VAR

Gelen Kutusu (88)
Yazış
Gönderilmiş Postalar
Taslaqlar (2)
Diğer etiketler -


Palyatif Bakım Bilgi Testi Hakkında Gelen Kutusu

Ahmet Seven <aseven@sakarya.edu.tr>
Alın: İvana

9 12 2015

Ahmet Seven
Çevirilemiyor
Ayarları göster

Merhabe Gülsüm Hanım,
Ekte Palyatif Bakım Bilgi Testi ve nasıl değerlendirileceğini gösteriyorum. Çalışmalarımızda başarılar diliyorum. Daha öncede belirttiğim gibi yardımcı olabileceğin her konuda çıkışmada iletişime geçebilirsiniz. Makale olmadı için tezini referans olarak gösterebilirsiniz. İyi çalışmalar...



gulsum kalkanlar <gul505@gmail.com>
Alın: Ahmet

9 12 2015

Teşekkür ederim ahmet bey şimdilik işime dediğiniz gibi göstereceğim. bu arada gülsüm sizi hatırladı. selamı var. iyi çalışmalar iyi çalışmalar.

9 Ara 2015 23:25 tarihinde "Ahmet Seven" <aseven@sakarya.edu.tr> yazdı.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Gülsüm KEHRİBAR

Uyruğu: TC

Doğum Tarihi ve Yeri: 1 Aralık 1985 Sivas

Tel: 05444104045

Email: gism8585@gmail.com

Yazışma Adresi: Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Merkez/ YOZGAT

1985 yılında Sivas' da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Sivas'da tamamladı. 2008 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2009 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde hemşire olarak göreve başladı.2012'de Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde hemşire olarak görevine devam etti. 2014' de ÖYP ataması ile Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ABD.'da araştırma görevlisi olarak göreve başladı. 2016 yılında Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi ortak yüksek lisans programında yüksek lisans eğitimini tamamladı. Halen aynı bölümde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.