

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ
BİLGİ DÜZEYLERİ VE ÖLMEKTE OLAN HASTA
BAKIMINA İLİŞKİN TUTUMLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ahmet SEVEN

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Havva SERT

TEMMUZ-2015

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ




HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM HAKKINDAKİ BİLGİ
DÜZEYLERİ VE ÖLMEKTE OLAN HASTA BAKIMINA
İLİŞKİN TUTUMLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ahmet SEVEN

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik

"Bu tez 14.072015 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir."

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç. Dr. Dilek AYGIN	BAŞARILI	
Doç. Dr. Hacer YILDIZ	BAŞARILI	
Yrd. Doç. Dr. Havva SEBİ	BAŞARILI	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21/11/2014 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

4/12/2015

Ahmet SEVEN

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Havva SERT'e, tezimin hazırlanması sürecinde yol gösterici ve destekleyici tavırları ile desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Dilek AYGİN'e, değerli görüşleriyle katkıda bulunan Doç. Dr. Hicran YILDIZ'a, Doç. Dr. Neriman ZENGİN'e, Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN'e, Doç. Dr. Pelin TANYERİ'ne, Doç. Dr. Ayşe ÇİL AKINCI'ya, Yrd. Doç. Dr. Azime KARAKOÇ KUMSAR'a, Yrd. Doç. Dr. Feride YILMAZ'a, Dr. Füsun AVŞAR 'a, Uzm. Dr. Ayfer ERDOĞAN'a ve tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen sevgili eşime ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER	vi
TABLolar.....	vii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.PALTATİF BAKIM	3
2.2. Palyatİf Bakım İLKELERİ	4
2.3. Palyatİf Bakımın Amacı	5
2.4. Palyatİf Bakım Uygulanmasında Engeller ve EtİK Sorunlar	7
2.5. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE Palyatİf Bakım	9
2.6. ÖLÜM Kavramı ve Yaşam Sonu Bakımı	11
3.GEREÇ VE YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Amacı ve TİPİ	14
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular	14
3.2. Araştırmanın EtİK YÖNÜ	14
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
3.5. Verİ Toplama Araçları	16

3.5.1. Tanıtım Formu (Ek 4)	16
3.5.2. Palyatif Bakım Bilgi Testi (Ek 5)	16
3.5.3. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Ek 6)	16
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ	17
3.6.1. Palyatif Bakım Bilgi Testi Geçerlik ve Güvenilirlik Yöntemleri	17
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	22
4. BULGULAR	23
4.1. PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ'NİN DİL EŞDEĞERLİLİĞİ, GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ	23
4.2. HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM BİLGİ DÜZEYLERİ VE ÖLMEKTE OLAN HASTAYA BAKIMA İLİŞKİN TUTUMLARINI BELİRLENMESİ	34
4.2.1.Sosyo-Demografik Özellikler, Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özellikler	34
4.2.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik/Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özelliklerine Göre Palyatif Bakım Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları	36
4.2.2.1 Sosyo-demografik özelliklere göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ve palyatif bakım bilgi düzeyi	38
4.2.2.2 Palyatif bakım ile ölmekte olan hasta bakımı kavramına ilişkin özelliklere göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ve palyatif bakım bilgi düzeyi	42
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	46
5.1.PBBT'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ	46

5.1.1. PBBT'nin Geçerliği	46
5.1.2. PBBT'nin Güvenilirliği	49
5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK, Palyatif Bakım ve Ölüm Kavramına İlişkin Özelliklerine Göre Palyatif Bakım Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumlar	53
6. ÖZET	61

KAYNAKLAR

EKLER

Ek 1. PBBT yazarı Yoko Nakazawa'dan izin talebi yazışması

Ek 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni

Ek 3. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

Ek 4. Tanıtım Formu

EK 5. Palyatif Bakım Bilgi Testi

EK 5 (devam) Palyatif Bakım Bilgi Testi Ters Kodlanan Maddeler

EK 6. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği

Ek 7. Türkçe'den İngilizceye çevrilen PBBT'nin son halinin yazar Yoko Nakazawa'ya gönderilerek onayının alınması

EK 8. Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi

ÖZGEÇMİŞ

KISALTMA VE SİMGELER

ASCO : American Society of Clinical Oncology

DSÖ, WHO : Dünya Sağlık Örgütü

FATCOD : Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği

NCI : National Canser Institute

PB : Palyatif Bakım

PBBT : Palyatif Bakım Bilgi Test

PBM : Palyatif Bakım Merkezi

TABLULAR

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 1: Palyatif Bakım Bilgi Testi Genel ve Alt Boyutlar Bazında Dilsel Eşdeğerlilik Sonuçları (n=15)	23
Tablo 2: PBBT Maddeleri İçin Kapsam Geçerlik İndeksi Sonuçları	24
Tablo 3: Palyatif Bakım Bilgi Testi Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	25
Tablo 4: PBBT'nin Bütününe İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları	26
Tablo 5: PBBT Tüm Alt Boyutlarına İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları Sonuçları	26
Tablo 6: PBBT İçin Madde Analizi (Madde Toplam, Madde Kalan, Ayırt-Edicilik) Sonuçları	28
Tablo 7: PBBT Alt Boyutlarına İlişkin Madde Analizi (Madde Toplam, Madde Kalan) Sonuçları	29
Tablo 8: Palyatif Bakım Bilgi Testi Bütünü ve Alt Boyutlar Bazında Test-Tekrar-Test Sonuçları (n=30)	31
Tablo 9: FATCOD, PBBT Genel ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlara Ait Sonuçlar	33
Tablo 10: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Ait Frekans ve Yüzde Sonuçları (n=350)	34
Tablo 11: Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özellikler (N=350)	35
Tablo 12: Hemşirelerin Palyatif Bakım Genel ve Alt Boyutlarına ve Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeğine İlişkin Normalite Testi Sonuçları (n=350)	37
Tablo 13: Hemşirelerin Palyatif Bakım Genel ve Alt Boyutlarına ve Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı (n=350)	37

Tablo 14: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi	39
Tablo 14: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=350) (devam)	40
Tablo 15. Palyatif Bakım ile Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özelliklere Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=350)	43
Tablo 15. Palyatif Bakım ile Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özelliklere Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=350) (devam)	44

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı; yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve ailelerin, hastalığın tanısından ölüme kadar olan süreçte ağrı ve semptomların giderilmesi, psikososyal ve spiritüel desteğin mümkün olduğunca erken sağlanarak yaşam kalitelerini artırma çabası olarak tanımlamıştır (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 24.03.2015). Palyatif bakım, ölümlü yaşamın normal bir parçası olarak kabul etmekte ve hastanın ölüme kadar mümkün olduğunca yaşamını aktif olarak geçirmesini hedeflemektedir. Palyatif bakım yaşamın son anlarında huzurlu bir ölümün gerçekleşmesini ve ölüm sonrası aileye yas sürecinde gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık hizmetleri verilmesini sağlamaktadır. Dünya genelinde yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların giderek artması palyatif bakımın tıbbi uygulamalar arasında önemli bir yer almasını sağlamıştır. Günümüzde tıp alanında gerçekleşen ilerlemeler hayatta kalma süresini uzatırken ölümlü geciktirmektedir. Bilimsel ve tıbbi gelişmelerle birçok hastalığın önlenmesi ya da ortaya çıkışının gecikmesi sağlanırken hasta ve yakınlarının hayatta kalma adına başvurduğu yöntemler de hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (İnci ve Öz 2012, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 24.03.2015). Bunun yanında tedavi seçeneklerinin azalması ve hastalığın ilerlemesi, hastalığın seyrinin giderek kötüleşmesi, ağrı ve diğer semptomların kontrolünde yetersiz kalınması ve gereken teknik desteğin sağlanamaması ile çoklu sorunlar ortaya çıkmaktadır (Elçigil 2012). Hastalığa ilişkin tedavi seçeneklerinin çoğalması veya yapılacak bir işlemin kalmaması yaşamın son evresindeki hastaya kaliteli bakımın verilmesi konusunda sıkıntı yaratmaktadır. Bu sıkıntıların azaltılması veya ortadan kaldırılabilmesi,

hastaların yaşam kalitelerinin artırılabilmesi ve hasta yakınlarının baş etme stratejilerinin geliştirilebilmesi için palyatif bakım verilmesi gereklidir (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 24.03.2015). Palyatif bakımın bir parçası olan ölüme yaklaşan ya da ölmekte olan hastaya bakım vermek, sağlık profesyonellerinin özellikle de hastalarla en çok vakit geçiren hemşirelerin uzmanlık alanlarından biridir. Ölüm son derece acı veren ve bireyleri derinden etkileyen bir olgu olması itibariyle hemşireler ölmekte olan hastaya bakım verirken duygusal olarak etkilenmektedir. Palyatif bakımda ekip üyelerin başında gelen hemşirelerden, ölüm öncesi ve ölüm sonrası yas sürecinde hastanın ailesine destek olması, psikososyal açıdan iyilik hallerini sürdürmelerine yardım etmesi beklenmektedir (Brosche 2007, Eures 2007). Bu beklentilerin karşılanmasında hemşirelerin hem ölüm karşısındaki tutumları hem de palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri önemli rol oynamaktadır. Ülkemizde palyatif bakım ile ilgili eğitim programları ve uzmanlık alanlarının az olması nedeniyle biz de araştırmamızı bakımın merkezi olan hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hasta bakıma ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla planladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.PALYATİF BAKIM

Latince “pallium” kelimesinden türeyen palyatif kelimesi; bez, örtmek ve pelerine benzeyen giysi anlamına gelmektedir. Tıp terimi olarak kullanılan “palyasyon” kelimesi ise kötü bir şeyi daha az kötü duruma (tam iyileştirme olmaksızın) getirme, örtme anlamında kullanılmaktadır. Palyatif bakım ilk olarak “ölüm bakımı” olarak kullanılmış zamanla “terminal bakım” olarak tanımlanmış ve günümüzde de bir birinin yerine kullanılan “hospis”, “hospis bakımı”, “bakımın sürekliliği”, “yaşam sonu bakım”, “tanatoloji (ölüm bilimi)”, “konfor bakımı”, “sürekli bakım ünitesi” ve “destek bakım” gibi terimlerle iç içe beraber kullanılmakla birlikte hiç biri tam olarak palyatif bakımı ifade edememektedir (Pastrana, Jünger, Ostgathe, Elsneret, Radbruch 2008).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde palyatif kelimesi; geçici, geçiştirici, rahatlatıcı; hastalık belirtilerini iyileştirmeksizin geçici olarak hafifleten veya ortadan kaldıran ilaç veya yöntemler olarak tanımlarken; palyasyon kelimesi ise hafifletme, azaltma olarak tanımlanmıştır (http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&view=bilimsanat&kategori=terim&kelimeget=palyatif&hngget=mdErişim:22.03.2015,http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_bilimsanat&arama=kelime&guid=TDK.GTS.55393f48b60537.00668859 Erişim: 22.03.2015).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1980’lerde “tedavilere yanıt alınamayan hastaların bütüncül (total) bakımı” olarak tanımlanan palyatif bakım 2002 yılında “yaşamı

tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan hasta ve ailelerin, hastalığın tanısından ölüme kadar olan süreçte ağrı ve semptomların erken tanınması ve giderilmesi, psikososyal ve spiritüel (ruhani, manevi) desteğin sağlanarak yaşam kalitelerini artırma çabası” olarak güncellemiştir. DSÖ çocuklar için palyatif bakımı “çocuğun vücudunun, aklının ve spiritüel yönünün bütün aktif bakımındır, ayrıca aileye destek vermeyi içerir” şeklinde tanımlamıştır (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 24.03.2015). Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (American Society of Clinical Oncology) (ASCO) da palyatif bakımı; hastalar ve aileleri için acı ve sıkıntı verici olan semptom, yaşam kalitesini etkileyen çeşitli durumlara yönelik iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlamıştır (Smith et al 2012). Ulusal Kanser Enstitüsü'nün (National Cancer Institute; NCI) tanımına göre ise palyatif bakım; kanser gibi yaşamı tehdit eden veya ciddi hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini artırmak için verilen bakım olarak tanımlamıştır (<http://www.cancer.gov/cancertopics/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet> Erişim: 30.04.2015).

Palyatif bakım, DSÖ'nün ilk tanımlamasında görüldüğü gibi sadece yaşamın son dönemlerindeki, yapılacak hiç bir tedavinin bulunmadığı hastalar için özellikle kanser hastaları için uygun görülürken; günümüzde kronik ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan ve bu sorunlarla yaşayan bireylerde acının hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenerek; palyatif bakımın olabildiğince erken dönemlerde uygulanması gerektiği görüşü kabul görmektedir (Bag 2012).

2.2. PALYATİF BAKIM İLKELERİ

Palyatif bakım, DSÖ'nün vurguladığı gibi bireyin yaşam kalitesini yükseltmek ve ailesine destekte bulunmaktır. Bu bağlamda hayatı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşan bireyler için palyatif bakımın bazı ilkeleri vardır. Bunlardan bazıları;

- Hastanın/bireyin hayatını etkileyen semptomların özellikle ağrının mümkün olduğunca erken başlanarak giderilmesi,
- Ölümün hayatın bir gerçeği olarak normal süreçte değerlendirilmesi,
- Ölümü ne hızlandırmak ne de yavaşlatmak gibi bir amacının olmaması,

- Hasta bakımında, hasta ve yakınlarına psiko-sosyo-kültürel olarak bütüncül (holistik) yaklaşılması,
- Hasta ve yakınlarının ölüm gerçeğine hazırlanması ve gerekirse yas danışmanlığı yapılması,
- Tüm hastalığı boyunca bireye ve yas sürecinde aileye sorunlarla baş etmede yardımcı olunması,
- Multidisipliner bir ekip çalışması yapılarak hasta ve ailenin bakım kalitesinin artırılmasıdır (Özkan 2011, Strand, Kamdar, Carey 2013, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 24.03.2015).

2.3. Palyatif Bakımın Amacı

Dünya nüfusunun giderek yaşlandığı özellikle gelişmiş ülkelerde 60 yaş ve üzeri popülasyonda artış olduğu gözlenmektedir. 1950'lerde dünyada 60 yaş ve üzeri popülasyon oranı %8 iken 2013'de bu oran %12'ye çıkmış ve 2050'de ise bu oranın %21'e ulaşacağı tahmin edilmektedir (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf> Erişim: 21.03.2015).

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte kronik hastalıklarda da artış olacağı ve 2020'de sırasıyla kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık, kronik solunum yolu hastalıkları, solunum enfeksiyonları ve akciğer kanserlerinin ilk sıralarda yer alacağı düşünülmektedir (Murray and Lopez 1997). Palyatif bakımın amacı yaşamı tehdit eden kronik hastalıklara sahip bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmaktır (Sepúlveda, Marlin, Yoshida, Ullrich 2002). Palyatif bakım sadece belirli hastalıklara yakalanmış kişiler için sınırlandırılan bir bakım değildir (Bag 2012). Birçok sağlık profesyoneli ve çoğu kişi palyatif bakımının amacının ölmekte olan hastaya verilen bakım olarak görse de palyatif bakım hastalığın en erken aşamasında başlamakta ve bireylere özgü olarak sunulmaktadır. Dame Cicely Saunders palyatif bakımı; "her bireyin kendine özgü deneyimi, geçmişi, ilişkileri ve kültürü olduğu ve bireyin eşsiz

bir varlık olarak saygı görmeye değer olduğu anlayışıyla başlar” şeklinde tanımlayarak bakımın bireylere özgü olduğunu vurgulamıştır (<http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/file/0003/98418/E82931.pdf>Erişim:24.4.2015). DSÖ'nün palyatif bakım tanımında “yaşam kalitesi” ve “hastaların mümkün olduğunca aktif yaşamasına yardımcı olma” gibi ifadelerle yaşamın aktif olarak geçirilmesine vurgu yapılmıştır. Aynı zamanda hastaların ailelerinin de desteklenmesi palyatif bakımın bileşenleri arasında yer almıştır. (<http://www.thewhpca.org/resources/item/defining-palliative-care>Erişim: 23.04.2015). Palyatif bakım sadece yaşamın son anında verilen bakım değil; hastaya tanı koyulduğu andan itibaren başlayan, ölüme kadar küratif (tedavi edici, hastalığı iyileştirici) tedavi ile birlikte devam eden, ölüm sonrası yas sürecinde aile ve üyelerini destekleyen bir bakımdır (Elçigil 2012). Palyatif bakımın amacı psikolojik, sosyal ve spiritüel problemlerin yanında hastalığın tedavisi, yan etkileri ve semptomlarını önlemektir (<http://www.cancer.gov/cancertopics/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet> Erişim: 30.04.2015). Palyatif bakım;

- Ağrı ve diğer rahatsız edici semptomların hafifletilmesini sağlar.
- Yaşamı onaylar ve ölümü normal bir süreç olarak kabul eder.
- Ölümü hızlandırma ya da geciktirme niyeti yoktur.
- Hasta bakımının psikolojik ve inanç yönlerini bütünleştirir.
- Hastanın ölüme kadar mümkün olduğu kadar aktif olarak yaşamasına yardımcı olabileceği bir destek sistem sunar.
- Ailenin, hastaların hastalıkları ve kendi yas süreçlerinin üstesinden gelmesine yardımcı olacak bir destek sistemi sunar.
- Eğer belirtilirse yas danışmanlığının da dâhil olduğu, hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak üzere bir takım yaklaşımı kullanılır.
- Yaşam kalitesini arttırarak hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilir.
- Hastalığın ilk ortaya çıktığı andan itibaren hastanın yaşam süresini uzatmayı hedefleyen kemoterapi ya da radyoterapi gibi tedavilerle birlikte uygulanabilen palyatif bakım, hastaya sıkıntı veren klinik komplikasyonların yönetimi ve bu komplikasyonların daha iyi anlaşılmasını gerektiren araştırmaları da kapsar (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 24.03.2015).

2.4. Palyatif Bakım Uygulanmasında Engeller ve Etik Sorunlar

Palyatif bakım gelişimi DSÖ tarafından geliştirilen politika, eğitim, ilaç ulaşılabilirliği ve uygulamayı vurgulayan bir halk sağlığı modelini takip etmektedir (Sepúlveda et al 2002). Bu bileşenlerin gerçekleştirilmesinde birçok engel vardır. DSÖ'nün tanımladığı bileşenler arasında en önemlisi politikadır. Dünyada çoğu ülkede palyatif bakım devlet tarafından desteklenmemekte ve palyatif bakımın desteklendiği ülkelerde ise kanun ve tüzüklerde belirsizlik bulunmaktadır. Politikayla ilgili olan engeller arasında;

- Palyatif bakımın tanımını ve onayını destekleyen kanunların sağlık sisteminin içerisinde yer almaması,
- Palyatif bakımı anlatan ve tanımlayan ulusal standartlar, klinik rehberler ve protokollerin olmaması (Sepúlveda et al 2002, Paice, Ferrell, Coyle, Coyne, Callaway 2008).
- Palyatif bakım adına tanımlanmış tıbbi uzmanlık, alt (yan dal) uzmanlıkların kurulmaması,
- Palyatif bakıma ilişkin ulusal stratejiler oluşturulmaması yer almaktadır (Sepúlveda et al 2002, Paice et al 2008).

Dünya genelinde sağlık profesyonellerinin büyük çoğunluğunun palyatif bakım uygulamaları ve ilkeleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları gözlenmektedir (Al Qadire 2014, Ayed, Sayej, Harazneh, Fashafsheh, Eqtaït 2015). Palyatif bakım sağlık profesyonellerinin eğitiminde ya çok yüzeysel anlatılmakta ya da hiç değinilmemektedir. Eğitimle ilgili olarak;

- Doktor, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin aldıkları formal eğitimin temel palyatif bakım eğitimini içermemesi (Benowitz 2013, Mcateer and Wellbery 2013).

- Rutin olarak yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan hastalarla çalışan sağlık profesyonellerinde detaylı palyatif bakım eğitiminin sık aralıklarla düzenlenmemesi,
- Hastaların yaşam kalitelerini artırmak için ağrı ve diğer semptomların giderilmesi ve semptomların kontrol altına almada gerekli standartların yeterince bilinmemesi önemli engeller arasında yer almaktadır (Paice et al 2008).

Ağrı kontrolü ve kaliteli bir palyatif bakımın verilmesi için özellikle opioidlerin içerisinde olduğu ilaçlara erişim dünya genelinde büyük bir sorundur. Dünya nüfusunun yaklaşık %80'inin ağrı kontrolü için yeterli opioidlere erişimden yoksun oldukları görülmektedir (WHO 1986, Reville and Foxwell 2014).

- Opioid toleransı ve bağımlılığı genelde hekimler tarafından karıştırılması ve yan etki olarak da bağımlılık durumunun çok abartılması (Akiyama et al 2012),
- Opioidlerin teminindeki zorluklar (Paice et al 2008),
- Kırmızı ve yeşil reçeteye ulaşılabilirlikte ve reçete yazma mevzuatındaki güçlükler,
- Opioidlerin çeşitliliğinin az olması, eczanelerden temin etmedeki zorluklar, ilaç ulaşılabilirliği engelleri arasında yer almaktadır (Reville and Foxwell 2014).

Sağlık profesyonellerinin hospislerde bulunan ve palyatif bakım gereksinimi olan hastalarla ilgili karşılaştıkları etik sorunlar ise genellikle hastanın durumunun kötüye gitmesiyle ilişkili olmaktadır. Terminal dönem hastalarında yaşanan etik ikilemler arasında morfin uygulamaları (opoid kullanımı), oral yolla beslenmesi mümkün olmayan hastalar da enteral ve parenteral beslenmenin hasta tarafından kabul edilmemesi, tedaviyi reddetme yer almaktadır (Bag ve Reis 2013). Diğer taraftan hasta ve yakınlarının bakımın içerisine tam olarak dahil edilmemeleri, seçimlerine saygı gösterilmemesi, bakımın planlanmasında hasta ve aileler ile iletişime geçilmemesi gibi etik sorunlar da görülmektedir (Özkan 2011).

2.5. DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE PALYATİF BAKIM

Palyatif bakımın temelini kökü MS 4.yy kadar dayanan hospisler oluşturmaktadır. Orjinal hospislerin kökü ise kendi evini fakirler, yolcular, aç-susuz ve hastalar için açan Romalı başhemşire Fabiola'ya kadar dayanmaktadır. O zamanlarda misafir evi, yolcuların veya göç edenlerin dinlenme yerleri olarak işlev gören hospisler zamanla Haçlı Seferlerinden dönen askerler için tıbbi bakım ve barınak olarak hizmet veren yerler haline gelmiştir. Jeanne Garnier 19.yy ortalarında (1842) Fransa Lion'da ilk kez ölmekte olan bireylere bakım vermek için hospis kelimesini kullanarak bir kurum açmıştır. 1879'da ölmekte olan bireyler için Dublin'de bir hospis ve 1893 yılında Dr. Howard Barrett tarafından ölmekte olan yoksullar için prensip olarak bugünün hospislerine en çok benzeyen "St Luke's Home" kurulmuştur. Modern anlamda 1967 yılında Dr. Cicely Saunders'ın ağır hastalığı olan ve terminal dönemlerini yaşayan hastaların ağrı ve diğer semptomların kontrolünün yapıldığı "St. Christopher" hospisini Londra'da açmasıyla birlikte palyatif bakım sürecinin başlangıcına temel oluşturduğu düşünülmektedir (Milicevic 2002, Özkan 2011, Bag 2012, Kabalak, Öztürk, Çağıl 2013). 1980'lere kadar palyatif bakım hospis bakımı olarak adlandırılırken, 1990'larda palyatif bakım adına gelişmeler olmuş ve hospisler palyatif bakımın bir parçası haline gelmiştir. 1990'lı yıllarda İskandinav ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde palyatif bakım adına hızlı gelişmeler olmuştur. 1999'da İngiltere'de 236 palyatif bakım merkezi ve 400 toplumsal palyatif bakım hizmet merkezi ile 138 hastane bakım destek hizmet birimi ve 209 hastane palyatif bakım ve destek ekibi oluşturulduğu bildirilmektedir (Bag 2012, Kaya 2015). Avrupa'nın bir çok ülkesinde palyatif bakım giderek yaygınlaşmakta İngiltere gibi bazı ülkelerde palyatif bakım bir uzmanlık alanı olarak kabul görmeye birlikte her ülkede farklı seviyede palyatif bakım verilmektedir. Palyatif bakım varlığı ve içeriğine göre ülkeler;

Grup 1: Aktivitesi bilinmeyen,

Grup 2: Yapılanma aşamasında olan,

Grup 3a: İzole sunulan,

Grup 3b: Genelleştirilmiş şekilde sunulan,

Grup 4a: Başlangıç düzeyde entegre olan,
Grup 4b: İleri düzeyde entegre olan olmak üzere, ülkeler dört grupta değerlendirilmektedir (Lynch, Connor, Clark 2013).

Türkiye tarihine bakıldığında Selçuklu ve Osmanlılar zamanında darülsifalar uzman hekimler ve yardımcı personelin ücretsiz olarak bireylere genel sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerler olarak karşımıza çıkmasına rağmen, günümüzde ülkemizde modern anlamda ileri düzeyde entegre olan kapsamlı palyatif bakım merkezleri bulunmamaktadır (Kahveci ve Gökçınar 2014). Ülkemizde “palyatif bakım” tam olarak benimsenmemiş ve genellikle “destek bakım” ve “son dönem bakım” olarak algılanmakta ve çoğunlukla ağrı yönetimi üzerinde durulmaktadır. Ülkemizde başlangıçta palyatif bakım servisleri bulunmama ile birlikte 1990’larda palyatif bakım terminal dönemdeki kanser hastalarının ağrı ve diğer semptomlarının giderilmesi için algoloji uzmanları ve onkologlar tarafından medikal onkoloji üniteleri ve algoloji bölümlerinde sağlanmıştır (Bingley and Clark 2009). 1993-1997 yılları arasında İstanbul’da Türk Onkoloji Vakfı tarafından palyatif bakım adına “kanser bakımevi” kurulmuş ve uzun vadede kanserli hastalara destek tedavisi verilmiştir (Kabalak, Kahveci, Gokcinar, Özdoğan, Cagil 2013). Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (Middle East Cancer Consortium) (MECC) 2005 yılı Palyatif Bakım Raporu’na göre Türkiye’de yedi adet palyatif bakım ünitesi bulunduğu bildirilmiştir (Uslu 2013). Ülkemizde Anadolu Sağlık Merkezi Palyatif Bakım Ünitesi (2006), Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi (2006), Dr. Abdurahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı ve Palyatif Bakım Kliniği (2007), Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı, Hacettepe Umutevi (2007), Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi (2008) gibi bazı palyatif bakım merkezleri onkoloji ve ağrı kontrol klinikleriyle birlikte hizmet vermektedir (Turgay ve Kav 2010). Gültekin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre 2009 itibariyle Sağlık Bakanlığına bağlı 2, Üniversite bünyesinde 7 ve özel hastanede 1 olmak üzere toplamda 10 palyatif bakım merkezinin olduğu ve 33 ilde hizmet veren 35’i devlet hastanelerinde, 31’i üniversite hastanelerinde ve kalan 6’sının da özel sektörde olan toplamda 72 adet ağrı bölümünün olduğu tespit edilmiştir (Gültekin, Özgül, Olcayto, Tuncer 2010). Türkiye’de 1990’dan 2008’e kadar Sağlık Bakanlığı’nın palyatif bakımla ilgili

herhangi bir çalışması ya da politikası bulunmazken 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi ülkemizdeki palyatif bakım merkezlerinin yetersizliği ve yeterince yaygın olmaması durumunu değerlendirerek çeşitli kurum ve kuruluşlardan uzmanların katılımı ile düzenlenen 3 çalıştay sonunda Pallia-Türk adında bir proje hazırlanmış ve palyatif bakım 2010-2015 Ulusal Kansere Kontrol Programının en önemli temel bileşeni olarak kabul edilmiştir. Pallia-Türk projesi aile hekimliği üzerine kurulu ve KETEM'ler ve sivil toplum örgütleri ile desteklenen; primer olarak hemşire bakımına dayalı bir sistem olup, ülkemizin mevcut sosyo-kültürel yapısına en uygun sistem olduğu düşünülmektedir (Gültekin 2010). Pallia-Türk projesinde palyatif bakım alanında eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması; opioid erişilebilirliğinin ve kullanılabilirliğinin kolaylaştırılması amaçlanmıştır. Pallia-Türk projesiyle birlikte palyatif bakımın ilk adımı olarak T.C. Sağlık Bakanlığı "Evde Bakım Hizmeti"ni başlatmış ve yetişkin hastalara yönelik ilk "Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi", 2012 yılında S.B. Ulus Devlet Hastanesinde hizmete açılmıştır. Hastanede ülke gereksinimlerine göre farklı bir yapılanma ile hizmet sunumu oluşturulmuş ve özellikle Ankara genelindeki yoğun bakımlardan taburcu edilemeyen, yoğun bakım gereksinimi uzun sürecek olan ya da artık tümüyle palyatif bakım gerektiren hastaların kabulünü sağlayacak bir merkez olarak hizmet vermektedir. (Kabalak 2014). Dünya Palyatif Bakım Birliği 2011 verilerine göre ülkemiz 3b (Genelleştirilmiş şekilde sunulan) seviyesinde palyatif bakım vermekte ve Grup 3b ülkeleri arasında yer almaktadır (Lynch et al 2013). Günümüzde de Bayındır Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi (PBM) (2013), Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi PBM (20ytk) (2013), Diyarbakır Araştırma Hastanesi PBM (9 ytk) (2014), Muş Devlet Hastanesi PBM (4 ytk) (2014), Seferihisar Devlet Hastanesi (10 ytk) (2014) gibi palyatif bakım merkezleri açılmıştır ve her geçen gün yeni merkezler açılarak bu sayının giderek artacağı ön görülmektedir.

2.6. ÖLÜM KAVRAMI VE YAŞAM SONU BAKIMI

Ölüm, insanların yaşamında başa çıkmak zorunda kaldıkları önemli olaylardan birisi olup, yaşayan tüm organizmaların paylaştıkları evrensel ve kaçınılmaz bir gerçektir

ve bireyin psikolojik, fizyolojik anlamdaki son evresidir (İnci ve Öz 2012, Ay ve Gençtürk 2013). Ölüm sona erme ve geri dönüş olmaması nedeniyle bireylere acı vermekte ve onları derinden etkilemektedir (Bildik 2013). “Terminal” kavramı kelime anlamı olarak sürenin bitimi (son) anlamında kullanılmaktadır. Terminal evredeki bir hasta, hayatının son günlerini yaşamakta ve sonrasında da ölümle karşı karşıya kalmaktadır (Biol 2004). Yaşam sonu bakım; ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmak için semptomların özellikle ağrının hafifletilmesi veya giderilmesi; kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi, bireyin mümkün olduğunca rahat, saygıdeğer ya da itibarlı bir şekilde “iyi ölümünü” amaçlamaktadır (Çevik ve Kav 2010). Sağlık personeli ve hastaların “iyi ölüm” algılarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; hastalar iyi ölümü “uykuda, sakin ölüm, itibarlı ölüm, ağrısız olarak ve aniden ölüm” olarak tanımlarken sağlık personeli iyi ölümü “stresten uzak, yeterli semptom yönetiminin sağlanması ve ailesinin yanında olması” olarak tanımlamış ve kötü ölümü de “kontrol edilmemiş semptomlar, genç yaşta ve kabullenmeden ölme,” şeklinde ifade etmiştir (Payne, Langley-Evans, Hillier 1996). Ölüm tam anlamıyla tanımlanamayan fizyolojik bir süreç olmasının yanında ölümü yaklaşmış ya da ölmekte olan birey, kendi ölümünü yaşarken, çevresindekilere de bir takım duygular yaşatmakta, dolayısıyla ruhsal dünyalarında güçlü dalgalanmalara neden olmaktadır. Ölümün getirdiği psikolojik sorunlar ve ölüm karşısında bireylerin gösterdiği tepkiler farklılık göstermektedir (Eues 2007, Brosche 2007). Ölüm olgusu ve ölümü yaklaşan hastanın bakımı hemşirelik mesleğinde icra edilen en zor durumlardan birisi olmakla birlikte hemşireler yaşam sonu hasta bakımı ve ölüm olgusuyla sürekli karşı karşıya kalmakta ve hastalara bakım verirken karmaşık duygular içerisinde bulunabilmektedirler. Ölümü yaklaşan hastalara bakım vermek hemşireler için sıklıkla duygusal olarak acı veren, üzüntülü bir deneyim olmakta ve bakım verdikleri hastalarının ölümü karşısında korku, kaygı, suçluluk, depresyon, başarısızlık ve çaresizlik gibi duyguları yaşayabilmektedirler (Biol 2004, Demir 2010, Ay ve Gençtürk 2013). Ölmekte olan bireye ve ailesine bütüncül bakım verilmesi, ölüm karşısında hasta ve ailesinin yaklaşan ölüme ve yas sürecine hazırlanması, hastaların ölüm hakkındaki korku ve endişelerinin giderilmesi, hastaların rahatlatıcı, sakin ve güvenli bir çevrede bakım almalarını sağlamak, hemşirelerin sorumlulukları arasında

yer almaktadır. Bu açıdan yaşam sonu bakımı ve ölmekte olan hastaya bakım vermede profesyonel sağlık ekibinin temel yapıtaşı olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Eues 2007, Yılmaz 2010, Çavdar 2011). Tüm bu görevlerinin yanında ölüm olgusu ile karşı karşıya kalan hemşirelerde ölümü yaklaşan hastaya bakıma ilişkin tutumlar verilen bakımın kalitesi açısından da önem arz etmektedir. Ölüme karşı tutum ölüm deneyimine tepki olup bu tepki tehdit, korku ve rahatsızlık hissi olarak tanımlanmaktadır. Ölüm esnasında ölüme karşı tepkileri tahmin etmek veya genellemek zordur. Bunun yanında ölmekte olan hastaya verilen bakım hemşirelerin ölüme karşı tutumlarından etkilenebilmektedir. Terminal dönemde ya da ölmekte olan hastaya bakım verirken sergilenen tutumlar hemşirelerin yaşadığı kültür, din, sosyal çevre, aile yapısı, teknoloji, iletişim, eğitim ve daha önce ölümlerle karşılaştığı zamanlardaki deneyimlerine göre değişebilmektedir (Brosche 2007, Eues 2007).

Hemşirelerin ölüm kavramına ilişkin bilgi ve tutumlarının sundukları bakımı nasıl etkilediğini fark etmeleri önemlidir. Hemşireler tarafından sergilenen ölüme ilişkin olumlu tutumlar ölüm sürecinde olan hastaların ölüm hakkındaki korku ve endişelerini giderebilmekte hastalara birey olarak yaşamın son anında huzurlu ve güvenli bir ortamda saygıdeğer bir ölüm sunabilmektedir. Bakım veren hemşirelerin ölüm ve yaşama ilişkin tutumları olumlu ise sadece hastalarının fiziksel semptomlarını rahatlatmada yardımcı olmakla kalmayıp aynı zamanda aile üyelerine ölüm sonrası kayıp ve yas sürecinde destek olabilmektedirler (Frommelt 2003, Eues 2007). Bu nedenle ölüm karşısındaki tutum ve tutumu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, olumlu tutum oluşmasının sağlanması, bakımın kalitesinin artırılmasında ve sağlık profesyonellerinin de stres, tükenmişlik, anksiyete, kendini yetersiz hissetme, benlik saygısında azalma, depresyon ve sağlığında bozulma gibi sorunlar yaşamasının engellenmesinde önemli bir yol olacaktır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

İki aşamada gerçekleştirilen araştırmada birinci aşamada Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin (PBBT) geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla metodolojik model; ikinci aşamada ise hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini ve ölmekte olan hastaya bakıma ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel araştırma modeli kullanıldı.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Palyatif Bakım Bilgi Testi (PBBT) Türk toplumu için uygun, geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
- Hemşirelerin palyatif bakım puanları yüksek mi?
- Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları olumlu mu?
- Sosyo-demografik özellikler hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyi ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkiler mi?
- Palyatif bakım ve ölüm kavramına ilişkin özellikler hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyi ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkiler mi?

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Bu doğrultuda araştırmada, aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve

gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Araştırmaya başlamadan önce PBBT'ni geliştiren Yoko Nakazawa'dan izin alındıktan sonra (EK 1), çalışmanın yapıldığı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Ek 2) kurum izni alındı. Kurum izni alındıktan sonra Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı alındı (Ek 3). Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi hemşirelere, çalışmanın amacı ve yararı sözlü olarak açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka birisi tarafından incelenmeyeceği belirtildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Sakarya il merkezinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi ve Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesinde Kasım 2014 - Nisan 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, araştırma tarihleri arasında Sakarya il merkezinde Kamu Hastaneler Birliğine bağlı, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (460 hemşire), Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi'nde (156 hemşire), Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi'nde (68 hemşire) çalışan toplam 684 hemşire, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim sorunu olmayan, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olmayan 350 hemşire oluşturdu.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler Tanıtım Formu (Ek 4), Palyatif Bakım Bilgi Testi (Ek 5) ve Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Ek 6) ile toplandı.

3.5.1. Tanıtım Formu (Ek 4)

Araştırmada kullanılacak Katılımcı Tanıtım Formu güncel literatürden yararlanarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Tanıtım Formu hemşirelerin demografik özelliklerini, palyatif bakım, ve ölüm kavramı ile ilişkili soruları içeren toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Palyatif Bakım Bilgi Testi (Ek 5)

Nakazawa ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilen 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 (Ek 5 devam) 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.

3.5.3. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Ek 6)

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD), 1988 yılında Katherine H.Murray Frommelt tarafından oluşturulmuş 30 maddeli bir ölçektir. Ölçek pozitif (olumlu) ve negatif (olumsuz) tutumları içeren eşit sayıda ifadeler içermektedir. Ölçek likert tipi olup, 1-tamamen katılmıyorum ve 5-tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlamasında, toplam puan negatif

tutumları içeren maddeler (3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 26, 28, 29) tersine çevrilip pozitif yanıtlarla birlikte toplanarak elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30–150 arasında değişmekte olup yüksek puanlar daha olumlu tutumu göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2010 yılında Çevik ve Kav tarafından yapılan ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,69 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda FATCOD ölçeği Cronbach Alpha değerinin 0,77 olduğu belirlendi.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ

Veri toplama süreci PBBT'nin dil ve kültürel uyarlamasının yapılması ve hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hastaya bakıma ilişkin tutumlarını belirlenmesi olmak üzere iki aşamada gerçekleştirildi.

3.6.1. Palyatif Bakım Bilgi Testi Geçerlik ve Güvenirlik Yöntemleri

Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği, yapı geçerliği (İç Tutarlılık Analizi; madde korelasyonu ve madde ayırt edicilik, birleşme ve ayrılma geçerliliği), Cronbach Alpha, Gutman ve Spearman Brown güvenirlik katsayısı (Yarıya Bölme Yöntemi), madde analizi (madde toplam-item-total correlation, madde kalan-corrected item-total correlation ve madde ayırt edicilik indeksleri), ve test tekrar test tekniği kullanıldı.

Dil eşdeğerliği başarısı büyük ölçüde öncelikle çevirmenlerin bilgi ve becerisine bağlı olmakla birlikte sadece iki dili de iyi olarak bilmenin yanında çevirmenlerin her iki kültürü de yakından tanımaları gerekmektedir. Orijinal dildeki ölçeği hedeflenen dile çevirirken genelde “tek yönlü çeviri”, “grup çevirisi” ve “geri çeviri” yöntemleri sık kullanılan yöntemler arasında yer almaktadır. Geri çeviri yöntemi genelde dünya genelinde en çok kullanılan yöntem olup en az iki bağımsız çevirmen tarafından yapılmalıdır. Birinci çevirmen orijinal ölçeği hedef dile, ikinci çevirmen hedeflenen dile çevrilen ölçeği orijinal diline çevirmeli sonrasında dil eşdeğerliği açısından ortak bir karara varılması şeklinde ölçeğin dil uyarlaması yapılmaktadır (Aksayan ve Gözüm 2002).

Dil eşdeğerlik çalışmasının bir başka boyutu ise uyarlanan ölçeğin Türkçe ve İngilizce formlarının karşılaştırma çalışmasıdır. Dilsel eşdeğerlik çalışması, hem her bir test maddesinin Türkçe'ye çevrilme işleminde bir hata olup olmadığını hem de her test maddesinin ifade ettiği anlamı ne derece yansıttığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır (Savaşır 1994). Türkçe ve İngilizce formu her iki dili bilen gruba uygulanır elde edilen sonuçlar arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılır.

Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin Türkçeye çevrilmesi ve uyarlaması için önce, Yoko Nakazawa ile mail aracılığıyla temasa geçildi ve uyarlama için gerekli olan izin alındı (Ek 1). Bilgi testinin çevirisi için, geri çeviri yöntemi kullanıldı. Bilgi testi ilk olarak İngilizce ve Türkçeyi çok iyi bilen dört çevirmen tarafından ayrı ayrı Türkçeye çevrildi. Bu sürecin ardından, alanda uzman olan üç kişi bir araya gelerek bilgi testindeki her bir madde için eldeki çevirilerin, orijinal metne uygun olup olmadığı tekrar incelendi. Kapsam geçerliği için 10 uzmana gönderilen bilgi testinin Türkçe çevirisinin orijinal metne uygun olup olmadığını da değerlendirmeleri istendi. Gelen öneriler ve geribildirimler doğrultusunda Bilgi testinde gerekli görülen değişiklikler yapıldı ve Türkçe formuna son şekli verildi. Türkçe formun dil bilgisi ve anlatım yönünden uygun olup olmadığı Türk Dili ve Edebiyatı bölümünden iki uzman tarafından gözden geçirilerek gerekli düzenlemeler yapıldı. Bu aşamanın ardından bilgi testi tekrar İngilizce ve Türkçeyi çok iyi bilen dört kişiye gönderilerek İngilizceye çeviri işlemi gerçekleştirildi. İngilizceye çevrilen PBBT gözden geçirilerek son hali testi geliştiren Yoko Nakazawa'ya gönderilerek onayı alındı (Ek 7). Diğer bir yöntem olarak PBBT'nin Türkçe ve İngilizce formu her iki dili bilen 15 kişilik gruba uygulanıp elde edilen sonuçlar arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı ile bakıldı.

Kapsam geçerliği ölçek maddelerine ilişkin uzman görüşlerinin alınması ve bu görüşlerin çeşitli yöntemlerle değerlendirilmesi ile yapılmaktadır. Maddelerin geçerliğine ilişkin derecelendirme ikili, üçlü, dördü veya beşli likert tipte olabilmektedir (Büyüköztürk 2008). En çok kullanılan Lawshe tekniğinde İçerik

Geçerlik Oranı (İGO) kullanılmaktadır. İGO uzmanların her bir ifadeyi nasıl değerlendirdikleri dikkate alınarak yapılır (Tavşancıl 2006, Şencan 2005). Uzmanların her bir maddeye verdikleri “uygun” cevabına göre aşağıdaki formül kullanılarak İGO hesaplanmaktadır.

$$\text{İGO} = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

n_e : İfadenin “Uygun” Olduğunu Belirten Hakem Sayısı

N : Toplam Hakem Sayısı

Uygulanan formülle hesaplanan İGO -1 ila +1 arasında değişmektedir. İlk etapta negatif ve sıfır çıkan değerler ölçekten çıkarılmaktadır. Pozitif değerler hakkında karar vermek için Lawshe $p=0,05$ güven aralığında minimum İGO oranlarını belirlemiştir. Uzman sayısına göre bu oranların altında kalan maddeler ölçekten çıkarılmaktadır (Şencan 2005, Tavşancıl 2006). Kapsam geçerliği konusunda kullanılan en yaygın teknik Lawshe tekniği olmasına rağmen başka teknikler de geliştirilmiştir. Bunlardan Davis (1992) tekniği uzman görüşlerini (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” şeklinde dörtlü derecelendirme tekniğidir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilmektedir ve bu değer istatistiksel bir ölçütü karşılaştırmak yerine 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. Çalışmada PBBT’i 10 uzmana gönderildi (Ek 8) ve Davis tekniğine göre değerlendirilmesi yapıldı.

Cronbach Alpha ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle tutarlı olup olmadığını ve aynı özelliği ölçüp ölçmediğini değerlendirir. Başka bir deyişle Cronbach Alpha ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin ölçüsüdür (Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Tavşancıl 2006). Cronbach Alpha katsayısı ne kadar yüksekse ölçeğin o derece güvenilir olduğundan söz edilebilir (Tezbaşaran 1997, Şencan 2005). Cronbach Alpha katsayısının psikolojik testler için 0,70 ve üzerinde olması yeterli görülürken zeka testleri gibi bilişsel testlerde ise 0,80 ve üzerinde olması beklenir (Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Özdamar’a (2002) göre ise

ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı; $0,00 \leq \alpha < 0,40$ aralığında ölçeğin güvenilir olmadığı, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ aralığında ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ aralığında ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ aralığında ise ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu ifade edilir. Yarıya bölme yöntemi ile yapılan güvenilirlik incelemelerinde ise Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayıları kullanılır. Bu yöntemde güvenilirlik katayısının en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (Tezbaşaran 1997, Baykul 2000, Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Mevcut çalışmada Cronbach Alpha, Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayılarına bakıldı.

Madde analizi; madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağını saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılır. Madde toplam korelasyonu (Madde toplam, item-total correlation), test maddelerinin alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Başka bir deyişle Madde toplam korelasyonu, ölçekte yer alan maddelerin ölçmek istediği yapıyı temsil etme derecelerini belirlemek amacıyla, o grubu oluşturan maddelerin her birinin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının (Madde kalan, corrected item total correlation) belirlenmesi işlemidir. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterirken aynı zamanda yapı geçerliği için de kanıt olmaktadır (Şencan 2005, Tavşancıl 2006 Büyüköztürk 2008). Madde ayırt edicilik ise; ölçekten alınan toplam puanlara göre, grubun en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralandığında uç grupların (üst-grup, alt-grup) her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır. Testin toplam puanlarına göre oluşturulan alt-grup (%27'lik alt kısım) ile üst grubun (%27'lik üst kısım) madde ortalamaları arasındaki fark, bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılır. İki grup arasında anlamlı fark olması maddelerin ayırt ediciliğini gösterir. Geçerlik açısından madde ayırt ediciliğinin yüksek olması gerekmektedir. (Ergin 1995, Şencan 2005, Tavşancıl 2006

Büyüköztürk 2008). Çalışmada PBBT madde analizleri ve madde ayırt edicilik testleri yapıldı.

Ölçek geçerliğini belirlemede kullanılan diğer bir yöntem de Bileşme ve Ayrılma geçerliğidir. Birleşme geçerliği, ölçek veya test tek boyutlu ise tüm göstergeleri arasında, çok boyutlu ise ölçeğin/testin geneli ve boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesiyle ortaya konur. Boyutlar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkması gerekmektedir. Birleşme geçerliğinde kullanılan diğer bir yöntemde aynı kavramsal yapıyı ölçen benzer/paralel bir ölçek/test kullanılarak aralarındaki ilişkinin incelenmesidir. İki ölçek/test arasında anlamlı güçlü bir ilişki olması birleşme geçerliğinin olduğunu göstermektedir (Şencan 2005). Ayrılma geçerliği ise ölçek/testin farklı fakat ilgili başka bir kavramsal yapıyı ölçen bir ölçek/testle aralarındaki ilişkinin çoklu korelasyon analizi ile değerlendirilmesiyle yapılır. Analiz sonucunda iki farklı ölçeğin arasında negatif veya zayıf ilişki (korelasyon katsayıları düşükse) saptanması veya anlamlı ilişki bulunmaması Ayrılma geçerliğinin sağlandığını göstermektedir (Şencan 2005, Tavşancıl 2006) Mevcut çalışmada PBBT'ne benzer ölçek bulunamadığı için PBBT geneli ve alt boyutları arasındaki korelasyona bakılarak Birleşme geçerliğine, Palyatif bakım kavramından farklı ancak ilgili bir kavramı (ölüm kavramı) ölçen FATCOD ölçeği ile PBBT genel ve alt boyutları arasındaki korelasyona bakılarak da Ayrılma geçerliği incelendi.

Ölçek güvenilirlik çalışmasının bir başka boyutu da uygulanan ölçeğin belli bir aralıkla (2. ile 4 hafta arasında) aynı gruba uygulanması ve arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmasıdır (Gözüm ve Aksayan 2003, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). Test tekrar test korelasyon katsayısı yeni geliştirilen ölçekler için 0,70 önceden geliştirilmiş ve tekrar kullanılan ölçeklerde ise en az 0,80 olmalıdır (Tezbaşaran 1997, Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). PBBT'i 30 kişilik bir gruba üç hafta ara ile iki kere uygulandı ve aralarındaki korelasyon değerlendirildi.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin girilmesi ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapıldı. Bilgi Testinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında; dil eşdeğerliği (çeviri tekrar çeviri ve Türkçe – İngilizce formunun karşılaştırılması yöntemi kullanıldı), kapsam geçerliği, yapı geçerliği (İç Tutarlılık Analizi; madde korelasyonu ve madde ayırt edicilik, birleşme ve ayrılma geçerliliği), Cronbach Alpha (İç Tutarlılık Analizi), Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayısı (Yarıya Bölme Yöntemi), madde analizi (madde toplam-item-total correlation, madde kalan-corrected item-total correlation ve madde ayırt edicilik indeksleri), birleşme ve ayrılma geçerliği ve test tekrar test tekniği kullanıldı.

Hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyleri ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler, yüzdelik sayılar ve ortalamalar ile sunuldu; karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde iki grup ortalaması arasındaki fark Mann Whitney U testi, 3 ve daha fazla grup arasındaki fark Kruskal Wallis-H varyans analizi, iki sayısal değişken arasındaki ilişki ise Pearson's korelasyon testi ile incelendi.

4. BULGULAR

Bulgular, “PBBT’nin geçerlik ve güvenilirliği” ve “sosyo-demografik, palyatif bakım ve ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre palyatif bakım bilgi düzeyleri ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları” olmak üzere iki başlıkta sunulmuştur.

4.1. PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ’NİN DİL EŞDEĞERLİĞİ, GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Dil eşdeğerliği çalışmasında veri toplama yöntem ve sürecinde belirtilen geri çeviri (çeviri tekrar çeviri) ve uyarlanan ölçeğin Türkçe ve İngilizce formlarının karşılaştırma yöntemi kullanıldı. PBBT’nin Türkçe ve İngilizce formunun 15 kişilik gruba uygulanmasıyla elde edilen sonuçlar arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakıldı. Elde edilen sonuçlar Tablo 1’de verildi.

Tablo 1. Palyatif Bakım Bilgi Testi Genel ve Alt Boyutlar Bazında Dilsel Eşdeğerlik Sonuçları (n=15)

Türkçe Form	İngilizce Form											
	Genel Puan		Felsefe Boyutu		Ağrı Boyutu		Dispne Boyutu		Psikiyatrik Problemler Boyutu		Gastrointestinal Boyut	
	r değeri	p değeri	r değeri	P değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri
Genel Puan	,970	,000	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**
Felsefe Boyutu	**	**	,728	,002	**	**	**	**	**	**	**	**
Ağrı Boyutu	**	**	**	**	,945	,000	**	**	**	**	**	**
Dispne Boyutu	**	**	**	**	**	**	,989	,000	**	**	**	**
Psikiyatrik Problemler Boyutu	**	**	**	**	**	**	**	**	,971	,000	**	**
Gastrointestinal Boyut	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	,984	,000

Tablo 1’de Palyatif Bakım Bilgi Testi Türkçe ve İngilizce formlarının uygulama sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde; PBBT Genel ($r=0,970$ $p<0,000$), Felsefe ($r=0,728$ $p<0,000$), Ağrı ($r=0,945$, $p<0,000$), Dispne ($r=0,989$, $p<0,000$), Psikiyatrik Problemler ($r=0,971$, $p<0,000$) ve Gastrointestinal Problemler ($r=0,984$, $p<0,000$) alt boyutlarına ait Türkçe ve İngilizce formlarının uygulamaları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı güçlü ilişki olduğu belirlendi.

Kapsam geçerliği incelemesi için alanlarında uzman toplam 10 uzmana (Ek 8) gönderilen PBBT maddeleri için kapsam geçerlik indeksi hesaplandı. Sonuçlar Tablo 2’de verildi.

Tablo 2: PBBT Maddeleri İçin Kapsam Geçerlik İndeksi Sonuçları

Maddeler	(a) “Uygun”	Toplam Uzman sayısı	Kapsam Geçerlilik İndeksi
	(b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli” seçeneğini tercih eden uzman sayısı (a+b)		
Madde 1	10	10	1
Madde 2	10	10	1
Madde 3	10	10	1
Madde 4	10	10	1
Madde 5	10	10	1
Madde 6	10	10	1
Madde 7	9	10	0,9
Madde 8	10	10	1
Madde 9	10	10	1
Madde 10	10	10	1
Madde 11	10	10	1
Madde 12	10	10	1
Madde 13	10	10	1
Madde 14	10	10	1
Madde 15	10	10	1
Madde 16	10	10	1
Madde 17	10	10	1
Madde 18	10	10	1
Madde 19	10	10	1
Madde 20	10	10	1
KGI: 0,99±0,022			

Tablo 2 incelendiğinde KGİ puanı (tüm test) $0,99\pm 0,022$ olarak bulundu ve tüm maddelerin KGİ puanı 0,80 üzerinde olduğu için PBBT'den madde çıkarımına gidilmedi.

PBBT'nin Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri Tablo 3'de sunulmaktadır.

Tablo 3: Palyatif Bakım Bilgi Testi Maddelerinin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Madde No	N	Ortalama	Standart Sapma
Madde 1	350	0,56	0,496
Madde 2	350	0,64	0,478
Madde 3	350	0,80	0,396
Madde 4	350	0,15	0,358
Madde 5	350	0,12	0,332
Madde 6	350	0,11	0,322
Madde 7	350	0,04	0,215
Madde 8	350	0,46	0,499
Madde 9	350	0,21	0,408
Madde 10	350	0,13	0,341
Madde 11	350	0,07	0,257
Madde 12	350	0,31	0,464
Madde 13	350	0,22	0,416
Madde 14	350	0,43	0,496
Madde 15	350	0,62	0,486
Madde 16	350	0,21	0,410
Madde 17	350	0,19	0,393
Madde 18	350	0,28	0,449
Madde 19	350	0,30	0,458
Madde 20	350	0,43	0,496
GenTop	350	6,35	3,31

Tablo 3 incelendiğinde hemşirelerin PBBT'nin maddelerine ait puanlarının aritmetik ortalamaları ve standart sapma değerlerinin $0,04\pm 0,21$ ile $0,80\pm 0,39$ arasında değiştiği görülmektedir. PBBT bütünü değerlendirildiğinde de ölçeğin aritmetik ortalamalarının ortalamasının 6,35; standart sapmalarının ortalamasının ise 3,31 olduğu belirlendi (Tablo 3).

PBBT 20 soru ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Elde edilen veriler ışığı altında PBBT bütününe ve beş alt boyutuna ilişkin iç tutarlık katsayıları hesaplandı elde edilen sonuçlar Tablo 4 ve Tablo 5’de verildi.

Tablo 4: PBBT’nin Bütününe İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları

Katsayılar	n	r değeri
Cronbach α	350	0,91
Spearman-Brown	350	0,83
Guttman	350	0,86

Tablo 4 incelendiğinde PBBT iç tutarlık güvenilirliğini belirlemek (testin bütünü) üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=0,91$ olarak hesaplandı. Cronbach Alpha katsayısının belirlenmesine ek olarak maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen güvenilirlik (split-half reliability) katsayıları Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) $S_b=0,83$ ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise $G=0,86$ olarak saptandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1=0,82$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=0,81$ olarak bulundu.

Tablo 5: PBBT Tüm Alt Boyutlarına İlişkin İç Tutarlılık Katsayıları Sonuçları

PBBT Alt Boyutları	Güvenilirlik Katsayıları	r	p
Felsefe Boyutu	<i>Cronbach Alfa</i>	0,70	$p<0,05$
	<i>Spearman-Brown</i>	0,70	$p<0,05$
	<i>Guttman</i>	0,70	$p<0,05$
Ağrı Boyutu	<i>Cronbach Alfa</i>	0,77	$p<0,05$
	<i>Spearman-Brown</i>	0,78	$p<0,05$
	<i>Guttman</i>	0,76	$p<0,05$
Dispne Boyutu	<i>Cronbach Alfa</i>	0,72	$p<0,05$
	<i>Spearman-Brown</i>	0,74	$p<0,05$
	<i>Guttman</i>	0,71	$p<0,05$
Psikiyatrik Problemler Boyutu	<i>Cronbach Alfa</i>	0,65	$p<0,05$
	<i>Spearman-Brown</i>	0,67	$p<0,05$
	<i>Guttman</i>	0,64	$p<0,05$
Gastrointestinal	<i>Cronbach Alfa</i>	0,75	$p<0,05$
Problemler Boyutu	<i>Spearman-Brown</i>	0,75	$p<0,05$
	<i>Guttman</i>	0,75	$p<0,05$

Tablo 5 incelendiğinde Felsefe Alt boyutunun iç tutarlık güvenilirliğini belirlemek üzere yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri $\alpha=0,70$, maddelerin iki eşdeğer yarıya bölünmesi ile elde edilen güvenilirlik (split-half reliability) katsayıları Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) $S=0,70$ ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise $G=0,70$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= 0,70$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=0,68$ olarak bulundu. PBBT Ağrı alt boyutunun Cronbach Alpha değeri $\alpha=0,77$, Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) $S=0,78$ ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise $G=0,76$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= 0,77$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=0,75$ olarak bulundu. PBBT Dispne alt boyutunun iç tutarlık güvenilirliği Cronbach Alpha değeri $\alpha=0,72$, Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) $S=0,74$ ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise $G=0,71$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= 0,68$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2= 0,59$ olarak bulundu. PBBT Psikiyatrik Problemler alt boyutunun iç tutarlık güvenilirliği Cronbach Alpha değeri $\alpha=0,65$, Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) $S=0,67$ ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise $G=0,64$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= 0,43$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=0,54$ olarak bulundu. PBBT Gastrointestinal Problemler alt boyutunun iç tutarlık güvenilirliğini Cronbach Alpha değeri $\alpha=0,75$, Spearman değeri (Equal-length Spearman-Brown) $S=0,75$ ve Guttman değeri (Guttman split-half) ise $G=0,75$ olarak hesaplandı. Spearman ve Guttman değerlerinin hesaplanması sürecinde oluşturulan iki yarımdan elde edilen ilk grup için alpha katsayısı $\alpha_1= 0,78$; ikinci grup için alpha katsayısı ise $\alpha_2=0,67$ olarak bulundu.

Palyatif Bakım bilgi Testi'nin tümü ve alt boyutlarının iç tutarlığını hesaplamak için ayrıca; madde toplam, madde kalan ve madde ayırt edicilik analizleri yapıldı ve analiz sonuçları Tablo 6 ve Tablo 7'de verildi.

Tablo 6’da görüldüğü madde toplam ve madde kalan korelasyonları için gerçekleştirilen Pearson çarpım moment korelasyon analizi sonucunda PBBT genel boyutunda yer alan maddeler için madde-toplam korelasyonlarının 0,450 ile 0,756 arasında; madde-kalan korelasyon katsayılarının ise 0,394 ile 0,709 arasında değiştiği ve ölçeğin bütününe ilişkin madde-toplam, madde-kalan ve madde ayırt edicilik özelliklerinin istatistiksel olarak $p < 0,000$ düzeyinde anlamlı olduğu bulundu. Dolayısı ile tüm maddelerin ölçekte kalmasına karar verildi.

Tablo 6: PBBT İçin Madde Analizi (Madde Toplam, Madde Kalan, Ayırt-Edicilik) Sonuçları

Madde No	n	Madde Kalan		Madde Toplam		Madde Ayırt Edicilik		
		r değeri	p değeri	r değeri	p değeri	t değeri	Sd	p değeri
Madde 1		0,486	0,000	0,536	0,000	9,65	188	0,000
Madde 2		0,468	0,000	0,514	0,008	7,70	188	0,000
Madde 3		0,426	0,000	0,485	0,003	6,96	188	0,000
Madde 4		0,477	0,000	0,538	0,000	12,67	188	0,000
Madde 5		0,410	0,000	0,470	0,000	10,60	188	0,000
Madde 6		0,394	0,000	0,450	0,000	8,93	188	0,000
Madde 7		0,709	0,000	0,756	0,000	34,09	188	0,000
Madde 8		0,669	0,000	0,720	0,000	32,20	188	0,000
Madde 9		0,568	0,000	0,618	0,000	14,73	188	0,000
Madde 10		0,613	0,000	0,670	0,000	22,54	188	0,000
Madde 11		0,662	0,000	0,707	0,009	13,82	188	0,000
Madde 12		0,544	0,000	0,608	0,945	18,02	188	0,000
Madde 13		0,473	0,000	0,529	0,006	10,55	188	0,000
Madde 14		0,556	0,000	0,622	0,000	18,25	188	0,000
Madde 15		0,550	0,000	0,607	0,000	10,48	188	0,000
Madde 16		0,557	0,000	0,615	0,000	15,92	188	0,000
Madde 17		0,548	0,000	0,610	0,000	16,15	188	0,000
Madde 18		0,538	0,000	0,596	0,000	13,52	188	0,000
Madde 19		0,608	0,000	0,661	0,000	20,87	188	0,000
Madde 20		0,557	0,000	0,618	0,000	15,04	188	0,000

Tablo 7: PBBT Alt Boyutlarına İlişkin Madde Analizi (Madde Toplam, Madde Kalan) Sonuçları

	Madde No	Madde Kalan		Madde Toplam		Madde Ayırt edicilik		
		r	p	r	p	t	Sd	p
Felsefe Boyutu	M.01	0,539	0,000	0,891	0,000	24,84	188	0,000
	M.02	0,539	0,000	0,863	0,000	16,95	188	0,000
	M.03	0,257	0,042	0,457	0,000	7,19	188	0,000
Ağrı Boyutu	M.04	0,532	0,000	0,692	0,000	19,95	188	0,000
	M.05	0,534	0,000	0,681	0,000	14,61	188	0,000
	M.06	0,461	0,000	0,611	0,000	10,52	188	0,000
	M.07	0,677	0,000	0,818	0,000	47,40	188	0,000
	M.08	0,657	0,000	0,803	0,000	40,69	188	0,000
	M.09	0,550	0,000	0,741	0,000	18,73	188	0,000
Dispne Boyutu	M.10	0,512	0,000	0,757	0,000	32,73	188	0,000
	M.11	0,529	0,000	0,743	0,000	15,88	188	0,004
	M.12	0,451	0,000	0,715	0,000	34,67	188	0,000
	M.13	0,377	0,000	0,625	0,000	13,25	188	0,000
Psikiyatrik Problemler Boyutu	M.14	0,439	0,000	0,740	0,000	35,76	188	0,000
	M.15	0,432	0,000	0,692	0,000	14,52	188	0,000
	M.16	0,473	0,000	0,729	0,000	26,87	188	0,000
	M.17	0,508	0,000	0,737	0,000	22,50	188	0,000
Gastrointestinal Problemler Boyutu	M.18	0,541	0,000	0,745	0,000	19,27	188	0,000
	M.19	0,524	0,000	0,740	0,000	32,53	188	0,000
	M.20	0,614	0,000	0,804	0,000	31,15	188	0,000

Tablo 7’de görüldüğü üzere, madde toplam ve madde kalan korelasyonları için gerçekleştirilen Pearson çarpım moment korelasyon analizi sonucunda PBBT

“Felsefe” alt boyutunda yer alan maddeler için madde-toplam korelasyonları 0,891 ile 0,863 arasında, madde-kalan korelasyon katsayıları 0,539; madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerleri 16,95 ile 24,84 arasında; PBBT “Ağrı ” alt boyutundaki maddelerin madde-toplam korelasyonları ise 0,457 ile 0,818; madde-kalan korelasyon katsayıları 0,257 ile 0,677 arasında, madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerleri ise 7,19 ile 47,40 arasında; PBBT’nin “Dispne” alt boyutu madde-toplam korelasyonlarının 0,715 ile 0,757 arasında; madde-kalan korelasyon katsayılarının 0,451 ile 0,550 arasında; madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin de 15,88 ile 34,67 arasında değiştiği görüldü. “Psikiyatrik Problemler” alt boyut maddelerinin madde-toplam korelasyonları 0,625 ile 0,740 arasında; madde-kalan korelasyon katsayılarının 0,377 ile 0,473 arasında, madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin de 13,25 ile 35,76 arasında; PBBT’nin “Gastrointestinal Problemler” alt boyutu madde-toplam korelasyonlarının ise 0,737 ile 0,804 arasında; madde-kalan korelasyon katsayılarının 0,508 ile 0,614 arasında; madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren t-değerlerinin de 19,27 ile 32,53 arasında değiştiği belirlendi. Bu sonuçlara göre PBBT’nin alt boyutlarında yer alan maddelerin tamamı istatistiksel açıdan 0,001 düzeyinde anlamlı bulundu ve maddelerin alt boyutlarda kalmalarına karar verildi. Bu bulgudan yola çıkarak PBBT’nin alt boyutlarında yer alan maddelerin güvenilirliklerinin yüksek ve aynı amacı ölçmeye yönelik, geçerli maddeler oldukları söylenebilir.

PBBT ‘nin güvenilirlik incelemesi için kullanılan Test Tekrar test yöntemine ilişkin sonuçlar Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8’de PBBT’nin birinci ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde; PBBT Genel ($r=0,981$ $p<0,000$), Felsefe ($r=0,984$ $p<0,000$), Ağrı ($r=0,940$, $p<0,000$), Dispne ($r=0,736$, $p<0,000$), Psikiyatrik Problemler ($r=0,933$, $p<0,000$) ve Gastrointestinal Problemler boyutu ($r=0,988$, $p<0,000$) puanları açısından PBBT birinci ve ikinci uygulamaları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı güçlü bir ilişki olduğu saptandı. Bu sonuç; ölçeğin zaman karşısında etkilenmediğini zaman geçse bile hep aynı şeyi ölçtüğünü göstermektedir.

Tablo 8: Palyatif Bakım Bilgi Testi Bütünü ve Alt Boyutlar Bazında Test-Tekrar-Test Sonuçları (n=30)

İkinci Uygulama													
Birinci Uygulama	Genel Puan		Felsefe Boyutu		Ağrı Boyutu		Dispne Boyutu		Psikiyatrik Problemler Boyutu		Gastrointestinal Problemler Boyutu		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	
Genel Puan	0,981 0,000		**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	
Felsefe Boyutu	**	**	0,984 0,000		**	**	**	**	**	**	**	**	
Ağrı Boyutu	**	**	**	**	0,940 0,000		**	**	**	**	**	**	
Dispne Boyutu	**	**	**	**	**	**	0,736 0,000		**	**	**	**	
Psikiyatrik Problemler Boyutu	**	**	**	**	**	**	**	**	0,933 0,000		**	**	
Gastrointestinal Boyut	**	**	**	**	**	**	**	**	**	**	0,988 0,000		

Birleşme geçerliğinin belirlenmesinde, PBBT geneli ve alt boyutları arasında; ayrılma geçerliğinin belirlenmesinde ise, FATCOD ile PBBT geneli ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson Çarpım Moment korelasyon analizi ile değerlendirildi ve elde edilen sonuçlar Tablo 9’da verildi.

Tablo 9’da görüldü gibi PBBT ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek üzere yapılan Pearson Çarpım Moment korelasyon analizi

sonucunda genel puan ve tüm alt boyutlar arasında istatistiksel açıdan $p<0,000$ düzeyinde anlamlı pozitif doğrusal güçlü bir ilişki olduğu saptandı. FATCOD ile PBBT Geneli ve Felsefe alt boyut puanları ($r=-0,201/p=0,000$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulunurken; PBBT Ağrı, Dispne, Psikiyatrik Problemler ve Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda PBBT'nin birleşme ve ayrılma geçerliği olduğu söylenebilir.

Tablo 9: FATCOD, PBBT Genel ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlara Ait Sonuçlar

	ÖLÇEK VE ALT BOYUTLAR				ÖLÇEK VE BOYUTLARI							
	PBBT Genel Puan		PBBT Felsefe Boyutu		PBBT Ağrı Boyutu		PBBT Dispne Boyutu		PBBT Psikiyatrik Problemler Boyutu		PBBT Gastrointestinal Problemler Boyutu	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
PBBT Genel Puan	**	**	0,599	0,000	0,850	0,000	0,881	0,000	0,851	0,000	0,821	0,000
PBBT Felsefe Boyutu	0,599	0,000	**	**	0,464	0,000	0,461	0,000	0,443	0,000	0,408	0,000
PBBT Ağrı Boyutu	0,850	0,000	0,464	0,000	**	**	0,678	0,000	0,606	0,000	0,539	0,000
PBBT Dispne Boyutu	0,881	0,000	0,461	0,000	0,678	0,000	**	**	0,711	0,000	0,660	0,000
PBBT Psikiyatrik Problemler Boyutu	0,851	0,000	0,443	0,000	0,606	0,000	0,711	0,000	**	**	0,666	0,000
PBBT Gastrointestinal Boyut	0,821	0,000	0,408	0,000	0,539	0,000	0,660	0,000	0,666	0,000	**	**
FATCOD	-0,128	0,017	-0,201	0,000	-0,076	0,153	-0,070	0,191	-0,050	0,353	-0,099	0,064

4.2. HEMŞİRELERİN PALYATİF BAKIM BİLGİ DÜZEYLERİ VE ÖLMEKTE OLAN HASTAYA BAKIMA İLİŞKİN TUTUMLARINI BELİRLENMESİ

Bu bölümde hemşirelerin Sosyo-demografik, palyatif bakım ve ölmekte olan hasta bakımı kavramına ilişkin özelliklerine, palyatif bakım bilgi düzeyleri ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarına ve bunları etkileyen faktörlerin analizlerine yer verildi.

4.2.1.Sosyo-Demografik Özellikler, Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özellikler

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 10’de verildi.

Tablo 10: Araştırmaya Katılan Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Ait Frekans ve Yüzde Sonuçları (n=350)

Özellikler	f	%
Yaşınız		
25 yıl ve altı	101	28,9
26 – 34 yıl arası	113	32,3
35 – 44 yıl arası	117	33,4
45 yıl ve üstü	19	5,4
Cinsiyet		
Kadın	295	84,3
Erkek	55	15,7
Medeni Haliniz		
Evli	213	60,9
Bekar	137	39,1
Eğitim Durumu		
SML	79	22,6
Ön lisans	91	26,0
Lisans/Yüksek Lisans	180	51,4
Çalıştığınız Birim		
Dahili Birimler	220	62,9
Cerrahi Birimler	130	37,1
Meslekte Çalışma Süreniz		
1-5 yıl arası	125	35,7
6-10 yıl arası	76	21,7
11-15 yıl arası	55	15,7
16 yıl ve üstü	94	26,9

Tablo 10’da görüldüğü gibi %33,4’ü 35-44 yaş grubunda olan hemşirelerin çoğunluğu kadın (%84,3), yarısından fazlası evli (%60,9), lisans ve üzeri mezunu (%51,4) ve dahili birimlerde çalışmaktadır (%62,9). Katılımcıların meslekte çalışma sürelerine bakıldığında; 1-5 yıl arasında çalışan grubun büyük çoğunluğu (%35,7) oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 11. Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özellikler (N=350)

Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özellikler		n	%
Palyatif Bakıma İlişkin Bilgi Durumu	Evet	202	57,7
	Hayır	148	42,3
Bilgi Edinme Şekli*	Lisans Eğitimi	104	29,7
	Hizmetiçi Eğitim	51	14,6
	Kitap ve Dergi	27	7,7
	Kongre/Sempozyum/Seminer	19	5,4
	İnternet	62	17,7
	Diğer	20	5,7
Palyatif Bakıma İlişkin İfadeler	PB Sadece Kanser Hastalarına verilir.		
	Evet	99	28,3
PB Yaşam Süresini Uzatmak İçin Uygulanan Bir Tedavidir	Hayır	251	71,7
	Evet	139	39,7
PB Sadece Terminal Dönemdeki Hastalara Uygulanır	Hayır	211	60,3
	Evet	202	57,7
PB’da Sadece Ağrı Kontrolü Yapılır.	Hayır	148	42,3
	Evet	121	34,6
Çalışırken Ölüm Olgusuyla Karşılaşma	Hayır	229	65,4
	Evet	282	80,6
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu	Hayır	68	19,4
	Evet	219	62,6
Ölmekte Olan Hastaya Fiziksel Bakım Vermede/Dokunmada Zorlanma Durumu	Hayır	131	37,4
	Evet	287	82,0
Yakın Çevresinde Ölüm Olgusuyla Karşılaşma	Hayır	63	18,0
	Evet	287	82,0
Terminal Dönemde/Ölmekte Olan Yakını Olma Durumu	Hayır	63	18,0
	Evet	287	82,0
	Hayır	174	49,7
	Evet	176	50,3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelerin yarısından fazlasının (%57,7) palyatif bakım hakkında bilgisi olduğu, bu bilgiyi en sık lisans eğitimi (%29,7) ve internetten (%17,7) edindikleri görülmektedir. Palyatif bakıma ilişkin ifadelere verdikleri yanıtlar incelendiğinde en yüksek yanlış cevap oranı (%57,7) “PB sadece Terminal Dönemdeki Hastalara Uygulanır.” ifadesidir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun çalışırken ölmekte olan hastaya bakım verdiği (%62,6) ve ölüm olgusuyla karşılaştığı (%80,6) saptandı. %82’si ölmekte olan hastaya fiziksel bakım verirken zorlanmadığını ifade etti. Hemşirelerin %49,9’unun daha önce terminal dönemde yakını olduğu, büyük çoğunluğunun (%82,0) ise yakın çevrelerinde ölüm olgusuyla karşılaştığı belirlendi (Tablo 11). Hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verirken en çok keder/üzüntü (%93,4) duygusu yaşadıkları, ölüm olgusuyla ilk karşılaştıklarında ise ölümü doğal karşıladıkları (%32,3) belirlendi (Tabloda verilmemiştir).

4.2.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik/Palyatif Bakım ve Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özelliklerine Göre Palyatif Bakım Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları

Hemşirelerin sosyo-demografik/palyatif bakım ve ölmekte olan hasta bakımı kavramına ilişkin özelliklerine göre palyatif bakım bilgi düzeyleri ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları arasında yapılacak istatistiksel analizlerine geçilmeden önce araştırmada kullanılan PBBT geneli, alt boyutları ve FATCOD ölçeğinden elde edilen puanların normal dağılım özelliği sergileyip sergilememe durumu değerlendirildi. Normal dağılıma uygun olup olmadığı “Kolmogorov-Smirnov Testi” kullanılarak değerlendirildi.

Palyatif Bakım Bilgi Testi Genel ve alt boyutların ve Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği puanlarının normal dağılım özelliği sergilemedikleri bulundu. Bu sonuçlara göre verilerin analizinde non-prametrik testler kullanıldı.

Tablo 12 : Hemşirelerin Palyatif Bakım Genel ve Alt Boyutlarına ve Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeğine İlişkin Normalite Testi Sonuçları (n=350)

Ölçekler ve Alt Boyutları	z Değeri	Sd Değeri	p Değeri
Palyatif Bakım Genel	0,103	350	0,000
Felsefe Alt Boyutu	0,300	350	0,000
Ağrı Alt Boyutu	0,207	350	0,000
Dispne Alt Boyut	0,308	350	0,000
Psikiyatrik Problemler Alt Boyutu	0,198	350	0,000
Gastrointestinal Problemler	0,200	350	0,000
Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği	0,059	350	0,006

Hemşirelerin PBBT geneli ile alt boyutları ve FATCOD'tan aldıkları puanlar Tablo 13'de verildi.

Tablo 13: Hemşirelerin Palyatif Bakım Genel ve Alt Boyutlarına ve Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı (n=350)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort±SS	Min-Max Puan
Palyatif Bakım Genel	6,35±3,31	0-14
Felsefe Alt Boyutu	1,21±0,82	0-2
Ağrı Alt Boyutu	1,70±1,09	0-5
Dispne Alt Boyut	0,73±0,88	0-4
Psikiyatrik Problemler Alt Boyutu	1,49±1,01	0-4
Gastrointestinal Problemler	1,20±0,98	0-4
Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği	77,98±8,81	54-100

Tablo 13’de Hemşirelerin PBBT’den aldıkları puanlar 0-14 arasında değişmekte olup PBBT ortalama puanı $6,35\pm 3,31$; Felsefe Alt Boyutu puan ortalaması $1,21\pm 0,82$, Ağrı Alt Boyutu puan ortalaması $1,70\pm 1,09$, Dispne Alt Boyut puan ortalaması $0,73\pm 0,88$, Psikiyatrik Problemler Alt Boyutu puan ortalaması $1,49\pm 1,01$, Gastrointestinal Problemler Alt Boyutu puan ortalaması $1,20\pm 0,98$ ’dir. Hemşirelerin FATCOD’dan aldıkları puanlar 54-100 arasında değişmekte olup, FATCOD puan ortalaması ise $77,98\pm 8,81$ ’dir.

4.2.2.1 Sosyo-demografik özelliklere göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ve palyatif bakım bilgi düzeyi

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ve palyatif bakım bilgi düzeyleri Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H testi kullanılarak karşılaştırılmıştır (Tablo 14).

Cinsiyetler arasında FATCOD, PBBT geneli ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Hemşirelerin medeni durum ile FATCOD ve PBBT Psikiyatrik Problemler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$). PBBT geneli, Felsefe, Dispne ($p<0,05$) ve Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu. Bekâr hemşirelerin evlilere göre PBBT Genel ($p<0,01$), Felsefe ($p<0,05$), Dispne ($p<0,05$) ve Gastrointestinal Problemler ($p<0,01$) alt puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü.

Çalışılan yer değişkeni ile PBBT Genel ($p<0,001$), Felsefe ($p<0,01$), Ağrı ($p<0,01$) ve Psikiyatrik Problemler ($p<0,001$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Diğer değişkenler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu sonuca göre dahili birimlerde çalışanların palyatif bakım ile ilgili Genel, Felsefe, Ağrı ve Psikiyatrik Problemler konusundaki bilgilerinin cerrahi birimlerde çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 14).

Tablo 14: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=350)

Özellikler	FATCOD (Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği)	PBBT (Palyatif Bakım Ölçeği)	Felsefe	Ağrı	Dispne	Psikiyatrik Problemler	Gastrointestinal Problemler
Cinsiyet							
<i>Kadın (295)</i>	171,62	174,29	174,98	174,00	174,42	173,89	174,45
<i>Erkek (55)</i>	196,31	181,99	178,27	183,55	170,59	184,14	181,15
	z=-1,66 p=0,096	z=-0,521 p=0,603	z=-0,239 p=0,811	z=-0,669 p=0,504	z=-0,428 p=0,669	z=-,717 p=0,474	z=-0,473 p=0,637
Medeni Durum							
<i>Evli (213)</i>	173,22	162,03	164,44	169,10	165,31	167,90	163,46
<i>Bekar (137)</i>	179,05	196,45	189,59	185,46	191,34	187,31	194,22
	z=-0,526 p=0,599	z=-3,12 p=0,002**	z=-2,25 p=0,024*	z=-1,53 p=,125	z=-2,56 p=0,010*	z=-1,82 p=0,069	z=-2,90 p=0,004**
Çalıştığınız Birim							
<i>Dahili Birimler (220)</i>	177,93	191,45	186,44	186,86	180,80	197,35	182,60
<i>Cerrahi Birimler(130)</i>	171,38	148,50	156,98	156,28	166,52	138,52	163,48
	z=-0,585 p=0,558	z=-3,85 p=0,000***	z=-2,84 p=0,004**	z=-2,84 p=0,004**	z=-1,39 p=0,163	z=-5,46 p=0,000***	z=-1,78 p=0,074

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 14: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=350) (devam)

Özellikler	FATCOD (Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği)	PBBT					
		PBBT Genel	Felsefe	Ağrı	Dispne	Psikiyatrik Problemler	Gastrointestinal Problemler
Yaşınız							
a-25 yıl ve altı	183,27	198,83	183,67	188,45	195,86	190,31	199,17
b-26 – 34 yıl arası	168,15	174,34	181,32	174,41	170,21	172,66	177,27
c-35 – 44 yıl arası	169,12	164,96	172,38	172,31	167,06	172,27	158,70
d-45 yıl ve üstü	217,24	123,29	116,68	132,79	150,74	133,53	142,61
	$x^2=4,89$	$x^2= 11,8$	$x^2= 8,81$	$x^2= 5,59$	$x^2= 7,57$	$x^2= 6,06$	$x^2= 11,8$
	$p=,179$	$p=0,008^{**}$	$p=0,032^*$	$p=0,133$	$p=0,056$	$p=0,107$	$p=0,008^{**}$
Anlamlı Fark Durumu	--	a-d	a-d b-d	--	--	--	a-c
Eğitim durumunuz							
a-SML (79)	187,53	203,79	174,52	197,56	200,62	204,28	190,09
b-Ön lisans (91)	178,74	158,36	166,27	153,21	161,57	166,81	164,77
c-Lisans/Yükseklisans (180)	168,58	171,75	180,60	177,09	171,52	167,26	174,52
	$x^2= 2,05$	$x^2= 9,11$	$x^2= 1,42$	$x^2= 8,88$	$x^2= 8,20$	$x^2= 8,92$	$x^2= 2,94$
	$p=0,358$	$p=0,010^*$	$p=0,491$	$p=0,012^*$	$p=0,017^*$	$p=0,012^*$	$p=0,230$
Anlamlı Fark Durumu	--	a-b	--	a-b	a-b a-c	a-b a-c	--
Meslekte çalışma süreniz							
a-1-5 yıl arası (125)	174,36	199,70	188,58	188,71	194,90	190,09	197,09
b-6-10 yıl arası (76)	167,32	175,71	187,44	181,98	159,83	170,40	183,23
c-11-15 yıl arası (55)	194,48	164,85	168,82	165,68	185,36	162,75	163,25
d-16 yıl ve üstü (94)	172,53	149,37	152,36	158,44	156,60	167,68	147,71
	$x^2= 2,53$	$x^2= 14,1$	$x^2= 9,67$	$x^2= 6,09$	$x^2= 12,2$	$x^2= 4,56$	$x^2= 15,3$
	$p=0,469$	$p=0,003^{**}$	$p=0,022^*$	$p=0,107$	$p=0,007^{**}$	$p=0,207$	$p=0,002^{**}$
Anlamlı Fark Durumu	--	a-d	a-d	--	a-d	--	a-d

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Hemşirelerin yaş değişkeni ile PBBT Genel ($p<0,01$), Felsefe ($p<0,01$), Gastrointestinal Problemler ($p<0,01$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken; Ağrı, Dispne, Psikiyatrik Problemler alt boyutları ve FATCOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Gruplar arasında gözlenen anlamlı farkların hangi gruplar arasındaki anlamlı farklara bağlı olarak ortaya çıktığını test etmek için Mann Whitney U Testi tekniği kullanıldı (Tablo 14 devam). Bu sonuca göre 25 yaş ve altı yaş grubuna giren hemşirelerin PBBT genel puanlarının, 45 yaş ve üstü yaş grubuna giren hemşirelerden daha yüksek olduğu görüldü. Yine bu sonuca göre 25 yaş ve altı yaş grubu ve 26-34 yaş grubuna giren hemşirelerin palyatif bakım ölçeği felsefe alt boyut puanları, 45 yaş ve üstü yaş grubuna giren hemşirelerin palyatif bakım ölçeği felsefe alt boyut puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Gastrointestinal Problemler alt boyutunda ise 25 yaş ve altı yaş grubuna giren hemşirelerin puanları, 35-44 yaş arası grubuna giren hemşirelerin palyatif bakım ölçeği Gastrointestinal Problemler alt boyut puanlarından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 14 devam).

Tablo 14'de görüldüğü gibi eğitim değişkeni ile PBBT Felsefe, Gastrointestinal Problemler alt boyutları ve FATCOD puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$); ancak PBBT Genel, Ağrı, Dispne ve Psikiyatrik Problemler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Gruplar arasında gözlenen anlamlı farkların hangi gruplar arasındaki anlamlı farklara bağlı olarak ortaya çıktığını test etmek için yapılan Mann Whitney U Testi sonucuna göre SML'den mezun olan hemşirelerin PBBT genel puanları, ağrı alt boyut puanları Önlisans mezunu olan hemşirelerin PBBT genel puanlarından daha yüksek olduğu görüldü. Dispne ve Psikiyatrik Problemler alt boyutlarında ise SML mezunlarının Önlisans ve Lisans mezunu olan hemşirelere göre puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi.

Meslekte çalışma süresi incelendiğinde PBBT Genel, Felsefe, Dispne, Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,01$), diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

İstatistiksel olarak anlamlı farkı ortaya çıkaran grubu belirlemek için yapılan ileri analiz sonucuna göre 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin PBBT Genel Felsefe, Dispne ve Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları, meslekte 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 14 devam).

4.2.2.2 Palyatif bakım ile ölmekte olan hasta bakımı kavramına ilişkin özelliklere göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ve palyatif bakım bilgi düzeyi

Hemşirelerin palyatif bakım ile ölmekte olan hasta bakımı kavramına göre ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutum ve palyatif bakım bilgi düzeyleri Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edildi (Tablo 15).

Tablo 15’ de görüldüğü gibi çalıştığı birimde ölümle karşılaşanların palyatif bakım ile ilgili Genel, Ağrı ve Dispne alt boyut puanlarının, ölümle karşılaşmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek olduğu ($p<0,05$); ancak Felsefe, Psikiyatrik Problemler, Gastrointestinal Problemler alt boyutları ve FATCOD puanlarının farklı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Ölmekte olan hastaya bakım verenlerin PBBT Genel ($p<0,001$), Felsefe ($p<0,001$), Ağrı ($p<0,01$), Psikiyatrik Problemler ($p<0,001$) ve Gastrointestinal Problemler ($p<0,01$) alt boyut puanlarının ölmekte olan hastaya bakım vermeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptandı.

“Yakın Çevresinde Ölüm Olgusuyla Karşılaşma Durumu” değişkeni ile PBBT Genel ($p<0,01$), Ağrı, Dispne ve Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 15).

“Terminal Dönemde/Ölmekte Olan Yakını Olma Durumu” değişkeni ile Dispne alt boyutu ($p<0,05$), dışında PBBT geneli, diğer alt boyutları ve FATCOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Terminal dönemde yakını olan hemşirelerin PBBT Dispne alt boyut puanlarının terminal dönemde yakını olmayanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$), (Tablo 15).

Tablo 15. Palyatif Bakım ile Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özelliklere Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=350)

Özellikler	FATCOD	PBBT	Felsefe	Ağrı	Dispne	Psikiyatrik Problemler	Gastrointestinal Problemler
Çalışırken Ölüm Olgusuyla Karşılaşma							
<i>Evet</i>	179,26	180,86	177,66	181,24	180,52	177,19	179,41
<i>Hayır</i>	159,89	153,27	166,53	151,71	154,68	168,49	159,30
	z=-1,41	z=-2,02	z=-,879	z=-2,24	z=-2,06	z=-,662	z=-1,54
	p=0,156	p=0,043*	p=0,379	p=0,025*	p=0,039*	p=0,508	p=0,124
Ölmekte Olan Hastaya Bakım Verme Durumu							
<i>Evet</i>	169,60	192,42	192,84	187,73	181,10	191,70	185,30
<i>Hayır</i>	185,36	147,21	146,51	155,06	166,15	148,42	159,11
	z=-1,41	z=-4,06	z=-4,47	z=-3,04	z=-1,46	z=-4,02	z=-2,45
	p=0,158	p=0,000*	p=0,000*	p=0,002*	p=0,144	p=0,000***	p=0,014*
		**	**	*			
Yakın Çevresinde Ölüm Olgusuyla Karşılaşma							
<i>Evet</i>	173,26	182,36	176,91	181,24	180,35	179,36	181,69
<i>Hayır</i>	185,72	144,26	169,07	149,36	153,42	157,94	147,31
	z=-,886	z=-2,71	z=-,601	z=-2,35	z=-2,08	z=-1,58	z=-2,55
	p=0,376	p=0,007*	p=0,548	p=0,018*	p=0,037*	p=0,114	p=0,011*
		*					
Terminal Dönemde/Ölmekte Olan Yakını Olma Durumu							
<i>Evet (174)</i>	174,28	185,92	185,36	180,48	186,46	180,26	180,23
<i>Hayır (176)</i>	176,70	165,20	165,76	170,58	164,66	170,80	170,82
	z=-,224	z=-1,92	z=-1,95	z=-1,95	z=-2,20	z=-,909	z=-,910
	p=0,823	p=0,054	p=0,050	p=0,050	p=0,028*	p=0,363	p=0,363

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 15. Palyatif Bakım ile Ölmekte Olan Hasta Bakımı Kavramına İlişkin Özelliklere Göre Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum ve Palyatif Bakım Bilgi Düzeyi (N=350) (devam)

Özellikler	FATCOD (Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği)	PBBT (Palyatif Bakım Ölçeği)	Felsefe	Ağrı	Dispne	Psikiyatrik Problemler	Gastrointestinal Problemler
Palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmettir.							
<i>Evet</i>	207,39	149,23	139,09	151,20	157,55	162,37	162,72
<i>Hayır</i>	162,92	185,86	189,86	185,09	182,58	180,68	180,54
	z=-3,70 p=0,000***	z=-3,06 p=0,002**	z=-4,56 p=0,000***	z=-2,93 p=0,003**	z=-2,27 p=0,023*	z=-1,58 p=0,113	z=-1,55 p=0,120
Palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şeklidir.							
<i>Evet</i>	191,58	174,28	176,71	166,30	174,15	184,13	177,42
<i>Hayır</i>	164,91	176,31	174,71	181,56	176,39	169,81	174,23
	z=-2,41 p=0,016*	z=-,184 p=0,854	z=-,195 p=0,845	z=-1,43 p=0,151	z=-,222 p=0,825	z=-1,34 p=0,178	z=-,302 p=0,763
Palyatif bakım sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanır.							
<i>Evet</i>	179,17	165,23	166,33	163,54	169,97	169,63	171,44
<i>Hayır</i>	170,49	189,51	188,02	191,82	183,05	183,51	181,04
	z=-,794 p=0,427	z=-2,22 p=0,026*	z=-2,13 p=0,032*	z=-2,68 p=0,007**	z=-1,30 p=0,192	z=-1,31 p=0,187	z=-,917 p=0,359
Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır.							
<i>Evet</i>	194,28	178,69	162,36	182,16	178,05	173,12	182,51
<i>Hayır</i>	165,58	173,81	182,44	171,98	174,15	176,76	171,79
	z=-2,52 p=0,012*	z=-,431 p=0,667	z=-1,90 p=0,057	z=-,931 p=0,352	z=-,375 p=0,708	z=-,333 p=0,739	z=-,987 p=0,324

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

“Palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmettir” değişkeni ile FATCOD ($p<0,001$), PBBT Genel($p<0,01$), Felsefe ($p<0,001$), Ağrı ($p<0,01$) ve Dispne ($p<0,05$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Palyatif bakımı sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olarak görenlerin PBBT Genel, Felsefe, Ağrı ve Dispne puan ortalamalarının diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (Tablo 15 devam).

“Palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şeklidir” değişkeni ile PBBT genel ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$); FATCOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$) ve bu sonuca göre palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şeklidir diyenlerin FATCOD puanlarının palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şekli değildir diyenlerden daha yüksek olduğu görüldü.

“Palyatif bakımı sadece terminal dönemdeki hastalara uygulanır” değişkeni ile PBBT Ölçeği Genel ($p<0,05$), Felsefe ($p<0,05$) ve Ağrı ($p<0,01$) alt boyut puanlarının sadece terminal dönemde uygulanmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 15 devam).

“Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır” değişkeni ile FATCOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ve bu sonuca göre palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır diyenlerin FATCOD puanlarının palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılmaz diyenlerden daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 15 devam).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bulgular, “PBBT’nin geçerlik, güvenilirliği” ve “sosyo-demografik, palyatif bakım ve ölüm kavramına ilişkin özelliklerine göre palyatif bakım bilgi düzeyleri ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları” olmak üzere iki başlıkta tartışılmıştır.

5.1.PBBT’NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

5.1.1. PBBT’nin Geçerliği

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği tam ve doğru şekilde başka bir özellikle karıştırmadan ölçebilme derecesidir (Tavşancıl 2006). Bir başka deyişle geçerlik, kuramsal bilgilerin ve gözlenebilir kanıtların geliştirilen test veya ölçek puanlarını doğrulamasıdır. Geçerlik süreci ise yapılan test/ölçek yorumlarının geçerli ve güçlü bir bilimsel temele sahip olduğu konusunda kanıtlar toplamaktır (Şencan 2005). Ölçeklerin geçerlik incelemelerinde; yüzeysel/görünüş geçerliği, içerik/kapsam geçerliği, kriter/ölçüt geçerliği ve yapısal geçerlik yöntemleri (faktör analizi, madde korelasyon, madde kalan korelasyon, madde ayırt edicilik, birleşme ayrılma geçerliliği) kullanılmaktadır (Ergin 1995, Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008).

PBBT’nin geçerlik çalışmasında dil eşdeğerliği (geri çevirme ve Türkçe ve İngilizce formlarının karşılaştırma yöntemleri), kapsam geçerliği (uzman görüşleriyle) ve yapısal geçerlik yöntemleri (madde korelasyon, madde kalan korelasyon, madde ayırt edicilik, birleşme ayrılma geçerliliği) kullanıldı. Ölçme aracının farklı kültür ve dillerde uygulanabilir olması için, yapılan sistematik hazırlık çalışmaları kültürel uyarlama olarak adlandırılır. Kültürel uyarlama sadece çeviri ile sınırlı olmayıp orijinal dildeki sözcüklerin temsil ettiği kavramların hedef dildeki kültürel karşılığını bulmayı amaçlar (Aksayan ve Gözüm 2002). Dil eşdeğerliği başarısı büyük ölçüde

öncelikle çevirmenlerin bilgi ve becerisine bağlı olmakla birlikte sadece iki dili de iyi olarak bilmenin yanında her iki kültüre de hâkim olmayı gerekmektedir. Orijinal dildeki ölçeği hedeflenen dile çevirirken genelde “tek yönlü çeviri”, “grup çevirisi” ve “geri çeviri” yöntemleri sık kullanılan yöntemler arasında yer almakta olup en yaygın olarak “geri çeviri” yöntemi kullanılmaktadır (Aksayan ve Gözüm 2002). Çalışmada PBBT’i dil eşdeğerliği açısından veri toplama yöntem ve sürecinde bahsedildiği gibi geri çevirme yöntemi ile PBBT’ni geliştiren Yoko Nakazawa’ya gönderilerek onayı alındı (Ek 7). Ayrıca Türkçe ve İngilizce formlarının karşılaştırılması yöntemi ile PBBT genel ve tüm alt boyutları Türkçe ve İngilizce uygulamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu bulundu ($p<0,000$), (Tablo 1). Dil eşdeğerliği açısından PBBT’nin dil ve kültüre uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Kapsam geçerliği konusunda kullanılan en yaygın teknik Lawshe tekniği olmasının yanında başka tekniklerde kullanılmaktadır. Bunlardan Davis (1992) tekniği uzman görüşlerini (a) “Uygun”, (b) “Madde hafifçe gözden geçirilmeli”, (c) “Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve (d) “Madde uygun değil” şeklinde dördümlü derecelendirmektedir. Bu teknikte (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilmekte ve bu değer istatistiksel bir ölçütlerle karşılaştırmak yerine 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. Çalışmada 10 uzmana gönderilerek (Ek 8) Davis tekniğine göre değerlendirilen PBBT’nin KGİ puanının (tüm test) $0,99\pm 0,022$ olduğu ve tüm maddelerin KGİ puanlarının 0,80 üzerinde olduğu görüldü (Tablo 2). Bu sonuçlara göre PBBT’nin kapsam geçerliğinin sağlandığı belirlendi. Ölçeklerde yapısal geçerliğini test etmede ilk kullanılacak yöntem olarak iç tutarlılık analizlerinin yapılması önerilmektedir. İç tutarlılık analizleri arasında faktör analizi, madde korelasyonu, madde ayırt edicilik testleri ve iç tutarlılık katsayılarının belirlenmesi yer almaktadır. Bu analizler aynı zamanda ölçeklerin güvenilirliklerinin belirlenmesinde de kullanılmaktadır. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ortaya çıkarırken aynı zamanda yapı geçerliği için de kanıt olmaktadır (Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). PBBT genel ve

boyutunda yer alan maddeler için madde-toplam ve madde-kalan korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (Tablo 6, Tablo 7). Madde ayırt ediciliğin belirlenmesinde testin toplam puanlarına göre oluşturulan alt-grup (%27'lik alt kısım) ile üst grubun (%27'lik üst kısım) madde ortalamaları arasındaki fark, bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılır. İki grup arasında anlamlı fark olması maddelerin ayırt ediciliğini gösterir. Geçerlik açısından madde ayırt ediciliğinin yüksek olması gerekmektedir. (Ergin 1995, Şencan 2005, Tavşancıl 2006 Büyüköztürk 2008). Çalışmada PBBT alt ve üst grupları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ve ölçeğin madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren “t” değerlerinin PBBT genelinde ve alt boyutlarında serbestlik derecesi (sd) ve anlamlılık derecesine göre belirlenen “t” değerinden ($t=2,326$) yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6, Tablo 7). İç tutarlılık katsayılarının yüksek olması da ölçeğin hem güvenilir ve hem de yapı geçerliğinin sağlandığını göstermektedir. PBBT iç tutarlılık katsayısı olarak hesaplanan Cronbach Alpha değerinin ($\alpha=0,91$) yüksek olduğu görüldü (Tablo 4). Yapı geçerliğini belirlemede diğer bir yöntem de birleşme ve ayrılma geçerliğinin belirlenmesidir. Birleşme geçerliği, ölçek veya test tek boyutlu ise tüm göstergeleri arasında, çok boyutlu ise ölçeğin/testin geneli ve boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesiyle ortaya konur. Boyutlar arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkması gerekmektedir. Birleşme geçerliğinde kullanılan diğer bir yöntemde aynı kavramsal yapıyı ölçen benzer/paralel bir ölçek/test kullanılarak aralarındaki ilişkinin incelenmesidir. İki ölçek/test arasında anlamlı güçlü bir ilişki olması birleşme geçerliğinin olduğunu göstermektedir (Şencan 2005). Ayrılma geçerliği ise ölçek/testin farklı fakat ilgili başka bir kavramsal yapıyı ölçen bir ölçek/testle aralarındaki ilişkinin çoklu korelasyon analizi ile değerlendirilmesiyle yapılır. Analiz sonucunda iki farklı ölçeğin arasında negatif veya zayıf ilişki (korelasyon katsayıları düşükse) saptanması veya anlamlı ilişki bulunmaması ayrılma geçerliğinin sağlandığını göstermektedir (Şencan 2005, Tavşancıl 2006). Mevcut çalışmada PBBT'ne benzer ölçek bulunamadığı için PBBT geneli ve alt boyutları arasındaki korelasyona bakılarak birleşme geçerliği değerlendirildi. PBBT geneli ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan $p<0,000$ düzeyinde anlamlı pozitif doğrusal güçlü bir ilişki (r değerleri 0,59-0,88 arasında olup ölçek geneli ve tüm alt boyutlarda p değeri: 0,000'dır) olduğu

saptandı (Tablo 9). Palyatif bakım kavramından farklı ancak ilgili bir kavramı (ölüm kavramı) ölçen FATCOD ölçeği ile PBBT genel ve alt boyutları arasındaki korelasyona bakılarak da ayrılma geçerliği incelendi. FATCOD ile PBBT Genel ve Felsefe alt boyut puanları ($r=-0,201/p=0,000$) arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu bulunurken; PBBÖ Ağrı, Dispne, Psikiyatrik Problemler ve Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). PBBT'nin yapısal geçerliğini belirlemek için yapılan madde korelasyon, madde kalan korelasyon, madde ayırt edicilik, birleşme ayrılma geçerliği sonuçları doğrultusunda PBBT'nin yapısal geçerliği sağladığı görülmektedir.

5.1.2. PBBT'nin Güvenirliği

Güvenirlik bir ölçme aracında bütün soruların birbiriyle tutarlılığını, ele alınan oluşumu ölçmede türdeşliğini ortaya koyan bir kavramdır (Özdamar 2002). Başka bir deyişle güvenilirlik ölçülen özelliğin değişmemesi ve ölçümlerin tekrarlandığında da bu kararlılığın gösterilmesidir (Gözüm ve Aksayan 2003, Aker, Dündar, Peşken 2005, Şencan 2005, Tavşancıl 2006). Güvenirlik analizlerinde İç tutarlılık (Yarıya Bölme Yöntemi, Madde istatistikleri, Cronbach Alpha/Kuder Richardson 20, Spearman Brown), test-tekrar test tekniği, paralel (Eşdeğer) formlar ve gözlemciler arası uyum yöntemi kullanılmaktadır (Tezbaşaran 1997, Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). Likert tipi ölçeklerde Cronbach Alpha, nominal ölçeklerde ise KR 20/21 kullanılması önerilmekle birlikte son yayınlarda Cronbach Alpha'nın KR 20/21 yerine kullanılabilmesi belirtilmiştir. (Gözüm ve Aksayan 2003, Bademci 2011). Bu nedenle mevcut çalışmada ölçeğin güvenilirlik incelemesinde İç Tutarlılık Analizinde Cronbach Alpha, yarıya bölme yöntemiyle Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayısı, madde analizi (madde toplam- item total correlation, madde kalan-corrected item total correlation) ve madde ayırt edicilik indeksleri ve test tekrar test tekniği kullanıldı.

Cronbach Alpha ölçekte yer alan maddelerin birbiriyle tutarlı olup olmadığını ve aynı özelliği ölçüp ölçmediğini değerlendirir. Başka bir deyişle Cronbach Alpha

ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin ölçüsüdür (Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Tavşancıl 2006). Cronbach Alpha katsayısı ne kadar yüksekse ölçeğin o derece güvenilir olduğundan söz edilebilir (Tezbaşaran 1997, Şencan 2005,). Cronbach Alpha katsayısının psikolojik testler için 0,70 ve üzerinde olması yeterli görülürken zekâ testleri gibi bilişsel testlerde ise, 0,80 ve üzerinde olması beklenir (Şencan 2005, Büyüköztürk 2008). Özdamar'a (2002) göre Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı; $0,00 \leq \alpha < 0,40$ aralığında ölçeğin güvenilir olmadığı, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ aralığında ise ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ aralığında ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğu, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ aralığında ise ölçeğin güvenilirliğinin yüksek olduğu ifade edilir. Mevcut çalışmada PBBT'nin geneli Cronbach Alpha katsayısı $\alpha=0,91$ ve tüm alt boyutlarının 0,65 ile 0,77 arasında değişmektedir (Tablo 4, Tablo 5). Bu sonuçlara göre ölçekteki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğü söylenebilir, daha açık ifadeyle PBBT'nin ölçtüğü özellik homojendir. Bu doğrultuda, PBBT güvenilir bir ölçüm aracıdır.

İç tutarlılık analizlerinde yarıya bölme yöntemi ile yapılan güvenilirlik incelemelerinde Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayıları kullanılır. Bu yöntemde güvenilirlik katsayısının en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (Tezbaşaran 1997, Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). Çalışmada PBBT'nin toplamı Gutman güvenilirlik katsayısının $G=0,86$; Spearman Brown güvenilirlik katsayısının ise $S_b=0,83$ olduğu saptandı (Tablo 4). PBBT alt boyutları için hesaplanan Gutman güvenilirlik katsayısının 0,65 - 0,763 arasında Spearman Brown güvenilirlik katsayısının ise 0,700-0,783 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 5). Bu bulgular ölçeğin bütünü ve alt boyutlarının güvenilir olduğunu göstermektedir.

Madde analizleri iç tutarlılık analizlerinde kullanılan yöntemlerden biridir. Madde analizi; madde istatistiklerinin hesaplanması, doğrudan teste konulabilecek maddelerin seçilmesi, düzeltilerek teste konulabilecek maddelerin belirlenmesi ve bu maddeler üzerinde yapılacak düzeltme çalışmalarının ne doğrultuda olacağını saptanması, teste konulması mümkün olmayan maddelerin ayıklanması amacıyla yapılır. Madde toplam korelasyonu (Madde toplam, item-total correlation), test

maddelerinin alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Başka bir deyişle madde toplam korelasyonu, ölçekte yer alan maddelerin ölçmek istediği yapıyı temsil etme derecelerini belirlemek amacıyla, o grubu oluşturan maddelerin her birinin düzeltilmiş madde toplam korelasyonlarının (Madde kalan, corrected item total correlation) belirlenmesi işlemidir. Madde toplam korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini gösterir ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ortaya koyar (Şencan 2005, Tavşancıl 2006 Büyüköztürk 2008). Literatürde madde korelasyon katsayısı 0,30'un veya 0,20'nin altında kalan maddelerin ölçekten çıkarılması önerilmektedir Ancak araştırmalarda çoğunlukla 0,20 sınır olarak kullanılmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005). Ayrıca hem madde-toplam hem de madde kalanda sonuçların istatistiksel açıdan minimum $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı olması beklenmektedir (Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). PBBT genel boyutunda yer alan maddeler için madde-toplam korelasyonlarının 0,450 ile 0,756 arasında; madde-kalan korelasyon katsayılarının ise 0,394 ile 0,709 arasında değiştiği gözlemlendi (Tablo 6). PBBT'nin tüm alt boyutları için yapılan madde analizi işlemlerinde de alt boyutların tamamının madde toplam ve madde kalan korelasyonlarının yüksek olduğu saptandı (Tablo 7). PBBT toplamı ve tüm alt boyutlarında madde toplam korelasyonunda 0,20'nin altında kalan madde olmadığı için ölçekten madde çıkarılmadı.

Madde ayırt edicilik ise; ölçekten alınan toplam puanlara göre, grubun en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralandığında uç grupların (üst-grup, alt-grup) her bir maddeye verdikleri puan ortalamalarının karşılaştırılmasıdır. Testin toplam puanlarına göre oluşturulan alt-grup (%27'lik alt kısım) ile üst grubun (%27'lik üst kısım) madde ortalamaları arasındaki fark, bağımsız grup t-testi ile karşılaştırılır. İki grup arasında anlamlı fark olması gerekmektedir (Şencan 2005, Tavşancıl 2006 Büyüköztürk 2008). Çalışmada ölçeğin madde ayırt edicilik katsayılarını gösteren "t" değerlerinin PBBT Genelinde 6,96 ile 34,09 arasında; PBBT "Felsefe" alt boyutunda 16,95 ile 24,84 arasında; PBBT "Ağrı" alt boyutunda 7,19 ile 47,40 arasında; PBBT'nin "Dispne" alt boyutu 15,88 ile 34,67 arasında; "Psikiyatrik Problemler" alt boyutunda 13,25 ile 35,76 arasında; PBBT'nin "Gastrointestinal Problemler" alt boyutunda ise 19,27 ile 32,53 arasında değiştiği belirlendi. Bu sonuçlara göre madde

ayırt edicilik katsayılarını gösteren “t” değerlerinin PBBT genelinde ve alt boyutlarında serbestlik derecesi (sd) ve anlamlılık derecesine göre belirlenen “t” değerinden (t=2,326) yüksek olduğu belirlendi (Tablo 6, Tablo 7). PBBT alt ve üst grupları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ve ölçeğin PBBT’nin Genel ve tüm alt boyutlarında madde-toplam, madde-kalan ve madde ayırt edicilik özelliklerinin istatistiksel olarak 0,001 düzeyinde anlamlı (Tablo 6, Tablo 7) olduğu belirlenerek tüm maddelerin ölçekte kalmasına karar verildi. Bu sonuçlar maddelerin ölçtükleri özellik açısından ayırt edici olduğunu ve ölçeği oluşturan maddelerin güvenilirliklerinin, yüksek ve aynı amacı ölçmeye yönelik olduklarını ispatlamaktadır. Ölçek güvenilirlik çalışmasının bir başka boyutu da uygulanan ölçeğin belli bir aralıkla (2 ile 4 hafta arasında) aynı gruba uygulanması ve arasındaki ilişkiye pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı tekniği ile bakılmasıdır. Test tekrar test korelasyon katsayısı yeni geliştirilen ölçekler için 0,70 önceden geliştirilmiş ve tekrar kullanılan ölçeklerde ise en az 0,80 olmalıdır (Tezbaşaran 1997, Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2003, Şencan 2005, Tavşancıl 2006, Büyüköztürk 2008). Çalışmamızda PBBT’i 3 hafta arayla 30 hemşireye uygulanarak korelasyon katsayısı hesaplandı ve PBBT’nin test tekrar test korelasyon katsayısı 0,981 olarak bulundu (Tablo 8). Bu sonuç; ölçeğin zaman karşısında etkilenmediğini zaman geçse bile hep aynı şeyi ölçtüğünü ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak; Cronbach Alpha, Gutman ve Spearman Brown güvenilirlik katsayısı, madde-toplam, madde kalan korelasyon analizi, madde ayırt edicilik indeksleri ve test tekrar test tekniğiyle değerlendirilen güvenilirlik analizleri ile dil eşdeğerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde PBBT’nin hemşirelerde kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçek olduğu kanaatine varılmıştır.

5.2. SOSYO-DEMOGRAFİK, PALYATİF BAKIM VE ÖLÜM KAVRAMINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE PALYATİF BAKIM BİLGİ DÜZEYLERİ VE ÖLMEKTE OLAN BİREYE BAKIM VERMEYE İLİŞKİN TUTUMLAR

Palyatif bakım bireye yaşamını tehdit eden hastalık tanısı konulduğu andan itibaren başlayan, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen ve multidisipliner bir ekibin hasta ve ailesiyle işbirliği içerisinde yaşam sonu ve yas sürecini içerisine alan ve özellikle bakım odaklı bir yaklaşımdır (http://www.cancer.gov/cancertopics/advanced-cancer/care_choices/palliative-care-fact-sheet Erişim: 30.04.2015, Connor and Sepulveda Bermedo 2014, Elçigil 2012, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim: 24.03.2015). Dünya genelinde nüfusun giderek yaşlanması ve kronik hastalıklarda artışa paralel olarak palyatif bakıma olan ihtiyaç da artmaktadır (Murray and Lopez 1997). Palyatif bakım hastalarda etkin semptom yönetimini ve yaşam kalitesinin artmasını sağlayan bir hizmettir. Etkin palyatif bakım verilmesinde en önemli sorumluluk hemşirelere düşmektedir. Bu sorumlulukların yerine getirilebilmesi için hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olması beklenmektedir. Yapılan birçok çalışmada multidisipliner ekipte bakım odaklı çalışan hemşirelerin palyatif bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları bulunmuştur (Prem et al 2012, Ayed et al 2015, Youssef, Mansour, Al-Zahrani, Ayasreh, Abd El- Karim 2015). Bu çalışmada hemşirelerin PBBT'den aldıkları puanların 0-14 arasında değiştiği, PBBT ortalama puanının $6,35 \pm 3,31$ olduğu ve hemşirelerin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptandı. Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek için yapılan bir çalışmada hemşirelerin PBBT puan ortalamaları $7,16 \pm 2,69$ olarak bulunurken (Prem et al 2012); İran'da yapılan çalışmada ise $7,59 \pm 2,28$ olarak saptanmıştır (İranmanesh, Razban, Tırgarı, Zahra 2014). Farklı bir ölçek kullanılarak aynı araştırmacı tarafından yapılan çalışmalarda da palyatif bakım bilgi puan ortalamalarının sırasıyla $8 \pm 3,1$; $8,3 \pm 2,8$ olduğu belirlenmiştir ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Al Qadire 2014a, Al Quadri 2014b). Yapılan diğer çalışmalarda da palyatif bakım bilgi düzeyi düşük olan hemşirelerin oranının %45 ile %76.2 arasında değiştiği görülmüştür (Kassa, Murugan, Zewdu, Hailu,

Woldeyohannes 2014, Ayed et al 2015, Youssef et al 2015). Bu sonuçlar mevcut çalışmanın diğer çalışmalarla paralel olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik mesleğinin en güç yönlerinden birisi ölüm olgusuyla karşılaşma ve ölümü yaklaşan hastaya bakım vermektir. Hemşireler ölüm olgusuyla bakım verdikleri alanlarda karşı karşıya gelmekte duygusal olarak ölümle baş etmekte ve profesyonel olarak bakıma yönelmektedirler. Ölüm olgusu ve ölümü yaklaşan hastaya bakma konusunda her bireyin gösterdiği tepki aynı değildir (Çevik ve Kav 2010, İnci ve Öz 2012). Hemşirelerin bu tepkilerinin ve ölüm kavramı hakkında bakış açılarının farkında olmaları ölüme karşı olan tutumlarını etkilemektedir. Ölmekte olan bireye ve ailesine bütüncül bakım verilmesi, ölüm karşısında hasta ve ailesinin yaklaşan ölüme ve yas sürecine hazırlanması, hastaların ölüm hakkındaki korku ve endişelerinin giderilmesi, hastaların rahatlatıcı, sakin ve güvenli bir çevrede bakım almalarını sağlamak, hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Ölümü yaklaşan hastaya bakıma ilişkin tutumlar hemşirelerin bu sorumluluklarını yerine getirmesini ve verdikleri bakımın kalitesini etkilemektedir (Eures 2007, Yılmaz 2010, Çavdar 2011). Bu çalışmada hemşirelerin ölümü yaklaşan hastaya bakıma ilişkin tutumlarını gösteren FATCOD puan ortalaması $77,98 \pm 8,81$, en düşük puan 54 en yüksek puan ise 100 olarak belirlendi. Yapılan bir çalışmada hemşirelerin FATCOD ölçeğinden elde edilen puan ortalamasının $95,2 \pm 14,1$ (Arslan, Kilic, Simsek, Zorba 2014), başka bir çalışma da ise $99,9 \pm 8,7$ olduğu, puanların 77 ile 129 arasında dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Çevik ve Kav 2010). Yine benzer çalışmalar incelendiğinde; FATCOD puan ortalamalarının $115,20 \pm 7,86$ ile $130 \pm 12,7$ aralığında değiştiği görülmüştür (Mallory 2003, Dunn, Otten, Stephens 2005, Ho, Barbero, Hidalgo, Camps 2010, Leombruni et al 2014). Bu çalışmalara göre bizim çalışmamızda hemşirelerin FATCOD ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni kültürel farklılıklar, yaşam sonu bakım ile palyatif bakıma ilişkin verilen eğitim farklılıkları olabilir.

Mevcut çalışmada cinsiyetler arasında FATCOD, PBBT geneli ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$). Hemşirelerin medeni durum ile FATCOD ve PBBT Psikiyatrik Problemler alt boyut puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$); PBBT geneli, Felsefe, Dispne ($p<0,05$) ve Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulundu. Bekâr hemşirelerin evlilere göre PBBT Genel ($p<0,01$), Felsefe ($p<0,05$), Dispne ($p<0,05$) ve Gastrointestinal Problemler ($p<0,01$) alt puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan çalışmalarda da palyatif bakım bilgi düzeyi, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Ho et al 2010, Prem et al 2012, Arslan ve ark 2014, İranmanesh et al 2014, Kassa et al 2014, Leombruni et al 2014, Sato et al 2014). Çalışma bulgularının diğer çalışma sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Bekâr hemşirelerin PBBT puanlarının yüksek olma nedeni genelde yaşlarının genç olması ve mezuniyetlerinin üzerinden çok zaman geçmemesi, son yıllarda palyatif bakımla ilgili eğitimlere yer verilmesi olabilir.

Çalışılan yer değişkeni ile PBBT Genel ($p<0,001$), Felsefe ($p<0,01$), Ağrı ($p<0,01$) ve Psikiyatrik Problemler ($p<0,001$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Diğer değişkenler arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu sonuca göre dahili birimlerde çalışanların palyatif bakım ile ilgili Genel, Felsefe, Ağrı ve Psikiyatrik Problemler konusundaki bilgilerinin cerrahi birimlerde çalışanlarına göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 14). Bu durum hemşirelerin dahili birimlerde, klinikte daha uzun süre yatan ve palyatif bakım gerektiren hastalıkları olan hastalarla karşılaşmalarından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan bir çalışmada bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde dahili birimlerde çalışanların palyatif bakım bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu bulunmuştur (Kassa et al 2014). Çevik ve Kav'ın çalışmasında da çalışılan kliniklere göre FATCOD puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Mevcut çalışmada hemşirelerin yaş değişkeni ile PBBT Genel ($p<0,01$), Felsefe ($p<0,01$), Gastrointestinal Problemler ($p<0,01$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken; Ağrı, Dispne, Psikiyatrik Problemler alt boyutları ve FATCOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Bu sonuca göre 25 yaş ve altı yaş grubuna giren hemşirelerin PBBT genel puanlarının, 45 yaş ve üstü yaş grubuna giren hemşirelerden daha yüksek olduğu

görüldü. Yine bu sonuca göre 25 yaş ve altı yaş grubu ve 26-34 yaş grubuna giren hemşirelerin palyatif bakım ölçeği felsefe alt boyut puanları, 45 yaş ve üstü yaş grubuna giren hemşirelerin palyatif bakım ölçeği felsefe alt boyut puanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Gastrointestinal Problemler alt boyutunda ise 25 yaş ve altı yaş grubuna giren hemşirelerin puanları, 35-44 yaş arası grubuna giren hemşirelerin palyatif bakım ölçeği Gastrointestinal Problemler alt boyut puanlarından daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 14). Literatür incelendiğinde benzer şekilde bir çalışmada 29 yaş altı hemşirelerin PBBT puanlarının daha yüksek olduğu saptanırken (Nakazawa et al 2009); diğer çalışmalarda yaşın palyatif bakım bilgi düzeylerini etkilemediği belirlenmiştir (Al Qadire 2014, İranmanesh et al 2014, Kassa et al 2014). Bu farklılığın nedeni ülkemizde palyatif bakım kavramının yeni olması ve eğitimlerde bu kavrama yeni yer verilmesi nedeniyle genç grubun farkındalığının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine yapılan çalışmalarda mevcut çalışmayla benzer şekilde, yaşın FATCOD puanlarını etkilemediği görülmüştür (Wessel and Rutledge 2005, Arslan ve ark 2014).

Bu çalışmada eğitim düzeyinin PBBT Felsefe, Gastrointestinal Problemler alt boyutları ve FATCOD puanlarını etkilemediği ($p>0,05$); ancak PBBT Genel, Ağrı, Dispne ve Psikiyatrik Problemler alt boyut puanlarını ise etkilediği belirlendi ($p<0,05$). SML'den mezun olan hemşirelerin PBBT genel puanları, ağrı alt boyut puanları Önlisans mezunu olan hemşirelerin PBBT genel puanlarından daha yüksek olduğu görüldü. Dispne ve Psikiyatrik Problemler alt boyutlarında ise SML mezunlarının Önlisans ve Lisans mezunu olan hemşirelere göre puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 14). Nakazawa ve ark'nın çalışmasında da lise düzeyindeki okullardan mezun olan hemşirelerin PBBT puanlarının mevcut çalışmayla benzer şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise ön lisans mezunlarının puan ortalamalarının lisans ve lise mezunlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Sato et al 2014). Diğer yandan bir çok çalışmada hemşirelerin eğitim seviyesi ve palyatif bakım hakkında bilgi düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ronaldson, Hayes, Carey, Aggar 2008, A Knapp et al 2009, Huijer, Dimassi, Abboud 2009). Mevcut çalışmada SML mezunlarının puanlarının

daha yüksek olma nedeni, dahili kliniklerde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun SML mezunu olması (çalışmada SML mezunlarının %75,94'ünün dahili kliniklerde çalıştığı belirlendi), ön lisans ve lisans mezunlarına göre daha uzun süredir klinikte, özellikle dahili kliniklerde çalışmaları olabilir. Ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumların belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda da mevcut çalışmayla paralel olarak eğitim durumunun hemşirelerin tutumlarını etkilemediği saptanmıştır (Wessel and Rutledge 2005, Conner, Loerzel, Uddin 2014).

Meslekte çalışma süresi incelendiğinde PBBT Genel, Felsefe, Dispne, Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları ile çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ($p<0,01$); diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı farkı ortaya çıkaran grubu belirlemek için yapılan ileri analiz sonucuna göre 1-5 yıl arasında çalışan hemşirelerin PBBT Genel Felsefe, Dispne ve Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları, meslekte 16 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin puanlarından daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 14 Devam). Nakazawa ve arkadaşlarının çalışmasında da 4 yıl altı çalışma deneyimi olan hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Youssef ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) daha az deneyime sahip hemşirelerin (1-10yıl) 10-20 yıl deneyimi olanlara göre palyatif bakım hakkında daha bilgili olduğu bulunmuştur. Ho ve ark'nın (2010) yaptığı çalışmada da FATCOD puanlarını, çalışma deneyimi süresinin etkilemediği saptanmıştır. Mevcut çalışmanın bu çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Mevcut Çalışmada “Çalıştığı Birimde Ölümle Karşılaşma” değişkeni ile hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili Genel, Ağrı ve Dispne alt boyut puanlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği ($p<0,05$); ancak Felsefe, Psikiyatrik Problemler, Gastrointestinal Problemler alt boyutları ve FATCOD puanlarını ise etkilemediği görüldü ($p>0,05$). Çalışmada ölmekte olan hastaya bakım verenlerin PBBT Genel ($p<0,001$), Felsefe ($p<0,001$), Ağrı ($p<0,01$), Psikiyatrik Problemler ($p<0,001$) ve Gastrointestinal Problemler ($p<0,01$) alt boyut puanlarının ölmekte olan hastaya

bakım vermeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 15). “Yakın Çevresinde Ölüm Olgusuyla Karşılaşma Durumu” incelendiğinde bu değişkenle PBBT Genel ($p<0,01$), Ağrı, Dispne ve Gastrointestinal Problemler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 15). “Terminal Dönemde/Ölmekte Olan Yakını Olma Durumu” değişkeni ile Dispne alt boyutu ($p<0,05$), dışında PBBT geneli, diğer alt boyutları ve FATCOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Terminal dönemde yakını olan hemşirelerin PBBT Dispne alt boyut puanlarının terminal dönemde yakını olmayanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$), (Tablo 15). Yapılan bir çok çalışmada hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyi ile hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım verme tecrübe yılı arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır (Ronaldson et al 2008, A Knapp et al 2009, Nakazawa et al 2009). Sato ve arkadaşlarının çalışmasında (2014) terminal dönemdeki baktıkları hasta sayısı arttıkça palyatif bakım bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Youssef ve arkadaşlarının çalışmasında da (2015) yaşam sonunda olan daha fazla hastaya bakanların PB bilgi düzeyleri bakmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Daha önce ölmekte olan hasta deneyimi yaşayanların FATCOD puanları deneyimi olmayanlardan yüksek olmakla birlikte aralarında anlamlı fark saptanmamıştır (Leombruni et al 2014). Başka bir çalışmada ise yakınlarında ölüm gerçeği ile karşılaşma durumu hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumların etkilemediği bulunmuştur (Arslan ve ark 2014). Palyatif bakım kavramının parçalarından biri olan yaşam sonu bakımla ilgili yaşanan deneyimlerin hemşirelerin bilgi düzeyini olumlu yönde etkilediği düşünülmekte olup çalışma bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmada “Palyatif bakım yaşam süresini uzatmak için uygulanan bir tedavi şeklidir” değişkeni ile PBBT genel ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$); FATCOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Palyatif bakım tanımını yanlış olarak belirten bu ifadeyi doğru olarak kabul edenlerin palyatif bakım tanımını ve kapsamıyla ilgili yeterli bilgileri olmaması nedeniyle PBBT’ten düşük puan aldıkları düşünülmektedir.

FATCOD puanları arasında anlamlı fark çıkma nedeni de ölüm kavramı ve terminal dönem bakımıyla palyatif bakıma aynı anlamı yüklemeleri olabilir.

“Palyatif bakım sadece kanser hastalarına verilen bir hizmettir” değişkeni ile FATCOD ($p<0,001$), PBBT Genel($p<0,01$), Felsefe ($p<0,001$), Ağrı ($p<0,01$) ve Dispne ($p<0,05$) alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Palyatif bakımı sadece kanser hastalarına verilen bir hizmet olarak görenlerin PBBT Genel, Felsefe, Ağrı ve Dispne puan ortalamalarının diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (Tablo 15 devam). Yine benzer şekilde Palyatif bakımı sadece terminal dönemdeki hastalara uygulandığını düşünenlerin PBBT Ölçeği Genel ($p<0,05$), Felsefe ($p<0,05$) ve Ağrı ($p<0,01$) alt boyut puanlarının sadece terminal dönemde uygulanmadığını düşünenlere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 15 devam). Literatürde benzer şekilde bir çalışma bulunmamasıyla birlikte hemşirelerin palyatif bakımın hangi hastalıklara uygulandığı ve ne zaman başlaması gerektiği, hangi dönemlerde verildiği, terminal dönem bakımı, ölüm ve ölüm sonrası yas sürecinin palyatif bakımın bir parçası olması ile ilgili yeterli bilgileri olmaması nedeniyle hem PBBT hem de FATCOD puanları düşük olabilir.

Mevcut çalışmada, “Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır” değişkeni ile FATCOD puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$) ve bu sonuca göre palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır diyenlerin FATCOD puanlarının palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılmaz diyenlerden daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 15 devam). Ölmekte olan hasta bakımında hedeflenen yaşam kalitesini artırmak, bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmesini sağlamak, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlamaktır. Bu hedeflerin sağlanmasında da özellikle ağrı kontrolünün iyi yapılması çok önemlidir. “Palyatif bakımda sadece ağrı kontrolü yapılır” ifadesi palyatif bakımla ilgili yanlış bir ifade olmasına rağmen ölmekte olan hasta bakımına ilişkin olumlu tutumu gösteren bir ifade olarak FATCOD ölçeğinde ağrıyla ilgili ifadenin olması ve çalışmaya katılan hemşirelerin ölmekte olan hasta bakımında ağrı kontrolünün sağlanmasını önemsemelerinin FATCOD puanlarının daha yüksek olmasını sağlamış olabileceği kanaatindeyiz.

Hemşirelerde palyatif bakım bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılan bu çalışmada bulunan temel sonuçlar şunlardır:

- PBBT’i hemşirelerin bilgi düzeyini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir.
- Hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeyleri düşük olup, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları orta düzeyde olumludur.
- 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 etkilememektedir.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Sağlık profesyonellerinin palyatif bakım bilgi düzeyleri, ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi,
- Palyatif bakım bilgi düzeyleri değerlendirilmesinde PBBT’nin kullanılması,
- Palyatif bakım bilgi düzeyindeki yetersizliklerin giderilmesi ve ölüm kavramına yönelik olumlu tutumun artırılması adına lisans/yüksek lisans dönemi mezuniyet sonrasında, güncel ve etkin eğitim programlarının yapılması önerilmektedir.

6. ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme oranlarının artması, yaşam sürelerinin uzaması ve tanı/tedavideki ilerlemeler nedeniyle son yıllarda palyatif bakım önemli bir gereksinim haline gelmiştir. Palyatif bakım ölmekte olan hasta bakımını da kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Bu çalışmanın amacı Palyatif Bakım Bilgi Testi'nin (PBBT) Türkçe formunun, geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını incelemek ve hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleriyle ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarını belirlemektir.

GEREÇ YÖNTEM: Metodolojik, tanımlayıcı ve kesitsel özellikte planlanan çalışma, Kasım 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında, Kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı üç hastanede çalışan 350 hemşireyle yapıldı. Sosyodemografik özellikleri içeren tanıtım formu, Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) ve PBBT ile toplanan verilerin analizi bilgisayar ortamında geçerlik ve güvenilirlik analizleri, yüzdelik, ortalama, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H ve Pearson's korelasyon testi ile incelendi.

BULGULAR: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması; kapsam geçerliliği ($KGİ > 0,80$), yapı geçerliliği, Cronbach Alpha (0,91), Gutman (0,86) ve Spearman Brown (0,83) güvenilirlik katsayısı, birleşme ($p < 0,000$) ve ayrılma geçerliliği ($p > 0,05$), madde analizi ($p < 0,000$) ve test tekrar test tekniği ($p < 0,000$) yöntemleriyle yapılan ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu belirlendi. Hemşirelerin PBBT'den aldıkları ortalama puan $6,35 \pm 3,31$, FATCOD puan ortalaması ise $77,98 \pm 8,81$ 'dir. Medeni durum, öğrenim düzeyi ve çalışılan birim hemşirelerin ölüme ilişkin tutumlarını etkilemezken palyatif bakım bilgi düzeylerini etkilemektedir.

SONUÇ: PBBT, hemşirelerin bilgi düzeyini ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi. Çalışmada hemşirelerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin düşük ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarının orta düzeyde olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Bilgi düzeyi, Hemşireler, Ölüm, Palyatif Bakım, Tutum

SUMMARY

The Knowledge Level of Nurses About Palliative Care and Their Attitudes Toward Care of The Dying Patient

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: Palliative care has become an important necessity due to the increase in the rate of incidence of non-infectious diseases, and an increase in life expectancy and also advances in diagnosis and treatment. Palliative care is a multidimensional concept including care of the dying patient. The aim of this study is to examine whether the Turkish form of Palliative Care Knowledge Test (PBBT) is a valid and reliable tool or not and to determine the knowledge level of nurses about palliative care and their attitudes toward care of the dying patient.

MATERIAL AND METHOD: This methodological, descriptive and cross-sectional study was carried out on 350 nurses working in three different hospitals under Sakarya Association of Public Hospitals between the dates of November 2014 and April 2015 after obtaining the institutional permit and the approval of ethics committee. Analysis of data obtained by self-description form regarding socio-demographic attributes, PCKT and the Frommelt Attitude toward Care of the Dying (FATCOD) Scale was carried out in a computer environment by using the reliability and validity analysis, percentage, mean, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis-H and Pearson's correlation test.

FINDINGS: The study of validity and reliability of the scale is made with content validity (CVI>0,80), construct validity, Cronbach's Alpha (0,91), Gutman (0,86) and Spearman Brown (0,83) reliability coefficient, combination ($p < 0,000$) and separation validity ($p > 0,05$), item analysis ($p < 0,000$) and test-retest technique ($p < 0,000$) and it was determined that the scale is valid and reliable. Average scores of nurses from PBBT is $6,35 \pm 3,31$, while the average score of FATCOD is $77,98 \pm 8,81$. Marital status, education level and working unit do not effect attitudes of nurses towards death but effect their knowledge level of palliative care.

CONCLUSION: PBBT was determined to be a valid and reliable scale to measure the level of knowledge of nurses. It was found out that the palliative care knowledge

levels of the nurses is low and their attitude towards care of the dying patients of the nurses was found to be moderate.

Keywords: Attitude, Death, Level of Knowledge, Nurses, Palliative Care

KAYNAKLAR

- A Knapp C, Madden V, Wang H, Kassing K, Curtis C, Sloyer P, A Shenkman E. (2009). Paediatric nurses' knowledge of palliative care in Florida: A quantitative study. *International journal of palliative nursing*, 15(9), 432-439.
- Al Qadire M. (2014). Knowledge of palliative care: An online survey. *Nurse Education Today*, 34(5), 714-718.
- Al Qadire M. (2014). Nurses' knowledge about palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 16(1):23-30.
- Aker S, Dündar C, Peşken Y. (2005). Ölçme araçlarında iki yaşamsal kavram: Geçerlik ve güvenilirlik. *O.M.Ü Tıp Dergisi*. 22(1):50-60.
- Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Matoba M, Akizuki N, Shirahige Y, Yamagishi A, Eguchi K. (2012). Knowledge, beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients: A nationwide survey in Japan. *Support Care Cancer* 20:923-931.
- Aksayan S, Gözüm S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi* 4(1):9-14.
- Arslan D, Kilic N, Simsek N, Zorba P. (2014). Student nurses' attitudes toward dying patients in Central Anatolia. *International Journal of Nursing Knowledge* 25(3):183-188.
- Ay F, Gençtürk N. (2013). Ebe öğrencilerin ölüm, terminal dönem ve palyatif bakım ile ilgili görüşleri: odak grup çalışması. *F.N. Hem. Derg* 21(3):164-171.

- Ayed A, Sayej S, Harazneh L, Fashafsheh I, Eqtaif F. (2015). The nurses' knowledge and attitudes towards the palliative care. *Journal of Education and Practice* 6(4):91-99.
- Bademci V. (2011). Kuder-richardson 20, cronbach'ın alfası, hoyt'un varyans analizi, genellenirlik kuramı ve ölçüm güvenirligi üzerine bir çalışma. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 17: 173-193.
- Bag B. (2012). Almanya örneğinde sağlık sisteminde palyatif bakım uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi* 27(3):142-149.
- Bag B, Reis N. (2013). Ethical dilemmas in hospice and palliative care units for advanced cancer patients. *Archives Medical Review Journal* 22(1):65-79.
- Baykul Y. (2000). Eğitimde ve psikolojide ölçme: klâsik test teorisi ve uygulaması. ÖSYM Yayınları, Ankara, s.300.0.678.270.
- Benowitz S. (2013). Palliative care programs still face obstacles in mainstream cancer care. *News JNCI* 105(6):374-374.
- Bildik T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi* 52(4):223-229.
- Bingley A, Clark D. (2009). 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), 287-96.
- Birol L. (2004). Terminal Evredeki Hasta Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Ed. Akdemir N, Birol L), Sistem Ofset, 2. Baskı, Ankara.
- Brosche TA. (2007). A grief team within a healthcare system. *Dimens Crit Care Nurs.* 26(1):21-28.

- Büyüköztürk Ş. (2008). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 9. Baskı Pegem Akademi, Ankara. s.167-182.
- Conner NE, Loerzel VW, Uddin N. (2014). nursing student end-of-life care attitudes after an online death and dying course. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 16(6):374-382.
- Connor SR, Sepulveda Bermedo MC. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. London
- Çavdar İ. (2011). Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi* 26(3):142-147.
- Çevik B. (2010). Hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları ve deneyimleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Doç. Dr. Sultan KAV).
- Davies E, Higginson IJ. (2004). The Solid Facts Palliative Care. World Health Organization. Copenhage, Denmark
- Demir Y. (2010). Ölüm ve ölümü yaklaşan hastanın bakımı. Ay, F.A. (Ed.). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 697-722.
- Dunn Ks, Otten C, Stephens E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 32(1):97-104.
- Erefe İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde: *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemler*. Ed: Erefe İ. 2. Baskı. Odak Ofset. Ankara. s.169-188.

- Ergin DY. (1995). Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik. *M. Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 7:125-148.
- Elçigil A. (2012). Palyatif bakım hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4), 329-334.
- Eues SK. (2007). End-of-life care; improving quality of life at the end of life. *Professional Case Management*. 12(6):339–344.
- Frommelt K. (2003). Attitudes toward care of the terminally ill: an educational intervention. *Am J Hosp Palliat Care*. 20(1):13–22.
- Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 1:3-14.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. (2010). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi* 1, 1-6.
- Ho T, Barbero E, Hidalgo C, Camps C. (2010). Spanish nephrology nurses' views and attitudes towards caring for dying patients. *J Ren Care* 36:2–8.
- Huijer HAS, Dimassi H, Abboud S. (2009). Perspectives on palliative care in Lebanon: Knowledge, attitudes, and practices of medical and nursing specialties. *Palliative and Supportive Care*, 7(03), 339-347.
- İnci F, Öz F. (2012). Palyatif bakım ve ölüm kaygısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 4(2):178-187.
- İranmanesh S, Razban F, Tırganı B, Zahra G.(2014). Nurses’ knowledge about palliative care in Southeast Iran. *Palliative and Supportive Care* 12: 203–210.

- Kabalak AA. (2014). Türkiye’de palyatif bakım; 2014, güncel gelişmeler, gereksinimler *Anestezi Dergisi* 22 (3): 121 – 123.
- Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. (2013). Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. *Yoğun Bakım Dergisi* 11(2):56-70.
- Kabalak AA, Kahveci K, Gokcinar D, Özdoğan N, Cagil H (2013) Structuring of palliative care in Ankara Ulus State Hospital, Turkey; 2012-2013. *J Palliat Care Med* 3: 162
- Kahveci K, Gökçınar D. (Eds), (2014). Palyatif bakım.(içinde) Dünyada ve Türkiye’de palyatif bakım. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul s:1-5.
- Kassa H, Murugan R, Zewdu F, Hailu M, Woldeyohannes D. (2014). Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Palliat Care* 13:6.
- Kaya A. (2015) Türkiye’de ve Dünyada palyatif bakım. *Acıbadem Hemşirelik*.
<http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/82/makale.asp> Erişim:
20.05.2015
- Leombruni P, Miniotti M, Bovero A, Zizzi F, Castelli L, Torta R. (2014). Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. *Journal of Nursing Education and Practice* 4(3):188-196.
- Lynch T, Connor S, Clark D.(2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. *Journal of Pain and Symptom Management* 45(6):1094-1106.

- Mallory J (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing, 19(5): 305-312.*
- Mcateer R, Wellbery C.(2013). Palliative Care: Benefits, barriers, and best practices. *American Family Physician 88(12):811-813A.*
- Milicevic N. (2002). The hospice movement: History and current worldwide situation. *Archive of Oncology 10(1):29-32.*
- Murray CJL, Lopez AD. (1997). Alternative projections of mortality and disability by causes 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet,349:1498–1504.*
- Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals.*Palliative medicine 00:1-12.*
- Özdamar K. (2002). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Kaan Kitapevi. İstanbul. s.661-676.
- Özkan S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda (KOAH) palyatif ve yaşam sonu bakımı. *Selçuk Tıp Derg 28(1): 69-74.*
- Paice JA, Ferrell BR, Coyle N, Coyne P, Callaway M. (2008). Global efforts to improve palliative care: The international end-of-life nursing education consortium training programme. *J Adv Nurs. 61(2):173-80.*
- Pastrana T, Jünger S, Ostgathe C, Elsneret F, Radbruch L. (2008). A matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine, 22 (3):222-232.*

- Payne SA, Langley-Evans A, Hillier R. (1996). Perceptions of a 'good' death: A comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliat Med.* 10(4):307–312.
- Prem V, Karvannan H, Kumar SP, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, Jaykumar S. (2012). Study of nurses' knowledge about palliative care: a quantitative cross-sectional survey. *Indian Journal of Palliative Care* 18(2):122-127.
- Reville B, Foxwell AM. (2014). The global state of palliative care—progress and challenges in cancer care. *Ann Palliat Med* 3(3):129-138.
- Ronaldson S, Hayes L, Carey M, Aggar C. (2008). A study of nurses' knowledge of a palliative approach in residential aged care facilities. *International journal of older people nursing*, 3(4), 258-267.
- Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, Harada K, Miyashita M, Sakuma Y, Oki J, Yoshihara R, Eguchi, K. (2014). A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Japanese journal of clinical oncology*, hyu075.
- Savaşır I. (1994). Ölçek uyarlamasındaki bazı sorunlar ve çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi* , 33 (9), 27-32.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2):91-96.
- Smith TJ, Temin S, Alesi ER, Abernethy AP, Balboni TA, Basch EM., Von Roenn J H. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), 880-887.

- Strand JJ, Kamdar MM., Carey EC. (2013). Top 10 Things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care. *Mayo Clin Proc.* 88(8):859-865.
- Şencan H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik geçerlilik. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Tavşancıl ET. (2006). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 3. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara, s.16-58.
- Tezbaşaran A. (1997). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayını, Ankara.
- Turgay G. (2010). Sağlık personelinin palyatif bakıma ilişkin görüşleri. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Sultan Kav)
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. (2010). Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Ageing 2013. New York, ST/ESA/SER.A/348.
- Uslu F. (2013). Ankara il merkezinde jinekolojik onkoloji ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin palyatif bakım uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışmanı: Prof. Dr. Füsün Terzioğlu).



Wessel EM, Rutledge DN. (2005). Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: Effects of palliative care education. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 7(4), 212-218.





Yılmaz M. (2010). Kayıp yaşantısı: Bir olgu sunumu. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2(3):150-155.


Youssef HAM, Mansour MAM, Al-Zahrani SSM, Ayasreh IRA, Abd El- Karim RAK. (2015). Prioritizing palliative care: Assess undergraduate nursing curriculum, knowledge and attitude among nurses caring end-of-life patients. *European Journal of Academic Essays* 2(2): 90-101.

EKLER

Ek 1. PBBT yazarı Yoko Nakazawa'dan izin talebi yazışması





permission request  


 **Ahmet Seven** <aseven@sakarya.edu.tr> 22.07.2014   

Alıcı: yokonakazawa-t. 

Dear Yoko Nakazawa,
I would like to use your "The palliative care knowledge test " for master thesis and if you permission, I want to translate turkish version (validity and reliability)
Looking forward to hearing from you
Yours sincerely,

Arş. Gör. Ahmet SEVEN
Şakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği AD
+90.264.295.66.25

 **Yoko Nakazawa** <ynakazaw@ncc.go.jp> 23.07.2014   

Alıcı: bana 

Dear Ahmet Seven,

Thank you for your mail.

You do not have to obtain copyright permission.
Everybody can use the test without permission, including you.

I hope that your work will succeed.
Thanks and regards,

Yoko Nakazawa, RN, MS.
Center for Cancer Control and Information Services,
National Cancer Center
Tokyo, Japan
ynakazaw@ncc.go.jp

**Ek 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli
Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 94556916/17636
Konu : Anket İzni

21.../10/2014

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Araştırma Görevlisi Ahmet SEVEN'in, "Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları" başlıklı araştırmasını Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi ve Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesinde uygulaması hususunu; Tensiplerinize arz ederim.

Üz.Dr.Hacı Ali KAHYA
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../10/2014

Doç. Dr. Hasan Salih SAĞLAM

- Ek: 1- Dilekçe (1 sayfa)
2- Yüksekokul Yazısı ve Üniversite Onayı
3- Araştırma çalışmaları başvuru ve değerlendirme formu (4 sayfa)
5- Araştırma İzin Taahhütnamesi (1 sayfa)
6- Anket (4 sayfa)

Yazışma Adresi : İstiklal mah. Muhsin Yazıcıoğlu BulvarıNo:3 Serdivan/Sakarya
Tel.No. : 0(264)3331045 Dahili : 1186/1188 Faks No. : 0(264)2112048 E-Mail : egitimkor@sakaryakhb.gov.tr

Ek 3. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/11/2014-14261



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/113
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva SERT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : 28.10.2014 tarihli 113 sayılı başvurunuz

Destekleyicisi olduğunuz "**Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları**" isimli çalışma ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Ali TAMER
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.
21.11.2014

Zübeyde KAÇAL
Etik Kurul Sekr.

Evrakı Doğrulamak İçin : http://193.140.253.232/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BEK4EHDA

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629



Ek 4. Tanıtım Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Soruların doğru ya da yanlış cevabı yoktur. İçinizden geldiği gibi cevaplamanız büyük önem taşımaktadır. Araştırmanın başarısı vereceğiniz samimi cevaplara bağlıdır. *Anket soruları içinde açık kimliğinizi ortaya çıkaracak nitelikte soru bulunmamaktadır. Araştırma açısından kimliğiniz değil cevaplarınız önem taşımaktadır.*

Sorulara cevap verirken "olması gerektiğini düşündüğünüz" değil, "olanı" belirtmeniz doğru sonuçlara ulaşması bakımından önemlidir. Lütfen soru atlamadan bütün sorulara cevap veriniz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Yrd. Doç. Dr. Havva SERT

Arş. Gör. Ahmet SEVEN

I. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3) Medeni haliniz: Evli Bekar

4) Eğitim durumunuz: SML Önlisans Lisans Yüksek Lisans ve ↑

5) Çalıştığınız birim:

6) Meslekte çalışma süreniz: Yıl

7) Bulduğunuz klinikte çalışma süreniz:

8) Palyatif bakım hakkında bilginiz var mı? Evet Hayır

8-A) Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği

işaretleyebilirsiniz) Lisans eğitimim sırasında Kongre/sempozyum/seminerlerden

Hizmet içi eğitim

Kitap ve dergilerden

İnternette

Diğer.....

Ek 4. Tanıtım Formu (devam)

8-B) Aldığınız bilgi/eğitimin içeriği?

- Kötü haber verme/iletişim becerileri Semptom yönetimi (bulantı, kusma, dispne...)
- Palyatif bakımda etik ve yasal konular Ağrı yönetimi Yas süreciyle baş etme
- Diğer.....

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? Evet Hayır

10-A)Cevabınız Evet ise ölüm olgusuyla ilk karşılaştığınızda hissettiğiniz duygunuz ne oldu? Hiçbir şey hissetmedim Korktum Ağladım ve çok üzüldüm
Doğal karşıladım (İnsanlar doğar ve ölür) Acılarının sona erdiğini ve kurtulduğunu düşündüm Diğer

11)Terminal dönemdeki hastaya bakım verdiniz mi/ veriyor musunuz? Evet Hayır

11-A)Ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastanıza dokunmakta zorluk yaşadınız mı/ yaşıyor musunuz? Evet Hayır

11-B)Ölmekte olan hastaya bakım verirken hangi duyguyu hissettiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz) Öfke Keder-üzüntü Korku Başarısızlık Suçluluk

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

13)Terminal dönemde yakınınız oldu mu? Evet Hayır

14)Terminal dönemdeki yakınınıza bakım verdiniz mi? Evet Hayır

EK 5. Palyatif Bakım Bilgi Testi

	PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Felsefe	Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.			
	Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.			
Ağrı	Ağrı yönetiminin hedeflerinden biri iyi bir gece uykusu alınmasını sağlamaktır.			
	Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.			
	Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal 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	Morfîn 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.			
	Morfîn, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.			
Gastrointestinal Problemler	Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.			
	Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.			
	İleri evre kanser hastalarında steroidler iştahı artırır.			
	Ölmek üzere olan hastalarda, intravenöz infüzyon ağız kuruluğunu azaltmada etkili olmayacaktır.			

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

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

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

EK 5. Palyatif Bakım Bilgi Testi Ters Kodlanan Maddeler (devam)

	PALYATİF BAKIM BİLGİ TESTİ TERS KODLANAN MADDELER
Felsefe	Palyatif bakım yalnızca küratif tedavi (ilaçla tedavi) imkânı bulunmayan hastalara verilmelidir.
	Palyatif bakım kanser tedavileriyle birlikte uygulanmamalıdır.
Ağrı	Kanser ağrıları orta şiddette ise, pentazosin* opioidden daha sık kullanılmalıdır.
	Opioidler düzenli olarak alındığında, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar kullanılmamalıdır.
	Opioidlerin uzun süre kullanımı çoğunlukla bağımlılığa yol açar.
Dispne	Opioidler düzenli olarak kullanıldığında, solunum depresyonu yaygın olarak görülecektir.
	Oksijen saturasyonu düzeyleri dispne ile ilişkilidir.
Psikiyatrik Problemler	Morfin, terminal dönemdeki kanser hastalarında çoğu kez deliryuma sebep olur.
Gastrointestinal Problemler	Kanserin terminal evresi erken evre ile karşılaştırıldığında, hastaların daha fazla kalori alımına gereksinimi vardır.
	Periferik intravenöz yol kullanılmayan hastalarda santral venöz yol kullanımı dışında herhangi bir seçenek yoktur.

EK 6. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt attitude toward care of the dying scale:FATCOD,Form B) <i>Ölmekte olan birey terminal hastalığı olan ve 6 ay ya da daha kısa süre yaşaması beklenen bireyler için kullanılmıştır. Aileden olmayan bakım verici ölmekte olan kişiye bakım veren, profesyonel ya da profesyonel olmayan kişi olup, hastaların ailesinden birisi değildir.</i>	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
1)Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir					
2)Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir					
3)Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım					
4)Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir					
5)Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim					
6)Aileden olmayan bakım vericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır					
7)Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakım süresinin uzun olması beni sıkabilir					
8)Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma umidini kaybederse üzülürüm					
9)Ölmek üzere olan kişi ile yakın bir ilişki kurmak zordur					
10)Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır					
11)Bir hasta “ölüyor muyum?” diye sorduğu zaman konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum					
12)Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır					
13)Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım					
14)Ölmekte olan bir kişiyle arkadaş olmaktan korkarım					
15)Bakım verdiğim kişi öldüğünde oradan kaçmak isteyebilirim					
16)Aileler ölmekte olan kişinin davranış değişikliklerini kabul etmede duygusal desteğe gereksinim duyarlar					
17)Hasta ölüme yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır					

EK 6. Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (devam)

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt attitude toward care of the dying scale:FATCOD,Form B) <i>Ölmekte olan birey terminal hastalığı olan ve 6 ay ya da daha kısa süre yaşaması beklenen bireyler için kullanılmıştır. Aileden olmayan bakım verici ölmekte olan kişiye bakım veren, profesyonel ya da profesyonel olmayan kişi olup, hastaların ailesinden birisi değildir.</i>	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
18)Aileler, ölmek üzere olan bireylerin kalan ömrünü en iyi şekilde geçirmesini sağlamakla ilgilenmelidir					
19)Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakımı hakkında karar vermesine izin vermemelidir					
20)Aileler, ölmek üzere olan yakınlarına mümkün olduğu kadar (çevrenin izin verdiği ölçüde) normal davranmalıdır					
21)Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi yararlıdır					
22)Bakım ölmekte olan bireyin ailesini de kapsamalıdır					
23)Bakım vericiler ölmekte olan bireyler için ziyaret saatlerinin esnek olmasına izin vermelidir					
24)Asıl karar-vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır					
25)Ölmekte olan birey söz konusu olduğunda kullanılacak ağrı kesici ilaçlara bağımlılık bir sorun olmamalıdır					
26)Terminal dönemde olan bireyin odasına girdiğimde onu ağlarken bulursam rahatsız olurum					
27)Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir					
28)Aileleri ölüm konusunda eğitmek aileden olmayan bakım vericilerin sorumluluğu değildir					
29)Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışır					
30)Aileden olmayan bakım vericiler hastaların ölüme hazırlanmasına yardım edebilirler					

Ek 7. Türkçe'den İngilizceye çevrilen PBBT'nin son halinin yazar Yoko Nakazawa'ya gönderilerek onayının alınması

permission request IMPORTANT INFORMATION ABOUT PCKT

Gelen Kutusu x



Ahmet Seven

Dear Yoko Nakazawa, I translated "The palliative care knowledge test " Turk...



Yoko Nakazawa <ynakazaw@ncc.go.jp>

Alıcı: bana ▾

Dear Ahmet Seven,

I apologise for the delay in replying to you.

I have confirmed the retranslation Englishi version.

It is not necessary to get my permission and please go on with your work.

I hope that your work goes well.

Thanks and regards,

Yoko Nakazawa, RN, MSH.

Center for Cancer Control and Information Services,

National Cancer Center

Tokyo, Japan

ynakazaw@ncc.go.jp

From: [Ahmet Seven](#)

EK 8. Görüşlerine Başvurulan Uzmanların Listesi

Doç. Dr. Dilek AYGİN	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Hicran YILDIZ	Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Doç. Dr. Neriman ZENGİN	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Doç. Dr. Pelin TANYERİ	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Tıbbi Farmakoloji AD
Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN	Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları AD
Doç. Dr. Ayşe ÇİL AKINCI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Yrd. Doç. Dr. Azime KARAKOÇ KUMSAR	Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Yrd. Doç. Dr. Feride YILMAZ	Cumhuriyet Üniversitesi Susehri Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD
Uzm. Dr. Ayfer ERDOĞAN	Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları AD
Dr. Füsun AVŞAR	Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bakım Hizmetleri Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Ahmet SEVEN
Doğum yeri ve tarihi : Sivas/ 1 Temmuz 1986
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Evli
Askerlik durumu : Yaptı
İletişim adresi ve telefonu : SAÜ Sağlık YO /02642956625
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yüksek Lisans	Cerrahi hastalıkları hemşireliği AD	Atatürk Üniversitesi	2012
Lisans	Hemşirelik	Dumlupınar Üniversitesi	2009

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Araş.Gör.	Sakarya Sağlık Yüksekokulu	2013-
Araş.Gör.	Kars Kafkas Sağlık Yüksekokulu	2011-2013
Hemşire/kalite performans direktörü	Sivas Kangal Devlet Hastanesi	2010-2011
Hemşire	Özel Sivas Anadolu Hastanesi	2009

IV- Mesleki Deneyimi

Araş.Gör.	Sakarya Sağlık Yüksekokulu	2013-
Araş.Gör.	Kars Kafkas Sağlık Yüksekokulu	2011-2013
Hemşire/kalite performans direktörü	Sivas Kangal Devlet Hastanesi	2010-2011
Hemşire	zel Sivas Anadolu Hastanesi	2009

V- ye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Seven A., Sert H, Aygin D. "Hemşirelikte Eleştirel Düşünmenin Yeri", II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi, 13-16 Mayıs , 2013 , SAKARYA **(zet Metin)**

Aygin D, Sert H, Cengiz Açıl H, **Seven A.** "Hemşirelerin Tamamlayıcı ve Alternatif Terapiler Hakkındaki Görüşleri", II. Uluslararası Katılımlı Kadın & Sağlık Kongresi, 13-16 Mayıs , 2013 , SAKARYA **(zet Metin)**

Seven A., Sert H. "2013 ESH/ESC Arterial Hipertansiyon Yönetimi Rehberi'ndeki Değişiklikler", 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 2-6 Ekim, 2013, Belek, ANTALYA **(zet Metin)**

Sert H, **Seven A.** (2013) Premenopoz diyabetik kadınlarda cinsel işlev bozukluğu: Klinik, metabolik, psikolojik, kardiyovasküler ve nörolojik ilişkiler .Androloji Bülteni. Vol.55- pp. 290 - (Güncel Makale zeti)

Sert H. , **Seven A.** (2014) Tip 2 diyabetli kadınlarda cinsel işlev bozukluğunun değerlendirilmesi. Androloji Bülteni. Vol.58- pp. 213

Seven A, Sert H, Aygin D. “Nurses’ altruism level”. Poster Abstract AA119, 7th Pan-Hellenic & 6th Pan-European Scientific & Professional Nursing Conference, Ioannina, Hotel Grand Serai, May 8-11, 2014 (**Özet metin**)

Sert H, Aygin D, **Seven A**, Açıl H, Çetinkaya S. “Evaluation of life quality and mental status of senior people: Pilot study”. Poster Abstract AA121, 7th Pan-Hellenic & 6th Pan-European Scientific & Professional Nursing Conference, Ioannina, Hotel Grand Serai, May 8-11, 2014 (**Özet metin**)

Sert H, **Seven A**. (2015). Sistemik sklerozlu evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu. (Güncel Makale Özeti) Androloji Bülteni. 17(61):152-153.

Sert H, **Seven A**, Olgun N. (2015). Virüsler obeziteye yol açar mı?. Diyabet Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu. 7(1):39-43

VII- Bilimsel Etkinlikleri

II. Uluslararası Katılımlı Kadın Ve Sağlık Kongresi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, 13-16 Mayıs 2013

15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 2-6 Ekim, 2013, Belek, ANTALYA

Özer N. , Karaman özlü Z., Gürçayır D. , Gümüş K. , **Seven A.**, ““Haydi Erzurum Organ bağıışı için el ele” Atatürk üniversitesi Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı ve Organ Nakli Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi , Organ Bağıışı Haftası, Erzurum AVM,7 kasım 2012(stand-eğitici)", 2012

VIII- Diğer Bilgiler