



TC
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI

Yüksek Lisans Tezi

Sibel ULUSOY

Samsun
Temmuz-2019





**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI

Yüksek Lisans Tezi

Sibel ULUSOY

Doç. Dr. Birsen ALTAY

**Samsun
Temmuz-2019**

Kabul ve Onay Sayfası

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sibel ULUSOY tarafından Doç. Dr. Birsen ALTAY Danışmanlığında hazırlanan
“Hemşirelerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi ve Tutumları” başlıklı bu çalışma jürimiz
tarafından /..... /..... tarihinde yapılan sınav ileAnabilim
Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :

(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

Üye :

(Unvanı, Adı Soyadı, Üniversite)

ONAY

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri
üyeleritarafından uygun görülmüştür.

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

Prof.Dr.Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmam sırasında her an yanımda olan bilgi ve sabırla bana yardımcı olan saygıdeğer hocam; Doç. Dr. Birsen ALTAY'a,

Yüksek lisans derslerim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım hocalarım; Sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya, Sayın Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ'a, Sayın Doç. Dr. Hatice KUMCAĞIZ'a,

Beni yetiştiren, bu günlere gelmemde en çok emeği olan ve her zaman desteklerini esirgemeyen annem Seviye GÜRBÜZ'e, Babam Salih GÜRBÜZ'e, kardeşlerim Sema GÜRBÜZ ve Fatih GÜRBÜZ'e;

Yanımda her zaman bulunup sevgisini ve desteğini samimi olarak hissettiğim ablam Günay KOLACA'ya

Çalışmam boyunca her zaman sabırla beni destekleyen ve motive eden kıymetli eşim Erdem ULUSOY'a ve oğullarım Eren ULUSOY'a ve Çınar ULUSOY'a

Beni cesaretlendiren her an yanımda olarak yardımcı olan arkadaşım Yasemin BOY'a,

Araştırmaya katılan meslektaşlarıma teşekkür ederim

Sibel ULUSOY

ÖZET

HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMA YÖNELİK BİLGİ VE TUTULARI

Amaç: Bu araştırma hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumları belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Meteryal Metod: Araştırma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan izin alınmıştır. Çalışma Samsun Gazi Devlet Hastanesinde 15 Kasım 2018-15 Şubat 2019 tarihleri arasında aktif olarak çalışan 245 hemşire üzerinde yapılmıştır. Katılımcılara kişisel bilgileri içeren anket formu, çalışmacı tarafından hazırlanmış olan Palyatif Bakıma İlişkin Görüş İfadeleri ve 2009 yılında Nakawaza ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup; 2015 yılında Ahmet Seven tarafından güvenilirlik-geçerliliği yapılan Palyatif Bakım Bilgi Testi kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hemşirelerin % 25,3'ü 36-40 yaş arasında %82'si kadın, %66,1'i lisans mezunu olduğu, %24,9'unun meslekte 6-10 yıl çalıştığı ve %30,7'sinin dahili kliniklerde çalıştığı bulunmuştur. Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi alt gruplarından Felsefe alt boyutunda maksimum 2,00 puan üzerinden ortalama 1,30 puan aldıkları ve diğer alt boyutlarla karşılaştırıldığında, en çok bu alt boyutta yer alan sorulara doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir. Ağrı alt boyutunda maksimum 6,00 puan üzerinden ortalama 2,69 puan aldıkları görülmüştür. Bu alt boyuttan aldıkları puanların palyatif bakım bilgi testinin geneliyle ve diğer alt boyutlarla oranlandığında düşük olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

Sonuç: Palyatif bakım konusunda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, meslekte geçirdiği süre ve diğer farklı olgular göz önünde bulunarak, çalışmaya katılan hemşirelerin, maksimum puanın 20 olduğu palyatif bakım bilgi testinde ortalama 9, 90±5,39 puan aldıkları görülmüştür. Palyatif bakım konusunda bilgi alma durumu farklı olan gruplar arasında Palyatif Bakım Bilgi Testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$).

Anahtar Kelimeler: Palyatif; Palyatif Bakım; Hemşire; Palyatif Bakım Tutumu

Sibel Ulusoy (Yüksek Lisans Tezi)

Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, Haziran 2019

ABSTRACT
KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF NURSES REGARDING PALLIATIVE
CARE

Objective: This study was conducted to determine the knowledge and attitudes of nurses towards palliative care.

Material & method: Permission was obtained from Ondokuz Mayıs University Social and Humanities Ethics Committee for the study. The study was carried out with 245 nurses working actively in Samsun Gazi State Hospital between 15 November 2018-15 February 2019. The questionnaire, Statements regarding Palliative Care prepared by the researcher which includes personal information about the participants, was developed by Nakawaza et al. in 2009 and collected using the Palliative Care Knowledge Test validated by Ahmet Seven in 2015.

Findings: Of the nurses participating in the study, 25.3% were between 36-40 years of age, 82% were female, 66.1% were undergraduates, 24.9% had worked in the profession for 6-10 years and 30.7% worked in internal medicine clinics. It was determined that the nurses scored an average of 1.30 points out of a maximum of 2.00 points in the Philosophy subscale of the Palliative Care Knowledge Test sub-groups, and compared to the other subscales, they answered most of the questions correctly in this subscale. In the pain subscale, they scored an average of 2.69 over a maximum of 6.00 points. It is concluded that the scores obtained from this subscale are low when compared to the overall palliative care knowledge test and other subscales.

Conclusion: Considering the gender, age, education level, time spent in the profession and other different issues regarding palliative care, it was noted that the nurses participating in the study scored an average of $9, 90 \pm 5.39$ in the palliative care knowledge test with a maximum score of 20. There was a statistically significant difference in terms of Palliative Care Knowledge Test among the groups with a different status of receiving information about palliative care ($p < 0, 05$).

Key Words: Palliative; Palliative Care; Nurse; Palliative Care Attitude

Sibel Ulusoy (Master's Thesis)
Ondokuz Mayıs Universtiy-Samsun, June2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı.....	4
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı	4
2.1.2 Bakımın Amacı Palyatif	5
2.2. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi.....	5
2.3. Palyatif Bakımın Hedef Grupları	6
2.4. Palyatif Bakım Ekibi	7
2.5. Palyatif Bakımda Hemşirelik Bakımı	9
2.6. Palyatif Bakımda Etik	10
2.7. Palyatif bakım modelleri	11
2.7.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım.....	11
2.7.2. Ev Temelli Palyatif Bakım.....	12
2.7.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım.....	12
2.8. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım.....	12
3.GEREÇ YÖNTEM.....	15
3.1.Araştırmanın Tipi.....	15
3.2. Araştırmanın Yer ve Zamanı	15
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.4.Araştırmanın Etik Yönü	15
3.5.Veri Toplama Araçları	15
3.5.2. Palyatif Bakıma İlişkin Görüş İfadeleri.....	16
3.5.3. Palyatif Bakım Bilgi Testi	16
3.6.Veri toplama Araçlarının Uygulanması	16

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
4.BULGULAR.....	18
5.TARTIŞMA.....	29
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	33
KAYNAKLAR.....	35
EKLER.....	39
ÖZGEÇMİŞ.....	45



SİMGELER VE KISALTMALAR

- DSÖ (WHO)** : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
- DPBB** :Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance)
- DSÖ-DPBB WPCA** :Dünya Sağlık Örgütü- Dünya Palyatif Bakım Birliği (The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance)
- HIV/AIDS** :Edinsel bağışıklık yetmezliği sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre palyatif bakım; hastanın ve hasta yakınlarının yaşamı tehdit eden herhangi bir sağlık problemi ile ilgili karşılaştıkları sorunların, erken teşhis ve fiziksel olarak tespit edilmesi, yaşam kalitesini arttırmaya çalışan bir yaklaşımdır (WHO,2002). Bu yaklaşımda; ağrıyı, acıyı hafifletmeye yönelik yapılan uygulamaların yanı sıra; fiziksel, psikososyal ve manevi bakıma yönelik sorunların belirlenmesi ve tedavisi de yer almaktadır (Korhan, 2019).

Palyatif bakımda ölüm ve yaşam olağan süreçler olarak kabul edilir. Ölüm ne ertelenir ne de hızlandırılır, gaye yaşamdan ölüme geçişi kolay bir hale getirmektir. Yaşam süresin den fazla yaşamın niteliğiyle alakadardır. Ölüm yaklaştıkça hastayı ve yakınlarını rahatlatmaya yönelik önlemler artırılır ve hastanın ölümünden sonra yakınlarının yas süresince desteklenmesine odaklanır (Kabalak ve ark. 2013).

Palyatif bakım dini ve vicdani inançlara, kültür ve kişiselliğe duyarlı olarak kişilerin fonksiyonel kapasitesini üst seviyelere çıkarmayı amaçlar. Ölüm gerçekleşinceye kadar bireyin yaşamını pozitif kılabilmek için çaba sarf eder. Yaşam kalitesini artırır, bakımın çeşitli boyutlarını birbirine bağlar. Yaşamın bitimine son günler kalsa bile rahat bir ölüm sağlar. Gerek hastalık boyunca gerekse ölümün gerçekleşmesinden sonra yakınların kayıpla başa çıkmasına yardımcı olur. Palyatif bakım hasta kişi ve yakınlarının otonomisine ve kararlarına karşı saygılı bir tutum sergiler. Hasta ve yakınları daima merkezde yer alır. Hasta ve yakınları ile daima anlaşılabilir ve duyarlı bir iletişim sürdürülmesi palyatif bakımın esasları arasında yer alır (Elçigil, 2012;Kabalak, 2013).

Palyatif sözcüğü Latince'de örtü anlamına gelen 'pallium' kelimesinin kökünden gelmektedir. Palyasyonda gaye altta yatan sebebi belirlemek değil, bu sebebin yol açtığı kötü etkileri iyileştirmektir. Dünyada malign olmayan kronik rahatsızlıklar ve kanser, en yaygın palyatif bakım gerektiren hastalıklardır. Palyatif bakım yalnızca hastalara yönelik değildir(Kabalak, 2013).

Kabullenme, bilgilendirme ve yaşla başa çıkma palyatif bakımın önemli kısımlarındandır. Bu sebeple palyatif bakımda, hasta yakınlarının ve hastanın tüm problemleri bir bütün olarak değerlendirilir ve bunları çözüme kavuşturmak hedeflenir (Sürmeli ve Ayçiçek, 2016).

Dünya çapında on milyonlarca insan HIV/AIDS, kanser gibi hastalar ve ailelerine büyük acılar yaşatan ve onları büyük ekonomik sıkıntılara sokan ve hastanın hayatını tehdit eden birçok hastalıktan etkileniyor. Bu durumda olan hastaların çoğunluğu hastalara seri ve etkili bir tedavinin yapılabildiği gelişen ülkelerde meydana gelmektedir. Palyatif bakımın gelişimiyle etkili ve düşük maliyetli hale gelen yaklaşımlar hastanın acil ihtiyaçları ve hayat kalitesinin arttırılmasında tek makul alternatif cevaptır (Sepulveda ve ark., 2002).

Palyatif bakımın yaşamı tehdit eden hastalığın tanısı konulmasından itibaren tedavi ile birlikte verilmesi, hastanın ölümünden sonra ise yakınlarına yas sürecinde destek verilmesi ile devam edilmektedir (Demir, 2016).

Palyatif bakım yeni bir disiplin olmasına rağmen diğer disiplinler içinde kendine hızlı bir biçimde yer edinmiştir. Bu hareketinin ivmeli bir biçimde gelişmesinin en önemli sebebi tedavisi imkanlar dahilinde olmayan hastalara gereken bakımın ve tedavinin ulaştırılması gün geçtikçe önem kazanmaya devam etmektedir. Palyatif bakım ölümü ve yaşamı ikisini birbirinden ayırmadan doğal bir süreç olarak görür. Palyatif bakım hizmetlerindeki temel amaç hasta ile yakınlarının, hastanın yaşadığı süre boyunca ve kaybından sonra yas ile meydana gelebilecek duygusal ve fiziksel sorunlar bakımından desteklenmesidir. Almanya gibi gelişmişini tamamlamış ülkeler palyatif bakım uygulamalarında önemli gelişmeler kaydetmişlerdir (Bağ, 2012).

Palyatif bakım her ülkenin içerisinde bulunduğu koşullar içinde, evde hastane ortamında, polikliniklerde ve bakım evlerinde, hastanın bulunduğu herhangi bir yerde verilebilir.

Palyatif bakımın hedefleri bireyin ve yakınlarının ihtiyaçlarına göre değişebilir. Palyatif bakım yoğunluğu ve uygulama süreleri hastalık ilerledikçe, hastanın ve yakınlarının ihtiyacı arttıkça ve bakımın komplikasyonu arttıkça artabilir. Bakımın önceliği çoğunlukla hastanın istek ve arzularına, değer ve vicdani yargılarına göre değişir (Elçigil, 2012).

Palyatif bakım ekibi hemşire, hekim ve diğer sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Hemşire hastalarında bakımında primer rol oynamaktadır. Dolayısıyla hemşirenin eğitim, tedavi ve bakım önemli rol oynar. Hemşirenin bu rolleri yerine getirirken hizmet verdiği bireyin fiziksel, psikososyal ve manevi gereksinimlerine dikkat etmesi oldukça önemlidir (Uslu, 2015; Kabalak, 2013).

Palyatif bakım gerektiren hastalıklar; ileri dönem organ yetmezlikleri, motor nöron hastalıklar, HIV / AIDS, tedaviye yanıt vermeyen kanserler, çocuklarda genetik ilerleyici hastalıklardır (Uslu, 2015; Elçigil 2012).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumlarının belirlenmesini amaçlamaktadır.

1.2. Araştırmanın Soruları

Araştırmaya katılan hemşireler;

1. Palyatif bakım konusunda bilgi sahibi midir?
2. Palyatif bakım düzeyleri ne yöndedir?
3. Palyatif bakım düzeylerini etkileyen özellikleri nelerdir?
4. Palyatif bakım bilgi testi ortalaması nedir?

2. GENEL BİLGİLER

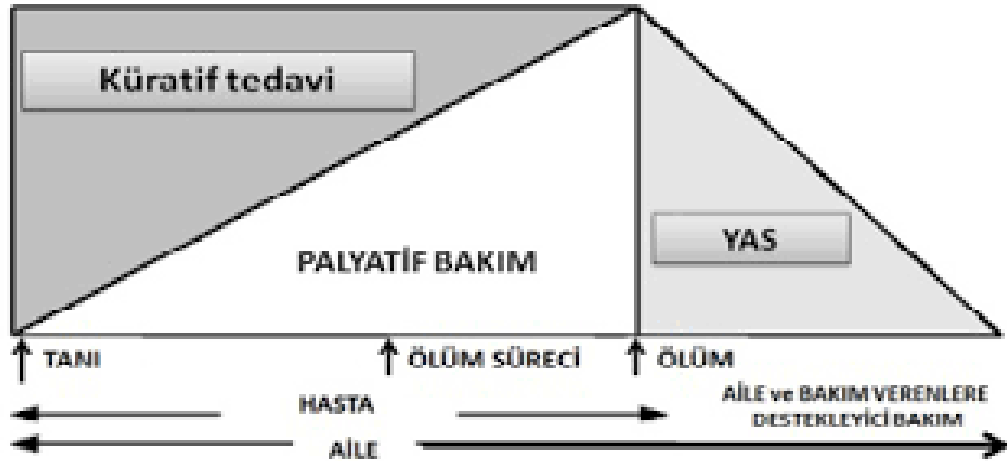
2.1. Palyatif Bakımın Tanımı ve Amacı

2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Türk Dil Kurumu palyatifi “ tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” olarak tanımlanmaktadır. Yaygın olarak tedavisi mümkün olmayan ölümcül hastalığa sahip bireylere ve ailelere verilen destekleyici bakımdır (Kıvanç, 2017).

Palyatif bakım; hastaların son dönemlerinde bakım ve desteğin sağlanması, ölümün de yaşamın bir parçası olduğunu kabul edip, bireyin bakımının; fiziksel, ruhsal, ve sosyal açıdan yaşam kalitesinin artırılması, hastaların ve ailelerin ihtiyaçlarının karşılanması görüşü hakimdir (Turgay, 2010).

Palyatif bakımda hastanın şikayetleri doğrultusunda, semptomların en aza indirilmesi konusunda farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak hastanın son anına kadar rahat bir yaşam sunulması hedeflenmektedir(Elçigil, 2012).



Şekil 1.Palyatif bakım süreci

Kaynak:MeierDE(2011)Increasedaccessto palliative care and hospice services: opportunities toimprovevalueinhealthcare. Milbank Quarterly, 89(3); 343-380.

2.1.2 Bakımın Amacı Palyatif

Palyatif bakımın nihai amacı teşhis ne olursa olsun hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmektir. Hospis bakımın aksine palyatif bakım; tahmine dayanmaz, yaşamın sonu yaklaşırken, palyatif bakımın rolü artar ve agresif semptom yönetimi ve fizikososyal destek üzerine odaklanılır. Hastaların ve ailelerin hastalığın ve prognozunu doğasını anlamalarına yardımcı olmak, yaşamın sonuna yakın bir evrede palyatif bakımın önemli bir özelliğidir. Ek olarak palyatif bakım uzmanları, hastalarına ve ailelerine uygun tıbbi tedaviyi belirlemede ve sağlık ekibiyle birlikte hastanın tedavi hedeflerini sıralamada yardımcı olur (Rome ve ark., 2011).

Hastanın kaliteli bir yaşam sürdürmeye, etkili semptom kontrolü, etkili bir iletişim ölümün doğal bir süreç olduğu, hasta ile birlikte karar verme ve seçimlerine saygı duyma, yas sürecinde aileye destek sağlama palyatif bakımın amaçlarındandır (Kabalak, 2014).

2.2. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi

İlk palyatif bakım bölümü 1842 senesinde Fransa'da kurulmuştur. Modern manada ilk hospis merkezi hizmeti ise 1967 senesinde Britanya'da Cicely Saunders adında bir hemşire tarafından başlatılmış, bu tarihten itibaren de sayıları çoğalmıştır. İlk defa 2002 senesinde Dünya Sağlık Örgütü(WHO) palyatif bakım için bir tanım yapmış, 2004 yılında ise bir uzlaşma rehberi yayımlamıştır (Kabalak, Öztürk, Çağır, 2013).

Palyatif bakım hizmetleri, yani hospis hizmetleri, ilk defa 1960 senesinde İngiltere'de Cicely Saunders'in önderliğinde başlatılmış, daha sonra ise Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, Yeni Zelanda, Avustralya sırasıyla devam etmiştir. Bugünlerde hospis felsefesi; hasta ve yakınlarının merkezde yer aldığı disiplinler arası ekipçe hayata geçirilen, tedaviden fazla palyatif bakımı kelimenin diğer anlamıyla ağrı ve diğer belirtilerin kontrolünü vurgulayan, böylelikle hastanın hayatının son günlerini huzur içinde ve rahat yaşamasını evine yahut evine benzer bir mekanda geçirmesine olanak veren bir hizmet uygulamasıdır (Özkan, 2011).

Cicely Saunders'ın 1967 senesinde İngiltere'de açtığı hospis merkeziyle, ölümcül hastalığı bulunan ve terminal dönemde olan hastalar için palyatif bakım sürecinin temel

ilkeleri belirlenerek bakımın verildiği kurumların sayısı yükselen taleple beraber Britanya'da ve benzeri Avrupa ülkelerinde büyük bir artış göstermiştir (Özkan, 2011).

Palyatif bakım Almanya'da 1983 yılında Köln Üniversite'sinde ilk palyatif bakım servisinin cerrahi bölüme bağlı olarak kurulmasıyla başlar. Alman Sağlık Bakanlığı servis sayısının kısa bir sürede artmasını sağlayan model çalışma başlatması 1991 – 1996 yılları arasına denk gelmiştir. Bu tarihlerden sonra da sayıları artmaya devam etmiştir (Bağ, 2012).

19. yüzyıl başlangıcıyla beraber üst düzey, hayatı tehdit eden, ölümcül hastalıklara sahip olan bireyler için, rahatlatıcı, acının dindirilmesine yönelik, hastalara kendilerini güvende hissedebilecekleri bir ortam sunan bakım türü yaygınlaşmıştır. Özel bir uzmanlık gerektiren, insana insan olduğu için değer veren bir felsefeyi temel ilke edinen hasta ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen bu bakım türüne palyatif bakım denmektedir (Özçelik ve ark., 2014).

2.3. Palyatif Bakımın Hedef Grupları

Kronik bir hastalığı bulunan veyahut travma sebebiyle yaşam standartları düşen ve bakıma ihtiyaç duyan tüm yaş aralıklarındaki hastalara hizmet verir. Her bir hasta ve hasta yakınına kendi ihtiyaçları çerçevesinde bakım sunulur ve bakıma hasta ile yakınlarının müdahil olması sağlanır. Hastanın karar alma yetkinliğinin bulunmadığı durumlarda, hasta yakınlarıyla koordine bir şekilde karar alınır. Bakım planı hastanın ve hasta yakınlarının öncelikleri dikkate alınarak sunulur. Palyatif bakım hedef olarak, kişinin yaşamı tehdit eden bir hastalık teşhisi konması ile başlar ve küratif süreç boyunca, hastanın kaybına kadar ve yakınların yas sürecini de kapsayacak şekilde devam eder (Meier ,2011).

Palyatif bakıma ihtiyaç duyulan hastalıkların niteliklerine dair, bir uzlaşma bulunmayıp, bu tür hastalıklar ilerleyici, iyileştirici tedaviye yanıt vermeyen, ileri safhada ilerlemiş hayatı tehdit eden aktif nitelikli hastalıklar olarak belirtilmektedir. DSÖ'nün ilk tanımında palyatif bakıma ihtiyaç duyulan hastalıklar 'küratif olmayan yani tedaviye cevap vermeyen hastalıklar olarak tanımlanmış, bu durum da son dönemde yapılan bakımla ilişkilendirilmiştir. DSÖ'nün sonraki tanımında yaşantıyı tehdit edici hastalıkla yüz yüze kalan hasta ve yakınları şeklinde genişletilmiştir (Fadıloğlu ve Ateş, 2017).

Bazı yazarlar palyatif bakım gerektiren hastalığın tanı aşamasından itibaren başlamasını savunmaktadır. Bununla birlikte çoğu yazar, palyatif bakımın tedavinin mümkün olmadığı ya da hastalığın son döneminde düşünmektedir. Palyatif bakımın hastalığın ilk safhalarından itibaren başlatılması, hastanın desteğe zamanında ulaşabilmesi açısından önem arz eder (Turgay G., 2010).

Palyatif bakım hastalarının tanınması; sürecin en temel aşamalarından biridir. Bireyin yaşadığı fiziksel, duygusal, sosyal, psikolojik, ruhsal yönleri, tümsel bir değerlendirmeyle teşhis edilmelidir. Hastaların ve yakınlarının özel ihtiyaç ve tercihleri saptanmalıdır. Bu safhada hastanın yanı sıra hastanın bulunduğu ev ve aile ortamı teşhis edilmelidir. Bazı hastalar yaşadıkları zorlukları kendisine sormadan söyleyebilir. Bundan dolayı, periyodik değerlendirmeler; spesyal ölçeklerle hayata geçirilmeli ve belirtilerin şiddeti tanınmalıdır. Bulunan semptomlar ekip üyelerine de bildirilmelidir. Palyatif bakımın kapsamı göz önüne alındığında, klinik incelemelerde kliniklere özgü bir protokol izlenmelidir (Fadıloğlu ve Ateş, 2017).

Bireyselleşmiş, holistik ve duyarlı bir bakım tüm hastalar için gereklidir, ancak bu süreç ölümlü yüz yüze olan hastalar için daha da değerlidir. Bundan dolayı yaşamlarının son anlarında ölmekte olan hastaların olabildiğince nitelikli bir bakım almaları sağlanmalıdır. Palyatif bakımın niteliğinin geliştirilmesinde bu bakımı veren sağlık personelinin hayat ve ölümü çevreleyen sorunlarla karşılaşmaya, ölüme dair kendi duygularını araştırmaya ve beklenen ölüme karşı gösterilen hasta yakınlarının tepkilerini anlamaya bu kişilere destek olmaya hazır olması gerekmektedir (İnci ve Öz, 2012). Palyatif bakım, yaşama tehdit oluşturacak nitelikteki hastalıkla karşı karşıya kalan hastaların ve yakınlarının yaşam kalitelerini iyileştirmek, başta ağrı ve acı olmak üzere, fiziksel, ruhsal sorunların erken teşhis edilip, değerlendirerek bu kişilere rahat bir ölüm sağlar (Hançerlioğlu ve ark., 2018).

2.4. Palyatif Bakım Ekibi

Palyatif bakım ekibi ortak bir hedef doğrultusunda hizmet sunan profesyonellerden oluşmaktadır. Palyatif bakımda hasta kişinin mümkün mertebede bağımsızlığını devam ettirmesini sağlamak, kişiselliğinin ve değerlerinin korunmasını garanti altına almak, hasta yakınlarını desteklemek önemlidir. Çoklu disiplinli bir bakım çeşidi olan palyatif bakım bir bakım işidir. Onkolog, nörolog, cerrah, algolog, palyatif

bakım hemşiresi, din görevlisi, sivil toplum gönüllüleri ve psikolog palyatif bakım ekibinde bulunmaktadır (Kıvanç, 2017).

Palyatif bakımda, etkili semptom yönetiminin yanında, interdisipliner bir palyatif bakım timi, kronik hastalığı bulunan hastayla ilgilenmekten tükenmişlik yaşayabilecek, bakım sunma yükü ile başa çıkmakta zorluklar yaşayan aile bireyleri ve yakınlar için psiko-sosyal destek sağlanmalıdır (Kahveci, Gökçınar, 2014).

Palyatif bakım medikal onkolog, psikiyatri uzmanı, anestezi uzmanı, iç hastalıkları uzmanı, radyasyon onkoloğu, fizik tedavi rehabilitasyon uzmanı, genel cerrah ve göğüs hastalıkları uzmanından oluşan ve eğer gerekirse ekip lideri tarafından belirlenecek başkaca uzmanlık alanlarından yardım alınabilecek çoklu disiplinli bir kadro tarafından yürütülür (Kıvanç, 2017).

Doktorlar ve hemşireler profesyonel kadronun ana parçasını oluşturur. Konuşma terapisti, uğraşı terapisti, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmetler uzmanı gibi yardımcı diğer sağlık personelleri ihtiyaç duyulduğunda devreye girer. Buna ek olarak diğer kurumlarla, disiplinler arası bir hizmet sağlanır (Kahveci, Gökçınar, 2014).

Ölümü yaklaşmış hastalara bakım sunmak, çok farklı ve güçlü stres faktörlerini yanında getirir. Bundan dolayı, sağlık personelinin etkili baş etme stratejileri geliştirmeleri ve destek kaynaklarından faydalanmaları gerekir. Aksi takdirde, bakım verdiği hastaların devamlı kaybının yaşandığı tecrübe eden ve onların ölümüyle beraber kendisi de kayıpla yüzleşen sağlık personeli bir zaman sonra tükenme sendromu ile karşı karşıya kalabilir (Cimete, 2002). Etkin palyatif bakım, hasta ve yakınlarını merceğine alan, toplum kaynaklarının tüketimine çoklu disiplinli bir yaklaşımı barındırır. Palyatif bakım hekimi, eczacısı, hemşiresi, din personeliyle kendine özgün bir alandır (Fredman et al., 2004).

Yaşlanan nüfus ve yaşam süresinin yükselmesini sağlayan teknolojik gelişmeler sebebiyle ciddi ve yaşama tehdit oluşturucu hastalıklara sahip kişilerin sayısında artışlar meydana gelmiştir. Bu hastalıklar esnasında yaşam standardını yükseltmek için artan bir biçimde palyatif bakım programları düzenlenmektedir. Palyatif bakımda hizmet, tecrübeli ve bilgili sağlık görevlileri ve gönüllülerce oluşturulmuş bir ekipçe verilmekte ve her ülkenin kendi şartları dahilinde; hastane koşullarında, birinci basamak sağlık merkezlerinde, ev alanında, hospislerde ve son dönem bakım evlerinde sunulur (Eygör ve Yeşil, 2017).

2.5. Palyatif Bakımda Hemşirelik Bakımı

Palyatif bakım hemşireliğinin mercek noktası hastalık, ölüm ve yas sürecinde hasta ve yakınlarının ölüm sonrasında hastanın yakınlarının yaşam standardını yükseltmektir. Bu nedenle hemşirenin bilgilendirme, bakım ve tedavi, koordinasyon, önderlik ve benzeri önemli rolleri vardır. Bunları yerine getirirken hemşire hasta ile yakınlarının kendine has bir durumu olduğunu göz ardı etmemelidir. Her hastanın psiko-sosyal, maddi ve manevi ihtiyaçları farklı olabilir. Hemşire, hasta ve yakınlarının özel alanına ve farklı tepkilerine karşı saygı ve anlayış göstermelidir. Hemşire hasta ve yakınlarıyla etkili bir iletişim kurmalıdır. Hemşire hasta ile güvene dayanan bir ilişkili kurmalı bu çerçevede hasta ve yakınlarıyla iletişimde bulunmalıdır. Her hastanın yaşı, inançları etnik kökleri, cinsiyeti, değerleri, sosyoekonomik durumu farklıdır ve bunlardan bağımsız olarak bireyler nitelikli bir bakım hizmeti almaya ve insan onuruna yakışır şekilde huzur içinde ölme hakkına sahiptir. Hemşire, hastanın yakınları ve çevresindeki bireylerle mümkün mertebede güçlü ilişkiler kurabilmesini sağlamalıdır. Hastanın ümidini devam ettirmesine yardım etmeli, kendini kontrol etme yetisini kaybetmesine izin vermemelidir (Elçigil, 2012; Akçakaya, 2018).

Teknolojik gelişmeler ve yaşam süresindeki yükselmeyle birlikte palyatif bakıma olan gereksinim artmış ve bunun sonucu olarak da palyatif bakım hemşirelerine olan talep artmıştır. Hemşireler palyatif bakım hizmetinin sunulmasında büyük bir rol oynamaktadırlar. Türkiye'de palyatif bakım hemşireliği bu alandaki ve hemşirelikteki yeni gelişmelere paralellik arz etmektedir. Sağlık sisteminde yapılan değişiklikler ve bilimin yeni gelişmeleriyle birlikte hemşirenin rolü palyatif bakım alanında genişlemeyi sürdürecektir (Kıvanç, 2017). Palyatif bakım hemşirelerinin sağlıkla ilgili kaydedilen gelişmelere yanıt vermesi, hemşirelik alanındaki özelleşmenin yerinin açığa çıkarılması, hemşirelik bakım ölçüt ve yeterliliklerini belirtmesi uygulamaya dökmesi bakım neticesi ve etkinliğini göstermelidir (Yıldırım, 2017).

Ölmekte olan bireyin bakımını sağlayan hemşireler de hasta ve yakınları gibi öfke, sinir, stress, depresyon, çaresizlik gibi duygular yaşarlar. Bunun yanı sıra hemşire için bakım hizmeti sunduğu hastanın ölümü, başarısızlık ve yetersizlik gibi his ve duyguları da yanında getirebilir. Hemşireler, hasta birey için ölümcül hastalık teşhisi konduğunda bir yadsıma dönemine girebilirler. Yadsıma belirli bir süre için rahatlama

hissi verebilir. Ancak bu safhada hemşire hastanın sadece hastalığını tedavi etmek için ve teknik işlemlere odaklandığından bakımın diğer yönleri eksik kalır. Buna ek olarak hastanın yakın gelecekte ölebileceğini yadsıyan hemşire, küratif tedavinin mümkün olmadığını reddedip ısrarla tedaviyi sürdürmek isteyebilir. Tüm bunlar bireyin daha çok acı çekmesine sebebiyet verebilir (İnci ve Öz,2012; Kıvanç, 2017).

2.6. Palyatif Bakımda Etik

Sağlık uzmanlarının hospislerde kalan ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalarla ilgili karşı karşıya kaldıkları etik sorunlar genel olarak hastanın durumunun kötüleşmesiyle alakalı olmaktadır. Terminal dönemde bulunan hastalarda ortaya çıkan etikdilemmalar arasında morfin uygulamaları, ağız yoluyla beslenmesi olanaklı olmayan hastalarda enternal ve parenteral yollarla beslenmenin hasta ve yakınlarınca kabul edilmemesi, tedaviyi geri çevirmesi yer almaktadır. Diğer yandan hasta, ailesi ve yakınlarının bakım ve tedaviye tamamıyla dahil edilmemesi, tercihlerine saygı duyulmaması, bakım planlamasında hasta ve yakınlarıyla irtibata geçilmemesi ve benzeri etik sorunlarla da karşılaşmaktadır (Seven, 2015).

Palyatif bakımda milletlerarası temel bakım ilkeleri belirlenmiş olsa da, herülkenin ekonomik, sosyal ve kültürel, etik ve yasal farklılıkları dikkate alınarak uyarılama yapılmalıdır. Hasta, ailesi ve yakınlarının kararları önem teşkil eder ve bilgilendirilmiş bir şekilde onayları alınmalıdır. Destek tedavinin kesilmesi kararı hasta ve yakınları ile beraber alınmalıdır. Ötenazi ve yardımcı olarak hayatı sonlandırma etik değildir. Fakat ötenazi terminal dönemde sürece etki etmeyen derin sedasyon ve analjezi ile karıştırılmamalıdır. Bu evrede yapılacak resüsitasyon, derin sedasyon ve analjezi yapıp yapmama kararı çözümlenmesi yasal ve etik problemlerdir (Korhan ve ark., 2018).

Çoğu birey, iyi bakım ve hayatlarının son döneminde acısız ve ağrısız bir ölüm arzu eder. Bu bir insanlık hakkı olmakla birlikte tüm dünyada sağlık standardının yüksek olduğunun bir göstergesi olarak görülür. Palyatif bakım gerektiren bireyler için sağlık kurum ve kuruluşlarında bu amaca tahsis edilmiş birimlerin ve ekiplerin bulunmaması, yaşam kalitesini artırma yönelik bir bakım hizmetinin verilmemesi, etik ve yasal regülasyonlara yer verilmemesi önemli bir sorun teşkil eder (Kabalak ve ark.,2013).

Klinik uygulamada genel hedef, hastanın iyi durumunun sürdürülmesi ,acıların ve ağrıların azaltılması amacıyla gereksinim duyulan bakımı sağlamaktır. Bunun için

sağlık uzmanlarıyla hasta arasında bakım ve tedavi ilişkisinin getirdiği temel yükümlülükleri içine alan mesleki bir ilişki oluşur. Bu ilişkinin temelleriyse hastaya zarar vermekten kaçınan bir etik yönetime temellenir. Tıbbi bakım şartlarındaki bu etik zorunluluk defanssız, örselenebilir durumdaki hastaların onurunu ve rahatını garanti altına almak için etik kararlar vermek önemlidir. Kronik hastalığın son safhasında veyahut hastalığın yaşama tehdit oluşturduğu döneminde olan bireylere palyatif bakım veren sağlık görevlileri de sıkça karşılaşılan etik problemler neticesinde etik karar alma sürecini tecrübe eder (Korhan ve ark., 2018).

Palyatif bakım ekibi bir çeşit takım çalışması ve uygulaması anlayışına sahip bulunmalıdır. Bu bağlamda ekibin bazı prensip ve ilkelere uygun olmasını mümkün kılan yapının içinde ahlaki ve etik değerlerin yer alması önemlidir. Etik değerler hangi şekilde düşünülürse düşünülün sonuç olarak ortaya sistematik bir oluşum çıkarmak durumdadır (Korhan ve ark., 2018).

2.7. Palyatif bakım modelleri

Palyatif bakım hasta ve ailelerine uygun ve kaliteli bakıma dayanan farklı modeller ile birlikte; ortak amaç hastanın kültürel değerlerine önem vererek yakınlarına ve kendisine fiziksel ve manevi destek sağlanmasıdır (Aydoğan ve Uygun 2011; Lagman ve Walsh 2005; Worldwide Palliative Care Alliance 2014).

Palyatif Bakım modelleri üç başlık altında incelenmektedir;

2.7.1. Hastane Temelli Palyatif Bakım

Hastane temelli palyatif bakım fiziksel ve psikososyal sorunların uzmanlaşmış bir yaklaşım gerektiren hatalar için uygundur (Aydoğan ve Uygun 2011; Lagman ve Walsh 2005). Hastane temelli palyatif bakım hızla artmaktadır. Bu programlar özellikle var olan semptomlardan yakınan ve acı çeken, kişisel ihtiyaçlarının karşılamada yetersiz kalan yüksek riskli kompleks hastaların yaşam kalitesini artırmak için tercih edilen modeldir (Center to Advance Palliative Care 2012; Santa-Emma ve ark. 2002).

2.7.2. Ev Temelli Palyatif Bakım

Ev temelli palyatif bakım primer ortamdır.ev temelli palyatif bakımın amacı, bireyin alacağı sağlık hizmetinin ev ortamında almasını sağlamaktır.böylelikle hasta ev konforunda her an palyatif bakım desteğine kavuşabilir (Aydoğan ve Uygun 2011).

2.7.3. Toplum Temelli Palyatif Bakım

Ayaktan tedavi edilebilecek durumda olan hastalar için kliniklerden oluşmaktadır. Bu hastalara sunulan bakımın maliyeti daha düşük olduğundan son yıllarda oldukça fazla tercih edilmektedir (Hui ve Bruera 2015). Bu kliniklerde hastaların beslenmesinin desteklenmesi, semptom yönetimi gibi uygulamaların yanında sosyal ve manevi olarak hasta ve yakınları desteklenmektedir (Beresford ve Kerr 2012).

2.8. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım

Palyatif bakım hizmetlerinin gelişmişliği ülkelere göre farklılık gösterse de, gelişimine devam eden ülkelerde gelişimini tamamlamış ülkelere nazaran daha çok yapılanma safhasındadır. Wright ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada; Dünya çapında palyatif bakım 4 farklı gruba ayrılmıştır. Grup 1: Yaşam sonu bakım merkezleri ve palyatif bakım ünitelerinin ve faaliyetlerinin yer almadığı ülkeler; Grup 2:Türkiye'nin de içinde yer aldığı yaşam sonu bakım ve palyatif bakım faaliyetlerinin yapılanmadığı ve henüz yeterli bulunmadığı ülkeler; Grup 3: yaşam sonu bakım merkezleri ve palyatif bakım merkezlerinin faaliyetlerini mahalli ve bölgesel olarak yürüttüğü ülkeler; Grup 4:yaşam sonu bakım, palyatif merkezlerinin genel sağlık sistemiyle bütünleştiği ülkeler şeklinde belirtilmiştir. Lynch ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada palyatif bakımın gruplandırması değişmiş Grup 3 ile Grup 4 alt sınıflara ayrılmıştır. Grup 3A palyatif bakım faaliyeti bulunan fakat bu faaliyetin desteklenmediği ülkelerdir. Grup 3B ise Türkiye'nin de içinde yer aldığı palyatif bakım faaliyetlerinin mahalli ve bölgesel olarak desteklendiği ülkelerdir. Grup4 A yaşam sonu bakım ve palyatif bakım faaliyetlerinin sağlık sistemi içine aktif olarak entegre olma aşamasında olduğu ülkelerdir. Grup 4 B ise yaşam sonu bakım ve palyatif bakım faaliyetlerinin sağlık sistemine aktif olarak entegre olduğu ülkelerdir (Uslu ve Terzioğlu, 2015; Lynch ve ark. 2013; Wright ve ark. 2008).

İskandinav Ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde palyatif bakım hizmetlerinin hızlı bir gelişim gözlemlenir. Almanya bu ülkelere göre palyatif bakımı sağlık sistemine entegre etmekte gecikmiş olsada son yıllarda hızlı bir gelişme sağlamıştır (Sabatowski ve ark.,2010).

Japonya'da ilk palyatif bakım hizmeti Osaka'da, Yodogawa Christian Hastanesinde 1973'te başlamıştır, ilk palyatif bakım ünitesi (PCU) 1981 yılında SeireiMikatahara General Hastanesinde açılmıştır. Günümüzde Japonya'da üç farklı modelde palyatif bakım sunulmaktadır; palyatif bakım üniteleri, hastane palyatif bakım ekipleri ve özelleştirilmiş evde bakım klinikleri. Sağlık Sigortası palyatif bakım hizmetlerini ödenek sağlıyor. Evde hemşirelik bakım hizmetleri 1992, hastane palyatif bakım hizmetleri 2002, hospis hizmeti veren klinikler ve günübürlük hospisler ise 2006 yılı itibari ile hizmet altındadır. Ulusal politikaların desteği sayesinde 2015 yılında Japonya'da PCU sayısı 357 ve yatak sayısı 7.184'e ve 2014'de hospis hizmeti veren klinik sayısı 14.662'ye, hastanelerde palyatif bakım hizmeti veren ekip sayısı ise 513'e ulaşmıştır (Mori ve ark., 2016).

Palyatif bakım mantığını en iyi kabul eden ülkelerden biri de Avustralya'dır. Avustralya Palyatif Yaşlı Bakım Evleri yaşlı bakım hizmeti sunan 3.000'den fazla kuruluşa sahiptir. Erken tanımlama, fiziksel, kültürel, psikososyal, sosyal ve manevi ihtiyaçların giderilmesini içeren bir yaklaşım vardır (Güdük Ö. ve Güdük Ö., 2017).

Türkiye'de palyatif bakım bu alanda bilgili ve eğitimli sağlık uzmanlarının palyatif bakımın verilmesinde önemli bir konuma sahip olan morfine ulaşmanın zor ve morfin türlerinin az olması gibi sebeplerden ötürü uzun yıllar boyunca görmezden gelinmiştir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı 'Palyatif Bakım Hizmeti Hareket Programı' ile çeşitli ve ilgili kurum ve kuruluşlardan gelen uzmanların katılımıyla 2008 senesinde düzenlenen 3 çalıştay neticesinde hayata geçmiştir. Bu hareket planında ülkemiz şartları ve öncelikleri doğrultusunda; halihazırdaki kanser verisi ve insan kaynakları analizden geçirilerek palyatif bakım modelinin meydana getirilmesi ve 3 pilot palyatif merkezinin hayata geçirilmesi; palyatif bakım hizmeti alanında bilgili, eğitimli ve tecrübeli uzman ekiplerin oluşturulması; opioid kullanımı ve ulaşılabilirliğinin kolaylaştırılması hedeflenmiştir. Bu hedefleri gerçekleştirmek amacıyla Pallia-Türk adlı bir proje gündeme getirilmiştir. Asıl olarak Pallia-Turkaile hekimliğiyle başlanan ve Ketem ve STÖ'ler ile arka çıkılan hemşirelik bakımı öne çıkan bir sistem olmakla birlikte, ülkemizin sosyal ve

kültürel yapısına en uyumlu sistem olduğu ifade edilmektedir. Bu proje 2011 yılında başlatılmıştır.

Türkiye'de palyatif bakım terim olarak daha yerleşmemiş olup genellikle destek bakımı veya yaşam sonu bakımı olarak düşünülmele beraber ağrı kontrolüyle aynı görülmektedir. Türkiye'de özelleşmiş palyatif bakım üniteleri olmamakla beraber ağrı ve semptom yönetimi büyük hastanelerde tıbbi onkoloji ve algoloji poliklinikleri tarafından sağlanmaktadır (Bingley,Clark, 2008).



3.GEREÇ YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma hemşirelerin palyatif bakım algısının belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yer ve Zamanı

Bu araştırma Samsun ili Gazi Devlet Hastanesinde Kasım 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Samsun Gazi Devlet Hastanesinde, aktif olarak çalışmakta olan 269 hemşire oluşturmaktadır.

Örnekleme seçimine gidilmeden tüm hemşirelerin örnekleme kapsamına alınması planlanmıştır. Çalışmaya araştırmaya gönüllü olarak katılan, iletişim sorunu olmayan, çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporlu olmayan toplam 245(%91) hemşire alınmıştır.

3.4.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan (Ek-5) sayılı izin alınmıştır. Samsun İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın yapılacağı Gazi Devlet Hastanesi kurum izni (Ek-4) alınmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelere çalışmaya ilişkin bilgi verilmiş ve sözlü olarak onamları alınmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllük esastır. Katılımcı hemşirelere kendilerinden alınan bilgilerin sadece çalışmacı kişi tarafından değerlendirileceği belirtilmiştir.

3.5.Veri Toplama Araçları

3.5.1.Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslekte çalışma yılı, çalışmakta olduğu klinik hakkında bilgilerin toplanması için hazırlanmıştır.

Katılımcının palyatif bakım konusunda bilgi alıp almadığı, aldı ise bilgiyi nereden aldığı, çalıştığı kurumda palyatif bakımla ilgili hizmet içi eğitimin düzenlenip düzenlenmediği, palyatif bakım eğitimi konusunda hangi konuların ele alınması gerektiğine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Palyatif Bakıma İlişkin Görüş İfadeleri

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (Kabalak ve ark.,2013; Şahan ve Terzioğlu, 2015; Elçigil, 2012) palyatif bakıma ilişkin bazı genel bilgiler verilmiştir..Katılımcının verilen bilginin doğruluğunu ‘Doğru’, ‘Yanlış’ ya da ‘Bilmiyorum’ olarak işaretlenmesi istenmektedir.

3.5.3. Palyatif Bakım Bilgi Testi

Nakazawa ve ark. tarafından 2009 yılında geliştirilen Palyatif Bakım Bilgi Testi(PBBT) felsefe, ağrı, dispne, psikiyatrik problemler, gastrointestinal problemler olmak üzere 5 alt boyut, 20 maddeden oluşmaktadır. Bilgi testi doğru, yanlış ve bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. Değerlendirme yapılırken bilmiyorum cevabını verenler yanlış olarak değerlendirilmekte olup ölçek iki dereceli bir ölçek olarak ele alınmaktadır. Doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba 0 puan verilmektedir. Ölçekte 10 madde ters puanlanmaktadır. Bilgi testinden alınabilecek puan 0-20 arasında değişmekte olup, testten ne kadar yüksek puan alınırsa palyatif bakım hakkında bilgi düzeyinin o kadar yüksek olduğu ifade edilmektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Seven(2015) tarafından yapılmış olup cronbach alpha değeri 0, 91’dir. Bu çalışmada da cronbach alpha değeri 0, 91 olarak bulunmuştur.

3.6. Veri toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler Kasım2018 Şubat 2019 tarihleri arasında Samsun Gazi Devlet Hastanesinde hemşire olarak çalışan, çalışmaya katılmak isteyen, çalışmanın yapıldığı tarihlerde izinli veya raporlu olmayan hemşirelere uygulanmıştır

Uygulamada hemşirelerle görüşülerek anket formları bizzat verilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır.

Analizlerde nitel (kategorik) değişkenler için frekans dağılımı verilmiştir. Nicel (sayısal) değişkenlerin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapması hesaplanmıştır. Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutlarından elde edilen puanların kategorik değişkenlere göre farklılık gösterme durumu t ve ANOVA testleri ile analiz edilmiştir. Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutlarının grup sayısı 30'dan küçük olunan değişkenlere göre farklılık gösterme durumu Mann Whitney ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edilmiştir.



4.BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı

		n	%
Yaş	30 yaş ve altı	56	22,9
	31-35 yaş	55	22,4
	36-40 yaş	62	25,3
	41 yaş ve üzeri	72	29,4
Cinsiyet	Kadın	201	82,0
	Erkek	44	18,0
Mezun olunan okul	Lise	18	7,3
	Önlisans	52	21,2
	Lisans	162	66,1
	Yüksek lisans	13	5,3
Meslekte çalışma yılı	5 yıl ve altı	39	15,9
	6-10 yıl	61	24,9
	11-15 yıl	40	16,3
	16-20 yıl	46	18,8
	21 yıl ve üstü	59	24,1
Çalışılan Klinik	Dahili Klinik	75	30,7
	Cerrahi Klinik	76	31,1
	Yoğun Bakım	58	23,8
	Diyaliz, Acil	35	14,3

Tablo 1’de hemşirelerin demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre hemşirelerin % 25,3’ü 36-40 yaş aralığında, %82’sinin kadın, %66,1’inin lisans mezunu, %24,9’unun meslekte 6-10 yıl çalıştığı ve %30,7’sinin dahili kliniklerde çalıştığı tespit edilmiştir.

Tablo 2.Hemşirelerin palyatif bakım bilgi alma durumlarına yönelik bilgi ve tutumlarının dağılımı

		n	%
Palyatif bakım konusunda bilgi alma durumu	Alan	105	42,9
	Almayan	140	57,1
Bilgi kaynağı	Okul	55	52,4
	Kongre, İnternet, Dergi kitap	29	27,6
	Hizmet içi eğitim	21	20,0
Çalışılan kurumda palyatif bakımla ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim Varlığı	Var	18	7,4
	Yok	226	92,6
Palyatif bakım konusunda eğitim programında ele alınması gereken konulara yönelik düşünceler	Palyatif bakım	230	93,9
	Semptom yönetimi	179	73,1
	İletişim	195	79,6
	Yas süreci	200	81,6
	Yasal ve etik kurallar	195	79,6

Tablo 2’de hemşirelerin palyatif bakım konusunda eğitim/bilgi durumlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre hemşirelerin %42,9’u palyatif bakım konusunda bilgi aldığını; eğitim alanların %52,4’ünün bu bilgiyi üniversite eğitiminden aldığını ve palyatif bakım konusunda eğitim programında ele alınması gereken konuların %93’u palyatif bakım, %81,6’sı yas süreci ve %79,6’sı iletişim ve yasal ve etik kurallar konusunun olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 3.Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili ifadelerle yönelik görüşleri

	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
Palyatif bakım terminal dönemdeki hastalara uygulanır.	228	93,1	16	6,5	1	,4
Palyatif Bakım hasta bireyin kalan hayatını kaliteli bir şekilde yaşamasını amaçlar	237	96,7	5	2,0	3	1,2
Palyatif bakım hizmetinin amacı ölümü normal bir süreç olarak kabul ederek, kişinin olabildiğince iyi yaşamasına yardımcı olmak	237	96,7	7	2,9	1	,4
Palyatif bakım hastanın şikayetleri nedeniyle sık sık acil servise başvurma, yoğun bakıma ve hastaneye yatması ve sonrasında gereksiz yere yapılan tetkikleri ve invaziv girişimleri önlemektir.	215	87,8	27	11,0	3	1,2
Palyatif bakım multidisipliner bir ekip işidir.	221	90,2	5	2,0	19	7,8
Palyatif bakım hastanın yaşam sonuna kadar olan bakımı kapsamaktadır	159	64,9	78	31,8	8	3,3
Palyatif bakım yalnızca hasta bazlı bir hizmet olmayıp hasta ve yakınlarına da psikolojik ve sosyal destek sunulmasını kapsayan bir bakımdır.	191	78,0	43	17,6	11	4,5
Palyatif bakım bireyin yaşamını uzatmak için uygulanan bakım değildir.	225	91,8	10	4,1	10	4,1
Palyatif bakımda hasta ve ailesi karar verici bir ekip üyesidir	217	88,6	9	3,7	19	7,8
Palyatif bakım sadece ağrı ve acı kontrolünü içerir.	60	24,5	171	69,8	14	5,7
Palyatif bakım kanser hastalığının ortaya çıkardığı semptomları ortadan kaldırmaya yönelik bir tedaviyi kapsamaktadır	183	74,7	44	18,0	18	7,3
Palyatif bakım semptomun nedenini araştırmaksızın sadece belirtilerin azalmasını veya yok edilmesini amaçlar.	181	74,2	48	19,7	15	6,1
Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu yoktur.	148	60,4	57	23,3	40	16,3
Palyatif bakım hastane temelli olmalıdır	85	34,7	147	60,0	13	5,3
Palyatif bakım merkezlerinde ayrıca aile ve bakıcıların, kişinin hastalığı süresince ve ölümünden sonraki yaşlı dönemi geçirmelerinde destek verilmektedir.	203	82,9	15	6,1	27	11,0

Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili ifadelerle görüşlerin büyük çoğunluğunun evet cevabı verdiği saptanmıştır(Tablo 3).

‘Palyatif bakım hasta bireyin kalan hayatını kaliteli bir şekilde yaşamasını amaçlar’ ifadesine katılımcıların %96,7’si doğru cevap vermiştir.

‘Palyatif bakım hastane temelli olmalıdır.’ İfadesine katılımcıların % 60,0’ı doğru cevap vermiştir.



Tablo 4.Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları

	n	Minimum	Maximum	Ortalama	ss
Felsefe	245	0, 00	2, 00	1, 30	0, 74
Ağrı	245	0, 00	6, 00	2, 69	1, 68
Dispne	245	0, 00	4, 00	1, 42	1, 30
Psikiyatrik Problemler	245	0, 00	4, 00	2, 27	1, 41
Gastrointestinal Problemler	245	0, 00	4, 00	2, 22	1, 52
Palyatif Bakım Bilgi Testi	245	0, 00	20, 00	9, 90	5, 39

Tablo 4’de Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutlarına ait puan ortalaması verilmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım bilgi testinde aldıkları puanların ortalaması $9,90 \pm 5,39$ olup en yüksek bilgi düzeyi puanını ağrı alt boyutundan, en düşük bilgi düzeyi puanını felsefe alt boyutundan aldıkları saptanmıştır.

Tablo 5.Yaşa göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

	Yaş										istatistik	p
	30 yaş ve altı		31-35 yaş		36-40 yaş		41-45 yaş		46 yaş ve üstü			
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD		
Felsefe	1,30	0,71	1,40	,68	1,19	,72	1,36	,79	1,24	,88	,691	,599
Ağrı	3,07	1,57	2,84	1,57	2,34	1,39	2,43	1,91	2,84	2,13	1,882	,114
Dispne	1,68	1,18	1,27	1,35	1,37	1,19	1,34	1,45	1,48	1,45	,803	,524
Psikiyatrik Problemler	2,57	1,20	2,47	1,35	2,02	1,35	2,02	1,52	2,24	1,74	1,830	,124
Gastrointestinal Problemler	2,54	1,26	2,53	1,26	2,13	1,51	1,79	1,74	1,88	1,90	2,558	,039*
Palyatif Bakım Bilgi Testi	11,16	4,85	10,51	4,64	9,05	4,56	8,94	6,44	9,68	7,24	1,733	,143

p* < 0, 05

Tablo 5’de Yaşa göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutlarının dağılımı verilmiştir.

Farklı yaş grupları arasında Gastrointestinal Problemler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0, 05$). Buna göre 30 yaş ve altında olanların Gastrointestinal Problemler puan ortalaması en büyük iken 41-45 yaş olanların ortalaması en küçük bulunmuştur.

Palyatif bakım bilgi testi felsefe alt boyutunda 31-35 yaş aralığında olan hemşirelerin aldığı (1,40±0,68) saptanmıştır. Ağrı (3,07±1,57) ve dispne alt boyutunda en yüksek puanı (1,68 ±1,18) 30 yaş ve altında olan hemşirelerin aldığı bulunmuştur. Psikiyatrik problem alt boyutunda ise 30 yaş ve altı katılımcılar en yüksek puanı (2,57±1,20) aldıkları saptanmış olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p<0.05).

Tablo 6.Cinsiyete göre Palyatif Bakım Testi ve alt boyut puan ortalamasının incelenmesi

	Cinsiyet				istatistik	p
	Kadın		Erkek			
	X	SD	X	SD		
Felsefe	1,27	,77	1,45	,55	1,878	,064
Ağrı	2,60	1,72	3,09	1,38	1,779	,076
Dispne	1,35*	1,31	1,77*	1,22	1,970	,050
Psikiyatrik Problemler	2,13*	1,44	2,91*	1,03	4,202	,000*
Gastrointestinal Problemler	2,03*	1,52	3,09*	1,16	5,177	,000*
Palyatif Bakım Bilgi Testi	9,37*	5,54	12,32*	3,89	4,178	,000*

p* < 0,05

Tablo 6’de cinsiyete göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre Dispne alt boyutu açısından erkeklerin palyatif bakım algısı kadınlara göre daha yüksek bulunmuş olup, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,05).

Cinsiyete göre Psikiyatrik Problemler alt boyut puan ortalaması erkeklerde daha yüksek bulunmuş olup, cinsiyet açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0,05).

Cinsiyete göre palyatif bakım bilgi testi gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması erkeklerde daha yüksek bulunmuş olup, kadınlar ve erkekler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Erkeklerin palyatif bakım hakkında bilgi düzeyi kadınlara göre daha yüksektir.

Tablo 7. Mezun olunan okula göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

	Mezun olunan okul									
	Lise		Önlisans		Lisans		Yüksek Lisans		İstatistik	p
	X	D	X	SD	X	SD	X	SD		
Felsefe	1,61	,70	1,10	,85	1,33	,70	1,31	,75	2,531	,058
Ağrı	2,44*	,72	2,00*	,58	2,97*	,64	2,23*	,64	5,143	,002*
Dispne	1,17	,54	1,13	,27	1,54	,27	1,46	,45	1,557	,201
Psikiyatrik Problemler	2,22	,59	1,88	,40	2,41	,36	2,15	,63	1,875	,134
Gastrointestinal Problemler	2,00*	,57	1,69*	,69	2,43*	,43	2,08*	,38	3,348	,020*
Palyatif Bakım Bilgi Testi	9,44*	,14	7,81*	,48	10,68*	,14	9,23*	,26	3,987	,008*

p* < 0,05

Tablo 7’de mezun olunan okula göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutları puan ortalaması verilmiştir.

Mezun olunan okul farklı olan gruplar arasında Ağrı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre lisans mezunu olanların Ağrı puan ortalaması en büyük iken ön lisans mezunu olanların ortalaması en küçüktür.

Mezun olunan okula göre Palyatif Bakım Bilgi Testi gastrointestinal problemler alt boyutları puan ortalaması lisans mezunu olan hemşirelerde en yüksek, ön lisans mezunu olanların en küçük olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Mezun olunan okula göre Palyatif Bakım Bilgi Testi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre lisans mezunu olanların Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması en büyük iken ön lisans mezunu olanların ortalaması en küçüktür.

Mezun olunan okula göre Palyatif Bakım Bilgi Testi felsefe alt boyutu ve dispne alt boyutu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Mezun olduğu okul farklı olan gruplar arasında psikiyatrik problemler alt boyutunda en yüksek puanı lisans mezunu olanlar, en düşük puanı önlisans mezunları almıştır.

Tablo 8. Meslekte çalışma yılına göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı

	Meslekte çalışma yılı										İstatistik	p
	5 yıl ve altı		6-10 yıl		11-15 yıl		16-20 yıl		21 yıl ve üstü			
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD		
Felsefe	1,36	0,67	1,28	0,71	1,38	0,70	1,13	0,83	1,37	0,76	,922	,452
Ağrı	3,31*	2,61	2,85*	1,55	2,68*	1,75	1,89*	1,42	2,73*	1,80	4,313	,002*
Dispne	1,82	1,19	1,39	1,26	1,28	1,34	1,22	1,30	1,46	1,38	1,350	,252
Psikiyatrik Problemler	2,77*	1,09	2,57*	1,28	2,05*	1,52	1,57*	1,31	2,32*	1,50	5,471	,000*
Gastrointestinal Problemler ²	,69*	1,24	2,49*	1,36	2,35*	1,33	1,74*	1,61	1,92*	1,74	3,383	,010*
Palyatif Bakım Bilgi Testi	1,95*	5,02	0,59*	4,55	9,73*	5,22	7,54*	5,19	9,80*	6,12	4,063	,003*

p* < 0,05

Tablo 8’de Meslekte çalışma yılına göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı verilmiştir. Meslekte çalışma yılına göre Palyatif Bakım Bilgi Testi Ağrı alt ölçek puan ortalaması 5 yıl ve daha az süredir çalışanların en yüksek iken, 16-20 yıldır çalışanların ortalaması en düşük olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Meslekte çalışma yılı farklı olan gruplar arasında Palyatif Bakım Bilgi Testi Psikiyatrik Problemler alt boyut puan ortalaması 5 yıl ve daha az süredir çalışanlarda en yüksek, 16-20 yıldır çalışanlarda en küçüktür bulunmuş olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Meslekte çalışma yılı farklı olan gruplar arasında Gastrointestinal Problemler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Buna göre 5 yıl ve daha az süredir çalışanların Gastrointestinal Problemler puan ortalaması en büyük iken 16-20 yıldır çalışanların ortalaması en küçüktür.

Meslekte 5 yıl ve daha az süredir çalışanların Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması en yüksek iken 16-20 yıl çalışanların bilgi puan ortalaması ortalaması en düşük bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Tablo 9. Çalışılan kliniğe göre Palyatif Bakım Testi ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı

	Çalışılan Klinik										İstatistik	P
	dahili klinik		cerrahi klinik		dahili yoğun bakım		cerrahi yoğun bakım		Acil, Diyaliz			
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD		
Felsefe	1,37	0,77	1,33	0,72	1,32	0,71	1,10	0,77	1,19	0,75	,781	,538
Ağrı	3,00	1,82	2,79	1,83	2,11	1,17	2,43	1,16	2,58	1,54	2,037	,090
Dispne	1,73	1,40	1,33	1,28	1,24	1,04	1,10	1,14	1,42	1,39	1,707	,149
Psikiyatrik Problemler	2,32	1,42	2,18	1,49	2,11	1,13	2,14	1,24	2,81	1,47	1,404	,233
Gastrointestinal Problemler	2,37*	1,49	1,88*	1,55	2,19*	1,47	1,81*	1,66	2,97*	1,20	3,549	,008*
Palyatif Bakım Bilgi Testi	10,80	5,61	9,51	5,74	8,97	4,41	8,57	4,40	10,97	5,20	1,545	,190

p* < 0,05

Çalışılan kliniğe göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre acilde çalışanların Gastrointestinal Problemler puan ortalaması en yüksek, cerrahi yoğun bakımda çalışanda en düşük olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Dahili kliniklerde çalışanların felsefe, ağrı, dispne alt boyutlarında ve palyatif bakım bilgi testinden en yüksek puan aldığı bulunmuş, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 10. Palyatif Bakım konusunda bilgi alma durumuna göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

	Palyatif bakım konusunda bilgi alma durumu					
	Alan		Almayan		istatistik	p
	X	SD	X	SD		
Felsefe	1,41*	0,69	1,22*	0,77	1,980	,049*
Ağrı	3,17*	1,66	2,32*	1,60	4,052	,000*
Dispne	1,68*	1,33	1,24*	1,25	2,652	,009*
Psikiyatrik Problemler	2,62*	1,30	2,01*	1,43	3,491	,001*
Gastrointestinal Problemler	2,72*	1,27	1,84*	1,58	4,829	,000*
Palyatif Bakım Bilgi Testi	11,60*	5,01	8,63*	5,33	4,428	,000*

p* < 0,05

Tablo 10’da palyatif bakım konusunda bilgi alma durumuna göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre palyatif bakım konusunda bilgi alanların ölçeğin genelinde aldıkları puanların ortalaması $11,60 \pm 5,01$ iken, bilgi almadığını belirtenlerde $8,63 \pm 5,33$ bulunmuştur.

Palyatif bakım konusunda bilgi alan hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi tüm alt boyutlarında daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 11. Palyatif Bakım konusunda bilginin alındığı yere göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı

	Bilgi alınan yer								İstatistik	p
	Okul		İnternet		Hizmet İçi Eğitim		Diğer			
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD		
Felsefe	1,42	,63	1,45	,51	1,19	,93	1,78	,67	1,618	,190
Ağrı	3,29	1,41	2,95	1,39	2,90	2,21	3,56	2,19	0,551	,649
Dispne	1,69	1,23	1,50	1,24	1,57	1,60	2,22	1,56	0,658	,580
Psikiyatrik Problemler	2,69	1,17	3,00	1,12	2,05	1,47	2,67	1,80	2,033	,114
Gastrointestinal	2,80	1,16	2,95	,94	2,48	1,54	2,33	1,87	0,817	,488
Palyatif Bakım Bilgi Testi	11,89	4,41	11,85	3,92	10,19	6,58	12,56	6,60	0,736	,533

p* < 0,05

Palyatif bakım konusunda bilginin alındığı yere göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalamaları dağılımı Tablo 11’de verilmiştir. Tabloya göre palyatif bakım konusunda bilgi alınan yer ile Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

5.TARTIŞMA

Erişkin kliniklerde çalışan hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyini ve konu hakkındaki görüşlerini belirlemek amacı ile yola çıkılan bu araştırmadan elde edilen bulgular güncel literatür ışığında tartışılmıştır. Dünya nüfusunun artması ve yaşlı popülasyonunun fazla olması; kronik hastalıklarında artışa ve bununla beraber palyatif bakıma olan ihtiyacı arttırmaktadır (Seven, 2012). Etkin palyatif bakım verilmesinde en önemli sorumluluk hemşirelere düşmektedir. Bu sorumlulukların yerine getirilebilmesi için hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olması beklenmektedir. Yapılan birçok çalışmada multidisipliner ekipte bakım odaklı çalışan hemşirelerin palyatif bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları bulunmuştur (Prem et al 2012).

Palyatif bakım ekibinde bulunan hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Hemşirenin palyatif bakım konusunda eğitilmiş olması, yaşam sonu bakım ünitesinde yatan hastayı yönetmek için karşılaşılabilecek olası engelleri aşmasında ona yardımcı olacaktır.

Palyatif bakım konusunda verilecek eğitim programlarında yer alacak konular bakımından hemşirelerin %93,9 bu eğitim programlarında palyatif bakım konusunun yer alması gerektiğini düşünmekle birlikte daha az sayıda hemşire yasal ve etik kuralların %79,6 eğitimlerde yer alması gerektiğini belirtmiştir.

Hemşirelerin %93,1 palyatif bakımın sadece terminal dönemde olan hastalara uygulandığı ifadesine evet cevabı vermiştir. Bu durum ise hemşirelerin palyatif bakım ve hospis bakım kavramlarının eş anlamlı olarak algılandığı sonucunu düşündürmektedir. Hospis bakım ile palyatif bakım anlayışı arasında fark vardır. Hospis terminal dönemde olan hastalara bakım sunulan kurumlardır. Palyatif bakımın hedefi acıyı hafifletmek, hastanın hayat kalitesini artırmak ve onurlu bir biçimde ölmesini sağlamak iken hospis bakım daha çok terminal sürecin kalitesini yükseltmek ve ölüm sürecindeki en iyi bakımı sunmayı kapsamaktadır. Palyatif bakım, hospis bakım sürecini de kapsamaktadır (Elçigil, 2012).

Hemşirelerin büyük çoğunluğu Palyatif bakım multidisipliner bir ekip işidir ifadene 'evet' yanıtı vererek palyatif bakımın sadece tek bir disipline değil birden fazla disiplinin işbirliği yapması gereken bir bakım hizmeti olduğuna ve bu bakım hizmetin bir ekipçe yürütüldüğüne dair bilgi sahibi oldukları sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Literatür

tarandığında yapılan çalışmaya göre sağlık çalışanlarının büyük bir kısmı palyatif bakımın multidisipliner bir ekip işi olduğunu ifade etmiştir (Turgay, 2010).

Yapılan bu çalışmada hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testinden aldığı puan ortalaması 7-11 arasındadır, Seven'in çalışmasında 0-14 arasında değişiklik göstermiştir (Seven, 2015).

Palyatif Bakım Bilgi Testinde ne kadar yüksek puan alınırsa palyatif bakım hakkında bilgi düzeyinin o kadar yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Hemşireler Palyatif Bakım Bilgi Testi ortalama puanı $9,90 \pm 5,39$ olup, en yüksek bilgi düzeyi puanını ağırlık alt boyutunda, en düşük bilgi düzeyi puanını felsefe alt boyutundan aldıkları saptanmıştır (tablo 4). Literatür tarandığında yapılan bir çalışmada Palyatif Bakım Bilgi Testi ortalama puan 7.16 ± 2.69 saptanmıştır (Prem et al, 2012). Yapılan başka bir çalışmaya göre; Palyatif Bakım Bilgi Testi ortalama puanı $6,35 \pm 3,31$ olarak saptanmıştır (Seven, 2015). 2012'de yapılan diğer bir çalışmada 7.16 ± 2.69 olarak saptanmıştır (Prem et al, 2012). Palyatif bakım hastanın yaşam kalitesini arttırmayı sağlamak için verilen bir hizmettir ve etkin bir palyatif bakım için en büyük sorumluluk hemşirelerdedir. Kaliteli bir hizmet için hemşirelerin palyatif bakım konusunda yeterli düzeyde bilgi sahibi olması beklenir. Bu çalışma Palyatif Bakım Bilgi Testi ortalamasının incelediğimiz çalışmalar arasında en yüksek ortalamaya sahiptir. Son yıllarda artan palyatif bakım merkezleri ve palyatif bakımla ilgili daha çok yayının olması etkili farkındalık oluşturmaktadır.

Palyatif bakım bilgi testi Gastrointestinal Problemler alt boyut puan ortalaması 30 yaş ve altında olanlarda en yüksek iken 41-45 yaş arasında olan hemşirelerin bilgi puanı en düşük bulunmuştur (Tablo 5).

İncelenen çalışmaların bir kısmında 30 yaş ve altının Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması en yüksek saptanmıştır (Nakawaza ve ark.2003; Seven, 2015), diğer çalışmalarda ise yaşın sonucu etkilemediği saptanmıştır (Al Qadire 2014, İranmanesh et al 2014). Bu veriler ışığında son yıllarda lisans eğitiminde palyatif bakıma yer verilmesinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin cinsiyet açısından Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutları incelendiğinde erkeklerin kadınlara oranla tüm alt boyutlarda ve genelinde daha yüksek puan aldığı saptanmış olup, cinsiyetler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 6). Yapılan çalışmalarda cinsiyet değişkeni arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır

(İranmanesh et al 2014, Kassa et al 2014, Seven, 2015). Erkeklerin hemşirelik mesleğini yeni yapmaya başlaması, çalışmaya katılan tüm erkek hemşirelerin lisans mezunu olması palyatif bakım bilgi düzeyinin yüksek çıkmasını sağlamıştır.

Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyutlarına katılımcıların eğitim düzeyleri açısından bakıldığında sadece felsefe alt boyutu yönünden lise mezunlarının sorulara doğru yanıt verme ortalamasının yüksek olduğu diğer bütün alt boyutlarda ve test genelinde lisans mezunlarının sorulara doğru yanıt verme ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Ön lisans mezunlarının ise tüm alt boyutlarda ve Palyatif Bakım Bilgi Testinde en düşük ortalamaya sahip olduğu gözlenmiştir (Tablo 7). Seven (2015) yaptığı çalışmada lise mezunu olan hemşirelerin genel puanlarının önlisans mezunlarından daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bir diğer çalışmada ise önlisans mezunlarının lisans ve lise mezunlarına daha iyi sonuçlar elde edilmiştir (Sato et al 2014). Bu durum lise mezunu olan hemşirelerin klinik çalışma süresinin daha uzun olması ve dahili kliniklerde çalışmış olma oranının yüksek olmasından kaynaklı olabilir (lise mezunu hemşirelerin %92'si 45 yaş ve üzeri olarak belirlendi).

Meslekte çalışma yılına göre Palyatif Bakım Bilgi Testi Ağrı ve Psikiyatrik Problemler alt ölçek puan ortalaması ve Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması 5 yıl ve daha az süredir çalışanların en yüksek iken, 16-20 yıldır çalışanların ortalaması en düşük bulunmuştur (Tablo 8).

Beş yıl ve altında tecrübeye sahip hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalamalarının meslekte daha fazla tecrübeye sahip hemşire meslektaşlarına göre yüksek olması, üniversitelerde palyatif bakımın ders olarak verilmesi, konu ile ilgili yapılan çalışmalar ve hemen her yere açılan palyatif bakım merkezleri farkındalık oluşturduğu düşünülmektedir. Yapılan diğer bir çalışmada 1-5 yıl arasında görev yapan hemşirelerin 15 yıldan fazla çalışma hayatı olan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Seven, 2015). Nakawaza (2009) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dört yıl altı çalışma süresi bulunan kişilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışılan kliniğe göre Palyatif Bakım Bilgi Testi ve alt boyut puan ortalaması acilde çalışan hemşirelerin gastrointestinal problemler puan ortalaması en yüksek, cerrahi yoğun bakımda çalışanda en düşük bulunmuştur (Tablo 9).

Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin tüm alt boyutlarda Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması daha yüksektir. Seven (2015) yaptığı çalışmanın sonucu da bu verileri destekler niteliktedir.

Palyatif bakım konusunda bilgi alan hemşirelerin Palyatif bakım bilgi testi tüm alt boyutlarında daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 10).

Palyatif bakımla ilgili bilgi alan hemşirelerin anlamlı bir çoğunluğu (yarıdan fazlası) bu bilgiyi üniversite eğitimleri sırasında almıştır. Bununla birlikte Palyatif Bakım Bilgi Testinde diğer kaynaklardan bilgi alan hemşirelerin puan ortalamasının, üniversite eğitimi sırasında bilgi alan hemşirelerin puan ortalamasına nazaran daha yüksek olması, palyatif bakıma ilişkin yapılacak meslek içi eğitimlerin ve hemşirelerin kendilerini bu konuda geliştirmeye açık olmasının önemini göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Samsun Gazi Devlet Hastanesi dahili, cerrahi, dahili yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, diyaliz ve acil servis kliniklerinde çalışan hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeyinin ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır. Hemşirelerin;

- Palyatif bakım konusunda orta düzeyde bilgiye sahip oldukları bulunmuştur.
- Palyatif bakım konusunda olumlu düzeyde tutuma sahip oldukları bulunmuştur.
- Hemşirelerin 57,1 palyatif bakım konusunda bilgi almadıklarını, bilgi aldığını belirtenlerin %52,4 ise bu bilgiyi okuldan aldıkları, 92,6 çalıştığı kurumda palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim olmadığını belirttikleri bulunmuştur.
- Felsefe alt boyutunda maksimum 2,00 puan üzerinden ortalama 1,30 puan aldıkları ve diğer alt boyutlarla karşılaştırıldığında, en çok felsefe alt boyutta yer alan sorulara doğru yanıt verdikleri belirlenmiştir.
- Hemşirelerin ağrı alt boyutunda maksimum 6,00 puan üzerinden ortalama 2,69 puan aldıkları görülmüştür. Bu alt boyuttan aldıkları puanların palyatif bakım bilgi testinin geneliyle ve diğer alt boyutlarla oranlandığında düşük olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.
- Dispne alt boyutunda maksimum 4,00 puan üzerinden ortalama 1,42 puan aldıkları görülmüştür. Dispne alt boyuttan aldıkları puanların palyatif bakım bilgi testinin geneline oranla çok düşük olduğu ve diğer alt boyutlarla da kıyasladığında en düşük bilgi puanının dispne alt boyuttan alındığı bulunmuştur.
- Psikiyatrik problemler alt boyutunda maksimum 4,00 puan üzerinden ortalama 2,27 puan aldıkları görülmüştür. Bu alt boyuttan aldıkları puanın palyatif bakım bilgi testi geneline göre yüksek olduğu bulunmuştur.
- Gastrointestinal problemler alt boyutunda maksimum 4,00 puan üzerinden ortalama 2,22 puan aldıkları görülmüştür. Bu alt boyuttan alınan puan palyatif bakım bilgi testi genelinden alınan puana göre yüksek olduğu saptanmıştır.
- Otuz yaş altı hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalamasının en yüksek olduğu saptanmıştır($p<0,05$).
- Erkeklerin kadınlara oranla Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur($p<0,05$).

- Lisans mezunu olan hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması en yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).
- Çalışma yılı açısından Palyatif Bakım Bilgi Testi en yüksek puan ortalaması beş yıl ve altı hemşirelerin aldığı saptanmıştır ($p<0,05$).
- Dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi puan ortalaması diğer kliniklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Palyatif bakım konusunda bilgi sahibi olanların olmayanlara göre puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmamızda elde edilen bilgiler ışığında; hemşirelerde palyatif bakım bilincinin sağlanması için;

Palyatif bakım konusunda düzenli aralıklarla hizmet içi eğitim programları yapılması ve bu eğitim programlarının kademeli olarak ilerletilmesi,

Hemşirelerin palyatif bakım alanında düzenlenecek konferanslara katılımının teşvik edilmesi, hastanelerde hemşirelerin ve hasta yakınlarının ulaşabileceği noktalarda palyatif bakım bilgi broşürlerinin bırakılması,

Lisans veya lisansüstü eğitim sırasında palyatif bakımın en azından seçimlik ders olarak müfredata eklenmesi,

Hastane televizyonlarında Sağlık Bakanlığınca zorunlu yayın olarak palyatif bakım ve diğer konularda görsel yayın yapılarak hem hemşire ve diğer sağlık personelinin hem de hasta yakınlarının konunun önemine dikkati çekilmeli.

KAYNAKLAR

- Akçakaya A. Palyatif bakım. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2018; Güz: 36-37.
- Aydoğan F, Uygun K (2011) Kanser hastalarında palyatif tedaviler. Klinik Gelişim, 24(3): 4-9.
- Bağ B.Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi 2012;27(3):142-149.
- Bahar A. Kronik hastalıklarda palyatif bakım ve hospis. Ovayolu N. Ovayolu Ö. (Editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar. Çukurova Nobel Tıp Kitapevi 2015; 761- 770.
- Bingley A., Clark D., Palliative care developments in the region represented by the Middle East Cancer Consortium: Review and comparative analysis, Journal of pain and symptom management, 2019, 37 (3): 287-296.
- Beresford L, Kerr K (2012). Next Generation of Palliative Care: Community Models Offer Services Outside the Hospital. http://www.chcf.org/publications/2012/11/n_ext-generation-palliative-care (erişim: 3 Haziran 2019).
- Çavdar İ. Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı Türk Onkoloji Dergisi 2011;26(3):142-147.
- Center to Advance Palliative Care (2012) The Case For Hospital Palliative Care:Improving Quality. http://www.capc.org/capcresources/capc_publications/making-thecase.pdf (erişim: 3 Haziran 2019).
- Demir M. Palyatif Bakım Etiği; Yoğun Bakım Dergisi, 2016; 7:62-66
- Edirne S. Kanserde Palyatif Bakım 1. Baskı, Ankara, Sandoz Ürünleri, 1993
- Elçigil A.Pediyatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2016; 9(4):75-81.
- Elçigil A.Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi 2012
doi:10.5455/gulhane.30582
- Güdük Ö. ve Güdük Ö. Palyatif Bakım Üniteleri Performansının Topsis Yöntemi İle Değerlendirilmesi, Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 3(2):511-527

- Eyigör S.Yeşil H. Yoğun Bakımda Palyatif Bakımın Gerekliliği. Kocatepe Tıp Dergisi 2007;18:78-84.
- Fadıloğlu Ç, Ateş M.Palyatif bakımda çok boyutlu hasta değerlendirmesi. Yıldırım y, Fadıloğlu Ç. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım 1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017, 31-53.
- Hançerlioğlu S.Yıldırım Y. Aykar FŞ. Son Dönem Karaciğer Hastalarında Palyatif Bakım ve Semptom Yönetimi.Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 34(2):98-111.
- Hui D, Bruera E (2015) Models of integration of oncology and palliative care. Annals of palliative medicine, 4(3):89-98.
- İnci F, Öz F.Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.2012;4(2):178-187.
- Kabalak AA, Türkiyede Palyatif Bakım, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler Anestezi Dergisi, 2014 :121-123
- Kabalak AA.,Öztürk H., Çağıl H.Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu.Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2):56-70.
- Kabalak AA, Öztürk H, Erdem AT, Akın S. Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde kapsamlı palyatif merkezi uygulaması. Çağdaş Tıp Dergisi 2012;2(2):122-126.
- Kahveci K, Gökçınar D.,Dünyada ve Türkiye'de palyatif bakım .Kahveci K., Gökçınar D, editör.Palyatif Bakım 1. Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri,2014, s.1-5.
- Kassa H, Murugan R, Zewdu F, Hailu M, Woldeyohannes D. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. BMC Palliat Care 13:6.
- Kıvanç MM.Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri.HSP dergisi 2017;4(2):132-135.
Madenoglu Kıvanç M. Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. HSP 2017; 4(2):132-135.
- Korhan e., Kırşan Mç, Yıldırım D., Kıray S., Uyar M. Palyatif Bakımda Etik Sorunları Bir Sistemik Derleme Türkiye Klinikleri Med. Ethics 2019;27(2):116-127
- Lagman R, Walsh D (2005) Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. Semin Oncol, 32(2):134-138.
- Meier D E (2011) Increased access to palliative care and hospice services: opportunities to improve value in healthcare. Milbank Quarterly, 89(3); 343-380

- Meghani SH. A Concept Analysis of Palliative Care in United States. *J Adv Nurs* 2004 Apr;46(2):152-61.
- Mori M, Morita T. Advances in Hospice and Palliative Care in Japan: A Review Paper. *Korean J Hosp Palliat Care* 2016;19(4): 283-291.
- Özçelik H, Fadiloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Kanser Hastaları ve Aileler için Palyatif Bakım. İzmir, 2010; 3-57.
- Özçelik H., Fadiloğlu Ç., Karabulut B., Uyar M., Elbi H., Eyigör S., Sertöz ÖÖ., Eyigör C., Bıçaklı DH., Çalışkan Z., Özaydemir G., Güzel Y., Yıldırım YK. Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine Dayalı Multidisipliner Bakım Protokolü Ağrı 2014;26(2): 47-56.
- Özçelik H. Palyatif bakım ve ölmekte olan hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics* 2017; 10(1): 87-93.
- Özkan S. Koah'da Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi* 2011;28(1): 69-74.
- Özveren H., Kırca K., Gülnar E., Güneş NB. Palyatif Bakım Dersinin Öğrencilerin Palyatif Bakıma İlişkin Bilgisine Etkisi G.O.P. Taksim E.A.H. Özgün Araştırma / Original Investigation *JAREN* 2018;4(2):100-107.
- Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The Role of Palliative Care at the End of Life. *Ochsner* 2011 Winter; 11(4): 348-352.
- Salimah H Meghani, A Concept Analysis of Palliative Care in the United States, University of Pennsylvania, Philadelphia, Nursing Education Building, 2004.
- Santa-Emma P, Roach R, Gill M, et al. (2002) Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. *J Palliat Med*, 5(1): 93-100.
- Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, Harada K, Miyashita M, Sakuma Y, Oki J, Yoshihara R, Eguchi, K. (2014). A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Japanese journal of clinical oncology*, hyu075.
- Seven A. Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları. Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, Yüksek Lisans Tezi 2015
- Stevens E., Jackson S., Milligan S., Palliative Nursing Education and Continuing Professional Development Stevens E., Palliative Nursing Across the Spectrum of Care, 1. Baskı, New Delhi, Wiley-Black

- WellSepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich T. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective, *Journal of Pain and Symptom Management* 2002. 91-96.
- Sucaklı MH. Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım *TURKISH JOURNAL OF FAMILY MEDICINE AND PRIMARY CARE*, VOL. 7, NO.3, Eylül 2013, 52-57.
- Sürmeli DM, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. *Turkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*. 2016;9(1):8-11.
- Şahan Uslu F, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif bakım eğitimi ve örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015;4(2): 81-90.
- Turgay G, Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 10-11.
- Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015; 4(2): 81-90.
- WHO. Definition of palliative care. World Health Organisation. 2011 http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. 2011. Erişim tarihi: 27.01.2019
- WHO. Global Atlas of Palliative Care at the End Of Life. https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf, 2018.
- WHO-WPCA. Global atlas of palliative care at the end of life. The World Health Organization-Worldwide Palliative Care Alliance 2014. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Erişim tarihi: 28.01.2019
- Worldwide Palliative Care Alliance (2014) Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf (erişim: 1 Haziran 2019)
- Wright M, Wood J, Lynch T, et al. (2008) Mapping levels of palliative care development: A global view. *Journal of Pain and Symptom Management*, 35(5):469-485.
- Yıldırım S, Akyüz Ö, Engin E, Gültekin K. The relationship between psychiatric patients' caregivers burden and anger expression styles. *J Clin Nurs* 2018; 27: 725–731.
- Yıldırım Y. Palyatif Bakımda Hemşirelik Çalışmaları. *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*. 2017;10(1):49-56.

EKLER

Ek-1 Demografik Özellikler

ANKET FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyet: Kadın Erkek

3.Mezun olduğunuz okul:

- Sağlık Meslek Lisesi
 Önlisans
 Lisans/Yüksek Okul
 Master/Yüksek Lisans

4.Meslekte çalışma yılınız.....

5.Çalıştığınız Klinik:

- Dahili Klinikler Cerrahi Klinikler
 Dahili Yoğun Bakım Cerrahi Yoğun Bakım
 Onkoloji Hematoloji
 Radyasyon Onkolojisi Diğer.....

EĞİTİM/BİLGİ DURUMU

1.Palyatif bakım konusunda bilgi aldınız mı?

- Evet Hayır (3. Soruya geçiniz)

2. Bu bilgiyi nerden aldınız?

- Üniversite eğitimi sırasında Kongre ve seminerlerden
 İnternet Dergi ve kitaplardan
 Hizmet içi eğitimlerden Diğer.....

3.Çalıştığınız kurumda palyatif bakımla ilgili düzenlenen hizmet içi eğitim var mı?

- Evet Hayır

4. Palyatif bakım konusunda eğitim programında ele alınması gereken konular sizce ne olmalıdır?

- Palyatif bakım Yas süreci
 Semptom yönetimi Yasal ve etik kurallar
 İletişim Diğer.....

Ek-2. Palyatif Bakıma İlişkin Görüş İfadeleri

Bu bölümde palyatif bakımla bilgilere yer verilmiştir. Bu bilgilere katılım durumunuza en uygun seçeneği işaretleyiniz.

	KATILYORUM	KATILMIYORUM	BİLMİYORUM
1. Palyatif bakım terminal dönemdeki hastalara uygulanır.			
2. Palyatif Bakım hasta bireyin kalan hayatını kaliteli bir şekilde yaşamasını amaçlar.			
3. Palyatif bakım hizmetinin amacı ölümü normal bir süreç olarak kabul ederek, kişinin olabildiğince iyi yaşamasına yardımcı olmak			
4. Palyatif bakım hastanın şikayetleri nedeniyle sık sık acil servise başvurma, yoğun bakıma ve hastaneye yatması ve sonrasında gereksiz yere yapılan tetkikleri ve invaziv girişimleri önlemektir.			
5. Palyatif bakım multidisipliner bir ekip işidir.			
6. Palyatif bakım hastanın yaşam sonuna kadar olan bakımı kapsamaktadır.			
7. Palyatif bakımyalnızca hasta bazlı bir hizmet olmayıp hasta ve yakınlarına da psikolojik ve sosyal destek sunulmasını kapsayan bir bakımdır.			
8. Palyatif bakım bireyin yaşamını uzatmak için uygulanan bakım değildir.			
9. Palyatif bakımda hasta ve ailesi karar verici bir ekip üyesidir			
10. Palyatif bakım sadece ağrı ve acı kontrolünü içerir.			
11. Palyatif bakım kanser hastalığının ortaya çıkardığı semptomları ortadan kaldırmaya yönelik bir tedaviyi kapsamaktadır.			
12. Palyatif bakım semptomun nedenini araştırmaksızın sadece belirtilerin azalmasını veya yok edilmesini amaçlar.			
13. Psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapi teknikeri ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı olarak çalışma zorunluluğu yoktur.			
14. Palyatif bakımhastane temelli olmalıdır.			
15. Palyatif bakım merkezlerinde ayrıca aile ve bakıcıların, kişinin hastalığı süresince ve ölümünden sonraki yaşlı dönemi geçirmelerinde destek verilmektedir.			

Ek-3.Palyatif Bakım Bilgi Testi

PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ		Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Felsefe	Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.			
	Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.			
Ağrı	Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.			
	Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.			
	Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal anti-inflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.			
	Opioidler uygulandıktan sonra pentazosin* ya da buprenorfinhidroklorür** opioidle birlikte verildiğinde, opioidlerin etkisini azaltır			
	Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.			
	Opioidlerin kullanımı sağkalım süresini etkilemez.			
Dispne	Morfin kanser hastalarında dispneyi hafifletmek için kullanılmalıdır.			
	Opioidler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.			
	Oksijen saturasyon düzeyleri dispne ile ilişkilidir.			
	Antikolinergik ilaçlar veya skopolaminhidrobromür, *** ölmek üzere olan hastaların bronşiyal sekresyonlarının azaltılmasında etkilidir.			
Psikiyatrik Problemler	Yaşamın son günlerindeki elektrolit dengesizliğiyle ilişkilendirilen uyuşukluk, sersemlik hali hastanın rahatsızlığını, huzursuzluğunu azaltır.			
	Benzodiyazepinler deliryumun kontrol edilmesinde etkilidir.			
	Ölmek üzere olan bazı hastaların acılarını azaltmak için sürekli sedasyona gerek duyulur.			
	Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.			
Gastrointestinal Problemler	Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.			
	Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.			
	İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.			
	Ölmek üzere olan hastalarda, intravenöz infüzyon ağız kuruluğunu azaltmada etkili olmayacaktır.			

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

**Narkotik opioid grubu ilaçlardır. (Suboxonedil altıtb.,temgesicamp. gibi.)

***Anesteziklerin sebep olduğu aşırı salivasyon (tükrük salgısı) ve bronş sekresyonlarının inhibe etmede kullanılan ilaçlardır. (Skopolaminhidrobromüramp. gibi.)

Ek-4. Kurum İzni



T.C.
SAMSUN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAMSUN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAMSUN AR-GE VE
SAĞLIK İNOVASYONU BİRDİM
19/02/2019 21:18 - 61646299 - 604.01.01 - E.37



Sayı : 61646299-604.01.01
Konu : Sibel ULUSOY'un Araştırma
Başvurusu

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 26/11/2018 tarihli ve 61646299-26714 sayılı yazı.

İlgi tarihli ve sayılı yazıya istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sibel ULUSOY'un "Hemşirelerin Palyatif Bakım Algısı" konulu tez çalışmasını Dr.Öğr.Üyesi Birsen ALTAY'ın danışmanlığında Gazi Devlet Hastanesinde uygulaması uygun görülmüş olup, araştırmasını yapabilmesi için Müdürlüğümüz ve ilgili kişi arasında imzalanan "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" ekte sunulmuştur. Bu konu hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr.Öğr.Üyesi Muhammet Ali ORUÇ
İl Sağlık Müdürü

Ek: Sibel ULUSOY Protokol

Dağıtım:
Gereği:
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:
Gazi Dh Başhekimliği

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Adalet Mah.100.Yıl Bulvarı No:232

Telefon: Faks No: 0362 440 58 90

e-Posta: meral.ay1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Meral Ay -3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4bf600de-bd48-4781-b573-e0c27818c296 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Meral AY

HEMŞİRE

Telefon No: 03623112500

Ek-5. Etik Kurul İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
27.12.2017	12	2017/ 272-322

KARAR NO: 2017 – 280
Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi **Sibel ULUSOY** ‘un Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY’ın danışmalığında “Hemşirelerin Palyatif Bakım Algısı” konulu yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışması okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Sibel ULUSOY ‘un Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY’ın danışmalığında “Hemşirelerin Palyatif Bakım Algısı” konulu yüksek lisans tezine ilişkin anket çalışmasının kabulüne oybirliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR.

EK 6. PBBT Geçerlilik ve Güvenilirliğini Yapan Ahmet Seven ile Yazışmamız

22 May

2017 14:43

Ahmet Seven <aseven@sakarya.edu.tr>

Alıcı: ben

Merhaba Sibel Hanım,

Ekte Palyatif Bakım Bilgi Testi ve nasıl değerlendirileceğini gönderiyorum. Çalışmalarınızda başarılar diliyorum. Makalemiz yayın aşamasında yayınlanınca referans için sizle paylaşırım. Çalışma sonuçlarınızı da bittikten sonra paylaşırsanız sevinirim. İyi çalışmalar...

Ek alanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Sibel ULUSOY

Doğum Yeri: Vezirköprü/SAMSUN

Doğum Tarihi: 04.12.1989

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Vezirköprü Anadolu Lisesi(2003-2007)

Sakarya Üniversitesi (2007-2011)

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Samsun Gazi Devlet Hastanesi Dahili Yoğun Bakım (2011-2015)

Samsun Gazi Devlet Hastanesi Acil Servis(2015-2017)

Samsun Gazi Devlet Hastanesi Palyatif Servis(2017-2018)

Samsun Gazi Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi(2018-Halen)