T.C
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

TERMİNAL DÖNEM HASTALARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Nevval DEMİR
ORCHID:0000-0002-2237-2978
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Yasemin TOKEM

2022-İZMİR

T.C
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

TERMİNAL DÖNEM HASTALARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Nevval DEMİR
ORCHID:0000-0002-2237-2978
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Yasemin TOKEM

2022-İZMİR

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 28 / 07 / 2022

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yasemin TOKEM .....
(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye : Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM .....

(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

Üye : Prof. Dr. Medine YILMAZ .....

(İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

ONAY : Bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hatice YILDIRIM SARI

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

28/07/2022

Nevval DEMİR

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Yasemin TOKEM danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

28/07/2022

Nevval DEMİR

TEŞEKKÜRLER

Tez çalışmam boyunca benden ilgi, anlayış ve bilgilerini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Yasemin TOKEM'e,

Araştırmaya katılmayı kabul ederek, destek sağlayan tüm meslektaşlarıma,

Maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olduklarını bildiğim aileme,

Bu zorlu süreçte benden desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olup beni cesaretlendiren Büşra DALFİDAN ve Gülten SAVCI arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Nevval DEMİR

ÖZET

TERMİNAL DÖNEM HASTALARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Giriş-Amaç: Yaşam sonu hastası olarak kabul edilen terminal dönem hastalarının bakımında, hastaların duygusal ve fiziksel gereksinimlerini karşılayabilmek için sağlık çalışanlarının gerekli bilgi, beceri ve anlayışa sahip olmaları gereklidir. Tanımlayıcı ve ilişkisel olarak planlanan çalışmanın amacı ise yaşam sonu bakımın verildiği birimlerde çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Gereç-Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım birimi, dahiliye yoğun bakım birimi, palyatif bakım kliniği, Hatay Ek Bina palyatif bakım servisi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım birimi ile Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ve 3. basamak anesteziyoloji yoğun bakım, anestezi palyatif servis ve palyatif servis birimlerinde çalışan hemşireler (n:159) araştırmanın evrenini oluştururken, dahil olma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler (n:146) çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplamak amaçlı hemşirelerin sosyo-demografik bilgilerinin toplandığı "Kişisel Bilgi Formu", ''Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği'' kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlar Ölçeği toplam ölçek puan ortalaması 50,89±8,13, tutum alt boyut puan ortalaması 33,17±4,87, davranışları alt boyutunun ortalaması 17,72±4,95 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin yaş, mesleki deneyim süresi ve yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ile YSBYTDÖ ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$); cinsiyet, eğitim derecesi, palyatif bakım ya da yoğun bakım eğitimi ya da kursu almış olma, sertifika sahibi olma, kliniklerinde ölümle karşılaşma

sıklıkları ile YSBYTDÖ ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı (p>0,05); mesleki deneyim süresi arttıkça toplam ölçek puan ortalamasının arttığı; 7yıl ve üzeri mesleki deneyim için toplam ölçek puan ortalamasının 54,36±7,93 olduğu, Yoğun bakım/ Palyatif bakım deneyim süresinin artmasıyla toplam ölçek puan ortalamasının arttığı; 5 yıl ve üzeri deneyim için toplam ölçek puan ortalamasının 54,20±7,55 olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Yaşam sonu dönemde bulunan hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını yaş, mesleki deneyim süresi ve yoğun bakım ya da palyatif bakım birimlerinde çalışmış olma durumlarının etkilediği, cinsiyet, eğitim durumu, palyatif bakım hakkında eğitim alma durumu, eğitim alınan yer, palyatif bakımla ilgili bir kursa katılma durumu, palyatif bakım sertifikası olma durumu, yoğun bakımla ilgili bir kursa katılma durumu, yoğun bakım sertifikası olma durumu, çalışılan kurumda ölümle karşılaşma sıklığı değişkenlerinin yaşam sonu bakım tutum ve davranışları üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: terminal dönem, palyatif bakım, yaşam sonu dönem, hemşire davranışları

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE FACTORS AFFECTING THE ATTITUDE AND BEHAVIOR OF NURSES CAREING TO PATIENTS WITH TERMINAL PERIOD

Introduction-Aim: In the care of terminal patients, who are accepted as end-of-life patients, it is necessary for healthcare professionals to have the necessary knowledge, skills and understanding in order to meet the emotional and physical needs of the patients. The aim of this descriptive study is to examine the factors affecting the attitudes and behaviors of nurses working in the units where end-of-life care is given.

Materials-Methods: In this descriptive study, İzmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital anesthesiology and reanimation intensive care unit, internal medicine intensive care unit, palliative care clinic, Hatay Annex Building palliative care service, Ege University Faculty of Medicine anesthesiology and reanimation intensive care unit and Tepecik Educational Intensive Care Unit. and Research Hospital 2nd and 3rd level anesthesiology intensive care, anesthesia palliative service and palliative service units constituted the population of the research, while the nurses who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study formed the sample of the study. Data was collected with Personal Information Form and Attitude and Behaviors Scale for End-of-Life Care Nurses.

Results: The mean score of the Nurses' Attitudes and Behaviors towards End-of-Life Care Scale was 50.89±8.13, the mean of the attitude sub-dimension score was 33.17±4.87, and the mean of the behaviors sub-dimension was 17.72±4.95. It was found that there was a significant relationship between the age, professional experience and intensive care or palliative care experience period of the nurses and the mean scores of the YSBYTSS scale ($p<0.05$); there was no significant relationship between gender, education level, having received palliative care or intensive care training or course, having a certificate, encountering death in their clinics and mean scores of YSBYTSS ($p>0.05$); as the duration of professional experience increases, the total scale score average increases; ıt was found that the mean total scale score for 7 years or more of professional experience was

54.36±7.93. The mean total scale score increased with the increase in the duration of intensive care/palliative care experience; It was found that the total scale score average for 5 years or more of experience was 54.20±7.55.

Conclusion: The attitudes and behaviors of the nurses who care for patients in the end-of-life period towards end-of-life care are affected by age, professional experience and working in intensive care or palliative care units, gender, education level, education about palliative care, place of education, palliative care. It was found that the variables of participation in a course on care, having a palliative care certificate, participation in a course on intensive care, having an intensive care certificate, and the frequency of encountering death in the institution where they work did not have an effect on end-of-life care attitudes and behaviors.

Keywords: A terminal period, palliative care, end-of-life period, nurse behavior

İÇİNDEKİLER TABLOSU

KABUL VE ONAY SAYFASI.....i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI..... ii
ETİK BEYAN..... iii
TEŞEKKÜRLER.....iv
ÖZET.....vii
ABSTRACT.....ix
İÇİNDEKİLER TABLOSU.....xi
KISALTMALAR VE SİMGELER..... xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....xiv
TABLOLAR LİSTESİ.....xv
1. GİRİŞ.....**1**
1.1. Problemin Tanımı.....1
1.2. Araştırmanın Amacı.....2
1.3. Araştırma Soruları.....2
1.4. Araştırmanın Önemi.....2
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....3
2. GENEL BİLGİLER.....**4**
2.1. Ölüm.....4
2.2. Yaşam Sonu Dönem.....5
2.3. Yaşam Sonu Dönemdeki Hastanın Gereksinimleri.....7
2.4. Yaşam Sonu Dönemdeki Hastanın Ailesine Yaklaşım.....10
2.5. Palyatif ve Hospis Bakım.....12
2.6. Türkiye Palyatif Bakım.....17
2.7. Yaşam Sonu dönemdeki Hasta ve Ailesine Bakım Veren Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları.....20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....**24**
3.1. Araştırmanın Türü.....24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....24
3.4 Araştırmaya Dahil Olma/Dışlama Kriterleri.....25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....25

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....26
3.7. Veri Toplama Süreci. 26
3.8. Verilerin Analizi 27
3.9. Araştırmanın Etiği. 27
4. BULGULAR.....28
4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Bulguları……...28
4.2. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeğine Göre Dağılımları…….31
4.3. Hemşirelerin Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçek Puanlarının Yaşam Sonu Bakımı Etkileyen Faktörler ile Karşılaştırılması……...37
5. TARTIŞMA.....51
5.1.Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Mesleki Deneyimlerinin İncelenmesi……51
5.2.Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi…….53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 59
6.1.Sonuç……59
6.2.Öneriler……...61
KAYNAKLAR.....62
EKLER.....66
EK-1 Kişisel Bilgi Formu……...66
EK-2 Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği…….67
EK-3 Ölçek Kullanım İzni……..69
EK-4 Etik Kurul Onayı……...70
EK-5 Uygulama İzni 1……...71
EK-6 Uygulama İzni 2……...72
EK-7 Uygulama İzni 3……...73
ÖZGEÇMİŞ 74

KISALTMALAR VE SİMGELER

TDK	: Türk Dil Kurumu
AMA	: Amerikan Tıp Derneği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESAS	:Edmonton Symptom Assessment Scale
MSAS	**:**Memorial Symptom Assessment Scale
VAS	**:**Visual Analog Scale
YSBYTDÖ	:Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranış Ölçeği

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Ölümün İki Yolu…….6

Şekil 2: Eski Palyatif Bakım Modeli……..…….....13

Şekil 3: Yeni Palyatif Bakım Modeli……..13

Şekil 4: Manevi Destek Uzmanları ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları…….16

Şekil 5: PALLİA-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması…….18

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo1: Terminal Dönemdeki Hastalarda Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler..5

Tablo 2: Terminal Dönemdeki Hasta Hakları .....….10

Tablo 3: Palyatif Bakım Ekibi ….…….15

Tablo 4: Araştırmanın Takvimi…….24

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları……..28

Tablo 6. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları……29

Tablo 7. Hemşirelerin Palyatif Bakım Ya Da Yoğun Bakım Hakkında Eğitim Alma Durumları ve Eğitim Kaynaklarına ve Palyatif Bakımla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları……30

Tablo 8. Hemşirelerin Çalıştığı Kurumda Ölümle Karşılaşma Sıklığına Göre Dağılımları……..31

Tablo 9. YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamaları……..31

Tablo 10. Hemşirelerin YSBYTD Ölçeği' ne Verdikleri Yanıtlar İçin Tanımlayıcı İstatistikler……...32

Tablo 11. Hemşirelerin YSBYTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması……..37

Tablo 12. Hemşirelerin YSBYTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamasının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması…….38

Tablo 13. Hemşirelerin YSBYTDÖ Puan Ortalamalarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması……..38

Tablo 14. Hemşirelerin YSBYTDÖ Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları İle Karşılaştırılması……..39

Tablo 15. Hemşirelerin YSBYTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Mesleki Deneyim Süreleri İle Karşılaştırılması……40

Tablo 16. Hemşirelerin YSBYTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamasının Mesleki Deneyimleri İle Karşılaştırılması……41

Tablo 17. Hemşirelerin YSBYTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Yoğun Bakım / Palyatif Bakım Deneyim Süreleri İle Karşılaştırılması……..41

Tablo 18. Hemşirelerin YSBYTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamasının Yoğun Bakım / Palyatif Bakım Deneyim Süreleri İle Karşılaştırılması……42

Tablo 19. Hemşirelerin YSBYTDÖ Puan Ortalamalarının Palyatif Bakım Hakkında Eğitim Alma Durumları İle Karşılaştırılması……43

Tablo 20. Hemşirelerin YSBYTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Eğitim Aldıkları Kurumlar İle Karşılaştırılması……44

Tablo 21. Hemşirelerin YSBYTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamasının Eğitim Aldıkları Kurumlar İle Karşılaştırılması……45

Tablo 22. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Palyatif Bakımla İlgili Kursa Katılma Durumları İle Karşılaştırılması……..46

Tablo 23. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Palyatif Bakımla İlgili Sertifika Sahibi Olma Durumları İle Karşılaştırılması……...47

Tablo 24. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Yoğun Bakımla İlgili Kursa Katılma Durumları İle Karşılaştırılması……..48

Tablo 25. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Yoğun Bakım Sertifikası Sahibi Olma Durumları İle Karşılaştırılması……49

Tablo 26. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışılan Kurumda Ölümle Karşılaşma Sıklığı İle Karşılaştırılması……50

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Ölüm yaşayan bütün canlıların paylaştığı, hayatın son evresi olan evrensel bir olay olup, hayati görevlerin bir daha tekrarlanmamak üzere bittiği, kişilerin psikolojik ve fiziksel anlamdaki son evresidir ve ölmekte olan hasta terminal dönem hastası olarak adlandırılır (1).

Terminal dönem hastalarının çoğu daha iyi bakım alarak, daha kaliteli hizmet elde etmek amacıyla yaşamlarının son dönemlerini hastanelerde geçirmekteyken, palyatif tedavilerle kalan ömür uzatılmaya çalışılmaktadır (27).

Önceleri palyatif bakım ilerleyen ve tedavi edilemeyen hastalıklarda yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan bir bakım sistemi olarak tanımlanmaktaydı. Fakat Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2002 yılında palyatif bakım tanımını yenilemiş ve palyatif bakımı 'hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden bir sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım' olarak tanımlamıştır (10,14).

Palyatif tedaviler temelde hastada ağrı kontrolü ve acının giderilmesi, hasta ve ailesine fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi destek sağlanması, yaşam kalitesinin arttırılması, yas sürecinde de aile desteği ve terminal dönemde hasta bakımı ile rahat ve huzurlu bir ölümün sağlanmasını içermektedir (28).

Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin kişinin durumunu belirlemede yaptığı gözlemler çokça önem taşımaktadır. Hemşire, kişilerin tüm davranışlarını çok iyi değerlendirmeli, fizik muayene yöntemlerini uygun şekilde kullanabilmeli, tanı testleri ve laboratuvar verilerini çok iyi değerlendirip oluşan değişiklikleri sistemli bir şekilde kayıt altına almalıdır. Hastanın duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını giderebilmek için sağlık çalışanlarının; özellikle hemşirelerin gereken bilgi, beceri ve anlayışa sahip olmaları gereklidir (29,30).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; yaşam sonu bakımın verildiği birimlerde çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi ve hemşirelerin bu konudaki farkındalıklarının arttırılması amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1) Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ne düzeydedir?

2) Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?

1.4. Araştırmanın Önemi

Palyatif bakım; Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Farklı belirtilerin (kemik ağrısı, nöropatik ağrı, kusma, depresyon, nefes darlığı, kas spazmı, bilinç bulanıklığı vb.) tedavileri için kılavuzlar vardır. Amerika Tıp Birliği (American Medical Association) hekim ve hemşirelere yaşam sonu bakımı konusunda eğitim programları uygulamaktadır. Bu programlarda terminal dönemde görülen farklı belirtilerin kontrolü ile ilgili standartlar verilmektedir (23).

Avrupa Palyatif Bakım Birliği palyatif bakımda eğitim konusunda çalışmalar yapmakta ve bu konu ile ilgili kılavuzlar yayınlamaktadır. Palyatif Bakım Hemşireliği Eğitim Rehberi ve Tıp Eğitiminde Palyatif Bakım Eğitimi Geliştirme Rehberleri oluşturularak üniversitelerin palyatif bakım eğitimi hakkında üzerinde durması gereken konuları (palyatif bakım ve önemi, ağrı ve diğer belirtilerin yönetimi, psikososyal ve ruhsal bakım, palyatif bakımda etik ve hukuki konular, iletişim, ekip çalışması) belirlemiştir (31).

Ülkemizde yüksek öğretim kurumları ve hastanelerin ortaklığı ile hemşirelere yönelik palyatif bakım temalı eğitimler düzenlenmektedir fakat bu eğitimler klinik uygulama olanağı olmadan yalnızca teorik eğitimle kısıtlı kalmaktadır.

Bu nedenle Sağlık Bakanlığı'na Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörlüğü tarafından palyatif bakım hastasına bakım veren hemşirelere vazifelerinin gerektirdiği yeterlilikleri sağlayabilecek bilgi, beceri ve tutumlarının kazandırılması amacıyla teorik ve klinik eğitimi kapsayan "Palyatif Bakim Hemşireliği Sertifika Programı" önerilmiş ve bu öneri Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmiştir. (23)

Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi sonucunda yaşam sonu bakım tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler hakkında bilgi edinileceği, hemşirelere bu konuda verilen eğitim ve sertifika programlarının etkililiğinin değerlendirileceği, bu konudaki gereksinimlerin saptanacağı ve tutum değişikliği için çeşitli öneriler geliştirilerek bakıma yönelik davranış değişiklikleri sağlanabileceği öngörülebilir. Bu nedenle bu araştırma hemşirelerin bakım davranışlarını ve tutumlarını, bu tutum ve davranışlara neden olan etmenleri ve sonuçlar doğrultusunda geliştirilebilecek önerileri belirleme açısından önem taşımaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın yüksek lisans tez çalışması olması, Covit 19 pandemisi nedeniyle veri toplama süresinin uzun sürmesi ve çalışma zamanının kısıtlı olması araştırmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm

Ölüm; her zaman hayatla beraber incelenen bir kavramdır çünkü hayatın olmadığı yerde ölümün meydana gelmesi imkânsızdır. Yaşamın son aşaması olup korkutucu fakat kaçınılmaz bir durumdur. (3)

Ölüm; hayatın ayrılmaz bir parçasıdır ve kaçınılmaz bir biçimde insanoğlunun karşılaşacağı bir olaydır. İnsanlığın var oluşundan bu yana çok farklı biçimlerde tanımlanmıştır. (2) En basit tanımıyla kalp ve beyin fonksiyonlarının geri dönüşümsüz olarak durması sonucu bütün hayati işlevlerin son bulmasıdır. Amerikan Tıp Derneği (AMA) tarafından kabul edilen tanıma göre ise tüm dolaşım ve solunum faaliyetlerinin veya beynin bütün fonksiyonlarının tamamen son bulmasıdır (3).

Harvard Üniversitesi'nde kurulan bir kurulun yayınladığı rapora göre; beynin durması olarak kabul edilmiş ve aşağıda belirtilen bir dizi temel unsur olarak gösterilmiştir;

- Bilincin tam ve devamlı durması,
- Soluk alıp vermenin devamlı olarak kesilmesi,
- Dışarıdan gelen bütün uyaranlara karşı tüm tepki ve reflekslerin kaybolması,
- Bütün kaslarda gevşeme görülmesi,
- Vücut ısısının kaybolması,
- Beynin elektriksel işlevlerinin yok olması

Yapılan tüm tanımlardaki ortak nokta ise canlı organizmanın kendini yenileme yeteneğini kaybetmesi veya hayati organlardan bir veya birkaçının tamamen faaliyetlerini kaybetmesiyle hayatın son bulmasıdır (4).

Tüm bu tanımlar incelendiğinde belirtilen kriterler karşılandığı zaman meydana gelen durum ölüm olarak adlandırılır ve ölüm olayı gerçekleşmeden önce meydana gelen süreç ise yaşam sonu dönem veya terminal dönem olarak adlandırılan yeni bir tanımı ortaya çıkarmaktadır. (5)

Bilimsel gelişmelerin artması sonucu tıp alanında meydana gelen gelişmeler, kronik hastalık ve travma gibi sebeplerle ölüm sürecine girmiş olan hastaların yaşam sürelerinin uzatılmasına ve ölümün ertelenmesine imkân tanımaktadır. Beklenen ölümün ertelenmesi ile de yaşam sonu bakım, terminal dönem ve ölüm sürecinde olan hasta kavramları önem kazanmaktadır. (6)

2.2. Yaşam Sonu Dönem

Terminal dönem olarak da adlandırılan yaşam sonu dönem ölüm öncesi dönem olarak adlandırılır (7). Artan fiziki kısıtlanmalara rağmen bireyin yaşam kalitesini koruyup iyileştirmek amacıyla bütüncül bakımın verildiği ölüm öncesi dönemdir. (8) Terminal evredeki hasta ise, yaşamın son günlerinde olan, ölmek üzere olan hasta anlamına gelir (7).

Terminal dönem, ölmek üzere olan hastanın hayatındaki öenmli bir dönemdir. (2) Bu dönemde bireylerde çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelir ve hasta artık tedavinin mümkün olmadığını bilir.

Tablo 1: Terminal Dönemdeki Hastalarda Gelişen Fizyolojik Değişiklikler

Değişiklik	Belirtiler
Yorgunluk, güçsüzlük	Azalmış fonksiyon ve hijyen, yatakta hareket etmede yetersizlik
Kutanöz iskemi	Cilt sağlığının bozulması, yaralar, kemiksi çıkıntılar üzerinde kızarıklık
Beslenmede azalma, zayıflık	Anoreksiya, az beslenme, aspirasyon, asfiksi, kilo kaybı, kas ve yağ kaybı
Sıvı alımında azalma, dehidratasyon	Az sıvı alımı, aspirasyon, hipoalbüminemiden dolayı periferal ödem, dehidratasyon, kuru mukoz membran/konjektiva
Kardiyak disfonksiyon, renal yetmezlik	Taşikardi, periferal soğukluk, periferal ve santral siyanoz, ciltte lekeler, koyu renk idrar, oligüri, anüri
Nörolojik disfonksiyon	
Bilinç seviyesinde azalma	Uyuklamada artış, uyanmada zorluk, sözlü ya da dokunsal uyarılara cevapsızlık
İletişimde azalma	Kelimeleri bulmada zorluk, tek heceli kelimeler, kısa cümleler, gecikmiş ya da uygun olmayan cevaplar, verbal cevapsızlık
Terminel deliryum	Erken kognitif yetmezlik belirtileri, ajitasyon, huzursuzluk, anlamsız, tekrarlayan hareketler, inleme, sızlanma
Solunum disfonksiyonu	Solunum hızında değişiklik, tidal volümde azalma, anormal solunum düzeni (apne, Cheyne-Stokes solunum)
Yutma yeteneğinin kaybı	Disfaji, öksürme, oral ve trakeal sekresyon artışı
Sfinkter kontrol kaybı	İdrar ya da dışkı kaçırma, cilt maserasyonu, perineal kandiyazis
Ağrı	Yüz buruşturma, alın ve kaşlar arasında gerginlik
Gözlerini kapatma yeteneğinde kayıp	Gözkapağı kapanmaz

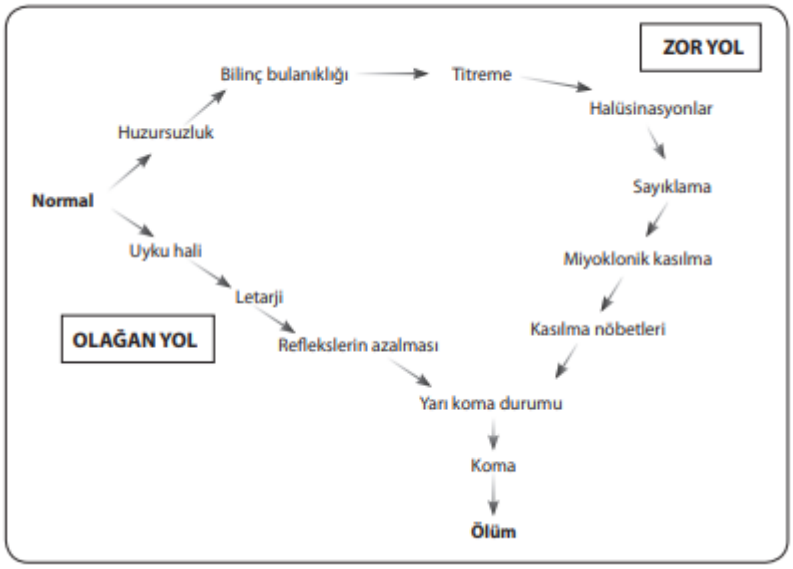
Kaynak: Çavdar İ.,(2011), Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı, Türk Onkoloji Dergisi,26(3):142-147)

Yaşamın son saatlerinde devamlı bakıma ihtiyacı olan bireylerde farklı fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır (Tablo 1). (9) Tablo 1'de görülen değişikliklerin yanı sıra hastaların yüz kasları gevşer, yanaklar gerginliğini kaybeder. Kansızlık ve kas tonüsünün kaybı sonucu Hipokrat yüz denen görüntü meydana gelir. Ölümle birlikte önce gözler sabitleşir, ışığa cevap alınamaz, konuşma zamanla zorlaşır en sonunda işitme yetisi yitirilir (3).

Kaslar giderek gevşer ve ölüm olayı yaşandıktan birkaç saat sonra çeneden başlayarak bedenin en alt kısımlarına kadar inen vücut sertleşmesi olarak adlandırılan Rigor Mortis meydana gelir. Hastanın solunumu yüzeysel bir hal alır ve apne nöbetleri ya da Cheyne-Stokes solunumu görülebilir. Doku perfüzyonunda azalmaya bağlı nabızda artış, tansiyonda düşme, periferal ve santral siyanoz ile beraber periferal soğuma görülür. Radial nabız giderek azalır ve ölümden sonra kanın çökmesi sonucu ciltte kırmızı ve mavi lekeler oluşur buna Postmortem Hypotasis denir (3).

Ölüm süreci ile birlikte nörolojik değişiklikler gerçekleşir. Bu nörolojik değişiklikler ölümün 2 yolu olarak tanımlanan 2 farklı modelde kesinleşir (Şekil 1).

Şekil 1: Ölümün İki Yolu



Sağlık personelinin bu dönemdeki hasta ve ailesine karşı görevi hastanın gereksinimleri doğrultusunda en uygun bakımı vermek, yaşam kalitesini arttırmak, kalan ömrü verimli bir şekilde geçirmesini sağlayarak, ailenin bu dönemi en sağlıklı şekilde atlatmasını sağlamak ve ölüm sonrası yas sürecinde aileye destek olmaktır.

2.3. Yaşam Sonu Dönemdeki Hastanın Gereksinimleri

Ölmek üzere olan bir bireyin sayısız fiziksel ve duygusal gereksinimi vardır. Yaşamı tehdit altında olan bireylere bakım verirken disiplinler arası bir ekip çalışmasının gerekli olduğu bakım merkezleri, hastaların en üst düzeyde fayda sağlayabilmesi amacıyla kullanılan çok sayıda hayat kurtarıcı teknolojik araç gereçler bulunduran, hastanın tüm ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde düzenlenmelidir (3,32).

Hastanın beslenme, boşaltım, solunum gibi yaşamsal aktivitelerinin yanı sıra iletişim, güvende hissetme, çevreye ait olma gibi duygusal ihtiyaçları da bu dönemde büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle yaşam sonu dönemde bulunan hastaların gereksinimleri fiziksel, duygusal ve spirütüel açıdan bütüncül olarak ele alınmalıdır (2, 3).

Güvenli çevrenin sağlanıp sürdürülmesine yönelik bireyin; görme, işitme gibi problemlerinin olup olmadığı, altta yatan tıbbi tanısı, uygulanan invaziv işlemler sebebiyle enfeksiyona maruz kalma gibi durumları sorgulanır. Bireyin görme işlevi bozulmuş ise ilişki daha çok konuşma ve dokunma yollarıyla sürdürülmeli, yapılan her türlü işlem hasta anlıyormuş gibi anlatılmalıdır (3,29).

Son dönemde bulunan bireyin solunum güçlüğü yaşama durumu, yardımcı araç-gerece olan ihtiyacı, dakikadaki nefes alıp verme sayısı, satürasyonu, sekresyonların varlığı ve niteliği, vb. belirlenir. Solunum güçlüğü çeken hastanın başı ve omuzları yükseltilmeli, hastaya sık sık pozisyon verilmelidir. Derin soluk alıp verme egzersizleri yaptırılmalıdır. Hastanın ziyaretçileri kısıtlandırılmalı, odası havalandırılmalı ve odada bulunan gereksiz eşyalar çıkarılmalıdır. Takma dişleri varsa ve solunumu engelliyorsa çıkartılmalıdır. Ağız içini temiz ve nemli tutmak için her 15-30 dk'da ağız bakımı yapılmalıdır.

Eğer hasta O_2 kullanıyor ise nemlendiriciler kullanılabilir. Parfümlü dudak kremi kullanımından kurutma, irrite etme gibi özellikleri olduğu için kaçınılmalıdır (1,9,17,29).

Ölüme yaklaşan hastalarda genellikle bulantı ve kusma meydana gelir. Bu nedenle birey ağız yoluyla verilen besinleri tolere edemiyorsa tıbbi tanısına uygun beslenme planı, beslenmede yardımcı araç-gerece olan gereksinimi belirlenir. Hasta tolere edebiliyorsa ağız yoluyla birkaç damla su verilmeli, dudakların kuruması önlenmelidir (3,29).

Birey idrar ve dışkı kontrolü sağlayamayabilir bu nedenle hasta distansiyon ve retansiyon açısından değerlendirilmelidir. İnkontinansı olan hastalara deri, perine ve katater bakımı yapılmalı, hastada distansiyon gelişmiş ise uygun laksatifler uygulanmalıdır (3).

Hastanın genel bakımına da dikkat edilmeli fiziksel olarak temiz tutulmalıdır. Bireyin derisi baştan ayağa tanılanarak gereksinimleri belirlenmelidir. Periferal dolaşım bozulmaya başladığı için deri soğuk ve nemlidir. Bu durum yatak yarası açılması için uygun bir ortam yaratır.

Bu nedenle basınç bölgelerinin tanımlanması, klinik sınıflamasının iyi yapılması uygun risk analiz skalanın tercihi son dönem hastalarda yatak yarası gelişimin önlemek için alınabilecek derinin temiz ve kuru tutulması, nemi kontrol altına alınması, çarşafların gergin tutulması, mümkünse hava dolaşımlı yatakların kullanılması, hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi gibi basit ama uygulanabilir yöntemler yatak yarasını engellemekte oldukça etkindir. Yatak yarası oluşma olasılığını en aza indirmek için her 1-1,5 saatte bir hasta çevrilmeli ve kemik çıkıntılarının olduğu kısımlar hidrokolloid pansumanlar ile korunmalıdır. Çevirme öncesi ve sonrası aralıklı olarak masaj yapılması hastanın konforunu sağlarken aynı zamanda kan dolaşımını düzelterek cilt sağlığının bozulma olasılığını düşürebilir (3,9,25).

Ölüm zamanı yaklaştığında çoğunlukla halsizlik, güçsüzlük artar. Hasta yatak içerisinde hareket edemeyecek ve başını kaldıramayacak duruma gelir. Hastayı yatakta yeterli sayıda yastıkla desteklemek rahatsızlık veren dönüş ihtiyacını azaltacaktır (9).

Terminal dönemdeki hasta ailesine ve tanıdığı bireylere yük olma, ölürken, fiziksel ve mental yeteneklerini kaybetme, erken ölme, terkedilme korkusu içinde olabilir. Bu dönemdeki birey çektiği acıların sona ermesini, ötenazi veya belirli birini yeniden görebilecek kadar yaşamayı isteyebilir. Hastanın ne istediği öğrenilmeli kişi bu konu hakkında konuşmak isterse engellenmemeli konuşmak istemeyen hastalar ise zorlanmamalıdır (3,9,17).

Bu yolla hasta bireyde kontrol gelişimi sağlanır, kaygı veya anksiyete azaltılır, sosyal gelişim artar, fiziksel yeteneklerde ve bireyin kendisine olan saygısında artış sağlanarak hastalığın yönetimi kolaylaşır. Hemşire, hastanın korkularını ifade etmesi, saygınlığını, bireyselliğini koruması, ailenin psikolojik olarak desteklenmesi, fiziki güç toplamasına yönelik plan yapmalarına yardımcı olmalı, aileyi yas sürecine hazırlama ve belirtileri takip ederek hastanın rahat bir şekilde ölmesini sağlamalıdır. Bu dönemde pozitif baş etme yeteneklerinin hastaya kazandırılmasına yardımcı olmalıdır (3,9,17).

Yaşamın son döneminde bulunan her hastanın çeşitli hakları vardır. Bu haklar terminal dönemin özellikleri dikkate alındığı zaman çok daha hassas bir konu haline gelmektedir. Bu nedenle terminal dönemdeki bireye bakım veren tüm sağlık çalışanlarının bu konuda duyarlı olmaları çok önemlidir. Bu haklar:

- Birey ciddi olarak hasta olduğunu ve öleceğini bilme hakkına sahiptir.
- Birey umutlu bir ortamda ölme hakkına sahiptir. Saygıdeğer olduğu bir ortamda ve çevresinde sevdiği insanların olduğu bir ortamda ölme hakkına sahiptir.
- Gizlilik hakkına sahiptir.
- Terminal dönemdeki hasta bilgili, kendisini ve yakınlarını anlamaya çalışan sağlık profesyonellerinin olduğu bir ortamda ölme hakkına sahiptir (3,9).

Tablo 2: Terminal Dönemdeki Hastanın Hakları

Hasta ciddi olarak hasta olduğunu ve ölebileceğini bilme hakkına,
Ölene kadar tedavi/bakım alma hakkına,
Kişinin barış dolu, saygın olduğu ve çevresinde sevdiği insanların bulunduğu (tüpler ve makinelerle çevrelenmemiş) umutlu bir ortamda ölme hakkına,
Gizlilik hakkına,
Bakım ile ilgili kararlara katılma hakkına,
Yalnız ölmeme hakkına,
Sorularına dürüstçe yanıt verilme hakkına,
Onurlu bir biçimde ve huzur içinde ölme hakkına,
Hassas, bilgili ve sevdikleri kişileri anlamaya çalışan insanlarca bakılma hakkına,
Ağrı ve diğer rahatsız edici sorunlardan arınmış şekilde ölme hakkına,
Aldatılmama ve yalan söylenmeme hakkına,
Öldükten sonra bedenine saygı bekleme hakkına sahiptir.

Kaynak: Çavdar İ. Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 2011;26(3):142-147)

2.4. Yaşam Sonu Dönemdeki Hastanın Ailesine Yaklaşım

Hayatı tehdit eden bir hastalık, hasta birey gibi yakınlarını da etkiler. Hayatının son saatlerini geçiren hastaya bakım verildiği esnada ailenin destek unsuru olarak bakım ve tedavi içinde yer alması sağlanırken hasta ailesi ve yakınlarının da desteğe ihtiyacı olduğu göz ardı edilmemelidir. Aile üyeleri de hasta gibi yas süreci yaşamaktadır ve yeni duruma uyum sağlama çabası içindedirler. Bu nedenle bakım sadece hastayı değil ailesini de etkiler (3,6,9).

Bakım verenlerin birçok gereksinimleri mevcuttur ve bunlar tanı sonrası ilk 3 ay içinde akut ve yoğun olarak yaşanmaktadır. Ölüm süreci içinde her an hastayı kaybetme duygusu yaşarlar ve bakım verici rolünü nasıl sürdüreceklerine dair endişe içindedirler. Hastanın mümkün olduğunca rahat etmesi için çaba sarf eder ve yalnız bırakmak istemezler. Devamlı güler yüzlü ve mutlu görünerek hastayı memnun etme çabası içine girerek bu durumun yarattığı gerginlikle baş etmek zorunda kalırlar. Bu durum hasta yakınları için fiziksel yorgunluğa ek olarak duygusal yorgunluk ve tükenmeye neden olabilir. Bu nedenle aile üyelerine karşı mümkün mertebe duyarlı ve şefkatli olunmalı, ailenin acısı hafifletilmeye çalışılmalı ve her çeşit tepkiye hazırlıklı olunmalıdır (3,6,9).

Bu dönemde hasta ve yakınlarının en çok merak ettikleri konu hastalığın sonucu olup, bu konuda gerçeği yansıtan cevapların verilmesi süreç içerisinde kabullenme duygusunu artıracaktır. Hastanede yatış zamanı gibi taburculuk konusunda da ailelere yaklaşık zamanlar verilmeli, zamanı etkileyebilecek etmenler konusu tartışılmalıdır. Ailenin sorularının cevaplanması, hasta başındaki cihazların tanıtılıp açıklanması, bilinen kelime ve terimlerin kullanılması, karar almalarına yardımcı olunması, aile üyelerinin evde içindeki rol değişimlerinin tanınması, destekleyici moral verilmesi önemlidir (9,10).

Bilgili ve deneyimli bir hemşire, hasta yakınlarına sevilen kişinin ölümünden önce, ölümü esnasında ve ölümü sonrasında bu durumla nasıl baş edebilecekleri konusunda gerekli bilgiyi vererek, aileyi hastanın bakımına katarak ölmek üzere olan birey yetişkin ya da çocuk ise ailenin ziyareti için zaman sunup düzenleme yaparak, zor kararlarda aileye yardım ederek güven duygusu oluşturmalı, yapılacak uygulamalarda bireyin dini inanışlarına dikkat etmeli, uygun ortam hazırlamalı, danışmanlık yapmalı, ailenin destek sistemlerini gözden geçirip uygun destek gruplarına yönlendirilmelidir. Bu şekilde hasta yakınlarının bu süreci en az zararla atlatmalarına ve durumu kabullenmelerine yardımcı olur (2,3).

Bu dönemde aileye verilecek destek çok önemli olup Kabalak ve ark.'nın (2013) çalışmasına göre;

- Yas, üzüntü, affetme/affedilme duyguları ile başa çıkma konusunda yardım,
- Yapılması gereken girişimleri ve alınması gereken kararları anlamada yardım,
- Hastaları ile nasıl konuşacaklarını, nasıl rahatlatacaklarını öğretme,
- Bakım konusunda ekiple paylaşılan ve kendilerine düşen görevlerin öğretilmesi,
- Ailenin maddi-manevi gereksinimleri konusunda destek,

konularını içermektedir (10).

2.5. Palyatif ve Hospis Bakım Kavramları

Kökeni Latinceye dayanan "Palliate (Palliare)" koruyucu ya da kapsayıcı anlamına gelmektedir. "Palliative" ise İngilizce terminolojide hafifletici, yatıştırıcı, geçici çare anlamında kullanılır (10). Tanımına bakıldığı zaman; "rahatlatmak, dindirmek, yatıştırmak, koruyucu bir pelerin gibi örtmek" anlamlarını içerdiği görülmektedir (11).

Palyatif bakım ise ilerleyen ve tedavi edilemeyen, ölümcül hastalıklarda hayat standardını arttırmayı hedefleyen bir bakım sistemidir. Özellikle terminal dönem hastalarının ve ailelerinin aradığı fiziksel, psikososyal ve ruhsal destek ihtiyaçlarının sağlanabileceği önemli bir sağlık hizmeti olarak günümüzde evrimleşen bir uygulamadır (12).

İlk palyatif bakım ünitesi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur. Modern anlamda ilk hospis (hospice; son dönem hasta bakım merkezi) hizmeti ise 1967 yılında İngiltere'de hemşire Cicely Saunders tarafından başlatılmış olup bu tarihten sonra sayıları çok çabuk bir şekilde artmıştır (10).

Dr.Saunders'ın ardından "Palyatif Bakımın Babası" olarak kabul edilen Balfour Mount, 1974'de Saunders'ın ekibine katıldığı zaman palyatif bakım terimine ilgi duymaya başlamıştır. Montreal'de yatan hasta birimi olarak kurulacak olan hospis için araştırma yaparken, bu kavramın palyatif bakım için de kullanıldığını ve bir kavram karmaşasının olduğunu fark etmiştir (13). 1974'ün son dönemlerine doğru Kanada'ya döndükten sonra, bir kuzey Amerika hastanesinde ilk palyatif bakım birimini kurmuştur (11).

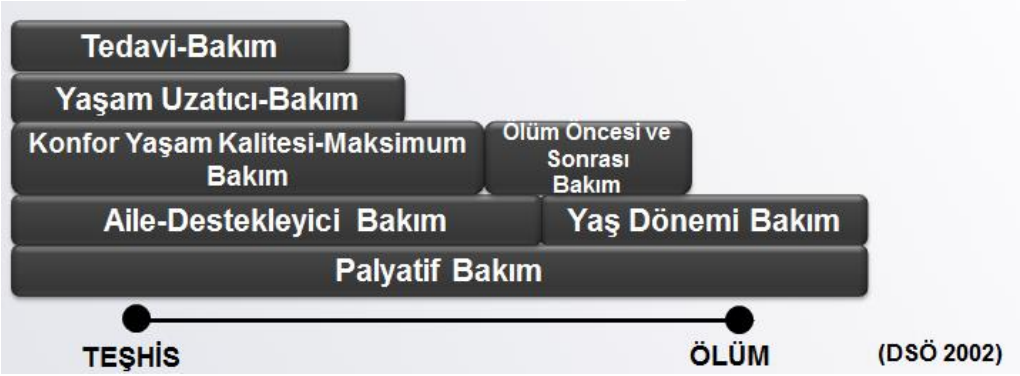
Palyatif bakım önceleri ilerleyen ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda hayat standardını arttırmayı hedefleyen bir bakım sistemi olarak tanımlanmaktaydı (10). DSÖ bu alanda 1986 yılında ilk tanımını yaparak küratif ve palyatif bakımı iki farklı kavram olarak ele almıştır. Küratif yani tedavi edici bakımın son bulduğu yerde palyatif tedavi başlamaktaydı (6).

Şekil 2: Eski Palyatif Bakım Modeli

Fakat daha sonra 2002 yılında palyatif bakım tanımını yenilemiş ve palyatif bakımı ‘‘hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden bir sorunla karşılaştığında, ağrı ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım’’ olarak tanımlamıştır (14).

Bu yeni tanımıyla palyatif bakımın hastalığın erken döneminde verilmeye başlanmasının önemini vurgulamıştır. Günümüzde palyatif bakım; psikososyal, ruhsal ve bedensel bakımı içine alan bütüncül bir yaklaşımı içermektedir. Bu yaklaşımda, tedavi edici ve destekleyici bakım bir arada verilmekte ve palyatif bakımın hastalık tanısı konulduğu anda başlayıp bireyin tedavi alıp almadığına bakılmaksızın devam ettiği belirtilmektedir (6).

Şekil 3: Yeni Palyatif Bakım Modeli



Bütüncül bir yaklaşımla ölümcül hastalıkların getirdiği bütün sıkıntıların değerlendirildiği palyatif bakım hizmetleri, semptoma yönelik tedavi ve ağrının azaltılması başta olmak üzere, hasta ve yakınları açısından inanışsal boyutlarıyla, sağlanan psikososyal yardımlarla, farklı açılardan hayat standardını yükseltici çözümlere sahiptir (8).

Asıl amaç; hasta ve yakınlarının yas sürecini iyi yönetmektir. Hastayı ve ailesini temel alan bir bakım uygulanmalı, tedavi; kültür, inanç, ırk, dil, din, etnik farklılıklar, beklentiler, yaş ve eğitim seviyesine uygun planlanmalı, bakımın devamlılığı ve herkese eşit bakım sağlanmalıdır (18).

Bütüncül bir bakış açısıyla incelediğimiz zaman;

- Ağrı ve diğer stres yaratan belirtilere yönelik bir rahatlama sağlar,
- Hayatı destekleyerek, hayatın son bulmasını doğal bir süreç olarak karşılar,
- Ölümü hızlandırma ya da geciktirme niyeti yoktur,
- Hasta bakımının psikolojik ve ruhsal tüm alanlarını ele alarak bütüncül bir yaklaşım izler,
- Hastaların ölüm anına kadar mümkün olabildiği kadar aktif şekilde yaşamasına yardımcı olacak bir yardım sistemi oluşturur,
- Aile bireylerine hastalık, ölüm ve matem süreciyle baş etme anlamında yardım sağlar,
- Gerektiği zaman matem süreci danışmanlığı da dahil olmak üzere, hastalar ve aile bireylerinin gereksinimlerine yanıt sağlayabilmek için takım çalışmasını kullanır.
- Hayat standardını yükselterek hastalığın gidişatını olumlu bir şekilde etkilemeyi amaçlar,
- Acı veren klinik semptomların yönetimi ve daha net anlaşılabilmesi için, hastalık sürecinin erken safhalarında, yaşam süresini uzatmayı hedefleyen tedavilerle beraber uygulanabilir (15,16).

Palyatif bakımın amacı, hasta ve ailesinin hayat standardını en üst seviyeye taşımaktır. Bu amaca ulaşmak bir takım çalışmasını gerektirir. Palyatif bakımı oluşturan takım; ortak bir amaç uğruna hizmet eden farklı meslek grubuna sahip sağlık personellerinden oluşmaktadır. Ekip temel olarak A, B ve C olmak üzere 3 gruptan oluşur (17).

A grubu temel gruptan, B grubu bireyde meydana gelen sorun alanlarına yönelik sağlık personellerinden oluşur. C grubu da hastada gelişen ciddi sorunlara çözüm bulmaya yönelik sağlık personellerini içermektedir (17).

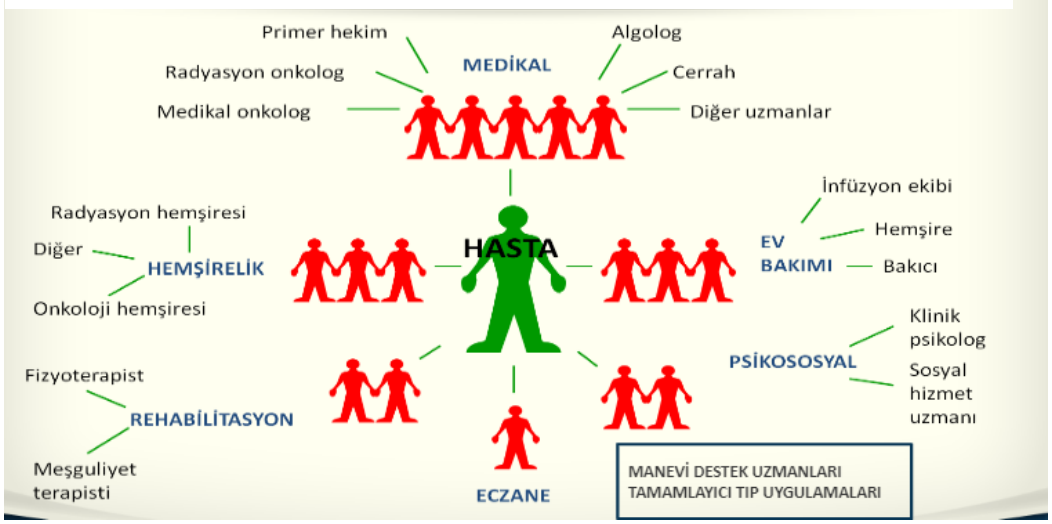
Standart bir palyatif bakımı oluşturan takım; göğüs hastalıkları uzmanı, psikiyatrist, palyatif bakım hemşiresi, solunum terapisti, eczacı, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, avukat, din görevlisi, yardımcı personel ve gönüllü bireylerden oluşmaktadır. Bazen maliyet sebebiyle takımda bu üyelerin tamamı bulunamayabilir. Fakat etkili bir bakım sağlayabilmek için bu takımın her bir üyesinin alanlarında uzman ve takım çalışmasını benimsemiş bireylerden oluşmaları ve bir arada bulunmaları gerekmektedir (17).

Tablo 3: Palyatif Bakım Ekibi

A Grubu	B Grubu	C Grubu
Palyatif Tıp	Psikiyatrist	Pnömolog / Kardiolog
Uzman Hemşirelik	Diyetisyen	Solunum Rehabilitasyon Üniteleri
Fizyoterapist	Solunum Terapisti	Primer Bakım Ekibi
Sosyal Hizmet Uzmanı	Tamamlayıcı Tedaviler	
Din Görevlisi		

Kaynak:Özkan. S. Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımı, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi 2010;

Şekil 4: Manevi Destek Uzmanları ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları



(https://docplayer.biz.tr/18242990-Turkiye-de-palyatif-bakim-acisindan-mevcut-durum-ve-onkoloji-hasta-yonetimine-entegrasyonu.html (Erişim Tarihi:25.02.2020) (20)

Palyatif bakım ekibinde bulunan her profesyonelin birbirinden farklı görevleri vardır. Hasta tüm bu disiplinlerin merkezinde yer alırken tüm ekip hasta ve yakınlarının konforu için koordineli bir biçimde çalışır (20).

1.Hasta ve Hasta Yakını: Güncel durum, hastalık ve olası semptomlar konusunda ekip üyelerinden bilgi alır, yaşadığı sıkıntı ve hastalığa ilişkin deneyimler için danışmanlık hizmeti talep eder.

2.Hekim: Palyatif tedavinin temeli olarak fiziksel ağrının azaltılmasında görev alır. Hastalığın prognozu, semptomları, tedavi yöntemleri hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirir.

3.Hemşire: Hasta ve hasta yakınları ile çok yakın bir iletişimde olur, hastaya günlük becerilerini gerçekleştirmesine (beslenme, boşaltım, vücut hareketleri vb.) ve emosyonel olarak iyi hissetmesi için düşüncelerini ifade etmesine yardım eder, semptomlara uygun hemşirelik girişimlerini uygulayarak hastanın optimum iyilik halinde bulunmasını sağlar.

4.Gönüllü Hospis Çalışanı: Bakım ekibini destekler, hastayla doğrudan veya dolaylı olarak etkileşim halinde bulunur (20).

Palyatif bakım bireyin ihtiyaç duyduğu her yerde verilebilir. Bireyin evinde verilecek şekilde tasarlandığında, birinci basamak sağlık personelleri ve özelleşmiş palyatif bakım profesyonelleri arasında iyi bir iş birliği olmalıdır. Aile ya da diğer bakım verenler yeteri kadar yardım sağlayamadığı veya hasta uzman ekiplerin tıbbi bakımına ihtiyaç duyduğu zaman, özellikle de hastalık terminal dönemde iken, evin yerini dolduracak, bununla birlikte gereken duygusal ve manevi desteği verebilecek bir mekân gereksinimi ortaya çıkar. Bakımın bu aşamasında hemşireler, sosyal destek çalışanları ve gönüllüler yer alır (6).

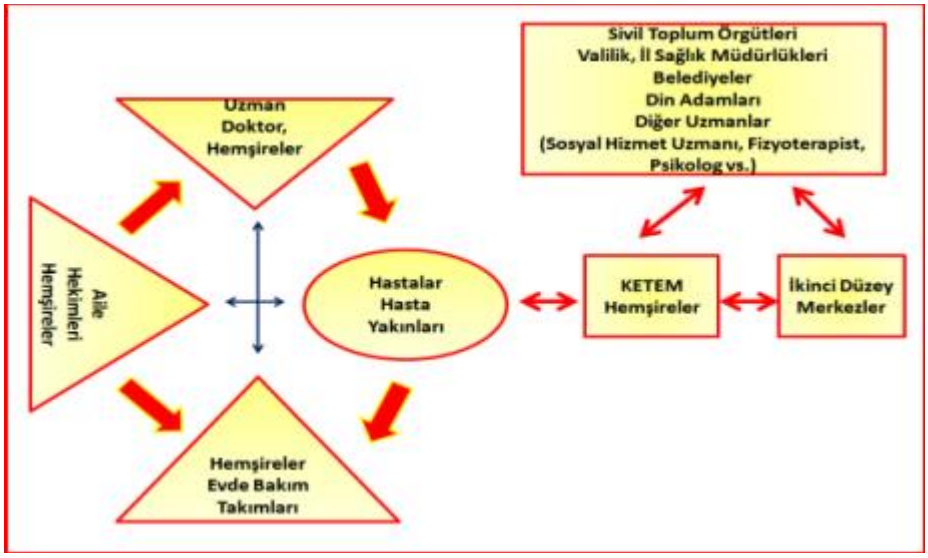
2.6. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri

Türkiye'de palyatif bakım bu alanda eğitimi olan sağlık personellerinin az, palyatif bakım hizmetinde önemli bir yeri olan morfine ulaşımın zorluğu, morfin çeşitliliğinin az olması gibi sebeplerden ötürü uzun yıllar dikkate alınmamıştır.(24) 2008 yılına gelindiği zaman "Palyatif Bakım Programı Eylem Planı" hazırlanmış, ülkemiz koşullarına uygun elde bulunan kanser verileri ve sahip olunan insan kaynağı analiz edilerek yeni bir palyatif bakım modelinin oluşturulması ve bu doğrultuda palyatif bakım merkezlerinin açılması hedeflenmiştir. Aynı zamanda sağlıkta dönüşüm programı içerisinde ev ortamında sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında başlatılmıştır. Devamında ise palyatif bakım birimlerinin hastanelerde oluşturulması için, hukuki düzenlemeler yapılmış ve ilk detaylı palyatif bakım merkezi Ankara'da Ulus Devlet Hastanesi bünyesinde açılmıştır (22,24).

Türkiye'de palyatif bakım teriminin özellikle son birkaç yılda fark edilir derecede artmasının temel sebebi Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı tarafından sürdürülen ''PALLİA-TÜRK'' çalışmasıdır. Esas olarak PALLİA-TÜRK aile hekimliği üzerine kurulu ve Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum kuruluşları ile desteklenen; hemşirelik bakımı esas alınarak oluşturulan bir sistemdir (23).

Bu çalışmanın ülkemizin yapısına en çok uyan çalışma olduğu ve çalışmanın dünyadaki ilk toplum tabanlı palyatif bakım çalışması olduğu belirtilmektedir (24). Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanan bu çalışma 2011 yılında başlatılmıştır (23).

Şekil 5: PALLİA-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması



Kaynak: Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) (2010) Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara.

PALLİA-TÜRK çalışması birinci basamak palyatif bakım hizmetleri, aile hekimliği, evde bakım hizmetleri, KETEM'ler, belediyeler ve sivil toplum kuruluşları ile beraber yürütülürken, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin bu merkezlerinde verilen hizmeti içermektedir (25).

Ülkemizde ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların yardımları sonucu palyatif bakım hakkında eğitim programları devam etmekte, üniversite hastaneleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastaneler ve özel merkezlerde palyatif bakım birimlerinin sayısı hızla artmaktadır (23).

Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Palyatif Bakım Ünitesi 2006 yılında açılmış olup; kanser hastaları ve ailelerine bütüncül bir yaklaşımla hizmet sunmayı hedeflemektedir. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği Temmuz 2007 de açılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Hastanesi'nde Palyatif Bakım Ünitesi 2011 yılında faaliyetine başlamıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün en son verilerine göre toplam 81 ilde 5.544 yatak ile 28 tanesi İstanbul, 26 tanesi İzmir, 22 tanesi Ankara, 15 tanesi Bursa ve 12 tanesi Antalya olmak üzere 414 Sağlık tesisi tarafından palyatif bakım hizmeti verilmektedir (21).

Türkiye bünyesinde bulundurduğu palyatif bakım merkezlerinin işleyişini belirlemek, bu merkezlerde çalışan personelin görev ve sorumluluklarını açıklamak ve bu merkezlere hasta kabul hakkında bir standart oluşturmak için Ağustos 2018'de ''Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge'' başlıklı bir yazı yayınlamıştır (26).

Yönergenin ikinci bölümüne göre bir palyatif bakım merkezi girişim ve muayene odası, ekip odası, çok amaçlı salon ve meşgale odası olmak üzere 4 odadan oluşmaktadır. Bunun yanı sıra hasta, hasta yakınları ve personel için yeterli sayıda lavabo ve tuvalet gerektiğinde duş olanakları da sağlamalıdır. Her hasta yatağı için ayrı olmak kaydıyla, medikal gaz ve vakum içeren hasta başı paneli bulunur.

Temel monitörizasyon yöntemlerine sahip, sıvı ve kan ürünleri transfüzyonu, entübasyon, kardiyopulmoner resüsitasyon ve hastanın ilk stabilizasyonunun yapılabileceği imkanlar sağlanmalıdır (26).

Birimler, hasta ve ailesine yönelik verilen palyatif bakım hizmetini bir bütün olarak değerlendirir ve hizmetten en etkili biçimde faydalanabilmeleri için ekip anlayışı içerisinde her çeşit önlemi alır.

Tedavisi sağlanan hastaların, ilaç ve diğer tedavilerine düzenli olarak devam edip etmediği, ilaçların doğru zamanda ve dozda kullanılıp kullanılmadığı, yan etki gelişip gelişmediği gibi süreçlerin takibi ana konular arasında yer alır(26).

Merkezlerde muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, psikososyal destek ve değerlendirme, ağrı yönetimi, beslenme desteği gibi hizmetler sunulur. İlaç, tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin sağlık raporlarının oluşturulması sağlanır (26).

2.7. Yaşam Sonu Dönemdeki Hasta ve Ailesine Bakım Veren Hemşirelerin Sorumlulukları

Hastalar sıklıkla kontrolü güç çok fazla belirtiyi beraber yaşamakta ve bu semptomlar son dönemdeki yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir. Hemşirelik bakımı bu komplikasyonları önleme ve kontrol etme üzerine yoğunlaşır (6).

Hemşirelerin yaşam sonu dönemdeki hastasında görülen semptomları kontrol edip önleyebilmesi ve bütüncül yaklaşabilmesi ve kaliteli bir bakım sağlayabilmesi için, öncelikle hastanın problemlerini bilmesi, bu problemlere uygun girişimlerde bulunması ve bunun için de hemşirelik sürecini hasta bakımında kullanması gerekmektedir (32).

Bireye özel veriler toplanarak bireyin terminal dönemini kötü anlamda etkileyebilecek problemler belirlendikten sonra probleme uygun hemşirelik tanısı konmaktadır. Problemi gidermek için bireyin bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek amaçlar belirlenmektedir. Belirlenen amaçlar doğrultusunda bireye özel hemşirelik girişimleri planlanmakta ve kaydedilmektedir (29).

Rutin olarak en çok kullanılan ‘‘Edmonton Semptom Değerlendirme Ölçeğinde (Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS))’’ ağrı, aktivite, bulantı, depresyon, iştahsızlık, kendini iyi hissetme, nefes darlığı, 10 cm ‘‘Visual Analog Scale (VAS) VAS’’ kullanılarak değerlendirilmektedir. ‘‘Memorial Semptom Değerlendirme Ölçeğinde (Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS))’’ ise 32 semptomun sıklığı, şiddeti ve hastada yarattığı sorunlar değerlendirilmektedir (6).

Yaşamının son aşamasına gelmiş bireylerde özellikle ağrı en çok karşılaşılan ve en çok korkutan sorunlardan biridir. Ağrı yönetimi, özellikle hemşireler için bilinmesi gereken temel prensiplerden olup çok farklı boyutlarla değerlendirilmesi gereklidir. Ağrı tedavisindeki yetersiz yaklaşımların hasta ve yakınları açısından büyük sorunlar oluşturduğu ve hayat standardını kötü etkilendiğini gösteren kanıtlar artmaktadır (33).

Hemşire ağrıyı gidermede öncelikle ağrıya neden olan faktörleri belirlemeli, bireye ağrının nedenini açıklamalı, ağrı türüne uygun olarak tedavi yöntemleri belirlemeli, bireye uygun ilaç dozunu hesaplayarak ilacın etkililiğini ve yan etkilerini değerlendirmelidir. Hasta ve ailesini ağrı kontrolüne katmalı, girişimleri zamanında ve eşgüdümlü bir şekilde gerçekleştirmelidir (6,10,34).

Hasta son döneme girdiği anda iştahı, yiyecek tüketimi ve sıvı alımı azalır, sindirim fonksiyonları yavaşlar, ağızda tat değişiklikleri meydana gelir. Ayrıca hastalarda bulantı, kusma gibi semptomlar da görülür. Hemşire hastanın günlük beslenme durumunu, kilosunu, BKİ'sini takip etmeli, hastanın enteral beslenme gereksinimlerini sorgulamalı, hasta ve ailesine durumun normal olduğunu açıklamalıdır (1,6).

Hastayı sık aralıklarla az az beslemeli, yavaş yedirmeli sıcak ya da soğuk gıdalar tüketmesi önlenmelidir. Bulantısı olan hastaya uygun ilaçları vermelidir. Hastaya zorla yiyecek vermenin pulmoner aspirasyona neden olabileceğini unutmamalı bu yüzden hasta istemediği zamanlar zorla yedirmemelidir (3,6,34).

Erken dönemde bulantı ve kusma sebebiyle oral alım eksik ve ciddi bir dehidratasyon varsa ve bu durum böbrek yetmezliği, ilaç zehirlenmesi gibi sebeplerle hastanın diğer belirtilerini artırıyorsa (deliryum, laterji vs.) kısa süreli parenteral sıvı tedavisi uygulanabilir. Bu amaçla özellikle terminal dönemde bulunan bireylerde öncelikle daha az girişimsel bir seçenek olan subkutan sıvı transfüzyonu (hipodermoklisis) uygulaması tercih edilmelidir. Ödeme sebep olabileceğinden sıvı uygulaması dikkatli bir takiple yapılmalıdır. Ağız kuruluğu; sık aralıkla oral su verilmesi ve mukoza nemlendiricileriyle önlenebilir (10).

Terminal dönemdeki hastaların konforu sağlanmaz ise korku ve anksiyete deneyimleri hastalıklarının ciddiyetini ve uyku yoksunluğunu daha da arttırmaktadır. Bu amaçla hemşireler hasta odasını hastanın rahatsız olmayacağı şekilde ışıklandırmalı, odanın sessiz olmasını ve hasta yanında normal sesle konuşulmasını sağlamalıdır (3,6).

Bireyin konuşması bozuldukça ifade edemediği gereksinimleri fark edip karşılamak da hemşirenin sorumluluklarındandır. Aynı zamanda palyatif bakım alan bireylerin %40'ında, terminal dönemdekilerin ise %80'inde ilaçlar, duyu kaybı, ileri yaş, dehidratasyon enfeksiyon gibi nedenlerle deliryum gelişir. Bu durumda hastaların çoğu geleceğin belirsiz oluşu ve yaklaşmakta ölüm ile ilgili endişelerden, geride bıraktıkları bireylerin yaşayacakları duygusal, sosyal ve maddi zorluklardan ötürü anksiyete içindedir. Hastalığın neden olduğu nefes darlığı, ağrı gibi belirtiler de bu durumu ağırlaştırabilir. Bu durumda hemşireye hastanın yanı sıra hasta yakınıyla iletişim kurarak rahatlatıcı, destekleyici konuşmalar yapmak üzere manevi danışmanlık yapmak gibi önemli görevler düşmektedir. Bu durum, hasta ile sözel iletişim kurulamayacak kadar ağırlaştığı zaman ilaçla tedavi edilmelidir. Hemşire hastanın ilaçlarını uygun zamanda ve uygun dozda vermekten, etki ve yan etkileri gözlemlemekten sorumludur (3,6,10).

Hemşire hastanın fiziksel gereksinimlerini karşılamanın yanı sıra duygusal ve spiritüel gereksinimleri karşılamakla da yükümlüdür. Bunun için hasta ya da ailesi dini inançları doğrultusunda bazı uygulamalar yapmak isterse anlayışla karşılamalı, aileye bu konuda destek olmalı mümkünse uygun ortamı sağlamalıdır (3).

Bütüncül bir yaklaşımla hastayı ele almalı, hasta ve aile bireylerine ölüm süreci ve yaşadığı manevi sıkıntılar konusunda gereken yardımı verebilmelidir. Bu şekilde hastanın ve yakınlarının acılarının azalması, içinde bulundukları sıkıntılı durumun baskısından kurtulmalarını ve duruma daha kolay adapte olmalarını sağlamalıdır (33).

Hastanın bilinci kapalı olsun ya da olmasın yapılacak her işlemi açıklamalı, bilinci kapalı hastaların ailelerine hastalarının onları anlayabilme olasılığı olduğunu anlatarak iletişim kurmalarını sağlamalıdır (6).

Primer Bakımda palyatif bakım hemşireleri için bazı standartlar belirlenmiştir. Bunlar palyatif bakımın altın standartları olarak da adlandırılır ve 7C başlığı altında toplanmıştır.

- **Communication/Haberleşme:**Hasta bakım planları, hasta bilgilendirme formları vb. aracılığı ile diğer ekip üyeleri ile haberleşmeyi sağlamalıdır. Yaptığı her girişimi ileride paylaşmak üzere saklamalıdır.
- **Coordination/Koordinasyon:**Hasta ile ilgili bilgileri paylaşmak için ekip üyeleri ile görüşmeler planlamalı ve ekip üyelerinin elde ettiği veriler ile kendi verilerini birleştirip birlikte çalışmalıdır.
- **Control of Symptoms/Semptom Yönetimi:**Hastayı bütüncül olarak değerlendirip hastaya özel hemşirelik girişimleri planlamalıdır.
- **Continuity out-of-hours/Mesai Saatleri Dışında Süreklilik:**Mesai saatleri dışında etkili bilgi transferini yapmalı, ilaç ve malzeme desteğini sağlamalıdır.
- **Continued Learning/Sürekli Öğrenme:**Palyatif bakım uygulamaları eleştirilmeli ve hemşire yeniden öğrenerek bakım sürecini planlamalıdır.
- **Carer Support/Bakım Vericiyi Destekleme:**Bakım uygulama aşamasında hemşire cesaretlendirilmeli ve duygusal yönden desteklenmelidir.
- **Care in The Dying Phase/Ölüm Sürecinde Hasta Bakımı:**Hemşire hastanın ölüm sürecinde fiziksel, duygusal ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılayacak protokoller geliştirmelidir (6).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma yaşam sonu bakım veren birimlerde çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını etkileyen etmenleri incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı-ilişkisel tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın zamanı aşağıdaki tabloda (Tablo 4) sunulmuştur.

Tablo 4. Araştırma Takvimi

Literatür Tarama ve Tez Konusunun Belirlenmesi	Kasım 2019-Mart 2020
Tez Önerisinin Hazırlanması	Mayıs 2020
Etik Kurul ve Kurum İzinlerinin Alınması	Mayıs 2020-Mart 2021
Veri Toplama	Nisan 2021-Aralık 2021
Veri Analizi	Nisan – Mayıs 2022
Rapor Yazımı ve Tez Bitirme Sınavı	Mayıs 2022-Temmuz 2022

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi *(Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Birimi, Dahiliye Yoğun Bakım Birimi, Palyatif Bakım Kliniği, Hatay Ek Bina Palyatif Bakım Servisi)*, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi *(Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Birimi, Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Palyatif Bakım Birimi)* ile Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi *(2. Ve 3. Basamak Anesteziyoloji Yoğun Bakım, Anestezi Palyatif Servis ve Palyatif Servis birimi)* kliniklerinde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini yukarıda belirtilen hastane ve birimlerde aktif olarak çalışan (Ege Üniversitesi Anestezi Yoğun Bakım 80, Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Palyatif Bakım Birimi 30, Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi 2.ve 3. Basamak Yoğun Bakım Birimi 25, Anestezi Palyatif Bakım Birimi 12 ve Palyatif Servis 12) 159 hemşire oluşturmaktadır.

Bu hemşirelerden Ege Üniversitesi'nde bulunan 2 hemşire ücretsiz izinde, 2 hemşire raporlu, 5 hemşire görevlendirme ile bir başka klinikte, 1 hemşire asker ve 3 hemşire de klinik sorumlu hemşiresi olup hasta bakımına aktif katılım sağlamadığı için çalışma kapsamına alınmamış ve kalan 146 hemşire örneklem grubunu oluşturmuş olup hedef kitlemizin %91,82'ne ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Olma/Dışlama Kriterleri

Çalışmaya araştırmanın yapıldığı hastanelerin ilgili birimlerinde çalışan ve aşağıda belirtilen **dahil olma kriterleri**ni karşılayan hemşireler dahil edilmiştir;

-Hemşirelik lisans mezunu olan hemşireler

-Hastane yönetimi tarafından bu birimlerde çalışmak üzere görevlendirilmiş olan hemşireler

-Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler

Dışlanma kriterleri:

-Rotasyonla görevlendirilerek bu birimlerde geçici olarak çalışan hemşireler

-Çalışmanın devam ettiği süre içerisinde izinli veya raporlu olan hemşireler

-Hasta bakımında aktif rol almayan klinik sorumlu hemşireleri ve başhemşireler

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada aşağıda verilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin alanları incelenmiştir.

Bağımlı değişkenler: Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranış düzeyleri

Bağımsız değişkenler: Hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyleri, mesleki deneyim süreleri, yoğun bakım deneyim süreleri, palyatif bakım hakkında bilgi alma durumları, palyatif bakım ve yoğun bakım sertifikasına veya katılım belgesine sahip olma durumları

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği kullanılarak yoğun bakım hemşireleri ile yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Tanıtım Formu (EK-1): Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerini sorgulayan ve araştırmacı tarafından hazırlanan 12 soruluk formdur.

Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği (EK-2): 2008 yılında Amerika'da Zomorodi tarafından geliştirilen, 2010 yılında Zomorodi ve Lynn tarafından düzenlenen, Yalçınkaya ve Dikmen'in 2016 yılında Türkçeye uyarladığı ölçeğin tutum alt boyutu 10 maddeden, davranış alt boyutu ise 6 madde olmak üzere toplam 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin derecelendirilmesin 5'li Likert şeklindedir. Maddelerden sadece tutum alt boyutundan 8. soru ters kodlanmıştır. Onun dışındaki maddelerde 1,2,3,4,5 puanları verilerek kodlanmış ve puan attıkça tutum ve davranışın olumlu olacağı şeklinde yorumlanmıştır. Ancak sadece 8. madde olumsuz anlam içerdiğinden kodlama ters yapılmıştır. Ölçeğin tutum alt boyutunda Cronbach Alfa katsayısı 0.71, davranış alt boyutunda 0.65, toplam ölçek için ise 0.70 olarak bulunmuştur (48).

3.7.Veri Toplama Süreci: Araştırmada kullanılan veri toplama araçları İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Birimi, Dahiliye Yoğun Bakım Birimi, Palyatif Bakım Kliniği, Hatay Ek Bina Palyatif Bakım Servisi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Birimi ile Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Ve 3. Basamak Anesteziyoloji Yoğun Bakım, Anestezi Palyatif Servis ve Palyatif Servis birimlerinde çalışan hemşirelerin doldurması amacıyla verilmiş ve doldurmaları için gönüllü olurları alınmıştır. Çalışmaya katılmak için onayı alınan hemşirelere kişisel bilgi tanıtım formu (Ek-1) uygulandıktan sonra, yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranış ölçeği uygulanarak hemşirelerin tutum ve davranış alt boyutlarına göre bakım davranışları değerlendirilmiştir.

3.8.Verilerin Analizi: Araştırma döneminde uygulanan tutum ve davranış ölçeği ile araştırmadan elde edilen verilerin analizi Analizler IBM SPSS 25 programında programında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin değerlendirilmesi için tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum)kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip iki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Bağımsız Örneklem T testi; normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip üç ve daha fazla grubun bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Anova testi; normal dağılıma sahip olmayan üç ve daha fazla grubun bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Farkı yaratan grup ya da grupların ortaya çıkartılması için Post Hoc Bonferroni testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olan sürekli değişkenlerin aralarındaki ilişkinin ölçülmesi için Pearson korelasyonundan; normal dağılım saplanmadığında ise Spearman korelasyonundan yararlanılmıştır.

3.9.Araştırmanın Etiği: Araştırmada kullanılacak "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği' ölçek sahibi Sultan Özel Yalçınkaya'dan e-mail yolu ile yazılı izin almıştır (Ek 3). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (etik kurul onay tarihi:12.05.2020 sayı no:701) (Ek 4) etik izin alındıktan sonra araştırmanın uygulama izinleri İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (Ek 5 ve Ek 6) ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden uygulama izin prosedürüne uygun olarak (Ek 7) alınmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılardan Helsinki Bildirgesi baz alınarak yazılı gönüllülük onamı alınarak veri toplama araçları uygulanmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Hemşirelerin Sosyo-Demografik Bulguları

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular incelenmiştir.

Tablo 5. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n:146)

Sosyo- Demografik Özellikler		Sayı	Yüzde (%)
Yaş Grupları	20-25 Yaş	38	%26
	26-31 Yaş	85	%58,2
	32 ve üzeri	23	%15,8
Cinsiyet	Kadın	97	%66,4
	Erkek	49	%33,6
Eğitim Durumu	Lisans	118	%80,8
	Lisansüstü	28	%19,2

Tablo 5'de çalışmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında %26'sının 20-25 yaş, %58,2'sinin 26-31 yaş ve %15,8'inin 32 ve üzeri yaşında olduğu, katılımcıların yaş ortalamasının 27,78 olduğu, hemşirelerin %66,4'ünün kadın ve %33,6'sının erkek olduğu ve %80,8'inin lisans ve %19,2'sinin lisansüstü düzeyde eğitimli olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Hemşirelerin Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları (n:146)

Mesleki Özellikler		Sayı	Yüzde (%)
Mesleki Deneyim Süresi	0-3 yıl	73	%50
	4-6 Yıl	40	%27,4
	7 Yıl ve Üzeri	33	%22,6
Yoğun Bakım/Palyatif Bakım Deneyim Süresi	0-1 Yıl	34	%23,3
	2-5 Yıl	83	%56,8
	5-10 Yıl	28	%19,2
	11 Yıl ve Üzeri	1	%0,7

Tablo 6'da çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde %50'sinin 0-3 yıl, %27,4'ünün 4-6 yıl ve %22,6'sının 7 ve üzeri yıl mesleki deneyimleri olduğu, %23,3'ünün 0-1 yıl, %56,8'inin 2-5 yıl, %19,2'sinin 5-10 yıl ve %0,7'sinin 11 yıl ve üzerinde yoğun bakım/palyatif bakım birimlerinde deneyim sahibi olduğu deneyimi olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Hemşirelerin Palyatif Bakım Ya Da Yoğun Bakım Hakkında Eğitim Alma Durumları ve Eğitim Kaynaklarına ve Palyatif Bakımla İlgili Sorulara Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımları (n:146)

Eğitim Alma Durumları ve Eğitim Kaynakları		Sayı	Yüzde (%)
Palyatif Bakım Ya Da Yoğun Bakım Hakkında Eğitim Alma Durumları	Eğitim Alan	83	%56,8
	Eğitim Almayan	63	%43,2
Eğitim Kaynakları	Hemşirelik Eğitimi Alınan Kurum	47	%57,3
	Çalışılan Kurumun Hizmet İçi Eğitimleri	20	%24,4
	Katıldığı Bilimsel Kongre ve Seminerler	6	%7,3
	Kitap, İnternet vb.	1	%1,2
	Diğer	1	%1,2
	Hemşirelik Eğitimi Alınan Kurum ve Hizmet içi Eğitimler	7	%8,5
Palyatif Bakım Kursuna Katıldınız Mı?	Evet	21	%14,4
	Hayır	125	%85,6
Palyatif Bakım Sertifikanız Var Mı?	Evet	8	%5,5
	Hayır	138	%94,5
Yoğun Bakım Kursuna Katıldınız Mı?	Evet	26	%17,8
	Hayır	120	%82,2
Yoğun Bakım Sertifikanız Var Mı?	Evet	11	%7,5
	Hayır	135	%92,5

Tablo 7'de çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim alma durumları ve eğitim kaynaklarına ve palyatif bakımla ilgili sorulara verdikleri cevaplara göre dağılımlarına bakıldığında %56,8'inin palyatif bakım hakkında eğitim alırken %43,2'sinin almadığı, katılan hemşirelerim eğitim kaynaklarına göre dağılımları incelendiğinde almış olduğu eğitimin %57,3'nün hemşirelik eğitimi aldığı kurumdan, %24,4'nün çalıştığı kurumun hizmet içi eğitimlerinden, %7,3'ünün kongre/seminerlerden, %1,2'sinin kitap, internet vb. kaynaklardan, %8,5'inin okul ve kurumun her ikisinden ve %1,2'sinin diğer kaynaklar aracılığı ile bu eğitimi aldıkları, hemşirelerin %14,4'ünün palyatif bakımla ilgili bir kursa katılırken %85,6'sının katılmadığı, %5,5'inin palyatif bakım sertifikası bulunurken %94,5'inin bulunmadığı, %17,8'inin yoğun bakımla ilgili bir kursa katılırken %82,2'sinin

katılmadığı, %7,5'inin yoğun bakım sertifikası bulunurken %92,5'inin bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 8. Hemşirelerin Çalıştığı Kurumda Ölümle Karşılaşma Sıklığına Göre Dağılımları (n:146)

Çalıştığınız Kurumda Ölümle Karşılaşma Sıklığınız Nedir?	Sayı	Yüzde (%)
Ayda 1-2 Kez	19	%13
Haftada 1-2 Kez	31	%21,2
Sürekli	96	%65,8
Toplam	146	100

Tablo 8'de çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumda ölümle karşılaşma sıklıklarına göre dağılımları incelendiğinde %13'ünün ayda 1-2 kez, %21,2'sinin haftada 1-2 kez ve %65,8'inin sürekli karşılaştıkları görülmektedir.

4.2. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeğine Göre Dağılımları

Bu bölümde hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçek puanları ve bağımsız değişkenlerle ilişkisine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 9. Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranış Ölçeği Puan Ortalamaları

	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
Tutum	21	43	33,17	4,87
Davranış	6	30	17,72	4,95
Toplam Ölçek Ortalaması	30	72	50,89	8,13

Tablo 9'da YSBYTDÖ tutum alt boyut puan ortalaması 33,17 (SS:4,87), davranış alt boyut puan ortalaması 17,72 (SS: 4,95), toplam ölçek puan ortalamasının 50,89 (SS: 8,13) olduğu görülmektedir.

Tablo 10. Hemşirelerin YSBYTD Ölçeği' ne Verdikleri Yanıtlar İçin Tanımlayıcı İstatistikler

		Sayı	Yüzde(%)
1.Bir hasta öldüğü zaman aile üyeleri ile birlikte ağlama konusunda genellikle kendimi rahat hissederim.	Tamamen katılmıyorum	50	34,2
	Katılmıyorum	42	28,8
	Kısmen katılıyorum	29	19,9
	Katılıyorum	17	11,6
	Tamamen katılıyorum	8	5,5
2.Diğer sağlık profesyonelleri hazır değilken bile, yaşam sonu bakım sunmaya hazırımdır.	Tamamen katılmıyorum	5	3,4
	Katılmıyorum	19	13,0
	Kısmen katılıyorum	32	21,9
	Katılıyorum	47	32,2
	Tamamen katılıyorum	43	29,5
3.Yaşam sonu bakıma ilişkin deneyimlerimi diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşmaya önem veririm.	Tamamen katılmıyorum	0	0,0
	Katılmıyorum	4	2,7
	Kısmen katılıyorum	15	10,3
	Katılıyorum	71	48,6
	Tamamen katılıyorum	56	38,4
4.Ölmek üzere olan hastanın yanında bulunmanın önemli olduğu kanısındayım.	Tamamen katılmıyorum	3	2,1
	Katılmıyorum	7	4,8
	Kısmen katılıyorum	24	16,4
	Katılıyorum	68	46,6
	Tamamen katılıyorum	44	30,1
5.Bakım verici rolümün ailenin hastayla ilgili alternatifleri değerlendirmesine yardımcı	Tamamen katılmıyorum	1	0,7
	Katılmıyorum	17	11,6
	Kısmen katılıyorum	25	17,1

olduğuna inanıyorum.	Katılıyorum	69	47,3
	Tamamen katılıyorum	34	23,3
6.Yaşam sonu hasta bakımını sağladıktan sonra duygusal bir tepki (ağlama, sessiz kalma, üzülme gibi) veririm.	Tamamen katılmıyorum	47	32,2
	Katılmıyorum	34	23,3
	Kısmen katılıyorum	32	21,9
	Katılıyorum	26	17,8
	Tamamen katılıyorum	7	4,8
7.Yaşam sonu bakımı hem hastanın hem de hasta ailesinin ihtiyaçlarına odaklanma olarak tanımlarım.	Tamamen katılmıyorum	12	8,2
	Katılmıyorum	5	3,4
	Kısmen katılıyorum	27	18,5
	Katılıyorum	76	52,1
	Tamamen katılıyorum	26	17,8
8.Yaşam sonu hasta bakımında yeterli olmadığımı düşünürüm.	Tamamen katılmıyorum	51	34,9
	Katılmıyorum	53	36,3
	Kısmen katılıyorum	22	15,1
	Katılıyorum	15	10,3
	Tamamen katılıyorum	5	3,4
9.Gereksinimlerini belirlemek için hastaya soru sormada kendimi rahat hissederim.	Tamamen katılmıyorum	12	8,2
	Katılmıyorum	4	2,7
	Kısmen katılıyorum	20	13,7
	Katılıyorum	60	41,1
	Tamamen katılıyorum	50	34,2
10.Yaşam sonu hasta bakımı verirken “Bunu kimin için yapıyoruz?” Sorusunu kendime sorarım.	Tamamen katılmıyorum	20	13,7
	Katılmıyorum	31	21,2
	Kısmen katılıyorum	32	21,9
	Katılıyorum	40	27,4
	Tamamen katılıyorum	23	15,8
1.Ölüm sürecinde hastaya neler olabileceğini hastanın ailesine açıklarım.	Asla	34	23,3
	Nadiren	50	34,2
	Ara sıra	19	13,0

	Genellikle	31	21,2
	Her zaman	12	8,2
2.Hastanın ellerini, ailenin dokunması için örtü üzerine koymak ve ailenin oturabilmesi için hasta yatağının yakınına sandalye yerleştirmek gibi uygulamalarla ailenin ölüm sürecinde olan hastayla etkileşime girmesini desteklerim.	Asla	34	23,3
	Nadiren	50	34,2
	Ara sıra	19	13,0
	Genellikle	31	21,2
	Her zaman	12	8,2
3.Aileye hastayla vedalaşmaları için zaman veririm.	Asla	6	4,1
	Nadiren	19	13,0
	Ara sıra	22	15,1
	Genellikle	63	43,2
	Her zaman	36	24,7
4.Işıkları kapatma, odayı temizleme, yatağın kenarlıklarını indirme ve mendil verme gibi uygulamalarla ölmek üzere olan hasta için sakin bir ortam sağlarım.	Asla	16	11,0
	Nadiren	26	17,8
	Ara sıra	27	18,5
	Genellikle	45	30,8
	Her zaman	32	21,9
5.Aileyi, yaşamsal destekleri kesme konusunda karar alırken desteklerim.	Asla	55	37,7
	Nadiren	34	23,3
	Ara sıra	16	11,0
	Genellikle	32	21,9
	Her zaman	9	6,2
6.Hasta ailesine hastanın hastaneye yatıştan önceki yaşamı hakkında sorular sorarım.	Asla	23	15,8
	Nadiren	47	32,2
	Ara sıra	30	20,5
	Genellikle	34	23,3
	Her zaman	12	8,2

Tablo 11'de hemşirelerin yoğun bakım hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı gösterilmiştir. "Bir hasta öldüğü zaman aile üyeleri ile birlikte ağlama konusunda genellikle kendimi rahat hissederim" cümlesini %34,2'sinin "Tamamen katılmıyorum", %28,8'inin "Katılmıyorum", %19,9'unun "Kısmen katılıyorum", %11,6'sının "Katılıyorum" ve %5,5'inin "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevapladıkları tespit edilmiştir. "Diğer sağlık profesyonelleri hazır değilken bile yaşam sonu bakım sunmaya hazırımdır" cümlesini %3,4'ünün "Tamamen katılmıyorum", %13'ünün "Katılmıyorum", %21,9'unun "Kısmen katılıyorum", %32,2'sinin "Katılıyorum" ve %29,5'inin "Tamamen katılıyorum" şeklinde ifade ettikleri saptanmıştır. "Yaşam sonu bakıma ilişkin deneyimlerimi diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşmaya önem veririm" cümlesini %2,7'sinin "Katılmıyorum", %10,3'ünün "Kısmen katılıyorum", %48,6'sının "Katılıyorum" ve %38,4'ünün "Tamamen katılıyorum" şeklinde beyan ettikleri görülmüştür. "Ölmek üzere olan hastanın yanında bulunmanın önemli olduğu kanısındayım" cümlesini %2,1'inin "Tamamen katılmıyorum", %4,8'inin "Katılmıyorum", %16,4'ünün "Kısmen katılıyorum", %46,6'sının "Katılıyorum" ve %30,1'inin "Tamamen katılıyorum" şeklinde açıkladıkları belirlenmiştir. "Bakım verici rolümün ailenin hastayla ilgili alternatifleri değerlendirmesine yardımcı olduğuna inanıyorum" cümlesini %0,7'sinin "Tamamen katılmıyorum", %11,6'sının "Katılmıyorum", %17,1'inin "Kısmen katılıyorum", %47,3'ünün "Katılıyorum" ve %23,3'ünün "Tamamen katılıyorum" şeklinde yorumladıkları tespit edilmiştir.

"Yaşam sonu hasta bakımını sağladıktan sonra duygusal bir tepki (ağlama, sessiz kalma, üzülme gibi) veririm" %32,2'sinin "Tamamen katılmıyorum", %23,3'ünün "Katılmıyorum", %21,9'unun "Kısmen katılıyorum", %17,8'inin "Katılıyorum" ve %4,8'inin "Tamamen katılıyorum" şeklinde cevapladıkları saptanmıştır. "Yaşam sonu bakımı hem hastanın hem de hasta ailesinin ihtiyaçlarına odaklanma olarak tanımlarım" cümlesini %8,2'sinin "Tamamen katılmıyorum", %3,4'ünün "Katılmıyorum", %18,5'inin "Kısmen katılıyorum", %52,1'inin "Katılıyorum" ve %17,8'inin "Tamamen katılıyorum" şeklinde ifade ettikleri görülmüştür. "Yaşam sonu hasta bakımında yeterli olmadığımı düşünürüm" cümlesini %34,9'unun "Tamamen katılmıyorum", %36,3'ünün "Katılmıyorum", %15,1'inin "Kısmen katılıyorum", %10,3'ünün "Katılıyorum" ve %3,4'ünün

“Tamamen katılıyorum” şeklinde beyan ettikleri belirlenmiştir. “Gereksinimlerini belirlemek için hastaya soru sormada kendimi rahat hissederim” cümlesini %8,2’sinin “Tamamen katılmıyorum”, %2,7’sinin “Katılmıyorum”, %13,7’sinin “Kısmen katılıyorum”, %41,1’inin “Katılıyorum” ve %34,2’sinin “Tamamen katılıyorum” şeklinde açıkladıkları tespit edilmiştir. “Yaşam sonu hasta bakımı verirken “Bunu kimin için yapıyoruz?” sorusunu kendime sorarım” cümlesini %13,7’sinin “Tamamen katılmıyorum”, %21,2’sinin “Katılmıyorum”, %21,9’unun “Kısmen katılıyorum”, %27,4’ünün “Katılıyorum” ve %15,8’inin “Tamamen katılıyorum” şeklinde yorumladıkları saptanmıştır. “Ölüm sürecinde hastaya neler olabileceğini hastanın ailesine açıklarım” cümlesini %23,3’ünün “Asla”, %34,2’sinin “Nadiren”, %13’ünün “Ara sıra”, %21,2’sinin “Genellikle” ve %8,2’sinin “Her zaman” şeklinde cevapladıkları görülmüştür. “Hastanın ellerini ailenin dokunması için örtü üzerine koymak ve ailenin oturabilmesi için hasta yatağının yakınına sandalye yerleştirmek gibi uygulamalarla ailenin ölüm sürecinde olan hastayla etkileşime girmesini desteklerim” cümlesini %23,3’ünün “Asla”, %34,2’sinin “Nadiren”, %13’ünün “Ara sıra”, %21,2’sinin “Genellikle” ve %8,2’sinin “Her zaman” şeklinde ifade ettikleri belirlenmiştir. “Aileye hastayla vedalaşmaları için zaman veririm” cümlesini %4,1’inin “Asla”, %13’ünün “Nadiren”, %15,1’inin “Ara sıra”, %43,2’sinin “Genellikle” ve %24,7’sinin “Her zaman” şeklinde beyan ettikleri tespit edilmiştir. “Işıkları kapatma, odayı temizleme, yatağın kenarlıklarını indirme ve mendil verme gibi uygulamalarla ölmek üzere olan hasta için sakin bir ortam sağlarım” cümlesini %11’inin “Asla”, %17,8’inin “Nadiren”, %18,5’inin “Ara sıra”, %30,8’inin “Genellikle” ve %21,9’unun “Her zaman” şeklinde açıkladıkları saptanmıştır. “Aileyi yaşamsal destekleri kesme konusunda karar alırken desteklerim” cümlesini %37,7’sinin “Asla”, %23,3’ünün “Nadiren”, %11’inin “Ara sıra”, %21,9’unun “Genellikle” ve %6,2’sinin “Her zaman” şeklinde yorumladıkları görülmüştür. “Hasta ailesine hastanın hastaneye yatıştan önceki yaşamı hakkında sorular sorarım” cümlesini %15,8’inin “Asla”, %32,2’sinin “Nadiren”, %20,5’inin “Ara sıra”, %23,3’ünün “Genellikle” ve %8,2’sinin “Her zaman” şeklinde cevapladıkları belirlenmiştir.

4.3. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği Ölçek Puanlarının Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Etmenler ile Karşılaştırılması

Tablo 11. Hemşirelerin YSBYTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Yaş grupları	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	20-25 yaş	38	33,73	4,43	,592	,554
	26-31 yaş	85	32,80	5,14		
	32 yaş ve üzeri	23	33,60	4,58		
Davranış	20-25 yaş	38	17,65	4,73	4,808	0,010*
	26-31 yaş	85	17,00	5,01		
	32 yaş ve üzeri	23	20,52	4,26		

Tablo 11'de hemşirelerin YSBYTDÖ tutum alt boyut puan ortalamalarının yaş grupları ile karşılaştırılması incelendiğinde yaş grupları ve tutum alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p:0,554, p>0,05), yaş grupları ve davranış alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05) saptanmıştır.

Bonferroni test sonucunda "26-31 yaş" ile "32 yaş ve üzeri" grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=,007). 32 yaş ve üzeri grubunda yer alan kişilerin toplam puan ortalamasının 26-31 yaş grubunda olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Hemşirelerin YSBYTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamasının Yaş Grupları İle Karşılaştırılması

	Yaş grupları	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	20-25 yaş	38	51,39	7,54	5,367	0,068
	26-31 yaş	85	49,80	8.47		
	32 yaş ve üzeri	23	54,13	7,10		

Tablo 12'de hemşirelerin YSBYTDÖ toplam ölçek puan ortalamasının yaş grupları ile karşılaştırılması incelendiğinde yaş grupları ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. (p:0,068, p>0,05).

Tablo 13. Hemşirelerin YSBYTDÖ Puan Ortalamalarının Cinsiyet İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	Kadın	97	33,41	5,11	2090,5	0,234
	Erkek	49	32,69	4,36		
Davranış	Kadın	97	17,87	4,91	0,514	0,608
	Erkek	49	17,42	5,08		
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Kadın	97	51,28	8,41	0,817	0,415
	Erkek	49	50,12	7,58		

Tablo 13'de hemşirelerin YSBYTDÖ apuan ortalamalarının cinsiyet ile karşılaştırılması incelendiğinde cinsiyet ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p:0,234, p>0,05), cinsiyet ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p:0,608, p>0,05),

cinsiyet ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. (p:0,415, p>0,05)

Tablo 14. Hemşirelerin YSBYTDÖ Puan Ortalamalarının Eğitim Durumları İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P Değeri
Tutum	Lisans	118	33,19	4,90	1589,5	0,755
	Lisansüstü	28	33,07	4,80		
Davranış	Lisans	118	17,45	4,97	1395,5	0,201
	Lisansüstü	28	18,85	4,81		
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Lisans	118	50,65	8,39	1522,0	0,518
	Lisansüstü	28	51,92	7,01		

Tablo 14'de hemşirelerin YSBYTDÖ ölçek ortalamalarının eğitim durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde eğitim durumu ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p:0,755, p>0,05), eğitim durumu ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p:0,201, p>0,05), eğitim durumu ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. (p:0,518, p>0,05).

Tablo 15. Hemşirelerin YSBYTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Mesleki Deneyim Süreleri İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Mesleki Deneyim Süreleri	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P Değeri
Tutum	0-3 yıl	73	33,84	4,29	12,453	**0,002**
	4-6 yıl	40	30,97	5,15		
	7 yıl ve üzeri	33	34,33	5,01		
Davranış	0-3 yıl	73	17,16	4,96	4,904	**0,009**
	4-6 yıl	40	16,85	4,67		
	7 yıl ve üzeri	33	20,03	4,72		

Tablo 15'de hemşirelerin YSBYTDÖ alt boyut puan ortalamalarının mesleki deneyimleri ile karşılaştırılması incelendiğinde mesleki deneyim ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu görülmektedir. ($p<0,05$). Yapılan Bonferroni testi sonucunda mesleki deneyim süresi "4-6 yıl" grubu ile "0-3 yıl" ve "7 yıl ve üzeri" grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p=,005 ve p=,007)

Mesleki deneyim süresi 4-6 yıl olan kişilerin toplam puan ortalamasının 0-3 yıl ve 7 yıl ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür. Mesleki deneyim ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. ($p<0,05$) Bonferroni test sonucunda "7 yıl ve üzeri" grubu ile "0-3 yıl" ve "4-6 yıl" grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p=,016 ve p=,017). Mesleki deneyim süresi 7 yıl ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalamasının 0-3 yıl ve 4-6 yıl olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16. Hemşirelerin YSBYTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamasının Mesleki Deneyimleri İle Karşılaştırılması

	Mesleki Deneyim	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	0-3 yıl	73	51,0137	7,79	10,569	0,005
	4-6 yıl	40	47,8250	7,90		
	7 yıl ve üzeri	33	54,3636	7,93		

Tablo 16'da hemşirelerin YSBYTDÖ toplam ölçek puan ortalamasının mesleki deneyimleri ile karşılaştırılması incelendiğinde mesleki deneyimleri ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. ($p<0,05$). Bonferroni test sonucunda "7 yıl ve üzeri" grubu ile "4-6 yıl" grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=,004). Mesleki deneyim süresi 7 yıl ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalamasının 4-6 yıl olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 17. Hemşirelerin YSBYTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Yoğun Bakım / Palyatif Bakım Deneyim Süreleri İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Yoğun Bakım/Palyatif Bakım Deneyim Süresi	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	0-1 Yıl	34	34,02	4,84	2,105	0,126
	2-5 Yıl	83	32,45	4,82		
	5 Yıl ve üzeri	29	34,20	4,85		
Davranış	0-1 Yıl	34	16,70	5,57	8,759	0,013
	2-5 Yıl	83	17,34	4,39		

	5 Yıl ve üzeri	29	20,00	5,20		

Tablo 17'de hemşirelerin YSBYTDÖ alt boyut puan ortalamasının yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ile karşılaştırılması incelendiğinde yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05), yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. (p<0,05). Bonferroni test sonucunda "5 yıl ve üzeri" grubu ile "0-1 yıl" ve "2-5 yıl" grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (p=,021 ve p=,024).

Tablo 18. Hemşirelerin YSBYTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamasının Yoğun Bakım / Palyatif Bakım Deneyim Süreleri İle Karşılaştırılması

	Yoğun Bakım/ Palyatif Bakım Deneyim Süresi	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Test(t)**	**P değeri**
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	0-1 Yıl	34	50,73	8,59	3,247	**0,042**
	2-5 Yıl	83	49,80	7,92		
	5 Yıl ve üzeri	29	54,20	7,55		

Tablo 18'de hemşirelerin YSBYTDÖ toplam ölçek puan ortalamasının yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ile karşılaştırılması incelendiğinde yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. (p<0,05). Yoğun bakım/palyatif bakım deneyim süresi 5 yıl ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalamasının 0-1 yıl ve 2-5 yıl olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Bonferroni test sonucunda “5 yıl ve üzeri” grubu ile “2-5 yıl” grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (p=,036). Yoğun bakım/palyatif bakım deneyim süresi 5 yıl ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalamasının 2-5 yıl olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 19. Hemşirelerin YSBYTDÖ Puan Ortalamalarının Palyatif Bakım Hakkında Eğitim Alma Durumları İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Palyatif Bakım Hakkında Eğitim Alma Durumları	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	Evet	83	33,36	3,78	0,509	0,612
	Hayır	63	32,92	6,03		
Davranış	Evet	83	17,39	4,48	0,918	0,360
	Hayır	63	18,15	5,53		
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Evet	83	50,75	6,24	0,235	0,815
	Hayır	63	51,07	10,16		

Tablo 19’da hemşirelerin YSBYTDÖ puan ortalamalarının palyatif bakım hakkında eğitim alma durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde palyatif bakım hakkında eğitim alma durumları ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05) palyatif bakım hakkında eğitim alma durumları durumu ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı(p>0,05), palyatif bakım hakkında eğitim alma durumları ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. (p>0,05).

Tablo 20. Hemşirelerin YSBYTDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Eğitim Aldıkları Kurumlar İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Aldıkları Kurumlar	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	Hemşirelik Eğitimi Alınan Kurum	47	33,59	3,87	0,311	0,817
	Hizmet İçi Eğitimler	20	33,40	3,73		
	Bilimsel Kongre/Seminerler	6	32,00	5,54		
	Diğer	9	33,22	2,38		
Davranış	Hemşirelik Eğitimi Alınan Kurum	47	16,93	4,82	0,966	0,413
	Hizmet İçi Eğitimler	20	17,95	4,09		
	Bilimsel Kongre/Seminerler	6	20,00	3,16		
	Diğer	9	16,88	4,342		

Tablo 20'de hemşirelerin YSBYTDÖ alt boyut puan ortalamalarının eğitim alınan kurumlar ile karşılaştırılması incelendiğinde tutum ölçek alt boyutu ve eğitim alınan yerler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), davranış ölçek alt boyutu ve eğitim alınan yerler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. ($p>0,05$).

Tablo 21. Hemşirelerin YSBYTDÖ Toplam Ölçek Puan Ortalamasının Eğitim Aldıkları Kurumlar İle Karşılaştırılması

	Eğitim Aldıkları Kurumlar	**N**	**Ortalama**	**Standart Sapma**	**Test(t)**	**P değeri**
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Hemşirelik Eğitimi Alınan Kurum	47	50,53	7,40	0,183	0,907
	Hizmet İçi Eğitimler	20	51,35	4,48		
	Bilimsel Kongre/Seminerler	6	52,00	4,33		
	Diğer	9	50,11	4,62		

Tablo 21'de hemşirelerin YSBYTDÖ toplam ölçek puan ortalamalarının eğitim aldıkları kurumlar ile karşılaştırılması incelendiğinde eğitim aldıkları kurumlar ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. ($p>0,05$).

Tablo 22. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Palyatif Bakımla İlgili Kursa Katılma Durumları İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Palyatif Bakımla İlgili Kursa Katılma	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	Evet	21	32,57	4,16	0,608	0,544
	Hayır	125	33,27	4,98		
Davranış	Evet	21	18,42	5,09	1220,5	0,607
	Hayır	125	17,60	4,94		
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Evet	21	51,00	5,83	1260,0	0,769
	Hayır	125	50,88	8,48		

Tablo 22'de hemşirelerin YSBYTDÖ ölçek puan ortalamalarının palyatif bakımla ilgili kursa katılma durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde palyatif bakımla ilgili kursa katılma durumu ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ($p>0,05$), palyatif bakımla ilgili kursa katılma durumu ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), palyatif bakımla ilgili kursa katılma durumu ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. ($p>0,05$).

Tablo 23. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Palyatif Bakımla İlgili Sertifika Sahibi Olma Durumları İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Palyatif Bakımla İlgili Sertifika Alma	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	Evet	8	32,12	2,85	433,0	0,305
	Hayır	138	33,23	4,96		
Davranış	Evet	8	17,62	3,50	0,059	0,953
	Hayır	138	17,73	5,04		
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Evet	8	49,75	5,17	0,409	0,683
	Hayır	138	50,96	8,28		

Tablo 23'de hemşirelerin YSBYTDÖ ölçek puan ortalamalarının palyatif bakımla ilgili sertifika sahibi olma durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde palyatif bakımla ilgili sertifika sahibi olma durumu ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05)., palyatif bakımla ilgili sertifika sahibi olma durumu ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05), palyatif bakımla ilgili sertifika sahibi olma durumu ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. (p>0,05).

Tablo 24. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Yoğun Bakımla İlgili Kursa Katılma Durumları İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Yoğun Bakımla İlgili Kursa Katılma	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	Evet	26	33,19	4,11	1538,5	0,912
	Hayır	120	33,16	5,03		
Davranış	Evet	26	19,30	4,93	1238,5	0,099
	Hayır	120	17,38	4,918		
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Evet	26	52,50	6,71	1378,5	0,353
	Hayır	120	50,55	8,39		

Tablo 24'de hemşirelerin YSBYTDÖ ölçek puan ortalamalarının yoğun bakımla ilgili kursa katılma durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde yoğun bakımla ilgili kursa katılma durumu ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), yoğun bakımla ilgili kursa katılma durumu ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), yoğun bakımla ilgili kursa katılma durumu ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. ($p>0,05$).

Tablo 25. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Yoğun Bakım Sertifikası Sahibi Olma Durumları İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Yoğun Bakım Sertifikası Sahibi Olma	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	Evet	11	33,19	5,72	0,072	0,943
	Hayır	135	33,16	4,81		
Davranış	Evet	11	19,72	4,02	1,396	0,165
	Hayır	135	17,56	5,00		
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Evet	11	53,00	5,40	0,891	0,375
	Hayır	135	50,72	8,31		

Tablo 25'de hemşirelerin YSBYTDÖ ölçek puan ortalamalarının yoğun bakım sertifikasına sahip olma durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde yoğun bakım sertifikasına sahip olma durumları ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), yoğun bakım sertifikasına sahip olma durumu ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), yoğun bakım sertifikasına sahip olma durumu ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. ($p>0,05$).

Tablo 26. Hemşirelerin YSBYTDÖ Ölçek Puan Ortalamalarının Çalışılan Kurumda Ölümle Karşılaşma Sıklığı İle Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Çalışılan Kurumda Ölümle Karşılaşma Sıklığı	N	Ortalama	Standart Sapma	Test(t)	P değeri
Tutum	Ayda 1-2 Kez	19	33,00	4,66	0,107	0,948
	Haftada 1-2 Kez	31	33,67	4,68		
	Sürekli	96	33,04	5,00		
Davranış	Ayda 1-2 Kez	19	15,89	4,44	3,263	0,196
	Haftada 1-2 Kez	31	18,29	4,55		
	Sürekli	96	17,90	5,14		
Toplam Ölçek Puan Ortalaması	Ayda 1-2 Kez	19	48,89	5,64	2,975	0,226
	Haftada 1-2 Kez	31	51,96	6,08		
	Sürekli	966	50,94	9,06		

Tablo 26'da hemşirelerin YSBYTDÖ ölçek puan ortalamalarının çalışılan kurumda ölümle karşılaşma sıklığı ile karşılaştırılması incelendiğinde çalışılan kurumda ölümle karşılaşma sıklığı ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05)., çalışılan kurumda ölümle karşılaşma sıklığı ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05), çalışılan kurumda ölümle karşılaşma sıklığı ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. (p>0,05).

5.TARTIŞMA

Hemşirelerin yaşam sonu dönemdeki hastada görülen semptomları kontrol edip önleyebilmesi ve bütüncül yaklaşabilmesi aynı zamanda gerekli olan kaliteli bakımı sağlayabilmesi için, ilk olarak hastanın problemlerini tanıması, bu problemlere uygun girişimlerde bulunması ve bunun için de oluşturduğu hemşirelik sürecini hasta bakımında kullanması gerekmektedir. (31) Verilmesi planlanan hemşirelik bakımı için palyatif bakım tanımı devreye girmektedir. Palyatif bakım, ilerleyici ve tedavi edilemeyen ölümcül hastalıklarda hayat standardını olabilecek en üst düzeye çıkarmaya yönelik bir bakım sistemi olup amacı, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır. (17) Bu bilgiler ışığında araştırmamız, yaşam sonu bakımın verildiği birimlerde çalışan hemşirelerin tüm bu gereksinimler doğrultusunda yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda bu bölümde tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma İlişkin Mesleki Deneyimlerinin İncelenmesi

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %56,8'inin palyatif bakım hakkında eğitim aldığı, %57,3'ünün bu eğitimi mezun olduğu hemşirelik eğitimi veren kurumdan aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %24,4'ü hizmet içi eğitimlerden, %7,3'ü bu eğitimi kongre ve seminerlerden aldığını belirtmiştir. Miniksar ve ark.'nın (2020) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %22,4'ünün palyatif bakım eğitimi aldığı bulunmuştur (39). Temelli (2018) palyatif bakım veren hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların yalnızca %17,4'ünün palyatif bakım hakkında eğitim aldığını saptamıştır (45). Miniksar ve ark.'nın (2020) yaptıkları çalışma sonucunda katılımcıların %71,6'sının palyatif bakım hakkında eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (39).

Çalışmalardan elde edilen verilerin sonuçları incelendiğinde eğitim alma oranının düşük olduğunu, alınan eğitimlerin büyük oranda hemşirelik eğitimi alınan okullarda verildiğini görmekteyiz. Bu sonucun hemşirelik eğitimi sonrasında kliniklerin hizmet içi eğitimlerinde, düzenlenen kongre, seminer ve bilimsel toplantılarda palyatif bakım konusuna yeterince değinilmediğinden ayrıca ülkemizde palyatif bakımla ilgili düzenlemelerin henüz çok yeni olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz (23).

Çalışmamıza katılan hemşirelerin %14,4'ünün palyatif bakım kursu aldığı, % 5,5'unun palyatif bakım sertifikasına sahip olduğu; %26'sının yoğun bakım kursuna katılıp %7,5'inin yoğun bakım sertifikasına sahip olduğu belirlenmiştir. Önsöz (2013) yoğun bakım hemşireleri ile yapmış olduğu çalışmasında araştırma kapsamındaki yoğun bakım hemşirelerinin %26,4' ünün yoğun bakım hakkında eğitim aldığı ve % 20,9'unun Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası sahibi olduğu sonucuna ulaşmıştır (5). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin palyatif bakım ve yoğun bakım kursuna katılım oranları ve sertifika sahibi olup olmama durumları incelendiğinde bu birimlerde çalışan hemşirelerin sağlık bakanlığı onaylı sertifikalara sahip olma oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız incelenen literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun çalışma yapılan kliniklerde bulunan hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalışmaya yeni başlamış olması ayrıca palyatif bakım temalı kurs ve sertifika programlarının çok sık düzenlenmemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamız sonucunda katılımcıların çalıştıkları kliniklerde ölümle karşılaştıkları; %65,8'inin kliniğinde sürekli ölüm olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve Vermişli (2015) yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların ölümle karşılaşma sıklığını %97,5, Cengiz ve ark. yetişkin yoğun bakım servislerinde çalışan hemşirelerle yapmış oldukları çalışmasında hemşirelerin %31.7'sinin çok sık ölüm olayı gördüğünü belirlemişlerdir (1,46). Çalışmamız sonucunda elde edilen verilerin literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

5.2. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçeğine göre tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler incelendiğinde toplam ölçek puan ortalamasının 50,89±8,18 (min:30, max:72) olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar hemşirelerin bakım algılarının iyi bir düzeyde olduğunu göstermektedir. Tutum alt boyutu incelendiğinde alt boyut puan ortalaması 33,17±4,87 (min:21, max:43), davranış alt boyut puan ortalaması 17,72±4,95 (min:6, max:72) olduğu bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek için yapılan analizler sonucunda tutum alt boyutuna ait Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,60 ile yeterli düzeyde güvenilir olduğu, davranış alt boyutuna ait Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,74 ile oldukça güvenilir olduğu, toplam ölçek için Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,72 ile ölçeğin oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin palyatif bakım ve yoğun bakım hakkında kursa katılım ve sertifika sahibi olma oranlarının düşük olması, alınan eğitimlerin sadece hemşirelik eğitimi alınan kurumlarla sınırlı kalması sonucunda çalışmanın ölçek puan ortalamalarının düşük olduğu düşünülmektedir.

Cengiz ve ark.' in (2020) çalışması incelendiğinde yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranış ölçeği puan ortalamasının 53.79±7.23 olduğu, yaşam sonu tutum ve davranış ölçeğinin davranış alt boyutu puan ortalaması 18.98±4.62, tutum alt boyutu puan ortalaması 34.81±4.47 olduğu saptanmıştır (46). Erzincanlı ve Kasar Sayın'ın (2022) çalışması incelendiğinde yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçeği toplam ölçek puan ortalaması 57.91±10.53, tutum alt boyut puan ortalaması 37.14±7.03, davranış alt boyut puan ortalaması 20.77±4.90 olarak bulunmuştur (47). Çalışmamızın ölçek puan ortalamaları literatür ile karşılaştırıldığında düşük olmasının hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarının yapılan çalışmalara oranla iyi olmadığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde yaşam sonu dönemdeki bireye bakım veren hemşirelerin pek çoğunun bakım esnasında zorluklarla karşılaştığı belirlenmiştir (Yılmaz 2015).

Terzi (2018) kanser tanılı hastalar ve hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında hemşirelerin özellikle iş yükü fazlalığı nedeniyle yaşam sonu dönemdeki bireye bakım vermede zorluk çektiklerini belirtmiştir (35).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaş grupları ile YSBYTD ölçeği toplam ölçek puanı karşılaştırıldığında yaş grupları ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (t: 5,367, p>0.05). Hemşirelerin YSBYTD ölçeği tutum alt boyut puan ortalamalarının yaş grupları ile karşılaştırılması incelendiğinde yaş grupları ve tutum alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (t:0,592, p>0,05), yaş grupları ve davranış alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (t:4,808, p<0,05) saptanmıştır. "26-31 yaş" ile "32 yaş ve üzeri" grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=,007). Katılımcıların yaş grupları ve davranış alt boyutu arasındaki fark incelendiğinde bulunan anlamlı fark, hemşirelerin yaşlarının yaşam sonu bakım davranışlarını etkilediğini göstermektedir. 32 yaş ve üzeri grubunda yer alan kişilerin toplam ölçek puan ortalamasının 26-31 yaş grubunda olan kişilerin toplam ölçek puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buradan 32 yaş ve üzeri grubunda yer alan katılımcıların yaşam sonu bakım tutum ve davranışlarının 26-31 yaş grubunda yer alan katılımcılara göre daha olumlu olduğunu görmekteyiz. Erzincanlı ve Kasar Sayın'ın (2022) çalışması incelendiğinde yaş ve YSBYTD ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (47). İncelenen diğer bir çalışmada yaş grupları ile YSBYTD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (46). Çalışmamızdan elde edilen veriler literatürden farklı olarak bulunmuştur.

Çalışmada hemşirelerin cinsiyetleri ve YSBYTD ölçeği toplam ölçek puan ortalaması karşılaştırıldığında cinsiyet ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (t:0,817, p>0,05). Hemşirelerin YSBYTD ölçeği tutum alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet ile karşılaştırılması incelendiğinde cinsiyet ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t_{tutum}:2090,5, p>0,05; $t_{davranış}$:0,514, p>0,05). Kadın hemşirelerin toplam ölçek puan ortalaması erkek hemşirelere göre daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Yılmaz ve ark.'nın (2017) çalışması incelendiğinde cinsiyet ve bakım davranışları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir. (40)

Cengiz ve ark.'nın (2020) çalışmasında da cinsiyet ile YSBYTD ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$)(46). İncelenen diğer bir çalışmada, cinsiyet ve YSBYTD ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (47). Literatürü oluşturan çalışmalar incelendiğinde çalışmalara katılan hemşirelerin cinsiyetlerinin vermiş oldukları bakıma yönelik tutum ve davranışları üzerinde bir etkisinin olmadığı görülmektedir.

Çalışmada hemşirelerin eğitimleri ve YSBYTD ölçeği toplam ölçek puan ortalaması karşılaştırıldığında eğitim ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. ($p>0,05$). Hemşirelerin YSBYTD ölçeği alt boyut puan ortalamalarının eğitim durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde eğitim durumu ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), eğitim durumu ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. ($p>0,05$) Yılmaz ve ark.'nın (2017) çalışması incelendiğinde eğitim düzeyi ve bakım davranışları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmektedir (40). Erzincanlı ve Kasar Sayın (2022) çalışmalarında eğitim düzeyinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışı etkilediğini, eğitim düzeyi yüksek lisans derecesinde olan yoğun bakım hemşirelerinin YSBYTD ölçeği toplam ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (47). Çalışma sonuçlarının farklılık göstermesinin nedeninin çalışma kapsamına alınan hemşirelerin eğitim durumlarındaki dağılımlarında lisans ve lisansüstü arasındaki farkın yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin mesleki deneyimleri ve YSBYTD ölçeği toplam ölçek puan ortalaması arasındaki fark karşılaştırıldığında mesleki deneyim ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Mesleki deneyim süresi 7 yıl ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalamasının 0-3 yıl ve 4-6 yıl olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin YSBYTD ölçeği alt boyut puan ortalamalarının mesleki deneyimleri ile karşılaştırılması incelendiğinde mesleki deneyim ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Mesleki deneyim ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Yapılan Bonferroni testi sonucunda "4-6 yıl" grubu ile "0-3 yıl" ve "7 yıl ve üzeri" grupları arasında tutum ve davranış alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Mesleki deneyim süresi 4-6 yıl olan kişilerin ölçek alt boyutlarından almış oldukları toplam puan ortalamasının 0-3 yıl ve 7 yıl ve üzeri olan kişilerin ölçek alt boyutlarından almış oldukları toplam puan ortalamasından daha düşük olduğu görülmüştür. Bu fark bize mesleki deneyimi 7 yıl ve üzeri olan katılımcıların yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışının daha iyi olduğunu göstermektedir. Yılmaz ve Vermişli 'nin (2015) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerden çalışma süresi 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin ortalamaları daha yüksektir (1). Yılmaz ve ark.'nın (2017)çalışması incelendiğinde hemşire olarak çalışılan süre arttıkça bakım davranışlarına ilişkin algının değişmediği görülmektedir (40).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçeği toplam ölçek puan ortalamasının yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ile karşılaştırılması incelendiğinde yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve toplam ölçek ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. ($p<0,05$). Yapılan ileri analizler sonucunda yoğun bakım/palyatif bakım deneyim süresi 5 yıl ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalamasının 2-5 yıl olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçeği alt boyut puan ortalamasının yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ile karşılaştırılması incelendiğinde yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. ($p<0,05$). Bonferroni test sonucunda "5 yıl ve üzeri" grubu ile

“0-1 yıl” ve “2-5 yıl” grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (p=,021 ve p=,024).

Yoğun bakım/palyatif bakım deneyim süresi 5 yıl ve üzeri olan kişilerin davranış alt boyut puan ortalamasının 0-1 yıl ve 2-5 yıl olan kişilerin davranış alt boyut puan ortalamasından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen veriler ışığında yoğun bakım veya palyatif bakım biriminde 5 yıldan uzun süre çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik davranışlarının iyi düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda hemşirelerin meslekteki çalışma süreleri incelenmiş olup yoğun bakım ya da palyatif bakım birimlerindeki çalışma sürelerinin değerlendirilmediği saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin YSBYTD ölçeği toplam ölçek puan ortalamasının palyatif bakım eğitimi alma durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde palyatif bakım eğitimi almış olma ve toplam ölçek ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. (p>0,05). Hemşirelerin YSBYTD ölçeği alt boyut puan ortalamalarının palyatif bakım hakkında eğitim alma durumları ile karşılaştırılması incelendiğinde palyatif bakım hakkında eğitim alma durumları ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05), palyatif bakım hakkında eğitim alma durumları durumu ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05) görülmektedir. Yapılan literatür çalışmaları incelendiğinde Yılmaz ve Vermişli’ nin (2015) araştırmada ölüme yaklaşan hasta ile ilgili eğitim alma durumunun bakım verme yaklaşımını etkilemediği, Cengiz ve ark.’nın (2020) yaşam sonu bakıma yönelik eğitim alan hemşirelerin yaşam sonu tutum ve davranış ölçeği puan ortalamasının bu konuda eğitim almayanlara oranla daha yüksek olduğu ve gruplar arasında görülen farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, Erzincanlı ve Kasar Sayın’ın (2022) çalışmasında yaşam sonu dönem hakkında eğitim alma durumu ile YSBYTD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı belirlenmiştir (1,46,47). Literatür çalışmaları birbirleri ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan hemşirelerin palyatif bakım kursuna katılım ve palyatif bakım sertifikasına sahip olma, yoğun bakım kursuna katılmış olma ve yoğun bakım sertifikasına sahip olma durumları ve çalıştıkları klinikte ölümle karşılaşma sıklıklarının YSDYTD ölçeği ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0,05$) hemşirelerin ölmek üzere olan hastaya bakım verme davranışları üzerinde bu parametrelerin etkili olmadığı görülmektedir.

Literatür incelendiğinde; Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) araştırmasının sonucunda katılımcıların büyük çoğunluğunun ölüm ile karşılaştığı ve bu konuda eğitim aldığı, hemşirelerin yarısından fazlasının ise ölümü doğal bir olay olarak algıladığı ve hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının olumlu olmadığı, Önsöz'ün (2013) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım eğitimi alıp almama durumlarının yaşam sonu dönemdeki bakım davranışı üzerinde etkisinin olmadığı, Temelli'nin (2018) palyatif bakım veren hemşirelerle yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların kliniklerinde ölümle karşılaşma sıklığı arttıkça duyarsızlaştıkları, Cengiz ve ark.'nın (2020) çalışmasında ölüm görme sıklığı açısından yaşam sonu döneme yönelik tutum ve davranış ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark saptanmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir (1,5,45,46).

Araştırma sonuçları birbiri ile paralellik göstermekte olup yoğun bakım/palyatif bakım kurslarına katılıp sertifika sahibi olan hemşire sayısının az olması, katılımcıların ölümle karşılaşma sıklığı arttıkça duyarsızlaşmaları gibi sebeplerden ötürü yaşam sonu dönemdeki bakım davranışları üzerinde bu faktörlerin etkili olmadığı düşünülmektedir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.SONUÇ

Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Ölçek puanları incelendiğinde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçeği toplam ölçek puan ortalamasının 50,8973±8,13, tutum alt boyut puan ortalamasının 33,1712±4,87, davranış alt boyut puan ortalamasının 17,726±4,95 olduğu,

Yaş ve YSBYTDÖ alt boyut puan ortalamalarına bakıldığı zaman; tutum alt boyutu ve yaş arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p:0,554, p>0,05), yaş grupları ve davranış alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05), yaş grupları ve toplam ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p:0,68, p>0,05),

Mesleki deneyim süresi ve YSBYTDÖ alt boyut puan ortalamalarına bakıldığı zaman; mesleki deneyim süresi ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu (p<0,05), mesleki deneyim ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05), mesleki deneyimleri ve toplam ölçek ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05),

Palyatif bakım ya da yoğun bakım deneyimi süresi ve YSBYTDÖ alt boyut puan ortalamalarına bakıldığı zaman; yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve tutum ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05), yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve davranış ölçek alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05), yoğun bakım ya da palyatif bakım deneyim süreleri ve toplam ölçek ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,05),

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranış düzeylerinin olumlu olduğu,

Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları üzerinde ‘‘yaş, mesleki deneyim süresi ve palyatif bakım ya da yoğun bakım deneyimine sahip olma’’ faktörlerinin etkili olduğu,

Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları üzerinde ‘‘cinsiyet, eğitim düzeyi, palyatif bakım veya yoğun bakım hakkında eğitim almış olma ya da kurs programına katılma, sertifika sahibi olup olmama durumu, kliniklerinde ölümle karşılaşma sıklıkları,’’ faktörlerinin bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

6.2.ÖNERİLER

Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarının incelendiği bu çalışma sonucunda;

Hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik bilgi düzeylerini arttırmak için gerekli bilimsel /hizmet içi eğitimler/ sertifika programlarının düzenlenmesi ve katılımlarının desteklenmesi,

Yoğun bakım deneyimi yüksek olan hemşireler tarafından yoğun bakım ya da palyatif bakım servislerinde çalışmaya yeni başlayan hemşirelere mentörlük programları planlanması ve uygulanması,

Yoğun bakım ya da palyatif bakımda çalışmaya başlayan hemşireler için hastanelerin bu konuda uzmanlaşmış bir ekip kurması,

Hemşirelikte lisansüstü eğitim programları içerisinde palyatif bakım hemşireliği ve yoğun bakım hemşireliği anabilim dalları sayısı arttırılarak bu alanda uzman hemşireler yetiştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

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

2.Akyol, A. Yetişkinde Ölüm Süreci Ve Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 26 (3) : 59-72

3. Olgun, N., Ölüm Ve Ölüme Yaklaşan Hastaya Yaklaşım. İçinde Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (Eti Aslan F., Karadakovan A.). Adana: Nobel Kitabevi, 2013, Syf.213-221

4.Aksu, T., Okçay, H. Yaşam Dönemlerine Göre Ölüm Algısı Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(14);113-126.

5.Önsöz. B.S. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumları İle Ruhsal Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2013:167

6.Amaç Menekli.T. Yoğun Bakım Ve Yaşam Sonu Bakım. İçinde Yoğun Bakım Hemşireliği (Akyol Durmaz. A.). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2017, Syf.417-434

7. Birol, L. Terminal Evredeki Hasta Bakımı. İçinde İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı (Nuran Akdemir, Leman Birol). Ankara: Sistem Ofset 2004,

8.Sucaklı, H. M. Ölmekte Olan Hasta Ve Yaşam Sonu Bakım. Turkısh Journal Of Famıly Medıcıne And Prımary Care, 2013;(7)3:52-57

9.Çavdar İ. Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı. Türk Onkoloji Dergisi 2011;26(3):142-147

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

11.Arıkan Dirimen . G. Palyatif Bakım Tanımı Ve Felsefesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2016;(8),3:1-5

12.Gultekin M, Ozgul N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010;1-6.

13.Radbruch L., Payne SH. And The Board Directors Of The European Association Of Palliative Care (EAPC) White Paper On Standards And Norms Of Hospice And Palliative Care İn Europe: Part 1. European Journal Of Palliative Care 2009;(16)6:278-289

14.Elçiligil. A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi 2012:329-334

15.Graham F, Clark D. WHO Definition Of Palliative Care Medicine. 2008; 2(36): 64-66.

16.Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim Dergisi 2011; 24: 4-9.

17.Özkan. S. Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif Ve Yaşam Sonu Bakımı, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi 2010; Sempozyum Özel Sayısı

18.Lorenz. KA., Lynn. J., Dy SM. Et Al. Evidence For İmproving Palliative Care At The End Of Life: A Systematic Review. Ann Internal Medicine Journal 2008;148:147-59

19.Https://Docplayer.Biz.Tr/18242990-Turkiye-De-Palyatif-Bakim-Acisindan-Mevcut-Durum-Ve-Onkoloji-Hasta-Yonetimine-Entegrasyonu.Html (Erişim Tarihi:25.02.2020)

20.Http://Www.Acibademhemsirelik.Com/E-Dergi/82/Makale.Asp (Erişim Tarihi:25.02.2020)

21.Https://Khgmozellikli.Saglik.Gov.Tr/Svg/Palyatif.Php (Erişim Tarihi:25.02.2020)

22.Benli. RA., Erbesler Abidin. Z. Türkiye'de Palyatif Bakımda Uygulama Ve Anlayış Farklılıkları. Türk Aile Hekimleri Dergisi 2016; 20(1): 5-6

23.Uslu Şahan. F., Terzioğlu. F. Dünya'da Ve Türkiye'de Palyatif Bakım Eğitimi Ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;(4)2:81-90

24.Aslan, Ş., Özen Yağcı, M. Multidisipliner Bir Ekip Çalışması: Kanser Hastalarında Yaşamın Son Döneminde Bakım. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2019;7(5):191–196

25.Çakır. L., Enginyurt. Ö. Palyatif Bakım Ve Bası Yarası, Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2016:8(3):19-25

26.Https://Dosyamerkez.Saglik.Gov.Tr/Eklenti/2817,Palyatif-Bakim-Hizmetleri-Yonergesipdf.Pdf?0 (Erişim Tarihi:25.02.2020

27. Ay. M.A. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta Ve Ötenaziye İlişkin Tutumları. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013

28. Canbolat, Ö., Özkal,F. Palyatif Bakım Dersi Alan Ve Almayan Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakıma Yönelik Düşünceleri. Necmettin Erbakan Üniversitesi Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; (1)1:27-39

29. Terzi, B., Kaya, N. Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi 2011;(7)1:21-25

30. Tavşanlı, G., N., Çeçen, D., Tayhan, E., Kahraman, G. Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Hastalara Karşı Duygu Ve Tutumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016; (3)4:470-475

31. The European Association For Palliative Care (2013) Recommendations Of The European Association For Palliative Care (EAPC) For The Development Of Undergraduate Curricula İn Palliative Medicine At European Medical Schools. Http://Www.Eapcnet.Eu/Linkclick.Aspx?Fileticket=S1MI-Tuıutq%3d&Tabid=1717 (Erişim Tarihi: 25.02.2020)

32. Eisendrath, SJ., Chamberlain, JR., Current., Yoğun Bakım Ve Tedavi: Psikiyatrik Problemler 2. Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara; 2004. 466-477

33.Sucaklı. H.M., Koşar Y. Palyatif Bakım Ve Yaşam Kalitesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 2016;(8)3:34-39

34.Erdemir. F., Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; 2012.369-376

35.Terzi K. Kanser Tanılı Hastalar Ve Hemşirelerin Bakış Açısıyla Yaşam Sonu Dönem Ve Bakım. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2018

36.Https://Www.Ttb.Org.Tr/Mevzuat/İndex.Php?Option=Com_Content&View=Article&İd=502:6283&Catid=1:Yasa&Itemid=28 (Erişim Tarihi:28.04.2022)

37.Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle İlişkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015;23(1):32-40.

38. Al Qadire M, Al Khalaileh M. Jordanian Nurses Knowledge And Attitude Regarding Pain Management. Pain Management Nursing 2014;15(1):220-8.

39.Miniksar H. Ö., Dişli Korkmaz Z., Tunç Z., Delen Acun L., Honca M. Yoğun Bakım Ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Çalışanların Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Ve Görüşlerinin Belirlenmesi: Anket Çalışması. Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi 2020;3(1):61-68

40.Yılmaz Uzelli D., Korhan Akın E., Khorshid L. Bir Palyatif Bakım Kliniğinde Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi. International Journal Of Human Sciences 2017; 14(3): 2968-2980

41.Badır A., Topçu İ., Türkmen E. Ve Ark. Turkish Critical Care Nurses' Views On End-Of-Life Decision Making And Practices. British Association Of Critical Care Nurses 2015;1-9

42. Latour M. J., Fulbrook P., Albarran W. J. Efccna Survey: European İntensive Care Nurses' Attitudes And Beliefs Towards End-Of-Life Care. British Association Of Critical Care Nurses 2009;14(3):110-121

43. Langley G., Schmollgruber S., Fullbrook P., Albarron W. J., Latour M. J. South African Critical Care Nurses' Views On End-Of-Life Decision-Making And Practices. British Association Of Critical Care Nurses 2013;1-9

45.Coombs M., Fulbrook P., Donovan S., Tester R., Devries K. Certainty And Uncertainty About End Of Life Care Nursing Practices İn New Zealand Intensive Care Units: A Mixed Methods Study. Australian Critical Care 2015;1-5

45. Temelli G. Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algısı Ve Palyatif Bakım Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2018:65

46. Cengiz Z., Yıldırım H., Kömürkara S. Hemşirelerde Kendini Gerçekleştirme, Palyatif Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışları Nasıl Etkiler?. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2020;8(3): 578-589

47.Erzincanlı S., Kasar Sayın K. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışlarının Klinik Karar Vermeye Etkisi. Turk Journal Of Intensive Care 2022

48.Yalçınkaya Özel S. "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışları Ölçeği"nin Türk Kültürüne Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu 2016

EKLER

EK-1: Kişisel Bilgi Formu

TERMİNAL DÖNEM HASTALARINA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi, Nevval DEMİR ve Yasemin TOKEM tarafından yürütülen 'Terminal Dönem Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi' başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1)Yaşınız…..

2-Cinsiyetiniz? 1)Kadın 2)Erkek

3-Eğitim Durumuz? 1)Lisans 2)Lisansüstü

4-Mesleki Deneyim Süreniz…….

5-Yoğun Bakım/ Palyatif Bakım Deneyim Süreniz……

1)0-1 yıl 2)2-5 yıl

3)5-10 yıl 4)11 yıl ve üzeri

6- Palyatif Bakım Hakkında Eğitim Aldınız Mı?(Cevabınız Hayır İse 8.soruya Geçiniz) 1)Evet 2)Hayır

7-Cevabınız Evet İse Bu Eğitimi Nerede Aldınız?

1)Hemşirelik eğitimi aldığım kurumda

2)Çalıştığım kurumun hizmet içi eğitimlerinde

3)Katıldığım bilimsel kongre/seminerlerde

4)Kitap, İnternet vb.

5)Diğer

8- Palyatif Bakımla İlgili Bir Kursa Katıldınız Mı?

1)Evet 2)Hayır

9- Palyatif Bakım Sertifikanız Var Mı?

1)Evet 2)Hayır

10- Yoğun Bakımla İlgili Bir Kursa Katıldınız Mı?

1)Evet 2)Hayır

11- Yoğun Bakım Sertifikanız Var mı?

1)Evet 2)Hayır

12-Çalıştığınız Kurumda Ölümle Karşılaşma Sıklığınız Nedir?

1)Ayda 1-2 kez 2)Haftada 1-2 Kez 3)Sürekli

EK-2: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışları Ölçeği

YAŞAM SONU BAKIM TUTUMLARI

Bu bölüm, yoğun bakım ünitesinde ölüm sürecindeki hasta ve ailesine bakımda bulunurken yaşayabileceğiniz duygu ve düşüncelerden oluşmaktadır. Bir hemşire olarak sizi yaşam sonu bakım verirken aşağıdaki maddelerin hangi ölçüde tanımladığını belirtiniz. Maddelere yanıt verirken düşündüğünüz kutucuğu işaretleyiniz.

Bu sorulara verilecek cevaplarda doğru ya da yanlış olma durumu söz konusu değildir.

	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Bir hasta öldüğü zaman aile üyeleri ile birlikte ağlama konusunda genellikle kendimi rahat hissederim.					
2. Diğer sağlık profesyonelleri hazır değilken bile, yaşam sonu bakım sunmaya hazırımdır.					
3. Yaşam sonu bakıma ilişkin deneyimlerimi diğer sağlık profesyonelleri ile paylaşmaya önem veririm.					
4. Ölmek üzere olan hastanın yanında bulunmanın önemli olduğu kanısındayım.					
5. Bakım verici rolümün ailenin hastayla ilgili altenatifleri değerlendirmesine yardımcı olduğuna inanıyorum.					
6. Yaşam sonu hasta bakımını sağladıktan sonra duygusal bir tepki (ağlama, sessiz kalma, üzülme gibi) veririm.					
7. Yaşam sonu bakımı hem hastanın hem de hasta ailesinin ihtiyaçlarına odaklanma olarak tanımlarım.					
8. Yaşam sonu hasta bakımında yeterli olmadığımı düşünürüm.					
9. Gereksinimlerini belirlemek için hastaya soru sormada kendimi rahat hissederim.					
10. Yaşam sonu hasta bakımı verirken "Bunu kimin için yapıyoruz?" sorusunu kendime sorarım.					

EK-2 Devam

YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIM DAVRANIŞLARI

Bu bölüm yaşam sonu bakımı verdiğiniz hastalar için yapabileceğiniz veya yapamayacağınız davranışlardan oluşmaktadır. Lütfen bu maddelerden hangilerinin sizin hastaya ve ailesine karşı gerçekleştirdiğiniz bakımı tanımladığını belirtiniz. Sizi anlattığını düşündüğünüz ifadeyi işaretleyiniz.

Bu sorulara verilecek cevaplarda doğru ya da yanlış olma durumu söz konusu değildir.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Genellikle	Her zaman
1. Ölüm sürecinde hastaya neler olabileceğini hastanın ailesine açıklarım.					
2. Hastanın ellerini, ailenin dokunması için örtü üzerine koymak ve ailenin oturabilmesi için hasta yatağının yakınına sandalye yerleştirmek gibi uygulamalarla ailenin ölüm sürecinde olan hastayla etkileşime girmesini desteklerim.					
3. Aileye hastayla vedalaşmaları için zaman veririm.					
4. Işkları kapatma, odayı temizleme, yatağın kenarlıklarını indirme ve mendil verme gibi uygulamalarla ölmek üzere olan hasta için sakin bir ortam sağlarım.					
5. Aileyi, yaşamsal destekleri kesme konusunda karar alırken desteklerim.					
6. Hasta ailesine hastanın hastaneye yatıştan önceki yaşamı hakkında sorular sorarım.					

EK-3: Ölçek Kullanım İzni

sultan özel 20 Şubat Per 11:24 (6 gün önce)

Alıcı: ben

Sayın DEMİR;

Tezin tamamı YÖK TEZ de mevcuttur. Atıfta bulunarak kullanabilirsiniz. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Maddelerden sadece tutum alt boyutundan 8. sorusu ters kodlanmıştır. Onun dışındaki maddelerde 1,2,3,4,5 puanları verilerek kodlanmış ve puan attıkça tutum ve davranışın olumlu olacağı şeklinde yorumlanmıştır. Ancak sadece 8. madde olumsuz anlam içerdiğinden kodlama ters yapılmıştır.

Gönderen: nevval demir <nevvaldemir96@gmail.com>
Gönderildi: 19 Şubat 2020 Çarşamba 12:19
Kime: sultaniozel@hotmail.com <sultaniozel@hotmail.com>
Konu:

Merhaba Sultan Hocam,
Ben Ege Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğum Bakım Ünitesi'nde çalışmakta ve aynı zamanda İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında yüksek lisans eğitimi almakta olan Nevval DEMİR.
Yüksek lisans mezuniyet tezi olarak yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler ile ilgili bir çalışma yapmayı düşündüm. Literatür taraması yaparken sayın Yurdanur DİKMEN hocamızla beraber hazırlamış olduğunuz Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışları Ölçeği'nin Türk Kültürüne Uyarlanması:Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması isimli makalenizi inceledim. İzniniz olursa hazırlamış olduğunuz ölçeği tezimde kullanmak istiyorum.
teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

EK-4: Etik Kurul İzni

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

0165

Sayın, Prof. Dr. Yasemin TOKEM

Karar No: **701**
Tarih: **12.05.2020**

KARAR

"Terminal Dönem Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi",adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde **etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oybirliği** ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Orhan GÖKALP
Kurul Başkanı

İLİŞKİLİ T. KATILMADI
Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Özgür TOSUN
Üye

Doç. Dr. Aslı BAYSAL
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gülay OYUR ÇELİK
Üye

Prof. Dr. Fatih Esad TOPAL
Üye

Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Uzm. Dr. D. Barış KILIÇCIOĞLU
Raportör Üye

KARŞI OY :

EK-5: Kurum İzni 1

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Sayı : E-69586843-600-183219 04.06.2021
Konu : Araştırma İzni (Nevval DEMİR)

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi : 20/10/2020 evrak tarihli ve E-50415 evrak sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nevval DEMİR'in Prof. Dr. Yasemin TOKEM danışmanlığında "Terminal Dönem Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasının 15 Ekim 2020- 30 Aralık 2021 tarihleri arasında Üniversitemiz Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Birimi ve Tülay Aktaş Palyatif Bakım Ünitesinde tez verilerini toplayabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususu belirtilmiş idi.

Anılan konu ile ilgili olarak Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğimizden alınan cevabi yazıda; "..."Terminal Dönem Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını 15 Ekim 2020 - 30 Aralık 2021 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Covid-19 Rehberine göre Onkoloji Bilim Dalında ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında, yoğun bakımda ve palyatif bakımda çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür." denilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necdet BUDAK
Rektör

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSUH6CTD92 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/ege-universitesi-ebys

Adres:Ege Üniversitesi Rektörlüğü Gençlik Cad. No:12 35040 Bornova/İzmir
Telefon:+90 (232) 311 21 10 Faks:+90 (232) 339 90 90
Web:www.ege.edu.tr
Kep Adresi:egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Bilgi için: Reyhan Ayna
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu
Tel No: 4313

EK-6: Kurum İzni 2

Ege Ünv. Evrak Tarih ve Sayısı: 29.03.2021-E.109045

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Onkoloji Bilim Dalı

Sayı : E-54148036-044-109045
Konu : Nevval Demir Tez Çalışması

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 26.03.2021 tarihli ve 106656 sayılı yazı.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nevval DEMİR'in Prof. Dr. Yasemin TOKEM danışmanlığında "Terminal Dönem Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını 15 Ekim 2020-30 Aralık 2021 tarihleri arasında kliniğimizde yapmaları uygundur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ulus Ali ŞANLI
Bilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Selahattin Fehmi AKÇİÇEK
Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BE8RFEFHL
Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/ege-universitesi-ebys

Adres Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu 35100 Bornova - İzmir
Telefon 0232 390 43 87 Faks 0232 374 73 21
e-Posta: ichastalikbir@mail.ege.edu.tr Web: www.ege.edu.tr
Kep Adresi: egeuniversitesi@egeuniversitesi.hs03.kep.tr

Bilgi için: Serpil DAĞ
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 4387

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7: Kurum İzni 3

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

K - Q TSE-ISO-EN 9000

Sayı : 48741973-302.08.01-E.2000063300 10/09/2020
Konu : Nevval DEMİR' in Tez Çalışması İçin Araştırma İzni Verilmesi

İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE
İzmir

Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Nevval DEMİR'in Prof.Dr.Yasemin TOKEM danışmanlığında planlanmış olan "Terminal Dönem Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans tez çalışmasının etik kurul onayı ekte sunulmuş olup 15 Ekim 2020- 30 Aralık 2021 tarihleri arasında Hastaneniz 2. Ve 3. Basamak Anesteziyoloji Yoğun Bakım, Anestezi Palyatif Servisi ve Palyatif Servisinde tez verilerini toplayabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Ahmet KOYU
Enstitü Müdürü

Ek:
1- Etik Kurul Onayı
2- Tez Anketi

Belge Doğrulamak İçin: https://ebs.ikcu.edu.tr/EBMS/Record/ConfirmationPage/Index adresinden 3C9FADH kodu girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.

Adres : İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Çiğli Ana Yerleşkesi 35620 Çiğli/İzmir - TÜRKİYE
e-posta :
Bilgi İçin İrtibat : Süleyman AYER - Bilgisayar İşletmeni
Telefon : (0 232) 3293535
Belgegeçer No : (0 232) 3860888
İnternet Adresi : www.ikcu.edu.tr

İzmir

2000063300 numaralı belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince Adalet Bakanlığı tarafından 10.9.2020 tarihinde güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

CamScanner ile tarandı

ÖZGEÇMİŞ

NEVVAL DEMİR

2014 yılında başladığım Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nden 2018 yılında mezun oldum. Aynı yıl İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimime başladım. 2019 yılında Ege Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Yoğun Bakım Birimi'nde hemşire olarak göreve başladım. Halen aktif olarak yoğun bakım hemşireliği görevime devam etmekteyim.