

**T.C.**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**

**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMLA İLGİLİ BİLGİ  
DÜZEYLERİ VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI**

**Tezi Hazırlayan**

**Rukiye MERMER**

**Tez Danışmanları**

**Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Ocak 2021**

**NEVŞEHİR**



**T.C.**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**

**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMLA İLGİLİ BİLGİ  
DÜZEYLERİ VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI**

**Tezi Hazırlayan**

**Rukiye MERMER**

**Tez Danışmanları**

**Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Ocak 2021**

**NEVŞEHİR**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi, deneyimleriyle yol gösteren, destek veren, emeği ve katkısı büyük çok değerli hocam Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde ve tez çalışmamda bilgi ve deneyimlerini paylaşan  
2. Tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Şefika DİLEK GÜVEN'e

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a

Çalışmamın veri toplama aşamasında araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmama destek veren Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan tüm hemşirelere, yardım ve desteklerini esirgemeyen acil servis hemşirelerine ve yüksek lisans eğitimim ve tez sürecinde destek olan acil servis sorumlu hemşirelerime,

Her zaman yanımda olan, yardım eden, yol gösteren, sevgisini ve desteğini hissettiğim değerli annem, babam ve kardeşlerime,

Ve çalışmamın üzerinde emeği olan herkese sonsuz teşekkürler...

# HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIMLA İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE ÖLÜME KARŞI TUTUMLARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Rukiye MERMER

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OCAK 2021

## ÖZET

Palyatif bakım hastalar ve aileleri için sıkıntılı semptomları azaltmayı ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan multidisipliner ekiple verilen bakımı kapsamaktadır. Aynı zamanda palyatif bakım ölmekte olan hasta bakımını da kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyi ve ölüme karşı tutumu verilen palyatif bakım kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle bu araştırma hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyi ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırma Aksaray il merkezinde bulunan Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan hemşirelerle yürütülmüştür. Araştırma örneklemini hemşirelerin %91'lik kısmına ulaşarak 390 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak Sosyo-Demografik Form, Palyatif Bakım Bilgi Testi, Ölüme Karşı Tutum Ölçeği kullanılmış olup, etik kurul izni, kurum izni ve araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı onay alınmıştır. Araştırma verileri için SPSS 22.00 paket programı kullanılarak yüzde, frekans ve ortalama hesaplanmıştır. Araştırmada veriler Kruskal Wallis Testi ve Pearson Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. Hemşirelerin yaş ortalaması  $34,35 \pm 7,4$ , %76,7'sinin kadın, %73,8'inin evli ve %81'inin lisans mezunu olduğu, %34,4'ünün yatan hasta kliniklerinde çalıştığı, meslekte çalışma yılı ortalamalarının ise  $12,70 \pm 7,87$  yıl olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%99,5) palyatif bakım sertifikasının bulunmadığı, %77,9'unun palyatif bakımla ilgili bilgi aldığı ve bu bilgi kaynağı %55,3'ünün lise/lisans eğitimi sırasında, %43,4'ünün hizmetiçi eğitimlerden oluşmaktadır. Hemşirelerin palyatif bakımın felsefesini bilme açısından; %45,4'ü

palyatif bakımı yaşam süresini uzatmak için uygulandığını tanımlanmakta, %55,1'i palyatif bakımı sadece terminal dönemdeki hastalara uygulandığını ifade etmektedir. Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) toplam puan ortalaması 20 puan üzerinden  $5,63 \pm 2,78$  puanla oldukça düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. PBBT ağrı alt boyutu puan ortalaması  $1,47 \pm 1,02$ , psikiyatrik problemler  $1,33 \pm 1,04$ , felsefe  $1,20 \pm 0,77$ , gastrointestinal problemler  $1,08 \pm 0,98$  ve dispne  $0,52 \pm 0,71$  olarak bulunmuştur. PBBT puanları ile hemşirelerin yaş, meslekte çalışma süresi ve hemşirelerin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin çalışılan klinikle PBBT felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin %95,1'inin ölmekte olan hastaya bakım verdiği, %19,9'unun ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşadığı, %77,6'sının keder, üzüntü hissettiği bulunmuştur. Hemşirelerin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) puanları değerlendirildiğinde ise, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalaması  $4,01 \pm 0,48$ , tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme ve kaçış kabullenme alt boyutu puan ortalamaları ise  $3,92 \pm 0,63$  olarak bulunmuştur. Araştırmamızda ÖKTÖ alt boyutlarından ölüm korkusu ve ölümden kaçınma tutumları hemşirelerden en çok kullanılan bir yaklaşım olarak bulunmuştur. Araştırmamızda hemşirelerin PBBT alt boyut puan ortalamaları ile ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Sonuç olarak hemşirelerin yaşı, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, çalıştığı kliniğin palyatif bakım felsefesi ve bilgi düzeyini etkilediği bulunmuştur. Ölüm korkusu ve ölümden kaçınma tutumları hemşirelerin en çok kullandığı yaklaşımlar arasındadır. Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyinin, ölüme karşı tutumlarını anlamlı olarak etkilemediği bulunmuştur.

***Anahtar kelimeler: palyatif bakım, hemşirelik, bilgi düzeyi, ölüme karşı tutum***

**Tez Danışmanları: Doç. Dr. Hanife ÖZÇELİK**

**Dr. Öğr. Üyesi Şefika Dilek GÜVEN**

**Sayfa Adeti: 109**

# **KNOWLEDGE LEVEL OF NURSES ABOUT PALLIATIVE CARE AND THEIR ATTITUDE TOWARD DEATH**

**(Master Thesis)**

**Rukiye MERMER**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY**

**SCIENCE INSTITUTE**

**JANUARY 2021**

## **ABSTRACT**

Palliative care is included in care that provided by a multidisciplinary team aiming to reduce distressing symptoms and improve quality of life for patients and their families. Also, palliative care is a multidimensional concept that includes care of the dying patient. Nurses' level of knowledge about palliative care and their attitude towards death affect the quality of palliative care. This study was conducted to determine the nurses' level of knowledge about palliative care and their attitudes towards death, as descriptive. The research was applied to the nurses working in Aksaray Education and Research Hospital in Aksaray city center. The research sample consisted of 390 nurses by reaching 91% of the nurses. Socio-Demographic Form, Palliative Care Knowledge Test, Attitude Toward Death Scale were used in the study, and consents of ethics committee, institution and written consent from the nurses participating in the study were obtained. Percentage, frequency and means were calculated using the SPSS 22.00 package program for research data. The data were evaluated using statistical methods such as Kruskal Wallis Test and Pearson Correlation Test. The average age of the nurses was  $34,35 \pm 7,4$ , of them; 76,7% were female, 73,8% were married and 81% graduated from university, 34, 4% worked in inpatient clinics. Their professional year was  $12,70 \pm 7,87$  years, meanly. The most of the nurses (99,5%) didn't have got palliative care certificate, 77, 9% took information about palliative care and this information source was university education for 55,3%, in-service education for 43,4%.

For nurses to know the philosophy of palliative care; 45,4% of them stated that palliative care was applied to extend the life span, 55,1% stated that palliative care was

applied only to patients in the terminal period. It is determined that the total score mean for Palliative Care Knowledge Test (PCKT) of the nurses was quite low with  $5,63 \pm 2,78$  points out of 20 points. The mean scores of PCKT was  $1,47 \pm 1,02$  for the pain sub-dimension,  $1,33 \pm 1,04$  for psychiatric problems,  $1,20 \pm 0,77$  for philosophy,  $1,08 \pm 0,98$  for gastrointestinal problems, and  $0,52 \pm 0,71$  for dyspnea. A statistically negative significant correlation is found between the PCKT scores and the age of the nurses, the duration of the profession and the educational status of the nurses ( $p < 0,05$ ). It is determined that there was a statistically significant correlation between the nurses' clinic in which they worked and mean scores of philosophy, pain, dyspnea, gastrointestinal problems sub-dimensions with total mean score ( $p < 0,05$ ). It is found that 95,1% of the nurses gave care to the dying patient, 19,9% had difficulty in providing the physical care of the dying patient and touching the patient and 77,6% felt sadness and sorrow. When the scores of the Nurses' Attitude Toward Death Scale (ATDS) was investigated, it is found that the mean score of the fear of death and avoiding death sub-dimensions was  $4,01 \pm 0,48$ , and the mean score for the sub-dimension of acceptance of neutrality, acceptance of approach and flight acceptance was  $3,92 \pm 0,63$ . In our study, fear of death and death avoidance attitudes, which are sub-dimensions of ATDS, were found to be the most used approach among nurses. Also, there was not a statistically significant correlation between the mean scores of the PCKT sub-dimensions and the mean scores of the ATDS sub-dimensions ( $p > 0,05$ ). As a result, it is found that nurses' age, educational status, duration of professional, clinic that is worked affected palliative care philosophy and knowledge level. Fear of death and death avoidance attitudes were among the approaches that nurses use mostly. It is found that palliative care knowledge level did not affect attitudes towards death, as significantly.

***Key words: palliative care, nursing, knowledge level, attitude toward death***

**Consultors of thesis: Assoc. Prof. Hanife ÖZÇELİK**

**Assist. Prof. Şefika Dilek GÜVEN**

**Number of page: 109**



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	I
TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	II
TEŞEKKÜR.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT .....	VI
İÇİNDEKİLER .....	XIV
TABLolar LİSTESİ.....	XVIII
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ .....	XIX
BÖLÜM 1 .....	1
GİRİŞ .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
BÖLÜM 2 .....	6
GENEL BİLGİLER .....	6
2.1. Palyatif Bakım.....	6
2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı .....	6
2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi.....	7
2.1.3. Dünyada Palyatif Bakım Hizmetleri .....	8
2.1.4. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri.....	12
2.1.5. Palyatif Bakımın Amacı .....	14

2.1.6. Palyatif Bakımın Felsefesi .....	15
2.1.7. Palyatif Bakıma İhtiyaç Duyan Hasta Grubu.....	15
2.1.8. Palyatif Bakım Ekibi.....	16
2.1.9. Palyatif Bakım Hemşiresi .....	17
2.1.10. Palyatif Bakım Sunumunda Engeller .....	18
2.2. Ölüm.....	20
2.2.1. Ölüm Kavramının Tanımı.....	20
2.2.2. Biyolojik Açıdan Ölüm Kavramı .....	21
2.2.3. Psiko-Sosyal Açıdan Ölüm Kavramı .....	23
2.2.4. Kültürel Açıdan Ölüm Kavramı.....	24
2.2.5. Sağlık Alanında Ölüm Kavramı.....	25
2.3. Hemşirelerin Ölümüne Karşı Tutumu.....	26
BÖLÜM 3 .....	28
GEREÇ VE YÖNTEM .....	28
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....	29
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	29
3.6. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	29

3.6.1. Veri Toplama Araçları .....	29
3.6.1.1. Sosyo-Demografik Form (Ek 1).....	29
3.6.1.2. Palyatif Bakım Bilgi Testi (Ek 2).....	30
3.6.1.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (Ek 3).....	30
3.6.1.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 4).....	31
3.6.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması .....	31
3.6.3. Verilerin Değerlendirilmesi .....	31
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	32
BÖLÜM 4 .....	33
BULGULAR .....	33
BÖLÜM 5 .....	44
TARTIŞMA .....	44
BÖLÜM 6 .....	55
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	55
BÖLÜM 7 .....	59
KAYNAKLAR .....	59
BÖLÜM 8 .....	83
EKLER .....	83
EK 1. Sosyo-Demografik Form .....	83
EK 2. Palyatif Bakım Bilgi Testi .....	86
EK 3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği.....	87
EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu .....	88
EK 5. Palyatif Bakım Bilgi Testi Ölçeğinin Kullanım İzni .....	89

EK 6. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul İzin Belgesi .....	90
EK 7. Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi .....	91
BÖLÜM 9 .....	92
ÖZGEÇMİŞ .....	92



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı .....	33
Tablo 4.2. Hemşirelerin Palyatif Bakımla İlgili Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Alma Kaynaklarına Göre Dağılımları .....	35
Tablo 4.3. Hemşirelerin Palyatif Bakımla İlgili Aldığı Bilgi İçeriğine Göre Dağılımları .....	36
Tablo 4.4. Hemşirelerin Palyatif Bakımın Tanımı ve Felsefesi İle İlgili Bilgi Durumlarına Göre Dağılımları .....	37
Tablo 4.5. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumları ve Bakım Verme Sırasında Hissedilen Duygulara Göre Dağılımları .....	38
Tablo 4.6. Hemşirelerin Yakınlarının Ölümüne Tanıklık Etme ve Ölmekte Olan Yakınlarına Bakım Verme Durumlarına Göre Dağılımları .....	39
Tablo 4.7. Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı .....	40
Tablo 4.8. Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı .....	40
Tablo 4.9. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Tanımlayıcı Özellikleri ile Palyatif Bakım Bilgi Testi Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı ...	41
Tablo 4.10. Hemşirelerin Klinikte Çalışma Süresi, Meslekte Çalışma Süresi, Yaş, Palyatif Bakım Bilgi Testi Puan Ortalamaları ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı .....	42

## SİMGELER ve KISALTMALAR LİSTESİ

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**WPCA:** Worldwide Palliative Care Alliance (Dünya Palyatif Bakım Birliği)

**EAPC:** European Association Of Palliative Care (Avrupa Palyatif Bakım Derneği)

**ASCO:** American Society Of Clinical Oncology (Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu)

**WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

**KETEM:** Kanser Erken Teşhis Tarama Ve Eğitim Merkezi

**AMA:** American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği)

**IOELC:** International Observatory On End Of Life Care (Uluslar Arası Yaşam Sonu Gözlemevi)

**ELNEC:** The End Of Life Nursing Education Consortium (Yaşam Sonu Hemşirelik Konsorsiyumu)

**MECC:** Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**PBBT:** Palyatif Bakım Bilgi Testi

**ÖKTÖ:** Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

**SPSS:** Stastiscical Program For Social Sciences

**p\*:** Kruskal Wallis Testi

**p\*\*:** Pearson Korelasyonu

**r(Rho)\*:** Pearson Korelasyon Kat Sayısı

**n:** Birim Sayısı

**%:** Yüzde

## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

#### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Palyatif bakım; hayatı sınırlayan ciddi hastalığa sahip kişilerde, hastalıkla ilişkili oluşabilecek semptomları önlemek, hastaları rahatlatmak ve kaliteli bir yaşam geçirmelerini sağlamak amacıyla verilen multidisipliner bakımdır [1,2]. Palyatif bakım düşüncesi öncelikle kanser hastaları için yapılan bakım çalışmalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmış ve daha sonra sadece kanser hastaları için değil tüm ölümcül ve aynı zamanda iyileşebilir hastaları kapsayacak şekilde genişlemiştir [1]. Son yıllarda; kanser ve kronik hastalıkların artması, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle yaşam süresinin uzaması palyatif bakıma ihtiyacı artırmıştır [2]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 40 milyon insanın palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu ve bu insanların 20 milyonunun yaşamın son evresinde olduğu ve sadece %14'ünün palyatif bakım hizmetinden yararlanabildiği belirtilmektedir [3,4].

Palyatif bakım, fiziksel, psikolojik ve ruhsal rahatlığı geliştirmeyi ve hastalar ve aileleri için sıkıntılı semptomları azaltmayı amaçlayan kapsamlı ve çok disiplinli bakımı kapsamaktadır [5]. Ulusal düzeyde sağlık profesyonelleri arasında ve genel olarak toplumda palyatif bakımın ne anlama geldiği ve faydalarının ne olduğu konusunda farkındalığın yeterli olmadığı görülmektedir [6,7]. Bununla birlikte, uzman personel eğitimi de dahil olmak üzere palyatif bakım eğitim programları yeterli değildir. Türkiye'de sağlık sistemine entegre edilmiş veya alanda eğitilmiş uzman ekipler tarafından sağlanan palyatif bakım hizmeti bulunmamakta ve kliniklerde palyatif bakım sağlayan ekipler, palyatif bakım konusunda uzmanlık düzeyinde eğitim almış profesyonellerden oluşmamaktadır. Günümüzde sağlık uzmanları (tıbbi onkologlar, hemşireler ve diğerleri) bu tür uzmanlık eğitimine ilgi göstermeye başlamıştır [8].

Kronik hastalık ve tedavisi nedeniyle kompleks sorunlara sahip olan hasta ve ailelerinin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması ancak multidisipliner ekip yaklaşımıyla verilen sağlık hizmeti ile mümkün olabilmektedir. Genelde palyatif bakım ekip üyeleri arasında; doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik

hemşireler), psikiyatristler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları yer almaktadır. Bunun yanında hastanın gereksinimlerine göre rehabilitasyon ekibi (fizik tedavi uzmanı), cerrahlar ve anestezi uzmanları ekibe destek olabilmektedir [9]. Hastalar ve aileleri için sunulan bakımın koordinasyonu, mevcut kaynakların etkin bir şekilde kullanılması, hasta ve ailesinin sunulan hizmetten memnuniyetinin artırılması için multidisipliner ekibin iş birliği içerisinde çalışması gerekmektedir [10,11]. Palyatif bakım ekibi içerisinde özellikle hemşireler, palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastalar ve aileleri ile daha fazla zaman geçirdikleri, hastanın primer bakımında görev aldıkları için önemli bir role sahiptir [12]. Bu nedenle hemşirelerin palyatif ve yaşam sonu bakım alan kişilerin ihtiyaçlarını aktif ve bütünsel olarak değerlendirme ve ele alma yeteneği çok önemlidir [13]. Hemşirelerin bilgi, tutum ve performanslarının tam olarak anlaşılması kaliteli palyatif bakım sağlamak için esastır [5]. Yetersiz bilgi kaliteli hemşirelik bakımı sunumunu engellemektedir [14,15]. Palyatif ve yaşam sonu bakım ilkeleri ve hedefleri konusunda sürekli, kanıta dayalı hemşirelik eğitime gereksinim vardır [16]. Amerikan hemşireler birliğinin açıklamasına göre hemşireler, hastaların rahatını ve ailelerin hasta yaşamlarının sonuna uyumlarını optimize etmek için diğer profesyonellerle işbirliği yapma sorumluluğuna sahiptir. Bu nedenle hastaların ve ailelerinin savunucuları olmalarını sağlamak için yeterli eğitim ve öğretime sahip olması gerekmektedir [5].

Palyatif bakım konusunda eğitim üniversitede lisans hemşirelik eğitimi ile başlamaktadır [17]. Bu nedenle palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin bu alanda temel düzeyde bilgi sahibi olması beklenir [18]. Literatürde lisans düzeyinde hemşirelik eğitimi alan hemşirelerin hemşirelik uygulamalarında bakımla ilgili bilgi ve tutumlarında ciddi eksikliklerin olduğu bildirilmiştir [19]. Yapılan araştırmalar hemşirelerin lisans eğitimi sırasında palyatif bakımla ilgili eğitim alma durumlarının ve palyatif bakım bilgi seviyesinin düşük oranda olduğunu göstermektedir. İran'da hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin %80'i palyatif bakım talebinin arttığını ve daha fazla bilgi ve eğitime ihtiyaç duyduklarını açıklamıştır [20,21]. Yapılan araştırmalar da Arjantin, Kamerun ve Kore'deki lisans hemşirelik müfredatlarında palyatif bakım ve ölüm konusunda eğitimin müfredattan çıkarıldığı saptanmıştır [22-24]. Robinson ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışma da, hemşirelik öğrencilerinin %79,5'inin palyatif bakım konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip



olmadığı ancak öğrencilerin neredeyse tamamının palyatif bakımı sağlama konusunda olumlu tutuma sahip oldukları bulunmuştur [25]. Dimoula ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmaya göre katılımcıların sadece %1,5'i palyatif bakım hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir [26]. Karkada ve ark., hemşirelik öğrencilerinin %79,5'inin palyatif bakım konusunda zayıf düzeyde bilgiye sahip olduğunu göstermiştir [27]. Bununla birlikte, birçok çalışma, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin palyatif bakım konusunda yeterli düzeyde bilgiye sahip olmadıklarını ve ölmekte olan hastalara bakmak için kendilerini hazır hissetmediklerini göstermektedir [14,28-31]. Bugünün öğrencileri gelecekteki hemşirelerdir ve palyatif bakım hakkındaki bilgi ve tutumları, gelecekte ölmekte olan hastaların bakım kalitesini doğrudan etkileyecektir [32]. Palyatif bakım konusundaki teorik ve pratik eğitimin lisans hemşireliği programlarına tam olarak entegre edildiği hemşirelik bölümlerinde, yalnızca öğrencilerin bilgileri gelişmekle kalmayıp, aynı zamanda ölüm ve yaşam sonu bakımına yönelik de daha liberal tutumlar sergilemeleri sağlanmıştır [13,23].

Hemşirelerin palyatif bakım bilgisini değerlendirmek için yapılan diğer çalışmalarda da Ürdün [33], Hindistan [34] ve İran'da [35] hemşirelerin düşük palyatif bakım bilgi seviyesine sahip olduğu bildirilirken, İrlanda [36], Avustralya [37], ve İspanya'da [13] yapılan çalışmalarda hemşirelerin orta düzeyde bilgi seviyesine sahip olduğu bulunmuştur. Suudi Arabistan'da yapılan çalışma da hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi eksikliğini göstermektedir [38]. Farmani ve arkadaşlarının 2019'da palyatif bakımla ilgili yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %19,3'ünün iyi, %56,1'inin orta, %24,6'sının palyatif bakımla ilgili bilgi düzeylerinin zayıf olduğu bulunmuştur [28]. Türkiye'de yapılan çalışmalarda da hemşirelerin palyatif bakım konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu gösterilmiştir [39-42].

Palyatif bakım ölmekte olan hasta bakımını da kapsayan çok boyutlu bir kavramdır ve palyatif bakım veren hemşireler sıklıkla ölümle karşı karşıya kalmaktadır. Literatüre göre, hemşirelerin ölümcül hastalığa sahip hastalara bakım sağlamak için gerekli bilgiye sahip olmadığı ve yetersiz bilginin kaygı düzeyini artırdığı gösterilmiştir [43,44]. Ölmekte olan hastalara ve ailelerine bakım vermek ve önemsemek birçok zorluğa neden olmaktadır ve hemşirelerin ölüme yönelik tutumları kişisel, kültürel, sosyal ve felsefi inanç sistemleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir [45]. Araştırmalar, hemşirelerin

ölüme karşı tutumlarının, ölmekte olan bir hastaya bakarken sağladıkları destekleyici davranışlarını ve dolayısıyla bakım kalitesini etkileyebileceğini göstermektedir [46].

Peters ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmaya göre ölmek üzere olan hastaya yönelik hemşirelik bakımının, beceri ve tecrübe gerektiren zorlu sorumluluk olduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin yas tutan ailelerle ilişkilerinde iletişim becerilerinin geliştirilmesi gibi destek kaynaklarının değerli olduğu düşünülmüştür [45]. Kim ve Lee'nin (2003) çalışmasında ise hemşireler kendi ölümlerini ara sıra düşündüklerini ve ölümü kabullenemediklerini belirtmişlerdir [47]. Literatürde bu konuda yapılan birçok çalışmada hemşirelerin ölüm olgusuyla karşılaştıklarında sıklıkla kendi ölümlerini düşünüp empati yaptıkları görülmüştür [48-50]. Iranmanesh ve arkadaşlarının (2008) hemşirelerin ölüm sürecinde ve ölmekte olan hastaların bakımında kendilerini nasıl hazırladıkları ve kullandıkları baş etme yöntemlerini içeren bir çalışmada, hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastasına karşı, karışık duygular hissettiğini ve mesleklerinde yeni olan hemşirelerin hastaları öldüğü zaman, günlerce acı ve üzüntü yaşadıklarını belirtmişlerdir [51]. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışma ise, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin de terminal dönemdeki hasta bakımında zorlandıklarını, hemşirelerin yarısının bakım verdikleri hastanın ölümünde yoğun üzüntü duyduklarını, hemşirelerin %20'sinin çaresizlik, %13'ünün de başarısızlık hissettiklerini göstermiştir [52]. Benzer olarak, literatürde de Koç ve Sağlam'ın (2008) hemşirelik öğrencilerinin ölüme ve yaşam sonu bakıma ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %57,9'unun ölümcül bir hastaya bakım verdiği ve bakım verirken %25,7'sinin yetersizlik, %21,4'ünün çaresizlik, %20'sinin anksiyete yaşadığı, %75,7'sinin terminal dönemdeki bireyin bakımı için kendilerini yetersiz gördükleri bulunmuştur [53]. Çevik'in (2010) çalışmasında da ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin keder ve çaresizlik yaşadıkları ifade edilmiştir [54].

Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeylerinin ve ölüme karşı tutumların değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında hemşirelerin palyatif bakım ve yaşam sonu bakımda önemli bir rolü olduğu görülmektedir. Hemşireler hastalarla ve aileleriyle en uzun zaman geçiren sağlık ekibinin üyesidir. Dolayısıyla hemşirelerin yüksek düzeyde bakım standardı sağlaması sebebiyle palyatif bakım konusunda bilgi düzeylerinin yüksek olması ve ölüme karşı tutumlarının olumlu düzeyde olması palyatif bakım

kalitesini artıran en önemli faktördür. Aynı zamanda hemşirelerin palyatif bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması, palyatif bakımın gelişmesindeki en büyük engellerden biri olarak kabul edilmektedir [30]. Yetersiz araştırma, hasta ve bakım mekanizmalarının anlaşılmasının yanı sıra etkili çözümlerin tanımlanmasını engellemektedir [55]. Eğitimin palyatif bakım bilgisi ve uygulaması için önemli olduğu bulunmuştur [56]. Bu nedenle, palyatif bakımda kronik hastalığa sahip hastalara bakımın çoğunluğunu sağlayan hemşirelerin kaliteli palyatif bakım verebilmeleri için hemşirelerin mevcut bilgilerini ve ölüme karşı tutumlarını değerlendirmeye, eğitimlerle desteklemeye gereksinim vardır. Bu araştırma hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## BÖLÜM 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Palyatif Bakım

##### 2.1.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif kelimesi Latince’de maske, örtü, perde, pelerin anlamlarında kullanılan “pallium” kelimesinden köken almaktadır. Palliare ise Latince’de gizlemek, örtmek İngilizce’de hafifletici, geçici çare anlamlarında kullanılmaktadır. Genel kullanılan anlamı ise tıbbi tedavilerin yetersiz kalması durumunda ölümcül hastalığa sahip hastalara ve yakınlarına verilen destekleyici, rahatlatıcı bakım şeklindedir [57-59].

Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif kelimesi “kesin çözüm sağlamayan, hastalığı tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı, etkisi geçici kısa süreli ilaç veya tedavi” şeklinde tanımlanmıştır [60].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ilk olarak 1986 yılında “palyatif bakım tedavi edici yaklaşımların sona erdiği, son dönem hastalara verilen bir uygulamadır” cümlesiyle palyatif bakımın tanımını yapmıştır. DSÖ, 2002 yılında bu tanımı “yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı sorunlarla karşılaşan hasta ve ailesinin, ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilerek acı çekmesinin önlenmesi ve hafifletilmesi, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan bir yaklaşım” şeklinde güncellemiş ve hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemini vurgulamıştır [4,61]. DSÖ 2018 yılında ise “yetişkin ve pediatrik hastaların hayatını tehdit eden hastalıkların varlığında, hasta ve ailesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak acı çekmelerinin önlenmesi ve azaltılması” tanımını da palyatif bakım tanımına dahil etmiştir [4].

2003 yılında kurulan tüm dünyadaki ulusal ve bölgesel hospis ve palyatif bakım organizasyonlarını kapsayan Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) DSÖ’nün palyatif bakım tanımını daha detaylı şekilde açıklayarak, “Palyatif bakım hem kronik hem de ölümcül hastalıklar için bir ihtiyaçtır.” şeklinde tanımlamıştır ve yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayan palyatif bakımda tanı ve prognoza bağlı değil hastanın ihtiyaçlarına göre bakım verilmesini önermektedir.

WPCA bakımın her düzeyinde palyatif bakıma ihtiyaç olduğu, palyatif bakımın herhangi bir bakım şekliyle sınırlandırılmaması gerektiği ve palyatif bakımın hastanın evinde, hastanede, hospiste, bir bakım kuruluşunda veya ayaktan tedavi servisinde de sunulabileceğini açıklamıştır [62].

Avrupa Palyatif Bakım Derneği'nin (European Association of Palliative Care-EAPC) tanımına göre palyatif bakım; küratif tedaviye yanıt vermeyen hastaların ağrı ve diğer semptomların tedavisi dahil olmak üzere fiziksel, psikososyal ve spiritüel bakımını ele alan bütünsel bir yaklaşım olarak tanımlamıştır [63].

Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) palyatif bakımı; kanser gibi insan hayatını ciddi ölçüde tehdit eden hastalık tanısı almış bireylerin bu süreçte zarar gören yaşam kalite düzeylerini arttırmak amacıyla sunulan bakım hizmeti olarak tanımlanmıştır ve palyatif bakımın amacını, “psikolojik, sosyal ve manevi problemlerin yanı sıra, hastalığın ve tedavisinin semptomlarını ve yan etkilerini olabildiğince erken dönemde önlemek ve tedavi etmek” şeklinde açıklamıştır [64].

### **2.1.2. Palyatif Bakımın Tarihçesi**

Palyatif bakım uygulamaları ilk olarak 11. yüzyılda seyahat sırasında ölüme yol açan hastalıklara yakalanan hastaların tedavisine yönelik dini görevlerini yapmakta olan gönüllü kişiler tarafından yapılmıştır. İlk palyatif bakım merkezi 1842 yılında Fransa'da kurulmuştur ve bu merkezde palyatif bakım hizmeti yerine daha çok hospis hizmeti verilmiştir [65]. Hospis kelimesi Latince “Hospes” kelimesinden köken almaktadır ve “gezgin evi olan” anlamına gelmektedir [66]. Hospisler, tedaviye yanıt vermeyen ileri seviyede kronik hastalığa sahip ve yaşamının son dönemlerinde olan hastaların semptom kontrolünü sağlayarak yaşam sonu bakımın amaçlandığı hasta ve ailesinin birlikte kalabileceği yerlerdir [67,68].

1970'li yıllara kadar palyatif bakım ile hospis kavramı aynı anlamda kullanılmıştır [66]. 1980 ortalarına kadar hospis bakımı yerine kullanılan palyatif bakım kavramı 1990 yıllarında terminal dönem kanser hastalarının bakımı anlamında kullanılmıştır [2]. Günümüzde palyatif bakım ve hospis bakımı farklı kavramlar olarak kullanılmaktadır. Palyatif bakım tanı anından başlayarak ölüm sonrası yas dönemine kadar hasta ve aileye verilen destek olarak devam eder. Hospis bakımı ise palyatif bakımın içinde yer alır ve

daha çok ölümü yaklaşan yaşamının son dönemlerinde olan hastalara verilen hizmeti ifade etmektedir [59].

Yaşamının son dönemindeki hastalara bakım veren kurumlar olan ilk modern hospis merkezi 1967 yılında hemşire Cicey Saunders (St. Christopher's Hospice) tarafından İngiltere'de kurulmuştur [65]. Daha sonra diğer ülkelere yayılarak Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, Yeni Zelanda, Avustralya sırasıyla devam etmiştir [69,70]. 1975 yılında Kanada'da modern anlamda hizmet veren ilk palyatif bakım servisi Royal Victoria Hastanesi'nde açılmıştır. 1980'li yıllardan sonra tüm dünyada palyatif bakım merkezleri hızla açılmaya başlamıştır. Amerika'da psikiyatri uzmanı olan Elizabeth Kübler-Ross'un ölümü yaklaşan hastalar üzerinde yaptığı bilimsel çalışmalara dayalı olarak yazdığı "Ölüm ve Ölmek Üzerine" (On Death and Dying) adlı kitabı tüm dünyada palyatif bakım konusunda merak uyandırmıştır [66].

Almanya'da Köln Üniversitesi'nde 1983 yılında cerrahi bölümüne bağlı olarak ilk palyatif bakım servisi kurulmuştur. 1991-1996 yılları arasında Alman Sağlık Bakanlığı servis sayısının kısa sürede artmasını sağlayan model çalışma başlatmasıyla sayıları artmaya devam etmiştir [71].

Ülkemizde Darüşşafaka (1863) ve Darülaceze (1895), yaşlı, kimsesiz, düşkün, ölümü yaklaşan hastalara bakım verilmesi nedeniyle, palyatif bakım hizmetlerinin verildiği öncü kuruluşlar olarak kabul edilmiştir [66,72]. 2010 yılında, palyatif bakım hizmetinin sağlık sistemine dahil edilmesi amacıyla, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) çalışanları, hemşire ve aile hekimleri ile yaygınlaşmış dünyadaki ilk toplum tabanlı olan palyatif bakım projesi kapsamında Palya-Türk başlatılmıştır [73]. Palya-Türk projesinde, palyatif bakım hizmetinin verildiği birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri birlikte ele alınmıştır. Birinci basamakta, KETEM'ler, aile hekimleri, sivil toplum kuruluşları, belediyeler ve evde sağlık hizmetleri; ikinci basamakta, onkoloji tanısı ve tedavisi yapılan üniteler; üçüncü basamakta, hastanelerde hizmet veren palyatif bakım servisleri yer almaktadır [2,65,74].

### **2.1.3. Dünyada Palyatif Bakım Hizmetleri**

Palyatif bakım eğitimi yüksek gelirli ülkelerde 1970-80'lerden itibaren ortaya çıkmıştır. Son 20 yılda, palyatif bakımda eğitim, çok çeşitli akademik kurumlarda, bilimsel

topluluklarda, derneklerde ve sosyal girişimlerde temel, orta ve yüksek düzeyli eğitim programlarına dahil edilmiştir [73]. Gelişmiş ülkelerdeki palyatif bakım eğitimindeki ilerlemelere rağmen halen dünya çapındaki sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğu palyatif bakımın prensipleri ve uygulamaları hakkında çok az bilgiye sahiptir [75]. Hemşirelerle yapılan çalışmalarda palyatif bakım ile ilgili sertifikasyon eğitimine katılan hemşire sayısının az olduğu gösterilmektedir. Hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili tamamlayıcı alternatif yöntemler, ilaç kullanımı, ağrı ve semptom yönetimi, palyatif bakım modelleri, ölüm ve yaşam sonu bakımda psikososyal konular ve yaşam sonu iletişimi gibi konularda bilgi almak istedikleri bulunmuştur [76-79]. Ek olarak hemşirelik lisans programlarının ders içeriğinin yoğun olması, müfredata yaşam sonu bakım uygulamalarının dahil edilememesi sebebiyle hemşirelik programlarının yaklaşık %18'i yaşam sonu bakım konularını ayrı bir kurs şeklinde sunmakta ya da çoğu hemşirelik okullarında bu içerik diğer derslere entegre edilmiş olarak verilmektedir [80,81].

Bunun yanı sıra hemşirelikte palyatif bakım eğitiminde simülasyon laboratuvarları etkili bir öğretim aracı olmaya başlamıştır. Palyatif bakım eğitimlerinde, öğrencilerin ve/veya eğitimcilerin hemşire, öğrenci, hasta ve aile üyelerinin rolünü üstlendiği senaryolar ile simülasyon eğitimleri sunulmaktadır. Senaryo sırasında ortaya çıkan dinamikleri sorgulamak ve analiz etmek simülasyon eğitiminin önemli konularıdır [82,83].

1970'lerin sonunda, Yale Hemşirelik Okulu Dekanı Dr. Florence Wald, hastanesinde hospis hemşireleri için ilk kursu oluşturmuştur ve Connecticut Hospis merkezinin kurulmasına öncülük etmiştir. Wald'ın bu öncü girişimlerinden sonra, hemşireler ABD'de hastane ve palyatif bakım programları geliştirme ve uygulama çabalarında ön saflarda yer almıştır [84].

Japonya'da ilk palyatif bakım kliniği 1981'de açılmış ve palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sigorta fonu tarafından karşılanması 1990 yılında başlamıştır. 1997 yılında ulusal palyatif bakım standartları belirlenmiş, palyatif bakım eğitimi ülkedeki bir çok hemşirelik okullarının ve tıp fakültelerinin müfredatına girmiştir [85].

Almanya'da 1983 yılında Köln Üniversitesi'nde palyatif bakım kliniği kurulmuş ve 1990 yılından sonra ülkedeki palyatif bakım aktiviteleri hız kazanmıştır. Tıp

fakültelerinde palyatif bakım eğitimi verilmeye başlanmış ve palyatif bakım uzmanları sağlık sistemi içerisinde aktif olarak görev almıştır. Palyatif bakım zorunlu devlet sağlık sigortası kapsamına alınmıştır [86].

Amerika, Kanada, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde palyatif bakım ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. Kanada, 1993 yılından itibaren palyatif bakım tıp fakültesi programlarında müfredatlarda yer almaktadır. Benzer şekilde İngiltere’de St. Christopher Grubu uzun bir hospis bakım eğitim geçmişine ve 1992’den itibaren tanımlanmış bir palyatif bakım müfredatına sahiptir. Kanada ve İngiltere ile beraber Avustralya da palyatif bakım araştırmaları konusunda güçlü bir geçmişe ve sağlam bir eğitim müfredatına sahiptir [87].

Amerikan Tıp Birliği (American Medical Association-AMA) doktor ve hemşirelere yaşam sonu bakımı konusunda eğitim programı uygulamakta ve bu programlarda terminal dönemde görülen semptomların (ağrı, deliryum, dispne anksiyete vb.) kontrolü ile ilgili standartlara yönelik bilgi verilmektedir. Benzer şekilde Avrupa’da Avrupa Palyatif Bakım Birliği Palyatif Bakım Hemşireliği Eğitim Rehberi (The European Association for Palliative Care, 2004) ve Tıp Eğitiminde Palyatif Bakım Eğitimi Geliştirme Rehberleri (The European Association for Palliative Care, 2013) oluşturup üniversitelerde palyatif bakım eğitimi üzerinde durulması gereken konuları belirlemiştir [74].

Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu Kıbrıs, İsrail, Ürdün gibi kendisine üye olan ülkelerde sağlık profesyonellerine yönelik lisans ve lisansüstü eğitim programları oluşturmuştur ve 2004 yılından itibaren de kendi sağlık sistemlerinde palyatif bakım eğitimine ulaşımı yetersiz olan ülkelerde palyatif bakım eğitimi ve seminerler düzenlemektedir [88].

Uluslararası Yaşam Sonu Bakım Gözlemevi (IOELC) 2006 ve 2011 yıllarında dünyanın her ülkesinde palyatif bakımın gelişimini ölçmek ve sınıflandırmak için çalışmalar yapmıştır. 2006 yılında, dünyadaki 234 ülkenin 115’inde (%49) bir ya da daha fazla darülaceze palyatif bakım merkezi kurmuştur. 2011 yılında ise 136 ülkede palyatif bakım hizmeti kurulup 2006’ya göre 21 ülkede %9’luk bir artış göstermiştir. 2006 ile 2011 yılları arasında palyatif bakım gelişiminin bölgesel analizinde en önemli kazanımlar Afrika’da elde edilmiştir Her ne kadar ulusal hükümetler ve politikacılar



açısından palyatif bakıma ilgi gösterilse de, palyatif bakımın daha geniş sağlık hizmetleriyle ileri düzeyde entegrasyonu, küresel olarak sadece 20 ülkede sağlanmıştır. 2013 yılında yapılan çalışmada ise ülkelerin %32'sinde (75 ülkede) palyatif bakım hizmetinin verilmediği; %10'unda (23 ülke) palyatif bakım hizmetleri yapılanma aşamasında olduğu, %39'unda (91 ülke) palyatif bakım yerel hizmetlerle verildiği ve %19'unda (45 ülke) palyatif bakımın diğer sağlık hizmetleriyle entegre bir şekilde verildiği belirtilmektedir [89].

2007 ve 2013 yıllarındaki palyatif bakım gelişiminin en yüksek olduğu ülkeler İngiltere, Almanya, Hollanda, Belçika, Avusturya, Danimarka İsveç, İrlanda ve Lüksemburg, en düşük ülkeler Bulgaristan, Litvanya ve Estonya olarak bulunmuştur. Estonya ve Malta, ulusal bir palyatif bakım derneği olmayan ülkelere dendir [90].

Amerikan Hemşireler Derneği ve Hospis Bakım ve Palyatif Bakım Hemşireler Derneği 2017 yılında hemşirelerin palyatif bakımı geliştirmesi için harekete geçmesi gerektiğini bildirmiştir. Palyatif hemşirelik eğitimi standardı olarak Yaşam Sonu Bakım Hemşirelik Konsorsiyumu (The End of Life Nursing Education Consortium-ELNEC) müfredatının kabul edilmesini önermiştir. Ölen hastaların ve ailelerinin bakım konusunun hemşirelik fakültesinin müfredatına entegre etmeye yardımcı bir eğitim programıdır. ELNEC müfredatı; yaşam sonu hemşirelik bakımı, semptom yönetimi, ağrı yönetimi, etik/hukuki sorunlar, yaşam sonu bakımda kültürel konular, keder, kayıp ve yaşamın sonunda kaliteli bakım verme, iletişim, ölüm sürecine hazırlık ve bakım gibi konuları kapsamaktadır [91]. ELNEC ayrıca Japonya, Kore, Çin, Doğu Avrupa ve Kenya gibi 90 ülkede eğitim vermiş ve Korece, Çince, Rusça, Romence, Arnavutça ve Almanca' ya çevrilmiştir [92].

WPCA 2011 yılında ülkeleri, palyatif bakım hizmetleri gelişmişlik düzeyine göre dört gruba ayırmıştır [93].

Grup 1: Hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri bulunmayan ülkeler;

Grup 2: Palyatif bakım aktiviteleri yapılanmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler;

Grup 3: Hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yerel ve/veya bölgesel hizmetlerle sağlanan ülkeler;

Grup 4: Hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri sağlık sistemi içerisinde yaygın olarak entegre olmuş ülkeler şeklinde belirtilmiştir.

WPCA 2014 raporuna göre 2006'da 21 ülke (%9)'de hospis-palyatif bakım birimi mevcutken 2011'de 234 ülkenin 136'sında (%58) bir ya da daha fazla sayıda palyatif bakım birimlerinin bulunduğunu bildirmiştir. Palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu ise dünyada sadece 20 ülkededir. Rapora göre 2006 yılında "Grup 2" (hospis ve/veya palyatif bakım aktiviteleri yapılanmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler) kategorisinde bulunan Türkiye; 2011 yılında; "Grup 3b" (palyatif bakım aktivitelerinin yerel/bölgesel olarak desteklendiği ülkeler) kategorisine girmiştir [93].

#### **2.1.4. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri**

Ülkemizde palyatif bakım alanı 1990'lı yıllarda ilgi görmeye başlamış olup, özellikle son yıllarda medikal onkoloji ve algoloji hekimleri, akademik ve klinik hemşireler palyatif bakım alanında eğitim alarak, bu alanda çalışmak istemektedirler [74]. Fakat tıp fakültelerinde temel tıp eğitiminde palyatif bakımla ilgili sınırlı bilgiler verilmekte ve mezuniyet sonrası palyatif bakım yan dal uzmanlığı bulunmamaktadır. Hemşirelik lisans ve yüksek lisans eğitim programlarında da palyatif bakım zorunlu ders olarak verilmemektedir. Hemşireler mezuniyet sonrası palyatif bakımla ilgili eksik bilgi ve becerilerini çalıştaylar, seminerler ve sempozyumlar gibi programlara katılarak tamamlayabilmektedir. Palyatif bakım eğitimi ve eğitim imkânlarındaki bu gibi yetersizlikler sonucunda Türkiye'de hastane temelli ünitelerde verilen palyatif bakım hizmetinin, palyatif bakım uzmanlığı düzeyinde eğitim alan profesyonel bir ekip tarafından verilmesine engel olmakta ve palyatif bakımın gelişimini sınırlamaktadır [74,94,95].

Ülkemizde 2006 yılında Anadolu Sağlık Merkezi Palyatif Bakım Ünitesi ve Ege Üniversitesi Tülay Aktaş Palyatif Bakım Ünitesi palyatif bakım merkezlerinin öncüleri olarak gösterilmiştir. Bir yıl aradan sonra Dr. Abdurahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği hizmete başlamıştır. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Onkoloji Hastanesi'nde Palyatif Bakım Ünitesi ise 2011 yılında açılmıştır [2,59].

2008 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programının önemli bir parçası olan “Palyatif Bakım Programı Eylem Planı”nı gerçekleştirmiştir [96]. Eylem planıyla ülkemizin imkanları ve öncelikleri doğrultusunda; palyatif bakım modeli oluşturulması, en az üç pilot bölge palyatif bakım merkezi kurulması; bu alanda eğitilmiş ve deneyimli ekiplerin oluşturulması; opioide kolay bir şekilde ulaşılması ve kullanılması amaçlanmıştır [97]. 2010-2015 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Kontrol Programı içerisinde Palya-Türk adı ile proje kapsamında pilot hastane olarak Ulus Devlet Hastanesini seçerek, bu hastane bünyesinde palyatif bakım merkezi açılmasını sağlamıştır [98]. Sağlık Bakanlığı Palya-Türk projesiyle palyatif bakımı medikal bir disiplin olarak kabul etmiş ve "Evde Sağlık Hizmeti" ile başlayıp aile hekimliği hizmeti üzerine kurulmuştur. Palya-Türk projesiyle Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve sivil toplum kuruluşları ile öncelikli olarak hemşirelik bakımı üzerine oturtulmuş, sağlık çalışanlarının eğitimi desteklenmiş, üniversite ve hastanelerin palyatif bakım konusunda farkındalığını artırmış ve palyatif bakım merkezleri sayısında artış meydana gelmiştir [74,99].

2011 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı ve Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (MECC) ile birlikte hareket edilerek toplam 11 palyatif bakım ve destek tedavi merkezi ve 72 adet ağrı tedavi merkezi kurulmuştur [100].

2014 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk defa “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayımlanmış ve 2015 yılında revize edilmiştir [40]. Yönergede palyatif bakım merkezlerinin kurulması, işleyişi, fiziki şartları, bulundurulması gereken araç, gereç ve personelin asgari standardı, personelin görev yetki ve sorumlulukları ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlenmiştir [101]. Sonrasında uzman hemşirelerin yetişmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından “Palyatif Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı” başlatılmıştır. Sertifika programına hemşireler, hemşirelik yetkisi olan ebeler ve sağlık memurları katılım hakkına sahiptir ve program semptom kontrolü, iletişim, yaşam sonu bakım ve etik konularını içeren 35 saati teorik ve 80 saati uygulamalı derslerden oluşmaktadır [102]. 24 Aralık 2014 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’de

“Palyatif bakım tedavisi, Sağlık Bakanlığınca palyatif bakım verme konusunda tescil edilmiş olan Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı sağlık tesislerince faturalandırılır” ibaresi ile palyatif bakım hizmetleri ödeme kapsamı altına alınmıştır [103].

2010 yılında çocuk ve erişkinlere hizmet veren İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi tek çocuk palyatif bakım merkezi açılmıştır, 2015 yılında Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesinde, 2017 yılında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 2019 yılı Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çocuk palyatif bakım ünitesi açılmıştır [65]. Günümüzde ise T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü palyatif bakım hizmetini toplam: 81 ilde 5.091 yatak ile 383 Sağlık tesisi tarafından verilmektedir ve ülkemiz 2006 senesinde Grup 2 ülkeler arasında yer alırken, 2011’de Grup 3b ülkeler arasında yer almıştır [104,105].

#### **2.1.5. Palyatif Bakımın Amacı**

Palyatif bakımın amacı tanı anından itibaren hasta ve ailesinin yaşam kalitesini en üst düzeyde tutmaktır. Palyatif bakımda etkili semptom kontrolü sağlamak, hastalık nedeniyle oluşan sıkıntıları en aza indirmek bakım sürecini planlayarak özellikle yaşamın son dönemini yaşayan hastalar açısından bakım sürecinin sağlıklı bir şekilde geçmesini sağlamak amaçlanmıştır. Palyatif bakımda hasta ve ailesiyle etkili iletişim sağlanarak psikososyal yönden desteklenip bilgilendirilmesi, duygusal ve ruhsal kaygılarının azaltılması ve yas sürecinde aileye destek sağlanması palyatif bakımın amaçları arasındadır [106-108].

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre palyatif bakım ile

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtulmayı sağlamak,
- Hayatı desteklerken, ölümü normal bir süreç olarak görerek, ölümü hızlandırmak ya da ertelemek amacıyla olmamak,
- Hasta bakımının psikolojik ve manevi yönlerini bir bütün olarak ele almak,
- Hastaların yaşamının sonuna kadar mümkün olduğunca aktif yaşamalarına yardımcı olacak bir destek sistemi sunmak,
- Hastanın ailesinin hastalık sürecinde kendi üzüntüleri ile başa çıkmasında yardımcı bir destek sistemi sunarak gerekirse ölüm danışmanlığı dâhil olmak

üzere hastaların ve ailelerin ihtiyaçlarını ele almak için takım yaklaşımı kullanmak,

- Yaşam kalitesini arttırarak hastalığın seyrini olumlu etkilemek,
- Kemoterapi veya radyoterapi gibi hayatı uzatmayı amaçlayan diğer tedavilerle birlikte hastalığın seyrinin başlangıcında uygulamak amaçlanmaktadır [4].

#### **2.1.6. Palyatif Bakımın Felsefesi**

Palyatif bakım her bir bireyin kendine özgü hikayesi, deneyimi, kültürü, ilişkileri ile kendine özgü tek bir varlık olarak saygı görmeye değer olduğu anlayışına sahiptir ve palyatif bakım felsefesi, hastaya bütüncül bakım vermeyi ve hasta ailesinin desteklenmesini amaçlamaktadır [109,110].

Palyatif bakım ile yaşam sonu bakım gibi kavramları birbirinden ayırt edebilmek için kapsamlı bir felsefeye gereksinim duyulmuştur. Palyatif bakımın felsefesi ile ilgili ilk tespit 1982'de yaşam kalitesi üzerine vurgularıyla Sugarbaker ve ark. tarafından yapılmıştır ve modern palyatif bakımın öncüsü Cicely Saunders her toplumun belli bir uygulama modelinden ziyade, palyatif bakım felsefesi ve ilkelerine göre kendi şartlarına en uygun modeli oluşturması gerektiğini belirtmiştir ve Saunders, yaşamının son dönemlerinde olan kanser hastalarının zorlayıcı tedavi koşullarına rağmen saygı içerisinde ve insan onuruna layık şekilde ölme hakkının olduğunu savunmuştur [80]. Hastaların çok boyutlu ağrıyı tecrübe edinmesi nedeni ile de sadece fiziksel yönden değil bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini ileri sürmüştür [104,111].

#### **2.1.7. Palyatif Bakıma İhtiyaç Duyan Hasta Grubu**

Palyatif bakım belirlenen bir tıbbi tanıya göre değil, yaşamı kısıtlayıcı hastalığa sahip her yaş gurubu insanın ihtiyaçlarına bağlı olarak verilen bakım sürecini içermektedir [112]. Palyatif bakım belirli bir tıbbi tanıya göre verilmese de yoğun olarak palyatif bakımın hizmetinin verildiği hasta grupları mevcuttur.

Dünya Sağlık Örgütü palyatif bakıma ihtiyaç duyan hasta gruplarını şu şekilde sıralamaktadır [113]:

- Kardiyovasküler hastalıklar (%39),

- Kanser (%34),
- Kronik akciğer hastalıkları (%10),
- HIV/AIDS (%6),
- Diyabet (%5)

Dünya Palyatif Bakım Kurulu (WPCA) palyatif bakım gerektiren tıbbi durumları şu şekilde sıralamaktadır [114].

- Kanser,
- Muskulerdistrofi,
- Son evre demans,
- Multiple skleroz,
- Motor nöron hastalıkları,
- HIV/AIDS.

Çocuklarda palyatif bakım gerektiren hastalık grupları:

- Kanserler,
- Yenidoğan hastalıkları,
- Konjenital anomaliler,
- Kardiyovasküler hastalıklar,
- Kan ve immün bozukluklar,
- Menenjit, siroz,
- AIDS,
- Böbrek hastalıkları,
- Nörolojik bozukluklar (WHO-WPCA).

Ayrıca solunum yolları hastalıkları, karaciğer hastalıkları, böbrek yetmezliği, alzheimer, kistik fibroz, kas distrofisi gibi tanısı olan hasta grupları da palyatif bakıma ihtiyaç duyabilmektedir [112].

### **2.1.8. Palyatif Bakım Ekibi**

Kronik hastalık ve tedavisi nedeniyle kompleks sorunlara sahip olan hasta ve ailelerinin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması

multidisipliner ekip yaklaşımıyla verilen sağlık hizmeti ile mümkün olabilmektedir. Genelde palyatif bakım ekip üyeleri arasında; doktorlar (palyatif bakım uzmanları, medikal onkologlar, algologlar), hemşireler (palyatif bakım uzman hemşireler, klinik hemşireler), psikiyatristler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları, diyetisyen, din görevlisi yer almaktadır. Bunun yanında hastanın gereksinimlerine göre rehabilitasyon ekibi (fizik tedavi uzmanı), cerrahlar ve anestezi uzmanları ekibe destek olabilmektedir [9]. Hastalar ve aileleri için sunulan bakımın koordinasyonu, mevcut kaynakların etkin bir şekilde kullanılması, hasta ve ailesinin sunulan hizmetten memnuniyetinin artırılması için multidisipliner ekibin iş birliği içerisinde çalışması gerekmektedir [10,11].

### **2.1.9. Palyatif Bakım Hemşiresi**

Sağlık profesyonelleri hastalık ve ölüm sürecinde hastanın bakımında görevli kişilerdir. Palyatif bakım alan hasta grubuna bakım veren sağlık profesyonelleri içerisinde hemşireler ise hastaların tanı almasından başlayarak ölüm ve ölümden sonra yakınlarının yas dönemine kadar palyatif bakım sürecinin tüm aşamalarında aktif olarak görev alan, hasta ile en çok vakit geçiren, hasta ve ailesinin yaşadığı sıkıntılı semptomları en iyi gözlemleyebilen, değerlendiren, hastaya primer olarak bakım veren en önemli sorumluluk sahibi ekip üyesidir [12,115,116].

Palyatif bakım hemşireleri hastalık, ölüm, ölümden sonraki yas döneminde hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda bireyin hastalığa bağlı görülen semptomlarının erken tanılanması, azaltılması, önlenmesi ve hastanın fiziksel, psikososyal ve manevi ihtiyaçların giderilmesi palyatif bakım sürecinde amaçlanan önemli konulardır [94,117,118]. Hemşirelerin de bu süreçte palyatif bakımı etkin sunabilmeleri, bakım sırasında oluşabilecek semptomları, sorunları yönetebilmeleri için yeterli bilgi birikimine, tutum ve beceriye sahip olması gerekmektedir [119].

Hemşireler palyatif bakım sürecini yönetebilmeleri için bilgi verme, önderlik, bakım, tedavi, koordinasyon gibi rollere sahip olmalıdır. Hemşireler sahip olduğu rolleri sayesinde palyatif bakım sürecinde mevcut durumu koordine eder, yol gösterici durumdadır, hasta ve yakınlarına eğitim verir, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırır

ve ölüm sürecinde de aileye destek olur [120]. Hemşireler bu rolleri yerine getirirken her bireyin kendine özgü olduğu bilinciyle dürüst ve saygı içerisinde iletişim kurarak hasta ve ailesinin güvenini kazanmalıdır. Hemşireler hasta ve yakınlarının farklı tepkilerine karşı saygı ve anlayış içerisinde olmalı ve her hastanın yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni, inancı, değerleri, sosyoekonomik durumunun farklı olduğunu göz önünde bulundurarak bakımı planlamalıdır [117].

Hemşireler palyatif bakım ekip üyeleriyle iş birliği yaparak hasta ve ailesinin sağlık sorunlarını, ihtiyaçlarını, önceliklerini sistematik olarak değerlendirir, tedavi planı oluşturur, hastanın tedavi öncesi ve sonrasında klinik durumundaki değişimlere göre doktora bilgi verir [69,74,86,121].

Hastanın bağımsızlığını destekler, günlük yaşamına aktif katılımını sağlar, kontrolünü sürdürmesine yardımcı olur, seçimlerini destekler, hastanın mevcut durumuna uyumunu sağlar, hastanın umudunu destekleyip güçlendirir. Semptom yönetimini sağlar. Ağrısını kontrol altına alarak acılarının hafiflemesine yardımcı olur [21,122,123].

Hemşireler her bireyin kendine özgü olduğu bilinciyle hasta ve yakınlarına bireysel ihtiyaçları doğrultusunda bakım ve eğitim planı belirler, bakıma aktif katılımlarını sağlar. Hastalık süreci, seyri, uygulanan tedavi yöntemleri, yan etki, oluşabilecek komplikasyonlar, fiziksel bakım, ağrı kontrolü, etkili iletişim teknikleri ve ölüm süreci konusunda eğitim verir. Hastanın tepkilerine karşı saygı gösterir, mahremiyetini sağlar, etik ve ahlaki ilkeleri göz önünde bulundurarak yaşamının sonuna kadar konforunu sağlar [117,122].

Palyatif bakım veren hemşireler hasta ve ailesine verilen bakımın kalitesini artırmak için sürekli olarak güncel bilgileri takip etmeli, araştırma yapmalı, yapılan çalışmalarla ilgili literatürü değerlendirmeli, mevcut bilgilerini koruyup güncellemeli ve geliştirmelidir.

#### **2.1.10. Palyatif Bakım Sunumunda Engeller**

DSÖ, palyatif bakımla ilgili eksiklikleri, palyatif bakım ihtiyacı olanların %86'sının bu hizmete ulaşamaması, dünya nüfusunun %83'ünün ağrı semptomuna yönelik



girişimlerden mahrum kalması, bakım alması gereken çocukların %98'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadıklarını bildirmiştir [114].

Avrupa Palyatif Bakım Derneği (European Association for Palliative Care-EAPC) raporuna göre de Türkiye'de uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmetinin verilememesinin nedenlerinin [124];

- Palyatif bakımla ilgili sağlık bakım personelinin olmayışı,
- Kanser tedavisine odaklanma,
- Ülkedeki ekonomik kaynakların yetersizliği,
- Sosyal güvenlik sisteminin evde palyatif bakım hizmetini karşılamaması,
- Güçlü opioidlerin sayısının azlığı, sadece morfin ve fentanly ilaçlarının kullanıma hazır olması,
- Güçlü opioid ilaçların psikolojik ve fiziksel bağımlılık oluşturacağı korkusu,
- Güçlü opioid ilaçların reçetelenmesi ile ilgili sorunlar (isteksizlik, korku, yasal prosedürler gibi) olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde palyatif bakımla ilgili genel yaşanan sorunlar ise:

- Palyatif bakım birçok hastalık kapsamında ve her yaş grubundan hastaya verilmesine rağmen ülkemizde sadece kanser hastalarına verilen bir bakım hizmeti olarak bilinmesi [125].
- Palyatif bakımla ilgili toplumda ve sağlık profesyonelleri arasında yeterli farkındalığın oluşmaması ve sağlık profesyonellerinin palyatif bakıma yeterli önem göstermemesi [124].
- Doktor, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin aldıkları formal eğitimin temel palyatif bakım eğitimini içermemesi [126,127].
- Palyatif bakım veren sağlık profesyonellerine rutin olarak palyatif bakım eğitiminin düzenlenmemesi, hastaların ağrı ve diğer semptomlarının kontrol altına alınması için yapılması gereken gerekli standartların yeterince bilinmemesi [128].
- Opioid ilaçları temin etmede yaşanan zorluklar [128].
- Sağlık profesyonellerinin opioid fobisi ve bağımlılık oluşturacağı korkusu, kırmızı ve yeşil reçeteye ulaşılabilirlikte ve reçete yazma mevzuatındaki

güçlükler, opioidlerin çeşitliliğinin az olması, ilaca ulaşılabilirlikte güçlükler, eczaneden temin etmedeki zorluklar [129].

- Profesyonel eğitim almış palyatif bakım ekibinin olmaması, sağlık profesyonellerinin sayılarının yetersiz ve iş yükünün fazla olması,
- Kaliteli palyatif bakım sunulamaması,
- Sağlık profesyonelleri hasta ve hasta yakını arasında iletişimde yetersizlik ve iletişim ile ilgili gerekli eğitimin verilememesi,
- Hastanelerin fiziki koşullarındaki yetersizlik,
- Palyatif bakımla ilgili etik ve yasal düzenlemeler konusunda yetersizlik,
- Palyatif bakıma ilişkin yeterli mali desteğin olmaması
- Hastanın ne zaman palyatif bakıma ihtiyaç duyduğu ve bakım alması gerektiğinin bilinmemesi,
- Lüzum halinde olan tedavilerin semptomların değerlendirilememesi nedeniyle uygulanmaması,
- Hastanın yaşadığı semptomları ifade etmede güçlük yaşaması,
- Palyatif bakım ihtiyacının hastalığın ihmali sonucu oluştuğunun varsayılması,
- Yaşam süresini uzatmaya yönelik tedavi ile destek tedavinin ayrı tutulması olarak bildirilmiştir [130].

## 2.2. Ölüm

### 2.2.1. Ölüm Kavramının Tanımı

Ölüm varlığın sonlanması, nitel ve nicel değerlerin biçim değiştirmesidir. Yaşamın doğal parçası olarak canlı olma durumunun sona erdiği andır. Ölüm tüm varlıklar için evrensel bir olgu ve kaçınılmaz bir sonudur [131,132]. TDK'ya göre ölüm, bitki, hayvan ve insanların hayatının tam ve kesin olarak sona ermesi, ahiret yolculuğu ebedi uyku, emrihak, irtihal, memmat, mevt, vefat olarak tanımlanmaktadır [133].

Ölüm kavramının temel özellikleri

1. Ölüm kavramı gelişimsel düzeyde bireyin kronolojik yaşıyla paralellik göstermeyen göreceli bir kavramdır.
2. Ölüm kavramı gelişimsel dönemlere göre zaman içinde değişmektedir.

3. Ölüm kavramı çoğu zaman birkaç önermeyle açıklanamayacak kadar karmaşık bir durumdur.
4. Ölüm kavramının gelişimsel amacı tam olarak anlaşılammıştır, oluşum süreci halen devam etmektedir. En ideal, en uygun ölüm anlayışının ne olduğu henüz bilinmemektedir. Ölümle ilgili var olan kanılar kuram ya da araştırmalardan çıkarılmış sonuçlardan çok değer yargılarıdır.
5. Ölüm kavramı içinde bulunduğu durumdan etkilenir. Kişinin içinde bulunduğu duruma göre zihninde yer alan birçok ölüm türü içerisinde birini seçerek ortaya çıkarır.
6. Ölüm kavramı algısı doğrudan ve dolaylı olarak gösterilen davranışlar üzerinde etkilidir [131].

Ölüm kavramı bireyi ve toplumu ilgilendiren sosyal, kültürel, spiritüel, psikolojik, biyolojik boyutlarıyla çeşitli bilim dalları tarafından değerlendirilebilen bir olgudur. Ölüm kavramı ile ilgili literatüre bakıldığında günümüze kadar her toplum ve kültürde hatta aynı kültürde de zaman içerisinde farklı tanımlar yapılmıştır [134].

Ölüm algısı insanların sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yer, kişisel özellikleri, alışkanlıklarına göre değişiklik gösterebilmektedir. İnsanlar ölüm olgusu karşısında kişisel özelliklerinin farklı olması nedeniyle ölüme karşı da farklı tutum içerisinde olabilmektedir. Bireyler hem kendi ölümleri, hem de başkalarının ölümü karşısında farklı bakış açısına sahip olup farklı tutum sergileyebilmektedir. Bu ölümün sosyal boyutunun göstergesidir [135-137].

Ölümün farklı kültürlerden, dinlerden, inanç ve geleneklerden, toplumsal değer yargılarından etkilenen geniş bir konu olması nedeniyle ölüme karşı gösterilen tutum, tepki ve davranışlar da farklılık göstermektedir [138].

### **2.2.2. Biyolojik Açıdan Ölüm Kavramı**

Biyolojik ölüm organizmadaki temel yaşam fonksiyonlarının bozulması sonucunda hücre ölümünün gerçekleştiği ve solunum, kalp atımı gibi yaşamsal faaliyetlerin sona erdiği süreç olarak tanımlanmaktadır [131,139]. Bu sürecin organizmada bir anda değil belli bir aşamayla gerçekleştiği bilinmektedir ve ölüm anını yaşayan canlıda canlılık faaliyetleri geri dönüşümsüz olarak kaybedilmektedir [139].

Temel vücut fonksiyonlarının bozulması, solunum ve dolaşım sisteminin durması, geri dönüşümsüz hasarların oluşması somatik ölüm (vücut ölümü) olarak da tanımlanmaktadır [139,140]. Biyolojik ölüm 1950'lerin sonuna kadar kalp ve akciğer işlevlerinin geri dönüşümsüz kaybı ölüm göstergesi kabul edilmekteyken 1950'lerden sonra tıp alanındaki gelişmeler, yeniden canlandırma uygulamaları, organ nakli ve yoğun bakım müdahalelerindeki gelişmeler ölüm tanımını değiştirmiştir [131,141]. 1959 yılında Hollanda'da yayımlanan bir çalışmada, kalbi atan fakat beyin fonksiyonlarının kaybolması durumunda kalbin halen atması hastanın yaşayıp yaşamadığı tartışmalarına neden olmuştur. Makalede çarpan bir kalbin "insanın" canlı olmasından ziyade "organın" canlı olduğu görüşü vurgulanmış, yaşamın sonunun nerede ve ne zaman biteceği konusu sorgulanmaya başlanmıştır. Bu sorgulama ile yaşam ve ölüm arasındaki çizgiyi belirleyecek kesin ve tam bir ölçüte ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır [141].

Günümüzde ise ölüm kararının belirlenmesinde daha çok beyin ölümü kavramı ölçüt olarak kullanılmaktadır [131]. Beyin ölümü sağlık bakanlığı tarafından "organ nakil yönetmeliği"nde yer alan kriterlerle tanımlanmaktadır. Bu kriterler;

1. "Beyin ölümüne karar vermek için komanın aşağıdaki nedenlere bağlı olmaması:

- Primer hipotermi
- Hipovolemik ya da hipotansif şok
- Geriye dönüşümü sağlayabilecek intoksikasyonlar (barbitürat ve diğersedatifler, depresan ve narkotikler) ile metabolik bozukluklar

2. Bilincin tam kaybı,

3. Spontan hareketin bulunmaması ve ağırlı uyaranlara serebral-motor yanıt alınmaması,

4. Spontan solunumun bulunmaması,

5. Beyin sapı reflekslerinin tamamen kaybolması:

- Pupiller parlak ışığa yanıtız ve dilate (4-9 mm)
- Kornea refleksi yokluğu

- Vestibulo-oküler refleks yokluğu
- Okülo- sefalik refleks yokluğu
- Faringeal ve trakeal refleks yokluğu

6.Apne testi,

7.Daha önce tanısı konmuş bir nedenle, hasta en az 12 saat geri dönüşümsüz koma tablosuna girmişse, etiyojisi bilinmeden gelişen tablolarda en az 24 saat bu koşulların değişmeden devamlılığı gözlenmelidir,

8.Etiyojisi belirlenmemiş geri dönüşsüz komada, hekimler kurulunun uygun göreceği bir yöntemle klinik bulgular teyit edilebilir” [142].

### **2.2.3. Psiko-Sosyal Açıdan Ölüm Kavramı**

Biyolojik açıdan yaşam ve ölüm kavramları net ve belirgin olarak tanımlanabilirken, psikolojik ve sosyal açıdan ölümün tanımı kolay yapılamamaktadır [143]. Psikolojik ölüm, zihnin bilinçli işlevlerini yerine getirememesi olarak tanımlanırken, sosyal ölüm ise kişinin bilincinin yerinde olmadığı halde tıbbi tedavilerin yardımıyla fiziksel işlevlerini yerine getirebilmesi fakat diğer kişilerle etkileşim kurma anlamında sosyal etkileşimde bulunamaması durumu olarak tanımlanmaktadır [144,145].

Ölüm kavramı ilk olarak felsefe biliminin ilgi alanına girmiş daha sonraki dönemlerde ise psikoloji ve sosyoloji bilimleri tarafından incelenmiştir. İnsanın varoluşu ve ölümün insan dünyasında oluşturduğu etkiler sorgulanmıştır [146].

Psikoloji bilimi, ölümün psikolojik ve bireysel yönünü araştırmış bireylerin ölüm korkusu üzerine yoğunlaşmış, ölümden kaçınma davranışının ve zaman zaman da ölümü aramanın güdüsel olduğunu bildirmiştir [147].

Ölüm deneyimlenebilen bir durum değildir. Bu nedenle ölümlle ilgili düşünceler çevresel faktörlerin etkisiyle oluşmaktadır. Bireyin kaza sonucu yaşamını ani olarak kaybetmesi durumunda fiziksel ölümü yaşarken, bireyin arkasında bıraktığı yakınları ise bu durumla başa çıkmaya çalışarak sosyal ölüm sürecini yaşamaktadır. Bireyin Alzheimer gibi nörodejeneratif hastalığa sahip olması durumunda ise fiziksel ölümü

yaşamadan önce sosyal varlığıyla ilgili rolünü zamanla kaybederek ilk olarak psikolojik ölümü yaşamaktadır [147,148].

Bu durumlar değerlendirildiğinde ölüm biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir durum olarak tanımlanmaktadır.

#### **2.2.4. Kültürel Açıdan Ölüm Kavramı**

Kültürel değerlerin oluşumuna katkıda bulunan bireyin yaşam süresi, yaşam biçimi, sosyoekonomik durumu, çevresel konular ve bireyin yaşamı boyunca benimsediği ve öğrendiği inançları, normları, bireysel ve sosyal değerleri ölüm kavramının tanımını etkilemektedir [54].

Ölüm farklı kültürlerde yaşayan bütün canlılar için evrensel bir gerçektir [149]. Tüm dönemlerde şairler, yazarlar, bilim insanları, din adamları, filozoflar başta olmak üzere tüm insanlar ölüm ve din kavramları üzerinde odaklanmıştır [150]. Yapılan birçok araştırmaya göre güçlü dini inanca sahip olmanın kişilerin ölüm kaygı düzeyini azaltmada güçlü bir etken olduğu bildirilmiştir. Dini daha çok benimseyen kişilerin acı ve zorluklar karşısında daha dayanıklı oldukları ve daha az ölüm kaygısı yaşadıkları bulunmuştur [151].

Kültür terminal dönemdeki hastanın ağrı, rahatsızlık, kayıp ve yas sürecini de etkilemektedir [146]. Toplumların ölümü algılama biçimi, ölüme verdiği anlam, inançları, ritüelleri, ölüm süreci başladığında ve sona erdiğinde yapılan merasimler, ölüme karşı korkuları farklı toplumlarda farklı şekillerde günümüze kadar varlığını devam ettirmiştir. Ölüm sürecinde ve sonrasında yapılan törenler, gelenekler yas döneminde bir dayanışma ortamı yaratmaktadır. Böylelikle ölüm geride kalan bireyleri sosyal etkileşim içerisinde bulundururken gelenekler de sosyal destek oluşturmaktadır [137].

Ölüm farklı din, inanış ve kültüre sahip toplumlarda farklı bakış açılarıyla değerlendirilmektedir. Ölüm insanlar için kaçınılmaz son olmasına rağmen, bazı kültürlerde çok rahatça tartışılır konuşulabilirken, bazı kültürlerde ölüm konusu üzerinde konuşulamamaktadır [146]. Sağlığa değer veren ve sürekli olarak sağlığı geliştirmeye çalışan ve daha genç olabilme çabasında olan toplumlarda ölüm

başarısızlık olarak görülebilmektedir. Kore’de yapılan çalışmalarda Koreli hemşirelerin gelişmiş modern tıp ve bilime karşın yaşam süresini uzatamamayı başarısızlık olarak gördükleri ve ölümü kabul etmek istemedikleri bulunmuştur. Yahudiliğe göre ölüm korkunç bir gerçek ve cezaların en ağıridır. Hristiyanlığa göre insan ruh ve bedenden oluşmaktadır ve ölen sadece bedendir. Ölümle hayat sona ermemekte daha güzel ve daha değişik hale bürünmektedir. Müslümanlara göre ise ölüm, insan ruhunun bedenden ayrılarak Allah’ın katına yükselmesi şeklinde açıklanmaktadır [152-154].

### **2.2.5. Sağlık Alanında Ölüm Kavramı**

Bilimsel gelişmeler, biyomedikal ve tıp alanındaki ilerlemeler birçok hastalığın oluşumunu önlenabilir tedavi edilebilir duruma getirmiştir. Bu durum yaşam süresini uzatıp, ölüm sürecini geciktirmektedir [144]. Günümüzde kronik hastalıkların artmasıyla beraber kritik hastalığa sahip olan ve yaşamının son dönemindeki hastalarda hastaneye yatış oranını artırarak ölümlerin daha çok hastane ortamında gerçekleşmesine sebep olmuştur. Bu durum sonucunda tedavisi nedeniyle yaşadığı ev ortamından ve yakınlarından uzaklaşmak zorunda kalan hastanın fiziksel bakım ve psikolojik destek açısından sağlık personeline ihtiyacı artmıştır [52].

Rehabilitasyon hizmetlerindeki gelişmeler ile de sakatlık ve hastalık yaşayan ve başkalarına bağımlı hale gelen bireylerin daha bağımsız bir yaşam sürmesini sağlamıştır [144].

Medikal, cerrahi, ameliyat, radyoterapi, kemoterapi alanlarındaki gelişen tedavi yöntemleri hastaların ertelemek istedikleri ölüm eylemini geciktirme yolu olarak görülürken bazı durumlarda ise yıpratıcı hale gelebilmektedir. Hastaların acı çekmesine neden olan zorlayıcı bir dönem yaşamalarına sebep olmaktadır. Hastalar bu süreçte acı çekmek istememekte ve yaşam süresinin uzamasını talep etmektedir [155].

Hastalık sürecinde yaşananlar ve ölüm eylemi bireysel bir deneyim olduğu için hasta ve yakınlarının farklı şekillerde tepkilerine neden olmaktadır. Hemşireler her hastanın kültürü ve ölüm algısının farklı olduğu bilincinde olmalıdır. Hastanın görüşü ne olursa olsun sağlık çalışanları hasta bireylere saygı göstermeli ve uyum sağlamalıdır. Böylelikle sağlık çalışanlarının ölümü yaklaşan hastaya bakımı daha kolay hale gelmektedir [148].

### 2.3. Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutumu

Hastaların sıkıntılı semptomlarını azaltmayı ve yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan palyatif bakım aynı zamanda ölmekte olan hasta bakımını da kapsamaktadır. Bu nedenle palyatif bakım alan bireylerin ölümün kaçınılmaz ve son olduğu bilinciyle ölümü düşünmesi normal olarak görülmekte fakat bu düşüncenin bireylerde dengeli olması gerekmektedir. Bu dengenin bozulmasıyla bireydeki ölüm düşüncesinin aşırı, patolojik ve kontrolsüz olması kişiyi psikolojik ve ruhsal yönden olumsuz etkileyebilmekte ve kaygı düzeyini artırabilmektedir [141,156].

Ölüm sürecinde olan birey ve çevresinde bulunan yakınları farklı duygusal tepkiler yaşayabilmektedir. Hemşireler de ölümü yakın olan hastaya bakım vermesi nedeniyle yoğun duygusal tepkiler yaşayabilmektedir. Bu süreçte korku, kaygı, suçluluk, çaresizlik, depresyon, inkâr, öfke gibi duygular yaşanabilmektedir. Hemşirelerde bakım verdiği hastaların ölüm süreci ile birlikte yetersizlik, başarısızlık ve suçluluk gibi duygular oluşabilmektedir [155-159]. Her insanın ölüme gösterdiği tepki farklıdır. Hemşirelerin bireyin ölüme karşı gösterdiği tepkileri bilmesi ölmekte olan bireye ve ailesine uygun bakım vermesine yardımcı olmaktadır [155]. Hemşirelerin ölüme karşı doğru bir tutum geliştirmeleri için ölümü doğru algılamaları gereklidir. Ölüme ilişkin doğru algının oluşması doğru ve etkili tutum geliştirmeyi sağlamaktadır [160]. Hemşirelerin ölümü yaklaşan bireye etkin bakım verebilmeleri ve psikolojik destek sağlayabilmeleri için öncelikle kendi duygularını bilmesi ve ölümü kabul etmeleri gerekmektedir. Bireylerin ölümü kabul etmesini ölümü algılama üzerinde etkileri olan sosyo-demografik özellikleri, etnik kökeni, dini inancı, gelenekleri, kültürü, gelişimsel seviyesi, toplumsal ve kişisel değer yargıları belirlemektedir. Bu değerler ölüme karşı farklı tutum ve davranışların gelişmesine neden olmakta, ölümü kabullenme biçimini etkilemekte ve ölüme yüklenen anlamı belirlemektedir [141,161,162].

Hemşireler ölümün sık yaşandığı birimlerde görev yapmakta ve ölümlerle sık karşılaşmaktadır [155]. Hemşirelerin bakımını verdiği hastanın ölmesi durumunda, ölüm sürecini gözlemlemesi ölümü düşünerek ölüme karşı tutum geliştirmesine neden olmaktadır [160]. Yapılan çalışmalara göre de hemşireler ölümlerle karşılaşmak istemedikleri için terminal dönemdeki hastaların bulunduğu servislerde çalışmak istememektedir. Çalışmak durumunda kaldıklarında ise savunma mekanizmaları



geliştirmektedir [137]. Bu savunma mekanizmaları hastadan kaçınmak, hastayla konuşmamak, hastaya karşı donuk bir ifade takınmak, hastanın durumuyla ilgili bilgilendirme yapamamak, hasta ve yakınıyla iletişim kuramamak, hastayla duygusal bağ kuramamak, hastaya nesne gibi davranmak şeklindedir [163,164].

Ölüme karşı hissedilen duygu bireylerde farklılık gösterse de korku ortak yaşanan duygudur. Bireyler yakınlarından ayrılma, sevdiklerini bir daha görememe, yalnızlık, beden üzerindeki denetimi yitirme, acı duyma, bilinmezlik durumlarında korku yaşamaktadır [141]. Ölümün deneyimlenememesi ve bilinmeyen durum olması, hemşirelerin bakım verdiği hastanın ölüm sürecini gözlemlemesi stres, anksiyete, gerginlik, rahatsızlık hissetmelerine sebep olabilmektedir. Hafif anksiyete durumunda hemşireler çevresindeki olaylara karşı aşırı dikkatlidir. Orta düzeyde anksiyete durumunda hemşirelerin hasta ve yakınlarıyla iletişiminde bozulma ve algılama düzeyinde gerileme görülebilmektedir. Algılama düzeyindeki gerileme anksiyetede artışa neden olmaktadır. Anksiyete düzeyi yüksek hemşireler hastanın bakımında aksaklığa neden olabilmektedir [165]. Bu nedenle hemşirelerin ölüme karşı tutumları hasta bakımını etkilemesi nedeniyle önemli olmaktadır.

## BÖLÜM 3

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeylerini ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aksaray il merkezinde bulunan 540 yataklı ve toplamda 428 hemşirenin görev yaptığı, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Acil kliniğinde (triyaj, yeşil alan, sarı alan, kırmızı alan, travma salonu, çocuk acil, enjeksiyon-pansuman birimi) görev yapan 76 hemşireye, 1. Basamak yoğun bakım kliniğinde (acil yoğun bakım) görev yapan 7 hemşireye, 2. Basamak yoğun bakım kliniğinde ( KVC-Koroner yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakım) görev yapan 32 hemşireye, 3. Basamak yoğun bakım kliniğinde (çocuk yoğun bakım, cerrahi yoğun bakım, dahiliye yoğun bakım, genel yoğun bakım-1, genel yoğun bakım-2) görev yapan 64 hemşireye, yatan hasta kliniklerinde (beyin cerrahi-plastik cerrahi-üroloji servisi, göğüs hastalıkları servisi-1, göğüs hastalıkları servisi-2, ortapedi servisi, kardiyoloji-endokrin servisi, genel cerrahi servisi, dahiliye-gastroenteroloji-hematoloji-onkoloji servisi, nöroloji-intaniye-cildiye servisi, göz-göğüs cerrahi-KVC-KBB servisi, fizik tedavi servisi, psikiyatri servisi, süt çocuğu servisi, kadın doğum servisi, çocuk cerrahi servisi, evde sağlık hizmetleri, diyaliz ünitesi) görev yapan 134 hemşireye, palyatif bakım kliniğinde görev yapan 11 hemşireye, özellikli birimde (ameliyathane, anjiyo, endoskopi) görev yapan 26 hemşireye, polikliniklerde (alerji polikliniği, EEG, EKG, EFOR, SFT, NST, diyabet takip polikliniği, gebe takip birimi, göz ölçümü, kan alma birimleri, kan merkezi, pansuman-alçı odası, yara bakımı-stoma bölümü, uyku kliniği, yataklı kurum takip birimi, enfeksiyon kontrol birimi, eğitim birimi, kalite birimi, iş sağlığı ve güvenliği birimi, kanser kayıt birimi) görev yapan 40 hemşireye ulaşılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Aksaray il merkezinde bulunan, T.C. Sağlık Bakanlığı Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan 428 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada

örneklem sayısına gidilmemiş evrenin tamamı örnekleme alınmıştır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü olan evrenin %91'ini oluşturan 390 hemşire oluşturmuştur.

### **3.4. Araştırmaya Alınma Ölçütleri**

- 18 yaş üstü ve en az 1 yıl çalışma deneyimi olan hemşireler
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler çalışmaya dâhil edilmiştir.

### **3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Hemşirelerin bazılarının doğum izni, süt izni ve ücretsiz izinde olması
- Hemşirelerin bazılarının askerlik görevinde olması
- Hemşirelerin bazılarının araştırmaya katılmayı kabul etmemesi

### **3.6. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi**

#### **3.6.1. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Sosyo-Demografik Form (EK 1), Palyatif Bakım Bilgi Testi (EK 2), Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (EK 3) kullanılmıştır.

#### **3.6.1.1. Sosyo-Demografik Form (EK 1)**

Hemşirelerin, sosyo-demografik özellikleri ve mesleki çalışma özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan sosyo-demografik form kullanılmıştır [40]. Bu form 14 sorudan oluşmaktadır. Formda hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin yer aldığı sorular (1.-7. Sorular), hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi durumunu değerlendirmek amacıyla palyatif bakım hakkında bilgi alma durumu, bilgi kaynağı, bilgi içeriği, palyatif bakım sertifikasına sahip olma durumu, palyatif bakım tanımı ve felsefesi ile ilgili sorular (8.-9. Sorular) ve hemşirelerin ölüme karşı tutumunu değerlendirmek amacıyla ölmekte olan hastaya bakım verme durumu, ölmekte olan yakınının olma durumu, ölmekte olan yakınına bakım verme durumu, ölmekte olan hastaya bakım vermekte zorluk yaşama durumu ve hissedilen duygular, yakın çevrelerinde ölümle karşılaşma durumu ve hissedilen duygular gibi sorular (10.-14. Sorular) yer almaktadır.

### 3.6.1.2. Palyatif Bakım Bilgi Testi (EK 2)

Palyatif Bakım Bilgi Testi Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirmiş olup, cronbach alpha değeri 0,81'dir. Ülkemizde bu testin geçerlilik ve güvenilirliği Seven tarafından yapılmış olup, cronbach alpha değeri 0,91'dir. Palyatif bakım bilgi testi felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal ve psikiyatrik problemler şeklinde 5 alt boyutta ve toplamda 20 maddeden oluşmaktadır. Bilgi testi doğru, yanlış ve bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. Değerlendirme yapılırken bilmiyorum cevabını verenler yanlış olarak değerlendirilmekte olup ölçek iki dereceli bir ölçek olarak ele alınmaktadır. Doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba 0 puan verilmektedir. Ölçekte 10 madde ters puanlanmaktadır. Bilgi testinden alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişmekte olup, testten ne kadar yüksek puan alınırsa palyatif bakım hakkında bilgi düzeyinin o kadar yüksek olduğu ifade edilmektedir [40].

### 3.6.1.3. Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (EK 3)

Ölüme Karşı Tutum Ölçeği, ölümün var olduğu görüşüne dayanan ve ölüme karşı tutumları ölçen bir ölçektir. Wong ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Işık ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır. ÖKTÖ, 26 maddeden oluşmaktadır. 7'li "kesinlikle katılıyorum-kesinlikle katılmıyorum" likert tipi ölçektir. Ölçekte ters maddeler (2., 3., 6., 7., 9., 12., 13., 14., 15., 17., 18., 20., 21., 25.) yer almaktadır. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe ölüme karşı olumlu tutum olarak değerlendirilmektedir. ÖKTÖ; ölüm korkusu, ölümden sakınma, ölümü tarafsız kabullenme, yaklaşım kabullenme ve kaçış kabullenme olmak üzere beş boyutu vardır. Her bir boyut için puan değerlendirilmektedir [166].

Ölçek güvenilir geçerlilik çalışmasında 3 alt boyuta indirgenmiştir ve bu araştırmada da değerlendirmeler bu gruplandırma üzerinden yapılmıştır. Ölçek alt boyutlarının tanımı aşağıda yer almaktadır:

- Tarafsız Kabullenme-Yaklaşım Kabullenme: "tarafsız kabullenme" ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğuna inanma, "yaklaşım kabullenme" ölüm olgusunun ölümden sonraki hayata geçiş olduğuna inanma olarak ifade edilmektedir (4., 6., 8., 12., 13., 14.,15., 19., 21., 22., 23., 25. maddeler).

- Kaçış Kabullenme: Ölümün yaşamın fiziksel veya psikolojik zararlarından kurtaracağına inanmayı ifade etmektedir (5., 9., 11., 20., 24. maddeler).
- Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma: Bir kimse ölüme yaklaştığında hissettiği korku “ölüm korkusu”, “ölümden kaçınma” ise bireyden kaynaklı ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçtığı bir savunma mekanizması olarak ifade edilmektedir (1., 2., 3., 7., 10., 16., 17., 18., 26. maddeler) [166].

ÖKTÖ Cronbach Alpha değeri Işık ve arkadaşlarının araştırmasında 0,81 (tarafsız 32 kabullenme-yaklaşım kabullenme; 0,82, kaçış kabullenme; 0,72 ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma; 0,70) olarak belirlenmiştir [166].

#### **3.6.1.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK 4)**

Hemşirelerin çalışmaya başlamadan önce uygulamayla ilgili bilgilendirme yapılarak gönüllü katıldıklarını beyan eden bir formdur. Bu formda çalışmanın amacı, hangi formlar ile veri toplanacağı, verilerin ne kadar sürede tamamlanacağı, uygulamanın risk oluşturmadığı, gerekli izinlerin nerelerden alındığı ve çalışmanın karşılığında gerek maddi gerek manevi bir sorumluluk altına girilmeyeceğini bildiren yazılı bir açıklama ve çalışmaya katılan hemşireler tarafından imzalanan yazılı bir izindir.

#### **3.6.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

Araştırma verileri Ekim-Kasım 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerden araştırmanın amacı ve yöntemi açıklanıp sözlü ve yazılı onayları alınmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından Sosyo-Demografik Form (EK 1), Palyatif Bakım Bilgi Testi (EK 2), Ölüme Karşı Tutum Ölçeği (EK 3), Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK 4) kullanılarak toplanmıştır. Anketler gün içerisinde çalışan ve soruları cevaplayabilmek için uygun zamanı olan hemşirelerin ellerine verilerek mesai saatleri içerisinde anket formlarında yer alan soruları yanıtlaması istenmiştir. Anket formlarında yer alan sorular ortalama 10 dakikada yanıtlanmıştır.

#### **3.6.3. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verileri bilgisayarda SPSS 22.00 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı ile uygun istatistik analizler kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma

verilerinin normal dağılım göstermediği “Shapiro-Wilk Testi” ile belirlenmiştir. Araştırmada veriler “Kruskal Wallis Testi” ve “Pearson Korelasyon Testi” gibi istatistik yöntemleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Sayı, yüzde, frekans ve ortalama hesaplanmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

**Bağımsız değişkenler;** Sağlık Profesyonellerinin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri (yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalıştığı birim vb.) bağımsız değişkendir.

**Bağımlı değişkenler;** Palyatif Bakım Bilgi Testi ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği puanlarıdır.

### **3.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla hemşirelere araştırmanın amacı ve uygulaması hakkında bilgi verilmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formuyla yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (EK 4). Ölçek sahiplerinden yazılı izin (EK 5), Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Etik Kurul izni (EK 6) ve Aksaray il merkezinde bulunan, Sağlık Bakanlığı Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesinden yazılı izin (EK 7) alınmıştır.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeylerini ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı**

Sosyo-Demografik Özellikler	N	%
<b>Yaş (X<math>\pm</math>SS)</b>	34,35 $\pm$ 7,4	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	299	76,7
Erkek	91	23,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	288	73,8
Bekâr	102	26,2
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	58	14,9
Lisans	316	81,0
Yüksek Lisans	16	4,1
<b>Çalışılan Klinik</b>		
Acil Kliniği	76	19,5
1. Basamak Yoğun Bakım Kliniği	7	1,8
2. Basamak Yoğun Bakım Kliniği	32	8,2
3. Basamak Yoğun Bakım Kliniği	64	16,4
Yatan Hasta Klinikleri	134	34,4
Palyatif Bakım Kliniği	11	2,8
Özellikli Birim (ameliyathane, anjiyo, endoskopi)	26	6,7
Poliklinikler	40	10,2
<b>Meslekte Çalışma Süresi (yıl)</b>	12,70 $\pm$ 7,87	
<b>Klinikte Çalışma Süresi (yıl)</b>	4,25 $\pm$ 4,75	
<b>Palyatif Bakım Sertifikasına Sahip Olma Durumu</b>		
Evet	2	0,5
Hayır	388	99,5
<b>Toplam</b>	390	100,0

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin yaş ortalaması  $34,35 \pm 7,4$ , %76,7’sinin kadın, %73,8’inin evli ve %81’inin lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %34,4’ü yatan hasta kliniklerinde çalışmaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalaması  $12,70 \pm 7,87$  yıl, bulunduğu klinikte çalışma yılı ortalaması  $4,25 \pm 4,75$  yıl ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%99,5) palyatif bakım sertifikasının bulunmadığı tespit edilmiştir.





**Tablo 4.2. Hemşirelerin Palyatif Bakımla İlgili Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Alma Kaynaklarına Göre Dağılımları**

<b>Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi alma durumları ve kaynakları</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Palyatif bakımla ilgili bilgi alma durumu</b>		
Bilgi alan	304	77,9
Bilgi almayan	86	22,1
<b>Palyatif bakım bilgi içeriğini lise/lisans eğitiminden alma durumu</b>		
Eğitim alan	168	55,3
Eğitim almayan	136	44,7
<b>Palyatif bakım bilgi içeriğini hizmetçi eğitimlerden alma durumu</b>		
Eğitim alan	132	43,4
Eğitim almayan	172	56,6
<b>Palyatif bakım bilgi içeriğini kongre, sempozyum, seminerden alma durumu</b>		
Eğitim alan	17	5,6
Eğitim almayan	287	94,4
<b>Palyatif bakım bilgi içeriğini yayın, makalelerden alma durumu</b>		
Eğitim alan	37	12,2
Eğitim almayan	267	87,8
<b>Palyatif bakım bilgi içeriğini televizyon ve radyodan alma durumu</b>		
Eğitim alan	29	9,5
Eğitim almayan	275	90,5
<b>Palyatif bakım bilgi içeriğini kitap ve dergilerden alma durumu</b>		
Eğitim alan	44	14,5
Eğitim almayan	260	85,5
<b>Palyatif bakım bilgi içeriğini internetten alma durumu</b>		
Eğitim alan	107	35,2
Eğitim almayan	197	64,8
<b>Palyatif bakım bilgi içeriğini klinik yoluyla alanlar</b>		
Hastaneye palyatif bakım kliniğinin açılmasıyla	12	3,1
Palyatif bakım kliniğinde çalışan personellerden	15	3,8
Yatan hastaların tecrübelerinden	28	7,2
Palyatif bakım sertifika programından	1	0,3
<b>Toplam</b>	<b>304</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi alma durumları ve bilgi alma kaynaklarına göre dağılımları Tablo 4.2’de verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %77,9’unun palyatif bakımla ilgili bilgi aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %55,3’ünün palyatif bakım bilgi içeriğini lise/lisans eğitimi sırasında aldığı,

%43,4'ünün hizmetiçi eğitimleri sırasında aldığı, %5,6'sının kongre, sempozyum, seminer vs. aldığı, %12,2'sinin yayın makale vs. aldığı, %9,5'inin televizyon radyo vs. aldığı, %14,5'inin kitap dergi vs. aldığı, %35,2'sinin bilgiyi internetten aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %14,4'ünün bilgiyi klinik yolluyla aldığı (%3,1'inin hastaneye palyatif bakım kliniğinin açılmasıyla, %3,8'inin palyatif bakım kliniğinde çalışan personellerden, %7,2'sinin yatan hastaların tecrübelerinden, %0,3'ünün palyatif bakım sertifika programından) bulunmuştur.

**Tablo 4.3. Hemşirelerin Palyatif Bakımla İlgili Aldığı Bilgi İçeriğine Göre Dağılımları**

<b>Palyatif bakımla ilgili bilgi içeriği</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>İletişim Becerileri</b>		
Eğitim alan	187	61,5
Eğitim almayan	117	38,5
<b>Kötü Haber Verme</b>		
Eğitim alan	60	19,7
Eğitim almayan	244	80,3
<b>Semptom Yönetimi</b>		
Eğitim alan	145	47,7
Eğitim almayan	159	52,3
<b>Etik ve Yasal Konular</b>		
Eğitim alan	118	38,8
Eğitim almayan	186	61,2
<b>Ağrı Yönetimi</b>		
Eğitim alan	144	47,4
Eğitim almayan	160	52,6
<b>Yas Süreciyle Baş Etme</b>		
Eğitim alan	60	19,9
Eğitim almayan	244	80,1
<b>Diğer Konular</b>		
Palyatif bakım tanımı ve genel bilgiler konusunda eğitim alan	40	10,3
Palyatif hasta bakımı konusunda eğitim alan	15	3,8
<b>Toplam</b>	304	100,0

Tablo 4.3'de araştırmaya katılan hemşirelerin palyatif bakımla ilgili aldığı bilgi içeriğine göre dağılımları verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %61,5'inin palyatif bakımda iletişim becerileri, %19,7'sinin kötü haber verme, %47,7'sinin semptom yönetimi, %38,8'inin etik ve yasal konular, %47,4'ünün ağrı yönetimi, %19,9'unun yas süreciyle baş etme konusunda bilgi aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin

%14,1'inin ise palyatif bakımla ilgili diğerkonularda (%10,3'ü palyatif bakım tanımı ve genel bilgiler, %3,8'i palyatif hasta bakımı) bilgi aldığı bulunmuştur.

**Tablo 4.4. Hemşirelerin Palyatif Bakımın Tanımı ve Felsefesi İle İlgili Bilgi Durumlarına Göre Dağılımları**

<b>Hemşirelerin palyatif bakımın tanımı ve felsefesi ile ilgili durumları</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olarak tanımlanmaktadır.</b>		
Doğru	57	14,6
Yanlış	333	85,4
<b>Palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şekli olarak tanımlanmaktadır.</b>		
Doğru	177	45,4
Yanlış	213	54,6
<b>Palyatif bakım sadece ölmekte olan hastalara uygulanmaktadır.</b>		
Doğru	215	55,1
Yanlış	175	44,9
<b>Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılmaktadır.</b>		
Doğru	37	9,5
Yanlış	353	90,5
<b>Toplam</b>	<b>390</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.4'de hemşirelerin palyatif bakımın tanımı ve felsefesi ile ilgili bilgi durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %85,4'ü “palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olarak tanımlanmaktadır” ifadesini doğru bulmamıştır, %45,4'ü “palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şekli olarak tanımlanmaktadır” ifadesini, %55,1'i “palyatif bakım sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanmaktadır” ifadesini doğru bulmuştur. Hemşirelerin %90,5'i “palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılmaktadır” ifadesini doğru bulmamıştır.

**Tablo 4.5. Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumları ve Bakım Verme Sırasında Hissedilen Duygulara Göre Dağılımları**

<b>Ölmekte olan hastaya bakım verme durumu ve hissedilen duygular</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verme durumu</b>		
Bakım veren	370	95,1
Bakım vermeyen	20	4,9
<b>Ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşama durumu</b>		
Zorluk yaşayan	74	19,9
Zorluk yaşamayan	296	80,1
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verirken öfke hissetme durumu</b>		
Hisseden	3	0,8
Hissetmeyen	367	99,2
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verirken keder- üzüntü hissetme durumu</b>		
Hisseden	287	77,6
Hissetmeyen	83	22,4
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verirken korku hissetme durumu</b>		
Hisseden	57	15,4
Hissetmeyen	313	84,6
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verirken başarısızlık hissetme durumu</b>		
Hisseden	15	4,1
Hissetmeyen	355	95,9
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verirken suçluluk hissetme durumu</b>		
Hisseden	4	1,1
Hissetmeyen	366	98,9
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verirken yetersizlik hissetme durumu</b>		
Hisseden	92	24,9
Hissetmeyen	278	75,1
<b>Ölmekte olan hastaya bakım verirken hissedilen diğer duygu durumları</b>		
Hiçbir şey hissetmedim	15	3,8
Huzursuzluk hissettim	12	3,1
Çaresizlik hissettim	27	6,9
Empati (yaşayan herkesin bir gün bu duruma düşeceğini düşündüm)	14	3,6
Elimizden geleni yaptığımızı düşünüp vicdani rahatlık hissettim	12	3,1

Tablo 4.5’de hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme durumları ve bakım verme sırasında hissedilen duygulara göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %95,1’inin ölmekte olan hastaya bakım verdiği bulunmuştur. Hemşirelerin %19,9’unun ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta

zorluk yaşadığı, %0,8'inin bakım verirken öfke, %77,6'sının keder üzüntü, %15,4'ünün korku, %4,1'inin başarısızlık, %1,1'inin suçluluk, %24,9'unun yetersizlik hissettiği bulunmuştur. Hemşirelerin %20,5'i ise “hiçbir şey hissetmedim”, “huzursuzluk hissettim”, “çaresizlik hissettim”, “yaşayan herkesin bu duruma düşeceğini düşündüm”, “elimizden geleni yaptığımızı düşünüp vicdani rahatlık hissettim” cevabını vermiştir.

**Tablo 4.6. Hemşirelerin Yakınlarının Ölümüne Tanıklık Etme ve Ölmekte Olan Yakınlarına Bakım Verme Durumlarına Göre Dağılımları**

<b>Hemşirelerin yakınlarının ölümüne tanıklık etme ve ölmekte olan yakınlarına bakım verme durumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Daha önce yakınlarının ölümüne tanıklık etme durumu (anne, baba, kardeş, yakın akraba, arkadaş vb.)</b>		
Tanıklık eden	334	85,6
Tanıklık etmeyen	56	14,4
<b>Ölmekte olan yakınının bulunması</b>		
Var	207	53,1
Yok	183	46,9
<b>Ölmekte olan yakınlarına bakım verme durumu</b>		
Bakım veren	93	23,8
Bakım vermeyen	297	76,2
<b>Toplam</b>	<b>390</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.6'da hemşirelerin yakınlarının ölümüne tanıklık etme ve ölmekte olan yakınlarına bakım verme durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin %85,6'sı yakın çevresinde (anne, baba, kardeş, yakın akraba, arkadaş) ölümle karşılaşmıştır. Hemşirelerin %53,1'inin ölmekte olan yakını olduğu ve %23,8'inin ölmekte olan hastasına bakım verdiği bulunmuştur.

**Tablo 4.7. Hemşirelerin Palyatif Bakım Bilgi Testi Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı**

<b>PBBT Puanları ve Alt Boyut Puanları</b>	<b>X<sub>̄</sub></b>	<b>SS</b>
PBBT Felsefe Alt Boyutu	1,20	0,77
PBBT Ağrı Alt Boyutu	1,47	1,02
PBBT Dispne Alt Boyutu	0,52	0,71
PBBT Gastrointestinal Problemler Alt Boyutu	1,08	0,98
PBBT Psikiyatrik Problemler Alt Boyutu	1,33	1,04
PBBT Toplam Puan Ortalaması	5,63	2,78

\*PBBT: Palyatif Bakım Bilgi Testi

Tablo 4.7’de hemşirelerin PBBT puanları ve alt boyut puanlarının dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin PBBT toplam puan ortalamasının  $5,63 \pm 2,78$  puanla oldukça düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin PBBT ağrı alt boyut puan ortalamasının  $1,47 \pm 1,02$ , psikiyatrik problemler alt boyut puan ortalamasının  $1,33 \pm 1,04$ , felsefe alt boyut puan ortalamasının  $1,20 \pm 0,77$ , gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalamasının  $1,08 \pm 0,98$  ve dispne alt boyut puan ortalamasının  $0,52 \pm 0,71$  olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.8. Hemşirelerin Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Puanları ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı**

<b>ÖKTÖ Puanları ve Alt Boyut Puanları</b>	<b>X<sub>̄</sub></b>	<b>SS</b>	<b>Min- max</b>
ÖKTÖ Tarafsız Kabullenme ve Yaklaşım Kabullenme Alt Boyutu	3,92	0,63	2-6
ÖKTÖ Kaçış Kabullenme Alt Boyutu	3,92	0,63	2-6
ÖKTÖ Ölüm Korkusu ve Ölümden Kaçınma Alt Boyutu	4,01	0,48	2-5,67

\*ÖKTÖ: Ölüme Karşı Tutum Ölçeği

Tablo 4.8’de hemşirelerin ÖKTÖ ve alt boyut puanlarının dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalamasının  $4,01 \pm 0,48$ , tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalamasının  $3,92 \pm 0,63$  ve kaçış kabullenme alt boyut puan ortalamasının  $3,92 \pm 0,63$  olduğu bulunmuştur.

**Tablo 4.9. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Tanımlayıcı Özellikleri ile Palyatif Bakım Bilgi Testi Alt Boyut Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı**

	<b>PBBT Felsefe Alt Boyut Puanı</b>	<b>PBBT Ağrı Alt Boyut Puanı</b>	<b>PBBT Dispne Alt Boyut Puanı</b>	<b>PBBT Gastrointestinal Problemler Alt Boyut Puanı</b>	<b>PBBT Psikiyatrik Problemler Alt Boyut Puanı</b>	<b>PBBT Toplam Puan</b>
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	199,64	187,67	188,67	190,40	190,43	187,47
Erkek	181,91	220,25	217,94	212,26	212,15	221,87
<b>p*</b>	0,158	<b>0,011</b>	<b>0,013</b>	0,089	0,094	<b>0,010</b>
<b>Medeni durum</b>						
Evli	195,87	190,91	188,01	191,08	194,51	189,83
Bekâr	194,45	208,46	216,65	207,98	198,30	211,50
<b>p*</b>	0,907	0,150	<b>0,012</b>	0,173	0,761	0,093
<b>Eğitim durumu</b>						
Sağlık meslek lisesi	168,60	186,08	181,14	184,21	185,22	172,15
Lisans	200,99	192,73	196,16	194,32	194,44	194,78
Yüksek lisans	184,63	284,34	234,50	259,66	253,66	294,44
<b>p*</b>	0,089	<b>0,003</b>	0,154	<b>0,041</b>	0,076	<b>0,001</b>
<b>Çalışılan klinik</b>						
Acil kliniği	175,61	191,78	174,01	200,81	184,42	185,62
1. Seviye yoğun bakım kliniği	201,07	246,71	201,29	226,29	248,86	246,64
2. Seviye yoğun bakım kliniği	202,55	210,28	229,44	203,63	219,52	232,27
3. Seviye yoğun bakım kliniği	200,28	197,08	211,15	216,24	195,87	221,60
Yatan hasta klinikleri	180,60	174,39	183,61	165,05	175,13	166,11
Palyatif bakım kliniği	195,45	262,91	182,00	266,18	221,45	262,82
Özellikli birim (ameliyathane, anjiyo, endoskopi)	120,27	134,38	131,85	118,87	150,81	100,27
Poliklinikler	228,73	166,26	165,55	164,98	174,79	169,60
<b>p*</b>	<b>0,004</b>	<b>0,0003</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	0,080	<b>0,000</b>

PBBT: Palyatif Bakım Bilgi Testi

p\*: Kruskal Wallis Testi

p< 0,05

Tablo 4.9'da hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki tanımlayıcı özellikleri ile PBBT alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin cinsiyeti ile PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, dispne alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p< 0,05). Hemşirelerin medeni durumları ile PBBT dispne alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin eğitim durumu ile PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin çalıştığı klinik ile PBBT toplam puan ortalaması ve felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

**Tablo 4.10. Hemşirelerin Klinikte Çalışma Süresi, Meslekte Çalışma Süresi, Yaş, Palyatif Bakım Bilgi Testi Puan Ortalamaları ve Ölüme Karşı Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Göre Dağılımı**

		Klinikte çalışma süresi	Meslekte Çalışma süre	Yaş	Ölümden kaçınma	Kaçış kabulleme	Tarafsız kabullenme
<b>Felsefe</b>	$r^*$ $p^{**}$	-0,085 0,096	-0,059 0,242	-0,048 0,348	-0,008 0,876	-0,002 0,969	-0,002 0,969
<b>Ağrı</b>	$r^*$ $p^{**}$	-0,096 0,059	<b>-0,114</b> <b>0,024</b>	-0,097 0,057	-0,004 0,938	0,033 0,510	0,033 0,510
<b>Dispne</b>	$r^*$ $p^{**}$	-0,064 0,207	<b>-0,129</b> <b>0,011</b>	<b>-0,122</b> <b>0,016</b>	0,007 0,891	0,027 0,590	0,027 0,590
<b>Gastrointestinal problemler</b>	$r^*$ $p^{**}$	<b>-0,108</b> <b>0,032</b>	-0,058 0,253	-0,064 0,206	-0,045 0,377	0,027 0,597	0,027 0,597
<b>Psikiyatrik problemler</b>	$r^*$ $p^{**}$	-0,097 0,055	<b>-0,124</b> <b>0,014</b>	-0,091 0,072	0,060 0,237	0,040 0,437	0,040 0,437
<b>Toplam PBBT puanı</b>	$r^*$ $p^{**}$	<b>-0,150</b> <b>0,003</b>	<b>-0,159</b> <b>0,002</b>	<b>-0,137</b> <b>0,007</b>	-0,040 0,427	0,043 0,395	0,043 0,395

$r(\text{Rho})^*$ : pearson korelasyon kat sayısı  $p^{**}$ : pearson korelasyon  $p < 0,05$  (0,1-0,3 zayıf, 0,3-0,5 orta, 0,5-0,8 güçlü, 0,8'den büyük ise çok güçlü)

Tablo 4.10'da hemşirelerin klinikte çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, yaş, PBBT toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve ölüme karşı tutum ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye göre dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin yaşı ile PBBT toplam puan ortalaması ve dispne alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, dispne, psikiyatrik problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf



düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin bulunduğu klinikte çalışma süresi ile PBBT toplam puan ortalaması ve gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hemşirelerin PBBT alt boyut puan ortalamaları ile ölüme karşı tutum ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).



## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA

Araştırma hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri ve ölüme karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmış ve bulguları aşağıda tartışılmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%99,5) palyatif bakım sertifikasının bulunmadığı tespit edilmiştir [Tablo 4.1]. Benzer şekilde Harden ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada hemşirelerin hiçbiri palyatif bakım sertifikası almamıştır [167]. David & Banerjee ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmada ise 100 hemşireden sadece 8 hemşirenin palyatif bakım uzmanlık eğitimi aldığı bildirilmiştir [168].

Araştırmamızda hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%77,9) palyatif bakımla ilgili bilgi aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %55,3'ünün palyatif bakımla ilgili bilgiyi lise/lisans eğitimi sırasında, %43,4'ünün hizmet içi eğitimlerde, %35,2'sinin internetten, %14,5'inin kitap ve dergilerden, %12,2'sinin yayın ve makalelerden, %9,5'inin televizyon, radyo, %5,6'sının kongre, sempozyum ve seminerlerden aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %14,4'ünün bilgiyi çalıştıkları klinikten aldığı ( %3,1'inin hastaneye palyatif bakım kliniğinin açılmasıyla, %3,8'inin palyatif bakım kliniğinde çalışan personellerden, %7,2'sinin yatan hastaların tecrübelerinden, %0,3'ünün palyatif bakım sertifika programından) bulunmuştur [Tablo 4.2].

Al-Kindi ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmaya göre hemşirelerin yalnızca %31'i kariyerleri boyunca resmi palyatif bakım eğitimi almıştır [169]. Benzer şekilde Altay'ın (2019) yaptığı çalışmada hemşirelerin %30'u palyatif bakıma özgü hiçbir eğitim almamıştır. Eğitim alan hemşirelerin ise bu eğitimlerini lisans eğitimleri sırasında aldıkları belirlenmiştir. Lisans eğitimi dışındaki bilgi kaynaklarının ise hizmet içi eğitimler, oryantasyon eğitimleri, kongre/sempozyum/seminerler, kitap/dergiler, internet ve staj yerleri şeklinde olduğu belirlenmiştir [39]. Seven'in çalışmasında hemşirelerin yarısından fazlasının (%57,7) palyatif bakım hakkında bilgisi olduğu, bu bilgiyi en fazla lisans eğitimi (%29,7) ve internetten (%17,7) edindikleri görülmektedir [40]. Yapılan diğer bir araştırmada hemşirelerin yarısından fazlasının palyatif bakım hakkında bilgi sahibi oldukları, hemşirelerin en fazla internet yoluyla bunu takiben

kitaplar/dergiler ve eğitimlerle palyatif bakım hakkında bilgi edindiği görülmüştür [170]. Kehribar'ın (2016) yaptığı çalışmada hemşirelerin %48,8'inin palyatif bakım konusunda bilgi sahibi olduğu, bilgi edinme kaynağı olarak ise en fazla (%40,8) kitap ve dergilerden, daha düşük oranda ise (%29,9) temel eğitimlerinden aldıklarını bildirmiştir [42]. Uslu'nun (2013) yaptığı çalışmada da ebe ve hemşirelerin %47,7'sinin palyatif bakıma yönelik bilgi sahibi olduğu, en fazla bilgi edinme kaynaklarının (%71,0) hizmet içi eğitim olduğu, daha düşük oranda (%29,0) üniversite eğitimi olduğu belirlenmiştir [96].

Araştırmamızda hemşirelerin %61,5'inin palyatif bakımda iletişim becerileri, %47,7'sinin semptom yönetimi, %47,4'ünün ağrı yönetimi, %38,8'inin etik ve yasal konular, %19,9'unun yas süreciyle baş etme, %19,7'sinin kötü haber verme konusunda bilgi aldığı saptanmıştır. Hemşirelerin %14,1'inin ise palyatif bakımla ilgili diğer konularda (%10,3'ü palyatif bakım tanımı ve genel bilgiler, %3,8'i palyatif hasta bakımı) bilgi aldığı bulunmuştur [Tablo 4.3].

Kehribar'ın çalışmasında hemşirelerin yarıya yakınının (%48,8) palyatif bakım ile ilgili bilgi sahip oldukları ve hemşireler aldıkları bilginin içeriğini en fazla yasal ve etik konular (%90,0), ağrı yönetimi (%89,0), en az bilgi içeriğinin ise yas süreci ile baş etme (%26,5) konularının olduğu bulunmuştur [42]. Suudi Arabistan'da yapılan çalışmada, hemşirelerin palyatif bakım bilgisinin son derece düşük olduğunu ve hemşirelerin palyatif bakım felsefesi ve ilkeleri, ağrı ve semptom yönetimi ve palyatif bakımın psikososyal ve ruhsal yönleri konusundaki bilgisinin zayıf olduğunu yansıtmaktadır [43]. Al-Kindi ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmaya göre genel olarak hemşirelerin %56'sının birden fazla bilim dalında eğitim ihtiyacı olduğunu ve farklı bilim dallarına göre en çok önerilen eğitim ihtiyacının iletişim stratejileri (%22), ölmekte olan hastalara bakım (%14,6), bakım desteği (%10,6), psikososyal bakım (%15), ağrı yönetimi (%10,2), semptom yönetimi (%13) ve etik/manevi konular (%14,2) olduğu bulunmuştur [169].

Araştırmamızda hemşirelerin %85,4'ü “palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olarak tanımlanmaktadır” ifadesini doğru bulmamıştır, %45,4'ü “palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şekli olarak tanımlanmaktadır” ifadesine katılmış, %55,1'i “palyatif bakım sadece terminal dönemdeki hastalara

uygulanmaktadır” ifadesini doğru bulmuştur. Hemşirelerin %90,5’i “palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılmaktadır” ifadesini doğru bulmamıştır [Tablo 4.4].

Seven’in (2015) çalışmasında hemşirelerin %28,3’ü “palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilir” ifadesini doğru bulmuştur. Hemşirelerin %39,7’si “palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için verilen bir tedavi şeklidir”, %57,7’si “palyatif bakım sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanır”, %34,6’sı “palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır” ifadelerini doğru bulmuştur [40]. Kehribar’ın (2016) yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun (%65,1) palyatif bakımın sadece ölmek üzere olan hastaya verilmediğini, Ulusoy’un (2019) yaptığı çalışmaya göre de hemşirelerin %93,1’i palyatif bakımın sadece terminal dönemde olan hastalara uygulandığı ifadesinin doğru olduğunu bildirmiştir [41]. Bu durum ise hemşirelerin palyatif bakım ve hospis bakım kavramlarının eş anlamlı olarak algılandığı sonucunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin palyatif bakım bilgi testi (PBBT) toplam puan ortalamasının 20 puan üzerinden  $5,63 \pm 2,78$  puanla oldukça düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. PBBT ağrı  $1,47 \pm 1,02$ , psikiyatrik problemler  $1,33 \pm 1,04$ , felsefe  $1,20 \pm 0,77$ , gastrointestinal problemler  $1,08 \pm 0,98$  ve dispne alt boyut puan ortalaması  $0,52 \pm 0,71$  bulunmuştur. En yüksek PBBT alt boyut puan ortalaması ağrı, en düşük PBBT alt boyut puan ortalaması ise dispne olarak bulunmuştur [Tablo 4.7]. Bu durum oldukça düşük düzeyde palyatif bakım bilgi düzeyine sahip olan hemşirelerin PBBT ağrı alt boyutu bilgi düzeyinin en yüksek, dispne alt boyutu bilgi düzeyinin en düşük olduğunu göstermektedir.

Yapılan diğer araştırmalarda PBBT toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Araştırmamıza benzer şekilde Altay’ın (2019) yaptığı çalışmada ise palyatif bakım eğitimi öncesinde PBBT toplam puan ortalaması  $10,00 \pm 2,10$ , en yüksek puan ortalaması ağrı alt boyutu  $3,20 \pm 0,923$ , en düşük puan ortalaması ise dispne alt boyutu  $1,25 \pm 1,066$  olarak bulunmuştur [39]. Seven’in çalışmasında (2015) PBBT toplam puan ortalaması  $3,31 \pm 6,35$ , en yüksek puan ortalaması ağrı alt boyutu  $1,70 \pm 1,09$ , en düşük puan ortalaması dispne alt boyutu  $0,73 \pm 0,88$  olarak bulunmuştur [40]. Ulusoy’un (2019) çalışmasında hemşirelerin PBBT toplam puan ortalaması  $9,90 \pm 5,39$  ve en yüksek puanı ağrı alt boyutundan, en düşük puanı felsefe alt boyutundan aldıkları saptanmıştır [41]. Kehribar’ın (2016)

çalışmasında hemşirelerin PBBT toplam puan ortalamasının  $6,29\pm 3,38$ , en yüksek puan ortalamasının psikiyatrik problemler alt boyutu  $1,64\pm 1,38$ , en düşük puan ortalamasının felsefe alt boyutu  $0,93\pm 0,73$  olarak bulunmuştur [43]. Prem ve ark. (2012) yaptığı çalışmada hemşirelerin PBBT toplam puan ortalaması  $7,16\pm 2,69$  bulunmuş, en yüksek puan psikiyatrik problemler alt boyutu, en düşük puan ortalaması dipsne alt boyutu olarak bulunmuştur [34]. Sato ve ark. (2014) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin felsefe alt boyut puanı en yüksek  $88\pm 26$ , psikiyatrik problemler alt boyut puanı en düşük  $37\pm 29$  olarak bulunmuştur [171]. Hemşirelerin düşük düzeydeki PBBT toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları, palyatif bakım bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

Yapılan diğer çalışmalarda da hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu görülmüştür. Chover-Sierra ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı çalışmaya göre Addis Ababa'daki dört hastanede yapılan bir çalışmada katılımcıların yalnızca %30'unun palyatif bakım alanında iyi düzeyde bilgiye sahip olduğunu bulmuşlardır [38]. Dimoula ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı çalışmaya göre katılımcıların sadece %1,5'inin palyatif bakım hakkında yeterli bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir [26]. Prem ve ark. palyatif bakım ile ilgili genel bilgi seviyesinin hemşireler arasında zayıf olduğunu bulmuşlardır [34]. Hemşirelerin palyatif bakım bilgisini değerlendirmek için yapılan diğer çalışmalarda Ürdün [33], Hindistan [34] ve İran'da [35] hemşirelerin düşük düzeyde palyatif bakım konusunda bilgi seviyesine sahip olduğu bildirilirken, İrlanda [36], Avustralya [37] ve İspanya'da yapılan çalışmalarda [13] hemşirelerin orta düzeyde bilgi seviyesine sahip olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızda hemşirelerin yaşı ile PBBT toplam puan ortalaması ve dispne alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.10]. Yapılan diğer araştırmalarda da farklı olarak yaşın sonucu etkilemediği saptanmıştır [33,35]. Ulusoy'un çalışmasında 30 yaş ve altındaki hemşirelerin PBBT gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması en yüksek iken 41-45 yaş grubu olanların ortalaması en düşük düzeyde olduğu bulunmuştur [41]. Seven'in çalışmasında (2015) 25 yaş ve altı yaş grubuna giren hemşirelerin PBBT genel puanlarının, 45 yaş ve üstü yaş grubuna giren hemşirelerden daha yüksek olduğu görülmüştür [40].

Araştırmamızda erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, dispne alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.9]. Benzer şekilde Ulusoy'un (2019) çalışmasında hemşirelerin cinsiyet açısından erkeklerin kadınlara oranla PBBT tüm alt boyutlarda ve genelinde daha yüksek puan aldığı saptanmış olup, cinsiyetler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [41]. Yapılan diğer çalışmalarda ise cinsiyet değişkeni arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır [35,40,42].

Araştırmamızda hemşirelerin eğitim durumu ile PBBT toplam puan ortalamaları ve ağrı, gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.9]. Eğitim seviyesi arttıkça palyatif bakıma yönelik bilgi seviyesinin de arttığı görülmüştür. Kehribar'ın (2016) çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyleri ile bilgi puanlarının istatistiksel değerlendirmesine göre en yüksek bilgi puan ortalamasının yüksek lisans mezunu hemşirelere ait olduğu ve hemşirelerin eğitim durumları ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır [42]. Ulusoy'un (2019) yaptığı çalışmada PBBT ve alt boyut puanlarında hemşirelerin eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde sadece felsefe alt boyutu yönünden lise mezunlarının puan ortalamasının yüksek olduğu diğer bütün alt boyutlarda ve test genelinde lisans mezunlarının puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Ön lisans mezunlarının ise tüm alt boyutlarda ve PBBT'inde en düşük ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur [41]. Seven'in (2015) yaptığı çalışmada ise farklı olarak lise mezunu olan hemşirelerin genel puanlarının önlisans mezunlarından daha yüksek olduğunu saptamıştır [40]. Yine benzer şekilde diğer bir çalışmada, önlisans mezunlarının lisans ve lise mezunlarına göre puanlarının daha yüksek olduğu bu durumun ise lise mezunu olan hemşirelerin klinik çalışma süresinin daha uzun olması ve dâhili kliniklerde çalışmış olma oranının yüksek olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür [171].

Araştırmamızda hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, dispne, psikiyatrik problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Meslekte çalışma süresi daha az olan hemşirelerin PBBT puanları meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur [Tablo 4.10]. Yapılan bazı çalışmalarda ise hizmet yılının hemşirelerin palyatif bakım bilgisini etkileyen bir faktör olduğu

belirlenmektedir [171,172]. Araştırmamıza benzer şekilde Ulusoy'un (2019) çalışmasında da meslekte çalışma yılına göre PBBT ağrı ve psikiyatrik problemler alt boyut puan ortalaması ve PBBT puan ortalaması 5 yıl ve daha az süredir çalışanların en yüksek, 16-20 yıldır çalışanların ortalaması en düşük bulunmuştur [41]. Yapılan diğer bir çalışmada farklı olarak 1-5 yıl arasında görev yapan hemşirelerin 15 yıldan fazla çalışma hayatı olan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır [40]. Nakawaza (2009) ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dört yıl altı çalışma süresi bulunan kişilerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Pfister ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da farklı olarak hizmet yılının palyatif bakım bilgisini etkilediği ve çalışma yılı arttıkça bilgi puanlarının arttığı bulunmuştur. Kehribar'ın (2016) yaptığı çalışmada ise benzer şekilde hemşirelerin en yüksek bilgi puan ortalamasının 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerde bulunmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ve bu durum hizmet yılının hemşirelerin bilgi puanlarını etkilemediğini göstermektedir [42].

Araştırmamızda hemşirelerin çalışılan klinikle PBBT toplam puan ortalaması ve felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.9]. Palyatif bakım kliniğinde görev yapan hemşirelerin PBBT toplam puan ortalaması diğer kliniklerde çalışan hemşirelere göre en yüksek bulunmuştur. Özellikle birimde (ameliyathane, anjiyo, endoskopi) görev yapan hemşireler PBBT toplam puan ortalamalarından diğer birimlerde görev yapan hemşirelere göre en düşük puanı almıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde ise palyatif bakım kliniği ve yoğun bakımlarda görev yapan hemşirelerin PBBT toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları acil kliniği, yatan hasta klinikleri, poliklinikler, özellikle birimlerde (ameliyathane, endoskopi, anjiyo) görev yapan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur. Bu durum yakın takip gerektiren kritik durumdaki hastanın bakımını veren ve kronik hastalığa sahip daha uzun süreli ve daha sık hastaneye yatış gerektiren hastaya bakım veren hemşirelerin görev yaptığı birimlerde palyatif bakım bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Ulusoy'un (2019) çalışmasında çalışılan kliniğe göre PBBT ve alt boyut puan ortalaması acilde çalışan hemşirelerin gastrointestinal problemler puan ortalaması en yüksek, cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin en düşük bulunmuştur. Yine bu

çalışmada dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin tüm alt boyutlarda PBBT puan ortalaması daha yüksektir [41]. Seven'in (2015) yaptığı çalışmanın sonucu da bu verileri destekler niteliktedir [40]. Kehribar'ın çalışmasında (2016) hemşirelerin en yüksek PBBT puan ortalamasının palyatif bakım hemşiresinin en düşük bilgi puan ortalamasının klinik hemşirelerine ait olduğu bulunmuştur [42].

Araştırmamızda hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme durumları ve bakım verme sırasında hissedilen duygulara göre dağılımlarında hemşirelerin %95,1'inin ölmekte olan hastaya bakım verdiği bulunmuştur. Hemşirelerin %77,6'sının keder üzüntü, %24,9'unun yetersizlik, %19,9'unun ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşadığı, %15,4'ünün korku, %4,1'inin başarısızlık, %1,1'inin suçluluk, %0,8'inin bakım verirken öfke hissettiği, bulunmuştur. Hemşirelerin %20,5'i ise "hiçbir şey hissetmedim", "huzursuzluk hissettim", "çaresizlik hissettim", "yaşayan herkesin bu duruma düşeceğini düşündüm", "elimizden geleni yaptığımızı düşünüp vicdani rahatlık hissettim" cevabını verdikleri bulunmuştur [Tablo 4.5].

Benzer şekilde Çevik'in (2010) çalışmasında ölmekte olan hastaya bakım verenlerin keder ve çaresizlik yaşadıkları ifade edilmiştir [54]. Iranmanesh ve arkadaşlarının (2008) hemşirelerin ölüm sürecinde ve ölmekte olan hastaların bakımında kendilerini nasıl hazırladıkları ve kullandıkları baş etme yöntemlerini içeren bir çalışmada, hemşirelerin ölüm sürecinde olan hastasına karşı, karışık duygular hissettiğini ve mesleklerinde yeni olan hemşirelerin hastaları öldüğü zaman, günlerce acı ve üzüntü yaşadıklarını belirtmişlerdir [51]. Benzer olarak, literatürde de Koç ve Sağlam'ın (2008) hemşirelik öğrencilerinin ölüme ve yaşam sonu bakıma ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları araştırma da, öğrencilerin %57,9'unun ölümcül bir hastaya bakım verdiği ve bakım verirken %25,7'sinin yetersizlik, %21,4'ünün çaresizlik, %20'sinin anksiyete yaşadığı, %75,7'sinin terminal dönemdeki bireyin bakımı için kendilerini yetersiz gördükleri bulunmuştur [53]. Çınar'ın çalışmasında da hemşirelerin yaşam sonu bakım ile ilgili özellikleri incelendiğinde hemşirelerin %68,9'unun daha önce ölmek üzere olan bir hastaya bakım verdiği, %81,5'inin çalıştığı klinikte ölüm vakasıyla karşılaştığı, %54,1'inin yaşam sonu bakım eğitimi aldığı, %43,7'sinin ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlandığı, bakımda zorlanan hemşirelerin ise daha çok bakım verirken psikolojik olarak etkilendikleri



(%33,9) ve psikolojik bakım vermekte (%28,8) zorlandıkları görülmektedir. Yine bu çalışmada bakım verilen hastanın kaybı sonrası yaşanan duyguların ifadesi için alınan yanıtların çoğunlukla “duygularım hastanın yaşına ve tanısına göre değişir” (%58,2), “doğal karşılarım” (%43,6) ve “dua ederim” (%27,3) şeklinde olduğu görülmektedir [173]. Literatürdeki çalışmalarda da benzer şekilde; hemşirelerin çoğunlukla çalıştıkları klinikte ölümle karşılaştıkları ve bu ölümleri doğal karşıladıkları, ölmekte olan hastaya bakım verirken zorlanmadıkları, daha önce ölmek üzere olan bir hastaya bakım verdikleri ve bu hastalara bakım verirken “duygusal yıpranma” yaşadıkları ve “kötü/olumsuz” şekilde etkilendikleri belirtilmiştir [50,54,174-181].

Araştırmamızda hemşirelerin yakınlarının ölümüne tanıklık etme ve ölmekte olan yakınlarına bakım verme durumlarına göre dağılımlarında hemşirelerin %85,6’sı yakın çevresinde (anne, baba, kardeş, yakın akraba, arkadaş) ölümle karşılaşmıştır. Hemşirelerin %53,1’inin ölmekte olan yakını olduğu ve %23,8’inin ölmekte olan hastasına bakım verdiği bulunmuştur [Tablo 4.6]. Bal’ın (2018) çalışmasında da bakım vericilerin %45,5’i kendi ölümlerini ara sıra düşündüklerini, %80’i daha önce birinci derece yakını kaybettğini, %64,1’i ölüm karşısında çaresizlik hissettiğini belirtmişlerdir [182].

Önsöz’ün (2013) çalışmasında hemşirelerin %49,5’inin ölümle ilk karşılaşmasında üzüntü hissettiği, %73,6’sının ünitesinde karşılaştığı ölüm olayları karşısında duygularının hastanın yaşına ve hastalığına göre değiştiği, %30,8’inin hemşirelik mesleğinin yıpratıcılığından korunmak amacıyla birinci sırada hastayı kişi değil vaka olarak algılamayı seçtiği saptanmıştır [183]. Ünsal’ın (2008) yaptığı çalışmada hemşirelerin ölümle ilk karşılaşmalarında %53,7’sinin üzüntü duyduğu ve %21,5’inin bakımını üstlendiği hastanın ölümü karşısında durumu stabil, iyileşebileceği düşünülüyorsa daha fazla etkilendiğini belirtmiştir [184]. Çevik’in (2010) yaptığı çalışmada ise hemşirelerin %33,3’ü ölüm olgusu ile karşılaştıklarında yaşadıkları duyguları “doğal karşıladım ve hayatın bir gerçeği olarak düşündüm” şeklinde ifade etmişlerdir [54]. Benzer şekilde Yılmaz ve Vermişli’nin çalışmasında hemşirelerin ölüm olayı ile karşılaştıklarında %54,2’sinin bu durumu doğal karşıladıklarını, %46,7’sinin hastanın acılarının sonlandığını düşündüklerini %16,7’sinin çok üzüldüklerini, %16,2’sinin hiçbir şey hissetmediklerini ifade etmişlerdir [181]. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada hemşireler ölümü kaçınılmaz bir son olarak gördüklerini; ölümün

yoğun, duygu yüklü bir olgu olduğunu, ölüm olayı ile karşılaştıklarında ağladıklarını, dua ettiklerini ve bu durumun doğal bir süreç olduğuna inandıklarını ifade etmişlerdir [50]. Kim ve Lee'nin (2003) çalışmasında ise hemşireler kendi ölümlerini ara sıra düşündüklerini ve ölümü kabullenemediklerini belirtmişlerdir. Literatürde bu konuda yapılan birçok çalışmada hemşirelerin ölüm olgusuyla karşılaştıklarında sıklıkla kendi ölümlerini düşünüp empati yaptıkları görülmüştür [48-50]. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışma ise, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin de terminal dönemdeki hasta bakımında zorlandıklarını ortaya koymuştur. Araştırma sonuçları hemşirelerin yarısının bakım verdikleri hastanın ölümünde yoğun üzüntü duyduklarını, hemşirelerin %20'sinin çaresizlik, %13'ünün de başarısızlık hissettiklerini göstermiştir [52].

Araştırmamızda hemşirelerin Ölüm Karşı Tutum Ölçeği (ÖKTÖ) ve alt boyut puanlarının dağılımında hemşirelerin ölüm korkusu ve ölümden kaçınma  $4,01\pm 0,48$ , tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme  $3,92\pm 0,63$  ve kaçış kabullenme alt boyut puan ortalamasının  $3,92\pm 0,63$  olduğu bulunmuştur [Tablo 4.8].

Çevik'in (2010) çalışmasında hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarını incelediği çalışmasında kaçış kabullenme alt boyutunun 3,5 puan, tarafsız kabullenme alt boyutunun 5,5 puan olduğu saptanmıştır [54]. Maria ve arkadaşlarının (2011) Yunan hemşirelerin ölüme karşı tutumunun belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada kaçış kabullenme alt boyutunun 2,9 puan, tarafsız kabullenme alt boyutunun 5,6 puan olduğunu belirlemiştir [185]. Bal'ın (2018) yaptığı çalışmada sağlık profesyonellerinin ÖKTÖ puan ortalamaları  $4,38\pm 1,29$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma  $3,50\pm 1,30$ , tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme  $5,39\pm 0,92$ , kaçış kabullenme  $4,07\pm 1,23$  bulunmuştur [182]. Çınar'ın (2018) yaptığı çalışmada hemşirelerin ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme  $42,29\pm 4,06$  puan, kaçış kabullenme  $19,33\pm 2,69$  ve ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu  $37,41\pm 4,23$  puan olarak bulunmuştur [173].

Önsöz'ün (2013) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin ÖKTÖ toplam puan ortalaması  $4,18\pm 0,71$ , ÖKTÖ alt boyut puan ortalamalarından tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme  $4,77\pm 0,89$ , kaçış kabullenme  $3,29\pm 1,36$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma  $3,87\pm 1,18$  olarak bulunmuştur [183]. Çelik'in (2019) çalışmasında yoğun bakım hemşirelerinin ÖKTÖ toplam puan ortalaması  $4,14\pm 1,02$ , tarafsız

kabullenme ve yaklaşım kabullenme  $4,70\pm 1,31$ , kaçış kabullenme  $3,65\pm 1,20$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalaması  $3,68\pm 1,27$  olarak bulunmuştur [186]. Köse ve ark.'nın (2019) Yoğun Bakımda Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ölüm ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumlarının araştırıldığı çalışmasında beş alt boyut şeklinde değerlendirilen ÖKTÖ'den hekim ve hemşireler en yüksek puanı yaklaşım kabullenmeden ( $43,73\pm 14,90$ ), en düşük puanı ölümden sakınma ( $6,98\pm 3,133$ ) alt boyutundan aldıkları bulunmuştur [178].

Benli'nin (2016) Tunceli Devlet Hastanesi'nde çalışan 174 hemşireye yaptığı "Hemşirelerin Yaşam Doyum ve Ölüme Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasında hemşirelerin ÖKTÖ toplam puanı  $96,86\pm 24,26$ , tarafsızlık kabullenme ve yaklaşım kabullenme  $47,85 \pm 15,55$ , kaçış kabullenme  $15,32\pm 6,76$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma  $33,68\pm 10,66$  olarak belirlenmiştir [187]. Selvi'nin (2019) çalışmasında ÖKTÖ tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalaması  $63,45\pm 9,87$ , kaçış kabullenme  $19,47\pm 6,48$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyutu puan ortalaması ise  $31,42\pm 9,49$  olarak bulunmuştur [188]. Kaya'nın (2018) çalışmasında hemşirelerin ÖKTÖ toplam puan ortalaması  $115,1\pm 20,2$ , tarafsız kabullenme-yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalaması  $63,7\pm 13,1$ , kaçış kabullenme alt boyut puan ortalaması  $18,8\pm 6,7$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalaması  $32,6 \pm 10,8$  olarak bulunmuştur [189].

Şeker'in (2019) çalışmasında ÖKTÖ puan ortalaması  $112,18\pm 21,39$ , tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme  $60,28\pm 13,43$ , kaçış kabullenme  $19,63\pm 6,26$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma  $32,27\pm 10,28$  olarak belirlenmiştir [190]. Kızıltepe ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ÖKTÖ puan ortalaması 123, ölçek alt boyutlarından tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme 68, kaçış kabullenme  $20,23\pm 5,98$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalaması  $35,98\pm 10,06$  olarak belirlenmiştir [191]. Zaybak ve Erzincanlı'nın (2016) çalışmasında ÖKTÖ toplam puan ortalamasını  $116,9\pm 13,4$ , tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme  $65,7\pm 7,3$ , kaçış kabullenme  $15,9\pm 5,2$ , ölüm korkusu ve ölümden kaçınma  $35,2\pm 7,8$  olarak bulunmuştur. Araştırma sonuçları hemşirelerin ölüme karşı tutumlardan tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme tutumunu daha çok kullandıklarını göstermektedir. Bu sonuca

göre hemşireler ölümün yaşamın kaçınılmaz bir parçası olduğunu anlamakta ve ölümün diğer hayata geçiş olduğuna inanmaktadır.

Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) çalışmasında ÖKTÖ beş alt boyutta değerlendirilmiş ve hemşirelerin ÖKTÖ alt boyutlarından ölüm korkusu  $3,76\pm 0,96$ , ölümden kaçınma  $3,81\pm 1,20$ , tarafsız (nötr) kabullenme alt boyut puan ortalaması  $2,67\pm 0,95$ , kabul edici yaklaşım  $3,63\pm 3,70$ , ölümü kabullenmeme alt boyut puan ortalaması  $4,44\pm 1,85$  olarak bulunmuştur [181]. Bu çalışmada hemşireler araştırmamıza benzer şekilde ölümden kaçınma tutumunu daha çok kullanmakta ve bu durum hemşirelerin ölümün uyandırdığı kaygı duygusunu azaltmak üzere ölüm hakkında düşünmekten veya konuşmaktan kaçındığını göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına baktığımızda çalışmamızda ÖKTÖ alt boyutlarından ölüm korkusu ve ölümden kaçınma daha çok kullanılan bir yaklaşım olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Yılmaz ve Vermişli'nin (2015) çalışmasında da ölüm korkusu ve ölümden kaçınma daha çok kullanılan bir yaklaşım olarak bulunmuştur. Ölüme karşı tutumların değerlendirildiği diğer çalışmalarda da farklı olarak tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyutu daha çok kullanılan yaklaşım olarak bulunmuştur [54,173,175,176,178,179,182,183,185-189,190-194].

Sonuç olarak da araştırmamızda hemşirelerin PBBT alt boyut puan ortalamaları ile ÖKTÖ alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ) [Tablo 4.10]. Araştırmamıza göre hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyi ile ölüme karşı tutumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri PBBT sonuçlarını etkilerken, ÖKTÖ sonuçlarını anlamlı olarak etkilemediği görülmüştür. Benzer şekilde Seven'in (2015) çalışmasında sosyo-demografik özelliklerden medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma yılı ve çalışılan birimler hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerini etkilerken, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkilemediği bulunmuştur [40].

## BÖLÜM 6

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili bilgi düzeyleri ve ölüme karşı tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Hemşirelerin yaş ortalaması  $34,35 \pm 7,4$ , %76,7'sinin kadın, %73,8'inin evli ve %81'inin lisans mezunu olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %34,4'ü yatan hasta kliniklerinde çalışmaktadır. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı ortalaması  $12,70 \pm 7,87$  yıl, bulunduğu klinikte çalışma yılı ortalaması  $4,25 \pm 4,75$  yıl ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%99,5) palyatif bakım sertifikasının bulunmadığı tespit edilmiştir [Tablo 4.1].
- Hemşirelerin %77,9'unun palyatif bakımla ilgili bilgi aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %55,3'ünün palyatif bakım bilgi içeriğini lise/lisans eğitimi sırasında, %43,4'ünün hizmetiçi eğitimleri sırasında, %5,6'sının kongre, sempozyum, seminerlerden %12,2'sinin yayın ve makalelerden, %9,5'inin televizyon radyodan, %14,5'inin kitap dergilerden, %35,2'sinin bilgiyi internetten aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %14,4'ünün bilgiyi çalıştığı klinikten aldığı (%3,1'inin hastaneye palyatif bakım kliniğinin açılmasıyla, %3,8'inin palyatif bakım kliniğinde çalışan personellerden, %7,2'sinin yatan hastaların tecrübelerinden, %0,3'ünün palyatif bakım sertifika programından) bulunmuştur [Tablo 4.2].
- Hemşirelerin %61,5'inin palyatif bakımda iletişim becerileri, %19,7'sinin kötü haber verme, %47,7'sinin semptom yönetimi, %38,8'inin etik ve yasal konular, %47,4'ünün ağrı yönetimi, %19,9'unun yas süreciyle baş etme konusunda bilgi aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin %14,1'inin ise palyatif bakımla ilgili diğer konularda (%10,3'ü palyatif bakım tanımı ve genel bilgiler, %3,8'i palyatif hasta bakımı) bilgi aldığı bulunmuştur [Tablo 4.3].
- Hemşirelerin %85,4'ü “palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olarak tanımlanmaktadır” ifadesini doğru bulmamıştır, %45,4'ü “palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şekli olarak tanımlanmaktadır” ifadesine katılmıştır, %55,1'i “palyatif bakım sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanmaktadır” ifadesini doğru bulmuştur, %90,5'i

“palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılmaktadır” ifadesini doğru bulmamıştır [Tablo 4.4].

- Hemşirelerin %95,1’inin ölmekte olan hastaya bakım verdiği bulunmuştur. Hemşirelerin %19,9’unun ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşadığı, %0,8’inin bakım verirken öfke hissettiği, %77,6’sının keder üzüntü hissettiği, %15,4’ünün korku hissettiği, %4,1’inin başarısızlık hissettiği, %1,1’inin suçluluk hissettiği, %24,9’unun yetersizlik hissettiği bulunmuştur. Hemşirelerin %20,5’i ise “hiçbir şey hissetmedim”, “huzursuzluk hissettim”, “çaresizlik hissettim”, “yaşayan herkesin bu duruma düşeceğini düşündüm”, “elimizden geleni yaptığımızı düşünüp vicdani rahatlık hissettim” cevabını vermiştir [Tablo 4.5].
- Hemşirelerin %85,6’sı yakın çevresinde (anne, baba, kardeş, yakın akraba, arkadaş) ölümle karşılaşmıştır. Hemşirelerin %53,1’inin ölmekte olan yakını olduğu ve %23,8’inin ölmekte olan hastasına bakım verdiği bulunmuştur [Tablo 4.6].
- Hemşirelerin PBBT toplam puan ortalamasının  $5,63 \pm 2,78$  puanla oldukça düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin PBBT ağrı alt boyutu puan ortalamasının  $1,47 \pm 1,02$ , psikiyatrik problemler alt boyutu puan ortalamasının  $1,33 \pm 1,04$ , felsefe alt boyutu puan ortalamasının  $1,20 \pm 0,77$ , gastrointestinal problemler alt boyutu puan ortalamasının  $1,08 \pm 0,98$  ve dispne alt boyutu puan ortalamasının  $0,52 \pm 0,71$  olduğu bulunmuştur. [Tablo 4.7].
- Hemşirelerin ÖKTÖ puanları değerlendirildiğinde, ölüm korkusu ve ölümden kaçınma alt boyut puan ortalamasının  $4,01 \pm 0,48$ , tarafsız kabullenme ve yaklaşım kabullenme alt boyut puan ortalamasının  $3,92 \pm 0,63$  ve kaçış kabullenme alt boyut puan ortalamasının  $3,92 \pm 0,63$  olduğu bulunmuştur [Tablo 4.8].
- Araştırmamızda erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, dispne alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.9].
- Araştırmamızda bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre PBBT dispne alt boyut puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.9].

- Araştırmamızda hemşirelerin eğitim durumu ile PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Eğitim seviyesi arttıkça palyatif bakıma yönelik bilgi seviyesinin de arttığı görülmüştür [Tablo 4.9].
- Hemşirelerin çalıştığı klinik ile PBBT toplam puan ortalaması ve felsefe, ağrı, dispne, gastrointestinal problemler alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Genel olarak değerlendirildiğinde palyatif bakım kliniği ve yoğun bakımlarda görev yapan hemşirelerin PBBT toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları acil kliniği, yatan hasta klinikleri, poliklinikler, özelliikli birimlerde (ameliyathane, endoskopi, anjiyo) görev yapan hemşirelere göre yüksek bulunmuştur [Tablo 4.9].
- Hemşirelerin yaşı ile PBBT toplam puan ortalaması ve dispne alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.10].
- Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ile PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, dispne, psikiyatrik problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Meslekte çalışma süresi daha az olan hemşirelerin PBBT toplam puan ortalaması ve ağrı, dispne, psikiyatrik problemler alt boyut puan ortalaması meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.10].
- Hemşirelerin bulunduğu klinikte çalışma süresi ile PBBT toplam puan ortalaması ve gastrointestinal problemler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) [Tablo 4.10].
- Hemşirelerin PBBT alt boyut puan ortalamaları ile ölüme karşı tutum ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) [Tablo 4.10].

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Hemşirelerin palyatif bakım konusunda bilinçlenmesi için hizmet içi eğitim ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması,
- Hemşirelik lisans ve yüksek lisans eğitim programlarına palyatif bakım ders içeriğinin eklenmesi,
- Palyatif bakım hemşireliği sertifika eğitim programlarının geliştirilmesi ve hemşirelerin bu programlara katılımlarının desteklenmesi,
- Hemşirelerin palyatif bakım bilgi ve uygulama konusundaki eksikliklerinin araştırmalarla tespit edilip gerekli eğitim programlarının hazırlanması,
- Palyatif bakım uygulamalarının sağlık sistemine entegrasyonu ile ilgili yaşanan sorunlar nedeniyle eğitim eksikliklerinin giderilmesi,
- Palyatif bakım veren hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin kongre, sempozyum, seminer vs. ile geliştirilmesi,
- Hemşirelerin palyatif bakımla ilgili yapılan çalışmaları ve güncel gelişmeleri takip etmeleri konusunda bilinçlendirilmesi,
- Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi,
- Hemşirelerin ölüme karşı tutumlarının bakımın kalitesini etkileme durumlarının değerlendirilmesi,
- Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim programlarında ölüm ve ölüme yaklaşan bireye bakım konularının müfredatlara eklenmesi,
- Hizmetiçi eğitim programlarında ölüm ve ölüme yaklaşan bireye bakım konularına yer verilmesi,
- Palyatif bakım, ölüm ve ölüme yaklaşan hastaya bakım konularının yer aldığı kurs, seminer, sempozyum, kongrelere hemşirelerin katılımlarının desteklenmesi önerilir.



## BÖLÜM 7

### KAYNAKLAR

1. Saruç, S., “Palyatif ve yaşam sonu bakımda sosyal hizmet uzmanının rolleri ve sosyal hizmet mesleği standartları”, *Journal of Society & Social Work*, 24(2), 2013.
2. Kıvanç, M. M., “Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri”, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135, 2017.
3. İnternet: The Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance. WHPCA. Retrieved <http://www.thewhpc.org/about-us-3>. Erişim tarihi: 05.01.21
4. İnternet: World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Erişim tarihi: 05.01.21
5. Ke, Y. X., Hu, S. H., Takemura, N., Lin, C. C., “Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan”, *International Journal for Quality in Health Care*, 31(10), 741-747, 2019.
6. Mwangi-Powell, F., Dix, O., “Palliative care in Africa: an overview”, *Africa Health*, 33(5), 19-21, 2011.
7. Hanson, L. C., Ersek, M., “Meeting palliative care needs in post-acute care settings: “To Help Them Live Until They Die”.” *Jama*, 295(6), 681-686, 2006.
8. Özcelik, H., Fadiloglu, C., Karabulut, B., Uyar, M., “Palliative care activity in the field of oncology in Turkey”, *Journal of Palliative Care*, 26(4), 305-310, 2010.

9. Özçelik, H., Fadiloğlu, Ç., Uyar, M., Karabulut, B., “Kanser hastaları ve aileleri için palyatif bakım”, *İzmir: Üniversite Opset*, 2010.
10. Dhillon, N., Kopetz, S., Pei, B. L., Fabbro, E. D., Zhang, T., Bruera, E., “Clinical findings of a palliative care consultation team at a comprehensive cancer center”, *Journal of palliative medicine*, 11(2), 191-197, 2008.
11. Zimmermann, C., Riechelmann, R., Krzyzanowska, M., Rodin, G., Tannock, I., “Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review”, *Jama*, 299(14), 1698-1709, 2008.
12. Csorba, S., “The role of a nurse specialist in palliative care: An Israeli experience”, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(2), 112-115, 2017.
13. Chover-Sierra, E., Martínez-Sabater, A., Lapeña-Moñux, Y., “Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital”, *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 25, 2017.
14. Al Qadire, M., “Knowledge of palliative care: An online survey”, *Nurse Education Today*, 34(5), 714-718, 2014.
15. Mutto, E. M., Errázquin, A., Rabhansl, M. M., Villar, M. J., “Nursing education: the experience, attitudes, and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students”, *Journal of Palliative Medicine*, 13(12), 1445-1450, 2010.
16. Kwekkeboom, K. L., Vahl, C., Eland, J., “Impact of a volunteer companion program on nursing students' knowledge and concerns related to palliative care”, *Journal of Palliative Medicine*, 9(1), 90-99, 2006.

17. Hermann, C. P., Head, B. A., Black, K., Singleton, K., “Preparing nursing students for interprofessional practice: the interdisciplinary curriculum for oncology palliative care education”, *Journal of Professional Nursing*, 32(1), 62-71, 2016.
18. Chover-Sierra, E., Martínez-Sabater, A., “Utility of social networks and online data collection in nursing research: Analysis of Spanish nurses’ level of knowledge about palliative care”, *PloS one*, 13(5), e0197377, 2018.
19. Dobrowolska, B., Cuber, T., Ślusarska, B., Zarzycka, D., Wrońska, I., “Analysis of the nurses' and physicians' opinion regarding their end-of-life education”, *Journal of Palliative Medicine*, 14(2), 126-127, 2011.
20. Park, M., Yeom, H. A., Yong, S. J., “Hospice care education needs of nursing home staff in South Korea: a cross-sectional study”, *BMC palliative care*, 18(1), 20, 2019.
21. Azami-Aghdash, S., Jabbari, H., Bakhshian, F., Shafaei, L., Shafaei, S., Kolahdouzan, K., Mohseni, M., “Attitudes and knowledge of Iranian nurses about hospice care”, *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), 209, 2015.
22. Mutto, E., Primogero, C., Villar, M., “Teaching care of terminally ill patients at public and private medical schools in Argentina”, *Revista Argentina de Educación Médica*, 1(1), 23-30, 2007.
23. Bassah, N., Cox, K., Seymour, J., “A qualitative evaluation of the impact of a palliative care course on preregistration nursing students’ practice in Cameroon”, *BMC palliative care*, 15(1), 37, 2016.

24. Choi, M., Lee, J., sun Kim, S., Kim, D., Kim, H., “Nurses’ Knowledge About End-of-Life Care: Where Are We?”, *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(8), 379-384, 2012.
25. Robinson, E., Epps, F., “Impact of a palliative care elective course on nursing students’ knowledge and attitudes toward end-of-life care”, *Nurse educator*, 42(3), 155-158, 2017.
26. Dimoula, M., Kotronoulas, G., Katsaragakis, S., Christou, M., Sgourou, S., Patiraki, E., “Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey”, *Nurse Education Today*, 74, 7-14, 2019.
27. Karkada, S., Nayak, B. S., “Awareness of palliative care among diploma nursing students”, *Indian Journal of Palliative Care*, 17(1), 20, 2011.
28. Farmani, A. H., Mirhafez, S. R., Kavosi, A., Pasha, A. M., Mohammadi, G., Moeini, V., Movahedi, A., “Dataset on the nursesâ knowledge, attitude and practice towards palliative care”, *Data in brief*, 22, 319-325, 2019.
29. Sujatha, R., Jayagowri, K., “Assessment of palliative care awareness among undergraduate healthcare students”, *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 11(9), JC06, 2017.
30. Khraisat, O. M., Hamdan, M., Ghazzawwi, M. “Palliative care issues and challenges in Saudi Arabia: knowledge assessment among nursing students” *Journal of Palliative Care*, 32(3-4), 121-126, 2017.
31. Gillan, P. C., van der Riet, P. J., Jeong, S. “End of life care education, past and present: A review of the literature”, *Nurse Education Today*, 34(3), 331-342, 2014.

32. Glover, T. L., Garvan, C., Nealis, R. M., Citty, S. W., Derrico, D. J., “Improving end-of-life care knowledge among senior baccalaureate nursing students”, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 34(10), 938-945, 2017.
33. Al Qadire, M., “Nurses’ knowledge about palliative care: A cross-sectional survey”, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(1), 23-30, 2014.
34. Prem, V., Karvannan, H., Kumar, S. P., Karthikbabu, S., Syed, N., Sisodia, V., Jaykumar, S., “Study of nurses’ knowledge about palliative care: a quantitative cross-sectional survey”, *Indian Journal of Palliative Care*, 18(2), 122, 2012.
35. Iranmanesh, S., Razban, F., Tirkari, B., Zahra, G., “Nurses' knowledge about palliative care in Southeast Iran”, *Palliative & Supportive Care*, 12(3), 203-210, 2014.
36. Wilson, O., Avalos, G., Dowling, M., “Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient”, *British Journal of Nursing*, 25(11), 600-605, 2016.
37. Ronaldson, S., Hayes, L., Carey, M., Aggar, C., “A study of nurses’ knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities”, *International Journal of Older People Nursing*, 3(4), 258-267, 2008.
38. Abudari, G., Zahreddine, H., Hazeim, H., Assi, M. A., Emara, S., “Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia”, *International Journal of Palliative Nursing*, 20(9), 435-441, 2014.

39. Altay, M., “Onkoloji hastalarına bakım veren hemşirelere yönelik verilen palyatif bakım eğitiminin hemşirelerin bilgi düzeyleri üzerine etkisi”, *Koç Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2019.
40. Seven, A., “Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları”, *Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Sakarya, 2015.
41. Ulusoy, S., “Hemşirelerin palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumları”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Samsun, 2019.
42. Kehribar, G., “Hemşirelerin palyatif bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi”, *Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Yozgat, 2016.
43. Ferrell, B. R., Virani, R., Paice, J. A., Malloy, P., Dahlin, C., “Statewide efforts to improve palliative care in critical care settings”, *Critical care nurse*, 30(6), 40-45, 2010.
44. Harding, R., Powell, R. A., Kiyange, F., Downing, J., Mwangi-Powell, F., “Provision of pain-and symptom-relieving drugs for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(3), 405-415, 2010.
45. Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Shimoinaba, K., "How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: a review of literature", *The Open Nursing Journal*, 7,14, 2013.
46. Deffner, J. M., Bell, S. K., “Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study”, *Journal for Nurses in Professional Development*, 21(1), 19-23, 2005.

47. Kim, S., Lee, Y., “Korean nurses’ attitudes to good and bad death, life-sustaining treatment and advance directives”, *Nursing Ethics*, 10(6), 624-637, 2003.
48. Johansson, N., Lally, T., “Effectiveness of a death-education program in reducing death anxiety of nursing students”, *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 22(1), 25-33, 1991.
49. Keskin, G. Ü., “Ölmekte olan hastaya kognitif davranışsal hemşirelik yaklaşımı”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21(2), 125-134, 2005.
50. Menekli, T., Fadiloğlu, Ç., “Hemşirelerin ölüm algısının ve etkileyen faktörlerin incelenmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 222-229, 2014.
51. Iranmanesh, S., Dargahi, H., Abbaszadeh, A., “Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients”, *Palliative & Supportive Care*, 6(4), 363-369, 2008.
52. Tatar, Ü., “Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin ölüm olayı karşısındaki anksiyete düzeylerinin belirlenmesi”, *İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul*, 1988.
53. Koç, Z., Sağlam, Z., “Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ve ölüm durumuna ilişkin duygu ve görüşlerinin belirlenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-10, 2008.
54. Çevik, B., “Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri”, *Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2010.

55. Lorenz, K. A., Shugarman, L. R., Lynn, J., "Health care policy issues in end-of-life care" *Journal of Palliative Medicine*, 9(3), 731-748, 2006.
56. Unroe, K. T., Cagle, J. G., Lane, K. A., Callahan, C. M., Miller, S. C., "Nursing home staff palliative care knowledge and practices: results of a large survey of frontline workers", *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(5), 622-629, 2015.
57. Greydanus, D. E., Joav Merrick, M. D., "Neonatal period, palliative care and end-of-life", *Journal of Pain Management*, 7(3), 189, 2014.
58. Pastrana, T., Jünger, S., Ostgathe, O., "A matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care", *Palliative Medicine*, 22(3), 222-232, 2008.
59. Kabalak, A. A., Öztürk, H., Çağıl, H., "Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım", *Yoğun Bakım Dergisi*, 11(2), 56-70, 2013.
60. İnternet: Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <https://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>; Erişim tarihi: 05.01.21
61. Soparattanapaisarn, N., "What is Palliative Care?", *Siriraj Medical Journal*, 59(5), 211-212, 2017.
62. İnternet: World Health Organization. "Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life. London, 2014." [https://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf) Erişim tarihi: 05.01.21
63. İnternet: European Association for Palliative Care. <http://www.eapcnet.eu/Themes/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx>. Erişim tarihi: 12.12.20



64. İnternet: National Cancer Institute. NCI National Cancer Institute. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet> Erişim tarihi: 12.12.20
65. Öngel, K., “Palyatif bakım tarihçesi ve gelişimi”, *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 8(4), 236-240, 2017.
66. Sürmeli, D. M., Akçiçek, F., “Palyatif bakım: Tanımı ve tarihçesi”, *Turkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics*, 9(1), 8-11, 2016.
67. Clarke, D., “From margins to centre: A review of the history of palliative care in cancer”, *The Lancet Oncology*, 8(5), 430-438, 2007.
68. Topal, K., “Palyatif bakım tanımı ve felsefesi” *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 8(4), 231-235, 2017.
69. Özkan S., “Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı’nda (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı”, *Selçuk Tıp Dergisi*, 28(1), 69–74, 2011.
70. Graham, F., Clark, D., “Thechanging model of palliativecare”, *Medicine*, 36, 64-66, 2008.
71. Bağ, B., “Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları”, *Türk Onkoloji Dergisi*, 27(3), 142-149, 2012.
72. Songur, H., “Saygın T. Şifahaneden hastaneye: Sağlık kuruluşlarının değişimine genel bir bakış”, *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, 1(19), 199-212, 2014.
73. Bolognesi, D., Brighi, N., “Mucuairelli PA, Buasco G. Palliative care training and research: The development in Europe and the Bologna experience”, *Indian Journal of Palliative Care*, 19(1), 20-26, 2013.

74. Şahan, F. U., Terzioğlu, F., “Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım eğitim ve örgütlenmesi”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 81-90, 2015.
75. Fink R. M., Oman, K. S., Youngwerth, J., Bryant, L., “A palliative care needs assessment in rural hospitals”, *Journal of Palliative Medicine*, 16(6), 638-644, 2013.
76. Wright, V., Prasun, M. A., Hilgenberg, C., “Why is end-of-life care delivery sporadic?: A quantitative look at the barriers to and facilitators of providing end-of-life care in the neonatal intensive care unit”, *Advanced Neonatal Nursing*, 11(1), 29–36, 2011.
77. Mancini, A., “Developing a neonatal palliative care education programme within the North West London Perinatal Network”, *Journal of Neonatal Nursing*, 17(4), 146–149, 2011.
78. Lewis, S. L., “Exploring neonatal intensive care nurses’ affective responses to providing end-of-life care”, *A Dissertation Presented for the Doctor of Philosophy Degree The University of Tennessee*, Knoxville, 2013.
79. Silbermann, M., Fink, R. M., Min, S. J., Mancuso, M. P., Brant, J., “Evaluating palliative care needs in Middle Eastern countries”, *Journal of Palliative Medicine*, 18(1), 18-25, 2014.
80. Institute of Medicine: Dying in America: Improving quality and honoring individual preferences near the end of life. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2014.
81. Dickinson, G. E., “Twenty-first century end-of-life issues in selected US professional schools”, *Illness, Crisis & Loss*, 20(1),19–32, 2012.

82. Moreland, S. S., Lemieux, M. L., Myers, A., “End-of-life care and the use of simulation in a baccalaureate nursing program”, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1–16, 2012.
83. Twigg, Donovan, R., Lynn, M. C., “Teaching end-oflife care via a hybrid simulation approach”, *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(5), 374–379, 2012.
84. Chow, K., Dahlin, C., “Integration of Palliative Care and Oncology Nursing”, *Paper presented at the Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), 192-201, 2018.
85. Morita, T., Kizawa, Y., “Palliative care in Japan: A review focusing on care delivery system”, *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 7(2), 207–215, 2013.
86. Beyhan, B., “Palliative care practices in Germany’s health system”, *Turkish Journal of Oncology*, 27(3),142–149, 2012.
87. Horowitz, R., Gramling, R., Quill, T., “Palliative care education in US medical schools”, *Medical Education*, 48(1), 59-66, 2014.
88. Bingley, A., Clark, D., “A comparative review of palliative care development in six countries represented by the Middle East Cancer Consortium (MECC)”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(3), 287-296, 2009.
89. Lynch, T., Concor, S., Clark, D., “Mapping levels of palliative care development: a global update”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094- 1106, 2013.
90. Woitha, K., Garralda, E., Martin-Moreno, J. M., Centeno, C., “Ranking of palliative care development in the countries of the european union”, *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(3), 370-377, 2016.

91. Matzo, M. L., Sherman, D. W., Penn, B., Ferrell, B. R., “The end-of-life nursing education consortium (ELNEC) experience”, *Nurse Educator*, 28(6), 266-270, 2003.
92. Schroeder, K., Lorenz, K., “Nursing and the future of palliative care”, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8, 2018.
93. Alliance, Worldwide Palliative Care, and World Health Organization, "Global atlas of palliative care at the end of life", *London: Worldwide Palliative Care Alliance*, 2014.
94. Elçigil, A., “The current status of palliative care in Turkey: a nurse's perspective”, *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33, S70-S72, 2011.
95. Turgay, G., Kav, S., “Turkish healthcare professionals’ views on palliative care”, *Journal of palliative care*, 28(4), 267–273, 2012.
96. Uslu, F., “Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2013.
97. Tuncer, M., “Palyatif Bakım Programı İçinde: Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015 (Editör: Tuncer, M)”, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No:760; Ss:92-110, 2009.
98. Güdük, Ö., Güdük, Ö., “Palyatif bakım hizmetleri performansının topsis yöntemi ile değerlendirmesi”, *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 511-527, 2017.
99. Temelli, G., “Palyatif bakım veren hemşirelerin ölüme ilişkin algısı ve palyatif bakım uygulamaları”, *Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, Bolu, 2018.

100. Kabalak, A. A., “Türkiye’ de palyatif bakım çalışmaları”, *Journal of Anesthesiology and Reanimation*, 10(1), 7-12, 2017.
101. İnternet: Sağlık Bakanlığı. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi. <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/38464/0/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonergepdf.pdf> Erişim tarihi: 08.12.20
102. İnternet: Sağlık Bakanlığı, Palyatif Bakım Hizmetleri Yönergesi, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21354,palyatif-bakim-standartlaripdf.pdf?0> Erişim tarihi: 08.12.20
103. İnternet: T.C. Resmi Gazete. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/12/20141224-17.htm> Erişim tarihi: 12.12.20
104. Çolak, D., “Palyatif bakım dünya uygulamaları”, *Turkiye Klinikleri J Anest Reanim-Special Topics*, 10(1), 13-9, 2017.
105. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2019. <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php> Erişim tarihi: 10.10.20
106. Kabalak, A.A., “Türkiyede Palyatif Bakım, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler”, *Anestezi Dergisi*, 22(3), 121-123, 2014.
107. Turan, G. B., Polat, H. T., Mankan, T., “İntörn Hemşirelik Öğrencilerinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 6(2), 54- 60, 2017.

108. İnternet: WebMD. The Palliative Care Team: <https://www.webmd.com/palliative-care/the-palliative-care-team#1>  
Erişim tarihi: 08.10.20
109. Yıldız, Ö. F., Oğur, S., “Sağlık personellerin palyatif bakım hakkındaki bilgi ve tutumları: Bitlis ili örneği”, *Journal of Current Researches on Health Sector* DOI: 10.26579 / jocrehes\_8.2.36, 2018.
110. Yurtsever, S., “Palyatif Bakım” Atabek Aştı T, Karadağ A. Editör, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. 1.Baskı, İstanbul, Akademi Yayınevi.; 1147- 1153, 2016.
111. Richmond, C., “Dame Cicely Saunders”, *BMJ ; British Medical Journal*, 331(7510), 238, 2005.
112. İnternet: Palliative Care Curriculum For Undergraduates-PCC4U. Who Needs Palliative Care?  
[https://pcc4u.org.au/learning/modules/module1/m1\\_section2/m1\\_activity\\_7/](https://pcc4u.org.au/learning/modules/module1/m1_section2/m1_activity_7/) Erişim tarihi: 12.10.20
113. İnternet: WHO-World Health Organization. Improving Access To Palliative Care. [https://www.who.int/images/default-source/infographics/palliative-care/infographic-palliative-care-en-final.jpg?sfvrsn=18ed19ec\\_4](https://www.who.int/images/default-source/infographics/palliative-care/infographic-palliative-care-en-final.jpg?sfvrsn=18ed19ec_4) Erişim tarihi: 10.10.20
114. İnternet: WPCA Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition London, UK 2020  
[file:///C:/Users/Durmu%C5%9F/Downloads/WHPCA\\_Global\\_Atlas\\_DIGITAL\\_FINAL.pdf](file:///C:/Users/Durmu%C5%9F/Downloads/WHPCA_Global_Atlas_DIGITAL_FINAL.pdf) Erişim tarihi: 15.11.20
115. Aksu, T., Fadiloğlu, Ç., “İyi ölüm ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29, (1-15), 2012.

116. Lynch, M., Dahlin, C., Coakley, E., Hultman, T., “Palliative Care Nursing: Defining The Discipline?”, *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 13 (2), 106- 111, 2011.
117. Elçigil, A., “Palyatif bakım hemşireliği”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4), 329-334, Doi: 10.5455/Gulhane.30582, İzmir, 2012.
118. Özdemir, F., “Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının yaşadıkları psikososyal sorunlar ile dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2016.
119. Kav, S., Brant, J. M., Mushani, T., “Perspectives in International Palliative Care”, *Paper Presented at the Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), 284-293, 2018.
120. Dobrina, R., Tenze, M., Palese, A., “An overview of hospice and palliative care nursing models and theories”, *International Journal of Palliative Nursing*, 20(2), 75-81, 2014.
121. McCallum, M., Carver, J., Dupere, D., “the nova scotia palliative care competency framework: a reference guide for health professionals and volunteers”, *Halifax, Nova Scotia: Nova Scotia Health Authority*, 2017.
122. İnci, F., Öz, F., “Palyatif bakım ve ölüm kaygısı psikiyatride güncel yaklaşımlar”, *Current Approaches in Psychiatry*, 4(2), 178-187, 2012.
123. Lugton, J.Intyre, R., “Palliative Care the Nursing Role”, *International Journal of Humanities and Social Science*, 173-175, 2006.
124. Özçelik, H., “Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi”, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi*, İzmir, 347s, 2011.

125. Demir, M., “Palyatif bakım etiği”, *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 7(2), 62-6, 2016.
126. Benowitz, S., “Palliative care programs still face obstacles in mainstream cancer care”, *News Journal of the National Cancer Institute*, 105(6), 374-374, 2013.
127. Mcateer, R., & Wellbery, C., “Palliative Care: Benefits, barriers, and best practices”, *American Family Physician*, 88(12):811-813, 2013.
128. Paice, J. A., Ferrell, B. R., Coyle, N., Coyne, P., Callaway, M., “Global efforts to improve palliative care: The international end-of-life nursing education consortium training programme”, *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 173-80, 2008.
129. Reville, B., Foxwell, A. M., “The global state of palliative care progress and challenges in cancer care”, *Annals of Palliative Medicine*, 3(3), 129-138, 2014.
130. Gültekin, M., Özgül, N., Olcayto, E., Tuncer, M., “Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu”, *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(1), 1-6, 2010.
131. Demir, Y., “Ölüm ve ölümü yaklaşan hastanın bakımı”, Ay, FA., editör. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 698-722, 2011.
132. Ay, F., “Ölüme karşı hemşirelik tutumu”, *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi*, 5(1), 44-47, 2001.
133. İnternet: Türk Dil Kurumu Sözlükleri, <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 15.11.20



134. Demirkol, M., “İntihar olasılığı: kişilik özellikleri, kontrol odağı ve ölüm algısı açısından bir değerlendirme”, *Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2013.
135. Oğuz, N. Y., Kucur, K. D., Tepe, H., *Biyoetik terimler sözlüğü*. (1. Baskı), Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, 190-191, 2005.
136. Ertufan, H., “Hekimlik uygulamalarında ölümle karşılaşma sıklığının ölüm kaygısı üzerine etkisi”, *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi*, İzmir, 2008.
137. Abdel-Khalek, A. M., Al-Kandari, Y., “Death anxiety in kuwaiti middle-aged personnel”, *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 55(4), 297-310, 2007.
138. Akyol, A., “Yetişkinlerde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26(3), 59-72, 2010.
139. Özel, Ç., “Medeni hukuk açısından ölüm anının belirlenmesi ve ceset üzerindeki hakka ilişkin bazı düşünceler”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 51(1), 43-78, 2002.
140. Ayhan, D., “Hemşirelik uygulamalarında ölümle karşılaşma durum ve sıklığının hemşirelerin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi”, *Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2013.
141. Özdemir, K., “Yoğun bakım hemşirelerinde görülen ölüm kaygısı”, *Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum, 2014.
142. Sağlık Bakanlığı, “Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği”, *Resmi Gazete*, 2012.

143. Tanhan, F., Arı, F., “Üniversite öğrencilerinin ölüme verdikleri anlam ve öğrenim gördükleri program açısından ölüm kaygısı düzeyleri”, *Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 44-45, 2006.
144. İnci, F., “Hemşirelere uygulanan ölüme ilişkin eğitimin hemşirelerin kaygı, depresyon ve tutumlarına etkisi”, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, 2008.
145. Akalın, A. E., “Ölümün ve ölmenin sosyolojisi üzerine kuramsal bir çalışma”, *Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2006.
146. Sağır, A., “Toplu merasimlerden belediye hizmetlerine kurumsallaşan ölüm bağlamında bir ölüm sosyolojisi denemesi”, *International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, (2), 903-925, 2012.
147. Burcu, E., Akalın, E., “Ölüm olgusu üzerine sosyolojik tartışmalar”, *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, (8), 29-54, 2008.
148. Aksu, T., Okçay, H., “Yaşam dönemlerine göre ölüm algısı ve hemşirelik yaklaşımı”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(14), 113-126, 2010.
149. Warren, B. J., “The cultural expression of death and dying”, *The Case Manager*, 16(1), 44-47, 2005.
150. Işık, A. E., “Ölüme karşı tutum ölçeğinin türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği”, *Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 2008.
151. Roshani, K., “Relationship between religious beliefs and life satisfaction with death anxiety in the elderly”, *Annals of Biological Research*, 3(9), 4400-4405, 2012.

152. Jo, K.H., Doorenbos, A. Z., Gyeong, J. A., “Effect of an end-of- life care education program among korean nurses”, *Journal Of Hospice And Palliative Nursing*, 11(4), 230–238, 2009.
153. Hökelekli, H., “Ölümlle ilgili tutumların dini davranışla ilişkisi üzerine bir araştırma”, *Uludağ Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 4(1), 57-98, 1992.
154. Erdoğan, M. Y., Özkan, M., “Farklı dini inanışlardaki bireylerin ölüm kaygıları ile ruhsal belirtiler ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiler”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(3), 171-179, 2007.
155. Peykerli, G., “Ölümcül hastalıklara psikososyal yaklaşım”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 62-65, 2003.
156. Altay, B., Gönener, D., Demirkıran, C., “Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi”, *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 10-16, 2010.
157. Kayaalp, L., “Ölüm karşısında hasta ve sağlık personeli”, *Sendrom Dergisi*, 8, 16- 23, 1999.
158. Bilge, A., Embel, N., Kaya, F., “Sağlık profesyoneli olacak öğrencilerin ölüme karşı tutumları, ölüm kaygıları arasındaki ilişki ve bunları etkileyen değişkenler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 119-124, 2013.
159. Keser, Özcan, N., “Ölüm ve ölümü yaklaşan bireyin bakımı”, *Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, Editör: Akça, Ay, F., Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2007.

160. Sezer, S., Saya, P., “Gelişimsel açıdan ölüm kavramı”, *Dicle Üniversitesi, Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 151-165, 2009.
161. Badur, S., “Ölüm üzerine tıbbi çeşitlemeler. Ölüm: Bir topografya”, *Cogito Dergisi*, 40, 22-25, 2010.
162. Akça, F., Köse, A., “Ölüm kaygısı ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11,7-16, 2008.
163. De Araújo, M., Da Silva, M., Francisco, M., “Nursing the dying essential elements in the care of terminally ill patients”, *International Nursing Review*, 51(3), 149-158, 2004.
164. Ay, F., Gençtürk, N., “Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: Odak grup çalışması”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), 164-171, 2013.
165. Cooper, J., Barnett, M., “Aspects of caring dying patients which cause anxiety to first year student nurses”, *International Journal of Palliative Nursing*, 11(8), 423-430, 2005.
166. Işık, E., Fadiloğlu, Ç., Demir, Y., “Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 28-43, 2009.
167. Harden, K., Price, D., Duffy, E., Galunas, L., Rodgers, C., “Palliative Care: Improving nursing knowledge, attitudes, and behaviors”, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(5), 2017.
168. David, A., Banerjee, S., “Effectiveness of “palliative care information booklet” in enhancing nurses’ knowledge”, *Indian Journal of Palliative Care*, 16(3), 164-167, 2010.

169. Al-Kindi, S. G., Zeinah, G. F. A., Hassan, A. A., “Palliative care knowledge and attitudes among oncology nurses in Qatar”, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 31(5), 469-474, 2014.
170. Arantzamendi, M., Addington-Hall, J., Saracibar, M., Richardson, A., “Spanish nurses’ preparedness to care for hospitalised terminally ill patients and their daily approach to caring”, *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 597-605, 2012.
171. Sato, K., Inoue, Y., Umeda, M., Ishigamori, I., Igarashi, A., Togashi, S., Yoshihara, R., “A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses”, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(8), 718-728, 2014.
172. Khader, K. A., Jarrah, S. S., Alasad, J., “Influence of nurses’ characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature”, *International Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1), 1-9, 2010.
173. Çınar, B., “Hemşirelerin ölüme karşı tutumları ile bireysel ve çalışma özelliklerinin tutumlarına etkisinin incelenmesi”, *Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2018.
174. Ay, M. A., “Hemşirelerin ölüm, ölümcül hasta ve ötenaziye ilişkin tutumları”, *Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2013.
175. Dunn, K. S., Otten, C., Stephens, E., “Nursing experience and the care of dying patients”, *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 2005.
176. Gama, G., Vieira, M., Barbosa, F., “Factors influencing nurses' attitudes toward death”, *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 267-273, 2012.

177. Koku, F., Ateş, M., “Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 99-104, 2016.
178. Selmin, KÖSE, S., Tunalı, B. İ., Yıldırım, G., “Yoğun bakımda çalışan hekim ve hemşirelerin ölüm ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(1), 9-17, 2019.
179. Matsui, M., Braun, K., “Nurses’ and care workers’ attitudes toward death and caring for dying older adult”, *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 1-9, 2010.
180. Taşdemir, G., Gök, F., “Bir sağlık yüksekokulu’nda okuyan öğrencilerin ölüm kaygılarının belirlenmesi”, *International Journal of Human Sciences*, 9(2), 303-317, 2012.
181. Yılmaz, E., Vermişli, S., “Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 41-46, 2015.
182. Bal, T., “Sağlık profesyonellerinin ve bakım vericilerin ölüm algıları ve saygın ölüme ilişkin tutumları”, *Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, 2018.
183. Önsöz, S. B., “Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme karşı tutumları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, 2013.
184. Ünsal, S., “Yoğun bakım hemşirelerinin ölüm hakkındaki düşünceleri ve yaşadıkları anksiyetenin karşılaştırılması”, *Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2008.
185. Karadaş, A., Duran, S., Ergün, S., "Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelikte araştırma, gelişmelere karşı farkındalık ve

- tutumları", *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 5, 1-18, 2015.
186. Çelik, N., "Yoğun bakım hemşirelerinin ölüme ve saygın ölüm ilkelerine ilişkin tutumları", *Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 316-327, 2019.
187. Benli, S. S., Yıldırım, A., "Hemşirelerde yaşam doyumu ve ölüme karşı tutum arasındaki ilişki", *Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 167-179, 2017.
188. Selvi, Y., "Terminal dönemdeki hastalara bakım veren hemşirelerin ölüme karşı tutumları manevi destek algıları ve bunlar arasındaki ilişkinin incelenmesi", *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi*, Nevşehir, 2019.
189. Kaya, E., "Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılık düzeylerinin ölüme karşı tutumları üzerine etkisi", *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Samsun, 2018.
190. Şeker, A., "Acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algılarını etkileyen faktörler", *Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Samsun, 2019.
191. Kızıltepe, S. K., Koç, Z., Duran, L., "The effect of status and frequency of confronting death in emergency nurses on attitude towards death", *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 34(3), 165-171, 2017.
192. Chris, E., Pais, M., "Nursing students' perceived attitudes towards death: a cross-sectional survey", *Indian Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 6(3), 49-57, 2013.

193. Lange, M., Thom, B., Kline, N. E., “Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center”. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959, 2008.
  
194. Wang, L., Li, C., Zhang, Q., & Li, Y., “Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China”, *International Journal of Palliative Nursing*, 24(1), 33-39, 2018.





## BÖLÜM 8

### EKLER

#### EK 1. SOSYO-DEMOGRAFİK FORM

1. Yaşınız:....

2. Cinsiyetiniz:

1.Kadın 2.Erkek

3. Medeni haliniz:

1.Evli 2.Bekar

4. Eğitim durumunuz:

1.SML 2.Lisans 3.Yüksek Lisans 4.Doktora

5. Çalıştığınız birim:....

6. Meslekte çalışma süreniz:....

7. Bulduğunuz klinikte çalışma süreniz:....

8. Palyatif bakım hakkında bilginiz var mı?

1.Evet 2.Hayır

8.a) Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1.Lise / Lisans eğitimim sırasında

2.Hizmet içi eğitimlerden

3.Kongre / Sempozyum / Seminerlerden

4.Yayın, makale vb.

5.Televizyon, radyo gibi basın organlarında

6.Kitap ve dergilerden

7.İnternette

8.Diğer .....

**8. b) Aldığınız bilgi/ eğitimin içeriği?**

1. İletişim becerileri

2. Kötü haber verme

3. Semptom yönetimi (bulantı, kusma, dispne..)

4. Palyatif bakımda etik ve yasal konular

5. Ağrı yönetimi

6. Yas süreciyle baş etme

7. Diğer.....

**8. c) Palyatif bakım hemşireliği sertifikanız var mı?**

1. Evet

2. Hayır

**9. Aşağıda palyatif bakımla ilgili verilen bilgilerden size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.**

	Evet	Hayır
9.1) Palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmettir.		
9.2) Palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şeklidir.		
9.3) Palyatif bakım sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanır.		
9.4) Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır.		

**10. Çalıştığınız birimde ölümle karşılaştınız mı?**

1. Evet

2. Hayır

**10.a) Cevabınız Evet ise ölüm olgusuyla ilk karşılaştığınızda hissettiğiniz duygunuz ne oldu?**

1. Hiçbir şey hissetmedim

2. Korktum

3. Ağladım ve çok üzıldüm

4. Doğal karşıladım, insanlar doğar ve ölür

5. Acılarının sona erdiğini ve kurtulduğunu düşündüm

6. Diğer.....

**11. Terminal dönemdeki hastaya bakım verdiniz mi/ veriyor musunuz?**

1.Evet 2.Hayır

**11. a) Ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastanıza dokunmakta zorluk yaşadınız mı/yaşıyor musunuz?**

1.Evet 2.Hayır

**11. b) Ölmekte olan hastaya bakım verirken hangi duyguyu hissettiniz? ( Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)**

1.Öfke

2.Keder – üzüntü

3.Korku

4.Başarısızlık

5.Suçluluk

6.Yetersizlik

7.Diğer.....

**12. Daha önce yakın çevrenizde ölüm olgusuyla karşılaştınız mı? ( Anne, baba, kardeş, yakın akraba, arkadaş vb. )**

1.Evet 2.Hayır

**13. Terminal dönemde yakınınız oldu mu?**

1.Evet 2.Hayır

**14. Terminal dönemdeki yakınınıza bakım verdiniz mi?**

1.Evet 2.Hayır

## EK 2. PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ

Lütfen ‘‘Maneviyat ve Manevi Bakıma’’ ilişkin aşağıdaki ifadelere yönelik düşüncenizi uygun cevabı işaretleyerek belirtiniz.

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

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

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

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

### EK 3. ÖLÜME KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

İfadeleri okumanız ve her birini yanıtladığınız önemlidir. İfadelerin çoğu aynı görünecektir fakat hepsi tutumlardaki küçük farklılıkları göstermede gereklidir.	Kesinlikle		Orta derece		Orta derece		Kesinlikle	
	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum
1. Ölüm, hiç şüphesiz korkunç bir olgudur.								
2. Kendi ölümümü düşünmek, bende kaygı oluşturur.								
3. Koşullar ne olursa olsun ölümü düşünmekten kaçınırım.								
4. Öldükten sonra cennete gideceğime inanırım.								
5. Ölüm, bütün sıkıntılarımın bitmesini sağlayacak.								
6. Ölüm; doğal, inkâr edilemez ve kaçınılmaz bir olay olarak görülmelidir.								
7. Ölümün bir son olması, beni rahatsız eder.								
8. Ölüm, mükemmel bir yere giriştir.								
9. Ölüm, bu korkunç dünyadan bir kaçıştır.								
10. Ölüm, ne zaman aklıma gelse ondan uzaklaşmaya çalışırım.								
11. Ölüm; ağrı ve acıdan bir kurtuluştur.								
12. Cennetin bu dünyadan daha iyi bir yer olacağına inanırım.								
13. Ölüm, yaşamın doğal bir sonucudur.								
14. Ölüm; Allah'a kavuşma ve sonsuz bir mutluluktur.								
15. Ölüm, yeni ve mükemmel bir yaşamın anahtarıdır.								
16. Yoğun bir ölüm korkum var.								
17. Ölümünden sonraki yaşam konusu bana büyük bir sıkıntı verir.								
18. Ölümün her şeyin sonu anlamına geldiğini bilmek beni korkutur.								
19. Öldükten sonra sevdiğilerimle yeniden buluşacağımı umut ederim.								
20. Ölümü dünyevi acılardan kurtuluş olarak görürüm.								
21. Ölümü sonsuz ve kutsal bir yere geçiş olarak görürüm.								
22. Ölüm, ruhun muhteşem bir biçimde serbest kalışıdır.								
23. Ölümle yüzleştüğimde beni rahatlatan tek şey; ölümünden sonra bir hayata inanmamdır.								
24. Ölümü, bu yaşamın yükünden bir kurtuluş olarak görürüm.								
25. Ölümünden sonra bir yaşam olduğunu ümit ederim.								
26. Ölümünden sonra ne olacağını bilmemek, beni endişelendirir.								