



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİS ÇALISANLARININ AHLAKİ DUYARLILIĞI İLE
PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE BİLGİ
DÜZEYLERİ**

Hazırlayan

Medine DEMİRGİL

Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT – 2019



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİS ÇALISANLARININ AHLAKİ DUYARLILIĞI İLE
PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE BİLGİ
DÜZEYLERİ**

Hazırlayan

Medine DEMİRGİL

Acil Tıp Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

TOKAT – 2019

**ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ AHLAKİ DUYARLIĞI İLE
PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE BİLGİ
DÜZEYLERİ**

Tezin Kabul Ediliş Tarihi : 03/07/2019

Jüri Üyeleri (Unvan,Adı Soyadı)

İmzası

Başkan : Doç.Dr.Latif DURAN

Üye : Doç.Dr.Nurşah BAŞOL

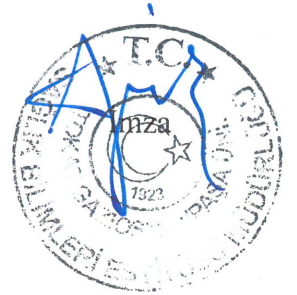
Üye : Dr.Öğr.Üyesi Serhat KARAMAN



Bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 10/06/2019 tarih ve 11/07 karar sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü : Doç.Dr.Fikret GEVREK

Mühür



ETİK SÖZLEŞME

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düŐünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

...../...../ 2019

Medine DEMİRĐİL

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamın her aşamasında sabrı, hoşgörüsü, titiz ve özverili yaklaşımıyla, engin bilgi ve tecrübeleriyle desteğini her zaman yanımda hissettiğim, mesleki bilgi ve vizyonu ile gelişimime katkısı olan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Nurşah BAŞOL' a, tez savunmasına katılımı ve değerli önerileri için Doç. Dr. Latif DURAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle gelişimime katkısı olan değerli hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Aygül KISSAL, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ESEN ve Dr. Öğr. Üyesi Serhat KARAMAN'a,

Verilerin istatistiksel analizinde yol gösteren Öğr. Gör. Y. Emre KUYUCU' ya,

Hayatımın başkahramanları canım annem ve babama, her zaman yanımda olan biricik kardeşlerime,

Tez çalışmam süresince fedakârlığını, sonsuz güvenini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili eşim Recep DEMİRGİL' e,

Varlığıyla hayatıma renk katan, doğduğu andan itibaren mutluluk sebebim olan biricik oğlum Mehmet Enes'e,

Hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen acil servis hemşire arkadaşlarıma, dostlarıma, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum mesai arkadaşlarıma, uygulamanın yapıldığı hastanelerdeki sağlık çalışanlarına, teşekkür eder şükran ve minnetlerimi sunarım.

Medine DEMİRGİL

Mayıs-2019

ÖZET

ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ AHLAKİ DUYARLILIĞI İLE PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE BİLGİ DÜZEYLERİ

Giriş ve Amaç: Acil servisler palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların sıklıkla başvurduğu ve bazen sistemden kaynaklanan problemler nedeniyle oldukça zaman geçirdikleri birimlerdir. Bu koşullarda acil servis çalışanlarının palyatif bakım hastaları ve hasta yakınları ile iletişimi oldukça yoğundur. Hastalara etkili bakımın sağlanması için, acil tıp hizmeti sağlayan personelin, acil serviste palyatif ve yaşam sonu bakımın temin edilmesinde yeterli bilgi birikim ve donanımına sahip olmaları gerekmektedir. Bu çalışma ile acil servis çalışanlarının palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri, eğitim durumları, yaşam sonu bakıma olan yaklaşımlarının incelenmesi ve bunun ahlaki duyarlılık ile ilişkisinin olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır. Böylece acil servis çalışanlarının palyatif bakım konusunda farkındalığı oluşturulmuş olacaktır.

Materyal ve Metot: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın örneklemini Tokat ve Kayseri il merkezinde çalışan 100 acil servis çalışanı oluşturdu. Veriler, acil servis çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini ve palyatif bakım hakkındaki görüşlerini içeren anket formu ile Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama \pm standart sapma, yüzdeler dağılımlar, t-testi ve Anova testi kullanıldı, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 48'i erkek, 52'si kadın ve yaş ortalaması $32,16 \pm 7,91$ olan toplam 100 acil servis çalışanı katıldı. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%63) daha önce palyatif bakım eğitimi almadığı belirlendi. Palyatif bakım puan ortalaması

49,10±8,25 ve ahlaki duyarlılık ölçeği toplam puan ortalaması 78,73±20,97 olduğu saptandı. Katılımcıların etik duyarlılıkları yüksek olmakla beraber; palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ortaydı. Acil servis çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Anketi toplam puanları üzerinde ‘‘cinsiyet, eğitim, meslek, palyatif bilgi, kurumda hizmet içi eğitim ’ durumları arasında istatiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$). Palyatif bakım anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile karşılaştırılması sonucu ‘‘Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım’’($p=0,003$)($F=6,168$) ifadesi dışında diğer ifadelerde anlamlı bir farklılık belirlenemedi ($p>0,05$).

Sonuç: Palyatif bakım ve ahlaki duyarlılık konularında farkındalık yaratmak için mezuniyet öncesi palyatif bakım eğitimlerine ve mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlere ihtiyaç vardır. Bilgilerin güncel tutulması için eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Ahlaki Duyarlılık, Yaşam Sonu Bakımı, Palyatif Bakım, Bilgi Düzeyi

ABSTRACT

ETHICAL SENSITIVITY OF EMERGENCY SERVICE EMPLOYEES AND THEIR THOUGHTS ABOUT AND KNOWLEDGE LEVELS CONCERNING PALLIATIVE CARE

Introduction and Purpose: Emergency services are units where patients in need of palliative care frequently get medical help and sometimes spend too much time due to system-related problems. Under these circumstances, emergency service employees establish an intense communication with palliative care patients and patient relatives. In order to provide patients effective care, the personnel providing emergency medicine service need to have sufficient knowledge and equipment in procuring palliative and end-of-life care in the emergency service. With this study, it is aimed to examine the knowledge levels of emergency service employees concerning palliative care, as well as their educational background and approach to end-of-life care and to investigate whether that has a correlation with ethical sensitivity or not. Thus, awareness of emergency service employees about palliative care will be created.

Material and Method: The sample of the cross-sectional and descriptive study consisted of 100 emergency service employees working in the city centers of Tokat and Kayseri. The data were collected using a questionnaire form containing sociodemographic characteristics of the emergency service employees and their thoughts about palliative care and also the Ethical Sensitivity Questionnaire. The data were evaluated using mean±standard deviation, percentage distributions, t-test and Anova test and the significance was accepted to be $p<0.05$.

Findings: A total of 100 emergency service employees (48 men, 52 women) whose age average was $32,16 \pm 7,91$ years participated in the study. It was determined that a great majority of the participants (63%) had not received palliative care training before. While the palliative care score average was found to be $49,10 \pm 8,25$; the total score average of the Ethical Sensitivity Scale was found to be $78,73 \pm 20,97$. The participants had a higher ethical sensitivity and moderate knowledge levels concerning palliative care. No significant difference was found between the variables of “gender, education, occupation, palliative knowledge and in-service education in the institution” on the total Ethical Sensitivity Questionnaire scores of the emergency service employees ($p > 0,05$). As a result of comparing the palliative care questionnaire with Ethical Sensitivity Questionnaire; no significant difference could be determined in the statements outside, “I try not to think about the matter of death” ($p = 0,003$) ($F = 6,168$) ($p > 0,05$).

Conclusion: In order to raise awareness of the issues of palliative care and ethical sensitivity, there is a need for palliative care trainings before graduation and in-service trainings after graduation. The trainings should be repeated at certain intervals to keep the knowledge up-to-date.

Keywords: Emergency Service, Ethical Sensitivity, End-of-Life Care, Palliative Care, Knowledge Level

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
TABLolar LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Giriş ve Amaç	1
1.2. Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Ölçütleri	5
2.1.1. Acil Servis	5
2.1.2. Acil Servis Ekibi	6
2.1.2.1. Acil Tıp Teknisyeni	6
2.1.2.2. İlk ve Acil Yardım Teknikeri	7
2.1.2.3. Acil Servis Sorumlu Uzmanı	8
2.1.2.4. Acil Tıp Uzmanı	10
2.1.2.5. Pratisyen Hekim	11
2.1.2.6. Acil Servis Hemşiresi	13
2.1.3. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramsal Tanımlamaları	14
2.1.3.1. Etik	14
2.1.3.2. Etik Değer/Etik İlke.....	16
2.1.3.3. Tıp Etiği.....	17
2.1.3.4. Etik Kural-Etik Kod	18

2.1.3.5. Etik Sorun	18
2.1.4. Ahlaki Duyarlılık	19
2.2. Palyatif Bakım.....	21
2.2.1 Palyatif Bakımın Tanımı	21
2.2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi.....	22
2.2.3. Palyatif Bakımın İlkeleri	25
2.2.3.1. Hasta ve Ailesinin Bilgi Gereksinimi	25
2.2.3.2. Hastaların ve Ailelerin Bireysel Değerlendirme Gereksinimi.....	26
2.2.3.3. Hastanın Fiziksel Semptomlarının Yönetimi	26
2.2.3.4. Yaşam Kalitesinin Arttırılması.....	27
2.2.3.5. Aileler İçin Destek (Sosyal, Psikolojik Ve Dini)	27
2.2.3.6. Ekonomik Destek	27
2.2.4. Palyatif Bakımın Amacı	28
2.2.5. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar.....	29
2.2.6. Yaşam Sonu Bakım.....	30
2.2.7. Ahlaki Duyarlılık ve Etik Açısından Palyatif Bakım.....	31
2.2.8. Acil Serviste Palyatif Bakım	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli.....	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.4. Verilerin Toplanması.....	36
3.4.1. Veri Toplama Araçları	36
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	38
3.5. Araştırmanın etik yönü	39
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. Acil Servis Çalışanlarının Demografik Özellikleri	41

4.2. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Konusunda Eğitim/Bilgi Durumu	43
4.3. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Algısı	45
4.4. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım ile İlgili Görüşleri	47
4.5. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Anketine Verdiği Cevaplar	50
4.6. Ahlaki Duyarlılık Toplam Puanları	55
4.7. Ahlaki Duyarlılık Ölçeğinin Alt Boyut Puanları	56
4.7.1. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Otonomi Alt Boyut Puanları	57
4.7.2. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Yarar Sağlama Alt Boyut Puanları.....	58
4.7.3. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanları.....	60
4.7.4. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Çatışma Alt Boyut Puanları	61
4.7.5. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Uygulama Alt Boyut Puanları	62
4.7.6. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Oryantasyon Alt Boyut Puanları	64
4.8. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanları	65
4.9. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi İle Karşılaştırılmasının Alt Ölçek Puanları	67
4.9.1. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Otonomi Alt Ölçek Puanları.....	68
4.9.2. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Yarar Sağlama Alt Boyut Puanları.....	70
4.9.3. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanları.....	73
4.9.4. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Çatışma Alt Boyut Puanları	75
4.9.5. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Uygulama Alt Boyut Puanları	78
4.9.6. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Oryantasyon Alt Boyut Puanları	80

4.10. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım ve Ahlaki Duyarlılık Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları.....	83
5. TARTIŞMA.....	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97
6.1. Sonuçlar	97
6.2. Öneriler.....	98
KAYNAKÇA.....	100
EKLER	117
EK.1. Anketler	117
EK.2. GOP Üniversitesi Bilimsel Araştırma Ve Yayın Etiği Kurulundan Etik Onay	127
ÖZGEÇMİŞ	128

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL.3.3. Araştırmanın evreni.....	36
ŞEKİL.3.4. ADA'nın alt boyutlarının kapsadığı maddeler.....	37

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Acil Servis Çalışanlarının demografik özelliklere göre dağılımı	42
Tablo 4.1.2. Acil Servis Çalışanlarının demografik verilerin dağılımı	43
Tablo 4.2.1. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumu ve Bilgi Kaynakları (n=100).....	44
Tablo 4.2.2. Acil Servis Çalışanlarının alınan eğitimi yeterli bulma durumu ve kurumda palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim programı varlığına ilişkin görüşleri (n=100).....	44
Tablo 4.3.1. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Algısı.....	46
Tablo 4.3.2. Acil Servis Çalışanlarının Toplam Palyatif Bakım Algısı.....	47
Tablo 4.4. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım ile İlgili Görüşleri(n=100)*	49
Tablo 4.5. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Anketine Verdiği Cevapların Dağılımı (n=100).....	52
Tablo 4.6. Ahlaki Duyarlılık Toplam Puanlarının Dağılımı.....	55
Tablo 4.7.1. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Otonomi Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	57
Tablo 4.7.2. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Yarar Sağlama Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	59
Tablo 4.7.3. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	60
Tablo 4.7.4. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Çatışma Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	61
Tablo 4.7.5. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Uygulama Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	63
Tablo 4.7.6. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Oryantasyon Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	64
Tablo 4.8. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanlarının Dağılımı.....	65

Tablo 4.9.1. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Otonomi Alt Ölçek	
Puanlarının Dağılımı.....	68
Tablo 4.9.2. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Yarar	
Sağlama Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	71
Tablo 4.9.3. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Bütüncül	
Yaklaşım Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	73
Tablo 4.9.4. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Çatışma	
Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	76
Tablo 4.9.5. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Uygulama	
Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	79
Tablo 4.9.6. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Oryantasyon	
Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	81
Tablo 4.10. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Ve Ahlaki Duyarlılık	
Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları (n=100).....	83

KISALTMALAR

ABMS: Amerikan Tıbbi Uzmanlık Kurulu

ADA: Ahlaki Duyarlılık Anketi

AIDS: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu

AS: Acil Servis

BHYEDT: Byrd'ın Hemşireler için Etik Duyarlılık Anketi

EKG: Elektrokardiyografi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

PB: Palyatif Bakım

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

WPCA: Dünya Palyatif Bakım Kurulu

1. GİRİŞ

1.1. Giriş ve Amaç

Acil tıp birimleri, bireyin fiziksel ya da ruhsal anlamda tehlike içinde bulunduğuna inanılarak hasta ve ailesine gereksinim duyduğu tıbbi bakımın olabildiğince hızlı ve etkili bir şekilde verildiği yerlerdir. Ölüm ve sakatlık oranının azaltılmasında acil sağlık ekibinin tüm üyelerinin ekip anlayışı içinde çalışması çok önemli ve gereklidir. Acil sağlık ekibi; acil tıp teknisyeni, ilk ve acil yardım teknikeri, Acil Servis (AS) sorumlu uzmanı, Acil Tıp Uzman doktoru, AS'de görev yapan pratisyen doktor ve AS hemşiresinden oluşmaktadır (Cingil,2007;Kuğulu,2004).

Acil tıp birimleri, hastalık ve yaralanmaların akut ve acil yönlerinin yönetimine odaklanmış bir uygulama alanı olduğu için, bazı AS çalışanları palyatif bakımı kendi uygulamalarının kapsamı dışında olduğunu ve hatta acil tıp hizmetlerinin ilkelerine ters düştüğünü düşünebilirler. Ancak hastalara etkili bakımın sağlanması için, acil tıp hizmeti sağlayan personelin, AS'de palyatif ve yaşam sonu bakımın temin edilmesinde yeterli bilgi birikimine ve eğitimine sahip olmaları gerekmektedir (Shearer ve ark. 2014).

Palyatif bakım (PB) ; kronik ve ölüme ilerleyen hastalığı olan hastaların mevcut yaşamlarını kaliteli geçirmeleri sağlayan bir bakımdır. Başlıca amacı, hastanın yaşam kalitesini arttırmak, acısını ve diğer semptomlarını hafifletmek ile hasta ve ailesiyle bir bütün olarak ilgilenilmesidir.

Tedavi edici yaklaşımların azaldığı hastalar başta olmak üzere, tedavi süresince ya da ölüm anına kadar ve devamında ki yas sürecinde, hasta ve yakınlarının fiziksel ve psikososyal gereksinimlerinin karşılanmasında PB oldukça önemli yer tutar (Çolak ve

Özyılkan, 2006). PB henüz yeni bir disiplin olmasına rağmen tıbbın diğer alanları içinde hızlı bir şekilde kendine yer edinmeyi başarmıştır. Bu hareketinin hızlı bir şekilde gelişmesinin en önemli nedeni günümüzde tedavisi mümkün olmayan hasta sayısının giderek artması ve bu hastalara gerekli bakım ve tedavinin yapılmasının gittikçe önem kazanmasıdır (Bağ,2012). PB'ın hiç kuşkusuz en önemli üyesi olan hemşireler; hasta ve yakınları ile en fazla iletişimde olan sağlık personelidir (Elçigil,2012).

PB hasta ve yakınlarının tüm sorunlarını toplu olarak değerlendirmeyi amaçlar ve sorunları çözüme kavuşturmayı hedefler. Bu nedenle, sadece klinik değerlendirme değil aynı zamanda dini yardım, ekonomik destek, psikososyal yardım gibi hizmetleri de içerir. Bu nedenle esas amaç var olan tüm kaygılar ile mücadele etmek ve çözüme kavuşturarak yaşam kalitesini yükseltmektir (Gültekin ve ark., 2010).

Multi-disipliner bir yaklaşım gerektiren PB, çekirdek ekip içerisinde hekim ve hemşireleri içermekte ve hastanın ihtiyacına göre farklı branş hekimlerinden, beslenme uzmanlarına, din görevlilerinden, sosyal hizmetler uzmanlarına, kadar pek çok farklı birimin yer alabileceği bir çalışma sistemi gerektirmektedir (Başol, 2016).

PB'ın uygulanmasındaki engellerden en önemlisi sağlık personelinin eğitim eksikliğidir. Sağlık personelinin semptom yönetimi ve PB becerileri konusunda eğitim ve bilgi eksikliği ise bir çok çalışmada vurgulanmaktadır (Paice ve ark. 2008; Turgay, 2010).

Hızlı ve doğru karar vermenin hayati anlam taşıdığı acil bakım ve tedavide acil sağlık ekibinin mesleğinin gereklerini bilme ve uygulama becerisine ve yüksek ahlaki duyarlılığa sahip olmaları gerekmektedir. Ahlaki duyarlılığın yüksek olması verilecek bakımın kalitesini etkiler. Acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıklarını belirlemek için

Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) kullanılmıştır. Literatürde ADA'dan farklı olarak Byrd'ın Hemşireler İçin Etik Duyarlılık Anketi (BHYEDT) kullanılmaktadır. Araştırmada ADA'nın tercih edilme sebepleri; ahlaki duyarlılık kavramının etik duyarlılık kavramından daha fazla anlamsal yüke sahip olması ve araştırmaya sağlık ekibinin hemşire dışındaki diğer üyelerinin de dahil edilmesidir (Ongun, 2008).

Bu çalışma kapsamında genel olarak AS'lerin çağdaş sağlık sistemi içindeki önemi ve ağırlığı göz önüne alınarak bir değerlendirme yapıldığında, acil sağlık ekibinin ahlaki duyarlılıkları üzerinde PB ile ilgili bilgi birikimleri analiz edilmeye çalışılmış ve üzerinde durulmaya değer bir konu olarak görülmüştür. AS'ler PB ihtiyacı olan hastaların sıklıkla başvurduğu bazen sistemden kaynaklanan problemler nedeniyle oldukça zaman geçirdikleri birimlerdir. Bu koşullarda AS çalışanlarının PB hastaları ve hasta yakınları ile iletişimi yoğundur. Bu çalışma ile; AS çalışanlarının PB hakkındaki bilgi düzeyleri, eğitim durumları, yaşam sonu bakıma olan yaklaşımlarının incelenmesi ve bunun ahlaki duyarlılık ile ilişkisinin olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Soruları

Acil servis (AS) çalışanlarının;

1. PB'ya ilişkin algıları nelerdir?
2. PB ve yaşam sonu bakım ile ilgili görüşleri nelerdir?
3. PB ve yaşam sonu bakıma ilişkin ifadelerine katılma durumları nasıldır?
4. ADA'nın ifadelerine katılma durumları nasıldır?
5. PB bilgi düzeyleri hangi seviyededir?
6. Ahlaki duyarlılıkları ve ahlaki duyarlılık alt boyutları hangi seviyededir?
7. ADA'nın toplam puanları ile sosyo-demografik özellikleri arasında ilişki var mıdır?

8. PB anketi ile ADA'nın karşılaştırılması arasında ilişki var mıdır?
9. PB anketi ile ADA'nın alt boyutlarının karşılaştırılması arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Ölçütleri

2.1.1. Acil Servis

AS birimleri yaşamı tehdit eden durumlarda hastaların var olan gereksinimlerini hızlı ve etkili bir şekilde karşılamak amacıyla dizayn edilen, donatılan ve gerekli hizmetlerin sunulduğu birimlerdir (Taze,2008).

AS birimleri; triaj ve acil poliklinik olmak üzere iki kısımdan oluşur. Triaj; hastanın o andaki aciliyet durumlarına göre sınıflandırılıp öncelik derecelerinin belirlenerek yönlendirme işini yapar. Genellikle hemşireler ve doktorlar triaj yapar.

Triaj üç gruba ayrılır:

1. Acil olmayan (yeşil alan) : Hasta doktor görünceye kadar uzun süre bekleyebilir veya ilk basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilebilir
2. Acil (sarı alan): Hastanın AS'de mutlaka tanı ve tedavisi gereklidir. Tanı ve tedavisi yapılincaya kadar da belli aralıklarla kontrol edilmelidir
3. Çok Acil (kırmızı alan): Hasta bekletilmeden en kısa süre içinde tedaviye alınmalıdır. Hastanın hastalığı veya yaralanması sakatlık ya da ölüme sebep olabilir.

AS'lerde triajın hayat kurtarıcısı etkisi vardır. Acil bölümlerde oluşan yığılmaları önleyerek, beklemeyecek durumda olan hastaların hızlı bir şekilde muayene olmalarını sağlar.

Acil poliklinik ise; hastayı sedyeden alarak ilk acil tanılamayı bölüm yetkilisine bildirme, sürekli bakım ve tedavi girişimleri ile hastane içi öncelikleri belirleme,

hastanın muayene ve kontrollerini yapma, zamanında bilinçli bakım ve tedaviyi planlama ve uygulama basamaklarından oluşmaktadır (Kuğulu ve ark.,2004).

AS'lere her zaman acil olan hastalar gelmez. Çoğu zaman sistemden kaynaklanan sorunlar nedeniyle acil olmayan, ancak tedavi edilmesi gereken hastalarında tedavileri için geldikleri birimlerdir.

2.1.2. Acil Servis Ekibi

2.1.2.1. Acil Tıp Teknisyeni

Acil tıp teknisyenliği mesleğinde eğitim ve öğretime 1996-1997 senesinden bu yana orta öğretim düzeyinde başlanmıştır (Uz,2008). Acil tıp teknisyenlerinin AS'ler de tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır (Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28-b; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046, Erişim tar; 10.03.2016.);

1. İntravenöz girişim yapmak,
2. Oksijen uygulaması yapmak,
3. Endotrakeal entübasyon yapabilmek,
4. Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulayabilmek,
5. Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlayabilmek,
6. Yara kapatma ve basit kanama kontrollerini yapabilmek,
7. Temel yaşam desteği protokollerini takip etmek,
8. Temel yaşam desteği uygulaması esnasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak,
9. Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak.

2.1.2.2. İlk ve Acil Yardım Teknikeri

Ülkemizde ilk defa 1995 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ilk ve acil yardım teknikeri mezun vermiş ve bu tarihten sonra AS hizmetlerinde yerlerini almışlardır (Yenal,2009). Meslek; Paramedik, Ambulans ve Acil Servis Teknikerliği ve İlk ve Acil Servis Teknikerliği olarak farklı şekillerde isimlendirilmekte ve sahada icra edilmektedir. Acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinde meslekten, "Ambulans ve Acil Servis Teknikerliği" olarak bahsedilmektedir. En son meslek yüksekokullarında bu bölümün ismi "İlk ve Acil Servis Teknikerliği" olarak değiştirilmiştir.

İlk ve Acil Servis Teknikerlerinin AS de tıbbi görev, yetki ve sorumlukları şunlardır (Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28-a; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046, Erişim tar; 10.03.2016);

1. İntravenöz girişim yapabilmek,
2. Hastaneye ulaşıncaya değin, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanabilmek,
3. Oksijen uygulaması yapabilmek,
4. Endotrakeal entübasyon uygulamalarını yapabilmek,
5. Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak,
6. Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,
7. Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,
8. Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak,
9. Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak,
10. Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak,

11. Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak.

2.1.2.3. Acil Servis Sorumlu Uzmanı

Acil biriminin hasta bakım hizmet servislerinden, eğitim ve araştırmaların yürütülmesinden ve dahası AS personellerinin çalışma düzenlerinden sorumludurlar (Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28-a; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046, Erişim tar; 10.03.2016). Bu unvanı alabilmek adına üniversite kurumlarının tıp fakültelerinden mezun olduktan sonra ilgili alanda (Acil Tıp) bulunmuyorsa diğer uzmanlık alanlarında (tercihen Dâhiliye veya Genel Cerrahi) uzmanlığını tamamlamış olmak ve AS'e uzman olarak atanmış olmak gerekmektedir (Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28-a; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046 Erişim tar; 10.03.2016).

AS sorumlu uzmanının görev yetki ve sorumlulukları;

1. AS'de hasta bakım, tetkik istemi ve tedavinin sağlanması ve hastanın bakımının sonlandırılması için gereken işleyişi düzenler, uygular, uygulanmasını denetler. AS'lerin düzenli ve verimli çalışmalarını sağlamaktadır,
2. AS personellerinin izinlerini, işe devam etmelerini, kılık-kıyafetleri, iş verimlilikleri gibi hususlarda denetim ve koordinasyonlarını sağlamaktadır,
3. AS personellerinin ve kendilerinin mesleki bilgi ve becerilerini geliştirecek eğitim yaklaşımlarına katılımlarını sağlamaktadır. Hizmet içi eğitim seminerlerini planlamakta ve uygulamaktadır,
4. AS'lerin alakalı bulunduğu hastane içi ve haricindeki kişi ve birimlerle, koordinasyonlarını ve iletişimlerini sağlamaktadırlar,

5. Eğitim, araştırma ve uygulama kurumlarındaki birim faaliyetleriyle alakalı hususlarda; en son yenilik ve farklılıkları yakın takibini yaparak, öneriler geliştirmekte ve uygulanmasını sağlamaktadır,
6. Staj amacıyla gelen sağlık çalışanlarının işleyişlerini denetlemektedir,
7. AS faaliyetlerine ilişkin istatistikî verilerin toplanması, düzenlenmesi ve ilgili birimlere gönderilmesini sağlar,
8. Hastane yönetiminin ve hastane biriminin politika, hedef, kural, yönetmelik ve düzenlemelerine uymaktadır. Bunları sorumluluğu altındakilere açıklar ve benimsetmektedir,
9. Hastanın bakımıyla ilgili girişimleri planlar, acil durumlarda bizzat uygulamaya katılır,
10. Acil hasta bakım hizmetlerinde 24 saat sürekli ve aktif olarak sürdüreceği şekilde personel çalışma listeleri düzenler, izinlerin çalışma düzenini aksatmayacak şekilde kullanılmasını sağlayarak başhekimlik onayına sunar. İmza çizelgelerini kontrol eder onaylar ve başhekimliğe gönderir,
11. AS'de görev yapan tüm doktorların performans değerlendirmesini denetler ve onaylar,
12. AS'in sarf malzeme ve ilaçlarının istemini yapmaktadır,
13. Araç ve gereç malzemenin yerinde doğru ve ekonomik kullanımını sağlar,
14. Üniteye yeni başlayan doktorların adaptasyonunu sağlar, eğitimini yapar ve değerlendirir,

15. AS birimlerinde olması gerekli olan en az ilaç ve malzemelerin sürekliliğini denetler,
16. AS'in idari ve adli kayıtlarının sürekliliğini ve düzenini sağlar,
17. Hastane afet planının AS ile alakalı bölümünün işlerliğini ve devamlılığını sağlamaktadır, tatbikatlar organize etmektedir,
18. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında tanımlanan ve kurulan İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonunda (ASKOM) hastaneyi temsil eder,
19. Bağlı olduğu yöneticiye, çalışmalarıyla alakalı rapor vermektedir ve kendilerine atfedilen konuyla alakalı diğer görevleri de yapmaktadır.

2.1.2.4. Acil Tıp Uzmanı

AS içerisinde bulunan ve çalışma hayatına devam eden hasta bakım hizmetlerini ve serviste bulunan bütün eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütme sorumluluğu verilen ekip üyesidir (Kuğulu, 2004; Oktay, 2012). İşi gereği de üniversitenin tıp fakültelerinden mezun olduklarından sonra ilgili dalda uzmanlığını tamamlamış olabilmek ve AS bölümüne uzman olarak atanmış olmak gerekmektedir (Oktay, 2012).

Görevleri, yetkileri ve sorumluluklarını aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir;

1. AS birimi içerisinde hasta bakımlarını, tetkik istemlerini ve tedavinin sağlanıyor olmasını aynı zamanda da hasta bakımının sonlandırılması için gereken işlemleri düzenlemektedir, uygulamaktadır, uygulanmasını denetlemektedir. AS'in düzenli şekilde ve dahası verimlilik içinde çalışmalarını sağlamaktadır,
2. AS'de hasta bakım işlemlerini yerine getirir,

3. AS birimlerinde görevli olan pratisyen hekimlerin çalışmalarını denetlemekte ve hizmet içinde verilen eğitimlerden sorumludur,
4. Pratisyen hekimlerin bakmış olduğu bütün hastaları konsülte etmektedir ve hasta bakımı esnasında (tetkik, tedavi ve bakımın sonlandırılması) nihai kararı vermektedir,
5. AS personellerinin görevlerini yerine getirmelerini sağlamaktadır,
6. Hastane Afet Planının bir parçası olarak daha öncesinden belirtilen görevleri gerçekleştirmektedir,
7. AS'in idari ve adli kayıtlarının düzenini sağlamaktadırlar,
8. AS için uygun vardiya sürelerini belirler, çalışma saatlerine, nöbet devir teslim prensiplerine uyar,
9. Bağlı bulunduğu AS sorumlusuna çalışmalarıyla alakalı olarak rapor vermekte ve kendilerine atfedilen diğer görevlerin tamamını yapmaktadır.

2.1.2.5. Pratisyen Hekim

AS birimlerine gelmiş olan hastaların muayene edilme süreci, hastalığına teşhis koyma süreci ve yine hastalıktan kurtulması adına tedavi sürecinin ivedilikle yapılmasını sağlamaktadır ve serviste bulunan eğitim, araştırma ve uygulama çalışmalarına katılım göstermektedir (Oktay, 2012). Pratisyen hekimin görevlerine, yetkilerine ve sorumluluklarına değinmek gerekirse de;

1. İşlemlerini AS birimlerinin daha öncesinden belirtilmiş olan işleyiş kuralları ve talimatlarına göre yapmaktadır,

2. Uzman hekimlerin denetimi esnasında ve sorumluluklarında AS birimine gelmiş olan hastaların tanıları, tedavileri, bakım ve gerekli tetkiklerinin gerçekleşmesini sağlamaktadır,
3. Uzman doktor onayıyla gerekli olduğunda konsültasyon istemektedir, konsültan doktorun hastaya tam zamanında müdahalesini yapar,
4. AS biriminde kullanılmakta olan hasta kayıt evraklarının ve dosyalarının tümünün eksiksiz ve doğru şekilde dolmasını sağlar,
5. Hastanın anamnezini alır, gereken durumlarda adli vaka olarak kaydederler,
6. Adli vaka hastalarının kayıtlarını hastane polislerine bildirmekte ve kayıtlara işlenmesini sağlamaktadır,
7. Adli vakalık hastalar için adli dosya açılmasını ve geçici rapor düzenlenmeleri gerekmektedir,
8. Konsültan doktorların yatışına karar kıldığı hastaların yatırılması hususunda ilgili doktorlarla işbirliği yapmaktadır,
9. Hastaneye yatması gerekli olan acillik hastaların ilgili klinikte yatakları bulunmuyorsa, hasta kabul bölümüne ya da Başhekim vekili nöbetçi uzmana haber verilmektedir,
10. Hastaların AS'lerden taburcu olmaları ise AS uzman doktorunun onayı ile karar verilmektedir.

2.1.2.6. Acil Servis Hemşiresi

Teşhis konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır. Hemşireler genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra hemşirelik bakımını sağlar ve tıbbi tanı ve tedavi planının uygulamasına katılır (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/hemsirelik-yonetmeliği.aspx>. Erişim Tarihi: 22. 02. 2019).

1. Hastanın AS birimine kabulünü sağlar,
2. Hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, oksijen saturasyonu, nabız, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlar. Bu parametreleri izler, değerlendirir, sonuçlarını kaydeder ve normalden sapmaları doktora bildirir,
3. Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder, normalden sapmaları doktora bildirir,
4. Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler,
5. Yatışına karar verilen hastaların ve ameliyata alınacak hastaları, kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirir,
6. Periferik intravenöz kateter takar ve kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisini uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda / üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder,

7. İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder,
8. AS enfeksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemleri alır ve alınmasını sağlar (el yıkama, eldiven, izolasyon, maske, gömlek vb),
9. Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar morga transferini sağlar ve yakınlarına destek olur.

2.1.3. Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramsal Tanımlamaları

2.1.3.1. Etik

Etik, her şeyden önce, doğru ile yanlış, iyi ve kötü arasında ayırım yapan davranış standartları olarak tanımlanır. Diğer bir deyişle, etik davranış standartlarını inceleyen akademik bir disiplindir ve bir karakter durumu olarak da tanımlanmaktadır. Akademik bir disiplin olarak etik, görev, namus, dürüstlük, erdem, adalet ve iyi yaşam hakkında asırlık sorularla ilgilenen bir ahlak felsefesinin dalıdır. Ahlaki felsefe tarafından sorulan sorular açıklayıcı olmaktan ziyade, ne yapmalı sorusunu sormaktadır. Sosyal ve davranış bilimlerinde psikoloji, sosyoloji, antropoloji ve siyaset bilimleri gibi birçok disiplin, etik inançları, tutumları ve davranışları tanımlamak ve açıklamak için yaptıkları etik sorgulamalara açıklayıcı bir yaklaşım benimsemiştir.

Etik bir davranış standardı olarak tanımlandığında, etiği hukukla karşılaştırmak önemlidir. Toplumların eski zamanlardan beri yasaları vardır. İlk yasal sistemlerden biri, yaklaşık 4.000 yıl önce kurulan Hammurabi Kanunu'nun (M.Ö. 1795-1750) 282 maddeden oluşan yazılı hukuk kurallarıydı. Modern hukuk sistemleri, büyük ölçüde,

eski Roma'da geliştirilen yasalara dayanmaktadır. Kanunlar çeşitli şekillerde etik standartlar gibidir. Birincisi, etik gibi yasalar da davranış standartlarıdır, insanlara ne yapmaları ve ne yapmamaları gerektiğini söylerler. İkinci olarak, etik ve yasal standartlar görev, sorumluluk, ihmal, haklar, faydalar ve zararlar gibi birçok kavram ve terimi paylaşır. Üçüncüsü, hukuk ve etikte kullanılan akıl yürütme yöntemleri oldukça benzerdir, hem disiplinler hem argümanlar hem de sayımlar verir, kavram ve ilkeleri analiz eder ve vakaları ve örnekleri tartışır. Ancak etik, yasalardan da bazı önemli şekillerde farklılık gösterir. Birincisi, hukuk etiğinin kapsamı hukuk kapsamından çok farklıdır. Etik olarak kabul edilmeyecek ancak yasa dışı olmayan birçok davranış tipi vardır. İkincisi, insanlar ahlaki veya ahlaki standartlara itiraz edebilir veya değerlendirme yapabilir. İnsanlar bir tür etik davranışa karşı bir yasa olması gerektiğine karar verebilir veya mevcut bir kanunun etik dışı olduğuna karar verebilirler. Bir kanunun etik dışı olduğuna karar verirsek, o zaman ahlaki olarak onu değiştirmek veya itaatsizlik etmek zorundayız. Örneğin, Güney Afrika'nın apartheid sisteminin etik dışı kalmasına karar veren birçok kişi sistemi değiştirmek için savaştı. Bununla birlikte, etik ve hukuk bazı alanlarla örtüşen çevreler olarak düşünülebilir (Shamoo and Resnik, 2009).

İki disiplin, metodoloji ve içerik bakımından birbirlerini desteklediğinden, etik ve hukuk, insan refahı, ortak yarar ve sosyal adaletin ihtiyaçlarına cevap vermek için birlikte hareket edebilir. Sosyal etik kavramı oldukça ilgili ve teşvik edicidir. Ayrıca bir başka ayırım da etik ve dindir. Etik teoriler ve dini gelenekler, insan davranışının standartlarını belirleme ve yaşamın anlam ve değerini bir şekilde sağlamada çok ortaktır. Ancak etik, din ile aynı değildir. İlk olarak, farklı dini kökenden gelen insanlar bazı temel etik ilkeler ve kavramlar üzerinde anlaşabilirler. Hıristiyanlar, Yahudiler,

Müslümanlar, Hindular ve Budistler, dürüstlük, adalet, hayırseverlik, insan yaşamına saygı ve teolojik uyuşmazlıklarına rağmen diğer birçok etik değerlerin önemi konusunda hem fikir olabilirler. İkincisi, etik ya da ahlak felsefesinin incelenmesi, etik kavram ve ilkeleri analiz etmek ve yorumlamak için insanın akıl yürütmesine dayanan seküler bir disiplindir (Shamoo and Resnik, 2009).

Sonuç olarak, rasyonel karar verme ve laik düşünme metodolojisi, sosyal ve toplum yönleriyle etik analize ulaşmak için uluslararası insan hakları hukukunun ve evrensel değerlerin yol gösterici ilkeleri ile uygulanabilir.

2.1.3.2. Etik Değer/Etik İlke

Etik; kişinin davranışlarına temel olan ahlak ilkelerinin tümüdür. Başka bir ifade ile etik, insanlara “işlerin nasıl yapılması gerektiğini” belirlemede yardımcı olan kılavuz (rehber) değerler, ilkeler ve standartlardır. Etik, aynı zamanda bir süreçtir.

Bu süreçte karar alırken ve uygulamayı yaparken, belirli değerlere bağlı kalınarak hareket edilir. Etik daha çok ahlak ile eş anlamlarda kullanılsa da birbirinden farklı terimlerdir. Ahlak, genellikle insanların kendisine göre yaşadıkları bir ilkeler topluluğu, bir kurallar toplamı anlamına da gelmektedir. Etik ise ahlaktan farklı olarak, bu tür davranışları felsefi olarak inceleyen ve açıklamaya ve son çözümlenmede değerlendirmeye çalışan felsefi soruşturma alanıdır. Ahlak yöresel, Etik ise evrenselidir.

Genel manada etik değer ‘din, tarih, estetik, hukuk, politika, ekonomi, gibi tematik bir yapıda; kişi, aile, grup, toplum, insanlık, gibi belirlenmiş bir kitle tarafından, çok daha olumlu bazen de olumsuz nitelik olarak gözlemlenmiş olan, nesne, konum, durum, süreç, kavram gibi şeklinde betimlenebilir. Bu değişkenlerin içerisinde etik değerlerin belirleyici özellikleri, davranışlara yön veren ve onları gerekçelere bağlayan

bir öneri ya da yönerge nitelikleri taşımasıdır. Başka bir anlatımla etik değerler, zihinde davranışı belirleyen düşünme süreçleri için ölçüt, toplum ölçeğinde davranışı düzenleyen kurallar için kaynak oluşturabilirler. Farklı çerçevelere özgü temel yöntemleri ve tutumlara yol göstermekte olan ve ölçüt meydana getiren, en genel, temel ve soyut boyutları ifade edebilen ilke kavramı, genel manada değer ile aynı anlamda değildir. Bununla birlikte, etik özelinde bir anlam kesişmesi bulunmasından ötürü, etik değer yerine etik ilke de denilebilir (Kadıoğlu, 2007).

2.1.3.3. Tıp Etiği

Biyetikçiler, tıbbi işlemlerin yararlarını ve zorluklarını değerlendirirken, sıklıkla sağlık bakım etiğinin dört temel ilkesine atıfta bulunurlar. Meslek etikleri grubundan olan tıp etiği, tıbbi ilişkiler çerçevesinde sağlık profesyonellerinin iyi davranmak adına neleri yapmaları ve nelerden kaçınmaları gerektiği hakkındadır. Bu tematik çerçevedeki hem soyut düşünme, akıl yürütme hem de konulmuş kurallara uyma etkinliklerini kapsamaktadır (Kadıoğlu, 2007). Farklı bir söyleyişle, tıp etiği tıbbi eylemi düzenleyen kurallarla ve tıba özgü değerler dünyası ile ilgilenir. Tıbbi eylemler çerçevesinde neyin “iyi” ve neyin “kötü” olduğu, mutlak “iyi”nin ve “kötü” nün olup olmayacağı onun temel sorunlarıdır (Arda, 2004). Tıp etiğinin tıbbın gündelik yaşamında ortaya çıkışı sadece değer sorunlarıyla karşılaşma durumları ile sınırlı değildir. Her tıbbi eylemin kendince bir etik boyutu vardır; etik bilincine ve duyarlılığına sahip olmak bu boyutu gözden kaçırmayıp değerlendirmeye almayı sağlamaktadır. Etik bilinç, etik duyarlılık, etik sorunların tanınmasında ve çözümlenmesinde olduğu gibi onların çözüme kavuşturulmasında ve ortaya çıkışlarının engellenmesinde de rol oynamaktadır (Kadıoğlu, 2001).

2.1.3.4. Etik Kural-Etik Kod

Etik kurallar, etik ilkeler gibi davranışlara yön gösteren ve ölçüt oluşturan, etik ilkelere göre daha özel ve somut olan ve etik ilkelerden türetilen düzenlemelerdir. Etik kod terimi ise belirli bir konudaki etik kurallar kümesini ifade eder (Kadıoğlu, 2007). Kuralları ilkelerin uygulamaya yansıyan türevleri olarak nitelenmek ve temel işlevlerinin uygulamaların istenir nitelikte olmasını güvence altında tutma olduğunu söylemek doğru olabilir (Kadıoğlu ve ark., 2001).

Kurallar, genel geçer karakter taşıyan ilkelerden farklı olarak belirli olgular ve onların somut olarak ortaya çıktığı durumlar için geçerlilik taşımaktadır (Elçioğlu ve ark., 2003). Meslek etiği kodlarının genel olarak üç temel işlevi yerine getirmesi beklenmektedir. Bunların ilki mesleğin ideallerinin toplum ve meslek elemanları arasında paylaşılmasını sağlayabilmek; ikincisi meslekteki etik davranışlara rehberlik yapabilmek; üçüncüsü beklenen standartların altındaki davranışları disipline etmek ve kabul edilir davranış standartlarının geliştirilmesini sağlayabilmektir (Aydın, 2006).

Etik Kod, kurumların çalışanlarına, beraber iş yaptığı kişi ve diğer kurumlara ve kamuya sorumluluklarını özetleyen, temel değerlerini ve ilkelerini yansıtan, çalışanlara kabul edilebilir ve edilemez davranışlar konusunda yol gösteren bir kurallar bütünü olarak tanımlanabilir.

2.1.3.5. Etik Sorun

Etik sorun, tutumun iyi şekilde bulunmasıyla alakalı yaşanan bütün tereddütlerin ya da olumsuz geri dönütlerin gün yüzüne çıkmış olduğu hallerdir. Tutumlarını belirlemede olan zihinsel süreçte de tutumların devam ettiği toplumsal alanlarda mevzu

bahis olabilir. Etik ile alakalı problemler haller çerçevesinde “ikilem” ve “ihlal” benzeri iki ana kategori bulunmaktadır. İkilemi, kurala bağlanmamış hallerde karar vericinin yaşamış olduğu seçim problemi; ihlali de mesleki eylemleri düzenleyen standart kurallarının yok edilmesi veya görülmemesi şeklinde tanımını yapılabilir (Kadıoğlu, 2007). Etik ikilemlerde farklı ilkelerin ya da kuralların, yol gösterici şekilde eş zamanlı ve birbirlerine yakın ağırlıklı olarak devreye girmesi, her birinin farklı bir davranış seçeneğinin yeğlenmesini gerektirmesi söz konusudur. Bu hallerde bir ilkeye uygun davranmak bir diğerine aykırı olmayı; bir başka deyişle bir değeri korumak bir diğerini harcamayı zorunlu kılmaktadır. Etik ihlali ise davranışın belli bir / birkaç ilkeye veya kurala, tereddüde yer kalmayacak şekilde çok daha aykırı olmalarını ifade etmektedir. Çoğunlukla ilkeler içerisinde ikilemlerde olduğunu, ihlal edilenin de çok daha sert kurallar olduğunu söylemek olanaklıdır (Kadıoğlu, 2001).

2.1.4. Ahlaki Duyarlılık

Etik, bireyin davranışlarına temel olan ahlaki ilkelerin tümüdür (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016). İnsanlar arasındaki ilişkilerin temelinde yer alan değerleri, ahlaki bakımdan iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olanın niteliğini araştıran bir felsefe dalı olarak etik, özellikle son yıllarda sağlık çalışanlarında önem kazanmaktadır (Dalcalı ve Şendir, 2016).

Sağlık çalışanlarının etik ikilemler karşısında doğru kararları alma kabiliyetine sahip olmaları beklenmektedir. Ancak, doğru kararlara ulaşmak için etik sorunların tanınması ve analizi, etik bir sorunu ayırt etme yeteneği olarak nitelendirilen etik duyarlılığın geliştirilmesini gerektirir (Dalcalı ve Şendir, 2016). Etik duyarlılık, sağlık uzmanlarının, ilgilendikleri hastaları anlama ve iyi bakım sağlamada kullandıkları

yöntemi anlama kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Dikmen, 2013). Ahlaki duyarlılık, etik bir sorunu belirleme ve hasta adına verilen kararların etik sonuçlarını anlama kapasitesidir (Lützen ve ark., 1997). Sağlık personelleri hastaların fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına cevap vermeli ve bu ihtiyaçları bakım sürecinin bir parçası olarak ele almalıdır (Dikmen, 2013).

Sağlık çalışanlarının içinde hastayla daha fazla vakit geçiren hemşireler; hasta bakımı ve tedavisini sürdürme sorumluluğu ile etik sorunlarla daha fazla karşılaşabilmektedir. Ayrıca hemşirelik tamamen eyleme dayalı bir meslek olduğundan, hemşireler her zaman hasta ve yakınlarına karşı etik bir ilişki içinde olmalıdır (Pekcan, 2007). Bir hemşirenin bilgi ve becerisi, hasta bakımını etik bir şekilde etkileme gücüne katkıda bulunan önemli etkenlerdir (Parker, 2007).

Etik duyarlılık eğitim ile geliştirilir, mesleki yeterliliği sürdürme ve mesleğin etik kodlarına uygun davranışları sergilemek ile devam ettirilir (Aksu ve Akyol, 2011; Pekcan, 2007).

Etik ikilem bir eylem sırasında karar verilmesi gereken bir durumda iki değer arasındaki karmaşadan kaynaklanır (Fry ve ark., 2010). Bu durumda etik ikilemin fark edilebilmesi ve çözülebilmesi için gerekli olan etik duyarlılık bakım verenin kendi kişisel değerlerinden etkilenir. Karar verme sürecine katkıda bulunan temel unsurlar olan kişisel değerlerin tanımlanması, davranışların daha açık olarak anlaşılmasını sağlar (Keskin ve Yıldırım, 2006).

2.2. PALYATİF BAKIM

2.2.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Türk Dil Kurumu palyatif sözcüğünü “ tedavi edici etkisi olmayan, ağrı ve sızıları geçici olarak hafifleten ve dindiren” şeklinde tanımlamaktadır. Palyatif bakımı (PB’ı) ise daha çok tedavi edici yaklaşımların yetersiz kaldığı ölümcül hastalarda, hasta ve yakınlarına verilen destekleyici bakım olarak ifade etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, 2002’de PB’ı “yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psikososyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. Ayrıca DSÖ tarafından 2014 yılında “PB tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşü eklenmiş olup aynı şekilde hasta yakınlarının bu süreçte ve yas döneminde psikolojik, sosyal, maneviyat ve fiziksel yönden desteklenmesi konusu da PB tanımına dahil edilmiştir (Bağ, 2012; Kabalak,2014; WHO, 2016)

Palyatif bakım (PB):

- Hastalıkların ve ailelerin aktif toplam bakımı, genellikle hastalıkları potansiyel olarak küratif tedaviye cevap vermediğinde, hastalığın erken dönemlerinde uygulanabilir olsa da;
- Ağrı ve diğer semptomlardan kurtulma sağlar,
- Hastalar ve aileler için mümkün olan en iyi yaşam kalitesini sağlamayı amaçlar,
- Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlara cevap verir,
- Kayıpta destek olmak için gerektiği kadar uzar.

PB için hazırlanan kaynaklar, pratisyen hekimlere, toplum hemşirelerine ve hastane personelinin yanı sıra uzman PB ekiplerine yardımcı olacak bilgileri içerir. PB’de sık karşılaşılan sorunların yönetimi için, ilaç tedavisi hakkında bazı bilgiler içeren bir kontrol listesi sağlamayı amaçlamaktadır.

Kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği ve diğer durumlar için Ulusal Hizmet Çerçeveleri, bu hasta gruplarına ve kanser hastalarına iyi PB sağlamanın önemini giderek daha fazla vurgulamaktadır.

Günümüzde sosyal yapıdaki değişiklik, bağımlı yaşlı nüfus oranındaki önemli artış, tıp alanındaki gelişmeler sonucu hastalıkların kronik bir süreç kazanması, hane nüfus sayısında azalma, kadınların ev dışında çalışma oranındaki artış gibi çeşitli sebeplerle, kronik süreçteki hastalara, aileleri tarafından gerekli olan bakımı sağlanamamaktadır ve bu hastalara profesyonel bakım ihtiyacı doğmaktadır. PB, bu noktada, yaşamı tehdit eden bir hastalıkla baş etmek zorunda kalan hasta ve yakınlarının, gereksinimlerinin karşılanması amacıyla doğmuş bir yaklaşım türüdür (Lagman ve Walsh, 2005).

2.2.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi

PB, ölenlerin bakımına odaklanarak başladı. Dr. Cicely Saunders ilk olarak 1950'lerin sonlarında ölmekte olan hastaların dikkatle izlenmesine dayanarak modern bakım evi hakkındaki fikirlerini dile getirdi. Sadece disiplinler arası bir ekibin, ölen bir kişinin “toplam acısını” ailesi bağlamında hafifletebileceğini ve ekip konseptinin hala PB’ın özü olduğunu savundu.

1960'larda, ABD'deki bir psikiyatrist olan Elisabeth Kübler - Ross, hayatın sonunda insanlara saygılı, açık ve dürüst bir iletişim ile davranmaya karşı sert bir

dirençle karşılaştı. Çığır açan kitabı *On Deathand Dying* ve karizmatik sunumları, ölmekte olan hastaların nasıl kabulünü ve sağlanan bakımı kökten değiştirdi ve insanileştirdi.

1974'te, Kanada'daki Montreal'deki McGill Üniversitesi'nin Royal Victoria Hastanesi'ndeki cerrahi onkolog Dr. Balfour Mount ilk önce, kronik veya yaşamı kısıtlayan hastalıkları olan ve fiziksel, psikolojik, sosyal veya ruhsal sıkıntı yaşayan aileleri için bütünsel bakım sağlamanın gerekli olduğunu savundu. 1985 yılında "Montreal'in Kraliyet Victoria Hastanesi'nde ilk PB Hizmetini kurdu" . 2003 yılından beri "Kuzey Amerika'da PB'nin babası" olarak tanınmaktadır.

1997'de Tıp Enstitüsü, “Ölüme Yaklaşmak: Yaşam Sonunda Bakımın Arttırılması” (M.I. Field ve C.K. Cassel, editörler) raporunda Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam sonu bakımda göze çarpan eksiklikleri belgelemiştir. Robert Wood Johnson Vakfı ve George Soros'un Açık Toplum Enstitüsü'nün desteğiyle, PB'ı ana tıp ve hemşireliğe getirmek için büyük bir çaba başlatılmıştır. Klinik gösteri projeleri, temel ders kitaplarının palyatif ve yaşam sonu bakım içeriği incelemeleri, Son Hareketler ve Bill Moyer Serisi, “Kendi Koşullarımızda” (2000), palyatif bakım fakültesi bilim adamlarının finansmanı ve NIH Bilim Devlet konferansı. Kalite Palyatif Bakım Klinik Uygulama Kılavuzları ilk olarak 2004 yılında piyasaya sürüldü ve PB'nin odağını yalnızca ölmekte olan hastaları değil aynı zamanda yaşamı kısıtlayan hastalıkları olan hastaları da içerecek şekilde genişletildi. 2006 yılına kadar yaklaşık 100 kursiyerle 57 palyatif tıp kursu programı verildi.

2006 yılında Amerikan Tıbbi Uzmanlık Kurulu (ABMS) ve Yüksek Lisans Medikal Eğitim Akreditasyon Konseyi ve Palyatif Tıp alt kategorisini tanıdı. Palyatif tıbbın köklerini birçok uzmanlık alanındaki köklerini yansıtan 10 uzmanlık kurulu, 2008

yılında ilk kez verilen ABMS sertifikasyon sınavını desteklemektedir ve Amerikan Palyatif Tıp Akademisi'nin 3000'den fazla üyesi bulunmaktadır. PB; Amerika'da 2008'de acil tıbbın yan dalı olarak kabul edilmiştir. Ülkemizde ise PB henüz bir uzmanlık alanı değildir.

Palyatif tıp, yaşamı kendi şartları ile dürüst ve açık bir şekilde kabul etme mücadelesinin devamıdır. Akademik tıptaki yerini alan bu yeni uzmanlık alanı, gelecek nesil hekimlerin, alandaki bilgilerini geliştirmesini sağlarken, genel anlamda uzman palyatif tıp becerileri kazanmalarını sağlamak ve hastalara ve ailelerine her zaman yanlarında olacak sağlık personellerinin varlığını hissettirmektedir. Diğer bir ifadeyle PB gerektiren hastaların, hastalıklarından dolayı meydana gelen semptomları ve en önemlisi acılarını hafifletilmesi için yardımcı olmaktır.

Ülkemizde 2009-2015 yılları arasında Pallia-Türk projesi olarak Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan 'Ulusal Kanser Kontrol Programı'nda PB programı da tanımlanmış, merkezlerin kurulması 2012-2013 yılları arasında hızla artmıştır.

Erişkin hastalara yönelik ilk 'Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi', Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesinde açılmış olup hastanede ülke gereksinimlerine göre farklı bir yapılanma ile hastalara bakım sağlanmıştır. Buna göre özellikle Ankara genelindeki yoğun bakımlardan taburcu edilemeyen, yoğun bakım gereksinimi uzun sürecek olan ya da artık tümüyle PB gerektiren hastaların kabulünü sağlayacak bir merkez oluşturulmuştur. Uzun süreli yoğun bakım, PB, evde bakım hizmetleri birlikte yürütülmektedir (Kabalak ve ark., 2013)

Türkiye'nin şartları ve önceliklerine göre Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı yönergelerle PB'nin tanımlanması ve kurumsallaşması, PB bilincinin geliştirilmesi, PB hizmetlerinin aşamalı olarak 2023 yılına kadar yaygınlaştırılması, PB alanında eğitimli ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, PB hizmetlerine gereksinim duyan hastaların bunu alması amaçlanmaktadır.

Diğer ülkelere göre Türkiye'de PB hizmetlerinin günümüze kadar ihmal edilmesinin nedenleri; aile yapısı kültürü, insan gücünde yaşanan sorunlar, eğitimde çok fazla yer almaması, PB uzmanlığının bulunmaması ve gerek sağlık çalışanları, gerekse hastalar arasında yeterli farkındalığın olmaması sayılabilir (Akçiçek ve ark., 2013).

2.2.3. Palyatif Bakımın İlkeleri

2.2.3.1. Hasta ve Ailesinin Bilgi Gereksinimi

Sağlık personeli, aileye tanı anından başlayarak anlayabileceği bir şekilde karşılaşacağı süreç hakkında bilgi vermelidir. Bu bilgi hastanın hastalığı ve tedavisi, yaşayabileceği komplikasyonları, şu anki durumu, yapılacak uygulamalar ve hizmetleri içermelidir. Bilgi verilecek kişi çocuksa bu bilgi çocuğun yaşına ve gelişimsel düzeyine uygun olmalıdır.

Hasta ve aileye soru sorma ve tartışma fırsatı verilmelidir. Tedavi planında ya da hastalığın süresi ve seyri değiştikçe hasta ve ailenin bilgi gereksinimi devam edecektir. Ailenin, hastanın bakımındaki kontrolünü sürdürebilmesi, bilgilendirilmiş onam verebilmesi ve uygun seçimleri yapabilmesi için samimi ve uygun zamanda açıklamalar yapılmalıdır. Mümkün olduğunca, aile ve hastaya verilen bilgiler yazılı, sesli ve görsel materyallerle desteklenmelidir.

2.2.3.2. Hastaların ve Ailelerin Bireysel Değerlendirme Gereksinimi

Sağlık personeli etkili ve kabul edilebilir bir plan yapmak ve bütün gerekli desteği sağlamak için her hasta ve ailesini ayrıntılı bir şekilde değerlendirmelidir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda ile ve hastanın bireyselliğine gereken önem gösterilerek, bu husustaki ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.

2.2.3.3. Hastanın Fiziksel Semptomlarının Yönetimi

Hastada ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınması yaşam kalitesinin artmasını sağlar. Semptom kontrolü PB ekibinin entegre, koordineli ve planlı yaklaşımı ile sağlanır. Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri oldukça yoğun yaşandığından, semptomlarla baş etmek, bakmakla sorumlu kişiler açısından oldukça güç olmaktadır. Hasta ve yakınları; özellikle beslenmede değişiklik, ağız yaraları, ağrı, bulantı, kusma, yorgunluk gibi semptomlarla baş etmenin zor olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca tedavinin yan etkileriyle yeterli düzeyde baş edememesi de hastanın tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Hasta ve ailesi evde semptom kontrolü yapabilmeleri konusunda bilinçlendirilmelidir. İyi bir semptom yönetimi 24 saat sağlık personeline ulaşabilme ve gerektiğinde destek alabilmeleri ile gerçekleşir. Ailelerin hastaneye, sağlık personeline ve acil hizmetlere ulaşabilme konusunda kendilerini rahat hissetmeleri önemlidir. Sağlık personeli aileye gerektiğinde arayıp bilgi almaları için her zaman rahatlıkla ulaşabilecekleri telefon numaraları vermelidir.

2.2.3.4. Yaşam Kalitesinin Arttırılması

Yaşam kalitesi, günlük bakımında bağımsız hareket edebilme ve yaratıcılığını sürdürme, kontrolünü ve seçimlerini yapabilmelidir. PB'nin amacı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmek olduğundan, sağlık personeli mümkün olduğunca hastanın günlük yaşantısını sürdürebilmesine yardımcı olmalıdır. Hastanın yaşantısına normal bir şekilde devam etmesi, sağlık ve iyilik durumunu geliştirebilir.

2.2.3.5. Aileler İçin Destek (Sosyal, Psikolojik Ve Dini)

Hastalık aileyi toplumdaki sosyal olarak izole edebilir, arkadaş ve komşuluk ilişkilerinin giderek yok olmasına neden olabilir. Ailelerde; hastalık boyunca boş zamanlarında eskiden yapmış olduğu faaliyetleri yapamama, hafta sonu ve uzun süreli tatile çıkamama, misafir kabul edememe gibi sıkıntılar ortaya çıkabilmektedir. Bunun dışında hasta yakınlarının bazen daha fazla çalışması, hastaya daha fazla destek olma gerekliliğini hissetmesi de onların toplumsal ilişkilerini azaltmaktadır. Bu durum kişisel ilerleme olanaklarını ya da kariyerlerini geliştirmelerini engelleyebilir. Sağlık personeli, ailelerin hastalık öncesinde var olan tatil ve eğlence gereksinimlerini mümkün olduğunca sürdürmeleri konusunda destek sağlamalıdır.

2.2.3.6. Ekonomik Destek

Hastalığın tedavisinin uzun sürmesi, tam olarak tedavi edilememesi, tekrarlı ve uzun süreli hastaneye yatışlar, hasta ve ailesinin duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum aile bütçesi ve ülke ekonomisine önemli yükler getirmektedir. Hastalık nedeniyle ebeveynler veya bakmakla yükümlü kişiler öncekine göre daha az süre çalışabilmekte, hatta bazen işten ayrılmak zorunda

kalabilmektedir. Bu dönemin topluma ve aileye maliyeti çok yüksek olmaktadır. Sağlık çalışanları aileye alabilecekleri ekonomik destekler ve bunlara nasıl ulaşabileceği konusunda bilgi vermelidir. Gerektiğinde gönüllü kuruluşlardan destek alabilmeleri için yardımcı olmalıdır (Eaton, 1993).

2.2.4. Palyatif Bakımın Amacı

Yaşamının son günlerini yaşayan, ölümün yaklaşan ve kaçınılmaz bir son olduğunun farkına varan terminal evredeki hastalar; başkalarına yük olma, ağrı ve acı çekerek ölme, öldükten sonra arkalarında birilerini bırakma, yaşam hedeflerini başaramadan erken ölme gibi birçok korkuyu içlerinde barındırabilirler. Her insanın dileği olan son nefese kadar kaliteli ve sıkıntılardan uzak bir şekilde hayatın geçirilmesi arzusu, terminal evredeki bir hasta için yaşadığı tüm bu korkularla biraz daha güç duruma gelebilmektedir.

Hastanın ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi, psikolojik ve manevi destek sağlanması, karşı karşıya olduğu ölüm tehlikesine rağmen mümkün olduğunca aktif bir yaşam sürdürebilmesinin sağlanması, ailesinin desteklenmesi ve eğitimi ile PB anlayışı amacına ulaşır.

Bu kapsamlı bakım sürecinde verilecek hizmet, sadece hasta ile sınırlı olmayıp bu zor dönemi onunla birlikte yaşayan yakınlarını da içerecek şekilde bir ekip çalışma ve dayanışmasını gerekli kılmaktadır. Hastaya PB desteği sağlayan sağlık profesyonelleri ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve hasta yakınlarını yas sürecine hazırlama ile de sorumludurlar.

Özetle PB'nin temel prensipleri ana hatlarıyla şunlardır:

- Hasta bakımının psikososyal ve manevi yönlerini entegre etmek,
- Ağrı ve diğer sıkıntı veren semptomların azaltılmasını sağlamak,
- Yaşamı ve ölümü normal bir süreç olarak değerlendirmeyi sağlamak ,
- Ölümü ne hızlandırmak ne de ertelemek ,
- Hastanın ölüme kadar mümkün olduğunca aktif bir yaşamın içinde tutulmasına yardım etmek,
- Yas dönemi de dahil olmak üzere hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlemek ve gidermek için ekip yaklaşımı ile danışmanlık hizmeti sunmak,
- Hasta yakınlarının hastalık sırasında yaşanan sorunlarla baş edebilmesi için destek sağlamak,
- Yaşamın kaliteli olmasını sağlamak ve hastalık sürecini olumlu etkilemek,
- Hastalığı erken dönemlerinde uygulanan radyoterapi, kemoterapi gibi tedavilerle ortaya çıkan üzücü klinik komplikasyonları daha iyi anlayıp yönetmeyi sağlamak,
- Ölümden sonra yas sürecinde hasta yakınlarına yardımcı olmaktır.

2.2.5. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WHO-WPCA) PB gerektiren tıbbi durumları (veya hastalıkları) şu şekilde belirtmiştir:

Erişkinlerde PB gerektiren hastalıklar: Kanserler, alzheimer, demans, kardiyovasküler hastalıklar, siroz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, edinsel bağışıklık yetmezlik sendromu (AIDS), böbrek yetmezliği, multipl skleroz, parkinson hastalığı, romatoidartrit, ilaca dirençli tüberküloz.

Çocuklarda PB gerektiren hastalıklar: Kanserler, yenidoğan hastalıkları, konjenital anomaliler, kardiyovasküler hastalıklar, kan ve immün bozukluklar, menenjit, siroz, AIDS, böbrek hastalıkları, nörolojik bozukluklar.

2.2.6. Yaşam Sonu Bakım

Ölüm tüm yasayan organizmaların paylaştığı, hayatın son aşaması olan evrensel bir olay olup bireyin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir (Uçar, 1997). Günümüzde toplumların giderek yaşlanmaları, biyoteknolojik gelişmeler ölümü artık tıbbi bir olay haline getirmektedir. Bu noktada aslında doğal bir süreç olan ölüm, tıbbin müdahale alanına girmektedir (Demir, 2016). Ayrıca ölümün genellikle hastanelerde olması, sağlıkla ilgili mesleklerde çalışanlara büyük sorumluluklar yüklemektedir. Ölüme yaklaşan hastaya sunulan bakım ile sağlık personelinin ölüm durumu karşısında gösterdiği tepkiler arasında yakın bir ilişki vardır (Öz, 2004).

Yaşam sonu bakım, tedavinin artık mümkün olmadığı durumlarda ölüme yaklaşan hasta ve ailesinin beklenti ve gereksinimlerini karşılamak için psikososyal beceri ve tekniklerin kullanılmasını gerektiren bir kavramdır (Georges ve ark., 2002; Rushton, 2006).

Yaşam sonu bakım yalnızca fiziksel semptomların değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve spiritual konuların kontrolünü de içermektedir (Ferrell, 1998). Bu doğrultuda yaşam sonu bakım, hasta ve ailesine en kaliteli hizmeti, rahatlığı ve saygınlığı sağlamayı hedeflemekte; bu konuda sağlık bakım profesyonellerine önemli görevler düşmektedir.

Birey için iyi bir ölümün anlamı; ağrı ve diğer semptomların yeterince kontrolü, kontrol duygusunu son ana kadar sürdürebilmek, sevdikleri kişiler ile ilişkilerini

güçlendirebilmek, kendi ölümünün sevdikleri üzerinde yaratacağı fiziksel ve ruhsal yükü hafifletebilmek, ölümün uzatılmaması ve tüm bunlar sağlanmadığında ölme isteğinin ifade edilmesi şeklinde belirtilmektedir (Brown ve ark. 2008; Germain ve ark. 2007; Haras 2008).

Hasta yakınları açısından iyi bir ölüm kavramı ise, ölmekte olan kişi ile birlikte olma ya da olmama isteği, ölüm sürecin kısaltılması, ölüm hakkında bilgilendirilmek, ekip tarafından kabul ve destek görmek anlamını taşımaktadır. Ölmekte olan hastanın bakımını üstlenen sağlık çalışanları da hasta ve ailesi gibi korku, kaygı, yadsıma, öfke, suçluluk, depresyon ve çaresizlik duygularını yaşamaktadırlar. Bu nedenle ölmekte olan hastalara bakım vermek, hemşirelerin birçok alanda bilgili ve becerikli olmalarını ve stresle uygun şekilde baş etmelerini gerektirmektedir (İnci ve Öz, 2012)

Ölümcül bir hastalığı olan bireyin uygun yöntemle, doğru ve istediği kadar bilgilendirilmesi gerekir. (Jones ve ark., 2004). Tanı yakında gelecek olan ölümle eş tutulmadan, ümit kapısını da açık bırakarak, doğal bir davranışla ve kısa bir konuşmayla açıklanmalıdır. Bilgi, doğru olduğundan emin olunduktan sonra, doğru zaman ve ortamda ve gerektiği kadar verilmelidir. Hastalık hakkında bilginin yanı sıra yaşam süresinin söylenmesi hasta ve ailenin ilerdeki planları için bir fırsat sağlamaktadır. (Derogatis ve ark., 1983).

2.2.7. Ahlaki Duyarlılık ve Etik Açısından Palyatif Bakım

Uluslararası Haklar Birliği'nin üyesi olan Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Anlaşma Kurumu PB'ı 'ağrı kontrolünü temel sorumluluk' olarak görmektedir. Ahlaki ve etik zorunluluğun öneminin artışı özellikle vurgulanmaktadır. Bu durum, sağlığını yeniden kazanma şansı bulunmayan bütün hastaların, sıklıkla agresif ve acı

verici tedaviler gerektiren kültürel geleneklere karşı koymasına yardım edebilir. PB'ın temeli, ağrı ve acı çekmenin rahatlatılmasıdır. PB uygulanmasında sorunlarla karşılaşılması olasıdır. Örneğin, New York Eyalet yasası, Genel Sağlık Yasasına bir 'Palyatif Bakım Bilgi Edinme Yasası' eklemiştir. Bu yasa, doktor ve hemşirelerin ölümcül hastaları bilgilendirmesini ve onlara yaşam sonu seçenekleri ve PB hakkında danışmanlık yapmalarını zorunlu kılmaktadır. Yasada tanımlanan duruma göre PB, ağrı veya acı çekmeyi önlemek ve ortadan kaldırmak için, hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılan ve bakıma muhtaç kimsesiz, yaşlı ve sakat kişilerin bakımını da içeren sağlık tedavisi ve hastalarla ailelerine yapılan danışmanlık anlamına gelmektedir. Kaliforniya eyaleti de aynı yasayı düzenlemiştir ve diğer eyaletler de aynı yolu takip etmeyi planlamaktadır. Bunun gibi yasalar desteklense de, uygulanmasının önünde büyük engeller bulunmaktadır. Amaçlanan danışmanlık süreçlerinin elde edilmesinde gerekli olan tutkuya, iletişim yeteneklerine ve bilgiye bütün sağlık çalışanları sahip değildir. Dahası birçok doktor, yasal zorunlulukları doktor-hasta ilişkilerine istenmeyen ve yararı olmayan ihlaller olarak görmektedirler. Sonuç olarak, birçok hasta tedavilerinde eski doktorlarını yeni gelenlerle değiştirmek istememektedir. Yeni geçişler PB uzmanlarının var olan güvenli tıbbi uzmanlıklarının engellenmesi olarak algılanmaktadır. Amaçları önemli olsa da PB'ın dünya çapındaki hükmü, hastalar ve ailelerden başka; tıbbi uzmanlar arasında da kabul edilmeyi ve kültürel değişikliğin oluşmasını beklemektedir. Ümit edilen sadece uzun yaşamak değil; rahatlama, doğru bilgilendirilme, ilgilenilme, sevecenlik ve aile sorunlarıyla ilgilenilme şansı yakalayabilmektir (Barrie, 2012).

2010 yılında yayınlanan Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir:

1. Ölmek için yardım isteyen hastaya tıbbi, psikolojik ve sosyal danışmanlık sağlanabilmeli,
2. PB'nin geliştirilmesi ile ilgili ulusal düzenlemeler yapılmalı,
3. Kötü prognozu olan ve yaşam kalitesi çok düşük olan hastaların onurlu ölüm tercihine saygı gösterilmeli,
4. Hastanın onurlu ölümüne yardım konusunda etik açıdan bilgi sağlanabilmeli fakat hekimlik açısından ölümcül eylem savunulmamalıdır (Demir, 2016)

2.2.8. Acil Serviste Palyatif Bakım

PB'ya ihtiyacı olan hastaların PB ünitelerine, evde bakım hizmetlerine, hastanelere gitmektense daha çok AS'lere gitmeyi tercih etmektedir. Ayrıca kronik hastalıkları olan yetişkinlerin yaşamlarının son yıllarında sık sık AS'lere geldikleri bilinmektedir. Ne yazık ki, yaşamın son yıllarında AS'lere geliş oranlarının yüksek olması, yaşam sonu bakım için yetersizliğin göstergesi olarak kabul edilmektedir (McNamara ve ark., 2013)

PB hastalarının AS'lere gelmeleri için birçok neden olabilir. Çoğunlukla PB hastaları AS'lere var olan semptomların tedavisi için gelmektedirler. Bu semptomların en yaygını ağrıdır.

Ağrının dışında; dispne, bulantı, kusma, beslenme yetersizlikleri, yorgunluk, kanama sorunları, anemi diğer semptomların olduğu bilinmektedir (Shin ve ark., 2014; Radbruch ve ark., 2003; Teunissen ve ark., 2006). Ayrıca semptomların arasında , akut fonksiyon kaybı, akut kaygı, epileptik nöbetler ve deliryumun da olduğu bilinmektedir(Schrijvers ve ark., 2010).

AS gelen hastaların diğer PB hastalarından daha şiddetli semptomlara sahip olduğu bilinmektedir (Shin ve ark., 2014).

Hastanın yaşadığı semptomlar hastalar ve aileleri için genellikle üzücü ve kaygı vericidir.

PB hastalarının AS'e gelmelerinin bir başka seçeneği ise hidrasyon yapılması ve intravenöz ilaçların verilmesidir.

Ayrıca PB hastaları hastanede kendilerini evinde olduğundan daha güvende hissetmektedirler (Hjermstad ve ark., 2013).

Genel anlamda bakıldığında AS yaklaşımının PB yaklaşımı ile uyuşmadığı belli konular vardır. Bunların başında AS'de ki semptom odaklı, ivedi yaklaşımlar gelir ki bu; hasta odaklı PB yaklaşımıyla her zaman uyum göstermez. AS'in yoğun, gürültülü, karmaşık yapısı da PB hastası için sorun yaratabilir. Bu süreçte hasta yakınlarının mevcut psikolojik durumları da düşünöldüğünde AS'de uzayan bekleme saatleri, artan tetkik sayıları gibi birçok sıkıntı hem hastada hem de hasta yakınında daha büyük bir stres kaynağı oluşturabilir. (Başol, 2013)

2008 yılında Amerika'da acil tıbbın bir yan dalı olan PB, henüz ölkemizde yeterince bilinmemekte ve AS'ler bu konuya uzak kalmaktadır. PB almaya ihtiyacı olan hasta sayısının giderek artması ve ölkemizde PB merkezlerinin ve hastane PB birimlerinin son yıllarda ki artış göstermesi ile acil tıp artık bu konudan daha fazla uzak kalmamalıdır. (Başol, 2013)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı Ve Şekli

Bu çalışma; AS çalışanlarının PB hakkındaki bilgi düzeylerinin, eğitim durumlarının, yaşam sonu bakıma olan yaklaşımlarının incelenmesi ve bunun ahlaki duyarlılık ile ilişkisinin olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılan, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Yapılan bu anket çalışmasında PB’da etkin rol oynayan AS çalışanlarının; ahlaki duyarlılık ile PB ve yaşam sonu bakım hakkındaki düşüncelerini ve bilgi düzeylerini birlikte değerlendirilmesi amaçlandı.

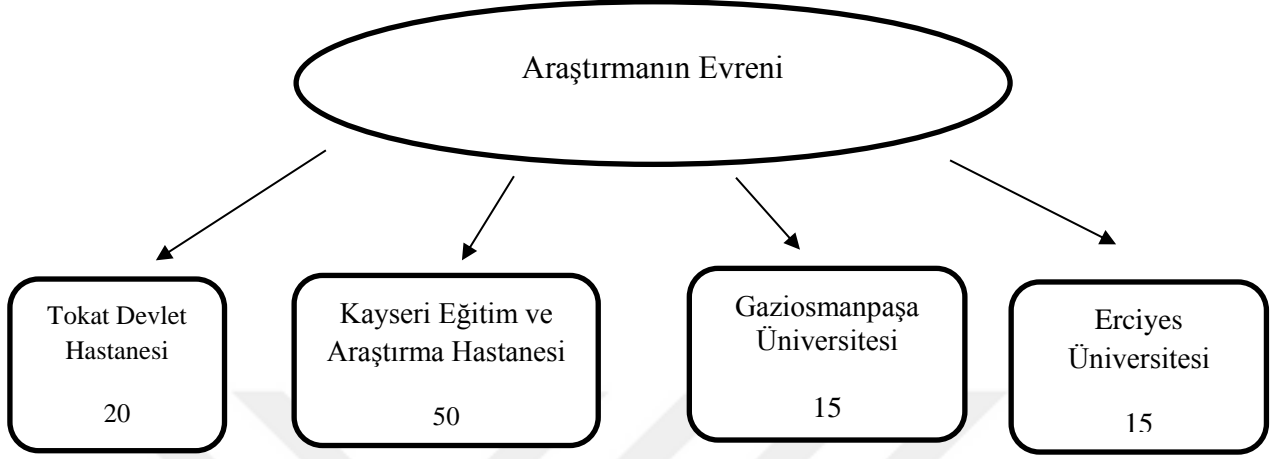
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ağustos 2017-Mayıs 2019 yılları yapıldı. Çalışmaya Tokat il merkezinde bulunan Tokat Devlet Hastanesi ve Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde görev yapan AS çalışanları ile Kayseri il merkezinde bulunan Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi ve Erciyes Üniversitesinde görev yapan AS çalışanları dahil edildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kayseri Ve Tokat merkez hastanelerinde görev yapan 100 kişi oluşturdu. Bunlar kurumlarına göre 20 kişi Tokat Devlet Hastanesi’nden,50 kişi Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi’nden, 15 kişi Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi’nden, 15 kişi de Erciyes Üniversite Hastanesi’nden çalışmaya katıldı.

Araştırmada gönüllülük esas alındığı için örnekleme seçimine gidilmedi.



ŞEKİL.3.3. Araştırmanın Evreni

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

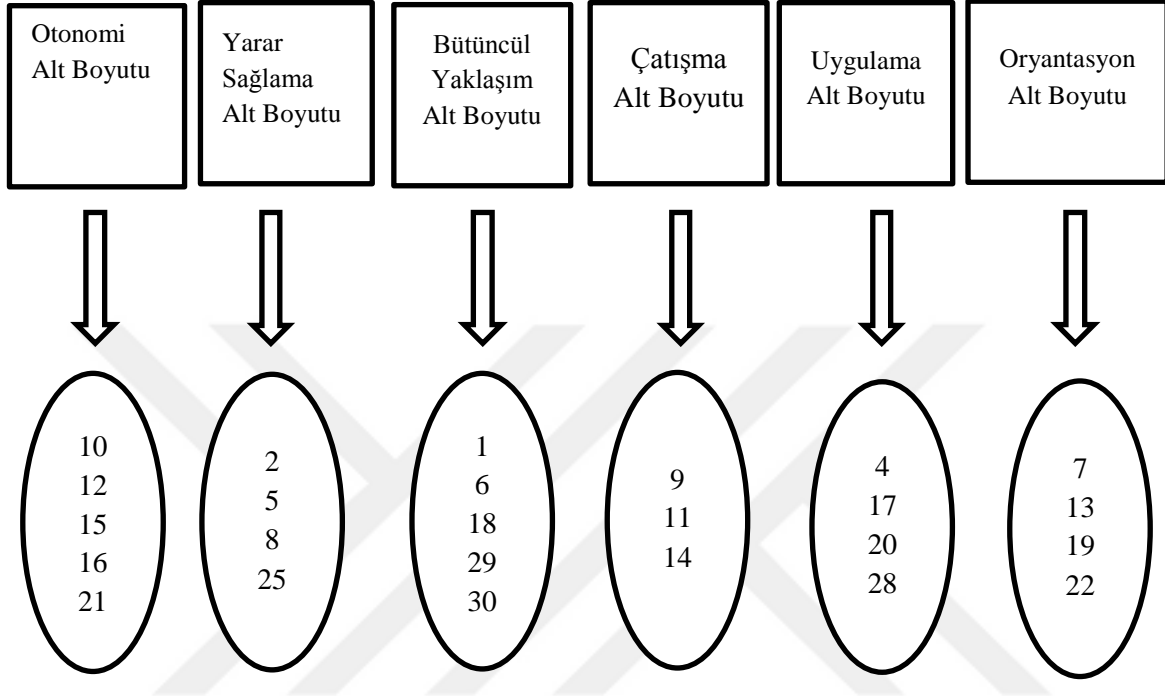
Verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen formlar kullanılmıştır. (EK 1)

1. Sosyo-demografik form (5 soru)
2. Eğitim bilgi durumu (5 soru)
3. PB görüşlerini belirten likert tipi anket formu (18 madde)
4. Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA) (30 madde)

PB ile ilgili olan anket literatürde yapılan çalışmalar doğrultusunda hazırlanmış olup 18 maddeden oluşmaktadır.

ADA ise hemşirelerin etik duyarlılıklarını ölçmek amacıyla, Kim Lutzen tarafından Stokholm/İsveç'te 1994 yılında geliştirilmiş olup 2005 yılında Hale Tosun tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Ayrıca anketin

otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, çatışma, uygulama ve oryantasyon olmak üzere altı tane alt boyutu vardır. Üç madde (3, 23, 26. maddeler) herhangi bir boyut altında yer almamıştır. Anketin alt boyutları aşağıdaki maddeleri kapsar.



ŞEKİL.3.4.ADA'nın alt boyutlarının kapsadığı maddeler

Likert tipte 1 ile 7 arasında puanlamanın yapıldığı ankette; “1 puan” tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı, “7 puan” hiç katılmama yönünde düşük duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan 210'dur. Otonomi alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 7, en yüksek puan 49'dur, yarar sağlama alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir, bütüncül yaklaşım alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 35'dir, çatışma alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 3, en yüksek puan 21'dir, uygulama alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir ve oryantasyon alt

boyutundan alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Düşük puan etik açıdan yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise düşük duyarlılığı göstermektedir. (Lützen ve ark., 2000; Tosun, 2005).

Anketin "otonomi" alt boyutu otonomi ilkesine ve hastanın tercihlerine saygı duymayı yansıtmakta, "yarar sağlama" hasta bireyin yararını artırmaya yönelik eylemleri yansıtmakta, "bütüncül yaklaşım" hem hastaya zarar vermeyecek, hem de hastanın bütünlüğünü koruyacak eylemleri ifade etmekte, "çatışma" içsel bir etik çatışma deneyimini yansıtmakta, "uygulama" eyleme karar verme ve uygulamada etik boyutu düşünmeyi göstermekte, "oryantasyon" sağlık bakım profesyonellerinin hasta ile ilişkilerini etkileyecek eylemlerine yönelik ilgilerini yansıtmaktadır (Kahriman ve Çalık, 2017).

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

PB'a ve yaşam sonu bakıma ilişkin görüş ifadelerinin uygunluğu ve anlaşılabilirliği için 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapıldı. Uygulamanın sonucunda anlaşılmayan yerler tespit edilerek düzeltildi. Bu çalışma sonrasında anket formları düzenlenerek Tokat Devlet Hastanesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi ve Erciyes Üniversite Hastanesi'nde görev yapan araştırmayı yapmayı kabul eden AS çalışanlarına uygulandı.

Uygulamanın yapıldığı çalışanlara anket uygulamasına katılıp katılmamakta kararın kendilerine ait olduğu, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı ve sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, anket formlarına isimlerin yazılmaması gerektiği açıklandı ve araştırmaya gönüllü olanlar alındı.

Uygulamada AS çalışanlarına çalışma saatleri içinde anketler verildi. Verilen anketler 1-2 saat sonra geri toplandı.

3.5. Araştırmanın etik yönü

Çalışmaya başlamadan önce araştırmanın etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla Tokat GOP Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'na başvuru yapıldı ve gerekli izin (2017-11-17-KAEK-104) alındı (EK 2).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 18.0for Windows istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak, bilgisayar ortamında analiz edilmiş ve tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama \pm standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırma kapsamına alınan servis çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumları, çalışma yılı; bağımlı değişkenleri PB konusunda bilgi durumu, PB ve yaşam sonu bakıma ilişkin görüşleri ile ADA oluşturmuştur.

Sayısal değerlerin gruplara göre karşılaştırılması için Bağımsız Örneklem T Testi veya Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı.

p değerleri 0,05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

AS'lerde ki iş yoğunluğu nedeniyle çalışmaya katılmada isteksizlik olmasından, çalışmaya gönüllü olmayanlara anket uygulamaları yapılamadığından, AS'ler de nöbet usulü çalışıldığından, çalışmanın uygulandığı sırada sadece hastanede olan personele anket yapıldığından, geçici görevlendirme, ücretsiz izin, ölüm izni ve doğum iznin de olan çalışanların çalışmaya dahil edilememesinden dolayı tüm AS çalışanlarına anket yapılamadı. Örneklem kapsamına alınan sağlık çalışanları yalnızca AS çalışanlarıyla sınırlandırılmıştır. Bu sınırlılıklar nedeniyle çalışmadan elde edilen veriler, örneklem kapsamındaki servis çalışanlarının kendi bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellemez.

4. BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgular 10 ana başlık altında incelendi.

1. Acil Servis Çalışanlarının Demografik Özellikleri
2. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Konusunda Eğitim/Bilgi Durumu
3. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Algısı
4. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri
5. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Anketine Verdiği Cevapları
6. Ahlaki Duyarlılık Toplam Puanları
7. Ahlaki Duyarlılık Ölçeğinin Alt Boyut Puanları
8. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanları
9. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılmasının Alt Boyut Puanları
10. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Ve Ahlaki Duyarlılık Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları

4.1. Acil Servis Çalışanlarının Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan AS çalışanlarının 50'si (%50) Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi'nde; 20'si (%20) Tokat Devlet Hastanesi'nde; 15'i (%15) Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi'nde; 15'i (%15) Erciyes Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaktaydı.

Araştırmaya katılan AS çalışanlarının eğitim durumu incelendiğinde 10'u (%10) lise, 29'u (%29) ön lisans, 44'ü (%44) lisans, 14'ü (%14) yüksek lisans mezunu olduğu, 3'ü (%3) doktora yaptığı tespit edildi. Sağlık personelinin meslekte çalışma süreleri ortalama $9.28 \pm 6,97$ yıl idi.

AS çalışanlarının 52'si (%52) kadın 48'i (%48) erkektir. Yaş ortalamaları ise $32.16 \pm 7,91$ idi.

Acilde çalışan sağlık personelinin 56'sı (%56) hemşire, 17'si (%17) hekim, 14'ü (%14) sağlık memuru, 8'i (%8) ATT, 3'ü (%3) sağlık teknikeri ve 2'si (%2) tıbbi sekreter idi.

Tablo 4.1.1. Acil servis çalışanlarının demografik özelliklere göre dağılımı

		n	%	
Kurum	Tokat Devlet Hastanesi	20	20,0	
	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	50	50,0	
	Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi	15	15,0	
	Erciyes Üniversite Hastanesi	15	15,0	
Cinsiyet	Kadın	52	52,0	
	Erkek	48	48,0	
Mezun Okul	Olunan	Lise	10	10,0
		Ön lisans	29	29,0
		Lisans	44	44,0
		Yüksek lisans	14	14,0
		Doktora	3	3,0
Meslek	Hemşire	56	56,0	
	ATT	8	8,0	

Hekim	17	17,0
Paramedik	-	-
Sağlık memuru	14	14,0
Tıbbi sekreter	2	2,0
Sağlık teknikeri	3	3,0

Tablo 4.1.2. Acil Servis Çalışanlarının demografik verilerin dağılımı

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	32,16	7,91	18,00	65,00
Çalışma Yılı	9,28	6,97	1,00	29,00

4.2. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Konusunda Eğitim/Bilgi Durumu

Çalışmaya katılan AS çalışanlarının PB konusunda eğitim ve bilgi durumu Tablo 4.2.1’de yer almaktadır. AS çalışanlarının 63’ü (%63) PB hakkında bilgi almadıklarını belirtti. Bilgi aldığını belirten çalışanların ise PB’ya ilişkin bilgi kaynakları incelendiğinde 25’i (%45,4) üniversite eğitiminde, 10’u (%18,1) hizmet içi eğitim programlarından, 6’sı (%10,9) internetten, 5’i (%9) kitap ve dergilerden, 8’i (%14,5) kongre ve seminerden, 1’i (%1,8) diğer bilgi kaynaklarından bilgi edindiklerini belirtti.

Tablo 4.2.1. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumu Ve Bilgi Kaynakları (n=100)

		n	%
Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumu	Evet	37	37,0
	Hayır	63	63,0
Palyatif Bilgi Kaynakları	Üniversite Eğitim	25	45,4
	Hizmet İçi Eğitim	10	18,1
	İnternet	6	10,9
	Kitap Ve Dergi	5	9
	Kongre Ve Seminer	8	14,5
	Diğer	1	1,8

AS çalışanlarının 87'si (%87) kurumlarda PB ile ilgili hizmet içi eğitim almadıklarını belirtti.

Bilgi düzeyleri yeterli olup olmadığı sorulduğunda sadece 10 kişi (%27,0) bilginin yeterli olduğunu söylerken, 21 kişi (%56,8) kısmen yeterli olduğunu, 6 kişi (%16,2) ise yetersiz olduğunu belirtti.

Tablo 4.2.2. Acil servis çalışanlarının alınan eğitimi yeterli bulma durumu ve kurumda palyatif bakım konusunda hizmet içi eğitim programı varlığına ilişkin görüşleri (n=100)

		n	%
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	10	27,0
	Hayır	6	16,2

	Kısmen	21	56,8
Kurumda PB	Evet	13	13,0
Konusunda Hizmet			
İçerisinde Eğitim Durumu	Hayır	87	87,0

4.3. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Algısı

Ankete katılanlara PB'nin mevcut 4 özelliği verilirken, PB'nin tanımı soruldu. Buna göre 4 özelliği de işaretleyen sadece 19 kişi oldu.

Tablo 4.3.1 de AS çalışanlarının PB algısı yer almaktadır. Buna göre katılımcıların 19'u yaşam sonu bakımı, acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi, 16'sı yaşam sonu bakımı, 15'i ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, 14'ü acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, 10'u acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi, 7'si yaşam sonu bakımı, acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, 7'si yaşam sonu bakımı, acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, 5'i acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, 2'si hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi, 2'si yaşam sonu bakımı, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, 1'i yaşam sonu bakımı, hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi, 1'i acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi, 1'i ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi şeklinde ifade ettikleri görüldü.

Tablo 4.3.1. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Algısı

	n	%
Yaşam sonu bakımı	16	16,0
Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü	14	14,0
Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması	15	15,0
Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi	2	2,0
Yaşam Sonu bakımı, Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü	7	7,0
Yaşam Sonu, Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması	2	2,0
Yaşam sonu bakımı, Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi.	1	1,0
Yaşam Sonu bakımı, Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması	7	7,0
Yaşam Sonu bakımı, Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi.	19	19,0
Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması	5	5,0
Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi	1	1,0
Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi	10	10,0
Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması, Hasta ve ailesiyle bir bütün olarak ilgilenmesi	1	1,0

Palyatif Bakım
Algısı

AS çalışanlarının PB algısındaki madde başlıklarını tek tek değerlendirme yapıldığında en çok %63 ile acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü, en az %34 ile hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi işaretlendiği saptandı (Tablo 4.3.2.).

Tablo 4.3.2. Acil Servis Çalışanlarının Toplam Palyatif Bakım Algısı

	Toplam %
Yaşam sonu bakımı	52
Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü	63
Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması	59
Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi	34

4.4. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım ile İlgili Görüşleri

AS çalışanlarına PB ve hayat sonu bakım ile ilgili ifadeler verildi. Katılım dereceleri sorgulandı. Buna göre:

AS çalışanlarının 38'i 'Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissedirim.' ifadesine katıldığını belirtti. Toplamda 53 kişi bu ifadeye katıldı.

AS çalışanlarının 35'i 'Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınıyorum.' ifadesine katılmadığını, 47'si 'Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.' ifadesine katılmadığını belirtti. 43'ü 'Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım.' ifadesine katılmadığını belirtti.

Katılımcıların 35'i ise 'Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.' ifadesine katılmadığını belirtti. Toplamda ise 67 kişi bu ifadeye katılmadı.

Katılımcıların 25'i 'Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır.' ifadesine katılmadığını belirtti. 52'si ise 'Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.' ifadesine katıldığını belirtti.

Katılımcıların 30'u 'Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.' ifadesine katıldığını belirtti.

AS çalışanlarının 53'ü 'Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.' ifadesine katıldığını belirtti.

AS çalışanlarının 32'si 'Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.' ifadesine katıldıklarını belirtti. Toplamda 53 kişi bu ifadeye katılmaktaydı.

AS çalışanlarının 27'si 'PB hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.' ifadesine kararsız olduklarını belirtti.

Katılımcıların 46'sı 'PB ekibine doktor başkanlık eder.' ifadesine katıldığını belirtti.

AS çalışanlarının 46'sı 'PB ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.' ifadesine katıldıklarını belirtti. 37'si ise bu ifadeye kesinlikle katıldığını belirtti. Toplamda 83 kişi bu ifadeye katılmaktaydı.

AS çalışanlarının 53'ü 'PB sadece ağrı kontrolü içerir.' ifadesine katılmamaktaydı.

Katılımcıların 33'ü 'Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.' ifadesine tamamen katıldığını belirtti. 32'si ise bu ifadeye katıldığını belirtti. Toplamda bu ifadeye 65 kişi bu ifadeye katılmaktaydı.

AS çalışanlarının 32'si 'Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir.' ifadesine katılmadığını belirtti.

AS çalışanlarının 50'si 'PB hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.' ifadesine tamamen katıldığını belirtti toplamda bu ifadeye 87 kişi katılmaktaydı.

Katılımcıların 55'i 'PB ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.' ifadesine tamamen katıldığını belirtti. Toplamda bu ifadeye 87 kişi katıldı (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım ve Yaşam Sonu Bakım ile İlgili Görüşleri(n=100)*

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissederim.	15	38	14	28	5
Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınıyorum.	9	15	29	35	12
Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.	12	17	11	47	13
Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım.	9	19	14	43	15
Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.	8	18	7	35	32
Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır.	18	23	21	25	13
Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.	31	52	10	2	5
Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.	18	30	24	16	12
Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.	15	53	19	10	3

	Kesinlikle Katılıyor	Katılıyor	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	21	32	23	10	14
Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.	15	19	27	22	17
Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.	28	46	14	6	6
Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.	37	46	8	6	3
Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.	4	7	16	53	20
Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.	33	32	18	9	8
Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir.	4	17	23	32	24
Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.	50	37	5	3	5
Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.	55	32	6	3	4

Veriler sayı(n) şeklinde gösterilmiştir.

4.5. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Anketine Verdiği Cevaplar

AS çalışanlarına ahlaki duyarlılık anketi verildi. Bu ankette yer alan ifadelere katılım dereceleri sorgulandı. Buna göre:

Katılımcıların 68'i 'Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.' ifadesine tamamen katıldığını, 62'si 'Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.' ifadesine tamamen katıldığını, 63'ü 'Bakım-tedavi

uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.’ ifadesine tamamen katıldığını belirtti.

AS çalışanlarının 28’i ‘Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğimi düşünürüm.’ ifadesine tamamen katıldığını, 52’si ‘Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.’ ifadesine tamamen katıldığını belirtti. 35’i ‘İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.’ ifadesine tamamen katıldığını, 42’si ‘Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.’ ifadesine tamamen katıldığını belirtti.

AS çalışanlarının 36’sı ‘Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.’ ifadesine tamamen katılmadığını belirtirken 37’si ‘Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.’ ifadesine tamamen katıldığını belirtti. AS çalışanlarının 30’u ‘Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.’ ifadesine tamamen katıldığını belirtti.

Katılımcıların 4’ü ‘Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.’ ifadesine tamamen katılmadığını belirtti.

Katılımcıların 49’u ‘İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.’ ifadesine tamamen katıldığını belirtti.

AS çalışanlarının 49’u ‘Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.’ ifadesine tamamen katıldığını belirtti.

AS çalışanlarının 44’ü ‘Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.’

ifadesine tamamen katıldığını belirtti. 22'si ' Hastalarım da bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.' ifadesine tamamen katılmadığını belirtti.

AS çalışanlarının 24'ü 'Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarda sıklıkla karşılaşıyorum.' ifadesine kararsız olduklarını belirtti.

Katılımcıların 31'i 'Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmaya yönlendirmenin bazen geçerli nedenleri vardır.' ifadesine tamamen katılmadığını belirtti.

AS çalışanlarının 44'ü 'Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.' ifadesine tamamen katıldığını, 33'ü 'Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.' ifadesine tamamen katıldığını, 32'si 'Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile meslek rolümü anlamlı bulurum.' ifadesine tamamen katıldığını belirtti (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılık Anketine Verdiği Cevapların Dağılımı (n=100)

	Tamamen Katılıyorum						Hiç Katılmıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.	68	10	7	3	7	2	3
Hastalarım da bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.	16	5	13	21	10	13	22
Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.	49	10	13	9	4	8	7

	Tamamen Katılıyorum						Hiç Katılmıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.	62	15	12	5	2	2	2
Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğimi düşünürüm.	28	12	16	13	11	10	10
Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda , hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.	52	21	11	4	3	4	5
İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.	35	22	27	7	5	2	2
Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa , az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.	42	20	20	11	3	2	2
Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.	3	4	5	12	16	24	36
Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.	37	24	16	8	9	4	2
Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarda sıklıkla karşılaşıyorum.	3	9	14	17	12	24	21
Hastanın kişisel geçmişi ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.	15	25	26	10	10	8	6
Bakım-tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.	63	22	5	3	3	3	1
Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşıyorum.	17	15	27	18	12	8	3
Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.	23	23	20	14	9	3	8

	Tamamen Katılıyorum						Hiç Katılmıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Çoğu kez iyi bakım/tedavin hasta için karar vermeyi içerdiğine inanırım.	27	28	26	8	8	1	2
Ne yapacağım konusunda emin olmadığım da çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.	23	23	18	15	10	7	4
Doğru karar verip vermediğime her şeyden çok hastanın yanıtı belirler. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.	11	10	18	18	15	14	14
Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.	30	24	23	14	5	1	3
Etik açıdan doğru yada yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.	12	20	23	22	9	6	8
Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.	28	32	23	9	2	4	2
İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım	49	25	10	8	5	3	0
Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarda sıklıkla karşılaşırım.	11	9	23	24	8	16	9
Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.	27	15	29	17	7	2	3
Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.	44	21	14	9	6	3	3
Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmaya yönlendirmenin bazen geçerli nedenleri vardır.	6	11	16	20	6	10	31

	Tamamen Katılıyorum						Hiç Katılmıyorum
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.	33	23	21	10	7	4	2
Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.	10	16	22	21	11	9	11
Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/televi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.	44	19	15	19	2	1	0
Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile meslek rolümü anlamlı bulurum.	32	23	23	11	6	2	3

Veriler sayı(n) şeklinde gösterilmiştir.

4.6. Ahlaki Duyarlılık Toplam Puanları

Katılımcıların ahlaki duyarlılık toplam puan ortalamaları ile sosyo-demografik özellikleri ve PB hakkındaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldı. Buna göre parametrelerin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Ahlaki Duyarlılık Toplam Puanlarının Dağılımı

	n	Ahlaki Duy. Top. Puan	t,F	p
Kurum	Tokat Devlet Hastanesi	20	71,8±16,01	1,216 0,308#
	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	50	82,18±22,18	
	Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi	15	77,53±25,12	

	Erciyes Üniversite Hastanesi	15	77,67±17,18		
Cinsiyet	Kadın	52	77,75±20,89	0,485	0,629
	Erkek	48	79,79±21,23		
Mezun Olunan Okul	Lise	10	76,8±19,14	0,151	0,929#
	Ön lisans	29	79,14±25,57		
	Lisans	44	79,86±20,01		
	Yüksek lisans veya Doktora	17	76,24±16,8		
Meslek	Hemşire	56	77,91±19,86	0,522	0,669#
	Hekim	17	80±21,28		
	Sağlık Memuru	14	84,21±27,93		
	Diğer	13	74,69±17,68		
Palyatif Bakım Bilgi Alma Durumu	Evet	37	77,92±17,2	0,295	0,769
	Hayır	63	79,21±23,01		
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	10	75,2±16,91	0,131	0,877#
	Hayır	6	76,14±18,46		
	Kısmen	21	78,52±18,24		
Kurumda Hizmet içi Eğitim Durumu	Evet	13	69,08±19,73	1,800	0,075
	Hayır	87	80,17±20,87		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Bağımsız Örneklem T Testi

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

4.7. Ahlaki Duyarlılık Ölçeğinin Alt Boyut Puanları

Ahlaki duyarlılık ölçeğinin alt boyut puanları 6 ana başlık altında incelendi.

1. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Otonomi Alt Boyut Puanları
2. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Yarar Sağlama Alt Boyut Puanları
3. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanları

4. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Çatışma Alt Boyut Puanları
5. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Uygulama Alt Boyut Puanları
6. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Oryantasyon Alt Boyut Puanları

4.7.1. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Otonomi Alt Boyut Puanları

AS çalışanlarının cinsiyetleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenemedi ($t,F=0,581$)($p=0,562$).

Meslekleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı ($t,F=0,561$)($p=0,642$).

PB bilgisini yeterli bulanlar ve bulmayanlar ile ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi alt boyut puanları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamadı ($t,F=0,387$)($p=0,682$) (Tablo 4.7.1.).

Tablo 4.7.1. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Otonomi Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

		n	Otonomi Puan	t,F	p
Kurum	Tokat Devlet Hastanesi	20	17,4±6,05	1,460	0,230#
	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	50	20,22±6,36		
	Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi	15	19,47±8		
	Erciyes Üniversite Hastanesi	15	17,13±5,24		
Cinsiyet	Kadın	52	19,44±6,33	0,581	0,562
	Erkek	48	18,69±6,66		

Mezun Olunan Okul	Lise	10	17,6±7,18	0,640	0,591#
	Ön lisans	29	18,62±7,36		
	Lisans	44	20,05±6,32		
	Yüksek lisans veya	17	18,24±4,72		
Meslek	Hemşire	56	18,77±6,29	0,561	0,642#
	Hekim	17	20,18±6,5		
	Sağlık Memuru	14	20,29±7,69		
	Diğer	13	17,69±6,09		
Palyatif Bakım Bilgi Alma Durumu	Evet	37	19,19±5,53	0,129	0,898
	Hayır	63	19,02±7		
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	10	17,7±4,81	0,387	0,682#
	Hayır	6	19±5,6		
	Kısmen	21	19,62±6,05		
Kurumda Hizmet içi Eğitim Durumu	Evet	13	16,54±5,62	1,530	0,129
	Hayır	87	19,46±6,53		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Bağımsız Örneklem T Testi

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

4.7.2. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Yarar Sağlama Alt Boyut Puanları

AS çalışanlarının cinsiyetleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği yarar sağlama alt boyut puanları arasında anlamlı istatistiksel olarak fark belirlenemedi (t,F=0,720)(p=0,483). Meslekleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği yarar sağlama alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (t,F=0,238)(p=0,869). PB bilgisini yeterli bulanlar ve bulmayanlar ile ahlaki duyarlılık ölçeği yarar sağlama alt boyut puanları arasında da istatistiksel olarak fark tespit edilmedi (t,F=0,543) (p=0,586) (Tablo 4.7.2.).

Tablo 4.7.2. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Yarar Sağlama Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

		n	Yarar Sağl. Puan	t,F	p
Kurum	Tokat Devlet Hastanesi	20	11,45±5,02	0,284	0,837#
	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	50	12,64±5,07		
	Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi	15	12,2±4,65		
	Erciyes Üniversite Hastanesi	15	12,27±4,25		
Cinsiyet	Kadın	52	12,62±5,17	0,720	0,483
	Erkek	48	11,92±4,47		
Mezun Olunan Okul	Lise	10	11,2±2,97	0,578	0,631#
	Ön lisans	29	13,21±5,37		
	Lisans	44	11,98±5		
	Yüksek lisans veya Doktora	17	12,12±4,43		
Meslek	Hemşire	56	12,38±4,78	0,238	0,869#
	Hekim	17	12,88±5,41		
	Sağlık Memuru	14	11,93±5,28		
	Diğer	13	11,46±4,18		
Palyatif Bakım Bilgi Alma Durumu	Evet	37	12,03±4,33	0,399	0,691
	Hayır	63	12,43±5,14		
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	10	11,8±4,52	0,543	0,586#
	Hayır	6	10,57±2,15		
	Kısmen	21	12,52±4,73		
Kurumda Hizmet içi Eğitim Durumu	Evet	13	11±3,96	1,024	0,309
	Hayır	87	12,47±4,94		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Bağımsız Örneklem T Testi

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

4.7.3. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanları

AS çalışanlarının ahlaki duyarlılık ölçeği bütüncül yaklaşım alt boyut puanları ile sosyo-demografik özellikleri ve PB hakkındaki bilgi düzeyleri kıyaslandı. Buna göre diğer parametrelerin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken kurumda hizmet içi eğitim alanlarla almayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bu fark evet ve hayır cevaplarından aldıkları puandan oluştu ($t,F=2,508$)($p=0,014$) (Tablo 4.7.3.).

Tablo 4.7.3. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

		n	Bütüncül Yak.	t,F	p
Kurum	Tokat Devlet Hastanesi	20	10,95±2,86	1,764	0,159#
	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	50	13,84±5,28		
	Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi	15	13±5,4		
	Erciyes Üniversite Hastanesi	15	12,47±4,67		
Cinsiyet	Kadın	52	12,46±4,61	0,999	0,320
	Erkek	48	13,44±5,16		
Mezun Olunan Okul	Lise	10	13,7±4,6	0,400	0,754#
	Ön lisans	29	13,55±5,79		
	Lisans	44	12,59±4,77		
Meslek	Yüksek lisans Veya	17	12,29±3,72	0,215	0,886#
	Hemşire	56	12,8±4,59		
	Hekim	17	12,53±4,45		
	Sağlık Memuru	14	13,86±6,89		
Palyatif Bakım Bilgi Alma Durumu	Diğer	13	13±4,53	0,780	0,437
	Evet	37	12,43±4,07		
	Hayır	63	13,22±5,31		

Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	10	12,5±4,38	0,361	0,699#
	Hayır	6	11±4,8		
	Kısmen	21	12,52±4,03		
Kurumda Hizmet içi Eğitim Durumu	Evet	13	9,85±3,6	2,508	0,014*
	Hayır	87	13,39±4,89		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Bağımsız Örneklem T Testi

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

4.7.4. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Çatışma Alt Boyut Puanları

Katılımcıların cinsiyetleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği çatışma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($t,F=1,646$)($p=0,103$). Meslekleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği çatışma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($t,F=1,383$)($p=0,253$). PB bilgisini yeterli bulanlar ve bulmayanlar ile ahlaki duyarlılık ölçeği çatışma alt boyut puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenemedi ($t,F=0,685$)($p=0,511$) (Tablo 4.7.4.).

Tablo 4.7.4. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Çatışma Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

		n	Çatışma Puan	t,F	p
Kurum	Tokat Devlet Hastanesi	20	13,95±3,36	1,610	0,192#
	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	50	13,66±3,35		
	Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi	15	12,07±3,13		
	Erciyes Üniversite Hastanesi	15	14,53±2,8		
Cinsiyet	Kadın	52	13,1±3,33	1,646	0,103

	Erkek	48	14,17±3,16		
Mezun Olunan Okul	Lise	10	13,3±2,41	0,408	0,748#
	Ön lisans	29	13,28±3		
	Lisans	44	14,02±3,69		
	Yüksek lisans veya Doktora	17	13,29±3,16		
	Hemşire	56	13,55±3,31		
Meslek	Hekim	17	13,35±2,8	1,383	0,253#
	Sağlık Memuru	14	15,07±3,81		
	Diğer	13	12,62±2,9		
Palyatif Bakım Bilgi Alma Durumu	Evet	37	13,35±3,5	0,603	0,548
	Hayır	63	13,76±3,16		
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	10	13,7±2,45	0,685	0,511#
	Hayır	6	14,57±2,94		
	Kısmen	21	12,86±4		
Kurumda Hizmet içi Eğitim Durumu	Evet	13	13,08±2,96	0,627	0,532
	Hayır	87	13,69±3,33		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Bağımsız Örneklem T Testi

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

4.7.5. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Uygulama Alt Boyut Puanları

Katılımcıların cinsiyetleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği uygulama alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (t, F=0,837)(p=0,407).

Meslekleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi alt boyut puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı fark saptanmadı (t, F=0,666)(p=0,575). PB bilgisini yeterli bulanlar ve bulmayanlar ile ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi alt boyut puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenemedi (t, F=0,792)(p=0,461) (Tablo 4.7.5.)

Tablo 4.7.5. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Uygulama Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

		n	Uygulama Puan	t,F	p
Kurum	Tokat Devlet Hastanesi	20	11,1±4,12	0,481	0,696#
	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi	50	12,3±4,27		
	Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi	15	12,6±4,64		
	Erciyes Üniversite Hastanesi	15	12,33±4,24		
Cinsiyet	Kadın	52	11,77±3,93	0,837	0,407
	Erkek	48	12,48±4,6		
Mezun Olunan Okul	Lise	10	12,1±3,03	0,496	0,686#
	Ön lisans	29	11,45±4,48		
	Lisans	44	12,66±4,76		
	Yüksek lisans Veya	17	11,82±3,03		
Meslek	Hemşire	56	12,04±4,22	0,666	0,575#
	Hekim	17	11,41±3,92		
	Sağlık Memuru	14	13,5±5,65		
	Diğer	13	11,85±3,13		
Palyatif Bakım Bilgi Alma Durumu	Evet	37	12,27±4,08	0,287	0,775
	Hayır	63	12,02±4,39		
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	10	10,6±3,24	0,792	0,461#
	Hayır	6	12,71±7,2		
	Kısmen	21	12,52±3,4		
Kurumda Hizmet içi Eğitim Durumu	Evet	13	10,92±5,25	1,079	0,283
	Hayır	87	12,29±4,09		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Bağımsız Örneklem T Testi

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

4.7.6. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Oryantasyon Alt Boyut Puanları

Katılımcıların cinsiyetleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği oryantasyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (t, F=0,889)(p=0,376). Meslekleri ile ahlaki duyarlılık ölçeği oryantasyon alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.(t, F=0,706)(p=0,551). PB bilgisini yeterli bulanlar ve bulmayanlar ile ahlaki duyarlılık ölçeği oryantasyon alt boyut puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenemedi (t, F=0,064) (p=0,938) (Tablo 4.7.6.).

Tablo 4.7.6. Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Oryantasyon Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

		n	Oryantasyon Puan	t,F	P
Kurum	Tokat Devlet Hastanesi	20	6,95±2,54	1,982	0,122#
	Kayseri Eğitim ve Araştırma	50	9,52±4,47		
	Gaziosmanpaşa Üniversite	15	8,2±4,71		
	Erciyes Üniversite	15	8,93±3,71		
Cinsiyet	Kadın	52	8,37±4,08	0,889	0,376
	Erkek	48	9,1±4,23		
Mezun Olunan Okul	Lise	10	8,9±3,98	0,099	0,960#
	Ön lisans	29	9,03±5,12		
	Lisans	44	8,57±3,87		
	Yüksek lisans	17	8,47±3,34		
Meslek	Hemşire	56	8,38±3,88	0,706	0,551#
	Hekim	17	9,65±4,21		
	Sağlık	14	9,57±5,61		
	Diğer	13	8,08±3,5		
Palyatif Bakım Bilgi Alma Durumu	Evet	37	8,65±3,68	0,131	0,896
	Hayır	63	8,76±4,43		
Alınan Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet	10	8,9±4,36	0,064	0,938#
	Hayır	6	8,29±2,87		

	Kısmen	21	8,48±3,72		
Kurumda Hizmet içi Eğitim Durumu	Evet	13	7,69±3,66	0,957	0,341
	Hayır	87	8,87±4,21		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Bağımsız Örneklem T Testi

Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

4.8. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanları

Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği toplam puanları kıyaslandı ve istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptandı. Bu fark kararsızım cevabı verenler ile katılıyorum cevabı verenlerin ve kararsızım cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puanlardan oluştu (F=6,168) (p=0,003) (Tablo 4.8.).

Bu konuda katılıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha yüksekti.

Bu ifadeye kararsızım diyenlerin ahlaki duyarlılıkları ise en düşüktü.

Tablo 4.8. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılmasının Toplam Puanlarının Dağılımı

Maddeler		n	Ahl.	F	p
Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissedirim.	Katılıyorum	53	77,85±24,55	0,363	0,697
	Kararsızım	14	76,29±23,73		
	Katılmıyorum	33	81,18±11,92		
Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınıyorum.	Katılıyorum	24	79,33±22	0,296	0,744
	Kararsızım	29	80,86±18,55		
	Katılmıyorum	47	77,11±22,12		
Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.	Katılıyorum	29	74,21±21,58 ^(a)	6,168	0,003*
	Kararsızım	11	98,27±31,02 ^(b)		
	Katılmıyorum	60	77,33±16,44 ^(a)		
Her zaman ölümü düşünmemeye	Katılıyorum	28	75,61±18,52	1,125	0,329

çalışırım.	Kararsızım	14	85,86±26,61		
	Katılmıyorum	58	78,52±20,55		
Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.	Katılıyorum	26	75,12±19,65	0,582	0,561
	Kararsızım	7	82,71±34,44		
	Katılmıyorum	67	79,72±19,94		
Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır	Katılıyorum	41	79,61±21,42	0,066	0,936
	Kararsızım	21	78,52±27,54		
	Katılmıyorum	38	77,89±16,39		
Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.	Katılıyorum	83	78,84±21,72	0,107	0,898
	Kararsızım	10	80,1±11,71		
	Katılmıyorum	7	75,43±24,25		
Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.	Katılıyorum	48	73,85±13,53	2,652	0,076
	Kararsızım	24	84,42±27,3		
	Katılmıyorum	28	82,21±23,98		
Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.	Katılıyorum	68	79,22±21,64	0,187	0,830
	Kararsızım	19	79,26±21,02		
	Katılmıyorum	13	75,38±18,31		
Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Katılıyorum	53	80,06±20,25	1,485	0,232
	Kararsızım	23	72,3±17,8		
	Katılmıyorum	24	81,96±24,62		
Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.	Katılıyorum	34	79,68±13,88	0,104	0,901
	Kararsızım	27	79,26±25,73		
	Katılmıyorum	39	77,54±22,87		
Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.	Katılıyorum	74	78,66±21,82	0,086	0,918
	Kararsızım	14	80,5±19,23		
	Katılmıyorum	12	77,08±18,83		
Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.	Katılıyorum	83	78,18±21,27	0,314	0,701
	Kararsızım	8	84,38±13,75		
	Katılmıyorum	9	78,78±24,6		
Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.	Katılıyorum	11	73,36±28,31	1,920	0,152
	Kararsızım	16	87,56±25,63		
	Katılmıyorum	73	77,6±18,26		
Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.	Katılıyorum	65	79,91±17,49	0,289	0,749
	Kararsızım	18	76,67±27,73		
	Katılmıyorum	17	76,41±25,76		
Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir.	Katılıyorum	21	74,48±14,23	0,796	0,454
	Kararsızım	23	82,48±24,97		
	Katılmıyorum	56	78,79±21,35		

Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.	Katılıyorum	87	77,83±19,49	0,625	0,538
	Kararsızım	5	85,8±32,79		
	Katılmıyorum	8	84,13±29,27		
Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.	Katılıyorum	87	77,62±19,31	0,958	0,387
	Kararsızım	6	84,83±29,42		
	Katılmıyorum	7	87,29±32,35		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

4.9. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi İle Karşılaştırılmasının Alt Ölçek Puanları

Palyatif bakım anketinin ahlaki duyarlılık anketi ile karşılaştırılmasının alt ölçek puanları 6 ana başlık altında incelendi.

1. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Otonomi Alt Ölçek Puanları
2. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Yarar Sağlama Alt Boyut Puanları
3. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanları
4. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Çatışma Alt Boyut Puanları
5. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Uygulama Alt Boyut Puanları
6. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Oryantasyon Alt Boyut Puanları

4.9.1. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Otonomi Alt Ölçek Puanları

Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık otonomi alt ölçek puanları kıyaslandı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık vardı. Bu fark kararsızım cevabı verenler ile katılıyorum cevabı verenlerin ve kararsızım cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puanlar oluştu ($F=5,182$)($p=0,007$). Bu ifadeye katılıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha yüksekti. Bu ifadeye kararsızım diyenlerin ahlaki duyarlılıkları ise en düşüktü.

Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık otonomi alt ölçek puanları kıyaslandı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık vardı. Bu fark katılıyorum cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puandan oluştu ($F=4,080$)($p=0,020$).

Bu konuda katılıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha yüksekti. Bu ifadeye katılmıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları en düşüktü.

Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği otonomi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($F=0,225$)($p=0,799$) (Tablo 4.9.1.).

Tablo 4.9.1. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Otonomi Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı

Maddeler	N	Otonomi	F	p	
Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissederim.	Katılıyorum	53	19,42±7,15	0,205	0,815
	Kararsızım	14	18,21±7,82		
	Katılmıyorum	33	18,91±4,56		

Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınıyorum.	Katılıyorum	24	19,46±6,79	0,974	0,381
	Kararsızım	29	20,24±5,65		
	Katılmıyorum	47	18,17±6,76		
Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.	Katılıyorum	29	18,03±6,28 ^(a)	5,182	0,007*
	Kararsızım	11	24,73±8,89 ^(b)		
	Katılmıyorum	60	18,55±5,59 ^(a)		
Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım.	Katılıyorum	28	18,57±6,19	0,225	0,799
	Kararsızım	14	20±7,45		
	Katılmıyorum	58	19,1±6,44		
Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.	Katılıyorum	26	17,62±5,81	0,945	0,362
	Kararsızım	7	20,29±8,64		
	Katılmıyorum	67	19,52±6,47		
Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır.	Katılıyorum	41	20,05±6,81	0,803	0,451
	Kararsızım	21	18,67±7,5		
	Katılmıyorum	38	18,26±5,43		
Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.	Katılıyorum	83	19,01±6,59	0,306	0,737
	Kararsızım	10	20,4±4,09		
	Katılmıyorum	7	18±8,14		
Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.	Katılıyorum	48	17,23±4,32 ^(a)	4,080	0,020*
	Kararsızım	24	20,46±7,81 ^(ab)		
	Katılmıyorum	28	21,07±7,54 ^(b)		
Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.	Katılıyorum	68	19,04±6,52	0,127	0,881
	Kararsızım	19	19,63±6,87		
	Katılmıyorum	13	18,46±5,98		
Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Katılıyorum	53	19,57±6,17	0,915	0,404
	Kararsızım	23	17,48±6,18		
	Katılmıyorum	24	19,54±7,35		
Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.	Katılıyorum	34	18,79±4,68	0,107	0,898
	Kararsızım	27	19,56±7,45		
	Katılmıyorum	39	19±7,19		
Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.	Katılıyorum	74	19,16±6,7	0,085	0,919
	Kararsızım	14	18,43±5,68		
	Katılmıyorum	12	19,33±6,3		
Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.	Katılıyorum	83	19,07±6,58	0,026	0,974
	Kararsızım	8	19,50		
	Katılmıyorum	9	18,78		
Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.	Katılıyorum	11	18,18	0,268	0,765
	Kararsızım	16	20,00		
	Katılmıyorum	73	19,01		

Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.	Katılıyorum	65	19,54	0,462	0,631
	Kararsızım	18	18,22		
	Katılmıyorum	17	18,24		
Ölmekte olan hastalar darülacezeve veya akut bakıma sevk edilmelidir.	Katılıyorum	21	18,81	0,154	0,857
	Kararsızım	23	19,74		
	Katılmıyorum	56	18,91		
Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.	Katılıyorum	87	18,72	1,227	0,298
	Kararsızım	5	20,00		
	Katılmıyorum	8	22,38		
Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.	Katılıyorum	87	18,80	0,717	0,491
	Kararsızım	6	20,00		
	Katılmıyorum	7	21,71		

Veriler Ortalama \pm Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

4.9.2. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Yarar Sağlama Alt Boyut Puanları

Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği yarar sağlama alt boyut puanları kıyaslandı istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardı. Bu fark katılıyorum cevabı verenler ile kararsızım cevabı verenlerin aldıkları puandan oluştu ($F=3,629$)($p=0,030$).

Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği yarar sağlama alt boyut puanları kıyaslandı istatistiksel olarak anlamlı derecede fark vardı. Bu fark kararsızım cevabı verenler ile katılıyorum cevabı verenlerin ve kararsızım cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puanlardan oluştu ($F=3,812$) ($p=0,025$).

Her iki ifade de katılıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha yüksekti, kararsız olanların ahlaki duyarlılıkları ise diğerlerine göre daha düşüktü.

Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık yarar sağlama alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($F=0,610$) ($p=0,545$) (Tablo 4.9.2.).

Tablo 4.9.2. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Yarar Sağlama

Alt Boyut Puanlarının Dağılımı					
Maddeler		n	Yarar Sağ.	F	p
Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissederim.	Katılıyorum	53	11,57±5,39	1,258	0,289
	Kararsızım	14	12,86±4,19		
	Katılmıyorum	33	13,18±4,02		
Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınıyorum.	Katılıyorum	24	12,71±5,65	0,167	0,847
	Kararsızım	29	11,93±4,5		
	Katılmıyorum	47	12,28±4,67		
Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.	Katılıyorum	29	10,83±4,9 ^(a)	3,629	0,030*
	Kararsızım	11	15,27±5,73 ^(b)		
	Katılmıyorum	60	12,43±4,42 ^(ab)		
Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım.	Katılıyorum	28	10,61±4,32 ^(a)	3,812	0,025*
	Kararsızım	14	14,79±5,12 ^(b)		
	Katılmıyorum	58	12,48±4,78 ^(a)		
Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.	Katılıyorum	26	12,15±4,55	0,086	0,918
	Kararsızım	7	13±6,24		
	Katılmıyorum	67	12,25±4,86		
Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır.	Katılıyorum	41	12,44±5,09	0,211	0,811
	Kararsızım	21	11,67±5,14		
	Katılmıyorum	38	12,45±4,47		
Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.	Katılıyorum	83	12,51±5,06	0,583	0,506
	Kararsızım	10	11,5±2,92		
	Katılmıyorum	7	10,71±4,23		
Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.	Katılıyorum	48	11,73±3,98	0,610	0,545
	Kararsızım	24	12,92±5,27		
	Katılmıyorum	28	12,68±5,78		

Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.	Katılıyorum	68	12,12±4,87	0,931	0,398
	Kararsızım	19	13,53±4,88		
	Katılmıyorum	13	11,31±4,59		
Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Katılıyorum	53	12,75±4,49	1,718	0,185
	Kararsızım	23	10,65±4,64		
	Katılmıyorum	24	12,79±5,56		
Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.	Katılıyorum	34	12,41±3,89	0,071	0,932
	Kararsızım	27	12,44±5,26		
	Katılmıyorum	39	12,05±5,37		
Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.	Katılıyorum	74	12,47±4,85	2,146	0,123
	Kararsızım	14	13,43±4,27		
	Katılmıyorum	12	9,75±4,86		
Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.	Katılıyorum	83	12,19±4,9	0,348	0,707
	Kararsızım	8	13,63±3,42		
	Katılmıyorum	9	11,89±5,6		
Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.	Katılıyorum	11	11,45±5,72	0,587	0,558
	Kararsızım	16	13,38±5,39		
	Katılmıyorum	73	12,16±4,6		
Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.	Katılıyorum	65	12,32±4,19	0,185	0,831
	Kararsızım	18	11,72±5,94		
	Katılmıyorum	17	12,71±6,02		
Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir.	Katılıyorum	21	10,67±3,86	1,652	0,197
	Kararsızım	23	13,17±5		
	Katılmıyorum	56	12,52±5,03		
Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.	Katılıyorum	87	12,18±4,64	1,203	0,305
	Kararsızım	5	15,4±6,39		
	Katılmıyorum	8	11,38±5,9		
Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.	Katılıyorum	87	12,09±4,65	1,605	0,206
	Kararsızım	6	15,67±5,75		
	Katılmıyorum	7	11,71±5,99		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

4.9.3. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanları

Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği bütüncül yaklaşım alt boyut puanları kıyaslandı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık vardı. Bu fark kararsızım cevabı verenler ile katılıyorum cevabı verenlerin ve kararsızım cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puanlar oluştu ($F=7,203$) ($p=0,001$). Bu konuda katılmıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları en yüksekti, kararsızım diyenlerin ahlaki duyarlılıkları ise en düşüktü.

Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği bütüncül yaklaşım alt boyut puanları kıyaslandı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık vardı. Bu fark katılıyorum cevabı verenler ile kararsızım cevabı verenlerin aldıkları puandan oluştu ($F=5,214$) ($p=0,007$). Bu konuda katılıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları en yüksekti, kararsızım diyenlerin ahlaki duyarlılıkları ise en düşüktü.

Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği bütüncül yaklaşım alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($F=1,763$) ($p=0,177$) (Tablo 4.9.3.).

Tablo 4.9.3. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Bütüncül Yaklaşım Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Maddeler		n	Büt.	F	p
Hasta ölümlerinden dolayı kaygı	Katılıyorum	53	12,87±5,66	0,112	0,894

hissederim.	Kararsızım	14	12,5±4,62		
	Katılmıyorum	33	13,21±3,56		
Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınıyorum.	Katılıyorum	24	12,92±5,4	0,371	0,691
	Kararsızım	29	13,55±4,54		
Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.	Katılmıyorum	47	12,55±4,87	7,203	0,001*
	Katılıyorum	29	12,79±4,81 ^(a)		
Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım.	Kararsızım	11	17,82±8,16 ^(b)	1,763	0,177
	Katılmıyorum	60	12,1±3,54 ^(a)		
Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.	Katılıyorum	28	12,04±3,98	0,882	0,417
	Kararsızım	14	15±6,59		
Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır.	Katılmıyorum	58	12,86±4,74	1,007	0,369
	Katılıyorum	26	12,85±4,71		
Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.	Kararsızım	7	15,29±7,27	0,041	0,960
	Katılmıyorum	67	12,72±4,67		
Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.	Katılıyorum	41	13,05±5,1	5,214	0,007*
	Kararsızım	21	14,05±6,21		
Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.	Katılmıyorum	38	12,18±3,66	0,037	0,963
	Katılıyorum	83	12,88±5,08		
Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Kararsızım	10	13±3,23	0,477	0,622
	Katılmıyorum	7	13,43±4,86		
Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.	Katılıyorum	48	11,6±3,23 ^(a)	0,929	0,398
	Kararsızım	24	15,38±6,27 ^(b)		
Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.	Katılmıyorum	28	13,11±5,21 ^(a)	0,508	0,603
	Katılıyorum	68	12,84±5,22		
Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.	Kararsızım	19	13,11±4,01	0,643	0,528
	Katılmıyorum	13	13,15±4,47		
Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.	Katılıyorum	53	13,28±5,11	2,911	0,059
	Kararsızım	23	12,09±3,53		
	Katılmıyorum	24	12,96±5,52		

	Kararsızım	16	15,56±6,14		
	Katılmıyorum	73	12,48±4,33		
Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.	Katılıyorum	65	13,08±4,45	0,496	0,611
	Kararsızım	18	13,39±5,34		
Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir.	Katılıyorum	21	12,05±3,9	1,474	0,234
	Kararsızım	23	14,39±5,2		
Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.	Katılıyorum	87	12,7±4,57	0,884	0,416
	Kararsızım	5	15,4±5,81		
Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.	Katılıyorum	87	12,6±4,53	1,628	0,202
	Kararsızım	6	14,67±5,5		
	Katılmıyorum	7	15,57±7,79		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

4.9.4. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Çatışma Alt Boyut Puanları

Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği çatışma alt boyut puanları kıyaslandı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık vardı. Bu fark katılıyorum cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puandan oluştu (F=3,518) (p=0,034).

Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği çatışma alt boyut puanları kıyaslandı istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık vardı. Bu fark

katılmıyorum cevabı verenler ile katılıyorum cevabı verenlerin ve katılmıyorum cevabı verenler ile kararsızım cevabı verenlerin aldıkları puandan oluştu ($F=6,038$) ($p=0,003$).

Her iki ifadeye de kararsızım diyenlerin ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha yüksekti, katılmıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları ise en düşüktü.

Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği çatışma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptandı. Bu fark katılıyorum cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puandan oluştu ($F=3,913$) ($p=0,023$). Bu ifadeye katılıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha yüksekti, katılmıyorum diyenlerin ise ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha düşüktü.

Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği çatışma alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmadı ($F=0,944$) ($p=0,393$).

Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık çatışma alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($F=0,926$) ($p=0,400$) (Tablo 4.9.4.).

Tablo 4.9.4. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Çatışma Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Maddeler	n	Çatışma.Puanı	F	p	
Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissederim.	Katılıyorum	53	13,64±3,49	2,369	0,099
	Kararsızım	14	12±2,45		
	Katılmıyorum	33	14,24±3,08		

Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınıyorum.	Katılıyorum	24	13,92±3,79	0,338	0,714
	Kararsızım	29	13,21±2,91		
	Katılmıyorum	47	13,7±3,26		
Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışıyorum.	Katılıyorum	29	12,79±3,72 ^(a)	3,518	0,034*
	Kararsızım	11	12,09±3,21 ^(ab)		
	Katılmıyorum	60	14,28±2,92 ^(b)		
Her zaman ölümü düşünmemeye çalışıyorum.	Katılıyorum	28	14,32±3,83	0,944	0,393
	Kararsızım	14	13,14±2,66		
	Katılmıyorum	58	13,38±3,12		
Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.	Katılıyorum	26	13,12±2,96	0,808	0,449
	Kararsızım	7	12,71±4,39		
	Katılmıyorum	67	13,9±3,29		
Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır.	Katılıyorum	41	12,95±2,87 ^(a)	6,038	0,003*
	Kararsızım	21	12,43±3,83 ^(a)		
	Katılmıyorum	38	14,97±2,95 ^(b)		
Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.	Katılıyorum	83	13,61±3,4	0,001	0,999
	Kararsızım	10	13,6±2,84		
	Katılmıyorum	7	13,57±2,64		
Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.	Katılıyorum	48	13,94±3,21	0,926	0,400
	Kararsızım	24	12,83±3,57		
	Katılmıyorum	28	13,71±3,15		
Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.	Katılıyorum	68	13,99±3,43	1,598	0,208
	Kararsızım	19	13,11±2,66		
	Katılmıyorum	13	12,38±3,1		
Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Katılıyorum	53	13,3±3,35	2,134	0,124
	Kararsızım	23	13,09±3,27		
	Katılmıyorum	24	14,79±2,93		
Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.	Katılıyorum	34	13,76±3,34	0,495	0,611
	Kararsızım	27	13,07±3,52		
	Katılmıyorum	39	13,85±3,09		
Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.	Katılıyorum	74	13,46±3,21	0,443	0,643
	Kararsızım	14	13,71±3,71		
	Katılmıyorum	12	14,42±3,32		
Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.	Katılıyorum	83	13,58±3,4	0,071	0,932
	Kararsızım	8	13,5±2,56		
	Katılmıyorum	9	14±2,87		
Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.	Katılıyorum	11	12,64±3,53	1,902	0,155
	Kararsızım	16	14,94±3,28		

	Katılmıyorum	73	13,47±3,2		
Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.	Katılıyorum	65	13,71±3,42	0,096	0,908
	Kararsızım	18	13,33±3,07		
	Katılmıyorum	17	13,53±3,1		
Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir.	Katılıyorum	21	12,29±3,61 ^(a)	3,913	0,023*
	Kararsızım	23	12,96±3,17 ^(ab)		
	Katılmıyorum	56	14,38±3,02 ^(b)		
Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.	Katılıyorum	87	13,72±3,25	0,559	0,574
	Kararsızım	5	12,2±3,56		
	Katılmıyorum	8	13,25±3,65		
Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.	Katılıyorum	87	13,66±3,21	0,177	0,838
	Kararsızım	6	12,83±3,54		
	Katılmıyorum	7	13,71±4,31		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

4.9.5. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Uygulama Alt Boyut Puanları

Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği uygulama alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptandı. Bu fark kararsızım cevabı verenler ile katılıyorum cevabı verenlerin ve kararsızım cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puanlardan oluştu (F=4,596) (p=0,012) (Tablo 4.9.5.). Bu konuda katılıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha yüksekti. Bu ifadeye kararsızım diyenlerin ahlaki duyarlılıkları en düşüktü.

Tablo 4.9.5. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Uygulama Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Maddeler		n	Uygulama	F	p
Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissedirim.	Katılıyorum	53	11,91±4,53	0,582	0,560
	Kararsızım	14	11,43±4,11		
	Katılmıyorum	33	12,73±3,89		
Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınıyorum.	Katılıyorum	24	11,75±4,16	0,389	0,679
	Kararsızım	29	12,69±3,74		
	Katılmıyorum	47	11,94±4,64		
Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.	Katılıyorum	29	11,48±4,03 ^(a)	4,596	0,012*
	Kararsızım	11	15,64±5,2 ^(b)		
	Katılmıyorum	60	11,77±3,93 ^(a)		
Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım.	Katılıyorum	28	12,18±4,72	0,061	0,941
	Kararsızım	14	12,43±4,7		
	Katılmıyorum	58	12±3,98		
Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.	Katılıyorum	26	11,08±4,19	1,118	0,331
	Kararsızım	7	11,86±5,18		
	Katılmıyorum	67	12,54±4,18		
Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır.	Katılıyorum	41	12,51±4,39	0,319	0,728
	Kararsızım	21	11,95±4,58		
	Katılmıyorum	38	11,76±4		
Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.	Katılıyorum	83	12,23±4,31	0,487	0,616
	Kararsızım	10	12,2±2,86		
	Katılmıyorum	7	10,57±5,5		
Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.	Katılıyorum	48	11,69±3,7	1,001	0,371
	Kararsızım	24	13,17±4,66		
	Katılmıyorum	28	11,93±4,78		
Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir	Katılıyorum	68	12,37±4,32	0,485	0,617
	Kararsızım	19	11,84±4,05		
	Katılmıyorum	13	11,15±4,39		
Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Katılıyorum	53	12,19±4,29	0,578	0,563
	Kararsızım	23	11,35±3,76		
	Katılmıyorum	24	12,67±4,68		
Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.	Katılıyorum	34	12,35±3,45	0,136	0,873
	Kararsızım	27	11,78±4,46		
	Katılmıyorum	39	12,13±4,81		

Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.	Katılıyorum	74	12,16±4,31	0,323	0,725
	Kararsızım	14	11,36±3,69		
	Katılmıyorum	12	12,67±4,77		
Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.	Katılıyorum	83	12,14±4,42	0,375	0,688
	Kararsızım	8	12,88±2,17		
	Katılmıyorum	9	11,11±4,28		
Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.	Katılıyorum	11	10,91±4,74	0,837	0,436
	Kararsızım	16	13,06±4,15		
	Katılmıyorum	73	12,08±4,22		
Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.	Katılıyorum	65	12,43±4,18	0,556	0,575
	Kararsızım	18	11,33±4,8		
	Katılmıyorum	17	11,71±4,04		
Ölmekte olan hastalar darülaceze veya akut bakıma sevk edilmelidir.	Katılıyorum	21	12,33±3,18	0,114	0,893
	Kararsızım	23	12,35±4,26		
	Katılmıyorum	56	11,93±4,65		
Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.	Katılıyorum	87	11,93±4,13	0,700	0,499
	Kararsızım	5	12,6±5,13		
	Katılmıyorum	8	13,75±5,34		
Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.	Katılıyorum	87	12,02±4,06	0,703	0,497
	Kararsızım	6	11,33±5,54		
	Katılmıyorum	7	13,86±5,76		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

4.9.6. Palyatif Bakım Anketinin Ahlaki Duyarlılık Anketi ile Karşılaştırılması Oryantasyon Alt Boyut Puanları

Ölüm konusu ile ilginin olmamasına çalışırım maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği oryantasyon alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptandı. Bu fark kararsızım cevabı verenler ile katılıyorum cevabı verenlerin ve kararsızım cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puanlar oluştu ($F=6,397$) ($p=0,002$). Bu konuda katılmıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları

diğerlerine göre daha yüksekti. Bu ifadeye kararsızım diyenlerin ahlaki duyarlılıkları en düşüktü.

Etkili ağır kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir maddesine verilen cevaplara göre ahlaki duyarlılık ölçeği oryantasyon alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık saptandı. Bu fark katılıyorum cevabı verenler ile katılmıyorum cevabı verenlerin aldıkları puandan oluştu ($F=3,102$)($p=0,049$)(Tablo 4.9.6.). Bu ifadeye katılıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları diğerlerine göre daha yüksekti, katılmıyorum diyenlerin ahlaki duyarlılıkları ise diğerlerine göre daha düşüktü.

Tablo 4.9.6. Palyatif Maddelere Göre Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Oryantasyon Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Maddeler		n	Oryantas.	F	p
Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissedirim.	Katılıyorum	53	8,45±4,55	0,270	0,764
	Kararsızım	14	9,29±4,46		
	Katılmıyorum	33	8,91±3,35		
Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınırım.	Katılıyorum	24	8,58±4,58	0,324	0,724
	Kararsızım	29	9,24±3,96		
	Katılmıyorum	47	8,47±4,1		
Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.	Katılıyorum	29	8,28±3,98 ^(a)	6,397	0,002*
	Kararsızım	11	12,73±5,97 ^(b)		
	Katılmıyorum	60	8,2±3,46 ^(a)		
Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım.	Katılıyorum	28	7,89±3,61	1,879	0,158
	Kararsızım	14	10,5±5,32		
	Katılmıyorum	58	8,69±4,02		
Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.	Katılıyorum	26	8,31±3,72	0,281	0,775
	Kararsızım	7	9,57±6,35		
	Katılmıyorum	67	8,79±4,1		
Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini	Katılıyorum	41	8,61±4,18	0,905	0,408
	Kararsızım	21	9,76±4,91		

kendilerinin belirlemeye hakları vardır.	Katılmıyorum	38	8,26±3,64		
Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.	Katılıyorum	83	8,6±4,3	0,201	0,818
	Kararsızım	10	9,4±2,32		
	Katılmıyorum	7	9,14±4,67		
Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.	Katılıyorum	48	7,67±2,91 ^(a)	3,102	0,049*
	Kararsızım	24	9,67±4,94 ^(ab)		
	Katılmıyorum	28	9,71±4,88 ^(b)		
Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.	Katılıyorum	68	8,87±4,19	0,300	0,741
	Kararsızım	19	8,05±4,45		
	Katılmıyorum	13	8,92±3,66		
Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.	Katılıyorum	53	8,96±3,96	1,019	0,365
	Kararsızım	23	7,65±3,27		
	Katılmıyorum	24	9,21±5,19		
Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.	Katılıyorum	34	8,71±3,05	0,321	0,726
	Kararsızım	27	9,22±4,81		
	Katılmıyorum	39	8,38±4,54		
Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.	Katılıyorum	74	8,7±4,26	0,381	0,684
	Kararsızım	14	9,43±4,01		
	Katılmıyorum	12	8±3,74		
Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.	Katılıyorum	83	8,47±4,17	0,900	0,410
	Kararsızım	8	10,13±3,31		
	Katılmıyorum	9	9,78±4,63		
Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.	Katılıyorum	11	8,09±5,2	2,087	0,131
	Kararsızım	16	10,63±5,49		
	Katılmıyorum	73	8,4±3,56		
Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.	Katılıyorum	65	8,83±3,66	0,090	0,914
	Kararsızım	18	8,67±5,03		
	Katılmıyorum	17	8,35±5,1		
Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir.	Katılıyorum	21	8,33±2,8	1,152	0,320
	Kararsızım	23	9,87±4,97		
	Katılmıyorum	56	8,39±4,19		
Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.	Katılıyorum	87	8,56±3,86	0,517	0,598
	Kararsızım	5	10,2±5,67		
	Katılmıyorum	8	9,5±6,26		
Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.	Katılıyorum	87	8,45±3,79	1,462	0,237
	Kararsızım	6	10,33±5,09		
	Katılmıyorum	7	10,71±6,92		

Veriler Ortalama ± Standart Sapma şeklinde verilmiştir.

p: Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir.

4.10. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım ve Ahlaki Duyarlılık Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları

Çalışmamızda PB bilgi düzeyi puan ortalaması $49,10 \pm 8,25$ olarak bulundu. (Maksimum 72,00, Minimum 33,00). Etik duyarlılık toplam puan ortalaması ise $78,73 \pm 20,97$ idi. (Maksimum 158,00, Minimum 32,00). Anketin alt boyutlarının puan ortalamaları; otonomi alt boyutu $19,08 \pm 6,46$, yarar sağlama alt boyutu $12,28 \pm 4,83$, bütüncül yaklaşım alt boyutu $12,93 \pm 4,88$, çatışma alt boyutu $13,61 \pm 3,28$, uygulama alt boyutu $12,11 \pm 4,26$, oryantasyon alt boyutu $8,72 \pm 4,15$ olarak hesaplandı (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Acil Servis Çalışanlarının Palyatif Bakım Ve Ahlaki Duyarlılık Ölçeğine Ait Puan Ortalamaları (n=100)

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Palyatif Puan	49,10	8,25	33,00	72,00
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Otonomi Alt Boyut Puan	19,08	6,46	7,00	39,00
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Yarar Sağlama Alt B. P.	12,28	4,83	4,00	24,00
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Bütüncül Yaklaşım A.B.P.	12,93	4,88	5,00	31,00
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Çatışma Alt Boyut Puan	13,61	3,28	6,00	21,00
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Uygulama Alt Boyut Puan	12,11	4,26	4,00	23,00
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Oryantasyon Alt Boyut P.	8,72	4,15	4,00	25,00

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Toplam Puan	78,73	20,97	32,00	158,00



5. TARTIŞMA

Tüm dünyada olduğu gibi bizim ülkemizde de artan yaşlı hasta popülasyonu ve bununla beraber artan ileri evre kronik hastalıklardan dolayı PB merkezlerine ihtiyaç giderek artmaktadır (Yürüyen ve ark.,2018).

PB ölümü normal bir süreç gibi kabul ederek yaşamı destekler. Ölümü ne çabuklaştırır ne de geciktirmeye çalışır. Dini değer ve inançlara, kültüre ve bireyselliğe duyarlı olarak bireyin fonksiyonel kapasitesini en üst düzeye çıkarmak ister. Ölüme kadar mümkün olduğunca hastanın yaşamını aktif kılmak için destek sağlar. Yaşam kalitesini artırır, bakımın fiziksel, manevi, sosyal ve psikolojik boyutlarını entegre eder. Yaşamın son günlerinde de rahat bir ölümün gerçekleşmesini sağlar (Simkiss,2003;Watson ve ark.,2006). Her insan yaşamının son aşamasında iyi bakılmak ve acısız ölmek ister. Bu bir insanlık hakkı olup PB tüm dünyada sağlık kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Kabalak ve ark.,2012).

AS'e başvuran hastaların, uygun bakım alanına (yoğun bakım, akut bakım, PB) yatamaması veya yatış süresinin uzaması, hem AS'e hasta kabulünü zorlaştırmakta hem de AS'de verilen hizmeti aksatmaktadır. Bu nedenle bu hastaların AS'den uygun bakım alanlarına yatışını kolaylaştıracak ve yatış süresini kısaltacak politikaların, hem hastane hem ülke bazında oluşturulması ve işlevsellik kazandırılması oldukça önemlidir (Aslaner,2014).

Etik, bireyin davranışlarına temel olan ahlaki ilkelerin tümüdür (Tazegün ve Çelebioğlu, 2016). İnsanlar arasındaki ilişkilerin temelinde yer alan değerleri, ahlaki bakımdan iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olanın niteliğini araştıran bir felsefe dalı

olarak etik, son yıllarda bütün meslek gruplarında olduğu gibi sağlık çalışanlarında da önem kazanmaktadır (Cherie, Mekonen ve Shimelse 2005; Dalcalı ve Şendir, 2016). Etik sorunu fark edebilme yeteneği olarak tanımlanan etik duyarlılık, insanın sağlığını ilgilendiren durum ya da durumların içerdiği etik değerleri bilmektir (Pekcan,2007;Tosun,2005). Sağlık personelleri özellikle hemşireler sağlıklı veya hasta bireye hizmet verirken, davranış ve tutumlarını savunurken, gerekçelerini açıklarken, etik ikilemlerle karşılaştığında karar verirken bir takım dayanaklara yani etik ilkelere ve mesleki değerlere gereksinim duymaktadır (Pehlivan, 2002).

Çalışmaya katılan AS çalışanlarının (n=100) yaş ortalamalarının 32.16, çoğunluğunun kadın (%52), lisans mezunu (%44) ve hemşire (%56) olduğu belirlendi. Meslekte çalışma sürelerinin ortalaması ise 9,28 idi.

Araştırmamıza katılan AS çalışanlarının PB puan ortalamaları 49,10 idi. Çalışma sonuçlarımız PB bilgi düzeylerinin gereken seviyede olmadığını göstermektedir. Katılımcıların 63'ü (%63) PB hakkında bilgi almadıklarını eğitim alanlarının ise 25'i(%45.4) üniversitede eğitim aldığı, palyatif bilgi alanların aldıkları eğitimi %56.8'ünü ise kısmen yeterli bulduğu belirlendi. Turgay (2010), sağlık personeline yapmış olduğu çalışmada (n=369) 198 sağlık çalışanının (% 53.7) PB hakkında bilgi almadıklarını belirttikleri saptanmıştır. Bilgi aldığını belirten sağlık personelinin bilgiyi üniversite eğitimi sırasında edindiklerini ve yarıdan çoğu aldıkları eğitimi (%59.1) kısmen yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Uslu (2013) yaptığı çalışmasında ebe ve hemşirelerin yarıdan fazlası (% 52.3) PB konusunda bilgi almadıklarını ve PB konusunda bilgi aldığını ifade eden sağlık personelinin aldıkları bilgiyi (%67.7) yeterli bulmadıkları belirtmişlerdir. Shearer ve ark.'nın (2014), AS personeline yaptığı çalışmasında (n=66) PB konusunda kapsamlı bilgiye sahip sadece 2 (%3) kişi olduğu

saptanmıştır. Çalışma sonucumuz literatürdeki çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışmalara katılan personelin palyatif bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve çoğunun PB konusunda üniversite eğitimi sırasında bilgi aldığını fakat bu bilginin yeterli bilgi olmadığı sonucuna ulaşabiliriz.

Başol ve Rinnert (2015) yaptığı çalışmada Amerika'daki hekimlerin (n=28) PB konusunda %82'sinin eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alanların çoğunluğunun (%32,1) üniversitede eğitim aldıklarını görülmektedir. Bu çalışma çalışmaya katılan personelin eğitim alma konusunda bizim çalışmamızla farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sebebi; mevcut çalışmanın Amerika'daki hekimler üzerinde yapılmasından kaynaklandığı ve onların eğitim programında PB'e yer verildiği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan AS çalışanlarının büyük çoğunluğunun çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programının olmadığını belirtti. Literatür incelendiğinde Türkiye'de yapılan çalışmalarda bizim sonucumuza paralel olarak PB konusunda hizmet içi eğitim eksikliği olduğu görülmüştür. Turgay (2010) yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların % 86.2'sinin çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programında PB konusunun yer olmadığını belirtmiştir. Uslu'nun (2013) çalışmada ise katılımcıların % 76.9'unun çalıştıkları kurumda hizmet içi eğitim programında PB konusunun yer olmadığını belirtmiştir. Bu araştırmaların sonuçları, kurumlarda hizmet içi eğitim programlarına yeterince yer verilmediği ve PB konusunda önemli düzeyde eksiklikler olduğunu göstermektedir.

PB genellikle sağlık personelinin eğitim ve çalışma programı kapsamında yer alan öncelikli konulardan birisi değildir (Carron ve ark, 1999; Barclay ve ark, 2003; Turgay, 2010; Uslu, 2013). Literatürlerde sağlık personelinin semptom yönetimi ve PB becerileri konusunda eğitim ve bilgi eksikliği birçok çalışmada vurgulanmaktadır

(Ferrell ve Grant, 2001; Paiceand ark., 2008; Rivera, 2009; Sherman ve ark., 2004; Turgay, 2010; Shearer ve ark., 2014; Uslu, 2013)

AS çalışanlarının PB algılarının madde başlıkları tek tek incelendiğinde çoğunlukla 'Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü' (%63), 'Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması' (%59), 'Yaşam sonu bakımı' (%52), Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi (%34) olarak belirlendi (Tablo 4.3.2.). Shearer ve ark.(2014) yaptığı çalışmada katılımcıların PB'ı 'yaşam sonu bakımı', 'rahatlatma önlemleri' veya 'yaşamı uzatmak için müdahale yapılmaması' anlamına gelir şeklinde yorumladıkları görülmüştür. Bizim çalışmamızda da özellikle, katılımcılarının çoğunun, PB ve yaşam sonu bakım kavramlarının aynı şey olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Onkoloji hemşirelerinin PB'a ilişkin algılarını açığa çıkarmak üzere yapılan bir odak grup çalışmada ise hemşirelerin (n=33) PB'a 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 (Pavlish ve Ceronsky, 2007). PB hastanın kalan yaşamını anlamlı ve değerli kılmak için hastaya verilen tüm hizmetleri içermektedir. PB hasta ve ailesinin acılarının hafifletilmesini sağlar (Ferris ve ark.,2007). PB aslında ilk bakışta terminal dönem hasta bakımı gibi algılansa da, aslında tam olarak öyle değildir ayrıca PB sadece hastalara yönelik değildir; aynı zamanda verilen hizmetler hastaların ailesini de içerir. PB hizmetleri sadece yaşam kalitesini yükseltmez (Gültekin ve ark.,2010). Ülkemizde "PB" kavram olarak henüz yerleşmemiş olup sıklıkla "destek bakım" ve "son dönem bakım" olarak düşünülmekte ve ağrı kontrolü ile eşdeğer tutulmaktadır (Bingley ve Clark 2008). PB'nin amacı hastaların semptomlarını iyileştirmek ve yaşam kalitelerini

artırmaktır (Yürüyen ve ark.,2018). PB hastanın ağrı ve diğer semptomlardan kurtulması, psikolojik ve manevi destek sağlanması, var olan ölüm tehlikesine rağmen mümkün olduğunca aktif bir hayat sürdürebilmesinin sağlanması, yakınlarının desteklenmesi ve eğitimi ile amacına ulaşır (Ertürk, 2001; Sandra ve ark., 2001). PB şifanın mümkün olmadığı dönemde hastayı rahatlatarak, yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutacak tedavidir (Kebudi,2006).

Çalışmamıza katılan sağlık personelinin PB algısı yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte çoğu çalışma PB tanımını yaparken yaşam kalitesi artırılması veya son dönem bakım olarak tanımlamıştır. Bu tanım doğru bir tanımdır fakat eksiktir, PB acının hafifletilmesi ve semptom kontrolünü içermekle birlikte hasta ve ailesini bir bütün olarak değerlendirir. Bizim çalışmamızda da hastanın ailesinin de sürece dahil olmasının bilgi düzeyi %34 idi ve bu tanımın sağlık personelleri tarafından yeteri kadar bilinmediği tespit edilmiştir.

Acil servis çalışanlarının palyatif bakım ve yaşam sonu bakım ile ilgili görüşleri

Çalışmamızda AS çalışanlarının çoğu PB'ın ayrı bir uzmanlık alanı olması gerektiğini düşünmektedir. Turgay (2004) yapmış olduğu çalışmada “PB ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır” ifadelerine %42.5’ i katılıyorken; doktorların katılma durumuna ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve hemşirelerin çoğunun bu ifadelere katılmadığı görülmüştür. Bu çalışma ile bizim çalışmamız arasında benzerlik olmasına rağmen bizim çalışmamızda bu ifadeye katılma oranı çok daha yüksektir.

AS çalışanlarının çoğu PB ekibine doktorun başkanlık etmesi gerektiğini ve PB ile ilgilenen hemşirenin ayrı bir ekip olması gereklidir görüşünü savunmaktadır.

Turgay'ın (2004) çalışması da bizim çalışmamız ile paralellik göstermekte ve her iki sav da yüksek oranda desteklenmektedir.

AS çalışanların çoğu 'PB hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gerekli olduğu görüşünü savunmaktadır. Çakıcı'nın (2010) yapmış olduğu çalışmasında PB konusunda eğitilmiş personele gereksinim olduğu ve pediatrik onkoloji alanında çalışan personelin PB eğitimi alması gerektiği vurgulanmıştır. Bu çalışma ile bizim çalışmamız arasında benzerlik vardır.

Katılımcıların çoğu PB hastaları için kardiyopulmoner canlandırma yapmama (DNR) hakkı olmalı ve yasal düzenlemelerin yapılması gerektiğini düşünmektedir. Turgay'ın (2004) çalışmasında da katılımcıların çoğu bu fikri desteklemiştir.

Ülger ve Cankurtaran (2006) yapmış olduğu çalışması bizim çalışmamızla benzerdir. Ülkemizde yaşam sonu bakım çerçevesinde bu DNR konusu netleştirilememiştir. Bu konuda bizce yasal düzenlemelerin biran önce yapılması gerekmektedir.

PB hastalarında belki de en önemli semptom "ölümün kendisinden daha korkunç" olarak tanımlanan şiddetli ağrıdır (Özçelik ve ark.,2014). Çalışmamızda katılımcıların çoğu PB sadece ağrı kontrolü içerir ifadesine katılmamakla beraber 'Etkili ağrı kesicilerin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir yanlış düşüncesine sahiptirler.

Shearer'in (2004) yapmış olduğu çalışmada 'Etkili ağrı kesicilerin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.' ifadesi katılım oranı son derece yüksektir. Bu ifadeye bizim çalışmamızda da katılım oranı (%48) çok yüksektir. Halbuki özellikle kanser gibi hastalıklarda ağrı kesicileri kullanmaktan kaçınılmazı hastanın ağrısının

giderilmemesine yol açar. Bu da hastaları şiddetli ağrılarında etkin tedavileri yapmayı engeller. Hasta ağrısından kurtulamaz ve nitelikli yaşam kalitesi sekteye uğrar. Ağrı kesicilerle ilgili edinilmiş yanlış bilgilerin düzeltilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi faydalı olacaktır.

Çalışmamıza katılanların çoğu (%53) Hasta ölümlerinden dolayı kaygı duyduğunu, ölüm konusu ile ilgilerinin olmasına çalışmadığını, her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım ifadesine katılmayıp ölmekte olan hastaya bakım yaparken rahatsızlık duymadıklarını (%67) belirtmiştir. Peters ve ark., (2013) yapmış olduğu çalışmaya göre ölümden kaçınma faktörüne göre AS hemşirelerinin ölümden kaçınmaya karşı anlamlı derecede daha güçlü tutumlar beslediklerini göstermiştir (AS: % 39.5'e karşı PB: % 28.5). Uslu (2013) yapmış olduğu çalışmada jinekolojik onkolojide çalışan ebe ve hemşirelerin % 73.8'inin hasta ve ailesi ile ölüm hakkında konuşmadıkları belirlemiştir. Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) yoğun bakım hemşirelerine yapmış olduğu çalışmada katılımcıların çoğu ölümlerle karşılaştıklarını ve çoğunluğu ölümü doğal karşıladığı ve ölümden dolayı kaygı hissetmediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralel olsa da çalışmalarda ki katılımcıların çoğu ölmekte olan hastaya bakmak istemediklerini belirtmişlerdir.

PB'nin kalitesinin artırılmasında bu bakımı sunan sağlık çalışanlarının yaşam ve ölümü çevreleyen sorunlarla yüz yüze gelmeye, ölüme ilişkin kendi duygularını araştırmaya, beklenen ölüme karşı gösterilen aile tepkilerini anlamaya ve onlara destek olmaya hazırlanması gerekmektedir (Leary, 1997; Özalın,1996). Olumsuz tutumların değiştirilebilmesi için, temel hedefi duygusal gelişimi desteklemek olan ölüm eğitimi ve farkındalık programlarına gereksinim vardır (Roman ve ark., 2001; McClement ve ark., 2005;Cowell ve ark., 2002; Mallory, 2003). Ölüm eğitim programlarının amacı ölüm

kaygısına yönelik farkındalık yaratmak, doğal bir süreç olan ölüme uyum ve ölümün anlamının keşfedilmesidir (İnci ve Öz,2012). Literatürdeki çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanlarının ölüm eğitimi ve farkındalık programlarına gereksinim duyduğu sonucuna ulaşılabilir.

Acil servis çalışanlarının ahlaki duyarlılık ile ilgili görüşleri

AS'ler, diğer servislere göre iş yükü ve stresin daha fazla olduğu ortamlardır. Bu nedenle, iş yükü ve stres gibi faktörlerin AS'de çalışan hemşirelerin etik duyarlılıklarını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda, yoğun bakım ünitesi ve AS'lerde çalışan hemşirelerin iş yükünün fazla olması aynı zamanda çalışma saatlerinin uzun olması sebebiyle daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yaşadıkları saptanmış ve bu durumun, hemşirelerde problem çözme yeteneğini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Barutçu ve Serinkan, 2008, Filizöz ve ark.,2015).

Hemşirelerin, etik problemleri tanınması ve çözümlenebilmesi konusunda doğru kararları alabilmesi için, etik sorunu ayırt edebilme yeteneği olarak tanımlan ahlaki duyarlılık düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir (Aksu ve Akyol, 2011; Filizöz, Mesci, Aşçı ve Bağcıvan 2015). Bakımla ilgili kararlar alınması ahlaki muhakeme yapılmasını, kararların kişiyi nasıl etkileyeceğinin önceden düşünülmesini ve eylemlerin sonuçlarının üstlenilmesini gerektirir. Bu durum özellikle hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarını artırması yönünden önemlidir.(Öztürk ve ark., 2009). Çünkü yüksek etik duyarlılığa sahip olan hemşireler etik sorunların varlığını çok daha kolay ve hızlı bir şekilde fark edip doğru kararlar almaktadırlar (Başak ve ark.,2010).

Hemşirelik mesleğinde etik duyarlılığın yüksek olması gerekliliği, bireylerin yaşam mücadelesi verdikleri dönemde bakım vermenin öneminden ve hasta bireylerin

etik duyarlılığı yüksek ortamlarda bakım alma hakkından bununla beraber, hemşirelerin de etik duyarlılığı yüksek ortamlarda bakım verme gereksiniminden kaynaklandığı düşünülmektedir (Arslan ve ark.,2017).

Hemşirelerinin etik problemleri tanınması ve doğru kararları alması için, etik duyarlılıklarının yüksek olması gerektiği bildirilmektedir. Bu becerinin kazanılabilmesi için de, etik konusun da verilecek eğitimin teorik ve uygulamayı içerecek şekilde mesleğe ilk başlandığı andan itibaren düzenlenmesi gerekmektedir (Aksu ve Akyol, 2011).

Etik eğitimin önemsenmesinin; hemşirelik etiğinin gelişmesine, ülkemiz hemşirelik etik kodlarının belirlenmesine, mesleğin bağımsızlaşmasına ve böylece meslek statüsünün yükseltilmesine, hemşirelerin mesleksel öz saygılarını kazanmasına yarar sağlayacağı bir gerçektir. Bu amaç doğrultusunda, hemşirelik eğitim müfredatlarında, etik dersine yer verilmekte; ayrıca etik karar verme yeterliliğinin geliştirilmesinde, mezuniyet sonrası eğitim programlarının da büyük önem taşıdığı bilinmektedir (Temiz ve ark., 2017).

Literatürleri incelendiğimiz de ahlaki duyarlılığın özellikle hemşirelerde çok önemli bir yere sahip olduğu, etik ikilemde kalındığında ahlaki duyarlılığın bilinmesi işlemlerin doğru ve hızlı bir şekilde gerçekleştirme imkânı sağladığı sonucuna ulaşılır. Ahlaki duyarlılığın hemşirelik eğitim müfredatlarında veya hizmet içi eğitimlerle sağlık çalışanlarına verilmesi gerektiği görüşüne varılır. PB gibi hastayı ve ailesini ön planda tutan ve hastanın fiziksel ihtiyaçlarının yanında psikososyal ve spritüel ihtiyaçlarını da gözeten bir bakım sunabilmek ahlaki duyarlılığın yüksek olması ile mümkün olabilir.

Etik duyarlılık toplam puan ortalamaları ise $78,73 \pm 20,97$ olarak bulundu (Maksimum 158,00, Minimum 32,00). Anketin alt boyutlarının puan ortalamaları; otonomi alt boyutu $19,08 \pm 6,46$, yarar sağlama alt boyutu $12,28 \pm 4,83$, bütüncül yaklaşım alt boyutu $12,93 \pm 4,88$, çatışma alt boyutu $13,61 \pm 3,28$, uygulama alt boyutu $12,11 \pm 4,26$, oryantasyon alt boyutu $8,72 \pm 4,15$ olarak hesaplandı. Hemşirelerin ahlaki duyarlılık ölçeği toplam puanına bakıldığında yüksek etik duyarlılığa sahip oldukları görülmektedir. Çalışmamızda AS çalışanlarının çatışma alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda etik duyarlılıkların yüksek olduğu saptandı. Çatışma alt boyutunda $13,61 \pm 3,28$ ise düşük etik duyarlılığa sahip oldukları görüldü.

Sasso ve ark. (2008) yaptığı çalışmada katılımcıların etik duyarlılıklarının yüksek çıktığını saptamışlardır. Gürdoğan ve ark., (2018) çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin etik duyarlılıkları yüksek çıktığı saptanmıştır. Tosun (2005) yapmış olduğu çalışmada devlet hastanesindeki hekimlerin üniversite hastanesinde çalışanlara göre etik duyarlılıklarının daha iyi olduğunu saptamıştır. Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışma sonucumuzla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Çalışma sonuçlarımız Kahrıman ve Çalık (2017) yaptığı çalışmadaki hemşirelerinin çatışma alt boyutu ($4,47 \pm 1,31$) hariç diğer alt boyutlarda yüksek düzeyde etik duyarlılıklara sahip olması ile benzerlik göstermektedir. Tosun'un (2005) yapmış olduğu çalışmada da hemşirelerin çatışma hariç diğer alt boyutlarında yüksek etik duyarlılığa sahip olmaları çalışma sonuçlarımız ile paraleldir. Ayrıca Öztürk ve ark., (2009) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çatışma alt boyutunda etik duyarlılığın düşük olduğu saptanmıştır ayrıca çocuk ya da yeni doğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hekimlerde çatışma boyutunda etik duyarlılık daha düşük bulunmuştur.

Bununla birlikte ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda hemşirelerinin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olması bizim çalışma sonucumuzdan farklıdır.(Ertuğ ve Aktaş, 2014; Filizöz ve ark., 2015; Dikmen, 2013; Aksu ve Akyol, 2011; Öztürk ve ark., 2009; Başak ve ark., 2010; Tazegün ve Çelebioğlu, 2016; Fırat ve ark., 2017; Lützén ve ark., 1995; Enes ve Vries, 2004; Park ve ark.,2012; Imani ve ark., 2013; Köktürk ve Şendir, 2013; Borhani ve ark., 2015; Arslan ve ark., 2017; Temiz ve ark., 2017; Çingöl ve ark., 2018; Aydoğan ve Ceyhan., 2019)

Çalışmamızda çatışma alt boyutunda puan ortalamalarının düşük düzeyde olması hemşirelerin hastaya nasıl yaklaşmaları gerektiği konusunda ikilemde kaldıklarını ve etik olarak doğru olan eyleme karar vermede zorlandıklarını göstermektedir (Kahrıman ve Çalık, 2017)

Bizim çalışma sonuçlarımızın aksine Dalcalı ve Şendir 'in (2016) çalışmasında hemşirelerin çatışma alt boyutunda daha yüksek duyarlılığa sahip oldukları belirlenmiştir. Aksu ve Akyol'un (2011) yaptığı çalışmada da çatışma alt boyutunda etik duyarlılığın daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Literatür incelendiğinde ADA'nın diğer alt boyutlarında da farklı değerler bulunmuştur. Filizöz ve ark., (2015) yaptığı çalışmada oryantasyon alt boyutunun etik duyarlılığın daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öztürk ve ark., (2009) yapmış olduğu çalışmada üniversite hastanesi yoğun bakım ünitelerinde çalışan hekim ve hemşirelerin yarar sağlama boyutunda etik duyarlılığın düşük olduğu, ayrıca hekimlerin bütüncül yaklaşım ve oryantasyon etik duyarlılığın düşük olduğu saptanmıştır. Arslan ve ark., (2017) yaptığı çalışmada oryantasyon ve bütüncül yaklaşım alt boyutlarında etik duyarlılıklarının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Temiz ve ark., (2017) yaptığı

çalışmada ise oryantasyon alt boyutunda etik duyarlılıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Literatürdeki bahsedilen çalışmalarla; bizim çalışmamızdaki alt boyutlardaki farklılıklar örneklemelerin farklı olması ile açıklanabilir.

ADA toplam puanı ile yaş, cinsiyet, meslek, palyatif bilgi düzeyi yeterliliği hissetme ve diğer parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bunun yanında yaşam sonu bakım ile ilgili katılımcıların yaklaşımları ile ADA toplam puanları arasında da anlamlı bir ilişkiye rastlanmadı. Bilgimize göre bu konuları birbiriyle kıyaslayan çalışma yoktur. Bu nedenle sonuçlara dair net bir yorum yapamamakla beraber gruplar arasında sayıların farklılığının, örneklem grubu sayısının az oluşunun ve katılımcıların anketi uygularken ki tutumunun buna neden olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

AS çalışanlarının PB hakkındaki bilgi düzeyleri ve bunun ahlaki duyarlılık ile olan ilişkisini saptamak amacıyla yaptığımız bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir:

- Araştırmaya katılan AS çalışanlarının istenilen düzeyde PB hakkında bilgi almadıkları, bilgi alanların ise bunu üniversite eğitimi sırasında edindikleri görüldü. Ayrıca bilgi alanların aldıkları eğitimi kısmen yeterli bulduğu tespit edildi.
- AS çalışanlarının büyük çoğunluğunun PB ile ilgili çalıştıkları kurumlarda hizmet içi eğitim olmadığı belirlendi.
- AS çalışanlarının PB bilgi düzeyi ($49,10 \pm 8,25$) olarak bulundu, PB tanımını ise daha çok 'Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü' olarak ifade ettikleri belirlendi.
- AS çalışanlarının çoğu PB' in ayrı bir uzmanlık alanı olması gerektiğini, PB ekibine doktorun başkanlık etmesini, PB ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gerektiğini belirtmiştir.
- AS çalışanlarının 'Hasta için kardiyopulmoner canlandırma yapmama (DNR) hakkı olmalı ve yasal düzenlenmeler yapılmalıdır.' ifadesine büyük oranda katıldıkları belirlendi.
- AS çalışanlarının 'Etkili ağrı kesicilerin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.' yanlış önermesine katıldıkları belirlendi.

- AS çalışanlarının hasta ölümlerin dolayı kaygı hissettikleri fakat ölüm düşüncelerinden kaçınmadıkları ve ölmekte olan hastaya bakım verirken rahatsızlık duymadıkları belirlendi.
- Katılımcıların ahlaki duyarlılıkları ile demografik özellikleri kıyaslandı. Buna göre parametrelerin arasında anlamlı fark bulunmadı ($p < 0,05$).
- Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının ahlaki duyarlılıklarının yüksek düzeyde olduğu saptandı ($78,73 \pm 20,97$). Ahlaki duyarlılığın otonomi, yarar sağlama, bütüncül yaklaşım, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarında da yüksek etik duyarlılığa sahip olduğu fakat çatışma alt boyutunda düşük etik duyarlılığa sahip olduğu saptandı.
- Ahlaki duyarlılığın yaşam sonu bakımla olan ilişkisi incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadı.

6.2. Öneriler

Araştırmamızda elde ettiğimiz verilerin değerlendirilmesi doğrultusunda;

- PB konusunda farkındalık oluşturulmalıdır. Sağlık personelleri bilgilendirilmelidir.
- Üniversite eğitim müfredatına PB'nin eklenmesi gerekmektedir. PB konusunda üniversite eğitimlerinde daha çok yer verilmesi gerekir.
- Mezuniyet sonrası ise var olan bilgiler hizmet içi eğitimlerle desteklenmeli ve güncellenmelidir.
- Öğrenilen bilgilerin unutulmaması için sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

- Gerekli yasal düzenlemelerin yapılması; PB merkezlerinin kurulması ve bu bakımın sağlanmasının devlet bütçesinde olması için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- PB birimleri olmalı, burada çalışan sağlık personelinin ayrı bir ekip olması gerekmektedir.
- Sağlık personellerinin hasta ölümlerinden dolayı kaygılarını azaltmak için ölüm ve ölüme ilişkin tutumlara yönelik eğitim müfredatlarına teorik ve klinik uygulamalı eğitimler düzenlenmelidir. Kaygı seviyelerini azaltmak için uygun danışmanlıklar verilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının eğitim müfredatında ölüm ve ölüme ilişkin tutumlar sadece teorik ders olarak değil klinik uygulamalı biçimde yer almalıdır. Bu sayede bu dersi alırken öğrenciler ölüme yönelik tutumlarını erken dönemde fark edip, uygun danışmanlıkla olumsuz tutumlarını değiştirme ve kendi ölüm kaygısıyla etkili başetme fırsatını bulacaktır.
- Hastaların kardiyopulmoner canlandırma yapmama (DNR) hakkının düzenlenmesi gerekmektedir.
- Etik problemlerin çözümü için kurum politikalarının geliştirilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi önerilmektedir.
- Sorunların tespiti ve farkındalığın oluşması için benzer çalışmaların farklı birimlerde çalışan sağlık personeline ve daha geniş evren ve örneklem ile yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Ağaçdiken, S., Aydoğan, A. (2017). Hemşirelerde Empatik Beceri ve Etik Duyarlılık İlişkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (2), 122-129.
- Akçiçek, F., Akbulut, F., Fadiloğlu, Ç.Z.(2013). Palyatif Bakım; Evde ve Hastanede Çalıştay Raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları.
- Aksu, T., Akyol, A. (2011). İzmir'deki Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 19 (1), 16-24.
- Arda B. (2004). Etiğe Kavramsal Giriş ve Temel Yaklaşımlar. Eds.: Arda B, Kahya E, Başağaç Tamay G. Bilim Etiği ve Bilim Tarihi. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 21-36
- Arslan, S., Taylan, S., Gözüyeşil, E. (2017). Hemşirelerin Çalışma Ortamı Yaşam Kaliteleri ve Etik Duyarlılıkları. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2 (2), 21-26.
- Aslaner, M.A.(2014). Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Ankara. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. M. Mahir Özmen).
- Aydın İ.(2006). Eğitim ve Öğretimde Etik. 2. baskı, Ankara, Pegem yayıncılık, 13-30.
- Aydoğan, A., Ceyhan,Ö. (2019). Acilde Çalışan Sağlık Personelinin Etik Duyarlılıkları. ACU Sağlık Bil Derg, 10 (2), 182-189, <https://doi.org/10.31067/0.2018.73>
- Aydoğan, F.,Uygun, K. (2011). Kansere Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim, 24, 4-9.

- Bag, B. (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27 (3), 142-149, doi: 10.5505/tjoncol.2012.687.
- Bahçecioğlu Turan, G., Türben Polat, H., Mankan, T. (2017). İntörn Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(2), 54-60.
- Barclay, S., Wyatt, P., Shore, S., Finlay, I., Grande, G., Todd, C. (2003). Caring For The Dying: How Well Prepared Are General Practitioners? A Questionnaire Study İn Wales. *Palliat Med*, 17 (1), 27-39.
- Brown, E. A., Chambers, E.J., Eggeling, C. (2008). Palliative care in nephrology. *Nephrol. Dial Transplant*, 23 (3), 789-791.
- Barutçu, E. ve Serinkan, C. (2008). Günümüzün Önemli Sorunlarından Olan Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma. *Ege Akademik Bakış*, 8 (2), 541–561.
- Başak, T., Uzun, Ş., Arslan, F. (2010). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52 (2), 76–81.
- Benli, A.R., Erbesler, Z.A. (2016). Türkiye’de Palyatif Bakımda Uygulama ve Anlayış Farklılıkları. *Türk Aile Hek Derg*, 20 (1), 5-6, doi: 10.15511/tahd.15.21605.
- Basol, N. (2015). The Integration of Palliative Care into the Emergency Department. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 15 (2), 100-107.
- Başol, N., Rinnert, S. (2015). Amerika’da Acil Servis Hekimlerine Palyatif Bakım Üzerine Uygulanan Bir Anket Çalışması. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 7 (2), 100-104.

- Başol, N., Çelenk, Y., Okan, İ. (2015). Thoughts of Emergency Physicians about Palliative Care: Evaluation of Awareness. *The Journal Of Academic Emergency Medicine*, 14 (2), 75-78, doi:10.5152/jaem.2015.32767.
- Basol N., Çeltek,N., Alatlı, T., Koç,İ., & Süren,M. (2015). Evaluation Of Terminal-Stage Cancer Patients Needing Palliative Care İn The Emergency Department. *The Journal Of Academic Emergency Medicine*, 14, 12-15.
- Bingley, A., Clark, D. (2008). Palliative Care İn The Region Represented By The Middle East Cancer Consortium (Mecc): A Review And Comparative Analysis. National Cancer Institute. Nih Pub. No. 07-6230. Bethesda, Md)
[Http://Mecc.Cancer.Gov/Publications.Html](http://Mecc.Cancer.Gov/Publications.Html) Erişim Tarihi: 10.Ekim.2017
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mohamadi, E., Ghasemi, E., & Hoseinabad Farahani, M.J. (2015). Moral Sensitivity And Moral Distress İn Iranian Critical Care Nurses. *Nursing Ethics*, 29, 1-9.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A Simple Method For The Assessment Of Palliative Care Patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6-9.
- Cassileth, B.R. (2012). Palliative Care: Progress, Needs, and Challenges, Cassileth *Israel Journal Of Health Policy Research*, 1:10, Doi:10.1186/2045-4015-1-10.
- Carron, A.T., Lynn, J., Keaney, P. (1999). End-Of-Life Care in Medical Textbooks. *Annals Of Int Med*, 130(1), 82-86.
- Centeno, C., Clark, D., Lynch, T., Racafort, J., Prail, D., De Lima, L., Greenwood, A., Flores, L.A., Brasch, S., & Giordano, A.(2007). EAPC Task Force. Facts and

indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC Task Force. *Palliat Med.*,21(6), 463-71.

Cherie, A., Mekonen, A. H., & Shimelse, T. (2005). Introduction To Professional Nursing And Ethics. In *Ethico-Legal Aspect of Nursing*, 62-81. Erişim: 02.12.2016.

http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_3922_0.pdf

Cherlin, E., Schulman, G. D., Mccorkle, R., Johnson, H. R., & Bradley, E. (2004). Family Perceptions Of Clinicians' Outstanding Practices In End-Of-Life Care. *Journal Of Palliative Care*, 20 (2), 113-116.

Cingil, A. (2007). Hastane Öncesi Acil Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Adli Olgulara Yaklaşımları. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Cowell, D.D., Farrell, C., Campbell, N.A., & Canady, B.E. (2002). Management of terminal illness: a medical school-hospice partnership model to teach medical students about end-of-life care. *Acad Psychiatry*, 26 (2), 76-81.

Çakıcı, N. I. (2010). Hekim ve Hemşirelerin Kanserli Çocuklara Yönelik Palyatif Bakım Uygulamaları. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Çingöl, N., Karakaş, M., Zengin, S., Çelebi, E. (2018) İntörn Hemşirelerin Problem Çözme Algıları ve Ahlaki Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 14: 1-23, doi: 10.17371/UHD.2018.3.8.

Çolak, D., Özyılkan, Ö. (2006). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Int M Sci*, 2 (10), 1-9.

- Dalcalı B.K, Şendir, M. (2016). Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik Duyarlılıkları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 24 (1), 1-9. Demir, M. (2016). Palyatif Bakım Etiği. Yoğun Bakım Dergisi, 7, 62-66.
- Derogatis, L. R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., Carnicke, C.L. (1983). The Prevalence Of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. JAMA, 249 (6), 751-757, Doi:10.1001/jama.1983.03330300035030
- Dikmen, Y.(2013). Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2 (1), 1-7.
- Durmaz Akyol, A.(2013). Son Dönem Böbrek Yetmezliği (Sdby) Olan Hastada Palyatif Bakım. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2(1), 31-41.
- Eaton, A.P. (1993). Financing Care For Children With Cancer. Cancer Supplement, 71(10), 3265-3268.
- Ekşi, A.(2010). Kamu Hizmetinden Yararlanma Hakkı Çerçevesinde Acil Çağrı Merkezlerinin Yönetimi. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.
- Elçigil, A. (2006). Pediatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (4),75-81.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi, 54 (4), 329-334, doi:10.5455/gulhane.30582.
- Elçioğlu, Ö.(2003). Tıp Etiği İlkeleri. Eds.: Erdemir Demirhan A, Öncel Ö, Aksoy Ş.Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul, Nobel Kitabevi, 26–38.

- Enes, S.P.D., Vries, K. (2004). A Survey of Et Hicalissu Es Experi En Ced By Nur Ses Caring For Ter Minally İll El Derly People. *Nurs Ethics*, 11(1), 150-164, doi.org/10.1191%2F0969733004ne680oa.
- Ergünay, O., Gülkan, P., Güler, H. (2008). Afet Yönetimi ile İlgili Terimler. Kadioğlu M. Özdamar E. Afet Zararlarını Azaltmanın Temel İlkeleri. 1. Baskı, Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Japonya Uluslararası İşbirliği Ajansı (JICA).
- Ertuğ, N., Aktaş, D., Faydali, S., Yalçın, O. (2014). Ethical Sensitivity and Related Factors of Nurses Working in The Hospital Settings. *Acta Bioethica*, 20 (2), 265-270.
- Ertürk, A. (2001). İleri Evre Akciğer Kanserlerinde Palyatif Tedavi Yaklaşımları; Semptomların Kontrolü. *Solunum*, 3 (2), 187.
- Fırat, B., Karataş, G., Barut, A., Metin, G., Sarı, D. (2017). Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10 (4), 229-235, <http://www.deuhyoedergi.org>
- Ferrell, B.R. (1998) How Can We İmprove Care At The End Of Life?. *Nursing Management*, 29 (9), 41-43.
- Ferrell, B. R., Grant, M. (2001). Nurses Cannot Practice What They Do Not Know. *Journal Of Professional Nursing*, 17(2), 107–108.
- Ferris, F.D., Go´mez Batiste, X., Furst, C.J., Connor S. (2007). Implementing Quality Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*, 33 (5), 533-541.
- Filizöz, B., Mesci, G., Aşcı, A., Bağcıvan, E. (2015). Hemşirelerde Etik Duyarlılık: Sivas İli Merkez Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma. *İş Ahlakı Dergisi*, 8 (1), 47-66.

- Fry, S. T., Veatch, R. M., Taylor, C. (2010). Case Studies in Nursing Ethics. Jones Bartlett Learning, Washington.
- Georges, J.J., Grypdonck, M., De Casterle B.D. (2002). Being A Palliative Care Nurse In An Academic Hospital: A Qualitative Study About Nurses' Perceptions Of Palliative Care Nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 785-793.
- Germain, M.J., Cohen, L.M., Davison, S.N. (2007). Withholding and withdrawal from dialysis: what we know about how our patients die. *Seminars in Dialysis*, 20 (3), 195-199.
- Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, A. M. (2010). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1, 1-6.
- Haras, M.S. (2008). Planning For A Good Death: A Neglected But Essential Part Of ESRD Care. *Nephrology Nursing Journal*, 35 (5), 451-483.
- Hjermstad M.J., Kolflaath, J., Løkken, A.O., Hanssen, S.B., Normann, A.P., Aass, N.(2013). Are Emergency Admissions In Palliative Cancer Care Always Necessary? Results From A Descriptive Study. *BMJ Open*, 3 (5).
- Hopkinson, J. B., Hallet, C. E., Luker, K. A. (2003). Caring For Dying People In Hospital. *Journal Advanced Nursing*, 44 (5), 525-533.
- <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/hemsirelik-yonetmeligi.aspx>. Erişim Tarihi: 22. 02. 2019.
- Imani Elzadi, A., Khademi, Z., Asadi Noughabi, F.F., Hajizadeh, N., Naghizadeh, F. (2013). The Correlation Of Moral Sensitivity Of Critical Care Nurses With Their Caring Behavior. *Iranian Journal Of Medical Sciences*, 6 (2), 43-56.

- İnci, F., Öz,F. (2012). Palyatif Bakım ve Ölüm Kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4 (2), 178-187, doi:10.5455/cap.20120411.
- Jones, I., Kirby, A., Ormiston, P., ve ark., (2004). The Needs Of Patients Dying Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease İn The Community. *Fam Pract*, 21: 310–313.
- Kaasa, S., Hjerstad M.J., Loge J.H.(2006). Methodological and structural challenges in palliative care research: how have we fared in the last decades? *Palliat Med*, 20 (8), 727-734. Review.
- Kabalak A.A. (2014). Türkiye’de Palyatif Bakım; Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22 (3), 121-123.
- Kabalak,A.A., Öztürk,H., Çağıl, H. (2013). Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. *Yoğun Bakım Dergisi*, 11 (2), 56-70.
- Kabalak, A.A., Öztürk H., Erdem, A.T., ve Akın, S. (2012). S.B. Ulus Devlet Hastanesi’nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2 (2), 122-126.
- Kadıoğlu, F., Kadıoğlu, S.(2001). Klinik Uygulamalarda Etik Karar Verme Süreci *Klinik Etik*. Eds.: Erdemir Demirhan A, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. Nobel Kitabevleri, 44–63
- Kadıoğlu, S. (2007). Etik Etik Dedikleri, III. Koloproktoloji- Stomaterapi Sempozyum Özet Kitabı, 12–14 Nisan. Adana. Adana Ostomi Derneği, Türk Tabipler Birliği, Çukurova Üniversitesi, Cleveland Clinic katkılı yayın, 86–88.

- Kahriman, İ., Yeşilçiçek Çalık , K. (2017). Klinik Hemşirelerin Etik Duyarlılığı.
Gümüşhane
Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (3), 111-121.
- Karadağlı, F.(2016). Profesyonel Hemşirelikte Etik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Dergisi, 6 (3), 197-200.
- Karadeniz, G.(2011). Son Dönem Böbrek Yetmezliği Olan Hastanın Palyatif Bakımı.
Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 8(1), 6-10.
- Kebudi R.(2006). Terminal Dönemde Kanserli Çocuk ve Ailesine Yaklaşım. Türk
Onkoloji Dergisi, 1, 37-41.
- Keskin, G., Yıldırım, G. A. (2006). Hemşirelerin Kişisel Değerlerinin ve İş
Doyumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,
22 (1), 119-133.
- Koç, Z., Sağlam, Z. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım ve Ölüm
Durumuna İlişkin Duygu ve Görüşlerinin Belirlenmesi. C. U Hemşirelik
Yüksekokulu Dergisi, 12 (1).
- Koku,F.,Ateş M. (2016). Terminal Dönem Hasta Bakımının Niteliğini Geliştirmede
Hemşirelerin Ölüme İlişkin Deneyim ve Tutumları. Sağlık ve Hemşirelik
Yönetimi Dergisi, 2 (3), 99-104.
- Köktürk Dalcalı, B., Şendir, M. (2016). Hemşirelerin Kişisel Değerleri ile Etik
Duyarlılıkları
Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 24 (1), 1-9.

- Kuğulu S. (2004). Acil Bakım. Şelimen D, Kuğulu S, Aslan F E, Olgun N, Acil Bakım. 3. Baskı, İstanbul: Yüce Yayım, 3–21.
- Lagman, R., Walsh, D. (2005). Integration Of Palliative Medicine Into Comprehensive Cancer Care. *Semin Oncol*, 32, 134-138.
- Leary, L.A.(1997). Qualitative Analysis Of Student' Perception Of Changes İn Death Anxiety And Death Competency İn The Context Of a death education course (Doctoral thesis) . Virginia, George Mason University.
- Lynch, M., Dahlin, C., Coakley, E., Hultman, T. (2011). Palliative Care Nursing: Defining The Discipline?. *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 13 (2), 106-111.
- Lutzen, K., Evertzon, M., Nordin, C.(1997). Moral sensitivity in psychiatric practice. *Nursing Ethics*, 4(6),472-482.
- Lutzen, K., Johansson, A., Nordström, G. (2000). Moral Sensitivity: Some Differences Between Nurses And Physicians. *Nursing Ethics*, 7, 520–530.
- Madenoglu Kıvanç, M. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Journal of Health Science and Profession-HSP*,4 (2), 132-135.
- Mallory, J.L.(2003). The Impact Of A Palliative Care Educational Component On Attitudes Toward Care Of The Dying İn Undergraduate Nursing Students. *J Prof Nurs*, 19, 305-312.
- Mcclement, S., Care, D., Dean, R.(2005). Evaluation Of Education İn Palliative Care: Determining The Effects On Nurses' Knowledge And Attitudes. *J Palliat Care*, 21 (1), 44-48.

- McNamara B.A., Rosenwax, L.K., Murray, K., Currow, D.C.(2013). Early Admission To Community-Based Palliative Care Reduces Use Of Emergency Departments In The Ninety Days Before Death. *J Palliat Med*, 16(7), 774-779, Doi: 10.1089/Jpm.2012.0403.
- Mok, E., Lee, W. M., Wong, F. K. (2002). The Issue Of Death And Dying: Employing Problem-Based Learning In Nursing Education. *Nurse Education Today*, 22 (4), 319-329.
- Nauck, F., Alt-Epping, B. (2008). Crises In Palliative Care--A Comprehensive approach. *Lancet Oncol*, 9 (11), 1086-1091.
- Oktay C. İkinci Basamak Sağlık Kurumlarının (Hastanelerin) Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin Görev Tanımları. aciltip@ttnet.net.tr.<http://www.tatd.org.tr>
Erişim Tarihi: 08. 02. 2018.
- Ongun,F. (2008). Byrd'ın Hemşirelere Yönelik Etik Duyarlılık Testi'nin Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir. (Danışman: Prof. Dr. Leyla Khorshid)
- Özaltın, G. (1996). Ölümçül hastaya yaklaşım. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 4 (Ek 3), 40-42.
- Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Karabulut, B., ve ark.(2014). Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine Dayalı Multidispliner Bakım Protokolü. *Ağrı Dergisi*, 26 (2), 47-56.
- Özgüroğlu, M . (2004).Terminal Dönemdeki Kanser Hastasına Yaklaşım: Hospice Ve Palyatif Bakım. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Klinik Gelişim,17, 1-2.

- Öz, F.(2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar: Kayıp, Ölüm Ve Yas Süreci. Ankara, İmaj İç Ve Dış Ticaret Anonim Sirketi, 276-318.
- Özkan,S. (2011) .Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOA) Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. Selçuk Tıp Derg, 28 (1), 69-74.
- Öztürk, H., Hindistan, S., Kasım, S., Candaş, B. (2009). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 13 (2), 77-84.
- Paice, J.A., Ferrell, B.R., Coyle, N., Coyne, P. ve Callaway, M. (2008). Global Efforts To Improve Palliative Care: The International End-Of- Life Nursing Education Consortium Training Programme. Journal of Advanced Nursing, 61 (2), 173–180.
- Park, M., Kjervik, D., Crandell, J., Oerman, M.H. (2012). The Relationship Of Ethics Education To Moral Sensitivity and Moral Reasoning Skills Of Nursing Students. Nursing Ethics,19 (4), 568-580.
- Parker, F. (2007). Ethics Column: The Power Of One". *OJIN: Online Journal Of Issues In Nursing*, 13 (1).
- Paslı Gürdoğan, E., Aksoy, B., Kınıcı, E. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri Ve Mesleki Değerler İle İlişkisi. Journal Of Health And Nursing Management, 5 (3), 147-154, Doi:10.5222/SHYD.2018.147.
- Pavlish, C., Ceronsky, L. (2007). Oncology Nurses' Perceptions About Palliative Care.*Oncol Nurs Forum*, 34 (4), 793-800.
- Pehlivan, İ. (2002). Yönetmel, Mesleki Ve Örgütsel Etik (2. Basım). Ankara: Pegem.

- Pekcan, H. S. (2007). Yalova İli Ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin Ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Türkiye.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., McDermott, F., ... & Shimoinaba, K. (2013) Emergency And Palliative Care Nurses' levels Of Anxiety About Death and Coping With Death: A Questionnaire Survey. Australasian Emergency Nursing Journal, 16, 152—159.
- Radbruch L, Nauck F, Ostgathe C, Elsner F, Bausewein C, Fuchs M., (2003) What Are The Problems In Palliative Care? Results From A Representative Survey. Support Care Cancer, 11, 442-451.
- Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28-A; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046 Erişim Tar; 10.03.2016.
- Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28-b; 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046 Erişim tar; 10.03.2016.
- Resmi Gazete. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. 11.05.2000. Resmi Gazete Sayısı: 24046 Erişim tar; 10.03.2016.
- Rivera, H. R. (2009). Depression Symptoms In Cancer Caregivers. Clinical Journal Of Oncology Nursing, 13 (2), 195-202.
- Roman EM, Sorribes E, Ezquerro O. (2001). Nurses' Attitudes To Terminally İll Patients. J Adv Nurs, 34, 338-345.
- Rushton, C.H. (2006). What Role Can Nurses Play In Improving The Care Of The Dying?. Retrieved 10 July 2006 From [Http://Www. Thirteen. Org/Bid/Es-Nurses.html](http://www.thirteen.org/Bid/Es-Nurses.html)

- Sabuncu N, Gülseven B, Karabacak Ü. (1999). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Stres Kaynaklarının Belirlenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 3,10-14.
- Sandra, M.N., Vaughn, C., Ewan, H. (2001). *The Lipincott Manual Of Nursing Practice*, Stead L (Ed): Palliative Care. Philadelphia, Newyork, 161.
- Sasso, L., Stievano, A., Gonzales, J.M., Rocco G. (2008). Code of ethics and conduct for European nursing. *Nursing Ethics*, 15(4), 821-837.
- Sayın Kasar,K., Yıldırım,Y. (2017). İleri Demans Hastalarında Palyatif Bakım. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 9 (2), 164-170, doi: 10.5336/nurses.2016-52492.
- Schrijvers, D, Fraeyenhove, F. (2010). Emergencies in palliative care. *Cancer J*, 16, 514-520.
- Shamoo, A. E., & Resnik, D. B. (2009). *Responsible conduct of research* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Shearer, F. M.,Rogers,L. R., Monterosso, L., Ross-Adje,G.ve Roger, R. J., (2014). Understanding Emergency Department Staff Needs And Perceptions In The Provision Of Palliative Care. *Emergency Medicine Australasia*, 26, 249–255, doi: 10.1111/1742-6723.12215
- Sherman D. W., Matzo M. L., Coyne P., Ferrell B.R., Penn B. K. (2004). Teaching Symptom Management In End-Of-Life Care: The Didactic Content And Teaching Strategies Based On The End-Of-Life Nursing Education Curriculum.*Journal Of Nurses İn Staff Development*, 20 (3), 116–107
- Shin, S.H., Hui, D., Chisholm, G.B., Kwon, J.H., San Miguel M.T., Allo, J.A. (2014). Characteristics and outcomes of patients admitted to the acute palliative care unit from the emergency center. *J Pain Symptom Manage*, 47, 1028-1034.

- Simkiss, D. (2003). Palliative Care For Children. *Journal of Tropical Pediatrics*. 49, 324-326.
- Sucaklı, M.H. (2013). Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 7 (3), 52-57. doi:10.5455/tjfmpe.41049
- Süren, M., Doğru, S., Önder, Y., Yıldız Çeltek, N., Okan, İ., Çıtıl, R., Karaman, S., Ve Başol, N., (2015), “The Evaluation Of The Symptom Clusters İn Patients With The Diagnosis Of Terminal Stage Cancer” *Clinical Trials* , 27 (1), 12-17
- Şahan Uslu,F., Terzioğlu,F. (2015). Dünyada Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4 (2), 81-90.
- Taze S.(2008). Acil Servis ve Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, . Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Tez Danışmanı; Prof.Dr. Necmiye Sabuncu)
- Tazegün, A., Çelebioğlu, A. (2016) Çocuk Hemşirelerinin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 6 (2), 97-102.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., ... & Billings, J. A. (2010). Early Palliative Care For Patients With Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 363 (8), 733-742.
- Temiz, Z., Öztürk, D., Ünver, S., Tohumat Ş.G., Akyolcu, N., Kanan, N., Nur, F. (2017). Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (2), 83-89.

- Teunissen SC, de Graeff A, de Haes HC, Voest EE.(2006) Prognostic significance of symptoms of hospitalised advanced cancer patients. Eur J Cancer, 42, 2510-2516.
- Tosun, H. (2005). Sağlık Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İnkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Turgay,G. (2010). Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Başkent Üniversitesi. (Danışman: Doç. Dr. Sultan Kav).
- Turgay, G., Kav,S.(2012). Turkish Healthcare Professionals' Views on Palliative Care.Journal of Palliative Care; 28 (4), 267-273.
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>. Erişim Tarihi: 26.05.2016
- Türk,Ü., Alp,R. (2001). Ölüm Öncesi Hasta Bakımı. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, Cilt:12, 116-119.
- Uçar, H. (1997). Hemşirelik Esasları El Kitabı: Ölüm Kavramı Ve Ölümcül Hastada Hemşirelik Bakımı. M Atalay (Eds.), İstanbul, Birlik Ofset Ltd Sti., 195-201.
- Uslu, F. (2013).Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara. (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Füsun Terzioğlu).

- Uz, Ç. (2008). ATT ve Paramedik nedir? Acil Hekimliğinde Paramediklerin Rolü. Akpınar E, Kekeç Z, Sebe A. Her Yönüyle Acil Tıp. Serdar Yayınevi: Ç.Ü. Tıp Fakültesi Mezunları Derneği, 211-216.
- Ülger, Z., Cankurtaran, M.(2006). Yoğun Bakımda Yaşlı Hasta. Yoğun Bakım Dergisi, 6 (2), 94-100.
- Üstün, T., Ustael K. (2001). Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri. Sayek İ, Bilir N. Ambulans Hekimliği El Kitabı. 1. Baskı, Ankara:Güneş Kitabevi, 1–22.
- Vatansever, K.(2001). Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu, Afetlerde Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Müdürlüğü, Ankara:Takav Matbaacılık.
- Yılmaz, E., Vermişli,S. (2005). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne Ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(2), 41-46.
- Yenal, S. (2009). Paramediklerin Görev Yetki ve Sorumlulukları. Sarıkaya S, Özel G. Topaçoğlu H. Yenal S. Atilla R. Karcıoğlu Ö. Alanda Acil Bakım.
- Yürüyen, M., Tevetoğlu, I.Ö., Tekmen, Y., Polat, Ö., Arslan, İ., Okuturlar, Y.(2018). Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. Konuralp Tıp Dergisi, 10(1), 74-80.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A.(2006). Adult Palliative Care Guidance South West London, 2nd Edition.
- WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/en/Erişim>
Tarihi: 30.03.2016.

EKLER

Ek 1. Anketler

Anket No

Tarih No

Çalıştığınız Kurum

ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİ VE BİLGİ DÜZEYLERİ

I. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

-Yaşınız:

- Cinsiyet : Kadın Erkek

-Mezun olduğunuz okul

Lise

Önlisans

Lisans

Yüksek lisans

Doktora

- Meslekte Çalışma yılınız:

- Mesleğiniz:

II. EĞİTİM-BİLGİ DURUMU

1. Palyatif bakım konusunda bilgi aldınız mı ?

EVET

HAYIR (4. Soruyu geçiniz)

2. Bu bilgiyi nereden aldınız ? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Üniversite eğitim sırasında

Kitap ve dergilerden

Hizmet içi eğitimlerden

Kongre ve seminerler

İnternet

Diğer.....

3. Palyatif bakım ile ilgili aldığınız bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

EVET

HAYIR

KISMEN

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

EVET (Lütfen içeriğini ve süresini yazınız?)

.....
.....

HAYIR

5. Palyatif bakım ifadesinden ne anlıyorsunuz.? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

Yaşam sonu bakımı

Acının hafifletilmesi ve semptom kontrolü

Ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılması

Hasta ve ailesi ile bir bütün olarak ilgilenmesi

	Kesinlikle katılıyor m	katılıyor m	Kararsız m	Katılmıyor m	Kesinlikle katılmıyor m
✓ Hasta ölümlerinden dolayı kaygı hissederim.					
✓ Her ne pahasına olursa olsun ölüm düşüncelerinden kaçınırım.					
✓ Ölüm konusu ile ilgimin olmamasına çalışırım.					
✓ Her zaman ölümü düşünmemeye çalışırım.					
✓ Ölmekte olan bir hastanın bakımını yaparken rahatsızlık duyarım.					
✓ Hastaların yapılan tıbbi müdahalelerinin derecesini kendilerinin belirlemeye hakları vardır.					
✓ Ağrı kesici ilaçlar ölümcül hastalara gerektiği ölçüde verilmelidir.					
✓ Etkili ağrı kesicinin kullanılması kişinin nefes almasını engelleyebilir.					
✓ Acının tam olarak giderilmesi acı kanser gibi ölümcül durumdan kaynaklanmıyorsa makul bir hedeftir.					
✓ Hasta için kardiopulmoner canlandırma yapmama hakkı olmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.					
✓ Palyatif bakım hastalarına canlandırma yapılması uygun değildir.					

	Kesinlikle katılıyorum	katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
➤ Palyatif bakım ekibine doktor başkanlık eder.					
➤ Palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olmalıdır.					
➤ Palyatif bakım sadece ağrı kontrolü içerir.					
➤ Hastaneler ölmek için güzel bir yer değildir.					
➤ Ölmekte olan hastalar darülacezeye veya akut bakıma sevk edilmelidir.					
➤ Palyatif bakım hastalarıyla ilgilenmek için ayrı bir eğitim gereklidir.					
➤ Palyatif bakım ile ilgilenen hemşirelerin ayrı bir ekip olması gereklidir.					

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ

Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakım sırasında karşılaşılan durumlarda etik kararlar vermekle ilgilidir. Her ifade 1 ile 7 arasında değerlendirilmektedir.

LÜTFEN BU İFADELERE NE ÖLÇÜDE KATILIP KATILMADIĞINIZI UYGUN GÖRDÜĞÜNÜZ SAYIYI DAİRE İÇİNE ALARAK BELİRTİNİZ

1. Hemşire/hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

2. Hastalarımda bir iyileşme göremezsem, işimin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

3. Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

4. Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman , hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

5. Hastanın güvenini kaybedersem hemşire/hekim olarak işimin anlamını yitirdiğimi düşünürüm.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

6.Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda , hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

7.İyi bir bakımın hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

8.Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

9.Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşıyorum.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

10.Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

11.Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarda sıklıkla karşılaşırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

12.Hastanın kişisel geçmişi ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

13.Bakım-tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

14.Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

15.Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

16.Çoğu kez iyi bakım/tedavin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire-hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

18. Doğru karar verip vermediğime her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

19. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

20. Etik açıdan doğru yada yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

21. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/ tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kurallarımın olması önemlidir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

22. İyi bir bakım/ tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

23. Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarda sıklıkla karşılaşırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

24.Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

25.Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

26.Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmaya yönlendirmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

27.Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

28.Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

29.Bir hemşire/hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum

30.Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile meslek rolümü anlamlı bulurum.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Tamamen katılıyorum

Hiç katılmıyorum



Ek.2. GOP Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Etik Onay

**T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 83116987 - 939
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 01.08.2017
Toplantı No : 2017/11
Proje No : 17-KAEK-104

14.08.2017

Sayın, Doç.Dr. Nurşah BAŞOL

Etik Kurulumuzun 01.08.2017 tarihli toplantısında görüşülen 17-KAEK-104 numaralı **“Acil Servis Çalışanlarının Ahlaki Duyarlılığı ile Palyatif Bakım Hakkındaki Düşünceleri ve Bilgi Düzeyleri”** başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Resul YILMAZ
Başkan



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı-Soyadı: Medine DEMİRGİL

Doğum tarihi ve yeri: 1987/SİVAS

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi: medine_4308@hotmail.com

Eğitim Durumu

2007-2011 Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

2015-2019 Tokat GOP Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği

Yüksek Lisans

Mesleki Deneyim

2011-2012 Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım

2012-2017 Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis

2019- Sivas Numune Hastanesi Kardiyoloji Bölümü

Katıldığı Programlar ve Aldığı Belgeler

2014 Aile Danışmanlığı Sertifikası