T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÖLMEKTE OLAN KANSERLİ HASTALAR VE AİLELERİNE BAKIM VEREN HEMŞİRELERE VERİLEN EĞİTİMİN HEMŞİRELİK BAKIMINA VE YAŞANILAN GÜÇLÜKLER ÜZERİNE ETKİSİ

Meltem AKBAŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI DOKTORA PROĞRAMI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevban ARSLAN

ADANA-2023

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÖLMEKTE OLAN KANSERLİ HASTALAR VE AİLELERİNE BAKIM VEREN HEMŞİRELERE VERİLEN EĞİTİMİN HEMŞİRELİK BAKIMINA VE YAŞANILAN GÜÇLÜKLER ÜZERİNE ETKİSİ

Meltem AKBAŞ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI DOKTORA PROĞRAMI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevban ARSLAN

ADANA-2023

KABUL ONAY

ETİK BEYANI

TEŞEKKÜR

Hemşirelik Esasları alanında yaptığım doktora çalışmamda bilimsel katkılarını ve desteklerini esirgemeyen, danışman hocam Prof. Dr. Sevban Arslan'a,

Bilimsel katkılarını ve destekleri için doktora tez izleme komitesi üyeleri Prof. Dr. Evşen Nazik ve Prof. Dr. Ahmet Doğanay'a,

Doktora çalışmamın ders aşamasında danışmanlığımı yapan, bilimsel katkılarını ve desteklerin esirgemeyen Prof. Dr. Gürsel Öztunç'a,

Her türlü desteklerini hissettiğim arkadaşlarım, Prof. Dr Şule Gökyıldız Sürücü, Dr. Öğr. Üyesi Melike Öztürk, Doç. Dr. Burcu Avcıbay Vurgeç, Doç. Dr. Ebru Yalçın Gözüyeşil, Doç. Dr. Deniz Akman Mutluay, Prof. Dr. Sultan Alan, Öğr. Gör. Ayseren Çevik, Araş. Gör. Damla Kısrık ve Arş. Gör. Güneş Arslan'a,

Her zaman yanımda olan ve desteklerini sürekli hissettiğim; canım arkadaşım, can dostum Zülfiye Tekin Taparlı'ya, komşularım, canlarım Özgül Yurdakul ve İngrid Eğilmez'e,

Doktora eğitimim süresince beni destekleyen canım ailem, eşim Turan Akbaş'a, oğlum İbrahim Akbaş ve eşi Pelin Akbaş'a, oğlum Ozan Akbaş ve eşi Aslıhan Akbaş'a, enerji kaynağım, canım torunum Nil Akbaş'a,

Çalışmamın katılımcılarına ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
ŞEKİLLER DİZİNİ ix
TABLOLAR DİZİNİ x
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ xi
ÖZET xiii
ABSTRACT xiv
1. GİRİŞ 1
1.1. Araştırmanın Amacı 3
1.2. Araştırma Hipotezleri 4
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. Kanser 5
2.2. Palyatif Bakım 5
2.3. Ölüm Süreci 6
2.3.1. Ölümün Aşamaları 7
2.4. Ölmekte Olan Hasta 9
2.5. Ölmekte Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı 10
2.5.1. Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Yaklaşık Sağ Kalım Sürelerinin Belirlenmesinde Dikkat Edilecek Noktalar (52). 12
2.5.2. Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar (52) 12
2.5.3. Ölmekte Olan Kanserli Hastalarda Görülen Belirtiler 13
2.5.4. Semptom Yönetimi 14
2.5.4.1. Dispne 14
2.5.4.2. Ajitasyon/Deliryum 14
2.5.4.3. Ağrı 15
2.5.4.4. Semptom Yönetiminde Öneriler (52). 17
2.5. Bakım Yönetimi 19
2.5.1. Ölmekte Olan Hastanın Bakımında Hemşirelik Sürecinin Uygulanması (16,49). 19

2.6. Ölmekte Olan Kanserli Hasta ve Ailesine Açıklama Yapma 22
2.7. Ölümden Önce ve Sonra Hastanın ve Ailenin Onuruna Saygı Duyma 23
2.7.1. Ölüm ve Postmortem Bakım 24
2.7.2. Hemşirelik Sürecinin Yas'a Uygulanması 25
2.8. Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler 29
3. GEREÇ ve YÖNTEM 33
3.1. Araştırmanın Tipi 33
3.2. Araştırmanın Zamanı 33
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 33
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 34
3.5. Veri Toplama Araçları 38
3.5.1. Hemşire Tanıtım Formu 38
3.5.2.1. ÖHBÖ'nin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması 39
3.5.2.1.1. Dil Eşdeğerliği 39
3.5.2.1.2. Geçerlik Analizleri 39
3.5.2.1.2.1. Kapsam (İçerik) Geçerliği 40
3.5.2.1.2.2. Yapı Geçerliği 42
3.5.2.1.2.2.1. ÖHBÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular 42
3.5.2.1.2.2.2. ÖHBÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Değerlendirilmesi 44
3.5.2.1.3. ÖHBÖ'nin Güvenirlik Analizleri 46
3.5.2.1.3.1. ÖHBÖ'nin İç Tutarlılık Analizleri 46
3.5.3. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği (ÖHGÖ) 50
3.5.3.1. ÖHGÖ'nin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması 51
3.5.3.1.1. Dil Eşdeğerliği 51
3.5.3.1.2. Geçerlik Analizleri 52
3.5.3.1.2.1. Kapsam Geçerliği 52
3.5.3.1.2.2. Yapı Geçerliği 54

3.5.3.1.2.2.1. ÖHGÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular 54
3.5.3.1.2.2.2. ÖHGÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Değerlendirilmesi 56
3.5.3.1.2.3. ÖHGÖ'nin Güvenirlik Analizleri 58
3.5.3.1.2.3.1. ÖHGÖ'nin İç Tutarlılık Analizleri 59
3.5.3.1.2.3.2. ÖHGÖ'nin Devamlılık/Süreklilik/Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi..... 62
3.6. Verilerin Toplanması 63
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 70
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 71
4. BULGULAR 72
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı. 72
4.2. Hemşirelerin ÖHBÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı. 74
4.3. Hemşirelerin ÖHGÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N:52). 77
5. TARTIŞMA 80
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartıması. 80
5.2. Hemşirelerin ÖHBÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışması. 80
5.3. Hemşirelerin ÖHGÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışması. 85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 88
KAYNAKLAR 90
EKLER 97
EK 1. Kişisel Bilgi Formu 97
EK 2: I. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (ÖHBÖ) 99
EK 3: II. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşire Güçlük Ölçeği 100

Ek-4: I. The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families 101
EK-5: II. The Nurse's Difficulty Scale for Dying Patients and Their Families 102
EK-6. ÖHBÖ ve ÖHGÖ Uzman Görüşleri Formu 103
EK-7: Ölçek Kullanım İzni..... 110
EK-8. Etik Kurul Kararı 113
EK-9: İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni..... 114
EK-10: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi İzin 116
EK-11. Aydınlatılmış Onam Formu..... 119
EK-12. Clinical Trials Protokol Kayıt Numarası 120
EK-13. Eğitim İçeriği 121
EK-14. ÖHBÖ'ne Ait CFA Modeli..... 136
EK-15. ÖHBÖ Madde Analizleri..... 137
EK-16. ÖHBÖ'nin Madde Frekansları..... 138
EK-17. ÖHGÖ'ne ait CFA modeli..... 139
EK-18. ÖHGÖ Madde Frekanslarinin Dağilimi 140
EK-19. ÖHGÖ'ne Ait Madde Analizi..... 141
ÖZGEÇMİŞ 142

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No: **Sayfa No:**

Şekil 2.1. Palyatif Bakım Süreci 6
Şekil 2.2. Yaşam Süresi Beklentisi. 10
Şekil 3.1. Tekrarlı ölçümler için örneklem hesaplaması 36
Şekil 3.2. ÖHAHBÖ'nin yamaç grafiği 44
Şekil 3.3. ÖHBÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Dağılımları 45
Şekil 3.4. ÖHGÖ'ne Doğrulayıcı Faktör Analizi Dağılımları 58
Şekil 3.5. Araştırmanın Akış Şeması (2. Aşama) 65
Şekil 3.6. Araştırmanın 2. Aşaması CONSORT Akış Diyagramı 68

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No:		Sayfa No:
Tablo 2.1.	Ölümün Yaklaştığını Gösteren Belirtiler	8
Tablo 2.2.	Yasın Aşamalarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri	9
Tablo 3.1.	Araştırmanın 1. Aşamasının Yapıldığı Yer ve Özellikleri	33
Tablo 3.2.	Araştırmanın 2. Aşamasının Yapıldığı Yer ve Özellikleri	34
Tablo 3.3.	Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N:130).	35
Tablo 3.4.	Randomizasyon Tablossu	37
Tablo 3.5.	HBÖ Ölçeğin Uzman Değerlendirme ve Kapsam Geçerliği Sonuçları	41
Tablo 3.6.	ÖHBÖ KMO ve Barlett Testine İlişkin Bulgular.	42
Tablo 3.7.	ÖHBÖ'nin Faktörlerinin Varyans Açıklama Oranları	43
Tablo 3.8.	ÖHBÖ'ne Ait Uyum İndeksleri (71)	45
Tablo 3.9.	ÖHBÖ Madde-Toplam Puan Korelasyonları	47
Tablo 3.10.	ÖHBÖ'nin Madde Ortalamaları Analizi	48
Tablo 3.11.	ÖHBÖ'nin Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri	48
Tablo 3.12.	ÖHBÖ ve Alt Boyutlarını Oluşturan Maddelerin Dağılımı	49
Tablo 3.13.	ÖHBÖ Test-Tekrar Test Skorlarının karşılaştırılması	50
Tablo 3.14.	ÖHGÖ Ölçeğin Uzman Değerlendirme ve Kapsam Geçerliği Sonuçları	53
Tablo 3.15.	ÖHGÖ KMO ve Barlett Testine İlişkin Bulgular.	54
Tablo 3.16.	ÖHGÖ'nin Faktörlerinin Varyans Açıklama Oranları	55
Tablo 3.17.	ÖHGÖ'ne ait uyum indeksleri	57
Tablo 3.18.	ÖHGÖ Madde-Toplam Puan Korelasyonları	60
Tablo 3.19.	ÖHGÖ'nin Madde Ortalamaları Analizi	60
Tablo 3.20.	ÖHGÖ'nin Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri	61
Tablo 3.21.	ÖHGÖ'nin Alt Boyutlarını Oluşturan Maddelerin Dağılımı	62
Tablo 3.22.	ÖHGÖ Test-Tekrar Test Skorlarının karşılaştırılması	63
Tablo 3 23.	Araştırmanın Akış Şeması (1. Aşama).	64
Tablo 3 24.	Hemşirelik Girişimi Uygulama Tablosu	67
Tablo 3 25.	Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi	69
Tablo 4.1.	Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı	73
Tablo 4.2.	Hemşirelerin ÖHBÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı.	76
Tablo 4.3.	Hemşirelerin ÖHGÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	79

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

AÇDH : Adana Çukurova Devlet Hastanesi

AFA : Açıklayıcı Faktör Analizi

AMOS : Moment Yapılarının Analizi (Analysis of Moment Structures)

ASDH : Adana Seyhan Devlet Hastanesi

AŞEAH : Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ATS : Tekrarlı ölçümler ANOVA test istatistiği

AYDH : Adana Yüreğir Devlet Hastanesi

CFI : Karşılaştırılmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)

CPDPHPG : Care Plan for the Dying Person: Health Professional Guidelines

CPR : Kardiopulmoner Resüsitasyon

CRP : C-reaktif protein

ÇÜTFBH : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

DFAD : Doğrulayıcı Faktör Analizi

Dk. : Dakika

DNR : Do Not Resuscıtate

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GCO : Global Cancer Observation

HBO : Hemşirelik Bakım Ölçeği

HGO : Hemşire Güçlük Ölçeği

KGO : Kapsam Geçerliği Oranları

KMO : Kaiser-Meyer-Olkin

LD-F1-LD : faktöriyel dizaynda tekrarlı ölçümler için nonparametrik test

N : Sayı

n : Sayı

NCD : The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families

NDD : The Nurse's Difficulty Scale for Dying Patients and Their Families

NICE : National Instutute Health and Care Excellence

NIH : National International Health

NSAID : Nonsteroid Anti İnflamatuar İlaçlar

NRS : Sayısal Derecelendirme Skalası

ort/med **:** ortalama/medyan

ÖHBÖ **:** Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği

ÖHGÖ **:** Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği

p **:** Anlamlılık düzeyi

p*= **:** Kesin test p değeri

p<0,05 **:** Anlamlılık düzeyi

PBHUUEHY **:** Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

RMSEA : Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması (Root Mean Square Error of Approximation)

SC : Sübkütan

SİY **:** Sağlık İstatistikleri Yıllığı

SPSS **:** Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Package for the Social Sciences)

SRMR **:** Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması İndeksi (Standardized Root Mean Square Residual)

SSVD **:** Sezaryen sonrası vajinal doğum

t **:** Bağımsız örneklem t test istatistiği

t* **:** Bağımlı örneklem t test istatistiği

TKİ **:** Türkiye Kanser İstatistikleri

TÜİK **:** Türkiye İstatistik Jurumu

U **:** Mann Whitney U test istatistiği

UKAA **:** Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

VAS :Görsel Analog Skalası

VRS : Sözel Derecelendirme Skalası

W **:** Wilcoxon test istatistiği

WHO **:** World Health Organisation

WTS **:** Wald Tipi test istatistiği

X2/Sd **:** Ki-kare/ Serbestlik Derecesi

X^2= **:** Ki kare test istatistiği

ÖZET

Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelere Verilen Eğitimin Hemşirelik Bakımına ve Yaşanılan Güçlükler Üzerine Etkisi

Bu araştırma, "Ölmekte Olan Kanserli Hastalara ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelere Verilen Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi'nin, hemşirelik bakımına ve yaşanan güçlükler üzerine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü, deneysel tipte yapıldı.

Araştırma, 1 Ekim-31 Aralık 2022 tarihleri arasında Adana'da onkoloji ve palyatif bakım klinikleri bulunan hastanelerde çalışan hemşirelerle yapıldı. Örneklemi, 52 hemşire oluşturdu. Etik kurul onayı, hastanelerden izin, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı. Veriler, Hemşire Tanıtım Formu, Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (ÖHBÖ) ve Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği (ÖHGÖ) ile toplandı. Analizler, IBM SPSS V25 Software ve R Studio ile gerçekleştirildi. Kritik anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak alındı.

Araştırmada, hemşirelerin ÖHBÖ ön test toplam puan ortalaması 42,38±4,78 ve son test puan ortalaması 52±3,7, ÖHGÖ ön test toplam puan ortalaması 31,63±6,1, son test puan ortalaması 21,2±6,2 olarak belirlenmiştir. ÖHBÖ ve ÖHGÖ toplam ön ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Hemşirelere verilen "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi'nin" hemşirelerin ölmekte olan kanserli hastalara verdikleri hemşirelik bakımının kalitesini arttırdığı ve hemşirelerin bu hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükleri azalttığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: **Bakım, Eğitim, Hemşire, Ölmekte Olan Hasta.**

ABSTRACT

The Effect of Training Given to Nurses Caring for Dying Cancer Patients and Their Families on Nursing Care and Difficulties

This study was conducted in a randomized controlled experimental type to determine the effect of nursing care and coping with difficulty training given to nurses caring for dying cancer patients and their families on nursing care and difficulties experienced.

The research was conducted with nurses working in hospitals with oncology and palliative care clinics in Adana between October 1 and December 31, 2022. The sample consisted of 52 nurses. Ethics committee approval, permission from the hospitals, and informed consent were obtained from the participants. Data were collected using the Nurse Identification Form, the Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families (NCD), and the Nurse Difficulty Scale for Dying Patients and Their Families (NDD). Analyzes were performed with IBM SPSS V25 Software and R Studio. The critical significance value was taken as $p<0.05$.

In the study, nurses' pre-test mean score of NCD was 42.38±4.78 and post-test mean score was 52±3.7, mean pre-test total score of nurses was 31.63±6.1, post-test mean score was 21.2±62. There is a statistically significant difference between the pre-test and post-test mean scores of the total NCD and NDD scores ($p<0.05$).

It was determined that the "Nursing Care and Coping Training for Nurses Caring for Dying Cancer Patients and Their Families" given to nurses increased the quality of nursing care given by nurses to patients with dying cancer and reduced the difficulties experienced by nurses while caring for these patients.

Keywords: **Care, Dying Patient, Nurse, Training**

1. GİRİŞ

Kanser, kontrolsüz büyüme ve anormal hücre bölünmesi ile karakterize, bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkileyen kronik ve ölümcül bir hastalıktır (1,2). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (UKAA) 2020 kanser istatistiklerine göre dünyada, 19,3 milyon yeni vaka ve 10,0 milyon ölüm, Türkiye'de ise 233 bin yeni vaka, 126 bin ölüm olduğunu ve küresel kanser yükünün 2040 yılında %47 artışla 28,4 milyon olacağını bildirmektedir (1,2) Görülme sıklığı her geçen gün artan kanserin, bilim ve teknolojideki ilerlemelere bağlı olarak erken tanı ve tedavisindeki ilerlemeler beklenen sağ kalım süresini artırmış ve kanser nedeni ile ölüm oranlarında düşmelere neden olmuştur (3). Sağlık İstatistikleri Yıllığı (SİY) 2021 verilerine göre ülkemizdeki kanser nedeni ile ölümler 2019 yılı için %18,39, 2020 için %15,71 ve 2021 yılı için %13,99 olarak açıklanmıştır (4) Ancak, kanser günümüzde ölümcül hastalıklar arasında dünyada ve ülkemizde ikinci sıradadır (5,6)

Kanser toplum tarafından halen ölüm ile eşdeğer görülen ve uzun süreli tedavi ve bakıma gerektiren bir hastalıktır (7,8). Bu nedenle kanser, teşhisinden son evreye kadar hastalar ve aileleri için ciddi stres yaratan, vücudun tüm dengesini bozan bir hastalıktır (5). Kanser hastalarının tanı aşamasında şok olma, inanmama, hastalığı yok sayma, isyan etme ve kaygı, etiketlenme ve günlük alışkanlıkları değiştirme, tedavi aşamasında ise öfke, dış görünüme ilişkin problemler, umutsuzluk ve uykusuzluk gibi psikolojik sorunlar, başkalarına bağımlı olma, mesleki yaşamda performans eksilmesi, ailedeki sorumluluklarını yerine getirememe ve sosyal ilişkilerinin daralması gibi sosyal sorunların yaşadıkları bildirilmektedir (9). Bu durum hastanın hastalıkla başa çıkma sürecini olumsuz etkilemektedir (6,10). Ayrıca bakım rolünü üstlenen kanser hastası yakınlarının da günlük hayatının ve rutinlerinin bozulmasına sebep olmakta, aile bireylerinin hayat akışında rol kaybı veya rol değişikliği yaratabilmektedir ve psiko-sosyal iyilik halleri olumsuz etkilenmektedir (5,6,8,10,11,12,13).

Ölmekte olmak, ölümün yakın olduğu ve muhtemelen saatler, günler veya çok nadiren haftalar içinde gerçekleşeceği yaşamın son aşamasıdır (14). Ölmekte olan hasta ise hastanın fizyolojik fonksiyonlarının zayıfladığı, ölümün yakın olduğu ve muhtemelen saatler, günler veya çok nadiren haftalar içinde gerçekleşeceği yaşamın son aşamasındaki hasta olarak tanımlanabilir (14,15,16,17). Ölmekte olan hastalar için

bakımın temel amacı, rahat, huzurlu ve ağrısız bir şekilde bireylerin yaşamlarının sona ermesidir (18). Bu aşamadaki hemşirelik bakımı, hem hastalar hem de aileleri için bakım vermenin yükünü, sevilen birini kaybetmenin verdiği yası, karar vermeyi ve diğer endişeleri içeren kapsamlı bir yaklaşım gerektirir (9,18). Ölmekte olan kanserli hastaların bakımında hemşireler, hemşirelik sürecine göre bakımı planlar ve uygular. Hemşireler, ölüme ait semptomların başladığı çoğunlukla son 48-72 saatte semptomlara yönelik tedavi ve hemşirelik bakım planları tekrar gözden geçirilir, multidisipliner bir yaklaşımla invaziv ve ağrılı yöntemlerden kaçınarak hastanın sakin, mutlu ve onurlu bir ölüm süreci yaşamasını sağlamaya çalışır. Ayrıca hemşireler, ailenin veda sürecini en az travma ile atlatması, planlanan tedavi ve yapılacak hemşirelik bakımı, gelişebilecek akut semptomlar hasta ve yakınları ile paylaşılarak bilinç ve duygusal olarak hazırlanmaları sağlanır (19).

Kanserli hastalar, hastanede, evde ya da hospis ünitelerinde ölmekle birlikte (20). literatürde kanser ölümlerinin çoğunun hastanede meydana geldiği bildirilmektedir (4,14,20,21,22,23) Bu durum göz önünde bulundurulduğunda hemşireler hastanelerde özellikle onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde ölmekte olan kanserli hastalarla sıkça karşılaşmakta, bu hastalara ve ailelerine bakım vermektedirler (2,5,24). Bu dönem hem hasta ve hem de hasta yakınları açısından oldukça kaygı ve üzüntü vericidir. Bununla birlikte, hastanelerde ölen hastalar genellikle dindirilmemiş ve kötü tedavi edilmiş fiziksel, duygusal ve ruhsal sıkıntı yaşarlar**.** Ayrıca, aile üyeleri genellikle hastanın ölümünden önce veya sonra istenen desteği ve etkili iletişimi alamazlar**.** Tüm bakım ortamlarında ölmekte olan kanser hastalar ve ailelerinin bakımı, özel bilgi ve beceri gerektirdiği için bu alanda uzmanlaşmış, içinde hemşirenin de bulunduğu multidisipliner bir ekip tarafından yürütülmelidir (9,18,25).

Dünyada ve ülkemizde yapılan çeşitli yasal düzenlemelerle palyatif bakım üniteleri açılmakta, hemşirelere palyatif bakım konusunda eğitim ve sertifika verilmesine ilişkin girişimler sürdürülmektedir. Ancak, ölmekte olan kanserli hastaların bakımına ilişkin sertifikalı eğitim verilmediği ve hemşirelik lisans eğitiminde sadece bir konu olarak ölüm kavramının ele alındığı görülmektedir (26,27,28)

Literatür incelendiğinde, ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin yeterli bilgi, beceri, tutum ve güvene sahip olmadıkları (14,15,16,20,29), en çok hasta ve yakınlarıyla iletişim (30), tedaviyi reddetme ve hasta yakınlarının

tutumlarına ilişkin güçlük yaşadıkları görülmüştür (31). Öğrenci hemşirelere ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin verilen eğitimin bilgi düzeyini artırdığı (26), hemşirelerin cinsiyeti ve yaşam sonu bakım bilgisi/eğitim almalarının, hemşirelerin ölüme karşı tutumlarını anlamlı olarak etkilediği (32) görülmüştür.

Ölmekte olan hastanın bakımı, hastayı, ailesini ve hemşireleri, psikolojik ve fizyolojik olarak zorlamaktadır (26) Ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin, ölüm, ölmekte olan kanserli hastaların belirlenmesi, hasta ve ailesinin bakımı ve yaşanan güçlüklere ilişkin yeterli bilgi, beceri, tutum, güven ve donanıma sahip olması gerekir (2,16,24).

Ulusal ve uluslararası düzeyde, ölmekte olan kanserli hastalara verilen hemşirelik bakımı ve yaşanan güçlüklerle ile ilgili olarak yapılan çalışmalar en çok hemşireler (33,34,35,36) olmak üzere öğrenci hemşireler (37,38) hekimler (35) ve hastalarla (39). yürütülmüştür. Ülkemizde, hemşirelerle ölmekte olan hastaların bakımına ilişkin yapılan çalışmalarda veriler genellikle palyatif bakım kliniklerinden ziyade onkoloji kliniklerinde ve yoğun bakım ünitelerinden (29,32) toplanmıştır. Bu araştırmalarda konuya özel bakım ve yaşanan güçlükler ölçeği gibi özel ölçekler yerine araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formları, yarı yapılandırılmış soru formları (38), ve ölmekte olan hastaların bakımına ilişkin tutum ölçekleri (39) ile toplanmıştır. Çalışmalar nicel (40) ve nitel desende (31,36,38) ve tanımlayıcı niteliktedir (31,39,40,41,42,43) Dünya genelinde yapılan literatür çalışmasında Türkçe geçerlik güvenirliğini yaparak araştırmamızda kullandığımız Kanno ve arkadaşları tarafından 2018'de geliştirilen Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği ve Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği ile henüz başka bir çalışma yapılmamış ve başka dillere çevrilmemiştir (33). Bu yüzden bu araştırma literatüre ölmekte olan hastalara verilen hemşirelik bakımını ve bu bakımı verirken hemşirelerin yaşadığı güçlükleri ölçen bir ölçek kazandıracağı ve bu konuda hemşirelere verilen eğitimin etkisini ölçeceği için özgün değer taşımaktadır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, ölmekte olan kanserli hastalara ve ailelerine bakım veren hemşirelere verilen hemşirelik bakımı ve yaşanan güçlüklerle başetme eğitiminin

hemşirelik bakımına ve yaşanan güçlükler üzerine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel tipte yapıldı.

1.2. Araştırma Hipotezleri

$H0_1$: Deney ve kontrol grubunun "Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği" son test puanları arasında anlamlı fark yoktur.

$H1_1$: Deney ve kontrol grubunun "Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği" son test puanları arasında anlamlı fark vardır.

$H0_2$: Deney ve kontrol grubunun "Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği" son test puanları arasında anlamlı fark yoktur.

$H1_2$: Deney ve kontrol grubunun "Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği" son test puanları arasında anlamlı fark vardır.

1.3. Araştırmanın Varsayımı

Deneysel işlem dışında bağımlı değişkenleri etkileyeceği düşünülen değişkenlerin her iki grupta benzer olduğu varsayıldı. Bu varsayımdan hareketle gözlemlerime dayanarak gruplarda herhangi bir etkileşim olmadığı kabul edildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

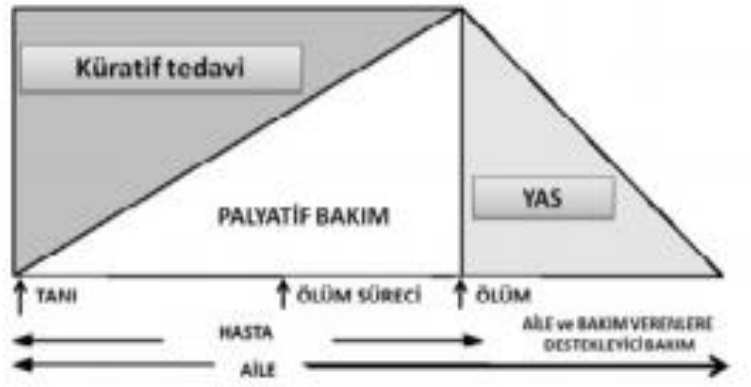
Kanser, vücuttaki bazı hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyüyerek vücudun diğer bölgelerine yayıldığı bir hastalıktır (1). Kanserli hücrelerin vücuttaki yakın veya uzak yerlere yayılmasına metastaz denir ve kanserden ölümün önemli bir nedenidir. 100 den fazla kanser çeşidi vardır (1,44). UKAA,_2020'de yayınladığı küresel kanser istatistiklerinde **d**ünya'da, 19,3 milyon yeni kanser vakası olduğu, 10,0 milyon kişinin kanserden öldüğü, her 5 kişiden birinin yaşamı boyunca kansere yakalandığı, her 8 erkekten 1'inin ve her 11 kadından 1'inin kanser nedeniyle yaşamını yitirdiği ve dünya çapında, 5 yıllık kanser prevalansının 50,6 milyon olduğu açıklanmıştır (2) Kanser, dünya çapında, her bölgede önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Küresel kanser yükünün 2040'ta %47 artışla 28,4 milyon olmasının beklendiği ve küreselleşme ve ekonomi ile ilişkili risk faktörlerinin artmasıyla kanserin daha da artacağı bildirilmiştir (2) Ülkemizde yeni vaka sayısı 233 834, her 100 bin kişi başına düşen vaka sayısı ise 231.5 olarak bildirilmiştir (2). Türkiye kanser insidansı dünya insidansının bir miktar üzerinde seyretmektedir (2).

Kanser ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (45,46) İleri evre kanser hastalarının yaşam beklentilerini artıran tedavilerdeki ilerlemelere rağmen 2030 yılında kanser nedeni ile ölümlerin birinci sırada olacağı ve ölüm oranlarının da iki katına çıkacağı bildirilmektedir (1,45,46). Kanser yükünün bu hızlı artışı, gelecekte tüm dünyada çok sayıdaki kanser hastasının tedavisi ve bakımında önemli bir çok sorunun yaşanmasına neden olacaktır (45). Kanserli hastalar, hastane de evde ya da hospiz ünitelerinde ölmektedirler (20). Literatürde Ölümcül kanser hastaların ve yakınlarının çoğunluğunun evde ölmeyi tercih etmesine rağmen, hastaların büyük bir çoğunluğunun hastanelerde öldükleri bildirilmektedir (20,21,22,23) Ülkemizde 2020 yılı verilerine göre ölümlerin %14,0'ı kanserler nedeniyle gerçekleşmiştir (46).

2.2. Palyatif Bakım

Palyatif bakım, ilerleyici, tedavisi olmayan, ölümcül hastalıklarda yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir bakım sistemidir (19). DSÖ'ne göre palyatif bakım,

yetişkin ve pediatrik hastaların ve ailelerinin yaşamı tehdit edici hastalıklarla ilişkili problemlerle karşı karşıya kalmasının önlenmesi ve rahatlatılmasıdır (47). Palyatif bakım ile fiziksel, psikososyal veya manevi nedenlerle ortaya çıkabilecek ağrı veya diğer problemler, doğru değerlendirilerek teşhis ve tedavi edilir, hastanın acı çekmesi önlenir (47). Bu problemler, hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi sıkıntılarını ve aile üyelerinin psikolojik, sosyal ve ruhsal sıkıntılarını içerir (47). Palyatif bakımda amaç, yaşam kalitesini artırmak, yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Palyatif bakım tanı konduğu andan itibaren başlar, ailenin, arkadaşlarının ve bakım verenlerin yas sürecinin sonuna kadar devam eder (19).



Şekil 2.1. Palyatif Bakım Süreci (48).

Palyatif bakım ekibi, doktor, hemşire, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, terapist, din adamı, eczacı, gönüllüler ve sivil toplum kuruluşlarından oluşur (49). Palyatif bakımda amaç, yaşam kalitesini artırmak, yaşamdan ölüme geçişi kolaylaştırmaktır. Palyatif bakım tanı konduğu andan itibaren başlar, ailenin, arkadaşlarının ve bakım verenlerin yas sürecinin sonuna kadar devam eder (19).

2.3. Ölüm Süreci

Ölmek bir süreçtir (16). Ölme süreci, dünyadaki fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal yaşamın sona ermesini içerir. Ölme süreci, bir kişinin içinden geçtiği ve sonunda ölümle sonuçlanan geçiştir (16).

2.3.1. Ölümün Aşamaları

a. Aktif ölüm, hastanın fizyolojik fonksiyonlarının azaldığı, yakın ölümden önceki saatler ve günlerdir (15) Bu süreçte semptomlar, hastada ölümden aylar, haftalar, günler veya saatler önce görülebilir ve kişiden kişiye değişebilir (16). Belirtiler, ağrı, dispne, yorgunluk, öksürük, idrar kaçırma, bulantı ve kusma, depresyon, anksiyete ve epileptik nöbetler şeklindedir. Bu aşamada, hemşireler semptom yönetimine ve hasta ve yakınlarına duygusal destek sağlar. Aileyi ve hastayı ne bekleyecekleri konusunda açıklamalarda bulunur. Hastanın durumu değiştikçe hasta yakınlarına yazılı materyaller verilerek sık sık hastanın durumu açıklanır. Ölümün yaklaşmakta olan aşamalarını öngörerek aileye rehberlik edilir (15,49,50).

b. Geçiş aşaması, aktif olarak ölme evresi ile yaklaşan ölüm evresi arasındaki süreyi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu evrede, hastalar son yolculuklarına hazırlanırken çevrelerindeki fiziksel dünyadan çekilmeye başlarlar. Belirtiler, yaşam aktivitelerinde azalması, başkalarıyla iletişim ve etkileşimde azalma, hipoksi, asidoz veya metabolik süreçlerdeki değişikliklere bağlı halüsinasyonlar şeklindedir. Hemşire, loş ışık sağlayarak ve alarmları ve diğer sesleri en aza indirerek hastanın ortamını hastayı rahatsız etmeyecek şekilde düzenler (15,50).

c. Yakın ölüm, hasta, ölme sürecinin son aşamasındadır ve ölüm artık her an gerçekleşebilir. Tüm bireylerde her semptom ortaya çıkmadığı gibi semptomlar belli bir sırayı da izlemeyebilir. Bu aşamada, vücut kapanma sürecine girer, sıklıkla çoklu organ yetmezliği meydana gelir, hasta tepkisizleşir ve uyuyormuş gibi görünebilir. Ölümden 1 hafta önce görülebilen erken belirtiler, bilinç kaybı, Palyatif Performans Skalası ≤%20 (yani yatağa bağlı, tamamen bağımlı, yiyecek alımı minimum veya sıfır) sıvılar için disfaji şeklindedir (15,49,50).

Tablo 2.1. Ölümün Yaklaştığını Gösteren Belirtiler (15,49,50)

Sistemler	**Belirtiler**
Kardiyovasküler	Soğuk, nemli cilt, ekstremitelerde lekeler, taşikardi veya aritmi, radyal arterden nabızın alınamaması
Kas-iskelet	Yürüyememe, hareket edememe veya yatakta dönememe, göz bebeklerinde tepki olmaması, göz kapaklarını kapatamama, burun kıvrımlarının sarkması
Nörolojik	İletişim güçlüğü, kafa karışıklığı, huzursuzluk, ajitasyon, uyuşukluk, halüsinasyonlar
Solunum	Hızlı solunum, salgıları çıkarmada güçlük, Cheyenne-Stokes solunum, gürültülü solunum Ölüm çıngırağı
İdrar	İdrar çıkışında azalma, 2 saatte <100 ml idrar çıkışı, koyu renk idrar

Tablo 2.1' deki belirtilerin olduğu hastalarda 3 gün içinde ölüm oranı %94'tür. Ölme süreci her birey için farklıdır. Aileler genellikle ölümün ne zaman gerçekleşeceği konusunda kesin bir zaman dilimi isterler. 24 saat içinde ilerlemeyi gösteren bu işaretler olsa da, belirli bir zaman çizgisi tahmin edilemez. Bazı hastalar, ölümün ne zaman gerçekleşeceğini içgüdüsel olarak biliyor gibi görünmektedir. Bu sırada hemşireler, hasta ve/veya aile üyeleri için kutsal olan dini uygulamaların ve inançların farkında olmalıdır. Hasta ve hasta yakınlarının tercihlerine göre manevi rahatlık sağlanmalıdır. Aile üyelerinin, sevdikleri hastadan ayrılırken, af dilemek, affetmek, teşekkür etmek, sevdiğini ifade etmek ve veda etmek gibi talepleri olabilir. Bunlar için aile üyelerine ortam sağlamalıdır (49,50). Ölüm fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal bir olaydır. Sevdikleri hastanın hayatının son haftalarına, günlerine, saatlerine ve dakikalarına tanık olan aile üyeleri, ölümü tüm yaşamları boyunca hatırlayacaktır. Ölüm süreci (nerede ve kiminle) ve ölüme hazırlık (gelişmiş direktifler, cenaze düzenlemeleri) ile ilgili tercihler de dahil olmak üzere, hasta tercihleri göz önünde bulundurularak ortam sağlanır (49,50).

d. Ölüm, klinik ölüm, kalp atışı durduğunda kan dolaşımı ve solunum da durmasıdır. Biyolojik ölüm ise klinik ölümle birlikte, tüm organ ve dokuların canlılığını irreversıbl olarak kaybetmesidir (15,16,49,50,51). Ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin hastalara ve ailelerine uygun şekilde bakım verebilmeleri ve destekleyebilmeleri için ölümün aşamalarını anlamaları ve uygun hemşirelik girişimlerinde bulunabilmeleri önemlidir (Tablo 2.2), (16,49).

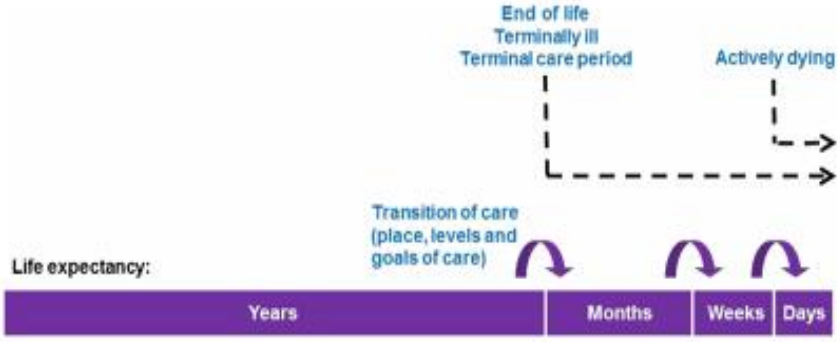
Tablo 2.2. Yas Aşamalarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri (16,49)

Yas Aşamaları	Hemşirelik Girişimleri
İnkar	Hastaların endişelerini aktif olarak dinleyin ve gerektiğinde destek sağlayın Tıbbi açıdan gerçekçi olmasa bile hastaların düşünce ve fikirlerine karşı duyarlı olun Hastalara anlaşıldıklarını ve kabullenildiklerini hissettirin Hastanın öfkesine maruz kalabilecek aileyi eğitin ve destekleyin Onlara bunun sürecin normal bir parçası olduğunu ve hastanın yaklaşan ölüme kızdığını ve acısını en yakınlarından çıkardığını söyleyin.
Kızgınlık	Hastanın öfkesine kabul edici ama kışkırtıcı olmayan bir şekilde yanıt verin ve öfkenin hemşire de değil, durumdan kaynaklandığının olduğunun farkına varın. Hastaya aşırı neşeli olmadan hoş bir şekilde yaklaşın.
Pazarlık	Hasta Tanrı veya maneviyat konusunu gündeme getirirse, aktif dinleme ve duygusal destek sağlayın Bunu yapmakta rahatsanız ve istenirse hastayla birlikte dua edin. Klişelerden kaçının; hastaları "neşelenmeye" veya "iyi tarafından bakmaya" teşvik etmeyin
Depresyon	Yaptığınız hiçbir şeyin yaklaşmakta olan ölümlerini ortadan kaldıramayacağının ve eylemlerinizin hastalar için sözlerinizden daha anlamlı olabileceğinin farkına varın. Aileyi bu aşama hakkında eğitin ve sevdiklerini neşelendirmeye çalışmanın yardımcı olmayabileceğini bilmelerini sağlayın. Bunun yerine, hastayı neşelendirmeye çalışmadan aileyi destekleyici olmaya teşvik edin. Hastalar, hastayla sessizce oturmak, elini tutmak, sırtını hafifçe okşamak gibi daha sözel olmayan iletişim biçimlerinden fayda görebilir.
Kabul	Hastaların ihtiyaçlarını tahmin etmeye devam edin ve endişeleri giderin Hasta ve ailesine duygusal destek sağlamaya devam edin

2.4. Ölmekte Olan Hasta

Ölmekte olmak, ölümün yakın olduğu ve muhtemelen saatler, günler veya çok nadiren haftalar içinde gerçekleşeceği yaşamın son aşamasıdır (14). Ölmekte olan hasta ise hastanın fizyolojik fonksiyonlarının zayıfladığı, ölümün yakın olduğu ve muhtemelen saatler, günler (48-72 saat) veya çok nadiren haftalar içinde gerçekleşeceği

yaşamın son aşamasındaki hasta olarak tanımlanabilir (Şekil 2.2), (14,15,16,17). Yaşamın son saatlerinde, günlerinde veya nadiren haftalar içindeki bakımın amacı, hastanın rahatlığını ve saygınlığını sağlamaktır (17). Yaklaşan ölüm (Impending death) veya aktif (actively dying) olarak ölmek, 3 gün içinde ölmesi beklenen hastaların bir dizi semptom sergilediği süreci ifade eder (1,50). Ölmekte olan hasta (dying patient) ve aktif ölüm (aktively dying) kavramları literatürde benzer anlamlarda kullanılmaktadır. Ayrıca, Literatürde, yaşamın sonu, terminal hasta ve terminal bakım dönemi benzer anlamda kullanılmaktadır. Oysa bu kavramlar, aylarca veya daha az süre devam eden ilerleyici, yaşamı sınırlayıcı hastalıklar için kullanılan kavramlardır (15) ve ölümcül hastalığın ilerleyerek vücut fonksiyonlarını bozduğu yaklaşık son 6 aylık dönemi kapsar (18,52).



Şekil 2.2. Yaşam Süresi Beklentisi (15).

Ölüme ait semptomların başladığı son 48-72 saatte invaziv ve ağrılı yöntemlerden kaçınılarak hastanın sakin, mutlu, saygın ve onurlu bir ölüm süreci yaşaması, ailenin veda sürecini en az travma ile atlatması amaçlanır (19).

2.5. Ölmekte Olan Kanserli Hastanın Hemşirelik Bakımı

Ölmekte olan kanserli hastanın hemşirelik bakımı, yaşamın son günlerinde veya saatlerinde (48-72) hastaya verilen bakımdır (17). Ölmekte olan kanserli hastanın bakımında, ölüme ait semptomların başladığı çoğunlukla son 48-72 saatte semptomlara yönelik tedavi ve hemşirelik bakım planları tekrar gözden geçirilir, multidisipliner bir yaklaşımla invaziv ve ağrılı yöntemlerden kaçınılarak hastanın sakin, mutlu ve onurlu bir ölüm süreci yaşaması, ailenin veda sürecini en az travma ile atlatması sağlanır (19). Planlanan tedavi ve yapılacak hemşirelik bakımı, gelişebilecek akut semptomlar hasta

ve yakınları ile paylaşılarak hastanın ve hasta yakınlarının bilinç ve duygusal olarak ölüme hazırlanmaları sağlanır (19). Ölüme yaklaşan hastalar için bakımın temel amacı, rahat, huzurlu ve ağrısız bir şekilde bireylerin yaşamlarının sona ermesinin sağlanmasıdır. Bu dönem hem hasta, hem de hasta yakınları açısından oldukça kaygı ve üzüntü verici bir dönemdir. Bu nedenle ölmekte olan hastanın bakımı uzmanlık gerektiren bir bakım olması nedeni ile içinde hemşirenin de olduğu multidisipliner bir ekip tarafından verilmelidir (18,19).

Ölümün yaklaştığını anlamak, hastanın, hasta yakınlarının ve sağlık ekibinin hastanın aktif olarak ölme aşamasına hazırlanmasını sağlar (14,16,19,26) Hemşireler, hemşirelik bakımının çeşitliliği, hastaya yakınlığı, ihtiyaca yanıt vermesi ve birlikte geçirilen sürenin diğer sağlık çalışanlarına göre daha uzun olması nedeniyle ölmekte olan hastanın bakımında önemli bir role sahiptirler. (1,14,17,52,) temel hemşirelik rolleri, hastadaki fiziksel değişiklikleri yönetmeyi, ailelere ölüm sürecine uyum sağlamada rehberlik etmeyi ve desteklemeyi, ölümün tanınmasını, ölüm anını ve sonrasını yönetimini içerir (1,26,52) Ölmekte olan hastalar için hemşirelik bakımın amaçları, yaşam kalitesini artırmak, ağrıyı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmak ya da ortadan kaldırmak, rahatını sağlamak, kişisel, kültürel ve manevi değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı bakım vermek, bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmek, psikolojik ve anlama, algılama ile ilgili sorunlarını gidermek, dini ve manevi destek sağlamak, aile veya diğer yakınları ile iletişim kurmak ve sürece ilişkin bilgilendirmek, hasta ve ailesini bakım planına dahil etmek ve görüşlerini almak ve saygıdeğer ya da onurlu bir şekilde ölüme geçişi sağlamaktır (1,18,52).

Hastalar, ölüm sürecinden korkma, terk edilme korkusu, bilinmeyenden korkma, ölüm bilincine yaklaşma ve geri çekilme gibi benzer psikolojik ve duygusal tepkiler yaşararlar (49). Ölmek bireyselleştirilmiş bir deneyimdir (16,49). Ölmek üzere olduğunu bilen hastalar genellikle son günlerini ve saatlerini nerede geçirmek istediklerini bildirirler. Ölmekte olan kanserli hastanın bakımını yapan hemşirenin, hastanın yaşamının sonuyla ilgili isteklerini savunması ve yerine getirilmesini sağlaması gerekir. Hemşireler, hastanın korkularını ele almada ve semptomlarını tercihlerine göre yönetmede vazgeçilmez sağlık çalışanlarıdır (49). Ölmekte olan kanserli hastaya bakım veren hemşire, hasta ve ailesine konforlu bakım sağlayarak, saygın ve onurlu bir ölümün gerçekleştirilmesinde ağlık ekibinin en önemli üyesidir.

Yaşamlarının son günlerinde ölümün yaklaştığına ilişkin belirti ve bulguları olan hastalar sağ kalım süresini gösteren belirti ve bulgular açısında değerlendirilir (49,50). Birinin yaşamının son günlerinde olduğuna dair belirtileri tanımak ve değerlendirmek karmaşık olabilir ve bazen insanlar belirsiz ve çelişkili belirti ve semptomlar gösterebilir (50). Değerlendirme en az 24 saatte bir yapılır, ancak semptomlar hızla değişebileceğinden daha sık değerlendirme yapmak gerekebilir. Değerlendirmede, belirti ve bulgulardaki değişiklikler, hasta ve yakınları ile konuşarak ve fiziksel ve laboratuvar muayenesi ile yapılabilir (50). Hastanın yaklaşık sağ kalım süresini tahmin etmek için kullanılan ölçekler, Palyatif Performans Ölçeği, Palyatif Prognostik Skor, Palyatif Prognostik İndeks, ve Glasgow Prognostik Skordur (52). Bu araçlardan en uygunu ise Glasgow Prognostik Skor'dur. Sağ kalım süresinin değerlendirilmesi hekimler ve hemşireler tarafından multidisipliner olarak yapılır (52). White ve arkadaşları tarafından 2021'de yapılan bir çalışma hemşireler yaklaşan ölümü fark etmede doktorlardan biraz daha iyi olduğu bildirilmiştir (62).

2.5.1. Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Yaklaşık Sağ Kalım Sürelerinin Belirlenmesinde Dikkat Edilecek Noktalar (52).

- Hekim ve hemşirelerin [I, A], günler ila haftalar arasında prognozu gösteren sübjektif ve fiziksel semptomlara karşı dikkatli olmaları gerekir [I, A].
- Hastanın performans durumunun kötüleşmesi, dispne, disfaji, kilo kaybı, ağız kuruluğu, anoreksia ve kognitif bozukluk gibi objektif semptomların başlaması kısa sağ kalım süresi ile ilgilidir [I, A].
- Sistemik inflamatuar değişikliklerle ilişkili laboratuvar bulguları, C-reaktif protein (CRP) seviyeleri, azalmış albümin seviyeleri ve lökositoz da kötü prognoz ile ilişkilidir
- Prognostik araçların rutin kullanımı, doktor ve hemşirelerin hastaların sağ kalım sürelerini doğru tahmin etme olasılığını artırabilir [III, B].

2.5.2. Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar (52).

Ölmekte olan kanserli hastaların bakımında;

- Palyatif bakım ekibinin rolü hayati bir öneme sahiptir [II, A].

- Palyatif bakım ekibinin içinde hemşirelerin rolü hayati olarak kabul edilir [V, C].
- Etkili iletişim ve ortak karar verme esastır [II, A].
- Hasta ve ailesinin kişisel istek ve inançlarına saygı duyarak stratejik olarak ölüme hazırlanması, olumsuz yas sonuçlarını azaltmak için kritik öneme sahiptir [III, A].
- Kemoterapi, immünoterapi ve radyoterapi, kullanılmamalıdır [IV, D; III, D].
- Eğer santral venöz kateter yok ise, etkili, uygulanabilir, güvenli ve ucuz olması nedeniyle sürekli Sübkütan (SC) infüzyon tercih edilir [V, B].
- Yaşamın son günlerinde, periferik perfüzyondaki azalma ihtimaline karşı SC kanüller ekstremiteler yerine gövde veya karın üzerine yerleştirilmelidir [V, B].
- İnvaziv beslenme girişimleri azaltılmalı ve diyet danışmanlığı sağlanmalıdır [V, B]. Yaşamın son haftalarında yapay beslenmeye başlanmamalıdır [V, D].
- Susuzluk, yeme ile ilgili sıkıntı ve diğer zayıflatıcı semptomların hafifletilmesi dahil olmak üzere konfora yönelik bakım tavsiye edilir [V, B].
- Yapay hidrasyon, susuzluk semptomlarını iyileştirmez veya önlemez [V, C].
- Profilaktik olarak antikoagülanlar kullanılmamalıdır [IV, D].
- Eritrosit ve trombosit transfüzyonlarının yaşamın son günlerinde yararları sınırlıdır [IV, D], (52).

2.5.3. Ölmekte Olan Kanserli Hastalarda Görülen Belirtiler

Ağrı, dispne ve deliryum/ajitasyon, kansere bağlı yorgunluk, bulantı kusma, gürültülü solunum, psikolojik sorunlardır. Ölmekte olan kanserli hastalarda yoğun tedavi gerektiren yaygın semptomlar ise ağrı, dispne ve ajitasyon/deliryumdur (16,17,49,50,52).

2.5.4. Semptom Yönetimi

2.5.4.1. Dispne

Dispne, kanser hastalarında en rahatsız edici semptomdur. Kanser hastalarının %20 ila %70'ini etkiler ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Dispne için, başlangıçta hastanın altta yatan hastalığının tedavisinin optimize edilmesine odaklanılmalıdır. Geri döndürülebilir olabilecek nedenlerin tedavi edilmesi düşünülmelidir. Farmakolojik olmayan tedavi kısa vadeli fayda sağlayabilir ancak ölmekte olan hastaların bakımında etkili olmayabilir (49,52). Solunum güçlüğünün giderilmesinde tercih edilen tedavi sistemik, oral veya parenteral düşük doz opioidler ortalama kronik solunum güçlüğünü %20 oranında azaltabilmektedir. Opioid toleranslı hastalarda, opioidin başlangıç dozunda %25-50 oranında bir artış düşünülebilir. Solunum güçlüğü anksiyete ile ilişkili olduğunda sıklıkla Benzodiazepinler kullanılır. Solunum güçlüğü çeken hastalarda midazolam infüzyonu palyatif sedasyon olarak düşünülebilir. Sitalopram, Sertralin veya Mirtazapin solunum güçlüğü tedavisinde kullanılabilir. Oksijen inhalasyonu, yalnızca kronik şiddetli hipoksemisi olan hastalarda kullanılır (52).

Terminal sekresyonlar, aile üyeleri ve hastanın bakımıyla ilgilenen kişiler için üzücü ve korkutucu bir semptom olabilir. Terminal sekresyonlar genellikle ölümden 3-23 saat önce gözlenir. Atropin veya skopolamin gibi antikolinerjik ilaçlar salgıları azaltmak için kullanılabilir. Mümkünse hastayı yan yatırarak pozisyon verilir. Aspirasyon önerilmez çünkü bu tür sekresyonlar için tipik olarak etkili değildir ve hastada artan ajitasyon ve sıkıntıya neden olabilir (49).

Ölümü yaklaşan hastada doğru yaklaşım, objektif veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme ile mümkündür. Bu amaca uygun olarak hastanın fiziksel muayenesi yapılır ve sistemlerde ortaya çıkan değişiklikler belirlenir (49).

2.5.4.2. Ajitasyon/Deliryum

Deliryum, vücut fonksiyonlarında azalma, hastanede kalış süresinin uzama ve tıbbi maliyet üzerinde olumsuz bir etkiye sahip önemli bir sıkıntı nedenidir ve kısa sağ kalım ile ilişkilidir. Ölmekte olan kanserli hastaların yaklaşık %90'ı deliryum yaşarlar. Ölmekte olan hastada elektrolit dengesizlikleri, enfeksiyon, yetersiz beslenme, dehidrasyon, uykusuzluk, ağrı ve ilaç kullanımı nedeni ile deliryum gelişebilir.

Deliryum, odaklanma, dikkati yeteneğinde azalma, bilişsel veya algısal bozukluk ve bilinç bozukluğu ile karakterizedir ve gün boyunca dalgalanır (52,53). nedene yönelik girişimler yapılmalıdır. Hastalar, hidrasyon ve açısından günlük olarak değerlendirilir, ancak hastanın durumu hızla değişebileceğinden daha sık değerlendirme gerekebilir (50) (ağız kuruluğu, susama, konfüzyon ve ajitasyon, cilt turgoru, periferik, pulmoner konjesyon) veya aşırı hidrasyon (ödem ve aşırı sıvı yüklenmesi gibi), (50,53). Hava yolu açıklığı, hidrasyon ve beslenme sürdürülür, pozisyon değişikliği, ağrı kontrolü ve inkontinans bakımı sağlanır. Gerekli olmadıkça mesane sondası ve intravenöz damar yolu gibi fiziksel kısıtlamalardan kaçınılır. Henüz deliryumu tedavi edecek bilinen bir ilaç yoktur. Deliryumlu bir kişiyi rahatlatmak ve sakinleştirmek için anksiyolitikler, antipsikotikler, ve benzodiazepinler kullanılabilir (53). Hastaya destek için ailenin bakıma katılımını sağlanır. Hasta yakınlarının bakıma katılması, ölmekte olan kanserli hastaları yönlendirmede, korku ve endişeyi gidermede ve izolasyonu azaltmada önemli rol oynar (52,53).

2.5.4.3. Ağrı

Kanserde hastaların yaklaşık yarısında şiddetli ağrı vardır. (52,54). Hastaların %30-75'inde yaşamın son günlerinde ağrı bildirilmektedir. Ağrının yaygınlığı ve ortalama yoğunluğu yaşamın son günlerinde sıklıkla düşse de, bazı hastalar önemli ağrı alevlenmeleri yaşayabilir (52) Ağrının değerlendirilmesi düzenli ve sürekli bir şekilde yapılmalıdır. Hasta, ağrı yoğunluğu, patofizyolojisi tetikleyici ve hafifletici faktörlerler, eşlik eden semptomlar, o anda ve daha önce kullanılan analjeziklerin etkinliği ve tolere edilebilirliği, klinik durum, ağrı ile ilgili psikososyal ve ruhsal sıkıntı ve hasta ihtiyaçları açısından değerlendirilir. Ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesi için standart ölçekler, görsel analog skala (VAS), sözel derecelendirme skalası (VRS), sayısal derecelendirme skalası (NRS) ve bilinç kaybı, deliryum veya palyatif sedasyon varlığında klinik değerlendirmeye dayalı gözlemsel skalalar kullanılmalıdır (52) Yaşamın son saatlerinde bilinç düzeyindeki değişiklikler ağrının değerlendirilmesini ve yönetilmesini zorlaştırabilir. Yüz buruşturma ve duruş gibi davranışsal ipuçlarının yanı sıra önceki ağrı sorunları da göz önünde bulundurulur. Bazı hastalarda ayrıca, dispne belirtileri de görülebilir (16,49,52,54)

Ölmekte olan kanserli hastalara ileride oluşabilecek belirtiler için önceden ilaç hekim tarafından yazılmaktadır. Bu şekilde, semptomlar ortaya çıktığında hızlı bir şekilde ihtiyaç duyulabilecek ilaçların alınmasında ve uygulanmasındaki gecikmeler önlenmiş olur. Bu ilaçlar, kişinin bireysel gereksinimlerine göre istem edilir. İlaçlar, ölmekte olan kanserli hastanın bireysel olarak öngörülen ihtiyaçlarına, mevcut veya beklenen endikasyonlarına uygun dozu ve uygulama yollarını içerecek şekilde istem edilmelidir (50).

Ağrı pompaları, kansere bağlı şiddetli ağrıları gidermek için kullanılabilir. Ağrı ve dispne için, yaşamın son saatlerine kadar ağızdan da ilaç verilebilir. Hemşire her zaman analjezi sağlama ile hastanın uyanıklığını sürdürme arasında denge kurmalıdır. (49,54,55) Hastalar, kısmen diğer faktörlerin (örneğin, yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete, depresyon, bulantı) mevcut olup olmamasına göre ağrının yoğunluğunu farklı algılayabilirler. Analjezik seçimi büyük ölçüde ağrının yoğunluğu ve nedenine bağlı olarak yapılır. Analjezik seçimi için hastalarla konuşarak veya hastayı gözleyerek değerlendirme yapılabilir. Hastalar ve hemşireler, tedavinin sedasyon veya kafa karışıklığına neden olsa bile yeterli dozda uygun güçlü bir ilaçla tüm ağrıların giderilebileceğini bilmelidir. Hafif ağrı için aspirin, asetaminofen veya nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, orta derecede ağrı için oksikodon ve şiddetli ağrı için hidromorfon, morfin veya fentanil kullanılabilir (54,55). Hemşireler ve aile üyeleri, ölümü hızlandıracağından korktukları için yaşamın son birkaç saatinde morfin vermekte tereddüt edebilirler, ancak aynı zamanda hastanın acı çektiğini görmek istemezler. Amerikan Hemşireler Derneği ve Palyatif Bakım Hemşireleri Derneği genellikle, hemşireleri bu konuda desteklemektedir. Niyet iyiyse (yani, acı ve ıstırabın dindirilmesi), o zaman eylem, kasıtsız bir şekilde ölüme yol açsa bile ahlaki olarak haklı görülebilir. Bu nedenle hemşireler, hastanın yaşamının son günlerinde ve saatlerinde opioidlerin uygulanmasını sınırlayan sedasyon veya solunum depresyonu korkusu olmadan ağrı kesici uygulamalıdır (16,49).

Ölüm yaklaştıkça, morfin ve diğer opioidlerin tedavinin temelini oluşturduğu sürekli ağrı yönetimi gereklidir. Konfor önlemleri ve psikolojik destek için farmakolojik olmayan yöntemler faydalı olabilir (16,49). Ölüm sürecindeki hastada oligüri ve anüri ile ilerleyici böbrek yetmezliği gelişir. Böbrek yoluyla atılan opioidler ve metabolitleri birikerek kafa karışıklığına, uyuşukluğa ve halüsinasyonlara neden olabilir. Bu

durumda, devam eden ihtiyaçlar dikkatli bir şekilde gözden geçirilmeli ve azaltılmış veya uzatılmış doz aralıkları düşünülmelidir. Fentanil ve metadon inaktif metabolitlere sahiptir ve sadece küçük miktarlarda değişmemiş ilaç böbrekler yoluyla atılır. Buprenorfinin ikili bir eliminasyon yolu vardır. Doz değişikliği gerekli değildir (49). Yaşamın son birkaç gününde bir ağrı krizi meydana gelirse, daha hızlı ağrı hızlı salınımı olan opioidler kontrolü sağlar. Opioid toksisitesi veya hızlı ölüm korkusu, yaşamın son günlerinde veya saatlerinde opioid kullanımını etkileyebilir. Burada yarar zarar değerlendirmesi yapılmalıdır. Yaşamın son haftalarında nonsteroid anti inflamatuar ilaçların (NSAID'ler) kullanımına ilişkin düşük düzeyli kanıtlar vardır. Oral yoldan verilen gabapentin, pregabalin veya serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri kesilmelidir. Bu ilaçların erken ve kademeli olarak kesilmesi, yoksunluk sendromunu önler (50).

2.5.4.4. Semptom Yönetiminde Öneriler (52).

- Ağrının yoğunluğu, özellikle bilinci veya algılaması azalmış hastaları kapsayacak biçimde ağrı değerlendirme ölçekle kullanılarak düzenli olarak değerlendirilmelidir [V, C].
- Ağrı tedavisi kişiye özel olmalıdır [V, B].
- Yarar zarar değerlendirmesine göre, SC veya IV gibi oral olmayan ilaç uygulama yolları kullanılmalıdır [V, C].
- Opioidlerin ölümü hızlandırma endişesi, opioid tedavisine ilişkin kararları etkilememelidir [IV, B].
- Antiemetik ilaç olarak metoklopramid tercih edilir [III, B].
- Alternatif antiemetik seçenekler olarak haloperidol, levomepromazin veya olanzapin kullanılabilir [V, C]
- Kısmi barsak obstrüksiyonunda metoklopramid dikkatli kullanılmalıdır [V, C].
- Metoklopramid tam barsak obstrüksiyonunda kullanılmamalıdır [V, D].
- Malign barsak obstrüksiyonunda bulantı kusma için oktreotid ve haloperidol önerilir [II, A].
- Şiddetli kronik dispnenin hafifletilmesi için düzenli, düşük doz, yavaş salınımlı opioidlerin kullanılması önerilir [II, B].

- Daha önce opioid kullanmamış hastalarda, kansere bağlı dispnenin giderilmesi için yavaş salınımlı günlük morfin dozu 10-20 mg/24 saatteoral olarak başlanarak kullanılabilir [II, B].
- Opioid toleranslı hastalarda, kansere bağlı dispnenin giderilmesi için başlangıç opioid dozunda %25-50'lik bir artış yapılarak kullanılabilir [V, C].
- Diğer tedavilere yanıt vermeyen kansere bağlı dispnenin hafifletilmesi için kortikosteroidler kullanılabilir [II, C].
- Eğer opioidler etkili değilse, benzodiazepinler, kanser hastalarında dispnenin giderilmesi için dikkatli bir şekilde kullanılabilir [V, C].
- Diğer tedavilere rağmen dirençli dispnesi olan hastalarda palyatif sedasyon için benzodiazepinler kullanılabilir [IV, C].
- Dinlenme sırasında Kan oksijen seviyesi ≥%90 [II, D] olan hastalarda palyatif oksijen önerilmemektedir.
- Aşırı sıvı yüklemesinden kaçınarak gürültülü solunum riski azaltılabilir [V, B].
- Hastaya uygun pozisyon verilmesi orofaringeal sekresyonların ortadan kaldırılmasını sağlayabilir [V, B].
- Gürültülü solunum [V, C] için antikolinerjik ilaçların kullanımını destekleyen hiçbir kanıt yoktur.
- Gürültülü solunum [V, D] için orofaringeal aspirasyon kullanılmamalıdır.
- Gürültülü solunumun nedeni hakkında hastanın ailesiyle açık iletişim kurulmalıdır [V, B].
- Kanıtlar, kanser hastalarında deliryum tanısı için rutin tarama araçlarının kullanımı için yeterli kanıt yoktur [III, C].
- Deliryumun semptomatik tedavisinde olanzapin uygulaması, yararlı olabilir [III, C].
- Ketiapin uygulaması, deliryumun semptomatik tedavisinde faydalı olabilir[V, C].
- Benzodiazepinler, deliryumla ilişkili şiddetli semptomatik sıkıntının akut tedavisinde sedasyon sağlamada etkilidir [II, C].
- Sedasyon, semptomların mevcut tedaviye dirençli olduğu durumlarda son çare olarak kabul edilir [V, C], (52).

2.5. Bakım Yönetimi

Ölmekte olan kanserli hastaların bakımı için hasta ve yakınlarının da katılımı sağlanarak, kişiselleştirilmiş bir hemşirelik bakım planı hazırlanır. Bu hemşirelik bakımı, ölmekte olan kişinin kişisel ihtiyaç ve tercihleri göz önünde bulundurularak hazırlanmalıdır. Kişiyle yapılan görüşmelerle, hemşirelik bakım planları için ifade edilen tercihleri, hedefleri, istekleri, tercih edilen bakım ortamı, mevcut ve beklenen bakım ihtiyaçları ve kültürel, dini veya sosyal tercihleri belirlebilir. Bu bilgiler kişiselleştirilmiş bir hemşirelik bakım planında düzenlenir. Planın, kişinin yaşamının son günlerinde istek veya ihtiyaçlarındaki değişiklikleri yansıtabilmesi için hastaya bakıma ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilmeye devam edilmelidir (50). Ölmekte olan kanserli hastaların, bakım ekibinin üyeleri ile mevcut ihtiyaçlarını, tercihlerini, vermiş oldukları kararları ve bakımlarıyla ilgili tartışma ve karar verme süreçlerine başka kimlerin dahil etmek istediklerini konuşabilirler. Hastaların istedikleri bakım türü hakkında fikirlerini değiştirebileceği veya ihtiyaçları değişebileceği için, konuşma talepleri yaşamın son günleri boyunca devam etmelidir. Bakımla ilgili tartışmalar, tercihler ve kararlar bireysel bir bakım planına kaydedilir (50). Ölmekte olan kanserli hastalarda, bunama, bilişsel bozukluk, öğrenme güçlüğü veya dil engeli olan yetişkinler, bakım tercihlerini ifade etmekte güçlük çekebilirler. Bu dönemde hemşireler, kişinin bilişsel durumunu belirlemeli ve herhangi bir konuşma, dil veya diğer iletişim gereksinimleri varsa hatanın bakımı ile ilgili tercihlerini değerlendirirken hastanın yakınları veya bakıcısının da katılmasını isteyebilirler. Sağlanan tüm bilgiler, bilişsel sorunları olan kişiler için mümkün olduğunca erişilebilir olmalı ve gerekirse bir tercümandan yararlanılmalıdır (16,49,50).

2.5.1. Ölmekte Olan Hastanın Bakımında Hemşirelik Sürecinin Uygulanması (16,49).

1. Değerlendirme: Ölmekte olan kanserli hastaların tedavi ve bakımındaki amaç "konfor sağlamak" olduğu için, bu hastalar için değerlendirmeler genellikle sınırlıdır. Hastanın değerlendirmesindeki amaç, hastanın genel durumu bozulmaya başladığında, hastanın rahatsızlığını hafifletmeye yardımcı olmak ve ölüme huzurlu bir şekilde geçişini kolaylaştırmaktır. Ölmekte olan kanserli hastaların bakımı hastane ortamında veriliyorsa, hemşirenin bakım ekibinin üyelerine "rutin bakımın" gerekli

olmadığını hatırlatması gerekebilir. Ölmekte olan kanserli hastaların son saatlerinde, hayati belirtilerinin alınması, aldığı çıkardığı sıvı takibi, laboratuvar için kan alma ve tam fiziksel yapılmayabilir. Hemşire olarak hastane ortamında eylemlerimizin çoğunun hemşirelik girişimlerine ve bir hastayı sağlığına kavuşturmaya odaklanması nedeniyle hemşirelik bakımında bu değişiklikleri yapmak zor olabilir. Bununla birlikte, bu hastalara yapılan girişimlerin de önem taşıdığını göz önünde bulundurmalıyız **(**16,49).

a. Subjektif değerlendirme

Ölmekte olan kanserli hastaların bazıları konuşamayabilir. Bazıları ise ölüme yaklaştıkça anılarını hatırlayabilirler. Hemşirelerin, hasta ölüme yaklaştıkça iletişimin değişken olabileceği ancak işitme duyusunun hala bozulmamış olabileceği konusunda aileyi bilgilendirmesi gerekir, Aile üyeleri ve arkadaşları, duygu ve düşüncelerini hastayla paylaşmaya teşvik edilmelidir. Bu, hem hasta hem de ailesi için terapötik bir etki yaratabilir **(**16,49).

b. Objektif değerlendirme

Ölmekte olan kanserli hastalarda fiziksel değerlendirmeler sınırlı olmalı, hasta konforunu sağlamaya ve terapötik bir geçiş için destekleyici bir ortam yaratmaya odaklanılmalıdır. Yüz buruşturma, inleme, kaş çatma ve ağrıyan yeri koruma gibi ağrı belirtileri kaydedilmeli ve ele alınmalıdır. Birçok hasta, hiperpne, dispne, gürültülü solunum ve sekresyonlarda artış yaşayabilir. Hastada tipik olarak, soğuk ve nemli cilt, ekstremitelerde lekeler ve bradikardi ve ölüme yaklaştıkça dolaşım yetmezliği belirtileri görülür. Hemşire ciltdeki değişiklikleri ve idrar retansiyonu belirtilerini takip etmelidir.

Hasta, ağrı yönetimi protokolü ile giderilmeyen şiddetli ağrı, akut solunum güçlüğü, terminal sekresyonlar veya üriner retansiyon gibi beklenmedik belirtiler konusunda bilgilendirilmelidir **(**16,49).

2. Hemşirelik Tanısı: Hasta ölüme yaklaştıkça, hastanın rahatını sağlamaya yönelik hemşirelik tanılarına odaklanılır. Kanser ağrısı ve etkisiz solunumun belirlenmesi, ölmekte olan hastalarda tipik olarak öncelikli hemşirelik tanılarıdır. Ayrıca, hemşire aile üyelerine ölüm süreciyle başa çıkmada yardımcı olmaya devam etmektedir **(**16,49).

Hemşirelik Tanısı: Ölüm Kaygısı

Tanım: Kişinin varlığına yönelik gerçek veya hayali bir tehdit algısının yarattığı belirsiz, rahatsız edici rahatsızlık veya korku hissi.

Etyoloji: Endişe, derin üzüntü, ölürken zihinsel yetenekleri kaybetme korkusu, uzun süreli ölüm süreci korkusu, ölümle ilgili acı çekme korkusu ölüm ve ölmekle ilgili olumsuz düşünceler, güçsüzlük, birinin ölümünün diğer önemli kişiler üzerindeki etkisinden endişe duyma.

Beklenen sonuçlar: Hasta vardiya sonunda ölümle ilgili korkularını ifade edecektir.

3. Hemşirelik Girişimlerini Planlama ve Uygulama: Birçok hasta, ölüme yaklaştıkça terapötik bir geçişe yardımcı olmak için ağrı kesici ilaçlara ihtiyaç duyar. Bu ilaçlar genellikle ağrı, nefes darlığı ve kaygıyı hafifletmeye yardımcı olmak için morfin ve lorazepam içerir. Hemşirenin, hastanın durumunun hızla değişebileceğini kabul ederek, ilacın uygulama yolunun uygunluğu konusunda dikkatli olması önemlidir. Konsantre oral solüsyonlar bukkal membranlardan emilir, ancak ağrı yönetimi ihtiyaçları yüksekse, subkutan pompa ile ilgili olarak sağlayıcı ile iletişime geçmek gerekebilir. Yakın fazdaki birçok hastada terminal sekresyonlar olduğundan atropin veya skopolamin gibi antikolinerjik ilaçlar uygulanabilir **(**16,49).

Yaşamın Son Günleri ve Saatlerinde Ölüm Kaygısına İlişkin Yapılan Hemşirelik Girişimleri (16,49).

- Hastanın yaşam sonu bakım tercihlerine saygı gösterilir.
- Fiziksel değerlendirme ve bakım sırasında, hastanın konfora dikkat edilir ve saygı gösterilir. Hastanın çevresi düzenlenir (ısı, ışık, ses).
- Aileye hastanın durumuna ilişkin olabilecek durumlar açıklanır.
- Aktif dinlemeyi kullanılır.
- Aileyi sessiz ve rahat bir ortam yaratmaya teşvik edilir.
- Hastayı ağrı açısından değerlendirin ve tercihlerine göre ağrıyı gidermeye yönelik önlemler alınır.
- Hasta ölümle ilgili korkular açısından değerlendirilir.
- Hastaya yaşamı gözden geçirme ve hatıralarını anımsama konusunda yardımcı olunur.
- Hastanın istediği müziği çalınır.
- Ailelere sosyal destek sağlanır ve rehberlik edilir.

- Hastanın ve aile üyelerinin manevi ihtiyaçlarını göz önünde bulundurulur. Dini inançları, ritüelleri ve duayı destekleyin.
- Aile üyelerini sevdiklerine fiziksel olarak yakın olmaya teşvik edilir ve onlara dokunmalarına izin verilir.
- Ölüm meydana geldiğinde, ailelere vedalaşma için uygun zaman verilir. Ölen bireyin fiziksel bakımı, morga taşınması ve işlemler hakkında bilgi verilir.

4. Değerlendirme Her hasta için istenen sonuç kriterlerine dayalı olarak müdahalelerin etkinliğini değerlendirilir. Hemşire, mevcut tedavi ve bakım planı ile kontrol altına alınamayan veya artan belirtileri yakından izlemelidir. Eğer ek sıkıntılar ortaya çıkarsa hemşire, kiminle iletişime geçileceği konusunda aileyi eğitmek yararlıdır. **(**16,49).

2.6. Ölmekte Olan Kanserli Hasta ve Ailesine Açıklama Yapma

Hemşireler, ölümden önceki son günlerde hasta ve aile üyelerinin sağlık ekibe erişimini sağlamalıdır (49,55). Hemşireler, hastaya, ailesine ve/veya diğer bakıcılara, yaşamın son saatlerinde hastanın beklenen prognozu, bakım planı ve ayrıca hastanın ölümünün hemen ardından neler bekleyebilecekleri konusunda güvenli ve özel bir ortamda, uygun bir eğitim vermelidir (49,55). Yaşamın son saatlerinde hastaya ve hasta yakınlarına özen gösterilmeli ve açıklayıcı bilgiler verilmelidir (1). Hastanın ve ailesinin sorularına, hazır olma durumları da göz önünde bulundurularak, anlayacakları şekilde, basit ve anlaşılır cümlelerle cevaplar verilmelidir. Aile üyeleri yorgun, duygusal olabilir ve konsantre olmakta zorluk çekebilirler, aynı bilgilerin tekrar tekrar verilmesi gerekebilir. Aile üyelerine ne bekleyecekleri konusunda yazılı kaynaklar sağlamak yararlı olabilir (16,49,52). Ölmekte olan kanserli hastanın bakımında, hastaya saygılı ve şefkatli bakım verme ve hemşireye güvenin sağlanması hasta ve ailesi ile etkili iletişim kurma ve ortak karar alma ile sağlanır. Hemşireler, tedavi seçenekleri, bakımın hedefleri, bakım ve ölüm yeri hakkında hasta ve yakınları ile iletişim kurmalı ve yasal veya kişisel konuları ele almalıdır. Hastaların tercih ettikleri yerde ölmeleri için hasta ve yakınlarını tercihleri değerlendirilir. Özel bilgiler, mahremiyet sağlayan bir yerde, hasta yakınlarının soru sormasına fırsat verilerek kararlara katılmalarına ve engelleri aşmalarına yardımcı olunabilir. Hastalar kendileri adına karar verebilecek kişileri belirleyebilir veya aile üyelerini ölüme hazırlayabilir. Ölüm ve ölümle ilgili

kültürel gelenekleri, manevi inançları ve uygulamaları belirlemek önemlidir. Hasta yakınlarının destek ve bilgi ihtiyaçları hastanınkinden ayrı olarak değerlendirilmeli ve müdahale için multidisipliner ekipteki diğer uzmanlarla iletişim kurmaları sağlanmalıdır. Yüksek düzeyde ölüm öncesi sıkıntı ve düşük düzeyde ölüme hazırlık, eş durumu, ölüm öncesi depresif belirtiler, düşük eğitim düzeyi ve ekonomik dezavantaj yas sürecini olumsuz etkiler. Hemşire, aile üyelerinin hastalığın prognozuna ilişkin görüşlerini belirlemek ve ölüme hazırlığını değerlendirmek için görüşme yapar. Ayrıca, aile üyelerinin karşılanmayan ihtiyaçları ve endişelerini belirleyerek ve ele alarak aile üyelerine yardım edebilir. Aile yakınları ölmekte olan hastaların çocuklarını ebeveynlerinin ölümüne hazırlamak için profesyonellerden destek ve rehberliğin yanı sıra net prognostik bilgilere ihtiyaç duyarlar, ancak hemşireler zaman ve uzmanlık eksikliği endişeleri nedeniyle hasta yakınlarına yardımcı olmakta isteksiz olabilirler. Hemşireler ebeveyenlere, ölümden önce ve sonra çocuklarla iletişim konusunda uygun destek ve tavsiyeler vermelidir. Hasta ve yakınları ile etkili iletişim kurma, ortak karar verme, hasta ve ailesinin, kişisel istek ve inançlarına saygı duyarak ölüme hazırlanması, olumsuz yas sonuçlarını azaltmak için önemlidir (52).

Aile üyelerini bazı belirtiler hakkında eğitmek çok önemlidir. Yaşamın son saatlerinde hastalar, sıkılmış dişler veya sunulan yiyecek ve sıvılardan dönme ile kanıtlandığı gibi, genellikle yeme veya içme isteğinde azalma yaşarlar. Toplumumuzda yemeğin anlamı ve hastanın "aç" olduğu çıkarımı nedeniyle aile üyeleri için bu davranışı kabullenmek zor olabilir. Aile üyelerine yiyecek veya sıvıları zorlamanın aspirasyona yol açabileceği anlatılmalıdır. Yeniden çerçeveleme, hastanın ağzını ve dudaklarını nemli tutmak için aileye buz parçaları veya nemli bir ağızdan aplikatör sağlamayı öğretmeyi içerecektir. Son olarak, ölüm çıngırağı özellikle aile üyelerini rahatsız ediyor (1).

2.7. Ölümden Önce ve Sonra Hastanın ve Ailenin Onuruna Saygı Duyma

Hemşirelerin, hastanın isteklerini yerine getirme ve saygı gösterme sorumluluğu vardır (16,49). Her bir hasta farklıdır ve bir hasta için en iyi olan, bir diğeri için iyi sonuç vermeyebilir. Ölüm, her hastaya özgü çok yönlü bir süreçtir. Hastalar için "iyi ve saygın bir ölüm" sağlamak, onların tercihlerine saygı duymak, hastalar ve aileleri için destek sunmak anlamına gelir (16).

Hemşireler her hastalarının ölüm sürecinin sorunsuz ilerleyeceğinden emin olmalıdır (16). Hemşireler ölmekte olan hastanın bakımını verirken, savunucu, profesyonel bakıcı, eğitimci ve destekçi rolleri üstlenerek genellikle onurlu bir ölümü kolaylaştıran kişilerdir (49). Hemşireler yaşamının son aşamasından ölümüne kadar hastaların ve ailelerine mümkün olan en iyi bakımı sağlamalıdırlar. Hemşireler tarafından, özellikle ölümün çok yakın olduğu, gerçek ölümden önceki hastanın bilincini kaybettiği zamanda bakım, ailenin sevdikleri kişinin dünyadaki son günlerine ve saatlerine dair anılarını olumlu etkileyecektir. Hemşirenin kapsamlı değerlendirmeler yapması, durum değişikliklerini hızlı tespit etmesi, ilaçları hızlı uygulaması ve konforu artırmaya ilişkin müdahaleleri zamanında uygulaması hayati önem taşır (16) Ölmekte olan hastaların görüntüsü ve çıkardığı sesler hemşireler için normal iken aile için son derece korkutucu ve üzücü olabilir. Hasta yakınlarının hastalarına ilişkin böyle olumsuz bir duruma tanık olmasının önüne geçilmelidir (16)

Hemşireler, tercihen hasta ve/veya ailesi tarafından belirlenen bir dini liderle istişare halinde, ailelerle birlikte ölüm zamanı ve onlar için önemli olabilecek kültürel veya dini ritüellerin gerçekleşmesini sağlamalıdır. Ölüm meydana geldiğinde, yatak başındakilerin yas ifadeleri, kültüre ve ölüme hazırlanmalarına bağlı olarak değişir. Aile üyeleri, ölümden önce hastanın başucunda olmayı arzu edebilirler. Sınırlı etkileşim yeteneklerine rağmen, hastalar başkalarının varlığından haberdar olabilir, hastalar sanki yakınlarını duyuyormuş gibi hasta yakınları hastayla konuşmaya teşvik edilebilir (1). Hemşireler ailelere, hasta ile iletişim kurma ve diğer düzenlemeleri yapma konusunda yardımcı olmalıdır (1).

2.7.1. Ölüm ve Postmortem Bakım

Klinik ölüm, kan dolaşımı durduğunda, kalp atmayı bıraktığında ve solunum durduğunda meydana gelir. Klinik ölümden 4-6 dakika sonra, canlandırma girişiminde bulunmak için Kardiopulmoner Resüsitasyon (CPR) yapılabilir. Bununla birlikte, palyatif veya hospis bakımı alan hastaların çoğunda DO NOT RESUSCITATE (DNR) direktifi bulunduğundan, CPR yapılmaz. Bu zaman aralığından sonra beyin hücreleri oksijensiz kaldığı için ölür, ardından da diğer organlardaki hücreler ölür. Buna biyolojik ölüm denir. Rigor mortis, (kasların sertleşmesi), ölümden birkaç saat sonra oluşmaya başlar ve ölümden 12-18 saat sonra zirveye ulaşır. Rigor mortis ölümden 48 saat sonra

kaybolur. Hemşire, ölümün gerçekleştiğinden emin olmak ve belgelemek için apikal kalp atışını bir dakika boyunca dinlemelidir (16,49).

Bir hasta öldüğünde, hemşire hemşirelik değerlendirmesi yapar. Hemşire, değerlendirmenin tarihi ve saatini, hastanın adı ve soyadını, doktorla temas süresini, ölüm anında hazır bulunan aile üyelerini, uyaranlara tepki verilmemesini, apikal nabız yokluğunu ve morga gönderme işlemini kaydetmelidir (16,49).Bir hastanın ölümünü takiben bakım, ölen kişinin onuruna ve ayrıca aile üyelerine zaman ayırmayı gerektirir. Hastanın ölümü aile üyelerine açıklandıktan sonra aile üyeleri ne yapacakları konusunda kendilerini şaşkın hissedebilirler. Sessiz ve özel bir yerde, ölümden hemen sonra ölen hastanın bakım sürecini açıklanır (16,49). Ölümden sonra, hastanın üzerindeki tıbbi malzeme ve tüpleri, drenleri çıkarılır, uygun pozisyon verilir, takma dişleri ağzına takılır, açık yaralar pansumanları kapatılır ve gerektiğinde hasta bezi bağlanır. Bu şekilde, hastaya ve ailesine saygı gösterilir ve saygınlığı sağlanır, aileye daha kişisel bir yas deneyimi sağlanır ve ölen kişinin hatıralarını bir hastadan ziyade sevilen biri olarak hatırlamaları sağlanabilir, Hemşire, aileye destek sağlamaya devam etmeli ve gerektiğinde diğer aile üyeleriyle iletişime geçerek onları ölüm konusunda bilgilendirmelidir. Bazı aile üyeleri fotoğraf çekmek, sevdiklerinin saçlarını taramak, yüzünü yıkamak, elini tutmak, öpmek isteyebilir. Ailelerin istedikleri şekilde veda etmelerini desteklemek önemlidir. Aile vedalaşıp odadan ayrıldıktan sonra, ölen kişiye kimlik etiketi yapıştırılması ve hastanın morga gönderilmesi hemşirelerin sorumluluğundadır (16,49).

2.7.2. Hemşirelik Sürecinin Yas'a Uygulanması

Bir kaybın yasını tutmak, hem hasta hem de aile üzerine etkileri olan normal bir süreçtir. En sık kullanılan hemşirelik tanıları Yas ve Karmaşık Yas'tır. Hasta ve yakınları inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi çeşitli yas evrelerinin belirtilerini gösterebilirler. Bu durumlarda hemşireler, bireyin sağlığını ve yas sürecini etkileyebilecek birçok faktörün farkında olmalıdır. Bu faktörlerin belirlenmesi, yas ile başa çıkmayı sağlamaya yardımcı olabilir (16,49).

1. Değerlendirme: Yas değerlendirmesi hastayı ve aile üyelerini içerir. Ölmekte olan hastanın bakımı sırasında hasta ve aile üyeleri için, daha sonra ise hayatta kalanlar için yas dönemi boyunca yas değerlendirmesi sürdürülür. Yas

döneminde, hemşire komplike yas belirtilerini izler (16,49). Keder fiziksel, duygusal ve bilişsel belirtilerle kendini gösterebilir. Hasta hissetme, baş ağrısı, titreme, kas ağrıları, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık veya kilo kaybı veya alımı gibi fiziksel semptomlar ortaya çıkabilir. Konsantrasyon eksikliği, kafa karışıklığı ve halüsinasyonlar gibi bilişsel belirtiler ortaya çıkabilir. Kaygı, suçluluk, öfke, korku, üzüntü, çaresizlik veya rahatlama hissi gibi duygusal belirtiler ortaya çıkabilir. Bu keder ve kayıp belirtileri çok farklı şekillerde ortaya çıkabilir ve günden güne değişebilir. Yasın yaşanma biçimi bireye özgüdür ve kişinin yaşı, kültürü, kaynakları ve kayıpla ilgili önceki deneyimlerinden etkilenebilir. Hastalar yas ve kayıpla baş ederken, hemşirenin genellikle aile üyelerinin desteğe ihtiyaç duyduğunu bilmesi önemlidir (16,49).

2. Hemşirelik Tanısı

Hemşirelik tanısı: Yas tutmak.

Tanım: Yas tutmak, bireylerin, ailelerin ve toplulukların gerçek, beklenen veya algılanan bir kaybı günlük yaşamlarına dahil ettikleri duygusal, fiziksel, ruhsal, sosyal ve entelektüel tepkileri ve davranışları içeren normal, karmaşık bir süreç.

Etyoloji: Gerçek, beklenen veya algılanan bir kayıp.

Tanımlayıcı Özellikler: Aktivite düzeyinde değişiklik, uyku düzeninde değişiklik, rüya görme düzeninde değişiklik, suçlama, çaresizlik.

Hemşirelik tanısı: Karmaşık yas.

Tanım: Karmaşık yas, önemli birinin ölümünden sonra ortaya çıkan, yasla birlikte yaşanan sıkıntı deneyiminin normatif beklentileri takip etmede başarısız olduğu ve işlevsel bozulmayla kendini gösterdiği bir bozukluk.

Etyoloji: Önemli birinin ölümü, ölümü yakın hissetme.

Tanımlayıcı Özellikler: Kızgınlık, endişe, kederden kaçınma, yaşam rollerinde işlevde azalma, depresyon, inançsızlık, başkalarından kopuk hissetmek, boşluk hissi, şok hissi, düşük düzeyde yakınlık, güvensizlik, ölen kişi hakkında düşüncelerle meşgul olma, kendini suçlama, travmatik sıkıntı. (16,49).

Beklenen Sonuçlar: Yas yaşayan hastalar ve aile üyeleri için amaç belirlenir, beklenen sonuçlar bireyselleştirilir ve yas çözümüne odaklanılır. Hasta veya yakınları kayıpla ilgili duygularının farkına varır, gerçeği ve kaybın kabulünü sözlü olarak ifade eder, yaşam ortamını korur, sosyal destek arar.

“ Hasta yas çözümünü deneyimleyecektir. ”

" Hasta önümüzdeki 2 hafta içinde yaşamının kaybının anlamını tartışacaktır" (16,49).

3. Yas Tutma ve Karmaşık Yas Sürecinde Hemşirelik Girişimlerini Planlama ve Uygulama: Hemşireler, hastalara kayıpla ilgili duygularını tanımlama ve ifade etme konusunda yardımcı olurlar. Hemşireler hasta ve yakınlarını aktif bir şekilde dinler ve destekleyici bir yaklaşımda bulunur. Hasta ve yakınlarının yasını aktif olarak dinlemek, duygularını ifade etmelerine ve kayıpla ilgili duygu ve hisleri ilişkilendirmelerine yardımcı olur. Yas çözümünü kolaylaştırmaya yönelik müdahaleler, yas ile başa çıkmayı geliştirme, ileriye dönük yas tutma müdahaleleri ve yas çalışmasını kolaylaştırmaya odaklanır (16,49).

Başa Çıkma Yollarının Geliştirilmesi (16,49).

- Hastanın kısa ve uzun vadeli hedefleri belirlemesine yardımcı olunur.
- Hedeflere ulaşmak için mevcut kaynakları incelemede hastaya yardımcı olunur.
- Hastanın hedeflere ulaşmak için attığı karmaşık adımları küçük, yönetilebilir adımlara dönüştürmesine yardımcı olunur.
- Hasta, ortak çıkarları ve hedefleri olan aile üyeleri ile iletişim kurmaya teşvik edilir.
- Hastanın sorunları yapıcı bir şekilde çözmesine yardımcı olunur.
- Hastanın aile içindeki rolleri ve ilişkiler üzerindeki etkisi değerlendirilir.
- Hastaya sakin, güven verici bir şekilde yaklaşılır.
- Hastanın öğrenmek istedikleri bilgileri belirlemesine yardımcı olunur.
- Hastaya, tıbbi tanı, tedavi ve prognozla ilgili bilgiler verilir.
- Hastaya bakımla ilgili gerçekçi seçenekler sunulur.
- Umutsuzlukla başa çıkmanın bir yolu olarak gerçekçi bir umut tutumu geliştirmeye teşvik edilir.
- Hasta, anlamaya çalışılır.
- Hastayı stres altındayken karar vermekten çekinmeye teşvik edilir.
- Hastanın kültürel ve manevi gereksinimleri manevi karşılanır.
- Duyguların, algıların ve korkuların sözlü olarak ifade edilmesini teşvik edin.
- Aile katılımını uygun şekilde teşvik edin.
- Sınırlamalarla başa çıkmak ve gerekli yaşam tarzını veya rol değişikliklerini yönetmek için hastaya olumlu stratejiler belirlemede yardımcı olun.

- Hasta gevşeme tekniklerinin kullanımı konusunda bilgilendirilir.

Hemşirelik Tanısı: Beklenen yas

Tanım: Beklenen yas, yaklaşmakta olan bir kayıp beklentisiyle ortaya çıkan bir yas tepkisidir.

Etyoloji: Beklenen yası tutmanın kişinin kendisinin veya sevilen birinin ölümüyle ilgili olabileceğini, ancak planlanmış bir ameliyat nedeniyle bir vücut parçasının kaybı veya bir taşınma nedeniyle evinin kaybedilmesi gibi diğer kayıpların beklentisiyle de ortaya çıkabilen bir yastır (49).

Tanımlayıcı Özellikler: Aktivite düzeyinde değişiklik, uyku düzeninde değişiklik, rüya görme düzeninde değişiklik, suçlama, çaresizlik.

Beklenen Yas Tutma Girişimlerini Planmlama ve Uygulama (49).

- Terapötik iletişim tekniklerini kullanarak hasta ve aile üyeleriyle güvene dayalı bir ilişki geliştirin.
- Hastayı ve aile üyelerini mümkün olduğunca hastanın devam eden durumu hakkında bilgilendirin.
- Aileyi hastanın fiziksel bakım ve semptom kontrolünde destek ihtiyaçları konusunda bilgilendirin.
- Hasta kendi ölümü veya kaybı için yas tutarken aktif olarak dinleyin. Hastanın keder ifadelerini normalleştirin.
- Hastanın tercih ettiği ölüm yerini tartışın ve isteklerini belgeleyin.
- Aile üyelerine, kendilerine ve kritik hasta aile üyesine bakmak için yeterli kaynaklara sahip olup olmadıklarını sorun.
- Aile üyesinin hikayesini dinleyin.
- Aile üyelerini, ilgili duygularını göstermeye ve aile üyeleriyle konuşmaya teşvik edin.
- Hastadan ve aile üyelerinden gelen farklı duygu ve istekleri tanıyın ve bunlara saygı gösterin.
- Hasta ve aile üyelerini uygun şekilde manevi bakım için danışmanlara yönlendirin.

Yas Çalışmasını Kolaylaştırma

Keder işinin kolaylaştırılması, hastalara ve aile üyelerine önemli bir kaybın çözümünde yardımcı olur (49)

- Kaybı tanımlayın.
- Hastanın kayba karşı ilk tepkisini belirlemesine yardımcı olun.
- Keder ifadelerini dinleyin.
- Önceki kayıp deneyimlerinin tartışılmasını teşvik edin.
- Kaybın anılarının sözlü olarak ifade edilmesini teşvik edin.
- Keder hakkında empatik açıklamalar yapın.
- Kayıpla ilgili en büyük korkuların tanımlanmasını teşvik edin.
- Yas tutma sürecinin aşamaları ve görevleri hakkında uygun şekilde eğitin.
- Kişisel yas aşamalarında ilerlemeyi destekleyin.
- Kişisel başa çıkma stratejilerinin belirlenmesine yardımcı olun.
- Kayıpla ilişkili kültürel, dini ve sosyal geleneklerin uygulanmasını teşvik edin.
- Çocukların kayıpla ilgili sorularını yanıtlayın ve duyguları tartışmaya teşvik edin.
- Topluluk desteğinin kaynaklarını belirleyin.
- Yas tutma sürecinde kaydedilen ilerlemeyi pekiştirin.
- Yaşam tarzında ihtiyaç duyulan değişiklikleri belirlemeye yardımcı olun.

Bireysel, grup danışmanlığı veya psikoterapi, yaslıların kayıplarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilecek diğer yöntemlerdir.

Yas süreciyle ilgili depresyon veya anksiyete yaşayan hastalar ve aile üyelerine antianksiyete ilaçları veya antidepresanlar reçete edilebilir.

4. Değerlendirme: Uygulanan müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek her zaman önemlidir. Hemşireler, bireylerin durumları için belirlenen özelleştirilmiş istenen sonuç kriterlerine dayalı olarak yas süreciyle başa çıkmalarına ve bu süreç boyunca çalışmalarına yardımcı olmadaki müdahalelerin etkinliğini değerlendirir.

2.8. Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler

DSÖ, ölmekte olan hastaların en uygun bakımı almalarının temel bir insan hakkı olduğunu bildirmektedir. Ölmekte olan hastaların bakımında hemşireler hastalarla

sürekli ve en çok birlikte olan sağlık ekibinin bir üyesidir. Dünyada (56) ve ülkemizde (27) yapılan çeşitli yasal düzenlemelerle ölmekte olan hastaların bakım almasına yönelik palyatif bakım üniteleri açılarak, hemşirelere palyatif bakım konusunda eğitim verilmesine ilişkin girişimler sürdürülmektedir (28). Bununla birlikte ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelere konuya özel eğitim ve sertifika verilmediği ve hemşirelik eğitiminde sadece bir konu olarak ölüm kavramının ele alındığı görülmektedir (26).

Hemşirelerin ölmekte olan kanserli hastaya bakım verebilmeleri için, ölüm olayını kabullenmeleri, hastaları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirebilmeleri, hasta ve ailesinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve sipiritual gereksinimlerini belirleyebilmeleri, bakım planı hazırlayıp uygulayabilmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekir (32).

Yaşam sonu bakım gerektiren hastalıklar hastayı, ailesini ve sağlık personelini, psikolojik ve fizyolojik olarak oldukça zorlamaktadır (26). Ölmekte olan hastanın bakımı ve ölüm olayı, hemşirelerin karşılaştığı en zor durumlardan biri olmakla birlikte hemşireler bu durumla sürekli karşılaşmak zorunda kalmaktadırlar (30). Özellikle onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin, ölmekte olan hastaların bakımı ve kendi sağlıklarını korumaya ilişkin yeterli bilgi, beceri ve tutum kazanmaları için belirli aralıklarla ölmekte olan hastanın bakımına yönelik özel eğitime ihtiyaçları vardır (52).

Literatürde, yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin, ölmekte olan hastalara bakımına ilişkin gerekli bilgi, beceri, tutum ve güvene sahip olmadıkları (14,26,30,32,29,57), hemşirelik lisans eğitiminde içeriğin %2'sinden daha azının yaşam sonunda hemşirelik bakımı ile ilgili olduğu (16), verilen temel eğitimin yetersiz olduğu (14,26) görülmüştür. Hemşirelerin anksiyete, yetersizlik, çaresizlik, öfke, sıkıntı, suçluluk, kaygı, inkar (26) üzüntü, kayıp/yas gibi duygular yaşadıkları belirlenmiştir (29). Hemşirelerin, ölüm kaygısının yüksek olduğu, bu duygularla baş etmek için ölümün doğal olduğunu düşünme ve dua etme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (29 Hemşirelerin, ölmekte olan hastaya bakım verirken en çok hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları (30) görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin çoğunluğunun hasta ve yakınlarıyla ölüm konusunda konuşmanın umutsuzluğa neden

olacağına inandıkları (30), palyatif bakım sağlamanın hasta ve ailesinin yararına olmadığına inandıkları belirlenmiştir (16).

Hemşirelerin, yaşam sonu bakımı sağlamanın kendileri üzerinde önemli bir etkisi olabileceğini anlamaları önemlidir. Beklenmedik ölüm veya travmatik bir deneyim sonucu hemşirenin yası şiddetlenebilir. Kişinin çalışma ortamında veya bir hastaya uzun süre bakım sağladıktan sonra tekrar tekrar kayıp meydana geldiğinde de yaşadığı yasın derecesi daha da artabilir (49). Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik, sık kayıp yaşayan hemşirelerde sıklıkla görülür (49). Bazı kliniklerde, özellikle hemşirelerin başka bir kayıp meydana gelmeden önce bir kayıptan kaynaklanan kederi çözmek için zamanları yoktur. Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik, terapötik olarak ele alınmayan kayıplar yaşayan hemşirelerde sıklıkla görülür (49). Stresler, ekonomik ve sağlık sorunları, kurum yöneticileri tarafından izinler ve psikolojik destek sağlanamaması gibi durumlar hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşamalarını tetikleyebilir. Merhamet yorgunluğu hemşirenin fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlığını etkileyen, kronik ve sürekli bir özveri ve/veya zor durumlara uzun süre maruz kalma durumudur. Bu durum, hemşirenin hasta ve ailesi ile empati kuramamasına yol açabilir. Tükenmişlik**,** fiziksel ve psikolojik olarak motivasyon kaybıdır. Tükenmişliği, en çok hemşirelerin çalışma koşulları etkilemektedir (49). Hemşirelerin, yas sürecinde kendi sağlıklarını koruyabilmeleri için yas ve kayıp konusunda eğitime ihtiyaçları vardır [V, C], (52).

Hemşirelerde merhamet yorgunluğunu ve tükenmişliği önlemek veya azaltmak için öz bakım son derece önemlidir. Hemşirelerin izin alma ihtiyacının farkında olmaları, bireysel başa çıkma mekanizmalarını bilmeleri ve uygulamaları, düzenli psikolojik destek almaları veya iş yerlerinde endişelerini ilgili birimlerde dile getirmeleri önemlidir. Dua, meditasyon, egzersiz, sanat ve müzik, hemşirelerin bireysel yas deneyimlerinde kullanabilecekleri sağlıklı başa çıkma mekanizmalarıdır. Hemşireler, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik açısından kendilerini değerlendirmelidirler. Hemşireler, davranışım değişti mi?, insanlarla farklı iletişim mi kuruyorum?, hangi kötü alışkanlıklar beni cezbeder?, içimdeki acıyı başkalarına yansıtıyor muyum? şeklinde sorular sorarak kendilerini değerlendirebilirler (49). Sık sık kendini değerlendiren hemşireler, kendinin farkında olarak, merhamet yorgunluğunu ve tükenmişliği önlemek için öz bakım stratejileri uygulayabilirler (49).

Ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlikten kendilerini korumak için uygulayabilecekleri öz bakım stratejileri, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal sağlığınızın farkında olma, bir sağlık çalışanı olarak tanık olunan kaybın acısını kabul etme, kendinize özen gösterme ve yeteneklerini ve kusurlarını kabul etme şeklindedir (49).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma iki aşamada gerçekleştirilmiş olup, Birinci aşama, "The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families [NCD]" , (EK- 4) ve "The Nurse's Difficulty Scale for Dying Patients and Their Families [NDD]" (EK-5) isimli iki ölçme aracının Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin yapılması amacıyla metodolojik tipte yürütülmüştür. İkinci aşama ise "Ölmekte Olan Kanserli Hastalara ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelere Verilen Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi"nin, hemşirelik bakımına ve yaşanan güçlüklere etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın birinci aşaması, 1 Eylül 2019-1 Eylül 2020 tarihleri arasında, ikinci aşaması ise 1 Kasım 2022- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın birinci aşaması, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi (ÇÜTFBH) , Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AŞEAH), Adana Seyhan Devlet Hastanesi (ASDH), Adana Yüreğir Devlet Hastanesi (AYDH), Adana Çukurova Devlet Hastanesi'ndeki (AÇDH) yetişkin hastaların yattığı genel cerrahi, onkoloji, hematoloji ve palyatif bakım kliniklerinde yapılmıştır (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Araştırmanın 1. Aşamasının Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Hastaneler	**Yatak sayısı**	**Hemşire Sayı**
ÇÜTFBH (Genel cerrahi, Onkoloji, Hematoloji)	80	57
AŞEAH (Onkoloji ve Palyatif bakım)	76	53
ASDH (Palyatif bakım)	15	9
AÇDH (Palyatif bakım)	18	9
AYDH (Palyatif bakım)	20	12
Toplam	209	140

Araştırmanın ikinci aşaması ise AŞEAH, ASDH, AÇDH ve AYDH yetişkin hastaların yattığı onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerle yapıldı (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Araştırmanın 2. Aşamasının Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Klinikler	**Yatak Sayısı**	**Hemşire Sayısı**
AŞEAH Onkoloji	56	30
AŞEAH Palyatif bakım	20	14
ASDH Palyatif bakım	15	8
AÇDH Palyatif bakım	18	8
AYDH Palyatif bakım	20	12
Toplam	**129**	**72**

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

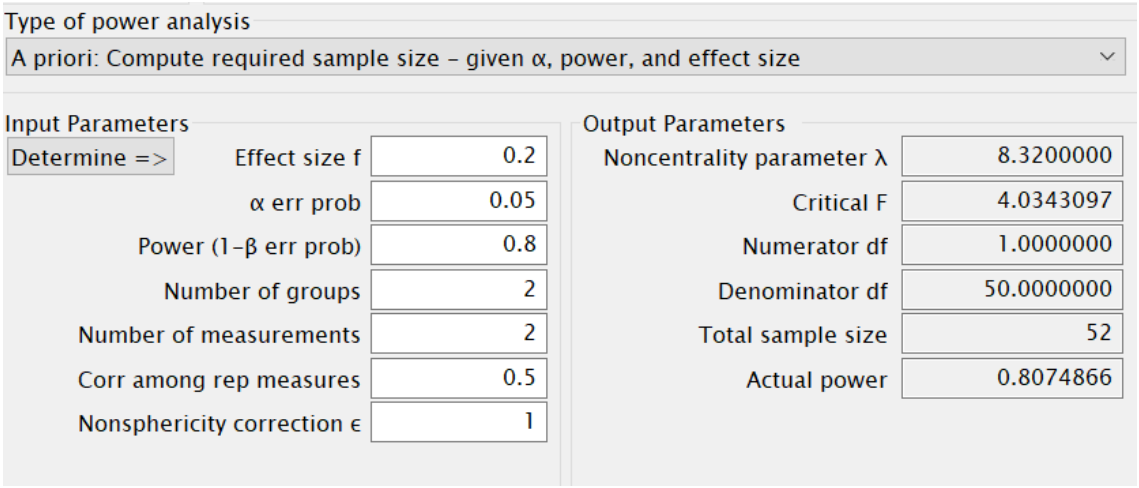
Birinci Aşama: Araştırmanın evrenini ÇÜTFBH, AŞEAH, ASDH, AÇDH ve AYDH'nde yetişkin hastaların yattığı cerrahi, jinekolojik onkoloji, hematoloji, onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan 140 hemşire oluşturdu.

Değişkenlerin temsil edilmesinde, geliştirme ya da uyarlama çalışması yapılan ölçeğin uygulandığı grubun etkisi önemlidir. Geçerlik güvenirlik çalışması yapılan her bir ölçeğin madde sayısı 12'dir. Örneklem ölçek madde sayısının 10 katı olarak alınmış ve 120 hemşire olarak belirlendi (58). Ölçeklerin geçerlik güvenirlik çalışması, yetişkin kanserli hastaların yattığı bir klinikte en az 1 yıldır çalışan, bilgilendirilmiş onamları alınan ve gönüllü olarak katılan 130 hemşire ile tamamlandı (Tablo 3.3).

Tablo 3.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (N:130).

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Cinsiyet	Kadın	100	76,9
	Erkek	30	23,1
Medeni Durum	Evli	62	47,7
	Bekar	68	52,3
Eğitim Durumu	SML ve ön lisans	34	26,2
	Lisans ve üzeri	96	73,8
Hastaneler	ÇÜTFBH	53	40,8
	AŞEAH	53	40,8
	ASDH	9	6,9
	AÇDH	7	5,4
	AYDH	8	6,1
Çalışma Şekli	Nöbet ve vardiya	104	80,0
	Sürekli gündüz	26	20,0
Mesleğini Sevme Durumu	Evet	107	82,3
	Hayır	23	17,7
Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}[min - max]$	
Yaş	31,35±8,034	29 [21-53]	
Meslekte Çalışma Süresi	9,54±8,212	8 [1-33]	
Klinikte Çalışma Süresi	4,05±4,837	2 [1-33]	

İkinci Aşama: Araştırmanın evrenini AŞEAH, ASDH, AÇDH ve AYDH yetişkin hastaların yattığı onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan 72 hemşire oluşturdu. Çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplamasında tekrarlı ölçümler ANOVA yaklaşımı kullanıldı. Temel amaç eğitimin etkinliğini gösterebilmek olduğu için gruplar arası farkın önemi üzerinden minimum örneklem büyüklüğü hesaplandı. İki grubun iki kez tekrarlı ölçümü için 0,80 güçte, f=0.2 etkide, 0,05 α tipi hata olasılığında ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 52 kişi (gruplarda 26 kişi olmak üzere) olarak hesaplandı (Şekil 3.1), (58,59,60).



Şekil 3.1. Tekrarlı Ölçümler İçin Örneklem Hesaplaması (61)

Araştırmada, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hemşireler gruplara tamamen rastgele ve eşit olasılıklı olarak atanmasını sağlamak için Research Randomizer yardımıyla bireylerin gruplara atanması sağlandı (Tablo 3.4), (61). Randomizasyon için 1-52 arasında sütunlar oluşturuldu ve hemşireler Set 1 ve Set 2'ye randomize olarak atandı. Hangi grubun deney veya kontrol grubu olduğu çalışmanın başında kura çekilerek belirlendi. Kura sonucu oluşturulan randomizasyonda Set 1 deney, Set 2 kontrol grubu olarak belirlendi.

Tablo 3.4. Randomizasyon Tablosu

Gruplar	Deney Grubu	Kontrol Grubu		Gruplar	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Kişi Sayısı	**n1=26**	**n2=26**		**Kişi Sayısı**	**n1=26**	**n2=26**
1	2	1		1	2	1
2	3	10		2	3	4
3	7	15		3	7	5
4	9	4		4	9	6
5	11	5		5	11	8
6	17	6		6	17	10
7	19	8		7	18	12
8	20	12		8	19	13
9	21	13		9	20	14
10	23	14		10	21	15
11	24	22		11	23	16
12	51	27		12	24	22
13	50	25		13	28	25
14	18	26		14	30	26
15	31	29		15	31	27
16	32	16		16	32	29
17	28	33		17	34	33
18	34	35		18	36	35
19	36	44		19	37	38
20	37	38		20	40	39
21	30	39		21	42	41
22	40	41		22	45	43
23	45	43		23	46	44
24	42	47		24	48	47
25	46	49		25	50	49
26	48	52		26	51	52
	RASGELE				**SIRALI**	

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri,

- Gönüllü olmak,
- Yetişkin kanserli hastaların yattığı bir klinikte en az 1 yıldır çalışıyor olmak.

Dışlanma Kriterleri

- Palyatif bakım sertifikası olmak,
- Ölmekte olan hastaların bakımı sertifikası olmak,
- Palyatif bakım ve Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin hizmet içi eğitim almak ve bilimsel toplantılara katılmış olmak.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, **Hemşire Tanıtım Formu, Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (ÖHBÖ)** ve **Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği (ÖHGÖ)** ile toplandı.

3.5.1. Hemşire Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literature dayalı olarak hazırlanan hemşire tanıtım formu, çalışma kapsamına alınan hemşireleri tanıtıcı 13 soru içermektedir (10,14,18,20,24,25,29,32,33,37,38,39,62). Formda, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan hastane, çalışılan klinik, çalışma yılı, şimdiki klinikte çalışma süresi, mesleğini sevme durumu ve çalışma şeklini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır (EK-1).

3.5.2. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (ÖHBÖ)

Orijinal ölçek Kanno et al. tarafından 2018 yılında ölmekte olan hastalar ve aileleri için verilen hemşirelik bakımının hemşireler tarafından değerlendirilmesi amacı ile geliştirildi (EK-4). Ölçek, semptom yönetimi, mevcut tedavinin yeniden değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı, aileye açıklama yapma, ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma şeklinde 4 alt boyut ve 12 maddeden oluşan 5'li likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte, 1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: biraz, 4: neredeyse her zaman, 5: daima şeklinde kodlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının her birinden elde edilecek puan 3-15 arasında değişmekte iken toplam puan 15-60 arasındadır. Ölçekten alınan puan arttıkça hemşirelik bakımının kalitesi artmaktadır. Ölçeğin semptom yönetimi alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0,87, mevcut tedavinin yeniden değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.80, aileye açıklama yapma alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.74, ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.71'dir. Ölçeğin

toplam iç tutarlılık katsayısı ise 0.84'dir (EK-4). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır (EK-2).

3.5.2.1. ÖHBÖ'nin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması

İyi bir ölçme ve ölçmeyi gerçekleştiren araçta aranan temel nitelikler geçerlik ve güvenirliktir. Geçerlik, bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir. Güvenirlik ise; bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrarlanması durumunda benzer sonuçların elde edilmesi veya tekrarlardaki tutarlılıktır (63). Ölçek uyarlama çalışmaları, dil uyarlaması, psikometrik özelliklerin incelenmesi ve kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılması olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilir (64).

3.5.2.1.1. ÖHBÖ'nin Dil Eşdeğerliği

Dil eşdeğerliği için çeviri, geri-çeviri yöntemi kullanıldı. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families) ve Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği üç uzman tarafından Türkçeye çevrildi. Ölçeğin Türkçe çevirileri birleştirilerek tek form haline getirildi. Ölçeğin Türkçe çevirisi ve İngilizcesi ile birlikte, Türkçe dil yapısına uygunluk bakımından değerlendirilmek üzere aralarında Türk Dili ve Edebiyatından bir uzmanın da bulunduğu 11 kişilik uzman grubunun görüşüne sunuldu ve önerileri doğrultusunda düzeltmeler yapıldı. Ölçek tekrar İngilizceye çevrilerek ölçeği geliştiren araştırmacıya gönderilerek onayı alındı.

3.5.2.1.2. ÖHBÖ'nin Geçerlik Analizleri

Geçerlik, bir ölçüm aracının ölçmek istediği özelliği diğer özelliklerle karıştırmadan ölçebilme derecesidir (63,65,66). ÖHGÖ'nün geçerliğini değerlendirmek amacı ile kapsam (içerik) ve yapı geçerliği analizleri kullanıldı.

3.5.2.1.2.1. ÖHBÖ'nin Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğinin belirlenmesidir (66). Kapsam geçerliği için ölçeğin ölçmek istediği yapıyı ölçüp ölçmediği, uzman görüşlerine göre belirlenmektedir. Literatürde uzman görüşü için uzman sayısının 5-40 arasında olması önerilmektedir (63,64,65) Uzmanlar, ölçek maddelerinin ölçülecek olanı ölçüp ölçmediğini, maddelerin yeterince açık ve net bir şekilde ifade edilip edilmediğini, maddelerin ölçülmek istenen alanı ölçmek için yeterli olup olmadığını değerlendirmektedirler (63). Uzman önerilerine göre gerekli düzenlemeler yapılır. Değerlendirme sonunda amaca uygun ve yeterli olarak nitelendirilen maddeler seçilerek ölçme aracının kapsamına alınır. Uzman görüşü alma yolu ile değerlendirmede geçerlik seviyesini sayısal değerle belirtme olanağı yoktur. Sadece kanaatlere göre bir kabul söz konusudur. Kapsam geçerliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması bir dereceleme ölçütünün uzmanlara verilmesi ile sağlanabilir. Kapsam geçerliği için uzman grubu incelemesinde "en az uyum sınırı" nın altında olan maddeler ölçme aracından çıkarılmalı ya da yeniden düzenlenmelidir (63,64). Uzman görüşlerine dayanarak elde edilen verileri, istatistiksel nicel çalışmalara dönüştürmek için kullanılan iki yöntem vardır. Bu yöntemler, Lawshe tekniği ve Dawis tekniği olarak adlandırılır (63,67) tekniği olarak adlandırılır (111,113).

Araştırmamızda; dil geçerliği tamamlandıktan sonra, Davis tekniği (67) kullanılarak, 11 uzman tarafından dil/ifade uygunluğu, kapsam geçerliği açısından değerlendirilmiştir. Görüşü alınan yedi uzman Hemşirelik Esasları, bir uzman Genel Cerrahi, bir uzman Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, bir uzman Türk Dili ve Edebiyatı, bir uzman da Eğitim Bilimleri alanından olup, ölçekleri kapsam geçerliği açısından değerlendirmiştir (EK-6). Uzmanlardan her bir "madde uygun", "madde hafifçe gözden geçirilmeli", madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve "madde uygun değil" şeklinde ifadelerin anlaşılırlık ve amaca uygunluk derecesine göre 1-4 arasında puan vererek ölçek maddelerini dörtlü olarak derecelendirmiştir. Uzmanlara e-mail yolu ile ulaşılmıştır. Daha sonra "madde uygun" ve "madde hafifçe gözden geçirilmeli" diyen uzman sayıları toplanıp toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam Geçerliği Oranları (KGO) hesaplanmıştır. Elde edilen KGO değerleri 0,80 değeri ile karşılaştırılarak maddenin ölçekte kalıp kalmamasına karar verilmektedir (63). Bu çalışmada, her uzmanın verdiği puan değerlendirilmiş ve 0,80'nin altında değer

olmadığı belirlenmiştir. Bu nedenle kapsam geçerliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Araştırmada uzmanların ölçek maddeleri ile ilgili puan ortalamalarının yanı sıra maddelerin anlaşılırlığı ve içerikleri konusundaki değerlendirmeleri de göz önünde bulunduruldu ve öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapıldı. Uzman değerlendirmelerine göre ÖHBÖ'nin hemşirelerin ölmekte olan kanserli hastalara ve ailelerine verdikleri hemşirelik bakımını ölçebilecek nitelikte olduğu, ölçülmek istenen alanı temsil ettiği ve kapsam geçerliğinin sağlandığı, dolayısıyla ölçeklerin kapsam açısından ölmekte olan kanserli hastalara ve ailelerine bakım veren Türk hemşireler için geçerli olduğu belirlendi. Kapsam geçerliği bu şekilde değerlendirilen ölçek maddelerine uzmanların verdikleri puanlar (Tablo 3.5).

Tablo 3.5. HBÖ Ölçeğin Uzman Değerlendirme ve Kapsam Geçerliği Sonuçları

Maddeler	**Uygun Değil**	**Kısmen Uygun**	**Uygun**	**Oldukça Uygun**	KGO
I	0	0	0	11	1,00
I-1	0	0	3	8	1,00
I-2	0	0	3	8	1,00
I-3	0	0	3	8	1,00
II	0	0	0	11	1,00
II-1	0	0	3	8	1,00
II-2	0	0	3	8	1,00
II-3	0	0	3	8	1,00
III	0	0	1	10	1,00
III-1	0	0	3	8	1,00
III-2	0	0	3	8	1,00
III-3	0	0	3	8	1,00
IV	0	0	0	11	1,00
IV-1	0	0	0	11	1,00
IV-2	0	0	0	11	1,00
IV-3	0	0	0	11	1,00

Pilot Uygulama: Uzman görüşleri doğrultusunda revize edilen ölçek 20 kişilik pilot bir gruba uygulandı ve ifadelerin anlaşılırlığı test edildi. Pilot uygulama yapılan 20 hemşireye ait veriler örnekleme dahil edilmedi.

3.5.2.1.2.2. ÖHBÖ'nin Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, doğrudan ölçülemeyen bir özelliği kullanılan ölçüm aracının ölçme derecesi olarak ifade edilmektedir (63). Yapı geçerliği analizi, açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır.

3.5.2.1.2.2.1. ÖHBÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmada AFA ve DFA uygulanmadan önce örneklem yeterliliğini ve verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett küresellik testi ile değerlendirmeler yapıldı. Açımlayıcı faktör analizi sonucuna göre; ÖHBÖ KMO değeri 0.781 ve Bartlett'in küresellik testi değerleri X^2=879,116, p<0,001 anlamlılık düzeyinde elde edilmiştir. Ölçeğin KMO değeri 0,781 olarak hesaplandığından faktör analizi yapabilmek için iyi bir yapının sağlandığı görülmektedir (Tablo 3.6), (63,65).

Tablo 3.6. ÖHBÖ KMO ve Barlett Testine İlişkin Bulgular.

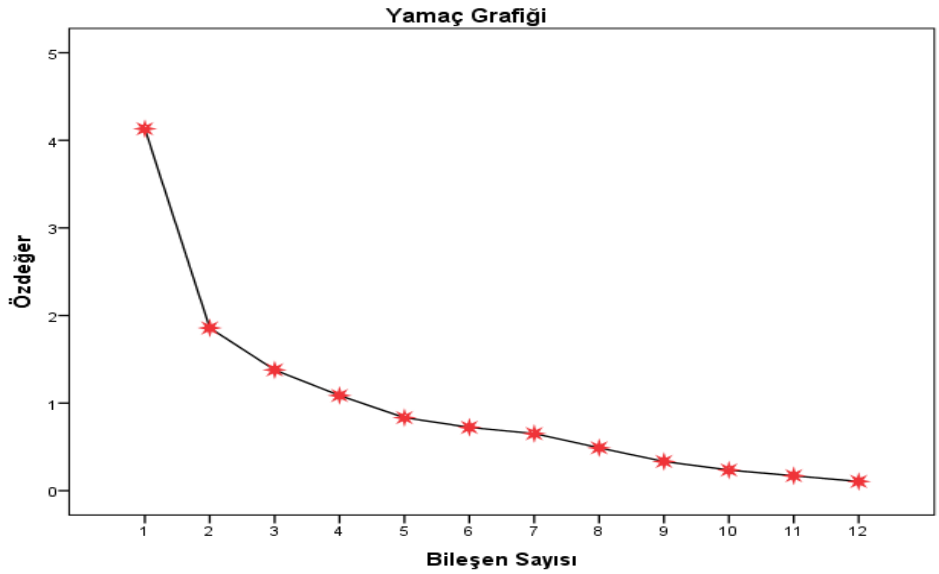
KMO	0,781
Barlet Testi	879,116
p değeri	0,001

AFA, değişkenler arası ilişkiler sorgulanarak yeni bir yapı oluşturulması işleminde kullanılır (68). AFA ölçüm aracının faktör sayılarının belirlenmesi işlemidir (69). Ölçeğin yapı geçerliliği için ilk olarak açıklayıcı (explanatory) faktör analizi uygulandı. Faktör analizinde öz değeri 1 ve üzerinde olan faktörler yorumlamaya alınmıştır. ÖHBÖ'nin faktör yapısını açıklarken faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi ve döndürme yöntemi olarak da varyans değişkenliğini en iyi açıklayan yöntem olan Varimax metodu seçilmiştir. Özdeğer, varyans yüzdesine ait tablo 3.7. ve yamaç grafiği Şekil 3.2'de sunuldu.

Açıklayıcı faktör analizi sonucuna göre 12 maddeden oluşan ölçeğin dört faktörden oluştuğu görülmektedir. Özdeğeri birin üstünde değer alan dört faktörün toplam varyansın %70,464'ünü; birinci faktörün, %19,492'sini ikinci faktörün, %17,822'sini üçüncü faktörün, %17,444'ünü ve dördüncü faktörün %17,707'sini açıkladığı görülmektedir (Tablo 3.7). Faktör yapılarına ait durum yamaç grafiğiyle gösterildi (Şekil 3.2).

Tablo 3.7. ÖHBÖ'nin Faktörlerinin Varyans Açıklama Oranları

Bileşen	**Başlangıç Özdeğerleri**			**Yüklerin Kareler Toplamı**			**Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı**		
	Toplam	**Varyans %**	**Yığılımlı %**	**Toplam**	**Varyans %**	**Yığılımlı %**	**Toplam**	**Varyans %**	**Yığılımlı %**
1	4,132	34,431	34,431	4,132	34,431	34,431	2,339	19,492	19,492
2	1,858	15,483	49,914	1,858	15,483	49,914	2,139	17,822	37,313
3	1,379	11,492	61,405	1,379	11,492	61,405	2,093	17,444	54,757
4	1,087	9,059	70,464	1,087	9,059	70,464	1,885	15,707	70,464
5	0,834	6,952	77,416						
6	0,723	6,026	83,442						
7	0,652	5,433	88,875						
8	0,490	4,080	92,954						
9	0,334	2,781	95,736						
10	0,236	1,966	97,701						
11	0,171	1,422	99,123						
12	0,105	0,877	100,000						



Şekil 3.2. ÖHBÖ'nin Yamaç Grafiği

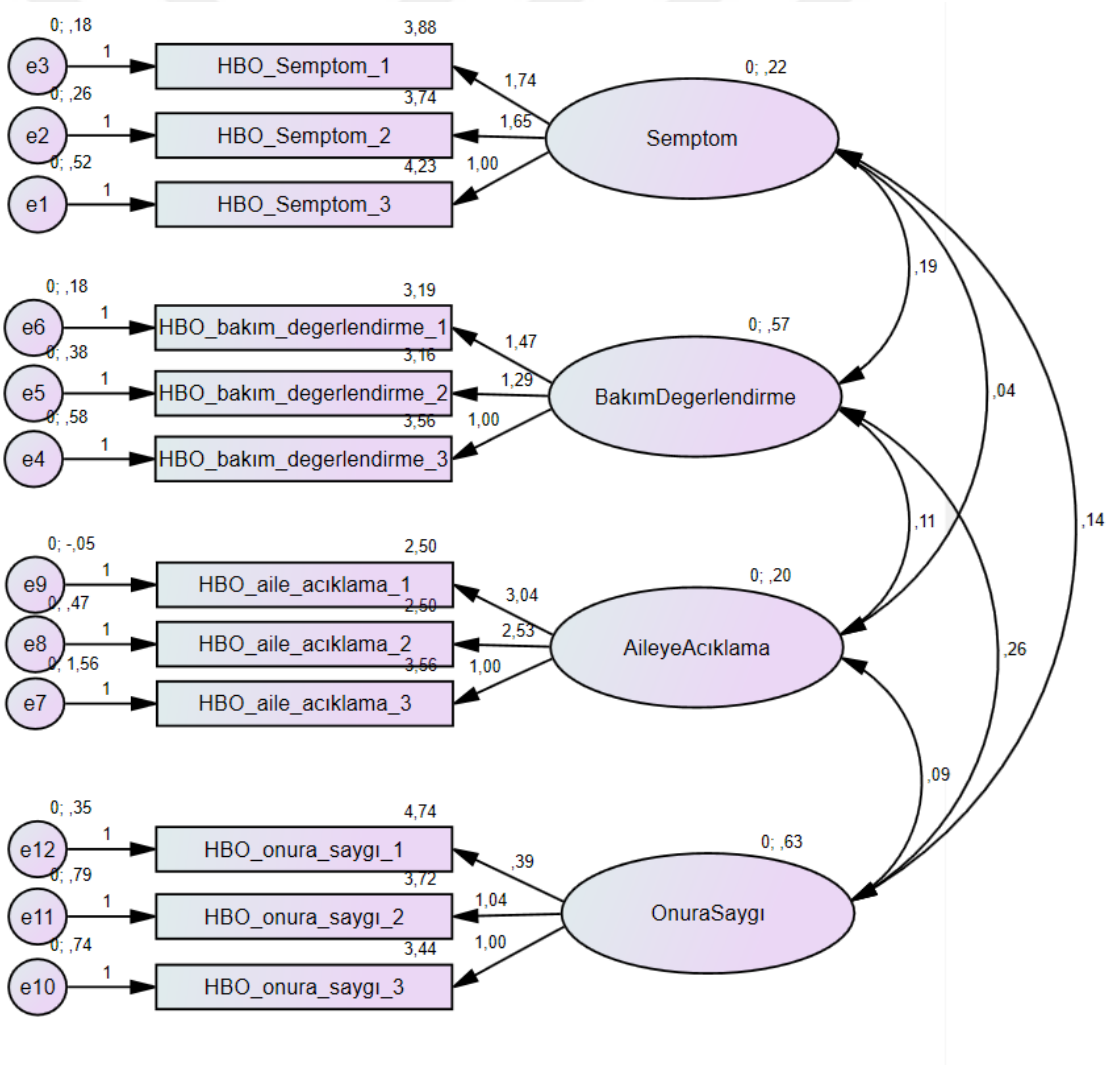
3.5.2.1.2.2.2. ÖHBÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Değerlendirilmesi

Ölçek geliştirme çalışmalarında AFA ile elde edilen boyutlar DFA ile kontrol edilmektedir (72). Bu bilgi doğrultusunda araştırmada AFA sonucu elde edilen ölçeğe DFA uygulanarak boyutların doğruluğu kontrol edildi. Araştırma sonucunda elde edilen faktörler ile kurulan modelin doğrulanıp doğrulanmadığını birden fazla uyum indeksi ile gösteren yapısal eşitlik modellemesinde tek bir uyum indeksi yerine tüm indeksler bir arada değerlendirmektedir (73,74) Elde edilen uyum indeksleri ile ölçüm aracının temel modele uyum gösterip göstermediğine karar verilir (71). Araştırmamızda, ölçeğin yapı geçerliğinde, açımlayıcı faktör analiziyle oluşan faktörlerin uyumunu doğrulamak amacı ile DFA yapıldı. Ölçeğin geçerlik çalışmalarına yönelik sonuçlar; toplam 12 madde ve 4 alt boyuttan oluşan yapıya ait modeli doğrulayıcı faktör analiziyle değerlendirilmiştir. Buna göre alt boyutlarda yer alan tüm maddeler model içinde uyumlu saptandı (EK-14).

Çalışmada ölçüm aracının yapı geçerliği için yapılan DFA sonucuna göre uyum gösteren X^2/sd (CMIN/Sd=1,534, RMSA=0,060, NFI=0.890 ve CFI=0.957, TLI= 0,942 olarak hesaplanmıştır. Uyum göstergelerinden bulunan değerler incelendiğinde DFA sonucu oluşturulan dört boyutlu ölçeğin kabul edilebilir olduğu bulgusu elde edildi (Tablo 3.8), (Şekil 3.3).

Tablo 3.8. ÖHBÖ'ne Ait Uyum İndeksleri (71)

Uyum İndeksleri	Değer	Kabul edilebilir değerler
RMSEA	0,060*	0,08 ≤ Kabul edilebilir ≤0,06 0,06≤ iyi ≤ 0,05
NFI	0,890	≥0,90 iyi uyum
CFI	0,957*	≥0,95 tam uyum, ≥0,90 iyi uyum, ≥0,80 kabul edilebilir uyum
TLI	0,942*	≥0,90 iyi uyum
X^2/df (CMIN/df)	1,534*	<3 iyi uyum, <5 kabul edilebilir uyum
PNFI	0,647*	≥0,50 iyi uyum
PCFI	0,696*	≥0,50 iyi uyum



Şekil 3.3. ÖHBÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Dağılımları (72)

3.5.2.1.3. ÖHBÖ'nin Güvenirlik Analizleri

Bir ölçme aracının güvenirliği, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrar edilen ölçümlerden elde edilen sonuçların tutarlılığının bir göstergesidir. Ölçme aracının ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün ya da ölçme sonuçlarının hatalardan arınma derecesidir. Güvenirlikte üç önemli kavram vardır (64, 63,65,75).

1. Değişmezlik: Bir ölçme aracındaki maddelerin (soruların) testin bütünü ile uyumudur.

2. Kararlılık: Ölçme konusu olan özelliğin, aynı ölçme aracıyla farklı zamanlarda birkaç kez ölçümünde aynı sonuçların elde edilmesidir.

3. Duyarlılık: Ölçme aracı veya sonuçlarının biriminin büyüklüğü ile ilgilidir. Birim aralığı küçükse ölçme daha duyarlıdır (64, 63,65,75).

ÖHBÖ'nin ve alt boyutlarının güvenirliği için iç tutarlılık analizleri, yarı test güvenirliği ve zamana karşı değişmezlik analizleri yapıldı.

3.5.2.1.3.1. ÖHBÖ'nin İç Tutarlılık Analizleri

İç tutarlılık, belirli bir alanı ölçtüğü düşünülen soruların kendi aralarında ne kadar homojen olduğunu, soruların istenen kavramı ölçüp ölçmediğini değerlendirmektir **(**63). ÖHBÖ'nin iç tutarlık değerlendirmesi için ölçeğin tamamı ve alt boyutları için korelasyona dayalı madde analizi yapılmıştır (EK-15, EK-16). Hotelling's T^2 analizi ve yarı-test güvenirlik sonuçları elde edilmiş, Cronbach's Alpha katsayıları hesaplandı.

Ölçekten alınan toplam puan ile maddelere ait puanların korelasyonu alınarak hesaplanan madde toplam puan korelasyon katsayıları, ölçeğin homojenliğinin ve güvenirliğinin belirlenmesi için kullanılır. Ölçekte bulunan bir maddenin toplam puan korelasyonunun düşük olması durumunda o maddenin ölçekten çıkarılması gerekir. Madde toplam korelasyonu katsayısının en az 0,20 olması gerekir (66,76). ÖHBÖ'ne ait madde analizi sonucuna göre tüm maddelerin ölçek toplam korelasyon değerleri 0,20'nin üstünde bulunduğu için ölçekten madde çıkarılmaması gerektiği bulundu (Tablo 3.9).

Tablo 3.9. ÖHBÖ Madde-Toplam Puan Korelasyonları

	Ön skor	**p değeri**
HBO_Semptom_1	0,605**	<0,001
HBO_Semptom_2	0,620**	<0,001
HBO_Semptom_3	0,563**	<0,001
HBO_Bakım_degerlendirme_1	0,749**	<0,001
HBO_Bakım_degerlendirme_2	0,723**	<0,001
HBO_Bakım_degerlendirme_3	0,659**	<0,001
HBO_Aile_acıklama_1	0,577**	<0,001
HBO_Aile_acıklama_2	0,509**	<0,001
HBO_Aile_acıklama_3	0,371**	<0,001
HBO_Onura_saygı_1	0,382**	<0,001
HBO_Onura_saygı_2	0,515**	<0,001
HBO_Onura_saygı_3	0,558**	<0,001

ÖHBÖ Hotelling's T^2 istatistiği incelendiğinde ölçekte birden fazla alt boyut olduğu ve maddelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0,05$), (Tablo 3.10).

Tablo 3.10. ÖHBÖ'nin Madde Ortalamaları Analizi

Hotelling's T^2	F	p değeri
439,395	36,501	<0,001

ÖHBÖ'nin; Guttman Split-Half katsayısı 0,603, Spearman-Brown katsayısı ise 0,604 olarak saptanmıştır. Altı maddelik birinci yarının Cronbach Alpha değeri 0,843, 6 maddelik ikinci yarının Cronbach Alpha değeri 0,656, iki yarı arasındaki korelasyon ise 0,463 olarak bulunmuştur (Tablo 3.11).

Tablo 3.11. ÖHBÖ'nin Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri

ÖHBÖ Ölçeği	
Guttman Split-Half	0,603
Spearman-Brown	0,604
6 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alpha Değeri	0,843
6 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alpha Değeri	0,656
İki Yarı Arasındaki Korelasyon	0,463

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı, Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddeler 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığı durumda kullanılan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan bir maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile hesaplanan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (66,77). Literatürde Cronbach alpha katsayısı 0,00-0,39 ise ölçek güvenilir değil, 0,40-0,59 ise ölçek düşük güvenirlikte, 0,60-0,79 ise ölçek oldukça güvenilir, 0,80-1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir şeklinde değerlendirilmektedir (78). ÖHBÖ semptom alt boyutunun iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach Alpha değeri 0,791 olarak saptandı. Maddelerin korelasyon değerleri yeterli bulunduğundan madde çıkarılmaması gerektiği bulgusu elde edildi. Hemşirelik bakımını değerlendirme alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,863 olarak saptandı. Korelasyon değerleri yüksek bulunduğundan madde çıkarılmaması gerektiği bulgusu elde edildi. Aileye açıklama yapma alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,757 olarak saptandı. Korelasyon değerleri uygun bulunduğundan madde çıkarılmaması gerektiği görüldü. Onura saygı alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,621 olarak saptandı.

Korelasyon değerleri uygun bulunduğundan madde çıkarılmaması gerektiği görüldü (Tablo 3.12). Ölçeğin toplam iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha değeri 0,865 olarak elde edildi (Tablo 3.12). Bu sonuçlar ÖHBÖ'nin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.12. ÖHBÖ ve Alt Boyutlarını Oluşturan Maddelerin Dağılımı

Maddeler	**Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması**	**Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı**	**Madde Ölçek Toplam Korelasyonu**	**Madde Çıkarıldığında Ölçek**	**Cronbach Alpha Değeri**
ÖHBO Semptom Yönetimi					
Semptom_1	7,97	2,301	0,749	0,583	
Semptom_2	8,11	2,410	0,682	0,661	
Semptom_3	7,62	3,064	0,485	0,860	**0,791**
ÖHBO Bakımın Değerlendirilmesi					
bakım_degerlendirme_1	6,72	3,963	0,816	0,735	
bakım_degerlendirme_2	6,74	4,279	0,762	0,788	
bakım_degerlendirme_3	6,35	4,971	0,653	0,884	**0,863**
ÖHBO Aileye Açıklama Yapma					
aileye_acıklama_1	6,07	4,668	0,753	0,471	
aile_acıklama_2	6,06	4,902	0,721	0,516	
aile_acıklama_3	5,00	6,810	0,339	0,930	**0,757**
ÖHBO Onura Saygı					
onura_saygı_1	7,15	4,183	0,373	0,630	
onura_saygı_2	8,17	2,298	0,512	0,398	
onura_saygı_3	8,45	2,509	0,476	0,457	**0,621**
Toplam Ölçek	**Cronbach Alpha Değeri: 0,865**				

ÖHBÖ'nin Devamlılık/Süreklilik/Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Zamana göre değişmezliği değerlendirmek için test-tekrar test tekniği kullanıldı. Çalışmada test-tekrar test güvenirliği için araştırmaya katılan 49 kişiye birinci uygulamadan üç hafta sonra ölçek tekrar uygulandı. Birinci ve ikinci uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test- tekrar test ölçek toplam puan korelasyonunun r=0,700 olduğu ve öntest ve sontest skor ortalamalarının istatistiksel olarak benzer olduğu saptandı (p=0,264), (Tablo 3.13).

Tablo 3.13. ÖHBÖ Test-Tekrar Test Skorlarının karşılaştırılması

ÖHBÖ test ve retest uygulamalarının karşılaştırılması	**Soru sayısı**	**Tekrar test uygulanan kişi sayısı**	**r**	**p**
Ölçek toplam puanı	12	49	r=0,700** p<0,001	t=-1,129 p=0,264

ÖHBÖ'nin 4 alt boyut ve 12 maddeden oluşan 5'li likert tipinde, ölmekte olan hastalar ve aileleri için verilen hemşirelik bakımının kalitesini ölçebilen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısının ise 0.84 olduğu görülmüştür. ÖHBÖ'nün tüm ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin verdikleri hemşirelik bakımının kalitesinin belirlenmesinde güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılması önerilir.

3.5.3. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği (ÖHGÖ)

Kanno et al. tarafından 2018 yılında hemşirelerin ölmekte olan hastalar ve ailelerine bakım verirken yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçek semptom yönetimi, mevcut tedavinin yeniden değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı, aileye açıklama yapma, ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma şeklinde 4 alt boyut ve 12 maddeden oluşan 5'li likert tipindedir. Ölçkte,

1: asla, 2: biraz, 3: bazen, 4: sıklıkla, 5: çok fazla şeklinde kodlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarının her birinden elde edilecek puan 3-15 arasında değişmekte iken toplam puan 15-60 arasındadır. Ölçekten alınan puan arttıkça hemşirelerin yaşadıkları güçlükler artmaktadır. Ölçeğin semptom yönetimi alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0,87, mevcut tedavinin yeniden değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımı alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.80, aileye açıklama yapma alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0,74, ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0,71'dir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı ise 0,84'dir (EK-5). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır (EK-3).

3.5.3.1. ÖHGÖ'nin Türkçe Geçerlik Güvenirlik Çalışması

İyi bir ölçme ve ölçmeyi gerçekleştiren araçta aranan temel nitelikler geçerlik ve güvenirliktir. Geçerlik, bir testin ölçmek istediği özelliği ölçmesi ile ilgili bir kavramdır. Bu bağlamda, bir test ölçmek istediği özelliği doğru ve diğer özelliklerle karıştırmadan ölçüyor ise bu testin geçerli olduğu söylenir. Güvenirlik ise, bir ölçüm sürecinde, ölçüm işleminin tekrarlanması durumunda benzer sonuçların elde edilmesi veya tekrarlardaki tutarlılıktır (63). Ölçek uyarlama çalışmaları üç aşamada gerçekleştirilir (64).

Bunlar, psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması, psikometrik özelliklerin incelenmesi ve kültürlerarası özelliklerin karşılaştırılmasıdır.

3.5.3.1.1. Dil Eşdeğerliği

Dil eşdeğerliği için çeviri, geri-çeviri yöntemi kullanıldı. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families) ve Ölmek Üzere Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği üç uzman tarafından Türkçeye çevrildi. Ölçeğin Türkçe çevirileri birleştirilerek tek form haline getirildi. Ölçeğin Türkçe çevirisi ve İngilizcesi ile birlikte, Türkçe dil yapısına uygunluk bakımından değerlendirilmek üzere aralarında Türk Dili ve Edebiyatı bölümünden bir uzmanın da bulunduğu 11 kişilik uzman grubunun görüşüne sunuldu ve önerileri doğrultusunda düzeltmeler yapıldı. Ölçek tekrar İngilizceye çevrilerek ölçeği geliştiren araştırmacıya gönderilerek onayı alındı.

3.5.3.1.2. Geçerlik Analizleri

Geçerlik, bir ölçüm aracının ölçmek istediği özelliği diğer özelliklerle karıştırmadan ölçebilme derecesidir (65,66). ÖHGÖ'nün geçerliğini değerlendirmek amacı ile kapsam ve yapı geçerliği analizleri kullanıldı.

3.5.3.1.2.1. Kapsam Geçerliği

Kapsam geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğinin belirlenmesidir (66). Kapsam geçerliği için ölçeğin ölçmek istediği yapıyı ölçüp ölçmediği, uzman görüşlerine göre belirlenmektedir. Literatürde uzman görüşü için uzman sayısının 5-40 arasında olması önerilmektedir (63,64). Uzmanlar, ölçek maddelerinin ölçülecek olanı ölçüp ölçmediğini, maddelerin yeterince açık ve net bir şekilde ifade edilip edilmediğini, maddelerin ölçülmek istenen alanı ölçmek için yeterli olup olmadığını değerlendirmektedirler (63). Uzman önerilerine göre gerekli düzenlemeler yapılır. Değerlendirme sonunda amaca uygun ve yeterli olarak nitelendirilen maddeler seçilerek ölçme aracının kapsamına alınır. Uzman görüşü alma yolu ile değerlendirmede geçerlik seviyesini sayısal değerle belirtme olanağı yoktur. Sadece kanaatlere göre bir kabul söz konusudur. Kapsam geçerliğinin sayısal değerlerle kanıtlanması bir dereceleme ölçütünün uzmanlara verilmesi ile sağlanabilir. Kapsam geçerliği için uzman grubu incelemesinde "en az uyum sınırı" nın altında olan maddeler ölçme aracından çıkarılmalı ya da yeniden düzenlenmelidir (63,64). Uzman görüşlerine dayanarak elde edilen verileri, istatistiksel nicel çalışmalara dönüştürmek için kullanılan iki yöntem vardır. Bu yöntemler, Lawshe tekniği ve Dawis tekniği olarak adlandırılır (63,67).

Araştırmamızda, dil geçerliği tamamlandıktan sonra, Davis tekniği (67) kullanılarak, 11 uzman tarafından dil/ifade uygunluğu, kapsam geçerliği açısından değerlendirildi. Görüşü alınan yedi uzman Hemşirelik Esasları, bir uzman Genel Cerrahi, bir uzman Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, bir uzman Türk Dili ve Edebiyatı, bir uzman da Eğitim Bilimleri alanından olup, ölçekleri kapsam geçerliği açısından değerlendirildi (EK-6). Uzmanlardan her bir "madde uygun", "madde hafifçe gözden geçirilmeli", madde ciddi olarak gözden geçirilmeli" ve "madde uygun değil" şeklinde ifadelerin anlaşılırlık ve amaca uygunluk derecesine göre 1-4 arasında puan vererek ölçek maddelerini dörtlü olarak derecelendirildi. Uzmanlara e-mail yolu ile

ulaşılmıştır. Daha sonra "madde uygun" ve "madde hafifçe gözden geçirilmeli" diyen uzman sayıları toplanıp toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam Geçerliği Oranları (KGO) hesaplandı. Elde edilen KGO değerleri 0,80 değeri ile karşılaştırılarak maddenin ölçekte kalıp kalmamasına karar verilmektedir (63). Bu çalışmada, her uzmanın verdiği puan değerlendirildi ve 0,80'nin altında değer olmadığı belirlendi. Bu nedenle kapsam geçerliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmadı. Araştırmada uzmanların ölçek maddeleri ile ilgili puan ortalamalarının yanı sıra maddelerin anlaşılırlığı ve içerikleri konusundaki değerlendirmeleri de göz önünde bulunduruldu ve öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapıldı. Uzman değerlendirmelerine göre ÖHGÖ'nin hemşirelerin ölmekte olan kanserli hastalara ve ailelerine hemşirelik bakımı verirken yaşadıkları güçlükleri ölçebilecek nitelikte olduğu, ölçülmek istenen alanı temsil ettiği ve kapsam geçerliğinin sağlandığı, dolayısıyla ölçeğin kapsam açısından ölmekte olan kanserli hastalara ve ailelerine bakım veren Türk hemşireler için geçerli olduğu belirlendi. Kapsam geçerliği bu şekilde değerlendirilen ölçek maddelerine uzmanların verdikleri puanlar (Tablo 3.14) verildi.

Tablo 3.14. ÖHGÖ Ölçeğin Uzman Değerlendirme ve Kapsam Geçerliği Sonuçları

Maddeler	**Uygun Değil**	**Kısmen Uygun**	**Uygun**	**Oldukça Uygun**	**KGO**
I	0	0	0	11	1,00
I-1	0	0	3	8	1,00
I-2	0	0	3	8	1,00
I-3	0	0	3	8	1,00
II	0	0	0	11	1,00
II-1	0	0	1	10	1,00
II-2	0	0	3	8	1,00
II-3	0	0	3	8	1,00
III	0	0	3	8	1,00
III-1	0	0	1	10	1,00
III-2	0	0	1	10	1,00
III-3	0	0	0	11	1,00
IV	0	0	0	11	1,00
IV-1	0	0	2	9	1,00
IV-2	0	0	1	10	1,00
IV-3	0	0	2	9	1,00

Pilot Uygulama: Uzman görüşleri doğrultusunda revize edilen ölçek 20 kişilik pilot bir gruba uygulandı ve ifadelerin anlaşılırlığı test edildi. Pilot uygulama yapılan 20 hemşireye ait veriler örnekleme dahil edilmedi. Pilot uygulama sonrası gebeler tarafından anlaşılmayan herhangi bir madde olmadığı belirlendi.

3.5.3.1.2.2. Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği, doğrudan ölçülemeyen bir özelliği kullanılan ölçüm aracının ölçme derecesi olarak ifade edilmektedir (65). Yapı geçerliği analizi, açıklayıcı faktör AFA ve DFA olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır.

3.5.3.1.2.2.1. ÖHGÖ'nin Açıklayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Ölçeğin yapı geçerliliği için ilk olarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizinde öz değeri 1 ve üzerinde olan faktörler yorumlamaya alındı. İstatistik analizler öncesinde örneklemin yeterliliği için KMO değeri ve Barlett küresellik testi ile değerlendirmeler yapıldı. Açımlayıcı faktör analizi sonucuna göre; ölçeğin KMO değeri 0,830 (çok iyi düzeyde) ve Bartlett'in küresellik testi değerleri X^2=1206,760, p<0,001 anlamlılık düzeyinde elde edildi. Ölçeğin KMO değeri 0,830 olarak hesaplandığından faktör analizi yapabilmek için iyi bir yapının sağlandığı görülmektedir (63), (Tablo 3.15).

Tablo 3.15. ÖHGÖ KMO ve Barlett Testine İlişkin Bulgular.

KMO	0,830
Barlet Testi	1206,760
P değeri	0,001

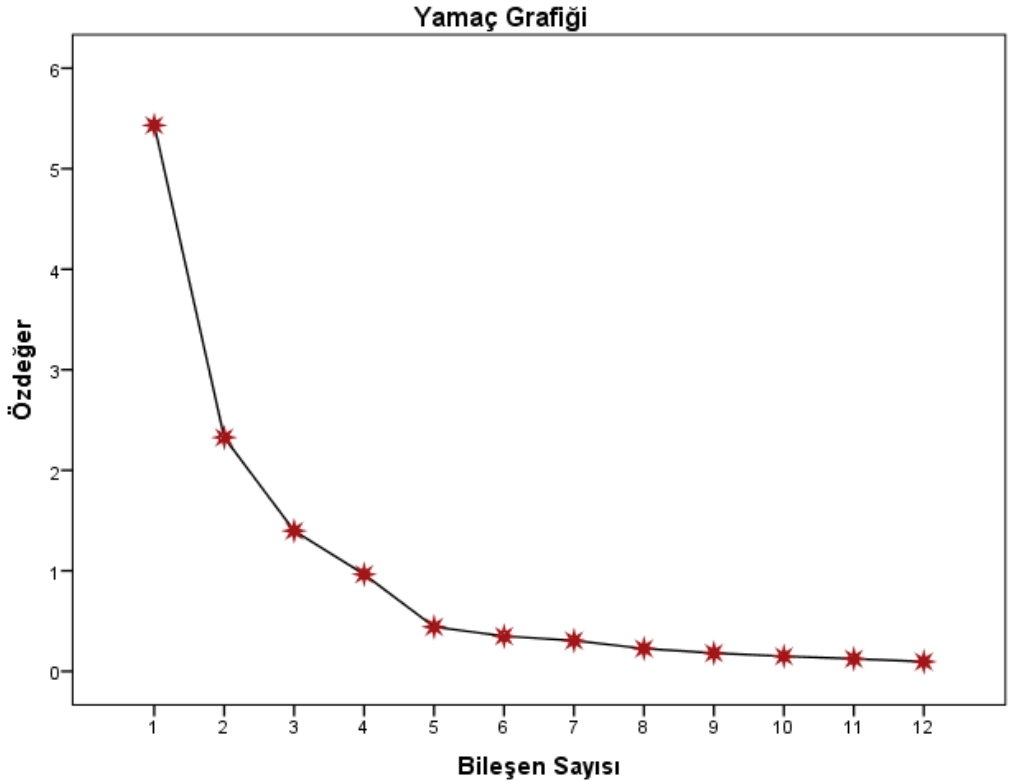
AFA, değişkenler arası ilişkiler sorgulanarak yeni bir yapı oluşturulması işleminde kullanılır (68). AFA ölçüm aracının faktör sayılarının belirlenmesi işlemidir (69). Ölçeğin yapı geçerliliği için ilk olarak açıklayıcı faktör analizi uygulandı. Faktör analizinde öz değeri 1 ve üzerinde olan faktörler yorumlamaya alındı. ÖHGÖ'nin faktör yapısını açıklarken faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi ve döndürme yöntemi olarak da varyans değişkenliğini en iyi açıklayan yöntem olan Varimax metodu

seçildi. Özdeğer, varyans yüzdesine ait bulgular Tablo 3.16 ve yamaç grafiği Şekil 3.4. da sunuldu.

Açımlayıcı faktör analizi sonucuna göre 12 maddeden oluşan ölçek için özdeğeri birin üstünde değer alan dört faktör ile toplam varyansın %84,349'unu; birinci faktörün, %23,486'sını ikinci faktörün, %22,017'sini üçüncü faktörün, %20,101'ini ve dördüncü faktörün %18,745'ini açıkladığı görülmektedir (Tablo 3.16).

Tablo 3.16. ÖHGÖ'nin Faktörlerinin Varyans Açıklama Oranları

Bileşen	Başlangıç Özdeğerleri			Yüklerin Kareler Toplamı			Döndürme Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %	Toplam	Varyans %	Yığılımlı %
1	5,432	45,265	45,265	5,432	45,265	45,265	2,818	23,486	23,486
2	2,326	19,386	64,651	2,326	19,386	64,651	2,642	22,017	45,504
3	1,398	11,650	76,301	1,398	11,650	76,301	2,412	20,101	65,604
4	0,966	8,048	84,349	0,966	8,048	84,349	2,249	18,745	84,349
5	0,442	3,685	88,033						
6	0,350	2,919	90,952						
7	0,306	2,549	93,501						
8	0,227	1,889	95,391						
9	0,182	1,514	96,905						
10	0,150	1,253	98,158						
11	0,125	1,040	99,198						
12	0,096	0,802	100,000						



Şekil 3.4. ÖHGÖ'nin yamaç grafiği

3.5.3.1.2.2.2. ÖHGÖ'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Değerlendirilmesi

Ölçek geliştirme çalışmalarında AFA ile elde edilen boyutlar DFA ile kontrol edilmektedir (72). Bu bilgi doğrultusunda araştırmada AFA sonucu elde edilen ölçeğe DFA uygulanarak boyutların doğruluğu kontrol edildi. Araştırma sonucunda elde edilen faktörler ile kurulan modelin doğrulanıp doğrulanmadığını birden fazla uyum indeksi ile gösteren yapısal eşitlik modellemesinde tek bir uyum indeksi yerine tüm indeksler bir arada değerlendirmektedir (73,74). Elde edilen uyum indeksleri ile ölçüm aracının temel modele uyum gösterip göstermediğine karar verilir (71). Araştırmamızda, ölçeğin yapı geçerliğinde, açımlayıcı faktör analiziyle oluşan faktörlerin uyumunu doğrulamak amacı ile DFA yapıldı. Ölçeğin geçerlik çalışmalarına yönelik sonuçlar; toplam 12 madde ve 4 alt boyuttan oluşan yapıya ait modeli doğrulayıcı faktör analiziyle değerlendirildi. Buna göre alt boyutlarda yer alan tüm maddeler model içinde uyumlu saptandı (EK-17).

Çalışmada ölçüm aracının yapı geçerliği için yapılan DFA sonucuna göre uyumu gösteren X^2/sd (CMIN/Sd=1,461, RMSA=0,060, NFI=0.944 ve CFI=0.981, TLI= 0,974

olarak hesaplandı. Uyum göstergelerinden bulunan değerler incelendiğinde DFA sonucu oluşturulan dört boyutlu ölçeğin kabul edilebilir olduğu bulgusu elde edildi (Tablo 3.17).

Tablo 3.17. ÖHGÖ'ne ait uyum indeksleri

Uyum İndeksleri	**Değer**	**Kabul edilebilir değerler**
RMSEA	0,060*	0,08 ≤ Kabul edilebilir ≤0,06 0,06≤ iyi ≤ 0,05
NFI	0,944	≥0,90 iyi uyum
CFI	0,981*	≥0,95 tam uyum, ≥0,90 iyi uyum, ≥0,80 kabul edilebilir uyum
TLI	0,974	≥0,90 iyi uyum
X^2/df (CMIN/df)	1,461*	<3 iyi uyum, <5 kabul edilebilir uyum
PNFI	0,687*	≥0,50 iyi uyum
PCFI	0,714*	≥0,50 iyi uyum

Şekil 3.4'de doğrulayıcı faktör analizine ait bulgular yer almaktadır.



Şekil 3.4. ÖHGÖ'ne Doğrulayıcı Faktör Analizi Dağılımları (72,71)

3.5.3.1.2.3. ÖHGÖ'nin Güvenirlik Analizleri

Bir ölçme aracının güvenirliği, bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrar edilen ölçümlerden elde edilen sonuçların tutarlılığının bir göstergesidir. Ölçme aracının ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün ya da ölçme sonuçlarının hatalardan arınma derecesidir. Güvenirlikte üç önemli kavram vardır. (63,64,75**)**

1. Değişmezlik: Bir ölçme aracındaki maddelerin (soruların) testin bütünü ile uyumudur.

2. Kararlılık: Ölçme konusu olan özelliğin, aynı ölçme aracıyla farklı zamanlarda birkaç kez ölçümünde aynı sonuçların elde edilmesidir.

3. Duyarlılık: Ölçme aracı veya sonuçlarının biriminin büyüklüğü ile ilgilidir. Birim aralığı küçükse ölçme daha duyarlıdır (64,75).

3.5.3.1.2.3.1. ÖHGÖ'nin İç Tutarlılık Analizleri

İç tutarlılık, belirli bir alanı ölçtüğü düşünülen soruların kendi aralarında ne kadar homojen olduğunu, soruların istenen kavramı ölçüp ölçmediğini değerlendirmektir (63) ÖHGÖ iç tutarlık değerlendirmesi için ölçeğin tamamı ve alt boyutları için korelasyona dayalı madde analizi yapıldı. Hotelling's T^2 analizi ve yarı-test güvenirlik sonuçları elde edildi ve Cronbach's Alpha katsayıları hesaplandı. Bununla ilgili sonuçlar tabloda sunuldu.

Ölçekten alınan toplam puan ile maddelere ait puanların korelasyonu alınarak hesaplanan madde toplam puan korelasyon katsayıları, ölçeğin homojenliğinin ve güvenirliğinin belirlenmesi için kullanılır. Ölçekte bulunan bir maddenin toplam puan korelasyonunun düşük olması durumunda o maddenin ölçekten çıkarılması gerekir. Madde toplam korelasyonu katsayısının en az 0,20 olması gerekir (66,76). ÖHGÖ'ne ait madde analizi sonucuna göre tüm maddelerin ölçek toplam korelasyon değerleri 0,20'nin üstünde bulunduğu için ölçekten madde çıkarılmaması gerektiği bulundu (Tablo 3.18).

Tablo 3.18. ÖHGÖ Madde-Toplam Puan Korelasyonları

	Ön skor	p değeri
HGÖ _Semptom_1	0,671**	<0,001
HGÖ _Semptom_2	0,668**	<0,001
HGÖ _Semptom_3	0,595**	<0,001
HGÖ _bakım_degerlendirme_1	0,678**	<0,001
HGÖ _bakım_degerlendirme_2	0,726**	<0,001
HGÖ _bakım_degerlendirme_3	0,588**	<0,001
HGÖ _aile_acıklama_1	0,648**	<0,001
HGÖ _aile_acıklama_2	0,637**	<0,001
HGÖ _aile_acıklama_3	0,679**	<0,001
HGÖ _onura_saygı_1	0,688**	<0,001
HGÖ _onura_saygı_2	0,705**	<0,001
HGÖ _onura_saygı_3	0,754**	<0,001

ÖHGÖ Hotelling's T^2 istatistiği incelendiğinde ölçekte birden fazla alt boyut olduğu ve maddelerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 3.25).

Tablo 3.19. ÖHGÖ'nin Madde Ortalamaları Analizi

Hotelling's T^2	F	p değeri
194,160	16,283	<0,001

ÖHGÖ'nin; Guttman Split-Half katsayısı 0,626, Spearman-Brown katsayısı ise 0,630 olarak saptandı. Altı maddelik birinci yarının Cronbach Alpha değeri 0,878, 6 maddelik ikinci yarının Cronbach Alpha değeri 0,878, iki yarı arasındaki korelasyon ise 0,460 olarak bulundu (Tablo 3.20).

Tablo 3.20. ÖHGÖ'nin Yarı-Test Güvenilirlik Analizleri

ÖHGÖ Ölçeği	
Guttman Split-Half	0,626
Spearman-Brown	0,630
6 Maddelik Birinci Yarı Cronbach Alpha Değeri	0,878
6 Maddelik İkinci Yarı Cronbach Alpha Değeri	0,871
İki Yarı Arasındaki Korelasyon	0,460

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı, Cronbach (1951) tarafından geliştirilen alfa katsayısı yöntemi, maddeler 1-3, 1-4, 1-5 gibi puanlandığı durumda kullanılan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan bir maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile hesaplanan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır (66,77). Literatürde Cronbach alpha katsayısı 0,00-0,39 ise ölçek güvenilir değil, 0,40-0,59 ise ölçek düşük güvenirlikte, 0,60-0,79 ise ölçek oldukça güvenilir, 0,80-1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir şeklinde değerlendirilmektedir (78). Semptom alt boyutunun iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach Alpha değeri 0,922 olarak saptandı. Maddelerin korelasyon değerleri yeterli bulunduğundan madde çıkarılmaması Bakım değerlendirme alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,866 olarak saptandı. Korelasyon değerleri yüksek bulunduğundan madde çıkarılmaması gerektiği bulgusu elde edildi. Aileye açıklama alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,946 olarak saptandı. Korelasyon değerleri uygun bulunduğundan madde çıkarılmaması gerektiği görüldü. Onura saygı alt boyutunun Cronbach Alpha değeri 0,854 olarak saptandı. Korelasyon değerleri uygun bulunduğundan madde çıkarılmaması gerektiği görülmektedir. Ölçeğin toplam iç tutarlılığının değerlendirilmesinde Cronbach's Alpha değeri 0,808 olarak elde edildi (Tablo 3.21). Bu sonuçlar ÖHGÖ'nün yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.21. ÖHGÖ'nin Alt Boyutlarını Oluşturan Maddelerin Dağılımı

Maddeler	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Ölçek Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Cronbach Alpha Değeri
HGÖ_Semptom_1	3,65	3,858	0,879	0,857
HGÖ _Semptom_2	3,52	3,895	0,855	0,877
HGÖ _Semptom_3	3,86	4,043	0,793	0,927
Cronbach Alpha Değeri: 0,922				
HGÖ bakım_degerlendirme_1	3,88	3,111	0,794	0,767
HGÖ_bakım_degerlendirme_2	3,99	3,186	0,834	0,726
HGÖ|_bakım_degerlendirme_3	4,40	4,195	0,630	0,910
Cronbach Alpha Değeri: 0,866				
HGÖ _aile_acıklama_1	6,42	5,888	0,875	0,929
HGÖ _aile_acıklama_2	6,48	5,771	0,906	0,906
HGÖ _aile_acıklama_3	6,43	5,658	0,879	0,927
Cronbach Alpha Değeri: 0,946				
HGÖ _onura_saygı_1	5,02	4,689	0,688	0,829
HGÖ _onura_saygı_2	4,92	4,242	0,748	0,773
HGÖ _onura_saygı_3	4,65	4,461	0,739	0,782
Cronbach Alpha Değeri: 0,854				
Toplam Ölçek	**Cronbach's Alpha değeri 0,887**			

3.5.3.1.2.3.2. ÖHGÖ'nin Devamlılık/Süreklilik/Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Zamana göre değişmezliği değerlendirmek için test-tekrar test tekniği kullanıldı. Çalışmada test-tekrar test güvenirliği için araştırmaya katılan 49 kişiye birinci uygulamadan bir ay sonra ölçek tekrar uygulandı. Birinci ve ikinci uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test- tekrar test ölçek toplam puan korelasyonunun r=0,474 (p<0,001) olduğu ve ön test ve son test puan ortalamalarının istatistiksel olarak benzer olduğu saptandı (t=-0,858 p=0,395), (Tablo 3.22).

Tablo 3.22. ÖHGÖ Test-Tekrar Test Skorlarının karşılaştırılması

ÖHGÖ'nin test ve retest uygulamalarının karşılaştırılması	**Soru sayısı**	**Tekrar test uygulanan kişi sayısı**	**r**	**p**
Ölçek toplam puanı	12	49	r=0,474** p<0,001	t=-0,858 p=0,395

ÖHGÖ'nin 4 alt boyut ve 12 maddeden oluşan 5'li likert tipinde, ölmekte olan hastalar ve aileleri için verilen hemşirelik bakımının kalitesini ölçebilen geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu ve ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısının ise 0.88 olduğu görülmüştür. ÖHGÖ'nün tüm ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin, hemşirelik bakımı verirken yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesinde güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılması önerilir.

3.6. Verilerin Toplanması

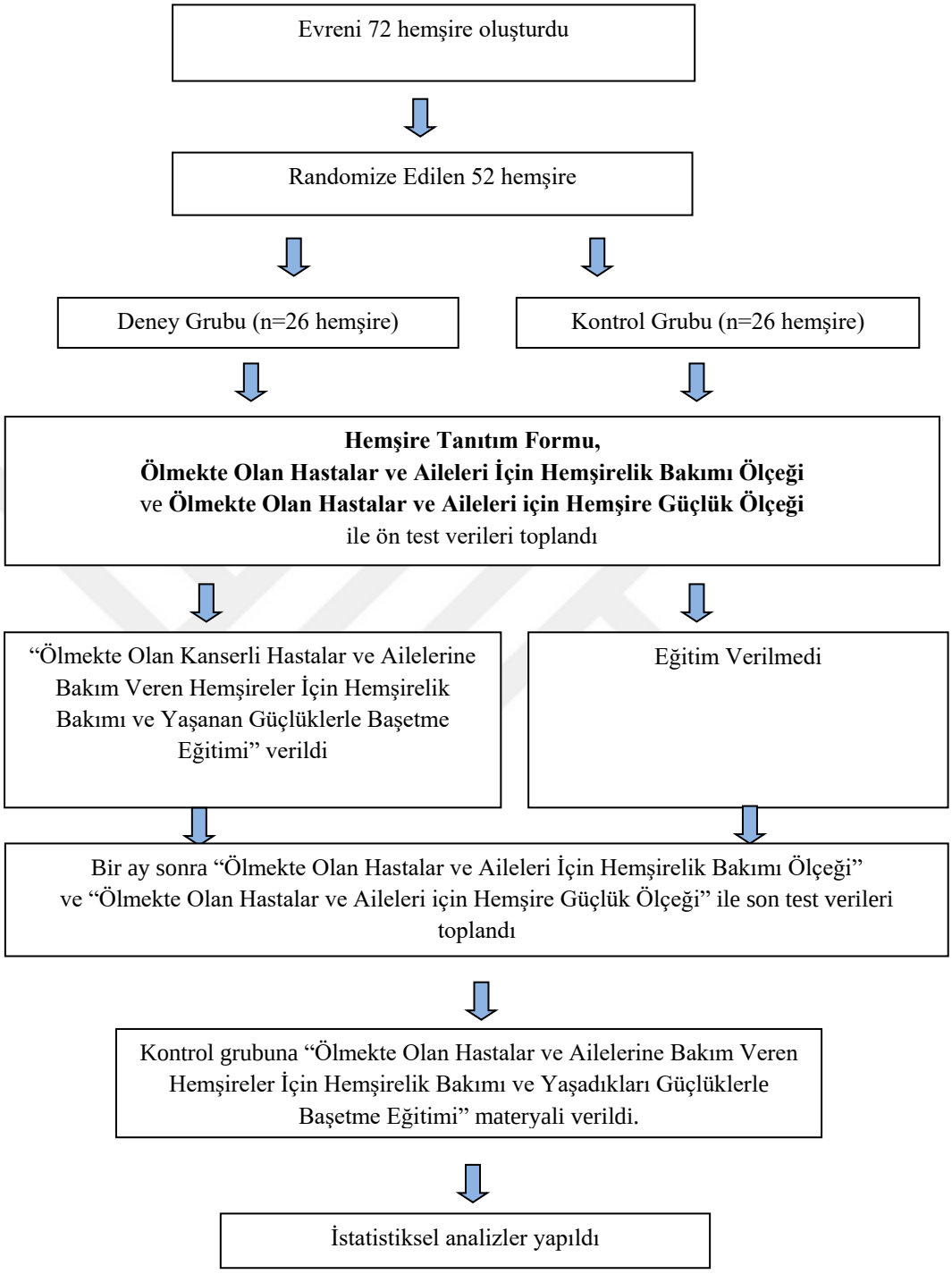
Araştırmanın birinci aşamasında veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edildi. Veriler, Araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve bilgilendirilmiş onamları alınan hemşirelerden kliniğin yoğun olmadığı saatlerde ve 15 gün ve 7/24 toplandı. Yapılan görüşmeler yaklaşık 15 dakikada sürdü. Araştırma 130 hemşire ile tamamlandı. Araştırmanın birinci aşamasına ait akış şeması Tablo 3.23'de verildi.

Tablo 3.23. Araştırmanın Akış Şeması (1. Aşama).

1. Ölçeklerin İngilizce formlarının elde edilmesi
2. Üç ayrı uzman tarafından Türkçe'ye çevrilmesi
3. Çevirilerin karşılaştırılarak ölçeklerin Türkçe Formlarının oluşturulması
4. Türkçe formların, başka bir dil uzmanı tarafından İngilizceye çevrilmesi
5. Kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulması
6. Uzman görüşlerine göre ölçeklere son şeklinin verilmesi
7. Pilot uygulama yapılması
8. Verilerin toplanması
9. Üç hafta sonar test tekrar-test uygulamasının yapılması
10. Ölçeğin geçerlik-güvenirlik analizlerinin yapılması
11. Araştırma Raporunun Hazırlanması

Araştırmanın ikinci aşamasında, veriler araştırmacının kendisi tarafından yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Araştırmaya katılma kriterlerine uyan ve deney ve kontrol grubuna alınan hemşireler ile yapılan görüşmede araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onamları (EK-11) alındıktan sonra "Hemşire Tanıtım Formu" (EK-1), "ÖHBÖ" (EK-2) ve "ÖHGÖ" (EK-3) kullanılarak ön test verileri toplandı. Ön test verileri toplandıktan bir ay sonra her iki gruba "ÖHBÖ" ve "ÖHGÖ" uygulanarak son test verileri elde edildi (Şekil 3.5).

Araştırma Akış Şeması (2. Aşama)



Şekil 3.5. Araştırmanın Akış Şeması (2. Aşama)

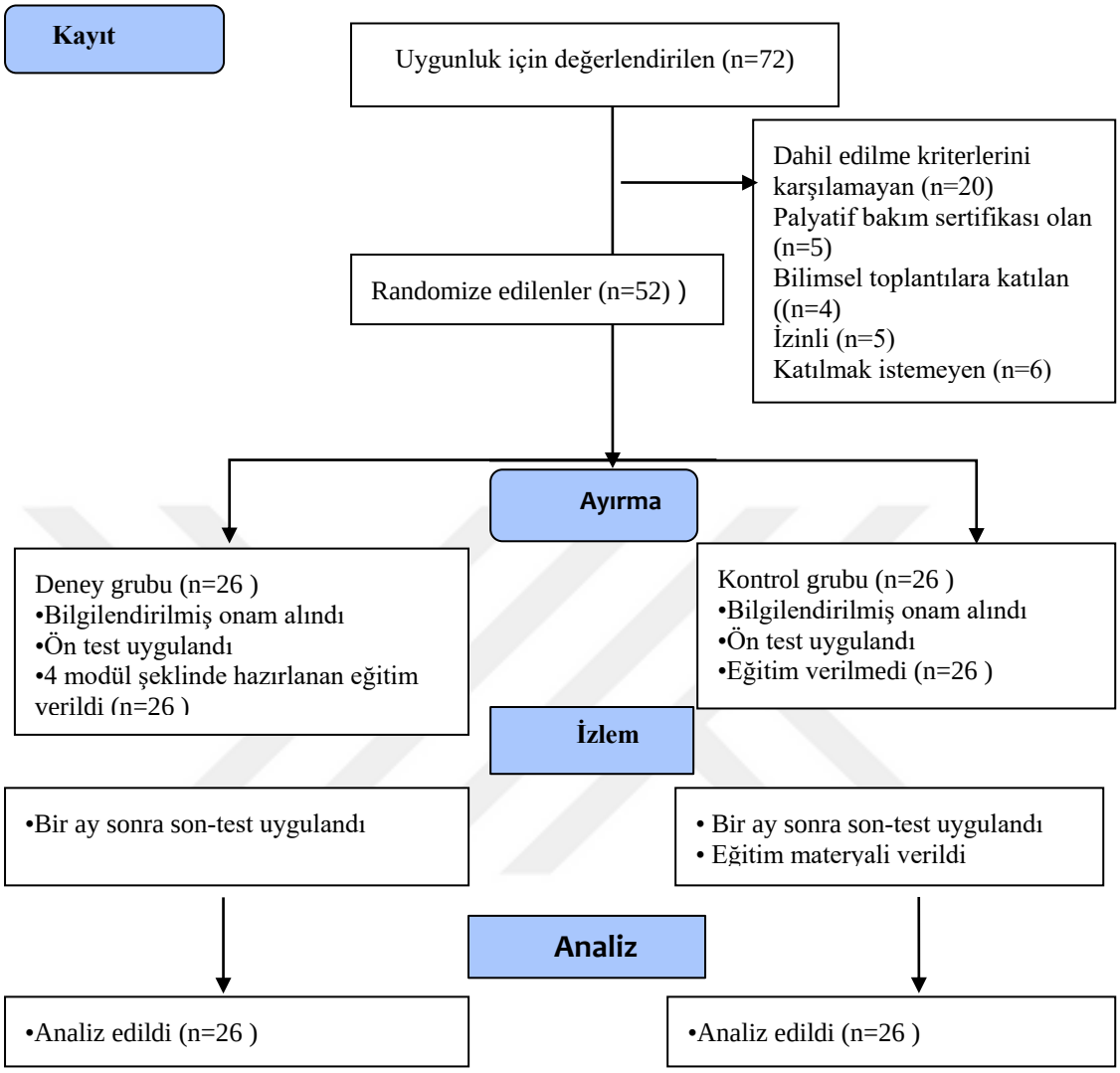
Hemşirelik Girişimi

Araştırmaya alınan hemşirelere ön test uygulaması yapıldıktan sonra, 4 modül olarak 2 günlük eğitim programı uygulandı. Eğitim, hemşirelerin uygunluk durumu ve ayırdıkları saatlerin farklı olmasından dolayı 6 günde tamamlandı. Eğitimler alanında uzman hemşire araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Hemşirelerin 6 günlük eğitim boyunca 7/24 araştırmacıya ulaşabilme imkanı sağlandı. Ölmekte Olan Hastalar ve Ailelerine Bakım veren Hemşireler İçin Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi" materyali araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı (1,14,15,16,17,19,26,28,29,30,32,33,49,50,52,53,54,55). Eğitimlerde araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan "Ölmekte Olan Hastalar ve Ailelerine Bakım veren Hemşireler İçin Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi" materyali (slaytı) rehber olarak kullanıldı (Tablo 3.25), (EK-13). Araştırmanın yapıldığı hastaneler ve kliniklerle yapılan görüşmelere göre hemşirelerin çalışma saatleri dışında ve her klinikte ayrı ayrı, belirlenen gün ve saatlerde eğitim grupları oluşturuldu. AŞEAH Onkoloji ve AŞEAH Palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerden iki grup, ASDH Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerden bir grup, AÇDH Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerden bir grup ve AYDH Palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerden iki grup oluşturuldu. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı ve Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastalar ve Ailelerine Bakım Verirken Yaşadıkları Güçlüklerle Başetme Eğitimi, deney grubundaki hemşirelere interaktif öğretim yöntemleri kullanılarak ve erişkin eğitimi ilkeleri doğrultusunda (79,80), her bir gruba iki gün, her gün 2 modül olmak üzere ve 4 modül halinde (Tablo 3.24) hastanelerin eğitim odalarında verildi. Eğitimden sonra deney grubundaki hemşirelerin bakım deneyimi yaşamaları için bir ay beklendi (81). Eğitim verildikten bir ay sonra deney grubundaki hemşirelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile "ÖHBÖ" ve "ÖHGÖ" kullanılarak verilen eğitimin etkinliği değerlendirildi. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

Tablo 3.24. Hemşirelik Girişimi Uygulama Tablosu

Gün	Gruplar	Hemşire Sayısı	Modül
1. gün	1. grup	5	1. ve 2. modül
1. gün	2. grup	5	1. ve 2. modül
2. gün	1. grup	5	3. ve 4. modül
2. gün	2. grup	5	3. ve 4. modül
3. gün	3. grup	4	1. ve 2. modül
3. gün	4. grup	4	1. ve 2. modül
4. gün	3. grup	4	3. ve 4. modül
4. gün	4. grup	4	3. ve 4. modül
5. gün	5. grup	4	1. ve 2. modül
5. gün	6. grup	4	1. ve 2. modül
6. gün	5. grup	4	3. ve 4. modül
6. gün	6. grup	4	3. ve 4. modül

Kontrol grubundaki hemşirelere herhangi bir girişim uygulanmadı. Araştırmanın eşitlik ilkesi doğrultusunda son test verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandıktan sonra "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşireler İçin Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi" materyali eğitim amacıyla kontrol grubundakı hemşirelere dağıtılmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasına ait consort diyagramı Şekil 3.6'da verilmiştir.



Şekil 3.6. Araştırmanın 2. Aşaması CONSORT Akış Diyagramı

Hemşirelik Girişimi Materyali

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda "**Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi**" içeriği hazırlandı (10,14,18,20,24,25,29,32,33,37,38,39, 62). Hazırlanan eğitim materyali 3 uzman tarafından değerlendirildi. Hazırlanan "**Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme**

Eğitimi" (EK-13) hemşirelere verilen eğitimde rehber olarak kullanıldı. Eğitim materyalinin birinci modülü, tanışma, eğitimin tanıtılması ve temel kavramları, ikinci modülü, ölmekte olan kanserli hastaların semptom yönetimi ve hemşirelik bakımını, üçüncü modül, hastaların ailelerinin bilgilendirilmesi, hastanın onuruna saygı duyma ve ailenin yasına ortam hazırlama, dördüncü modül ise, hastaların semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı, aile üyelerinin bilgilendirilmesi ve hastanın ve ailenin onuruna saygı duyulmasına ilişkin yaşanan güçlüklerle başetmeyi içermektedir (Tablo 3.25).

Tablo 3.25. Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi

Modüller	**Öğrenim Kazanımları**	**Süre**
I. MODÜL: Tanışma, Eğitimin Tanıtılması ve Temel Kavramlar		
1. Tanışma	Eğitim süresince etkili iletişim becerileri kullanılır.	15 dk
2. Eğitimin amacı ve içeriğinin açıklanması	Hemşireler eğitim için hazır hisseder	15 dk
3. Temel kavramlar	Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin temel kavramları kavrar.	20 dk
II. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı		
1. Dispne'de semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı	1. Hemşire, dispnenin giderilmesine ilişkin bakım planı hazırlar ve uygular.	30 dk
2. Delirium/ajitasyon'da semptom ve yönetimi hemşirelik bakımı	1. Hemşire, ajitasyon ve delirium ilişkin bakım planı hazırlar ve uygular.	30 dk
3. Ağrı'da semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı	1. Hemşire, ağrı kontrolüne ilişkin bakım planı hazırlar ve uygular.	30 dk
III. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Ailelerinin Bilgilendirilmesi, Hastanın Onuruna Saygı Duyma ve Ailenin Yasına Ortam Hazırlama		
1. Aile üyelerinin bilgilendirilmesi	1. Hemşire, aile üyelerine hastanın durumunu açıklar.	30 dk
2. Hastaya ölümden önce ve sonra bir birey olarak saygı duyma, ailenin yasına ortam hazırlama	1. Hemşire, ölümden önce ve sonra bir birey olarak hastaya saygı duyar, ailenin yasına zaman ayırır, fiziksel ortam hazırlar.	30 dk
IV. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler		
1.Ölmekte olan kanserli hastaların semptom yönetimi ve hemşirelik bakımına İlişkin yaşanan güçlükler 2.Aile üyelerinin bilgilendirilmesi ve hastanın ve ailenin onuruna saygı duyulmasına ilişkin yaşanan güçlükler	1. Hemşire, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımına ilişkin yaşanan güçlüklerin farkında olur ve çözüm yolları geliştirir. 2. Hemşire, aile üyelerinin bilgilendirilmesi ve hastanın ve ailenin onuruna saygı duyulmasına ilişkin yaşanan güçlüklerin farkında olur ve çözüm yolları geliştirir.	15 dk 15 dk

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın birinci aşamasında geçerlik güvenirlik analizleri IBM SPSS AMOS V25 kullanılarak gerçekleştirildi. Açıklayıcı faktör analizinde örneklemin yeterliliği için KMO değeri ve Barlett küresellik testi ile değerlendirmeler yapıldı. Faktör yapısını açıklarken faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi ve döndürme yöntemi olarak da varyans değişkenliğini en iyi açıklayan yöntem olan Varimax metodu seçilmiştir. Faktör yapılarına ait durum yamaç grafiğiyle gösterilmiştir. Maddelerin hangi faktörde güçlü korelasyona sahip olduğu belirlenirken döndürülmüş bileşenler matrisi uygulanmıştır. İç tutarlık değerlendirmesi için ölçeğin tamamı ve alt boyutları için korelasyona dayalı madde analizi yapılmıştır. Hotelling's T^2 analizi ve yarı-test güvenirlik sonuçları elde edilmiş, Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Zamana göre değişmezliği değerlendirmek için test-tekrar test tekniği kullanılmıştır. Birinci ve ikinci uygulama alt ölçek ve toplam puan korelasyonları karşılaştırıldığında, test-tekrar test ölçek toplam puan korelasyonu değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğinde, açımlayıcı faktör analiziyle oluşan faktörlerin uyumunu doğrulamak amacı ile DFA yapılmıştır. Sonuçlar uyum indeksleri ile değerlendirilmiştir (70,82,83).

Araştırmanın ikinci aşamasında istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics V25.0 (84) paket program ve R Studio yazılımı kullanılarak yapıldı. Sürekli verilere ait tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum değerleri ile sunulmuş, kategorik değişkenler frekans ve yüzde değerleri ile tabolarda yer aldı. Kategorik verilerin gruplardaki (deney/kontrol) dağılımları değerlendirilirken Ki kare/Fisher'ın kesin testi kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait değerlendirmeler gruplara göre normal dağılıma uygunluk kontrolü (Shapiro Wilk Testi) gerçekleştirildikten sonra yapıldı. Bağımsız iki grup ortalama/medyan karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t/Mann Whitney U testi kullanıldı. Çalışmada tekrarlı ölçümlerin değerlendirilmesinde normal dağılıma uygunluk varsayımının sağlandığı durumlarda tekrarlı ölçümler ANOVA, sağlanmadığı durumlarda ise faktöriyel dizaynda tekrarlı ölçümler için nonparametrik test: LD-F1-LD kullanıldı. Gruplar arası, grup içi ve grup x zaman etkileşimi değerlendirildi. Analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak belirlendi (70,82,83).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 5 Nisan 2019 tarihli, 87 sayılı toplantısında alınan 13 numaralı kararla araştırma etiği açısından uygun bulundu (EK-8). Çalışmanın veri toplama aşaması, Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde gerçekleştirildi. Araştırma için Adana ÇÜTFBH (EK-10), AŞEAH, ASDH, AÇDH, AYDH'nden (EK-9) izin ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı (EK-11). Ölçeklerin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması için sorumlu araştırmacılardan yazılı izin alındı (EK-7).

4. BULGULAR

Ölmekte olan kanserli hastalar ve ailelere bakım veren hemşirelere verilen hemşirelik bakımı ve yaşanan güçlükler eğitiminin etkisini değerlendiren bulgular bu bölümde verilmiştir.

Birinci bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

İkinci bölümde hemşirelerin ÖHBÖ ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,

Üçüncü bölümde hemşirelerin ÖHGÖ ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı.

Tablo 4.1'de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin tanıtıcı özellikler bakımından benzerdir. Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin tanıtıcı özellikler bakımından benzer olması çalışma gruplarının homojen dağıldığını göstermektedir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı (N:52).

Özellikler		**Gruplar**		**Toplam**	**Test istatistiği; p-değeri**
		Deney	**Kontrol**		
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**	
Cinsiyet	Kadın	22 (55,0)	18 (45,0)	40 (100)	X^2=1,733 p=0,188
	Erkek	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (100)	
Medeni durum	Evli	17 (53,1)	15 (46,9)	32 (100)	X^2=0,325 p=0,569
	Bekar	9 (45,0)	11 (55,0)	20 (100)	
Eğitim durumu	SML ve ön lisans	1 (25,0)	3 (75,0)	4 (100)	X^2=1,083 p*=0,610
	Lisans ve üzeri	25 (52,1)	23 (47,9)	48 (100)	
Hastaneler	AŞEAH Onkoloji	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (100)	X^2=0,419 p*=0,986
	AŞEAH Palyatif Bakım	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100)	
	ASDH Palyatif Bakım	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (100)	
	AÇDH Palyatif Bakım	4 (57,1)	3 (42,9)	7 (100)	
	AYDH Palyatif Bakım	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100)	
Çalışma şekli	Nöbet ve vardiya	19 (44,2)	24 (55,8)	43 (100)	X^2=3,359 p*=0,140
	Sürekli gündüz	7 (77,8)	2 (22,2)	9 (100)	
Mesleğini sevme durumu	Evet	22 (47,8)	24 (52,2)	46 (100)	X^2=0,754 p*=0,668
	Hayır	4 (66,7)	2 (33,3)	6 (100)	
Özellikler		$\widetilde{X}$ $[min-max]$	$\widetilde{X}$ $[min-max]$	**Test istatistiği; p değeri**	
Yaş		34 [25-47]	30 [23-49]	U=243,5 p=0,083	
Meslekte Çalışma Süresi		12 [3-29]	7,5 [1-30]	U=221,0 p=0,032	
Klinikte Çalışma Süresi		1,5 [1-6]	1,5 [1-11]	U=308,5 p=0,562	

X^2=Ki kare test istatistiği, p*= Kesin test p değeri, p<0,05 Anlamlılık düzeyi, U: Mann Whitney U test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

4.2. Hemşirelerin ÖHBÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı.

Tablo 4.2'de hemşirelerin ÖHBÖ ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı verilmiştir.

ÖHBO semptom yönetimi alt boyutu ön test medyanı deney grubunda 11 ve kontrol grubunda 12 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,063). ÖHBO semptom yönetimi alt boyutu son test medyanı deney grubunda 13 ve kontrol grubunda 12 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,008). Deney grubunun medyanı anlamlı düzeyde yüksektir. Deney grubunda ÖHBO semptom yönetimi alt boyutu ön ve son test medyanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0,001), kontrol grubunda ön ve son test medyanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,863), (Tablo 4. 2)

ÖHBÖ hemşirelik bakım alt boyutu ön test ortalaması deney grubunda 9,9±1,8 ve kontrol grubunda 10,3±2 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,380). ÖHBO bakım son test puan medyanı deney grubunda 13 ve kontrol grubunda 12 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Deney grubunun medyanı anlamlı düzeyde yüksektir. Deney grubunda ÖHBO hemşirelik bakımı alt boyutu ön ve son test medyanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0,001), kontrol grubunda ön ve son test medyanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,063), (Tablo 4. 2).

ÖHBO aileye açıklama yapma ön test ortalaması deney grubunda 9±2,4 ve kontrol grubunda 8,7±2,3 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,684). ÖHBO aileye açıklama yapma son test ortalaması deney grubunda 11,6±1,3 ve kontrol grubunda 9,2±2,4 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Deney grubunun ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir. Deney grubunda (p<0,001) ve kontrol grubunda (p=0,045) aileye açıklama yapma ön ve son test ortalamaları karşılaştırıldığında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Son test ortalamaları her iki grupta da ön test ortalamalarından yüksek saptanmıştır (Tablo 4. 2).

ÖHBÖ onura saygı alt boyutu ön test ortalaması deney grubunda 7,9±2,9 ve kontrol grubunda 8,3±3,2 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,618). ÖHBÖ onur saygı son test medyanı deney grubunda 14 ve kontrol grubunda 11 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Deney grubunun medyanı anlamlı düzeyde yüksektir. Deney grubunda (p<0,001) ve kontrol grubunda (p<0,001) onura saygı ön ve son test ortalamaları karşılaştırıldığında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Son test ortalamaları her iki grupta da ön test ortalamalarından yüksek saptanmıştır (Tablo 4. 2).

ÖHBÖ toplam ön test puan ortalaması deney grubunda 42,1±4,9 ve kontrol grubunda 42,7±4,7 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,647). ÖHBÖ toplam son test puan ortalaması deney grubunda 52±3,7 ve kontrol grubunda 43,3±5,8 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Deney grubunun ortalaması anlamlı düzeyde yüksektir. Deney grubunda ÖHBO toplam ön ve son test medyanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0,001), kontrol grubunda ön ve son test medyanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,212), (Tablo 4. 2).

Tablo 4.2. Hemşirelerin ÖHBÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Dağılımı. (N:52).

Ölçekler	Deney			Kontrol			Toplam	Gruplar arası karşılaştırması	Tekrarlı ölçümlerin gruplara göre karşılatırılması
	$\bar{X} \pm SS$	$\widetilde{X}$ $[min - max]$	Test istatistiği; p-değeri	$\bar{X} \pm SS$	$\widetilde{X}$ $[min - max]$	Test istatistiği; p-değeri	$\bar{X} \pm SS$		
ÖHBÖ Semptom Yönetimi Ön Test	11±1,4	12 [8-13]	W=-4,375 p<0,001	12,1±1,7	12 [8-15]	W=-0,172 p=0,863	11,58±1,61	U=219,5 p=0,063	**Grup:WTS=0,164 p=0,685 Zaman:WTS=81,78 p<0,001 Grup*Zaman:WTS=77,10 p<0,001**
ÖHBÖ Semptom Yönetimi Son Test	13,4±1,4	13 [10-15]		12±2	12 [8-15]			**U=196,5 p=0,008**	
ÖHBÖ Bakım Yönetimi Ön Test	9,9±1,8	9,5 [7-13]	W=-4,417 p<0,001	10,3±2	10 [6-15]	t*= -1,949 p=0,063	10,12±1,88	t=-0,886 p=0,380	Grup:WTS=3,893 p=0,048 Zaman:WTS=98,67 p<0,001 **Grup*Zaman:WTS=54,25 p<0,001**
ÖHBÖ Bakım Yönetimi Son Test	13,2±1,6	13 [8-15]		10,8±2,2	12 [6-15]			**U=128,5 p<0,001**	
ÖHBÖ Aileye Açıklama Ön Test	9±2,4	9 [4-14]	t*= -6,187 p<0,001	8,7±2,3	8,5 [3-13]	t*= -2,11 p=0,045	8,87±2,35	t=0,409 p=0,684	Grup: ATS=5,91 p<0,001 Zaman: ATS=41,33 p<0,001 **Grup*Zaman: ATS=19,02 p<0,001**
ÖHBÖ Aileye Açıklama Son Test	11,6±1,3	11,5 [9-14]		9,2±2,4	9 [6-15]			**t=4,497 p<0,001**	
ÖHBÖ Onura Saygı Ön Test	7,9±2,9	7,5 [3-15]	W=-4,341 p<0,001	8,3±3,2	9 [3-15]	t*= -3,611 p=0,001	8,1±3,02	t=-0,502 p=0,618	Grup:WTS=9,05 p=0,002 Zaman:WTS=82,07 p<0,001 **Grup*Zaman:WTS=11,92 p<0,001**
ÖHBÖ Onura Saygı Son Test	13,8±1,3	14 [11-15]		11,2±1,8	11 [8-15]			**U=81,5 p<0,001**	
ÖHBÖ Toplam Ön Test	42,1±4,9	43 [32-50]	t*= -11,032 p<0,001	42,7±4,7	42 [35-53]	t*= -1,28 p=0,212	42,38±4,78	t=-0,461 p=0,647	Grup: ATS=10,67 p=0,002 Zaman: ATS=106,7 p<0,001 **Grup*Zaman: ATS=83,30 p<0,001**
ÖHBÖ Toplam Son Test	52±3,7	52,5 [43-58]		43,3±5,8	43 [34-58]			**t=6,491 p<0,001**	

U: Mann Whitney U Test istatistiği, t*: Bağımlı örneklem t test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, W: Wilcoxon test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

ATS: Tekrarlı ölçümler ANOVA test istatistiği, WTS: Wald Tipi test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

4.3. Hemşirelerin ÖHGÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N:52).

Tablo 4.3'te hemşirelerin ÖHGÖ ön test ve son test puan ortalamalarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

ÖHGÖ semptom yönetimi ön test medyanı deney grubunda 6 ve kontrol grubunda 5,5 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,221). ÖHGÖ semptom yönetimi son test medyanı deney grubunda 3 ve kontrol grubunda 5 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,023). Deney grubunun medyanı anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubunda semptom yönetimi ön ve son test medyanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0,001), kontrol grubunda ön ve son test medyanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,655), (Tablo 4.3).

ÖHGO hemşirelik bakımı ön test medyanı deney grubunda 7 ve kontrol grubunda 7 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,723). ÖHGÖ hemşirelik bakımı son test ortalaması deney grubunda 5±1,5 ve kontrol grubunda 7,2±2,2 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Deney grubunun ortalaması anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubunda ÖHGÖ hemşirelik bakımı ön ve son test medyanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0,001), kontrol grubunda ön ve son test medyanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,999), (Tablo 4.3).

ÖHGÖ aileye açıklama yapma ön test ortalaması deney grubunda 9,8±2,6 ve kontrol grubunda 10,2±2,1 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,566). ÖHGÖ aileye açıklama yapma son test ortalaması deney grubunda 7,2±2,4 ve kontrol grubunda 10±1,9 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Deney grubunun ortalaması anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubunda aileye açıklama yapma ön ve son test medyanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0,001), kontrol grubunda ön ve son test medyanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,476), (Tablo 4.3).

ÖHGÖ onura saygı ön test ortalaması deney grubunda 7,9±2,9 ve kontrol grubunda 8,3±3,2 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,618). ÖHGO onura saygı son test medyanı deney grubunda 4,5 ve kontrol grubunda 8 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Deney grubunun medyanı anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubunda ÖHGÖ onura saygı ön ve son test ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0,001), kontrol grubunda ön ve son test ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,212), (Tablo 4.3).

ÖHGÖ toplam ön test medyanı deney grubunda 31 ve kontrol grubunda 32,5 olarak saptanmıştır. Grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,999). ÖHGÖ toplam son test medyanı deney grubunda 19,5 ve kontrol grubunda 32,5 olarak saptanmıştır. Grupların medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,001). Deney grubunun medyanı anlamlı düzeyde düşüktür. Deney grubunda ÖHGÖ toplam ön ve son test ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0,001), kontrol grubunda ön ve son test ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,238), (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Hemşirelerin ÖHGÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi Ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular (N:52).

Ölçekler	Deney			Kontrol			Toplam	Gruplar arası karşılaştırma	Tekrarlı ölçümlerin gruplara göre karşılatırılması
	$\bar{X} \pm SS$	$\widetilde{X}$ [$min - max$]	Test istatistiği; p-değeri	$\bar{X} \pm SS$	$\widetilde{X}$ [$min - max$]	Test istatistiği; p-değeri	$\bar{X} \pm SS$		
ÖHGÖ Semptom Yönetimi Ön Test	6,7±3	6 [3-15]	W=-3,850 p<0,001	5,7±2,3	5,5 [3-12]	W=-0,447 p=0,655	6,21±2,71	U=272 p=0,221	Grup:WTS=0,339 p=0,560 Zaman:WTS=31,08 p<0,001 **Grup*Zaman:WTS=23,44 p<0,001**
ÖHGÖ Semptom Yönetimi Son Test	4,2±1,5	3 [3-8]		5,5±2,4	5 [3-12]			**U=219,5 p=0,023**	
ÖHGÖ Bakım Yönetimi Ön Test	7,4±1,7	7 [5-12]	W=-4,310 p<0,001	7,2±2,3	7 [3-12]	t*=0,001 p=0,999	7,29±2,01	U=319 p=0,723	Grup:WTS=3,69 p=0,054 Zaman:WTS=65,29 p<0,001 **Grup*Zaman:WTS=72,44 p<0,001**
ÖHGÖ Bakım Yönetimi Son Test	5±1,5	5 [3-8]		7,2±2,2	7,5 [3-12]			**U=145 p<0,001**	
ÖHGÖ Aileye Açıklama Ön Test	9,8±2,6	9,5 [3-15]	W=-3,862 p<0,001	10,2±2,1	10,5 [4-13]	W=-,680 p=0,496	10,04±2,38	t= -0,578 p=0,566	Grup:WTS=7,51 p=0,006 Zaman:WTS=32,05 p<0,001 **Grup*Zaman:WTS=20,89 p<0,001**
ÖHGÖ Aileye Açıklama Son Test	7,2±2,4	6 [4-12]		10±1,9	10 [6-13]			t= **-4,730 p<0,001**	
ÖHGÖ Onura Saygı Ön Test	7,9±2,9	7,5 [3-15]	W=-4,159 p<0,001	8,3±3,2	9 [3-15]	t*= 1,022 p=0,317	8,1±3,02	t=-0,502 p=0,618	Grup:WTS=6,87 p=0,008 Zaman:WTS=46,29 p<0,001 **Grup*Zaman:WTS=32,62 p<0,001**
ÖHGÖ Onura Saygı Son Test	4,8±2,4	4,5 [3-12]		8±3,1	8 [3-15]			**U=127 p<0,001**	
ÖHGÖ Toplam Ön Test	31,9±6,9	31 [20-49]	W=-4,290 p<0,001	31,4±5,3	32,5 [15-40]	W=-1,179 p=0,238	31,63±6,1	U=338 p=0,999	Grup:WTS=8,10 p=0,004 Zaman:WTS=59,68 p<0,001 **Grup*Zaman:WTS=46,31 p<0,001**
ÖHGÖ Toplam Son Test	21,2±6,2	19,5 [13-38]		30,7±5,5	32,5 [17-40]			**U=91,5 p<0,001**	

U: Mann Whitney U Test istatistiği, t*: Bağımlı örneklem t test istatistiği, t: Bağımsız örneklem t test istatistiği, W: Wilcoxon test istatistiği, p<0,05 Anlamlılık düzeyi

5. TARTIŞMA

Bu bölümde ölmekte olan kanserli hastalar ve ailelere bakım veren hemşirelere verilen "**Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlükler Eğitimi"nin** etkisini değerlendiren bulgular güncel literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Birinci bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin deney ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışmasına,

İkinci bölümde hemşirelerin ÖHBÖ ön test ve son test puan ortalamalarının/ medyanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışmasına,

Üçüncü bölümde hemşirelerin ÖHGÖ ön test ve son test puan ortalamalarının/medyanlarının grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.

Deney ve kontrol grubunda bulunan hemşirelerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan hastaneler, yaş, meslekte çalışma süresi ve klinikte çalışma süresine göre benzer olduğu görülmüştür. Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin tanıtıcı özellikler bakımından benzer olması çalışma gruplarının homojen dağıldığını göstermektedir.

5.2. Hemşirelerin ÖHBÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışması.

Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı Eğitimi"nin etkinliği, ÖHBÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları/medyanları doğrultusunda ele alınmıştır.

Uluslararası düzeyde yapılan literatür taramasında Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığımız Kanno ve arkadaşları tarafından 2018'de Japon toplumu için geliştirilen Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği Türkçe dışında henüz başka bir dile çevrilmemiş ve "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım

Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı Eğitimi"nin etkinliğini değerlendiren başka bir çalışmaya rastlanmamıştır (33). Bu araştırma ile literatüre ölmekte olan hastalara verilen hemşirelik bakımını ve bu bakımı verirken hemşirelerin yaşadığı güçlükleri değerlendiren bir ölçek kazandırılmasının yanı sıra bu konuda hemşirelere verilen Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı Eğitimi"nin hemşirelerin ölmekte olan hastalara verdikleri hemşirelik bakımının kalitesini artırdığı ortaya koyulmuştur.

Çalışmamızda hemşirelerin ÖHBÖ toplam ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına baktığımızda, semptom yönetimi için 11,58±1,61, hemşirelik bakımı için 10,12±1,88, aileye açıklama yapma 8,87±2,35, onura saygı 8,1±3,02, toplam için ise 42,38±4,78 olarak belirlenmiştir. Kanno ve arkadaşları tarafından 2018 yılında ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin verdikleri hemşirelik bakımının kalitesini ÖHBÖ Japonca versiyonu ile değerlendiren bir çalışmada hemşirelik bakımı ölçeği toplam puan ortalamasının semptom yönetimi için 11,6±2,6, hemşirelik bakımı için 9,8±2,8, aileye açıklama yapma 11,2±2,4, onura saygı 13,1±1,8, toplam için ise 45,6±6,9 olduğu görülmüştür (33). Bu çalışma çalışmamızla birlikte değerlendirildiğinde Kanno ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin ÖHBÖ toplam ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarıın çalışmamıza göre daha yüksek olduğu ve hemşirelik bakım kalitesinin daha iyi olduğu görülmüştür .

Ayrıca literatürde genel olarak hemşirelerin ölmekte olan hastaların bakımına ilişkin tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmalar da vardır. Demir tarafından 2022'de terminal dönem hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını etkileyen faktörlerin İncelenmesi amacı ile yapılan çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür (86). Yılmaz ve vermişli tarafından 2015 yılında yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumlarını belirlemek için yapılan çalışmada, hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin olumlu tutumlarının düşük olduğu saptanmıştır (87). Erzincanlı ve Kasar Sayın'ın 2022 yılında yaptığı çalışması incelendiğinde yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ölçeği toplam ölçek puan ortalaması 57.91±10.53, tutum alt boyut puan ortalaması 37.14±7.03, davranış alt boyut puan ortalaması 20.77±4.90 olarak bulunmuştur (88). Bu çalışmalarla

çalışmamızı birlikte değerlendirdiğimizde ömekte olan hastalara verilen hemşirelik bakıımının kalitesinin çalışmamıza benzer bir şekilde yetersiz olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda deney grubundaki hemşirelerin eğitim sonrası ÖHBÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının/medyanlarının kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. **"**Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı Eğitimi"nin etkinliğini ÖHBÖ ile değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte ölmekte olan hastalara yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji kliniklerinde bakım veren hemşireler ve öğrenci hemşirelere verilen ölmekte olan hastaların bakımına ilişkin eğitimin etkisini değerlendiren veya bu konuda hizmetiçi eğitim alan ve almayan hemşireler arasındaki farkı belirlemeye yönelik çalışmalar vardır.

Gupta et al. tarafından 2023 yılında Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitimi Konsorsiyumu (ELNEC) hemşirelerin palyatif bakıma ve ölmekte olan hastaların bakımına yönelik bilgi ve tutumları üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada, ENLEC eğitiminin, hemşirelerin palyatif bakım ve ölmekte olanların bakımına yönelik bilgi ve tutumlarını geliştirmede etkili olduğu görülmüştür (89). Çakmak tarafından 2022 yılında yaşam sonu bakımla ilgili verilen tekrarlı standart hasta temelli eğitimin hemşirelik, ölüm sürecinde olan hastaya yönelik öğrencilerinin bilgi, tutum ve duygu durumlarına etkisini belirlemek için yapılan çalışmada, eğitimin hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım hemşireliği bilgi düzeyinin arttığı, hastaya yönelik iletişim kurma tutumlarına olumlu yönde katkı sağladığı ve olumlu tutumlarını arttırdığı, negatif duygulanımlarını azalttığı belirlenmiştir (90). Yılmaz tarafından 2015 yılında yapılan bir çalışmada öğrenci hemşirelere verilen yaşam sonu bakım eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin, ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin bilgi ve tutumlarına etkisini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada eğitimin, ölmekte olan hastaların bakımına ilişkin bilgi sorularında anlamlı düzeyde artış olduğu görülmüştür (26). O'shea et al. Tarafından 2015 yılında ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin verilen eğitimin, eğitim öncesi ilk testte bilgi düzeyinde kontrol grubunun puanı daha yüksek bulunmasına karşın, eğitim sonrasında deney grubunun bilgi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (91). Cohen et al. tarafından 2023 yılında yapılan bir çalışmada, hemşire liderliğindeki birincil palyatif bakımın, ilerlemiş kanserli hastalarda ileri hemşirelik bakımı alımını arttırdığı

bildirilmektedir (92). Henoch et al. tarafından 2017 yılında hemşirelik öğrencileri ile yaptıkları çalışmada beş haftalık teorik yaşam sonu bakım eğitiminin, ölmekte olan hastaların bakımına yönelik tutumları olumlu şekilde etkilediği belirlenmiştir (93). Jeong et al. tarafından 2023 yapılan çalışmada yaşam sonu bakım kılavuzunun kullanıldığı eğitim programının hemşirelerin fiziksel ve psikolojik performansını iyileştirdiği bulunmuştur (94). Cohen et al. tarafından 2023 yılında hastalarla yapılan deneysel bir çalışmada, hemşire liderliğindeki birincil palyatif bakımın, ilerlemiş kanserli hastalarda ileri hemşirelik bakımı alımını arttırdığı bildirilmektedir (92). Eğitimin etkisinin değerlendirildiği bu çalışmalar çalışmamızı destekler niteliktedir.

Ayrıca ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin hizmetiçi bakım alıp almama durumlarına hemşirelerin hemşirelik bakımına ilişkin tutum ve davranışlarına etkisini belirlemeye yölelik çalışmalara baktığımızda çalışmamıza benzer bir şekilde eğitimin ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelerin tutum ve davranışlarını olumlu etkilediği görülmüştür. Ortaöz tarafından 2022 yılında yoğun bakım hemşirelerinin terminal dönemdeki hastaların bakımına yönelik tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik tanımlayıcı çalışmada yaşam sonu bakıma ilişkin hizmet içi eğitim alan hemşirelerin, almayanlara göre yaşam sonu bakıma yönelik davranış puan ortalamaları anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir (95). Subih et al. tarafından 2022 yılında hemşirelerin yaşam sonu bakım hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek, yaşam sonu bakım bilgisi ile bazı demografik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek ve yaşam sonu bakım bilgisinin yordayıcılarını keşfetmek amacıyla yoğun bakım hemşiresi ile yapılan çalışmada etkili bakım sunma ile palyatif veya yaşam sonu bakım eğitimi arasında ilişki olduğu, yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi düzeyine alınan eğitimlerin etkisi olduğu saptanmıştır (96). Hançerlioğlu ve Konakçı'nın 2020 yılında yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada yaşam sonu bakım bilgisi ile yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve ölçek toplam ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (97). Abate et al. tarafından 2019 yılında hemşirelerin yaşam sonu bakımına yönelik bilgi, tutum ve ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada yaşam sonu bakım konusunda hizmet içi eğitim alan hemşirelerin hizmet içi eğitim almayanlara göre daha fazla bilgiye sahip

oldukları ve daha olumlu tutuma sahip oldukları belirtilmiştir (98). Hizmetiçi eğitimin etkinliğini gösteren bu çalışmalar da çalışmamızı destekler niteliktedir. Eğitimin etkinliği konusunda yapılan bu çalışmaları çalışmamızla birlikte değerlendirildiğinde, yaşam sonu bakıma yönelik alınan eğitimlerin tutum ve davranışları olumlu etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle ölmekte olan hastaların bakımından sorumlu ekibin en önemli üyesi hemşirelerin yaşam sonu bakıma yönelik bilgileri her zaman güncel olmalıdır.

Yılmaz ve Vermişli' nin 2015 yılında yapmış olduğu araştırmada ölüme yaklaşan hasta ile ilgili eğitim alma durumunun bakım verme yaklaşımını etkilemediği (87), Erzincanlı ve Kasar Sayın'ın 2022 yılında yaptığı çalışmada yaşam sonu dönem hakkında eğitim alma durumu ile tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı belirlenmiştir (88). Bu çalışmalar çalışmamızdan farklı olarak eğitimin, bakım verme yaklaşımını etkilemediği, bakım kalitesini artırmadığın göstermektedir.

Çalışmamızda, deney grubunda ÖHBÖ toplam, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı alt boyutları son test ort/medyanlarının, ÖHBÖ toplam, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı alt boyutları ön test ort/medyanlarından daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise ÖHBÖ toplam, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı alt boyutları ön test ort/medyanları ile ÖHBÖ toplam, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı alt boyutları son test ort/medyanlarının benzer olduğu, ÖHBÖ aileye açıklama yapma ve onura saygı alt boyutlarında ise her iki grupta da son test ortalamaları/medyanlarının ön test ortalamaları/medyanlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürü incelediğimizde "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı Eğitimi"nin etkinliğini ÖHBÖ ile değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte çalışmamızda "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı Eğitimi"nin hemşirelik bakımı kalitesini artırdığı görülmektedir.

"$H1_1$: Deney ve kontrol grubunun "Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği" son test puanları arasında anlamlı fark vardır." hipotezi kabul edildi.

5.3. Hemşirelerin ÖHGÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışması.

Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi"nin etkinliği, ÖHGÖ alt boyutları ve toplam puan ort/medyanları doğrultusunda ele alınmıştır.

Dünya genelinde yapılan literatür incelemesinde Türkçe geçerlik güvenirliğini yaptığımız Kanno ve arkadaşları tarafından 2018'de geliştirilen Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği ile henüz "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler İçin Yaşanan Güçlüklerle başetme Eğitimi"nin değerlendirildiği başka bir çalışma yapılmamış ve başka dillere çevrilmemiştir (33,85). Bu yüzden bu araştırma ile literatüre ölmekte olan hastalara hemşirelik bakımını verirken hemşirelerin yaşadığı güçlükleri değerlendiren bir ölçek kazandırılmasının yanı sıra bu konuda bakımı veren hemşirelere verilen "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler İçin Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi"nin hemşirelerin yaşadığı güçlükleri azalttığı ortaya koyulmuştur.

Çalışmamızda hemşirelerin ÖHGÖ toplam ve alt boyutlarına ilişkin puan ortalamalarına/medyanına baktığımızda, semptom yönetimi için 6,21±2,71, hemşirelik bakımı için 7,29±2,01, aileye açıklama yapma 10,04±2,38, onura saygı 8,3±2,7, ÖHGÖ toplam için ise 31,63±6,1olarak belirlenmiştir. Kanno et al. tarafından 2018 yılında ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin verdikleri hemşirelik bakımının kalitesini ÖHBÖ Japonca versiyonu ile değerlendiren bir çalışmada hemşirelik bakımı ölçeği toplam puan ortalamasının semptom yönetimi için 10,1±2,8, hemşirelik bakımı için 7,7±2,8, aileye açıklama yapma 9,1±2,9, onura saygı 8,3±2,7, toplam için ise 35,2±8,7 olarak belirlenmiştir. İki çalışma bir arada düşünüldüğünde çalışmamızda kanno ve arkadaşlarının çalışmasına göre hemşirelerin en çok aileye açıklama yapma konusunda sorun yaşadıkları, diğer alt boyutlar ve genel olarak ise daha az sorun yaşadıkları görülmektedir (33). Bu farklılık eğitim ve kültürel özelliklerle bağlanabilir.

Literatürü incelediğimizde ölmekte olan hastaların bakımı sırasında hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik çalışmamızdan farklı olarak ölçek veya yarı yapılandırılmış soru formları ile yürütülmüş çeşitli çalışmalar vardır (99,100,101,102,103,104,105,106). Ağgün tarafından 2023 yılında yoğun bakım

hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik tutum ve davranışları ile engelleyen ve destekleyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan çalışmada, en yoğun algılanan engelin aile kaynaklı, destekleyici davranışın ise ölüme ilişkin bilgilendirmenin hekim tarafından yapılması olduğu belirlenmiştir (99). Shi et al. tarafından 2023 yılında yapılan bir çalışmada darülacezede çalışan hemşirelerin diğer hemşirelere göre işle ilgili stresörleri daha fazla yaşadıkları bildirilmiştir (100). Sadowska et al. tarafından 2023 yılında hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, hemşirelerin ölmekte olan bir hastaya bakım vermeye yeterince hazır olmadığı görülmüştür (101). Üzen Cura ve Ateş tarafından arafından 2020 yılında palyatif bakım kliniğinde çalışan hemşirelerin ölmekte olan hastaya bakım vermede yaşadıkları zorlukları belirlemek amacı ile yapılan çalışmada, ölmekte olan hastaya bakımda yaşadığı zorluklar, olumlu geri bildirim verme zorunluluğu hissetme, iletişim kuramama, bedensel ve ruhsal yorgunluk, kültürler arası farklılıklar, acıları dindirememe olarak belirlendiği, hasta yakınları ile ilgili yaşadığı zorlukların ise hasta yakınlarının tepkileri ve beklentilerindeki fazlalık, süreç hakkında yeterince bilgilendirilmeme, hastalık sürecini kabullenme düzeyindeki farklılıklar olarak belirlenmiştir (102). Okçin tarafından 2019 yılında onkoloji ve palyatif bakımda çalışan hemşirelerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin yorgunluk, baş etmede zorlanma/tükenmişlik, iletişim güçlüğü sorunları yaşadıkları belirlenmiştir (103). Wang et al. tarafından 2023 yılında yapılan bir çalışmada intörn hemşirelerin ölüm konusunda endişeli olmak, yaşam sonu bakım sorunlarıyla başa çıkmak için güven eksikliği, öğrencilerin mentörler tarafından ölmekte olan hastanın bakımına katılımlarının engellenmesi, aile üyelerinden çok az destek görmek, kötü hemşire-hasta ilişkisi, kültürel inançlar, ölüm ve ölümle başa çıkmak için profesyonel olmayan başa çıkma stratejilerinin kullanılması nedeniyle güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir (104) . Uysal ve ark. tarafından 2019 yılında yapılan, hemşirelik öğrencilerin ölmekte olan kişinin bakımına yönelik tutumlarının orta düzeyde pozitif olduğu bulunmuştur (105). Şahin ve ark. tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada hemşirelik öğrencilerinin yarıdan fazlasının, yaşamlarının herhangi bir döneminde ölümle karşılaştıklarını, bu durumun ölüm kaygılarını daha çok artırdığını ve ölüm kaygısı yüksek olan öğrencilerin ölmekte olan hastaya bakım vermek istemediklerini göstermiştir (106). Hemşirelerin ölmekte olan hastaların bakımı sırasında yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yönelik çalışmalar incelendiğinde

hemşirelerin çalışmamızdaki güçlüklere benzer güçlükler yaşadıkları görülmektedir. Bu sonuçlar çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, eğitim sonrası ÖHGÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının/medyanlarının deney grubundaki hemşirelerde kontrol grubuna oranla anlamlı derecede daha düşük olduğu, yaşanan güçlüklerin azaldığı görülmüştür. "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler İçin Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi"nin etkinliğini ÖHGÖ ile değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte ölmekte olan hastalara yoğun bakım, palyatif bakım ve onkoloji kliniklerinde bakım veren hemşireler ve öğrenci hemşirelerin ölmekte olan hastaların bakımı sırasında yaşadıkları güçlükleri azaltmaya yönelik bir çalışma vardır. Chiou et al. tarafından tarafından bir tabutta yatma deneyiminin tıp ve hemşirelik öğrencilerinin yaşam ve ölüm tutumları üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla yaptığı duyarsızlaştırmaya dayalı tabut yatırma aktivitesinin, "ölüm korkusu" ve "ölümden kaçınma" nın iyileştirilmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma duyarsızlaştırmanın yaşanan güçlükleri azlttığını göstermekle birlikte bizim çalışmamızdan farklıdır (107).

Çalışmamızda, deney grubunda ÖHGÖ toplam ve alt boyutları son test puan ortalamaları/medyanlarının ÖHGÖ toplam ve alt boyutları ön test puan ortalamaları/medyanlarından daha düşük olduğu, kontrol grubunda ise ÖHGÖ toplam ve alt boyutları ön ve son test puan ortalamaları/medyanlarının benzer olduğu görülmüştür. "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar Ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler İçin Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi"nin etkinliğini ÖHGÖ ile değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte çalışmamızda "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı verirken yaşanan güçlükler Eğitimi"nin hemşirelerin yaşadığı güçlükleri azalttığı görülmektedir.

"$H1_2$: Deney ve kontrol grubunun Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği son test puanları arasında anlamlı fark vardır." hipotezi kabul edildi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada, ölmekte olan kanserli hastalara ve ailelerine bakım veren hemşirelere verilen "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler İçin Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi"nin hemşirelik bakımına ve hemşirelerin yaşadıkları güçlükler üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan randomize kontrollü deneysel çalışmada araştırma hipotezleri sınandı. *"$H1_1$: Deney ve kontrol grubunun "Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği" son test puanları arasında anlamlı fark vardır."* ve *"$H1_2$: Deney ve kontrol grubunun Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği son test puanları arasında anlamlı fark vardır."* hipotezleri kabul edildi.

Elde edilen bulgulara göre;

- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin tanıtıcı özellikler açısından benzer olduğu,
- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin eğitim öncesi ÖHBÖ ön test puan ort/medyanlarının benzer olduğu,
- Eğitim sonrası ÖHBÖ alt boyutları ve toplam puan ort/medyanlarının deney grubunda yer alan hemşirelerde kontrol grubuna oranla anlamlı oranda daha yüksek olduğu,
- Deney grubunda ÖHBÖ toplam, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı alt boyutları son test ort/medyanlarının ÖHBÖ toplam, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı alt boyutları ön test ort/medyanlarından daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise ÖHBÖ toplam, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı alt boyutları ön test ort/medyanları ile ÖHBÖ toplam, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı alt boyutları son test ort/medyanlarının benzer olduğu, ÖHBÖ aileye açıklama yapma ve onura saygı alt boyutlarında ise her iki grupta da son test ortalamaları/medyanlarının ön test ort/medyanlarından daha yüksek olduğu görüldü.
- Deney ve kontrol grubunda hemşirelerin eğitim öncesi ÖHGÖ toplam ve alt boyutları puan ort/medyanlarının benzer olduğu görülmüştür.

- Eğitim sonrası ÖHGÖ alt boyutları ve toplam puan ort/medyanlarının deney grubundaki hemşirelerde kontrol grubuna oranla anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmüştür.
- Deney grubunda ÖHGÖ toplam ve alt boyutları son test puan ort/medyanlarının ÖHGÖ toplam ve alt boyutları ön test puan ort/medyanlarından daha düşük olduğu, kontrol grubunda ise ÖHGÖ toplam ve alt boyutları ön ve son test puan ortalamaları/medyanlarının benzer olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak;

ÖHBÖ ve ÖHGÖ'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu, Hemşirelere yüz yüze verilen "**Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlükler Eğitimi"**nin hemşirelerin ölmekte olan kanserli hastalara verdikleri hemşirelik bakımının kalitesini önemli ölçüde arttırdığı ve bu hastalara bakım verirken yaşadıkları güçlükleri önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- ÖHBÖ'nün tüm ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin verdikleri hemşirelik bakımının kalitesinin artırılmasına ilişkin verilen eğitimin öncesinde ve sonrasında bir ölçme aracı olarak kullanılması,
- ÖHGÖ'nün tüm ölmekte olan kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin, hemşirelik bakımı verirken yaşadıkları güçlüklerin azaltılmasına ilişkin verilen eğitimin öncesinde ve sonrasında bir ölçme aracı olarak kullanılması,
- "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelere Bakım Veren Hemşireler için Hemşirelik Bakımı ve Yaşanan Güçlüklerle Başetme Eğitimi"nin örgün ve hizmetiçi hemşirelik eğitimlerinde kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. **National Cancer Institute (NIH). (2023a)**. About Cancer. Erişim: https://www.cancer.gov/ Erişim Tarihi: 13.02.2023.

2. **Global Cancer Observatory (GCO), International Agency for Research on Cancer Cancer (IARC).** Cancer. **(2023)** Erişim: https://gco.iarc.fr/. Erişim Tarihi: 13.02.2023.

3. **Altınbaş M, Hepşen S, İmamoğlu İ, Sarı E, Köse N, Karataş F, Hacıoğlu B, Aytekin A, Ersoy U.** Kanser hastalarının ölüm nedenleri ve sağkalımı etkileyen faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, **2015**; 5(1): 5-9.

4. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı (SİY). (2021)**. Erişim: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0). Erişim tarihi: 13.02.2023.

5. **Çakın M**. Ailesinde Kanser Tanısı Almış Üniversite Öğrencileriyle Ailesinde Kanser Tanısı Almamış Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Sürekli Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması.Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İstanbul, 2020.

6. **Demir Göl ND. Aşılar RH.** Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 6(1): 29 – 39.

7. **Kocamaz D, Tuncer A, Yamak D, Sever Ö, Yıldırım M.** Kanser ve onkolojik rehabilitasyon. *Zeugma HealthRes*, **2019**;1(1):25-30.

8. **Özhan E.** Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, 2019.

9. **Karakartal D.** Kanser tanısı almış hastaların ruh sağlıkları ile kişisel yardım ve destekleri. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2017**; *30*(2), 583-599.

10. **Şentürk S, Bıçak D, Akça D**. Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, **2018**; 5:1

11. **Kulu M, Özsoy F.** Bakım verenlerin depresyon, kaygı düzeyleri, ölüm kaygısı ve yaşam kaliteleri. *Çukurova Medical Journal*, **2020**; 45(1):29-38.

12. **Kocamaz D, Tuncer A, Yamak D, Sever Ö, Yıldırım M.** Kanser ve onkolojik rehabilitasyon. *Zeugma HealthRes*. **2019**;1(1):25-30.

13. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. **2018**;68(6):394-424.

14. **Clark K.** Care at the very end-of-life: dying cancer patients and their chosen family's needs. *Cancers*, **2017**; 9(2), 11.

15. **Hui D, Dos Santos R, Chisholm GB.** Symptom expression in the last seven days of life among cancer patients admitted to acute palliative care units. *J Pain Symptom Manage*. **2015**;50(4):488–494

16. **Lowey S. E**. Nursing care at the end of life: What every clinician should know. *Open SUNY Textbooks,* **2015**. Erişim: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://openlibrary-repo.ecampusontario.ca/xmlui/bitstream/handle/123456789/393/Nursing-Care-at-the-End-of-Life.pdf?sequence=3&isAllowed=y Erişim Tarihi: 12.02.2023

17. **Doherty M, Hauser J.** Care of the Dying Patient. Edited by Elisha Waldman and Marcia Glass. A Field Manual for Palliative Care i n Humanitarian Crises. **2019**, Publisher:Oxford University Press Print Publication Date: Print ISBN-13:9780190066529 DOI:10.1093/med/9780190066529.003.0009

18. **Özçelik H.** Palyatif bakım ve ölmekte olan hastaya yaklaşım. *Turkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation Special Topics,* **2017**; 10(1):87-93.

19. **Kabalak A,** Öztürk H, Erdem AT, Akın S. S.B. Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması . *Çağdaş Tıp Dergisi,* **2012**; 2(2):122-126 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/gopctd/issue/7306/95604

20. **Fereidouni A, Rassouli M, Salesi M, Ashrafizadeh H, Vahedian-Azimi, A, Barasteh S.** Preferred place of death in adult cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, **2021**;12:704590.

21. **Kern H, Corani G, Huber D, Vermes N, Zaffalon M, Varini M, Wenzel C, Fringer A.** Impact on place of death in cancer patients: a causal exploration in southern Switzerland. *BMC Palliat Care,* **2020**; 15;19(1):160.

22. **Vidal M, Rodriguez-Nunez A, Hui D**, **Allo J, Williams JL, Park M, Liu D, Bruera E**. Place-of-death preferences among patients with cancer and family caregivers in inpatient and outpatient palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. **2022**;12(e4): e501-e504.

23. **Howell DA, Wang HI, Roman E, Smith AG, Patmore R, Johnson MJ, Garry A, Howard M.** Preferred and actual place of death in haematological malignancy. BMJ Support. *Palliat. Care,* **2017**; 7: 150–157.

24. **Kızıltepe SK, Kurtgöz A.** Hemşirelerin ölüme ilişkin algı, tutum ve kaygılarına yönelik Türkiye'de yapılmış çalışmaların incelenmesi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, **2022**;12(1): 244-253.

25. **Yılmaz M, Yazgı ZG.** Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2020**; 4 (1):60-70.

26. **Yılmaz Z.** Yaşam Sonu Bakım Eğitiminin Hemşirelik Öğrencilerinin Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2015**.

27. **T.C. Sağlık Bakanlığı.** Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. **2018.** https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42938/palyatif-bakim-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html; Erişim Tarihi: 24.05.2023

28. **Kutluk T, Ahmed F, Cemaloğlu M, Aydın B, Şengelen M, Kirazli M, Yurduşen S, Sullivan R, Harding R.** Progress in palliative care for cancer in Turkey: a review of the literature. *Ecancermedicalscience.* **2021**; 25;15:1321.

29. **Şahin M, Demirkıran F, Adana F.** Hemşirelik sisteminde ölüm kaygısı, ölmekte olan bireye bakım verme isteği ve etkileyen faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing/psikiyatri Hemsireleri Dernegi,* **2016**; *7* (3).

30. **Uzunkaya P.** Onkoloji Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ölmekte Olan Hasta Bakımına ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları ile İyi Ölüme Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2016.**

31. **Temelli G.** Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölüme İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları. Yüksek Lisans Tezi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2018.

32. **Çavuş D.** Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölüme Karşı Tutumlarının Ölmekte Olan Hasta Bakımı Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, **2021.**

33. **Kanno Y, Sato K, Shimizu M, Funamizu Y, Andoh H, Kishino M, Senaga T, Takahashi T, Miyashita M.** Development and validity of the nursing care scale and nurse's difficulty scale in caring for dying patients with cancer and their families in general hospitals in japan. *J Hosp Palliat Nurs***, 2019** ;21(2):174-182.

34. **Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, Harada K, Miyashita M, Sakuma Y, Oki J, Yoshihara R, Eguchi K.** A Japanese Region-wide Survey of the Knowledge, Difficulties and Self-reported Palliative Care Practices Among Nurses, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 44(8): **2014**; 718–728.

35. **Lai, XB, Wong FKY, Ching, SY.** The experience of caring for patients at the end-of-life stage in non-palliative care settings: a qualitative study. *BMC palliative care*, **2018**; *17*(1), 1-11.

36. **Şahin M, Demirkıran F.** Yoğun bakım hemşirelerinin ölmekte olan hastaya bakım vermeye ilişkin deneyimleri nasıldır: nitel bir çalışma. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, **2022**;*14*(3)

37. **Cerit E, Arslan DE, Akça NK, Şimşek N.** Türk hemşirelik öğrencilerinin gözünden terminal bakım ve ölüm: nitel bir araştırma çalışması. *Tıbbi Kayıtlar*, 2021;*3* (3): 225-231.

38. **Akın Korhan E, Yıldırım D, Özçiftçi S, Tokem Y.** Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin palyatif bakımda ilk klinik uygulama deneyimleri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2020**; 6(1);1-6.

39. **Uysal N, Ceylan E, Koç A.** Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2019**; *8*(1), 98-105.

40. **Karaca E.** Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyetinin Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2018.

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

42. **Arslan D, Akca NK, Simsek N, Zorba P.** Student nurses' attitudes toward dying patients in central a natolia. *International Journal of Nursing Knowledge*, **2014**; *25*(3), 183-188.

43. **Koku, F, Ateş M.** Terminal dönem hasta bakımının niteliğini geliştirmede hemşirelerin ölüme ilişkin deneyim ve tutumları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* **2016**; 3(2): 99-104.

44. **WHO. (2023a)**. https://www.who.int/health-topics/palliative-care Erişim Tarihi: 24.05.2022

45. **T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020).** 2020 Türkiye Kanser İstatistikleri. https://www.google.com/search?q=t%C3%BCrkiye+kanser+istatistikleri+2020&tbm=isch&rlz=1C1OKWM_trTR978TR978&hl=tr&sa=X&ved=2ahUKEwilzvSdpJr_AhU3wwIHHSf8DqIQrNwCKAB6BAgBEHY&biw=1349&bih=657 Erişim Tarihi: 20.03.2023

46. **Türkiye İstatistik Kurumu. (2023)**. TÜİK 2021 Ölüm Nedenleri Erişim: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=%C3%96l%C3%BCm-ve-%C3%96l%C3%BCm-Nedeni-%C4%B0statistikleri-2021-45715&dil=1 Erişim Tarihi: 20.03.2023

47. **WHO. (2023b)**. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Erişim: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 24.04.2023

48. **Madenoğlu Kıvanç M.** Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **2017**; 4(2): 132-135.

49. **Ernstmeyer K, Christman E.** Nursing Fundamentals. WI Technical Colleges Open Press, ISBN 13: 9781734914146**, 2020.** https://open.umn.edu/opentextbooks/textbooks/1013 Erişim Tarihi:29.05.2023.

50. **National Instutute Health and Care Excellence (NICE).** Care of dying adults in the last days of life. **2023.** Quality standard Published: 2 March 2017 Erişim:www.nice.org.uk/guidance/qs144, Erişim Tarihi: 29.05.2023.

51. **Webster M.** An encyclopedia Britannica company. *Online,* **2014.** *Cited 30.3. 2014] Available at: www. merriam-webster. com*

52. **Crawford GB, Dzierżanowski T, Hauser K, Larkin P, Luque-Blanco A. I, Murphy I, Ripamonti, C. I.** Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO open*, **2021**;*6*(4). Erişim: https://www.esmo.org/guidelines/guidelines-by-topic/supportive-and-palliative-care/care-at-the-end-of-life

53. **Curran A. (2023)**. Delirium Nursing Diagnosis and Nursing Care Plan. Erişim: https://nursestudy.net/delrum-nursng-dagnoss/ Erişim Tarihi: 23.05.2023

54. **Cobbs EL, Blackstone K, Lynn J.** The Dying Patient. **(2022a)**. Erişim: https://www.msdmanuals.com/professional/special-subjects/the-dying-patient/the-dying-patient Erişim Tarihi: 12.02.2023 MSD manuel

55. Care Plan for the Dying Person: Health Professional Guidelines. **(2019).** Published by the State of Queensland. Chrome Erişim:extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/833315/cpdp-care-plan-hp-guidelines.pdf Erişim Tarihi: 20.05.2022

56. **WHO. (2019f).** https://www.who.int/health-topics/palliative-care Erişim Tarihi: 22.02.2023

57. **Seven A.** Hemşirelerin Palyatif Bakım Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Ölmekte Olan Hasta Bakımına İlişkin Tutumları. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya, 2015.

58. **Karaçam Z.** Ölçme araçlarının Türkçeye uyarlanması. *Ebelik ve Sağlık Bilim Derg*, **2019**, 2(1): 28–37

59. **Kang H.** Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *J Educ Eval Health Prof*, **2021**;18:17.

60. **Üsal Avdal E.** Web tabanlı verilen diyabet eğitiminin bakım sonuçlarına etkisi randomize kontrollü çalışma. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2010.

61. **Research Randomizer**. https://www.randomizer.org/#randomize Erişim Tarihi: 16 Mart 2023.

62. **White N, Reid F, Vickerstaff V, Harries P, Stone P.** Specialist palliative medicine physicians and nurses accuracy at predicting imminent death (within 72 hours): a short report. *BMJ supportive & palliative care*, **2020**; 10(2): 209-212.

63. **Alpar R.** Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. Ankara: Detay Yayıncılık, **2018**: s:493-597.

64. **Gözüm S, Aksayan S**. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber I. Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Aşamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* **2002**, 4: 9-20.

65. **Alpar R.** Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik, 4. Baskı. Ankara, Detay Yayıncılık, **2016**: 502–621,

66. **Ercan İ, Kan İ.** Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg,* **2004**, 30(3): 211-216.

67. **Davis LL**. "Instrument review: Getting the most from a panel of experts." *Appl Nurs Res*,**1992**; 5(4): 194–7.

68. **Can A.** SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi., 6. Baskı. Ankara, PEGEM Akademi, **2018**.

69. **Çelik HE, Yılmaz V**. Yapısal Eşitlik Modellemesi, 3. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık, **2016**: 23–51.

70. **Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş.** Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları, Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara**:2012;**

71. **Çapık C**. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg,* **2014**;17(3): 196–205.127.

72. **Meydan CH, Şeşen H.** Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları, Ankara, Detay Yayıncılık, **2011.**

73. **Cole DA**. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *J Consult Clin Psychol*,**1987**; 55(4): 584–94.

74. **Jöreskog KG, Sörbom D**. LISREL 8: Structural equation modelling with the simplis command language, Lincolnwood, Scientific Software International Inc., **1993**.

75. **Karakoç FY, Dönmez L.** Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası. **2014**; 13(40): 39-49.

76. **Öner N**. Türkiye"de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Matbaası, **2009**: 520-525.

77. **Cronbach LJ.** Coefficient Alpha and the Ġnternal Structure of Tests. *Psychometrika*. **1951**; 16: 297–334.

78. **Tavşancıl E**. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 5. Baskı. Ankara, Nobel Kitabevi, **2014**: 3–58.

79. **Kevser KARA, Karakoç B.** Yetişkin eğitiminde 'sekiz süreç elementi'doğrultusunda öğretmenlerin aldıkları hizmet içi eğitim programlarının değerlendirilmesi. *Bayburt Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2017**; *12*(24): 613-634**.**

80. Tunga Y, Kara Aydemir, A. Y. Ş. E, Kaplan G, Çelik B, Çağıltay K. (2021). Öğretmen Adaylarına Öğretim Yöntem ve Tekniklerini Öğrettik Ama Öğretmen Olduktan Sonra Durum Nedir?.

81. TEGEP. Bilgi Serisi No:1 Eğitim Verimliliğini Ölçme Rehberi. Erişim: https://www.tegep.org/tegep/eep/kurumportal/Content/tegep-bilgi-serisi-no-1-egitim-verimliligini-olcme/279/ Erişim Tarihi:12.02.2023.

82. Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçe Geliştirmede Kullanımı. *Eğitim Yönetimi Dergisi,* **2002**; 32: 470- 483,

83. Costello A B, Osborne J. W. Exploratory Factor Analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment, Research, and Evaluation, **2005**; 10(7):1-9.

84. IBM. SPSS statistics for Windows, version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

85. Miljković MD, Emuron D, Rhodes L, Abraham J, Miller K. "Allow Natural Death" versus "Do Not Resuscitate": What Do Patients with Advanced Cancer Choose? *J Palliat Med*, **2015**; 18(5):457-60.

86. Demir N. Terminal Dönem Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, **2022.**

87. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölüme ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2015;** 2(2):41-46.

88. Erzincanlı S, Kasar KS. Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının Klinik Karar Vermeye Etkisi. *Turkish Journal of Intensive Care*, **2022;** 20(4).

89. Gupta M, Pruthi G, Gupta P, Singh K, Kanwat J, Tiwari A. Impact of end-of-life nursing Education Consortium on Palliative Care Knowledge and Attitudes towards Care of Dying of Nurses in India: a quasi-experimental pre-post study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*,**2023;**40(5): 529-538.

90. Çakmak B. Yaşam Sonu Bakımla İlgili Verilen Tekrarlı Standart Hasta Temelli Eğitimin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi, Ölüm Sürecinde Olan Hastaya Yönelik Tutum Ve Duygu Durumlarına Etkisi. Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2022.**

91. O'shea ER, Campbell SH, Engler AJ, Beauregard R, Chamberlin EC, Currie LM. Effectiveness of A Perinatal And Pediatric End-Of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) Curricula İntegration. *Nurse Education Today*, **2015;** 35(6):765-770.

92. Cohen MG, Althouse AD, Arnold RM, White D, Chu E, Rosenzweig M, Smith KJ, Schenker, Y. Primary Palliative Care Improves Uptake of Advance Care Planning Among Patients With Advanced Cancers. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, **2023;** 21(4):383-390.

93. Henoch I, Melin-Johansson C, Bergh, I., Strang S, Ek K, Hammarlund K, Lundh Hagelin C, Westin L, Österlind J, Browall M. Undergraduate nursing students' attitudes and preparedness toward caring for dying persons– A longitudinal study. *Nurse Educ Pract*, **2017;** 26:12-20.

94. Jeong M, Song C, Park S. Implementation and evaluation of an end-of-life care education program for oncology nurses working in medical-surgical wards: A quasi-experimental study. *Heliyon*, **2023;** 9(4).

95. Ortaöz UK. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Terminal Dönemdeki Hastaların Bakımına Yönelik Tutum ve Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Adıyaman Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Adıyaman, **2022.**

96. Subih M, Al-Amer R, Malak MZ, Randall DC, Darwish R, Alomari D, Mosleh S. Knowledge of critical care nurses about end-of-life care towards terminal illnesses: Levels and correlating factors. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, **2022;** 59(1):1-9.

97. Hançerlioğlu S, Konakçı G. The attitudes and behaviors of intensive care unit nurses towards end-of-life care. *Health & Research Journal,* **2020**;6(3):93–100.

98. Abate AT, Amdie FZ, Bayu NH. Knowledge, attitude and associated factors towards end-of-life care among nurses' working in Amhara Referral Hospitals, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res Notes,* **2019;** 12: 521.

99. Ağgün G. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engellerin ve Destekleyici Davranışların Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2021.**

100. Shi H, Shan B, Chen Q, Guo F, Zhou X, Shi M, Liu Y. Çinli darülaceze hemşireleri arasında merhamet memnuniyeti, ikincil travmatik stres ve tükenmişliğin yaygınlığı ve yordayıcıları: Kesitsel bir çalışma. *Uygulamalı Hemşirelik Araştırması*, **2023;** 69:151648.

101. Sadowska A, Krzykwa I, Czarkowska-Pączek B. Assessment of the Competence of Nurses in Taking Care of a Dying Patient in Poland. *Journal of Cancer Education,* **2023;** 1-8.

102. Üzen Cura Ş, Ateş E. Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Zorluklar. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN),* **2020**;6(3).

103. Okçin F. Onkoloji palyatif bakım hemşirelerinin mesleki yaşam deneyimlerinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2019**;6(4):234-246.

104. Wang Y, Huang Y, Zheng R, Yue X, Dong F. Intern nursing students' perceived barriers to providing end-of-life care for dying cancer patients in a death taboo cultural context: A qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, **2023;**10(4):100210.

105. Uysal N, Ceylan E, Koç A. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ölmekte olan bireyin bakımına ilişkin tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2019;**8(1):98-105.

106. Şahin M, Demirkıran F, Adana F. Hemşirelik Öğrencilerinde Ölüm Kaygısı, Ölmekte Olan Bireye Bakım Verme İsteği ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing/psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, **2016**;7(3).

107. Chiou RJ, Tsai PF, Han DY. Bir tabutta yatma deneyiminin tıp ve hemşirelik öğrencilerinin yaşam ve ölüm tutumları üzerindeki etkilerini araştırmak: ön bulgular. *BMC Tıp Eğitimi*, **2023;**23(1):1-11.

.

EKLER

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelere Verilen Eğitimin Hemşirelik Bakımına ve Yaşanılan Güçlükler Üzerine Etkis

Sayın Katılımcı

Araştırma, hemşirelere verilen ölmekte olan kanserli hasta bakımına yönelik eğitimin hemşirelik bakımına ve yaşadıkları güçlüklere etkisini belirlemek amacı ile yapılacaktır. Araştırmada veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde "**Hemşire Tanıtım Formu",** ikinci bölümde **"Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği"** ve üçüncü bölümde **"Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşire Güçlük Ölçeği"** bulunmaktadır. Veriler bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş, Prof. Dr. Sevban Arslan

Hemşire Tanıtım Formu

1. Yaşınız: ……..

2. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3. Medeni durumunuz: 1)Evli 2) Bekar

4. Eğitim durumunuz:

1) SML 2) Ön lisans 3) Lisans 4) Yüksek lisans ve üzeri

5. Çalışılan Hastane: ……..

6. Çalışma şekliniz:

1) Nöbet 2) Vardiya 3) Sürekli gündüz

7. Meslekte çalışma süreniz: ……..

8. Şimdiki çalıştığınız klinikte çalışma süreniz: ……

9. Mesleğinizi seviyor musunuz: 1) Evet 2) Hayır

10. Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin sertifikanız var mı?

1) Evet 2) Hayır

11. Ölmekte olan hastanın ve yakınlarının bakımına ilişkin hizmet içi eğitim aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır

12. Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin kongre, konferans ve seminerlere katıldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

13. Hiç bakım verdiğiniz hastanız öldü mü?

1) Evet 2) Hayır

EK-2: I. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (ÖHBÖ)

I. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği

Ölmekte olan hastalara ve ailelerine verdiğiniz bakım ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Lütfen her bir durumun yanına sizin için uygun seçeneği işaretleyiniz. 1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sıklıkla, 5: Her zaman.

Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (HBÖ)	1: Hiçbir zaman	2: Nadiren	3: Bazen	4: Sıklıkla	5: Her zaman
I. Semptom yönetimi					
1. Düzenli olarak dispne değerlendirmesi yaparım ve hızlı bir şekilde müdahale etmek için hemşirelik tanısı koyarım.					
2. Düzenli olarak delirium/ajitasyon değerlendirmesi yaparım ve hızlı bir şekilde müdahale etmek için hemşirelik tanısı koyarım.					
3. Düzenli olarak ağrı değerlendirmesi yaparım ve hızlı bir şekilde tedavi etmek için hemşirelik tanısı koyarım.					
II. Mevcut tedavinin ve hemşirelik bakımının yeniden değerlendirilmesi					
1. Ölüm evresinde muayeneler yaparak tedaviyi yeniden değerlendiririm.					
2. Ölüm evresinde mevcut tedaviyi yeniden değerlendiririm.					
3. Ölüm evresinde mevcut hemşirelik bakımını yeniden değerlendiririm.					
III. Aileye durumu açıklama					
1. Aile üyelerine hastanın aniden kötüleşen durumu hakkında bilgi veririm.					
2. Aile üyelerine hastanın o andaki ve gelecekteki olası durumu hakkında bilgi veririm.					
3. Aile üyelerine ağız bakımı gibi aile bakım uygulamaları hakkında bilgi veririm.					
IV. Ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma					
1. Hastaya ölümden önce ve sonra bir birey olarak saygı duyarım.					
2. Ölümden sonra ailenin yasına zaman ayırırım.					
3. Ailenin fiziksel ve psikolojik yorgunluğu konusunda endişelenirim.					

EK-3: II. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşire Güçlük Ölçeği

II. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşire Güçlük Ölçeği (HGÖ)

Ölmekte olan hastaların ve ailelerinin bakımında karşılaştığınız güçlüklerle ilgili ne düşünüyorsunuz? Lütfen her bir durumun yanına uygun rakamı yazın. 1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sıklıkla, 5: Her zaman.

Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşire Güçlük Ölçeği	1: Hiçbir zaman	2: Nadiren	3: Bazen	4: Sıklıkla	5: Her zaman
I. Semptom yönetimi					
1. Dispneyi gidermek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadığımı düşünüyorum.					
2. Deliriumu/ajitasyonu gidermek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadığımı düşünüyorum.					
3. Ağrıyı gidermek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadığımı düşünüyorum.					
II. Mevcut tedavinin ve hemşirelik bakımının yeniden değerlendirilmesi					
1. Ölüm evresindeki hastaların mevcut **muayenelerinin** yeniden değerlendirilmesi hakkında doktorlarla iletişim kurmanın zor olduğunu düşünüyorum.					
2. Ölüm evresindeki hastaların mevcut **tedavilerinin** yeniden değerlendirilmesi hakkında doktorlarla iletişim kurmanın zor olduğunu düşünüyorum.					
3. Ölüm evresindeki hastaların **hemşirelik bakımının** yeniden değerlendirilmesi hakkında diğer hemşirelerle iletişim kurmanın zor olduğunu düşünüyorum.					
III. Aileye durumu açıklama					
1. Aile üyelerine hastanın aniden kötüleşen durumu hakkında bilgi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.					
2. Aile üyelerine hastanın mevcut ve gelecekteki olası durumu hakkında bilgi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.					
3. Hastanın kötüleşmesi durumunda aile üyelerine hastanın diğer yakınlarına bilgi vermeleri gerektiği hakkında bir açıklama yapmanın zor olduğunu düşünüyorum.					
IV. Ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma					
1. Ölümden sonra yeterli bakım için zaman ayırmanın zor olduğunu düşünüyorum.					
2. Ölümden sonra ailenin yası için zaman ayırmanın zor olduğunu düşünüyorum.					
3. Ailenin fiziksel ve psikolojik yorgunluğunu hafifletmek için aile ortamını iyileştirmenin zor olduğunu düşünüyorum.					

Ek-4: I. The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families

I. The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families (NCD)

What do you think of nursing care you provide to dying patients and their families? Please place the appropriate number next to each statement: 1: not at all, 2: rarely, 3: somewhat, 4: almost always, 5: always.

I-I. Symptom management

1. I regularly assess for dyspnea and confirm its presence in order to treat it quickly.
2. I regularly assess for delirium/agitation and confirm its presence in order to treat it quickly.
3. I regularly assess for pain and confirm its presence in order to treat it quickly.

I-II. Reassessment of current treatment and nursing care

1. I reassess treatment using examinations in the dying phase.
2. I reassess current treatment in the dying phase.
3. I reassess current nursing care in the dying phase.

I-III. Explanation to the family

1. I provide an explanation to family members about the patient's suddenly worsening condition.
2. I provide an explanation to family members about the patient's present condition and probable condition in the future.
3. I provide an explanation to family members about family care such as mouth care.

I-IV. Respect for patient's and family's dignity before and after death

1. I respect the patient as a person before and after death.
2. I make time for the family's grief after death.
3. I am concerned about the family's physical and psychological fatigue. 2

EK-5: II. The Nurse's Difficulty Scale for Dying Patients and Their Families

II. The Nurse's Difficulty Scale for Dying Patients and Their Families (NDD)

How do you feel about difficulties you face in caring for dying patients and their families? Please place the appropriate number next to each statement: 1: never, 2: somewhat, 3: sometimes, 4: often, 5: very much.

II-I. Symptom management

1. I feel I lack proper knowledge and skill to relieve dyspnea.
2. I feel I lack proper knowledge and skill to relieve delirium/agitation.
3. I feel I lack proper knowledge and skill to relieve pain.

II-II. Reassessment of current treatment and nursing care

1. I feel it is difficult to communicate with physicians about current examinations for reassessment in the dying phase.
2. I feel it is difficult to communicate with physicians about current treatment for reassessment in the dying phase.
3. I feel it is difficult to communicate with other nurses about nursing care for reassessment in the dying phase.

II-III. Explanation to family

1. I feel it is difficult to provide an explanation to family members about the patient's suddenly worsening condition.
2. I feel it is difficult to provide an explanation to family members about the patient's present condition and probable condition in the future.
3. I feel it is difficult to provide an explanation to family members about family correspondence in case of the patient's worsening condition.

II-IV. Respect for the patient's and family's dignity before and after death

1. I feel it is difficult to make time for sufficient care after death.
2. I feel it is difficult to make time for the family's grief after death.
3. I feel it is difficult to improve the family environment in order to relieve the family's physical and psychological fatigue.

EK-6. ÖHBÖ ve ÖHGÖ Uzman Görüşleri Formu

Sayın ……..

"Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelere Verilen Eğitimin Hemşirelik Bakımına ve Yaşanılan Güçlükler Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışması çerçevesinde "The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families [NCD] - (Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (ÖHBÖ)" ve "The Nurse's Difficulty Scale for Dying Patients and Their Families [NDD] - (Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşire Zorluk Ölçeği (ÖHGÖ)" başlıklı ölçeklerin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapılacaktır. Ölçek maddelerinin dil ve kapsam geçerliliği için uzman görüşüne ve katkılarınıza ihtiyacımız vardır.

Ölçeğe ilişkin değerlendirmelerinizi uzman değerlendirmesi sütununda, her maddede belirtilen bölüme "Uygun değil (1), Uygun ancak ifadede küçük değişiklikler gerekli (2), Oldukça Uygun (3), Tümüyle Uygun (4)" şeklinde değerlendirmenizi ve önerilerinizi yapmanızı rica ediyoruz. Sizlerden gelen öneriler doğrultusunda düzeltmeler yapılarak ölçeğin son şekli verilecektir.

Değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Sevban Arslan

Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş

I. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (ÖHBÖ)

Maddeler Uygun değil (1) Uygun ancak ifadede küçük değişiklikler gerekli (2) Oldukça Uygun (3) Tümüyle Uygun (4)
The Nursing Care Scale for Dying Patients and Their Families (NCD)
Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği (ÖHBÖ)
Öneri:……

I-I. Symptom management
I-I. Semptom yönetimi
Öneri:……

1. I regularly assess for dyspnea and confirm its presence in order to treat it quickly
1. Düzenli olarak dispne değerlendirmesi yaparım ve hızlı bir şekilde müdahale etmek için hemşirelik tanısı koyarım.
Öneri:……

2. I regularly assess for delirium/agitation and confirm its presence in order to treat it quickly.
2. Düzenli olarak deliryum/ajitasyon değerlendirmesi yaparım ve hızlı bir şekilde müdahale etmek için hemşirelik tanısı koyarım.
Öneri:……

3. I regularly assess for pain and confirm its presence in order to treat it quickly.
3. Düzenli olarak ağrı değerlendirmesi yaparım ve hızlı bir şekilde tedavi etmek için hemşirelik tanısı koyarım.
Öneri:……

I-II. Reassessment of current treatment and nursing care
I- II. Mevcut tedavinin ve hemşirelik bakımının yeniden değerlendirilmesi
Öneri:……

1. I reassess treatment using examinations in the dying phase.

1. Ölüm evresinde muayeneler yaparak tedaviyi yeniden değerlendiririm.

Öneri:……

2. I reassess current treatment in the dying phase.

2. Ölüm evresinde mevcut tedaviyi yeniden değerlendiririm.

Öneri:……

3. I reassess current nursing care in the dying phase.

3. Ölüm evresinde mevcut hemşirelik bakımını yeniden değerlendiririm.

Öneri:……

I-III. Explanation to the family

I- III. Aileye durumu açıklama

Öneri:……

1. I provide an explanation to family members about the patient's suddenly worsening condition.

1. Aile üyelerine hastanın aniden kötüleşen durumu hakkında bilgi veririm.

Öneri:……

2. I provide an explanation to family members about the patient's present condition and probable condition in the future.

2. Aile üyelerine hastanın o andaki ve gelecekteki olası durumu hakkında bilgi veririm.

Öneri:……

3. I provide an explanation to family members about family care such as mouth care.

3. Aile üyelerine ağız bakımı gibi aile bakım uygulamaları hakkında bilgi veririm.

Öneri:……

I-IV. Respect for patient's and family's dignity before and after death

I- IV. Ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma

Öneri:……

1. I respect the patient as a person before and after death.

1. Hastaya ölümden önce ve sonra bir birey olarak saygı duyarım.

Öneri:……

2. I make time for the family's grief after death.

2. Ölümden sonra ailenin yasına zaman ayırırım.

Öneri:……

3. I am concerned about the family's physical and psychological fatigue.

3. Ailenin fiziksel ve psikolojik yorgunluğu konusunda endişeleniyorum

Öneri:……

II. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşire Güçlük Ölçeği (ÖHGÖ)

Maddeler Uygun değil (1) Uygun ancak ifadede küçük değişiklikler gerekli (2) Oldukça Uygun (3) Tümüyle Uygun (4)

II. The Nurse's Difficulty Scale for Dying Patients and Their Families (NDD)

II. Ölmekte Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşire Zorluk Ölçeği (HZÖ)

Öneri:……

II-I. Symptom management

II- I. Semptom yönetimi

Öneri:……

1. I feel I lack proper knowledge and skill to relieve dyspnea.

1. Dispneyi gidermek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadığımı düşünüyorum.

Öneri:……

2. I feel I lack proper knowledge and skill to relieve delirium/agitation.

2. Deliryumu/ajitasyonu gidermek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadığımı düşünüyorum.

Öneri:……

3. I feel I lack proper knowledge and skill to relieve pain.

3. Ağrıyı gidermek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olmadığımı düşünüyorum.

Öneri:……

II-II. Reassessment of current treatment and nursing care

II- II. Mevcut tedavinin ve hemşirelik bakımının yeniden değerlendirilmesi

Öneri:……

1. I feel it is difficult to communicate with physicians about current examinations for reassessment in the dying phase.

2. Ölüm evresindeki hastaların mevcut tedavilerinin yeniden değerlendirilmesi hakkında doktorlarla iletişim kurmanın zor olduğunu düşünüyorum.
Öneri:……

2. I feel it is difficult to communicate with physicians about current treatment for reassessment in the dying phase.
2. Ölüm fazındaki tekrar değerlendirme için doktorlarla mevcut tedavi ile ilgili iletişim kurmanın zor olduğunu düşünürüm.
Öneri:……

3. I feel it is difficult to communicate with other nurses about nursing care for reassessment in the dying phase.
3. Ölüm evresindeki hastaların hemşirelik bakımının yeniden değerlendirilmesi hakkında diğer hemşirelerle iletişim kurmanın zor olduğunu düşünüyorum.
Öneri:……

II-III. Explanation to family
II- III. Aileye açıklama yapma
Öneri:……
…….
1. I feel it is difficult to provide an explanation to family members about the patient's suddenly worsening condition.
1. Aile üyelerine hastanın aniden kötüleşen durumu hakkında bilgi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
Öneri:……

2. I feel it is difficult to provide an explanation to family members about the patient's present condition and probable condition in the future.
2. Aile üyelerine hastanın mevcut ve gelecekteki olası durumu hakkında bilgi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.
Öneri:……

3. I feel it is difficult to provide an explanation to family members about family correspondence in case of the patient's worsening condition.
3. Hastanın kötüleşmesi durumunda aile üyelerine hastanın diğer yakınlarına bilgi vermeleri gerektiği hakkında bir açıklama yapmanın zor olduğunu düşünüyorum.
Öneri:……

II-IV. Respect for the patient's and family's dignity before and after death
II- IV. Ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma
Öneri:……

1. I feel it is difficult to make time for sufficient care after death.
1. Ölümden sonra yeterli bakım için zaman ayırmanın zor olduğunu düşünüyorum.
Öneri:……

2. I feel it is difficult to make time for the family's grief after death.
2. Ölümden sonra ailenin yası için zaman ayırmanın zor olduğunu düşünüyorum.
Öneri:……

3. I feel it is difficult to improve the family environment in order to relieve the family's physical and psychological fatigue.
3. Ailenin fiziksel ve psikolojik yorgunluğunu hafifletmek için aile ortamını iyileştirmenin zor olduğunu düşünüyorum.
Öneri:……

EK-7: Ölçek Kullanım İzni

OK: scale usage permission

Gelen Kutusu



15 Oca

2019 02:56

Alıcı: ben

Dear Dr. Akbas,

Thank you for contacting us regarding our papers.
We apologize for being so late in answering you.
We feel honored you have an interest in our nursing scales.

We can permit your colleague to use our questionnaire under the following conditions:
****
****

- You will use the questionnaire only for your research study and will not sell or use it for any other purposes.
- You will include the copyright statement on all copies of the instrument.
- You will send a copy of your completed research study upon completion of the study.

****
****

We are looking forward to your research.

Sincerely,

Yusuke Kanno

■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■

Yusuke Kanno, RN, PHN, PhD

Assistant Professor
Nursing Course, School of Medicine, Yokohama City University
3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama,
Kanagawa 236-0004 Japan
TEL：
Email：
■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■

2019年1月10日(木) 2:18 Meltem Akbas

Dear colleague,
I'm a faculty member at the university. I read your article titled "Development and Validity of the Nursing Care Scale and Nurse’s Difficulty Scale in Caring for Dying Patients With Cancer and Their Families in General Hospitals in Japan". I would like to use your Nursing Care Scale and Nurse’s Difficulty Scale in Caring for Dying Patients With Cancer and Their Families in my study. If you allow, I need to make the validity and reliability for Turkish society. Therefore, I would appreciate if you can send the scale usage permission, scales and instruction manual.
Best regards
Assist. Prof. Meltem Akbas
Cukurova Universty Faculty of Health Sciences
Adana/Turkey



15 Oca 2019
17:10

Alıcı: ben

Dear Dr. Akbas,

Thank you for your inquiry.

Please refer to the attached file.

We don't have the questionnaires usage guide.

Sincerely,

Yusuke Kanno

■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■

Yusuke Kanno, RN, PHN, PhD

Assistant Professor

Nursing Course, School of Medicine, Yokohama City University

3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama,

Kanagawa 236-0004 Japan

■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■□■

2019年1月15日(火) 22:58 Meltem Akbas

EK-8. Etik Kurul Kararı

EK-9: İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma İzni

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Meltem AKBAŞ)

Sayın Meltem AKBAŞ

Müdürlüğümüze sunmuş olduğunuz **" Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakın Veren Hemşirelere Verilen Eğitimin Hemşirelik Bakımına ve Yaşanılan Güçlükler Üzerine Etkisi"** konulu bilimsel çalışmanızı **Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adana Seyhan Devlet Hastanesi, Adana Çukurova Devlet Hastanesi ve Adana Yüreğir Devlet Hastanesi'nde** yapmak istemeniz ile ilgili Bilimsel Çalışma başvuru talebiniz incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile uygun bulunmuş olup, konu ile ilgili Valilik Makam Olur'u ekte sunulmuştur.

Rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Bilimsel Çalışma Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararı

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 60247264-799
Konu : Bilimsel Çalışma Ön İzin
Değerlendirme Komisyon Kararı

VALİLİK MAKAMINA

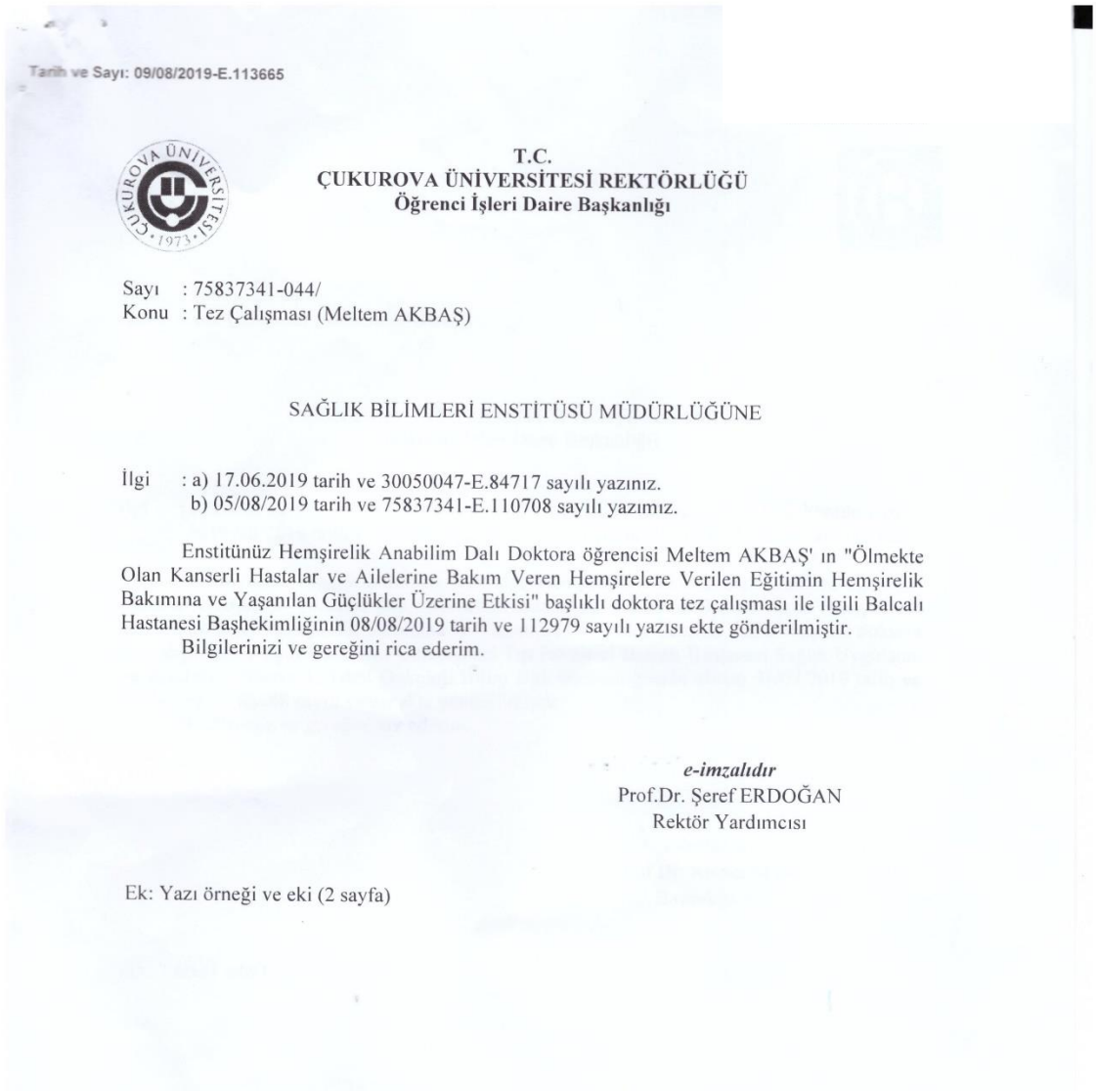
İlimizde " Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma İle Bilimsel Araştırma ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonu" 05.02.2018 tarih ve 138 Sayılı Makam Olurumuz ile oluşturulmuş olup Komisyon Başkanı ve üyeleri 03.07.2019 tarihinde toplanmıştır. Mülga Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu "Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereğince Müdürlüğümüze yapılan bilimsel araştırma başvurularının yürütülmesi değerlendirilmiş olup ekte makamınıza sunulan kararlar çerçevesinde, her çalışmanın belirlenen yer ve tarih aralığında ilimizde icra edilmesi Müdürlüğümüzce uygun mütalaa edilmiş ise de;

Olurlarınıza arz ederim

e-imzalıdır.
Dr. Ahmet ÖZER
İl Sağlık Müdürü

O L U R
.../.../2019
e-imzalıdır.
Huriye KÜPELİ KAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK-10: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi İzin



Tarih ve Sayı: 09/08/2019-E.113665

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 75837341-044/
Konu : Tez Çalışması (Meltem AKBAŞ)

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 17.06.2019 tarih ve 30050047-E.84717 sayılı yazınız.
b) 05/08/2019 tarih ve 75837341-E.110708 sayılı yazımız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Meltem AKBAŞ' ın "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelere Verilen Eğitimin Hemşirelik Bakımına ve Yaşanılan Güçlükler Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili Balcalı Hastanesi Başhekimliğinin 08/08/2019 tarih ve 112979 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Şeref ERDOĞAN
Rektör Yardımcısı

Ek: Yazı örneği ve eki (2 sayfa)

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 18649120-044/
Konu : Tez Çalışması (Meltem AKBAŞ)

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : a) 20/06/2019 tarihli, 87225 sayılı ve "Tez Çalışması (Meltem AKBAŞ)" konulu yazı,
b) 05/08/2019 tarihli, 110451 sayılı ve "Tez Çalışması (Meltem AKBAŞ)" konulu yazı,

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Meltem AKBAŞ'ın "Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelere Verilen Eğitimin Hemşirelik Bakımına ve Yaşanılan Güçlükler Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışması ile ilgili Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma (Merkezi) Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığından alınan 31/07/2019 tarih ve 13434350-E.108148 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.
Bilgileriniz ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Ahmet SEBE
Başhekim V.

Ek: Yazı (1 adet)

T.C.
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 13434350-050.04.02/
Konu : Tez Çalışması hk.

BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 25/06/2019 tarih ve 89649 sayılı yazınız

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Meltem AKBAŞ'ın "Ölmekte olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelere Verilen Eğitimin Hemşirelik Bakımına ve Yaşanılan Güçlükler Üzerine Etkisi" başlıklı tez çalışmasının Bilim Dalımızda yapılması uygundur.

Bilgileriniz ve gereği arz/rica olunur.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Berksoy ŞAHİN
Bilim Dalı Başkanı

EK-11. Aydınlatılmış Onam Formu

Aydınlatma ve Onam Formu Örneği

Bu araştırma, ölmek üzere olan kanserli hastalara ve ailelerine bakım veren hemşirelerin, verdikleri hemşirelik bakımına ve yaşadıkları güçlüklere eğitimin etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapılacaktır.

Size verilen soru formları içinde **Hemşire Tanıtım Formu, Ölmek Üzere Olan Hastalar ve Aileleri İçin Hemşirelik Bakımı Ölçeği ve Ölmek Üzere Olan Hastalar ve Aileleri için Hemşire Güçlük Ölçeği** yer almaktadır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmanızın size herhangi bir maddi getirisi yoktur. Sizden aldığımız veriler araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve özel verileriniz gizli tutulacaktır.

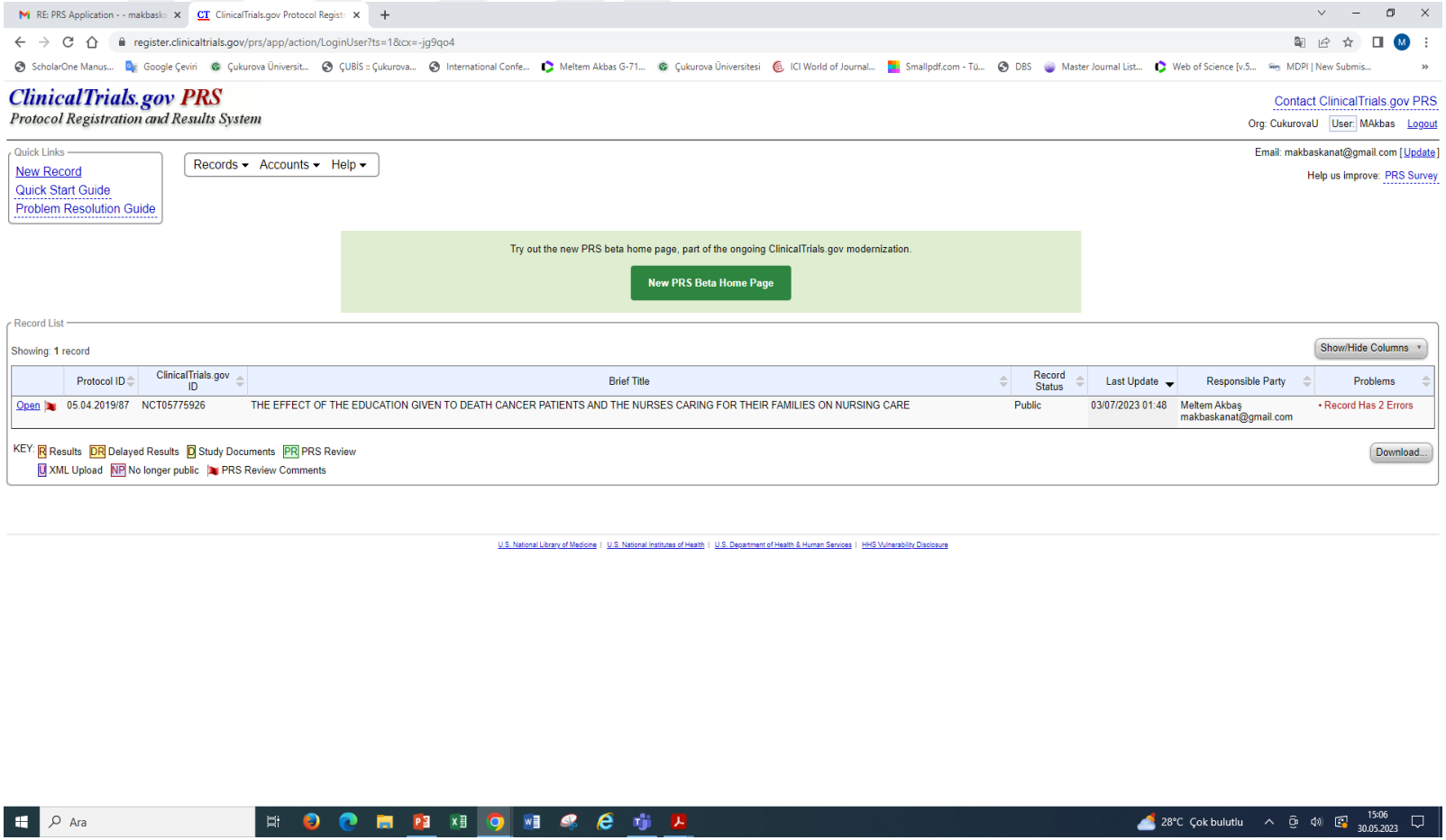
Prof. Dr. Sevban ARSLAN
Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ
Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıda yazılı olan bilgilerle bilgilendirildim ve anladım, araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Adı Soyadı, Tarih, İmza

EK-12. Clinical Trials Protokol Kayıt Numarası



EK-13. Eğitim İçeriği

ÖLMEKTE OLAN KANSERLİ HASTALAR VE AİLELERE BAKIM VEREN HEMŞİRELER İÇİN HEMŞİRELİK BAKIMI VE YAŞANAN GÜÇLÜKLER EĞİTİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ
Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Aralık 2022

I. MODÜL: Tanışma, Eğitimin Tanıtılması ve Temel Kavramlar

Modüller	Öğrenim Kazanımları	Süre
I. MODÜL: Tanışma, Eğitimin Tanıtılması ve Temel Kavramlar		
1. Tanışma	Eğitim süresince etkili iletişim becerileri kullanılır.	15 dk
2. Eğitimin amacı ve içeriğinin açıklanması	Hemşireler eğitim için hazır hisseder	15 dk
3. Temel kavramlar	Ölmekte olan hastanın bakımına ilişkin temel kavramları kavrar.	20 dk
II. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı		
1. Dispne'de semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı	1. Hemşire, dispnenin giderilmesine ilişkin bakım planı hazırlar ve uygular.	30 dk
2. Delirium/ajitasyon'da semptom ve yönetimi hemşirelik bakımı	1. Hemşire, ajitasyon ve delirium ilişkin bakım planı hazırlar ve uygular.	30 dk
3. Ağrı'da semptom yönetimi ve hemşirelik bakımı	1. Hemşire, ağrı kontrolüne ilişkin bakım planı hazırlar ve uygular.	30 dk
III. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Ailelerinin Bilgilendirilmesi, Hastanın Onuruna Saygı Duyma ve Ailenin Yasına Ortam Hazırlama		
1. Aile üyelerinin bilgilendirilmesi	1. Hemşire, aile üyelerine hastanın durumunu açıklar.	30 dk
2. Hastaya ölümden önce ve sonra bir birey olarak saygı duyma, ailenin yasına ortam hazırlama	1. Hemşire, ölümden önce ve sonra bir birey olarak hastaya saygı duyar, ailenin yasına zaman ayırır, fiziksel ortam hazırlar.	30 dk
IV. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler		
1. Ölmekte olan kanserli hastaların semptom yönetimi ve hemşirelik bakımına ilişkin yaşanan güçlükler 2. Aile üyelerinin bilgilendirilmesi ve hastanın ve ailenin onuruna saygı duyulmasına ilişkin	1. Hemşire, semptom yönetimi ve hemşirelik bakımına ilişkin yaşanan güçlüklerin farkında olur ve çözüm yolları geliştirir. 2. Hemşire, aile üyelerinin bilgilendirilmesi ve hastanın ve ailenin onuruna saygı duyulmasına ilişkin yaşanan güçlüklerin farkında olur ve çözüm yolları geliştirir.	15 dk 15 dk

Temel Kavramlar

Kanser

DSÖ göre kanser, vücudun hemen her organında veya dokusunda, anormal hücreler kontrolsüz bir şekilde çoğalarak normal sınırları aşan, komşu organlara ve/veya diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubudur (WHO, 2022).

Türkiye Kanser İstatistikleri, ülkemizde 2030 yılında kanserden ölümlerin birinci sırada olacağını ve kanserden ölümlerin iki katına çıkacağını bildirmektedir (TKİ, 2017).

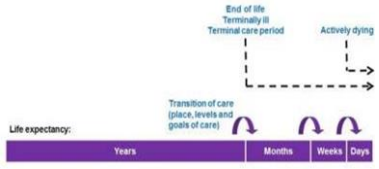
- Kanserli hastalar, hastanede, evde ya da hospis ünitelerinde ölmektedirler (Fereidouni et al., 2021)
- Literatürde, ölmekte olan kanser hastalarının ve yakınlarının çoğunluğunun evde ölümü tercih etmesine rağmen, hastaların büyük bir çoğunluğunun hastanelerde öldükleri bildirilmektedir (Fereidouni ve ark 2021; Kern ve ark., 2020; Vidal ve ark., 2020; Howell et al., 2017; SİY, 2019).

- Hemşireler, özellikle onkoloji ve palyatif bakım ünitelerinde ölmekte olan kanserli hastalara sıklıkla bakım vermektedirler.
- Hemşireler, hemşirelik bakımının yoğunluğu, hastanın ihtiyaçlarını karşılaması ve birlikte geçirilen sürenin diğer sağlık çalışanlarına göre daha uzun olması nedeniyle hemşireler sağlık ekibinin en önemli üyesidir.

- Hemşirelerin,
- ölüm süreci,
- ölmekte olan kanserli hastalarda görülen belirtiler,
- Hastanın hemşirelik bakımı,
- Hasta ve ailesi ile etkili iletişim
- yaşanan güçlüklere ilişkin yeterli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmaları gerekir.
- Ayrıca, hemşirelerin ölüme ilişkin duygu ve düşüncelerinin, ölüm kaygısı ve ölüme ilişkin algı ve tutumlarının farkında olması gerekir. (Lowey, 2015; Kızıltepe ve Kurtgöz, 2022; GCO, 2022; Gata tez)

6.3. Ölmekte Olan Hasta

(Hui et



Ölmekte olmak ve aktif ölüm kavramları literatürde benzer anlamlarda

Ölmekte Olan Hasta

. Ölmekte olmak, ölümün yakın olduğu ve muhtemelen saatler, günler veya çok nadiren haftalar içinde gerçekleşeceği yaşamın son aşamasıdır. Katherine Clark 2017

- Ölmekte olan hasta hastanın fizyolojik fonksiyonlarının zayıfladığı, ölümün yakın olduğu ve muhtemelen saatler, günler veya çok nadiren haftalar içinde gerçekleşeceği yaşamın son aşamasındaki hastadır. Katherine Clark 2017Hui et al, 2014; ölüm kitap, Doherty, M., & Hauser, J. (2019).
- Yaşamın son saatlerinde, günlerinde veya nadiren haftalar içindeki bakımın amacı, rahatlık ve saygınlık sağlamaktır. Doherty, M., & Hauser, J. (2019).
- Ölüme karşı verilen tepkiler, yaşama ve ölüme yüklenen anlamlar, kültür, İnanç, yaş ve gelişimsel seviye ve bireysel değerlerden etkilenmektedir. (Hui et al, 2014; Sucaklı 2013; Fundamentals, ölüm kitap, WHO)

Ölümün Evreleri

a. Aktif Ölüm; hastanın fizyolojik fonksiyonlarının azaldığı, yakın ölümden önceki saatler ve günlerdir. Hui et al 2014 Bu süreçte semptomlar, hastada ölümden aylar, haftalar, günler veya saatler önce görülebilir ve kişiden kişiye değişebilir. Mina kitap

Belirtiler

Ağrı, dispne, yorgunluk, öksürük, idrar kaçırma, bulantı ve kusma, depresyon, anksiyete ve epileptik nöbetler

b. Geçiş aşaması, aktif olarak ölme evresi ile yaklaşan ölüm evresi arasındaki süreyi tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu evrede, hastalar son yolculuklarına hazırlanırken çevrelerindeki fiziksel dünyadan çekilmeye başlarlar. **Belirtiler**

- yaşam aktivitelerinde azalması,
- başkalarıyla iletişim ve etkileşimde azalma,
- hipoksi, asidoz veya metabolik süreçlerdeki değişikliklere bağlı halüsinasyonlar,

c. Yakın ölüm, Hasta, ölme sürecinin son aşamasındadır ve ölüm artık her an gerçekleşebilir. Tüm bireylerde her semptom ortaya çıkmadığı gibi semptomlar belli bir sırayı da izlemeyebilir. Bu aşamada, vücut kapanma sürecine girer, sıklıkla çoklu organ yetmezliği meydana gelir, hasta tepkisizleşir ve uyuyormuş gibi görünebilir.

Ölümden 1 hafta önce mevcut olan erken belirtiler

a. Bilinç kaybı,
b. Palyatif Performans Skalası ≤%20 (yani yatağa bağlı, tamamen bağımlı, yiyecek alımı minimum veya sıfır)
c. Sıvılar için disfaji

3 günlük ölüm oranı %94'tür.

Sistem	Belirtiler
Kardiyovasküler	Soğuk, nemli cilt; ekstremitelerde lekeler; taşikardi veya aritmi, radyal arterden nabızın alınamaması
Kas-iskelet	Yürüyememe, hareket edememe veya yatakta dönememe, göz bebeklerinde tepki olmaması, göz kapaklarını kapatamama, burun kıvrımlarının sarkması
Nörolojik	İletişim güçlüğü, kafa karışıklığı, huzursuzluk, ajitasyon, uyuşukluk, halüsinasyonlar
Solunum	Hızlı solunum, salgıları çıkarmada güçlük, Cheyenne-Stokes solunum, gürültülü solunum Ölüm çıngırağı
İdrar	İdrar çıkışında azalma, 2 saatte <100 ml idrar çıkışı, koyu renk idrar

d. Ölüm

Klinik ölüm, kalp atışı durduğunda kan dolaşımı ve solunum da durmasıdır. Bu durumdan sonraki 4-6 dakikalık sürede CRP yapılarak ve Oksijen verilerek canlandırma yapılabilir. Araştırmalar, CPR'nin ölümcül hastalığı olan hastalarda kalp atışını düzeltmede etkisiz olduğunu bulmuştur (ELNEC, 2010).

Biyolojik ölüm ise klinik ölümle birlikte, tüm organ ve dokuların canlılığını irreversibl olarak kaybetmesidir (Ernstmeyer ve Christman. 2020; Lovey, 2015;Merriam Webster, 2014). (Fundamentals, nice; Hui et al.,2014).

Ölmekte olan hastalar için temel hemşirelik rolleri,

- Septom yönetimi ve hemşirelik bakımı,
- Ailelere ölüm sürecine uyum sağlamada rehberlik etme ve destekleme,
- Ölümün teşhis edilmesi, ölüm anı ve sonrasını yönetmektir. Esmo ve gata tez

- Hemşireler, ölüme ait semptomların başladığı son 10 gün veya çoğunlukla son 72 saatte:
- semptom kontrolüne odaklananır,
- invaziv ve ağrılı uygulamalardan kaçınır,
- hastaların sakin, mutlu ve onurlu bir ölüm süreci yaşamasını sağlar,
- ailenin veda sürecini en az travma ile atlatmasını sağlar.

Hastaların Sağkalım süresini tahmin edebilen araçlar

- Palyatif Performans Skalası
- Palyatif Prognostik Skor
- Palyatif Prognostik İndeks

PPS Düzeyi	Hareketlilik	Aktivite Düzeyi ve Hastalık Bulgusu	Öz Bakım	Beslenme	Bilinç Düzeyi
PPS %100	Tam	Normal aktivite ve çalışma Hastalık bulgusu yok	Tam	Normal	Tam
PPS %90	Tam	Normal aktivite ve çalışma Bazı hastalık bulguları	Tam	Normal	Tam
PPS %80	Tam	Eforla normal aktivite Bazı hastalık bulguları	Tam	Normal veya azalmış	Tam
PPS %70	Azalmış	Normal iş / çalışma yapamaz Belirgin hastalık	Tam	Normal veya azalmış	Tam
PPS %60	Azalmış	Hobi / ev işi yapamaz Belirgin hastalık	Bazen yardım gereksinimi	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
PPS %50	Genellikle oturuyor / uzanıyor	Hiçbir iş yapamaz Yaygın hastalık	Oldukça sık yardım gereksinimi	Normal veya azalmış	Tam veya konfüzyon
PPS %40	Genellikle yatakta	Pek çok aktiviteyi yapamaz Yaygın hastalık	Genellikle yardım gereksinimi	Normal veya azalmış	Tam veya uykulu +/- konfüzyon
PPS %30	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktiviteyi yapamaz Yaygın hastalık	Tamamen bakım gereksinimi	Normal veya azalmış	Tam veya uykulu +/- konfüzyon
PPS %20	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktiviteyi yapamaz Yaygın hastalık	Tamamen bakım gereksinimi	Az miktarda veya yudumlama	Tam veya uykulu +/- konfüzyon
PPS %10	Tamamen yatağa bağımlı	Hiçbir aktiviteyi yapamaz Yaygın hastalık	Tamamen bakım gereksinimi	Sadece ağız bakımı	Uykulu veya koma +/- konfüzyon
PPS %0	Ölüm	-	-	-	-

Açıklamalar: PPS düzeyi 'en iyi uyan yatay satırı bulmak amacıyla soldan sağa okunarak belirlenir. En soldaki sütundan aşağı doğru okunarak uygun hareketlilik seviyesi belirlendikten sonra, bir sonraki sütundan aşağı doğru her sütunun değeri belirleninceye kadar ilerlenir. Bu nedenle, soldaki sütunlar sağdakilere göre öncelik taşır. 'Terimlerin tanımlaması' bölümüne bakınız.

Palyatif Prognostik Skor

- Palyatif prognostik skor altı prognostik skora göre değerlendirilir. Klinisyen tarafından öngörülen hayatta kalma süresi,
- Karnofsky performans skalası puanı, anoreksi düzeyi, solunum güçlüğü, lökosit ve lenfosit yüzdesi değerlendirilir.12 haftaya kadar 1-2 hafta aralıklarla ölçüm yapılır, sonra tüm tahminler gruplanır.
- Her prognostik unsura ayrı bir puan verilir, toplam puan 0 ile 17.5 arasında değişir.
- 3 farklı risk kategorisinde sınıflandırılır;
- A grubu(skor<5.5) olasılık>%70;

Glasgow Prognostik Skor

Biyokimyasal Ölçümler	Skor
CRP <10 mg/L ve Albümin >3,5 g/dL (35 g/L)	0
CRP <10 mg/L ve Albümin <3,5 g/dL (35 g/L)	0
CRP >10 mg/L ve Albümin <3,5 g/dL (35 g/L)	1
CRP <10 mg/L	2

- Artan skor prognozu kademeli olarak kötüleştirmektedir.

YÜKSEL, Ö. H., YILDIRIM, Ç., ÜRKMEZ, A., AKAN, S., & ŞAHİN, A. GLASGOW PROGNOSTİK SKORUNUN TRANSRE

Karnofsky Performans Skalası

Skor	Performans düzeyi
100	Normal
90	Normal aktivite, minör bulgular
80	Gayretle normal aktivite, bazı bulgular
70	Kendine bakabilir, normal aktivite yapamaz
60	Gereksinimlerinin çoğunu kendisi karşılar, yardım gerekebilir
50	Belirgin yardım ve sık tıbbi yardım gerekir
40	Özel bakım yardım gerekir
30	Ciddi şekilde yardım ve hastanede kalış gerekli
20	Çok hasta, aktif olarak destek tedavisi gerekli
10	Ölmek üzere, fatal seyir
0	Ölüm

Palyatif Prognostik İndeks

Karnofsky Performans Skalası:		
	10-20	4.0
	30-50	2.5
	≥60	0
Klinik Semptomlar:		
Oral alım		
	Oldukça azalmış	1.0
	Ciddi azalmış	2.5
	Normal	0
Ödem		1.0
İstirahatte dispne		3.5
Deliryum		4.0

PPI: Hastaların yaşam süresinin tahmininde kullanılan bu skorlama sistemine göre ortalama yaşam süresi:

Öneriler

.Klinisyenlerin, Prognostik Skorun azalması [I, A] ve prognozu gösteren objektif fiziksel semptomlara karşı dikkatli olmaları gerekir.
.Kötü prognoz, Prognostik Skorun azalması ve dispne, disfaji, kilo kaybı, kserostomi, anoreksiya ve kognitif bozukluk gibi semptomların başlaması hastanın kötüleştiğini gösterir[I, A].
.Prognostik araçların rutin kullanımı doktorların tahminlerinin doğruluğunu artırabilir [III, B].

II. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı

- Ölmekte olan hastalarda değerlendirme en az 24 saatte bir yapılır, ancak semptomlar hızla değişebileceğinden daha sık değerlendirme gerekebilir.
- Değerlendirme, hastayla konuşarak ve fiziksel muayene yöntemlerini kullanarak yapılır. NICE

- Ağrı
- Dispne
- Ajitasyondur

Dispne Yönetimi

- Kanser hastalarında en rahatsız edici semptomdur.
- Kanser hastalarının %20 ila %70'ini etkiler
- Kötü prognoz ile ilişkilidir esmo.
- Ölmekte olan kanserli hastadaki dispnenin altında yatan neden kanserdir.
- Dispnenin değerlendirilmesi hastanın bildirimi ve yaşam belirtierinin değerlendirilmesi ile yapılır. Kara ve Yıldız 2013, esmo

Dispne'de örnek hemşirelik bakım planı

- Etkisiz Hava Yolu Açıklığı
  - **Nedenleri**
  - Artan salgı miktarı/viskozitesi
  - Kısıtlı göğüs hareketi/ağrı
  - Yorgunluk / halsizlik

- **Belirtiler**
  - Solunum hızı/derinliğindeki değişiklikler
  - Anormal solunum sesleri
  - Etkisiz öksürük
  - nefes darlığı
- **İstenen Sonuçlar**
  - Sekresyonun kolayca atılması ve gürültüsüz solunum ile hava yolunun açıklığının sağlanması.

Hemşirelik müdahaleleri	Gerekçe
Solunum seslerinin karakteri ve sekresyonların varlığını tespit etmek için akciğer sesleri dinlenir.	Gürültülü solunum, hırıltı, tutulan sekresyonların ve/veya hava yolu obstrüksiyonunun göstergesidir.
Hasta yan yatış pozisyonuna getirilir.	Hatanın salgıları aspire etmesi önlenir.
Balgam veya aspire edilen sekresyonların miktarını ve karakterini gözleyin. Değişiklikleri belirleyin.	Yoğun veya yapışkan, kanlı veya pürülan balgamın varlığı, ikincil problemlerin (dehidratasyon , pulmoner ödem, lokal kanama veya enfeksiyon) gelişimini düşündürür.
Ağrı veya rahatsızlığı değerlendirin ve rutin olarak ve solunum egzersizlerinden önce ilaç verin.	Solunum yetmezliğini önlemek için hastayı hareket etmeye, daha etkili öksürmeye ve daha derin nefes almaya teşvik eder.
Belirtildiği şekilde IV yol ile ek sıvılar verin.	Maksimum hidrasyon sağlamak, balgam çıkarmayı teşvik etmek için salgıları gevşetmeye veya sıvılaştırmaya yardımcı olur. Bozulmuş oral alım, hidrasyonu sürdürmek için IV takviyesi gerektirir.
İlaçlar belirtildiği şekilde uygulayın.	Bronkodilatörleri, bronkospazmı hafifletir. Ekspektoranlar, mukus atılmasını kolaylaştırır. Analjezikler, Göğüs

- Hemşirelik girişimleri uygulandıktan sonra beklenen sonuçlar doğrultusunda değerlendirme, yapılır.
- Beklenen sonuçlara ulaşılamadığı durumlarda tekrar uygun hemşirelik bakımı planlanır ve uygulanır.

Dispne'de Öneriler

- Farmakolojik olmayan tedavi etkili olmayabilir.
- Opioid kullanmamış hastalarda, 24 saat boyunca ağızdan günlük 10-20 mg yavaş salınımlı morfin dozuna başlanabilir [II, B].
- Opioid toleranslı hastalarda, bazal opioid dozunda %25-50 oranında bir artış yapılabilir [V, C].

Dispne'de öneriler

- Diğer tedavilere dirençli solunum güçlüğünde kortikosteroidler kullanılabilir [II, C].
- Anksiyete ile birlikte solunum güçlüğü ile birlikte anksiyete varsa benzodiazepinler kullanılabilir [V, C].
- Tedavilere rağmen dirençli solunum güçlüğü varsa yaşamın son günlerinde palyatif sedasyon için benzodiazepinler kullanılabilir [IV, C].
- Oksijen inhalasyonu, kronik şiddetli hipoksemisi olan hastalarda kullanılır
- Terminal salgılar için atropin veya skopolamin gibi antikolinerjik ilaçlar kullanılır.
- Mümkünse hastayı yan yatış pozisyonu verilir.

Dispne'de öneriler devamı

- Aşırı sıvı yüklenmesinden kaçınılarak gürültülü solunum riski azaltılabilir [V, B].
- Hastada pozisyon değişikliği orofaringeal sekresyonların giderilmesini sağlayabilir [V, B].
- Gürültülü solunum [V, D] için orofaringeal aspirasyon kullanılmamalıdır.
- Hastanın ailesi ile gürültülü solunumun nedeni ve yapısı açıklanmalıdır [V, B].

Ajitasyon/Deliryum Yönetimi

- Deliryum, akut başlangıçlı, potansiyel olarak geri dönüşümlü, bir uçta koma-stupor, diğer uçta normal uyanık bir zihinsel durumla seyreden organik bir beyin sendromudur.
- Kısa sağ kalım ile ilişkilidir.
- Hastaların yaklaşık %90'ı deliryum yaşarlar.
- Elektrolit dengesizlikleri, enfeksiyon, yetersiz beslenme, dehidrasyon, uykusuzluk, ağrı, ilaç kullanımı nedeni ile deliryum gelişebilir.

Deliryum için Örnek Hemşirelik Bakım Planı

- **Hemşirelik Tanısı:** Sözlü iletişim kurma güçlüğü, olağan veya normal iletişim kuramama, düşünce blokajları, halüsinasyonlar ve konuşma güçlüğü gibi bilişse bozukluklar
- **İstenen Sonuç:** Hasta gerçeğe dayalı düşünce süreci ve sözlü iletişim kurabilmesi.

Hemşirelik Girişimleri	Gerekçe
Hastanın konuşma tutarlılığını ve bilişsel yeteneğini değerlendirin ve izleyin.	Temel, kısa vadeli ve uzun vadeli hedeflerinoluşturulmasına yardımcı olmak.
Hastanın reçete edilen ilaçları zamanında, doğru dozda vedoğru yolla almasını sağlayın. Oral ilaçları yuttuklarından emin olun.	Anti-psikotik ve/veya anksiyolitik ilaçların doğru uygulanması,hastanın net düşünmesine ve daha işlevsel bir bilişsel yeteneğe sahip olmasına yardımcı olur. Deliryum sorunları olan hastalar ilaçları doğru şekilde veya hiç alamayabilirler, hastanın ağızdan alınan ilacı yuttuğundan emin olmunmalıdır.
Sakin, sessiz, iyi aydınlatılmış ve etkili iletişime elverişli bir ortam yaratın.	Rahatsız edici uyaranlardan arınmış bir ortama sahip olmak, deliryumlu bir hastada konfüzyon veya halüsinasyonun önlenmesine yardımcı olur.
Yavaş ve kısık sesle konuşun ve hastayla iletişim kurarken net ve basit kelimeler kullanın.	Yüksek veya tiz ses, hastada anksiyete, ajitasyon veya konfüzyonu tetikleyebilir. Basit kelimeler kullanmak sessiz bir şekilde konuşmak, hastanın ne söylendiğinizi anlamasına yardımcı olabilir.
Sözlü iletişim için derin solunum egzersizleri ve sakinleştirme tekniklerini öğretin	Hastanın etkili bilişsel düşünme ve işlevsel konuşma elde etmesine kademeli olarak yardımcı olmak.

- Değerlendirme hemşirelik girişimleri uygulandıktan sonra beklenen sonuçlar doğrultusunda yapılır.
- Beklenen sonuçlara ulaşılamadığı durumlarda hasta için tekrar uygun hemşirelik bakımı planlanır ve uygulanır.

Deliryum için öneriler

- Bu aşamada kafası karışmış hastaları yönlendirilmesi, korku, endişe ve izolasyona karşı koruma sağlamak için hastaların yanına refakatçi alınması önerilir
- Hastalar, hidrasyon ve açısından günlük veya daha sık değerlendirilir. (ağız kuruluğu, susama, konfüzyon ve ajitasyon, cilt turgoru, periferik, pulmoner konjesyon) veya aşırı hidrasyon (şişme ve aşırı sıvı yüklenmesi gibi)
- Hava yolu açıklığı, hidrasyon, pozisyon değişikliği, ağrı ve inkontinans yönetimi sağlanır.
- Kalıcı sonda ve I.V damar yolu gibi fiziksel kısıtlamalardan kaçınılır

- Esmo, NICE, https://nursestudy.net/delirium-nursing-diagnosis/

Deliriumun için öneriler

- Deliryumu tedavi edecek bilinen bir ilaç yoktur. Hastayı rahatlatmak ve sakinleştirmek için anksiyolitikler, antipsikotikler, benzodiazepinler kullanılabilir.
- Ailenin bakıma katılımını sağlanır
- Kanser hastalarındaki deliryumda «reçetesiz bırakma» önerisini destekleyecek yeterli veri olmamasına rağmen, yaşlı hastalarda reçetesiz bırakma kullanılabilmektedir[V, B].
- Olanzapin [III, C] veya Ketiapin [V, C] uygulaması, deliryumun semptomatik tedavisinde yararlı olabilir
- Benzodiazepinler, deliryumda sedasyon ve anksiyete için etkilidir [II, C].
- Sedasyon, son çare olarak kullanılır[V, C].

Ağrı yönetimi

- Kanser hastalarının yaklaşık yarısında şiddetli ağrı vardır. (Cobbs, Blackstone, Lynn, 2019; esmo).
- Hastaların %30-75'inde yaşamın son günlerinde ağrı vardır.
- Ağrının yaygınlığı ve ortalama yoğunluğu yaşamın son günlerinde sıklıkla düşse de, bazı hastalar önemli ağrı alevlenmeleri yaşayabilir

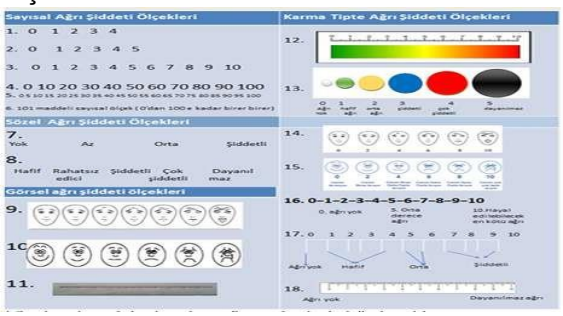
Ağrı Değerlendirmesi

- Ağrının değerlendirilmesi düzenli ve sürekli bir şekilde yapılmalıdır. Hasta;
- ağrının yoğunluğu,
- patofizyoloji,
- tetikleyici ve hafifletici faktörler,
- eşlik eden semptomlar,

Ağrı yoğunluğunun değerlendirilmesi için standart ölçekler

- Görsel analog skala (VAS),
- Sözel derecelendirme skalası (VRS),
- Sayısal derecelendirme skalası (NRS) ve

ölçekler





Şekil 3. Görsel ağrı skalası (VAS) (6,7).

Hemşirelik tanısı

- Kronik Kanser Ağrısı

Nedenleri

- Kemik invazyonu,
- Sinir kökleri ve pleksuslara bası,
- Tümörün sinir dokusuna infiltrasyonu
- Vasküler infiltrasyon ve tıkanıklık,
- Fascia, periost ve diğer ağrıya hassas yapıların infiltrasyonu

Ağrı Belirtileri

- Sözlü ifadeler
- Yemede, kiloda değişiklikler, uyku düzenlerinde bozulma, aktiviteleri yapamama, tükenmişlik
- Huzursuzluk, inleme, ağlama, sinirlilik, kendine odaklanma, değişen zaman algısı, düşünce sürecinde bozulma
- Kas tonusünda gerginlik
- Kan basıncında, solunum, nabız değişiklikleri, sıcaklık hissi, soğuk terleme, vücut pozisyonundaki değişiklikler, aşırı duyarlılık

İstenen Hasta Sonuçları

- Hasta ağrının rahatladığını/kontrol edildiğini bildirir.
- Hasta varsa ağrı pompasını kullanır
- Belirtildiği gibi gevşeme becerilerinin ve dikkati dağıtma aktivitelerini kullanır

İstenen Aile Sonuçları

- Ağrı yönetimi için aile ile işbirliği yapmak.

Hemşirelik Girişimleri	Gerekçeler
Ağrı, yeri, özellikler, başlangıç, süre, sıklık, kalite, şiddet (örn. 0-10 ölçeği) ve artırıcı veya azaltırıcı faktörleri içeren kapsamlı bir ağrı değerlendirmesi yapın. Ağrının bildirilmesini ve ifade edilmesini etkileyen kültürel durumları belirleyin. Hastanın kabul edilebilir ağrı düzeyini belirleyin. Hastanın söylediğine inanın.	Sözel/davranışsal ipuçlarının algılanan ağrının derecesi ile çok az doğrudan ilişkisi olabileceğini akılda tutarak gerçekçi bir planın geliştirilebileceği temel bilgiler sağlar. Genellikle hasta tamamen ağrısız olma ihtiyacı hissetmez, ancak ağrı skalasında ağrı daha düşük seviyede olduğunda daha fonksiyonel olabilir.
Davranışsal ve psikolojik tepkilerle birlikte hastanın ağrı algısını değerlendirin. Hastanın ağrı kesici ilaçlara ve/veya kullanımına yönelik tutumunu belirleyin.	Hastanın ihtiyaçlarının belirlenmesine ve geçmişte etkili olduğu veya etkili olmadığı tespit edilen ağrı kontrol yöntemlerinin belirlenmesine yardımcı olur.

Hastayı ve/veya ailesini narkotik kullanımıyla ilgili duygularını veya endişelerini ifade etmeye teşvik edin.	Uyuşturucu kullanımı veya bağımlılık korkusu veya aşırı sedasyon ile ilgili yanlış bilgiler ağrı kontrol çabalarını bozabilir.
Mevcut ve geçmiş analjezik ve narkotik ilaç kullanımını belirleyin.	Geçmişte neyin işe yarayıp yaramadığına dair fikir verebilir veya terapi planını etkileyebilir.
Öfke, sinirlilik, geri çekilme, kabullenme gibi tanıya kişisel uyum derecesini değerlendirin.	Bu faktörler değişkendir ve sıklıkla ağrı algısını, başa çıkma yeteneğini ve ağrı yönetimi ihtiyacını etkiler.
Hasta yakınları ile hastaya nasıl yardımcı olabileceklerini ve tetikleyici faktörleri azaltabileceklerini öğretin	Bakıma dahil olmayı ve yardım etmek için yapabilecekleri şeyler olduğuna olan inancı teşvik eder.

Farmakolojik olmayan konfor önlemleri, veya tamamlayıcı terapilerin kullanın (masaj, pozisyon değiştirme, sırt masajı ve müzik, televizyon)	Ağrı stres üretir ve kas gerginliği ve iç stresörlerle birlikte hastanın kendine odaklanmasını artırır ve bu da ağrı düzeyini artırır.
Hasta ve sağlık sistemi ile ilgili kanser ağrısı yönetiminin önündeki engellerin farkında olun.	Hastalar, hastalığın daha kötü olduğu korkusu gibi nedenlerle ağrıyı bildirmekte isteksiz olabilirler; ağrı kesici ilaçların yönetilemeyen yan etkileri hakkında endişelenmek; "Tanrı bunu istiyor" gibi, acının bir anlamı olduğuna dair inançların üstesinden gelmeleri veya herhangi bir nedenle acının hak edildiği veya hak edildiğine dair inançlar. Sağlık sistemi sorunları, ağrının yetersiz değerlendirilmesi, kontrollü maddeler veya hasta bağımlılığı ile ilgili endişe, yetersiz geri ödeme veya tedavi yöntemlerinin maliyeti gibi faktörleri içerir.
Mental durumdaki değişiklik,	Son aşamalarda bozulma nedenleri çok sayıda olmasına rağmen, psikolojik bileşenin erken tanınması ve yönetimi ağrı yönetiminin ayrılmaz bir parçasıdır.

Hasta, aile ve hekimle ağrı yönetimi planı oluşturun.	Yetersiz ağrı yönetimi, ölmekte olan hastanın bakımındaki en önemli eksikliklerden biri olmaya devam etmektedir. Önceden geliştirilen bir plan, hastanın konforunun sağlanacağına dair güven düzeyini artırarak kaygıyı azaltır.
Maksimum doza kadar belirtilen şekilde analjezikleri planlayın ve uygulayın. Rejimin ağrı kontrol hedefini karşılamada yetersiz kalması durumunda hekime haber verin.	"Kabul edilebilir" ağrı seviyesinin korunmasına yardımcı olur. İlaç dozajında veya kombinasyonlarında değişiklik yapılması gerekebilir.

Analjezikleri belirtildiği şekilde uygulayın:	Ağrıyı yönetmek için günün her saatinde çok çeşitli analjezikler ve ilgili ajanlar kullanılabilir. Not: Uyuşturucuya bağımlılık veya bağımlılık endişe verici değildir.
Opioidler: kodein, morfin (MS, Contin), oksikodon (oksikontin) hidrokodon (Vicodin), hidromorfon (Dilaudid), metadon (Dolophine), fentanil (Duragesic); oksimorfon (Numorfan);	
Asetaminofen (Tylenol); ve aspirin, ibuprofen (Motrin, Advil) dahil olmak üzere nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAID'ler)	Lokalize ve genel orta ila şiddetli ağrı için etkilidir, uzun etkili ve kontrollü salımlı formları mevcuttur.
piroksikam (Felden)	Uygulama yolları, PCA yoluyla uygulanabilen oral, transmukozal, transdermal, nazal, rektal ve infüzyonları (deri altı, IV, intraventriküler) içerir. Ağrılı ve rahatsız edici olmasının yanı sıra emilim güvenilir olmadığı için IM kullanımı önerilmez. Not: Oral transmukozal ajanın (fentanil sitrat [oralet]) fentanil yama kullanan hastalarda şiddetli ağrıyı kontrol altına alması için araştırmalar devam etmektedir.
indometasin (Indocin)	Adjuvan ilaçlar, hafif ila orta şiddette ağrı için faydalıdır ve opioidler ve diğer modalitelerle kombine edilebilir.

Değerlendirme hemşirelik girişimleri uygulandıktan sonra beklenen sonuçlar doğrultusunda yapılır. Beklenen sonuçlara ulaşılamadığı durumlarda hasta yeniden değerlendirilerekuygun hemşirelik bakımı planlanır ve uygulanır. Hemşire, mevcut tedavi planı tarafından yönetilmeyen hasta rahatsızlığının artan belirtilerini yakından izlemelidir.

Ağrı'da öneriler

- Ölüm yaklaştıkça, morfin ve diğer opioidler sürekli ağrı yönetimi için kullanılır
- Konfor önlemleri, psikolojik destek ve farmakolojik olmayan yöntemler faydalı olabilir.
- Hemşire, hastanın yaşamının son günlerinde ve saatlerinde tipik olarak opioidlerin uygulanmasını sınırlayan sedasyon veya solunum depresyonu korkusu olmadan ağrı kesici sağlamalıdır. Fundamentals (ANA ve Palyatif Bakım Hemşireleri Derneği) Niyet iyiyse (yani, acı ve ıstırabın dindirilmesi), o zaman eylem, kasıtsız bir şekilde ölüme yol açsa bile ahlaki olarak haklı görülebilir. Fundamentals

Ağrı İçin Öneriler devamı

- Ağrı tedavisi kişiselleştirilmeli [V, B] ağrının yoğunluğu, ağrı değerlendirme araçlar kullanılarak ve sık sık ve sürekli değerlendirilmelidir[V, C].
- opioidler daha hızlı ağrı kontrolü sağlar.
- Ağrı pompaları, Santral venöz kateter [V, B] SC. veya İV yol kansere bağlı şiddetli ağrıları gidermek için kullanılabilir.
- Yaşamın son günlerinde, azalmış periferik perfüzyon nedeniyle S.C. yol kanülleri ekstremiteler yerine karın üzerine yerleştirilmelidir [V, B].

Ağrı İçin Öneriler devamı

- Ağrı ve dispne için, Roxanol 20 mg/mL morfin sülfat çözeltisi dilaltı olarak uygulanabilir
- Bununla birlikte, hemşire her zaman analjezi sağlama ile hastanın uyanıklığını sürdürme arasında denge kurmalıdır. Fundamentals Elizabeth L. Cobbs ; Karen Blackstone; Joanne Lynn. (2019).

Ağrı İçin Öneriler devamı

- Ölmekte olan hastalara oluşabilecek belirtiler için önceden ilaç yazılmalıdır.
- Yazılan ilaçlar, ölmekte olan kişinin bireysel olarak öngörülen ihtiyaçlarına uygun olmalı ve klinik endikasyonları (mevcut veya beklenen), dozajı ve uygulama yollarını içermelidir (bazı ilaçlar, farklı dozlarda birden fazla endikasyon için yazılabilir).

Ağrı İçin Öneriler devamı

- Oral yoldan verilen adjuvan ilaçlar, gabapentin, pregabalin veya serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri kesilmelidir.
- Bu ilaçların erken ve kademeli olarak kesilmesi, yoksunluk sendromunu önler.
- Yaşamın son haftalarında kemoterapi ve immünoterapi ve Radyoterapi, kullanılmamalıdır [IV, D; III, D].

III. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastaların Ailelerinin Bilgilendirilmesi, Hastanın Onuruna Saygı Duyma ve Ailenin Yasına Ortam Hazırlama

Aile Üyelerinin Bilgilendirilmesi

Ölmekte olan hastanın bakımı,

- hastaya saygılı ve şefkatli bakım verme
- hemşireye güvenin sağlanması

- Aile üyelerine güvenli ve özel bir ortamda eğitim verilmelidir Care Plan for the Dying Person: Health Professional Guidelines (2019); Fundamentals. esmo enstitü

Hemşire eğitim öncesi,

- Ailenin interdisipliner ekibe erişimini sağlar. Care Plan for the Dying Person: Health Professional Guidelines (2019); Fundamentals.
- Ailenin ölümle ilgili geleneklerini, manevi inançlarını ve uygulamalarını belirler.
- Hastanın hayatındaki önemli kişileri belirler.

Bu eğitimde hemşireler aile üyelerine,

- görülebilecek belirtilere ilişkin bilgi verir.
- hastanın aniden kötüleşen durumu mevcut ve gelecekteki olası durumu hakkında bilgi verir.
- hastanın tedavi seçenekleri hakkında bilgi verir.
- hastanın bakımının planlanması ve aile üyelerinin katılımı hakkında bilgi verir.
- hastanın ölüm yeri ve hastanın ölümünden sonra neler yapmaları gerektiği konusunda bilgi verir.

Aile üyelerine güvenli ve özel bir ortamda verilen bu eğitimde hemşireler;

Care Plan for the Dying Person: Health Professional Guidelines (2019); Fundamentals. esmo enstitü

- Açıklamaları açık ve anlaşılır bir dille yapmalı, tıbbi açıklamalardan kaçınmalı Fundamentals
- Hasta yakınlarının soru sormasına fırsat verilmeli ve sorulara basit cevaplar verilmelidir.
- Aile üyelerinin kararlara katılmaları sağlanmalıdır.
- Aile üyelerine yiyecek veya sıvıların aspirasyona yol açabileceği anlatılmalıdır.
- Aile üyelerine hastanın ağzını ve dudaklarını nasıl nemli tutacağı öğretilir.
- Aile üyelerine hırıltılı solunuma ilişkin açıklamalar yapılmalıdır. enstitü
- Aile üyeleri yorgun, duygusal olabilir ve konsantre olmakta zorluk çekebilir, aynı bilgilerin tekrar tekrar verilmesi gerekebilir.
- Aile üyelerine ne bekleyecekleri konusunda yazılı kaynaklar sağlanır. Fundamentals

Ölümden önce ve sonra hastanın ve ailenin onuruna saygı duyma

- Hemşirelerin, hastanın isteklerini yerine getirme ve saygı gösterme sorumluluğu vardır. milna library Fundamentals
- Her bir hasta farklıdır ve bir hasta için en iyi olan, bir diğeri için iyi olmayabilir.
- Ölüm, her hastaya özgü çok yönlü bir süreçtir. Hastalar için "iyi ve saygın bir ölüm" sağlayarak, hastaların tercihlerine saygı duyulmalı ve hastalar ve aileleri için destek sunulmalıdır. Fundamentals

Öneriler

Hemşirenin,

- kapsamlı değerlendirmeler yapması,
- durum değişikliklerini hızlı tespit etmesi,
- ilaçları hızlı uygulanması
- ve konforu artırmaya ilişkin müdahaleleri zamanında uygulaması
- Etkin dinleme becerilerini kullanması hayati önem taşır milna library, esmo.

Öneriler devamı Hemşireler;

- Hastanın bilincini kaybettiği zaman bakım için aile üyelerinden birinin hastanın yanında kalmasını sağlamalıdır
- Ölmekte olan hastaların görüntüsü ve çıkardığı sesler aile için korkutucu ve üzücü olabilir. Hasta yakınlarının hastalarına ilişkin böyle olumsuz bir duruma tanık olmasının önüne geçilmelidir. mina library
- Aileler genellikle ölümün ne zaman gerçekleşeceği konusunda kesin bir zaman dilimi isterler. 24 saat içinde ilerlemeyi gösteren bu işaretler olsa da, belirli bir zaman çizgisi tahmin edilemez.
- Hasta ve yakınlarının tercihlerine göre manevi rahatlık sağlanmalıdır. Fundamentals, nice

Öneriler devamı Hemşireler;

- Aile üyelerinin, sevdikleriyle ayrılırken, af dilemesi, affetmesi, teşekkür etmesi, sevdiğini ifade etmesi ve veda etmesi için ortam sağlamalıdır Fundamentals, nice
- Aile üyeleri, ölümden önce hastanın başucunda olmayı arzu edebilirler. Sınırlı etkileşim yeteneklerine rağmen, hastalar başkalarının varlığından haberdar olabilir; bu nedenle ailelere, sanki onları duyuyormuş gibi hastayla konuşması önerilir.

Öneriler devam Hemşireler;

- Ailelere hasta ile iletişim kurma ve diğer düzenlemeleri yapma konusunda yardımcı olmalıdır. Enstitü
- Ölümün geçiş aşamasında hastaya sakinleştirici müzik, dokunma, hafif masaj, dua veya dini bir lideri sağlayarak destek verebilir Fundamentals, Enstitü
- Aile üyeleri ile toplanarak hastalığın prognozuna ilişkin algılarını belirler ve ölüme hazırlığı değerlendirebilir.
- .

Öneriler devam Hemşireler;

- Hasta ve yakınları ile etkili iletişim kurarak ve ortak karar alarak, hasta ve ailesinin, kişisel istek ve inançlarına saygı duyarak ölüme hazırlanmayı sağlar. esmo
- Hastanede ölen hastalara saygıyla davranılacağına dair güvence vermelidir. enstitü

- Ölümün gerçekleştiğinden emin olmak ve belgelemek için apikal kalp atışını bir dakika boyunca dinlemelidir. Bir hasta öldüğünde hemşire son bir hemşirelik değerlendirmesini gerçekleştirmeli ve belgelemelidir
- Hemşire, sessiz ve özel bir yerde, ölümden hemen sonra aile üyelerine ölen hastanın bakım sürecini açıklamalıdır.
- Ölümün ardından, hastadan tıbbi malzeme ve ekipman çıkarılmalıdır.

- Hastanın genel olarak görüntüsü ve pozisyonu düzenlenir, takma dişleri varsa takılır, sızıntı yapan yaralar pansumanla kapatılır MSD Manuel
- Hemşireler, aileye destek sağlamalı ve gerektiğinde diğer aile üyeleriyle iletişime geçerek onları ölüm konusunda bilgilendirmelidir.

Öneriler Devam Hemş reler;

- Bazı aile üyeleri fotoğraf çekmek, sevdiklerinin saçlarını taramak, yüzünü yıkamak, elini tutmak, öpmek ya da tutmak isteyebilir. Aileler çeşitli şekillerde veda ederken desteklenir.
- Aile vedalaşıp odadan ayrıldıktan sonra, ölen hastaya kimlik etiketi yapıştırılması ve hastanın morga taşınması hemşirelerin sorumluluğundadır
- Yasın oluşması bireye özgüdür ve kültürü, kaynakları ve kayıpla ilgili önceki deneyimlerinden etkilenebilir.
- Aile üyelerinin yas ve kayıpla baş ederken, desteğe ihtiyaç duyduğunu bilmelidir.
- Aile üyelerindeki Yastaki belirtilerinin %85'i normaldir ve farmakolojik tedavi gerektirmez.

Öneriler Devam Hemşireler;

- Ölüm öncesi aşamada aile üyeleri psikososyal sıkıntı açısından değerlendirilir [IV, B].
- Hasta yakınları Psiko-onkolog, sosyal hizmet uzmanı, manevi bakım elemanı veya diğer uygun disiplinlere müdahale ve destek için yönlendirilir[III , B].
- Aile üyeleri arasında ölüm öncesi memnuniyetsizlik veya bakımla ilgili çatışma veya ölüme hazırlık eksikliği olup olmadığını değerlendirin ve endişeleri gidermek iletişim kurun [IV, C].
- Ölümden sonra yardım aramayı kolaylaştırmak için tüm ailelere uygun desteklere erişim yolları hakkında bilgi verilmelidir [IV, C].

IV. MODÜL: Ölmekte Olan Kanserli Hastalar ve Ailelerine Bakım Veren Hemşirelerin Yaşadıkları Güçlükler

- Dünyada ve ülkemizde yapılan çeşitli yasal düzenlemelerle palyatif bakım üniteleri açılmakta, hemşirelere palyatif bakım konusunda eğitim verilmesine ilişkin girişimler sürdürülmektedir.
- Ancak, ölmekte olan hastalara bakım veren hemşirelere konuya özel eğitim ve sertifika verilmediği ve hemşirelik eğitiminde sadece bir konu olarak ölüm kavramının ele alındığı görülmektedir

- Ölmekte olan hastanın bakımı, hastayı, ailesini ve hemşireleri, psikolojik ve fizyolojik olarak zorlamaktadır. Gata tez
- Ölmekte olan hastanın bakımı ve ölüm olayı, hemşirelerin karşılaştığı en zor durumlardan biri olmakla birlikte, hemşirelerin sürekli karşılaşmak zorunda olduğu bir durumdur. Gata tez

.

Yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin,

- Hemşirelik lisans eğitiminde içeriğin %2'sinden daha azının yaşam sonunda hemşirelik bakımı ile ilgili olduğu, Yaşamın Sonundaki Hemşirelik Bakımı: Her Klinisyenin Bilmesi Gerekenler
- Ölmekte olan hastanın bakım için gerekli bilgi, beceri ve güvene sahip olmadıkları, Clarck 2017, Gata tez ; Clarck 2017, Gata tez,Pınar ve Uzunkaya 2016)
- Anksiyete, yetersizlik, çaresizlik, öfke, sıkıntı, suçluluk, kaygı, inkar Gata tez

- hemşirelerin;
- ölmekte olan hastaya bakım verirken en çok hasta ve yakınlarıyla iletişim kurmakta güçlük yaşadıkları (Pınar ve Uzunkaya 2016)
- hasta ve yakınlarıyla ölüm konusunda konuşmanın umutsuzluğa neden olacağına inandıkları (Pınar ve Uzunkaya 2016)
- palyatif bakım bilgi düzeylerinin düşük olduğu (Seven, 2015)

- hemşirelerin;
- ölüm kaygısının yüksek olduğu,
- bu duygularla baş etmek için ölümün doğal olduğunu düşünme ve dua etme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (Şahin, 2016)

hemşirelerin:

. Hasta öldüğünde yalnız olması,

. Nasıl tepki vereceğini veya ne yapacağını bilememesi,

. Hastanın acı çektiğine tanık olması,

. Hastanın ölüp ölmediğini bilememesi

- Beklenmedik ölüm veya travmatik bir deneyim sonucu hemşirlerin yası şiddetlenebilir.
- Hemşirelerin, çalışma ortamında hastalara uzun süre bakım verdikten sonra tekrar tekrar kayıp yaşamaları yası daha da artabilir. (Ernstmeyer and Christman. 2020).
- Merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik, kayıplar yaşayan hemşirelerde sıklıkla görülür

- Merhamet yorgunluğu, hemşirenin fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlığını etkileyen, kronik ve sürekli bir özveri ve/veya zor durumlara uzun süre maruz kalma durumudur.
- Merhamet yorgunluğu, hemşirenin hasta ve ailesi ile empati kuramamasına yol açabilir.
- Tükenmişlik, fiziksel ve psikolojik olarak motivasyon kaybıdır. Tükenmişliği, en çok hemşirelerin çalışma koşulları etkilemektedir.

Hemşirelerin Çözülükleri Aşmak İçin Yapmaları Gerekenler

- Hemşireler, merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik açısından kendilerini değerlendirmelidirler. Bunlar; (Ernstmeyer and Christman. 2020).

. Davranışım değişti mi?

. Başkalarıyla farklı iletişim mi kuruyorum?

. Hangi kötü alışkanlıklar beni cezbeder?

- Öz bakım, merhamet yorgunluğunu ve tükenmişliği önlemek için önemlidir.
- Hemşirelerin, izin alma ihtiyacının farkına varmaları, bireysel başa çıkma mekanizmaları veya iş yerlerinde endişelerini dile getirmeleri gerekir.
- Hemşirelerin, ölmekte olan hastalara bakım vermenin kendileri üzerinde önemli bir etkisi olabileceğini bilmeleri gerekir.
- Dua, meditasyon, egzersiz, sanat ve müzik, hemşirelerin bireysel yas deneyimlerinde kullanabilecekleri başa çıkma mekanizmalarıdır.

- Hemşireler, kendilerinin farkında olarak, merhamet yorgunluğu ve tükenmişliği önlemek için öz bakım stratejilerini kullanmalıdırlar. Hemşireler; (Ernstmeyer and Christman. 2020).

. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal sağlıklarının farkında olmalı.

. Tanık oldukları kaybın acısını kabul etmeli.

. Kendi bakımlarına özen göstermeli.

. Hem yeteneklerini hem de kusurlarını kabul etmeli. Fundamentals



EK-14. ÖHBÖ'ne Ait CFA Modeli

Maddeler		Alt boyutlar	Estimate	S.E.	C.R.	p	Label
HBO_Semptom_3	<--	Semptom	1				
HBO_Semptom_2	<--	Semptom	1,655	0,279	5,922	<0,001	par_1
HBO_Semptom_1	<--	Semptom	1,744	0,295	5,917	<0,001	par_2
HBO_bakım_degerlendirme_3	<--	Bakım Degerlendirme	1				
HBO_bakım_degerlendirme_2	<--	Bakım Degerlendirme	1,29	0,152	8,5	<0,001	par_3
HBO_bakım_degerlendirme_1	<--	Bakım Degerlendirme	1,468	0,166	8,82	<0,001	par_4
HBO_aile_acıklama_3	<--	Aileye Acıklama	1				
HBO_aile_acıklama_2	<--	Aileye Acıklama	2,526	0,654	3,863	<0,001	par_5
HBO_aile_acıklama_1	<--	Aileye Acıklama	3,044	0,842	3,614	<0,001	par_6
HBO_onura_saygı_3	<--	Onura Saygı	1				
HBO_onura_saygı_2	<--	Onura Saygı	1,036	0,247	4,198	<0,001	par_7
HBO_onura_saygı_1	<--	Onura Saygı	0,394	0,108	3,665	<0,001	par_8

EK-15. ÖHBÖ Madde Analizleri

Maddeler	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Ölçek Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Cronbach Alpha Değeri
Toplam				
HBO Semptom1	38,33	51,086	0,498	0,792
HBO Semptom2	38,47	50,803	0,514	0,790
HBO Semptom3	37,98	52,241	0,446	0,796
Toplam				
HBO bakım degerlendirme1	39,03	46,405	0,659	0,774
HBO bakım degerlendirme2	39,05	47,273	0,624	0,778
HBO bakım degerlendirme3	38,66	49,123	0,548	0,786
Toplam				
HBO aile acıklama1	39,72	47,497	0,491	0,791
HBO aile acıklama2	39,71	49,173	0,406	0,800
HBO aile acıklama3	38,65	51,023	0,302	0,811
Onura Saygı Toplam				
HBO onura saygı1	37,48	55,234	0,287	0,807
HBO onura saygı2	38,50	50,718	0,368	0,803
HBO onura saygı3 HBO toplam	38,78	50,261	0,415	0,798

EK-16. ÖHBÖ'nin Madde Frekansları

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
HBO Semptom_1	4(3,1)	7(5,4)	25(19,2)	57(43,8)	37(28,5)
HBO Semptom_2	3(2,3)	9(6,9)	33(25,4)	53(40,8)	32(24,6)
HBO Semptom_3	3(2,3)	3(2,3)	14(10,8)	52(40)	58(44,6)
HBO bakım değerlendirme_1	15(11,5)	21(16,2)	34(26,2)	36(27,7)	24(18,5)
HBO bakım değerlendirme 2	13(10)	24(18,5)	30(23,1)	44(33,8)	19(14,6)
HBO bakım değerlendirme 3	5(3,8)	21(16,2)	27(20,8)	53(40,8)	24(18,5)
HBO aile acıklama_1	41(31,5)	23(17,7)	21(16,2)	29(22,3)	16(12,3)
HBO aile acıklama2	39(30)	24(18,5)	24(18,5)	27(20,8)	16(12,3)
HBO aile acıklama3	16(13,7)	8(6,8)	20(17,1)	40(34,2)	33(28,2)
HBO onura saygı1	1(0,8)	2(1,5)	3(2,3)	20(15,4)	104(80)
HBO onura saygı2	8(6,2)	12(9,2)	29(22,3)	33(25,4)	48(36,9)
HBO onura saygı3	8(6,2)	16(12,3)	36(27,7)	34(26,2)	36(27,7)

EK-17. ÖHGÖ'ne ait CFA modeli

Maddeler		Alt boyutlar	Estimate	S.E.	C.R.	p	Label
HGO_Semptom_3	<---	Semptom	1				
HGO_Semptom_2	<---	Semptom	1,1	0,084	13,138	<0,001	par_1
HGO_Semptom_1	<---	Semptom	1,13	0,083	13,602	<0,001	par_2
HGO_bakım_degerlendirme_3	<---	Bakım Değerlendirme	1				
HGO_bakım_degerlendirme_2	<---	Bakım Değerlendirme	1,598	0,177	9,032	<0,001	par_3
HGO_bakım_degerlendirme_1	<---	Bakım Değerlendirme	1,579	0,178	8,855	<0,001	par_4
HGO_aile_acıklama_3	<---	Aileye Açıklama	1				
HGO_aile_acıklama_2	<---	Aileye Açıklama	0,991	0,052	18,875	<0,001	par_5
HGO_aile_acıklama_1	<---	Aileye Açıklama	0,952	0,056	17,082	<0,001	par_6
HGO_onura_saygı_3	<---	Onura Saygı	1				
HGO_onura_saygı_2	<---	Onura Saygı	1,006	0,098	10,266	<0,001	par_7
HGO_onura_saygı_1	<---	Onura Saygı	0,885	0,094	9,442	<0,001	par_8

EK-18. ÖHGÖ MADDE FREKANSLARININ DAĞILIMI

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
HGÖ_Semptom_1	64(49,2)	32(24,6)	23(17,7)	9(6,9)	2(1,5)
HGÖ _Semptom_2	55(42,3)	36(27,7)	25(19,2)	13(10)	1(0,8)
HGÖ _Semptom_3	83(63,8)	25(19,2)	9(6,9)	10(7,7)	3(2,3)
HGÖ _bakım_degerlendirme_1	41(31,5)	35(26,9)	38(29,2)	12(9,2)	4(3,1)
HGÖ _bakım_degerlendirme_2	44(33,8)	39(30)	33(25,4)	12(9,2)	2(1,5)
HGÖ _bakım_degerlendirme_3	65(50)	42(32,3)	17(13,1)	4(3,1)	2(1,5)
HGÖ _aile_acıklama_1	15(11,5)	18(13,8)	40(30,8)	34(26,2)	23(17,7)
HGÖ _aile_acıklama_2	17(13,1)	23(17,7)	35(26,9)	37(28,5)	20(15,4)
HGÖ _aile_acıklama_3	17(13,1)	19(14,6)	35(26,9)	35(26,9)	24(18,5)
HGÖ _onura_saygı_1	41(31,5)	38(29,2)	28(21,5)	20(15,4)	3(2,3)
HGÖ _onura_saygı_2	40(30,8)	32(24,6)	33(25,4)	19(14,6)	6(4,6)
HGÖ _onura_saygı_3	27(20,8)	30(23,1)	40(30,8)	28(21,5)	5(3,8)

EK-19. ÖHGÖ'NE AİT MADDE ANALİZİ

Maddeler	Madde Çıkarıldığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıkarıldığında Ölçek Varyansı	Madde Ölçek Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarıldığında Ölçek Cronbach Alpha Değeri
HGÖ_Semptom_1	26,75	69,509	0,599	0,878
HGÖ_Semptom_2	26,62	69,477	0,596	0,878
HGÖ_Semptom_3	26,96	70,766	0,511	0,883
HGÖ_bakım_degerlendirme_1	26,36	68,791	0,604	0,878
HGÖ_bakım_degerlendirme_2	26,47	68,422	0,663	0,875
HGÖ_bakım_degerlendirme_3	26,88	72,14	0,516	0,882
HGÖ_aile_acıklama_1	25,37	68,095	0,557	0,881
HGÖ_aile_acıklama_2	25,43	68,356	0,544	0,881
HGÖ_aile_acıklama_3	25,38	66,952	0,591	0,879
HGÖ_onura_saygı_1	26,34	68,195	0,612	0,877
HGÖ_onura_saygı_2	26,24	67,206	0,628	0,876
HGÖ_onura_saygı_3	25,97	66,712	0,69	0,873
Cronbach Alpha Değeri: 0,808				