T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞAM SONU BAKIMLA İLGİLİ VERİLEN TEKRARLI STANDART HASTA TEMELLİ EĞİTİMİN HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİ, ÖLÜM SÜRECİNDE OLAN HASTAYA YÖNELİK TUTUM VE DUYGU DURUMLARINA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Betül ÇAKMAK

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞAM SONU BAKIMLA İLGİLİ VERİLEN TEKRARLI STANDART HASTA TEMELLİ EĞİTİMİN HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BİLGİ, ÖLÜM SÜRECİNDE OLAN HASTAYA YÖNELİK TUTUM VE DUYGU DURUMLARINA ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

Betül ÇAKMAK

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2022

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Yaşam Sonu Bakımla İlgili Verilen Tekrarlı Standart Hasta Temelli Eğitimin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi, Ölüm Sürecinde Olan Hastaya Yönelik Tutum ve Duygu Durumlarına Etkisi

Betül ÇAKMAK

Doktora Tezi

01.11.2022

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Bahar İNKAYA

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. İmatullah AKYAR

Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ

Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Doç. Dr. Bahar İNKAYA

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül KOÇ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Doktora derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ

Enstitü Müdürü

Bu tezin Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

01.11.2022

Betül ÇAKMAK

Varlıklarını her daim yanımda hissettiğim canım geniş ailelerime…

Kızım Ahu, Oğlum Turgut Ali ve Eşim Ömerhan'a ithaf ediyorum….

TEŞEKKÜR

Doktora eğitim sürecimin en anının birbirinden değerli ve dolu dolu geçmesini sağlayan, tezimin her aşamasında her daim desteğini ve varlığını gururla yanımda hissettiğim canım öğretmenim Doç. Dr. Bahar İNKAYA'ya,

Tez izleme komitesinde yer alıp görüşleri ile katkı sağlayan değerli Öğretim Üyelerine ve doktora tezimin emek ve zaman gerektiren sürecinde yanımda olan kıymetli öğrencilerimize,

Hemşirelik eğitimine başladığım ilk günden bu yana iyi bir hemşire ve akademisyen olma yolunda, önümü aydınlatan, destek olan, mesleki tecrübelerini esirgemeyen ve her zor anımda hemen yanımda bulduğum öğretmenlerim Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU, Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ ve Doç. Dr. İmatullah AKYAR'a

Eğitim ve tez uygulama sürecinde destek veren sevgili meslektaşlarım, Arş. Gör. Dr. Afra Çalık, Arş. Gör. Dr. Erdal Ceylan, Arş. Gör. Esra Tayaz, Arş. Gör. Dr. Dilek Aktaş'a

Dünyadaki en iyi ailenin üyelerine, Canım annelerim, Dursune, Zübeyde ve Sema GÜLEÇ'e, Hatice, Öznur ve Fatma KARACA'ya; Canım babalarım, Satılmış, Ahmet GÜLEÇ'e ve Ali Osman KARACA'ya; Canım kardeşlerim, Ayşegül ve İbrahim KARADUMAN, Pelin ve Pınar Güleç Ahmet Furkan ÇAKMAK'a ve eğitim sürecimin sekteye uğramaması için yıllarca hiçbir fedakarlıktan kaçınmayıp beni dünyanın en şanslı torunu yapan canım dedem Merhum Turgut Güleç'e sonsuz sevgi ve minnetlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **v**
ABSTRACT ..... **vi**
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **viii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **ix**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Problem Tanımı ve Önemi 1
1.2. Araştırmanın Amacı 4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri 5
2. GENEL BİLGİLER **6**
2.1. Palyatif Bakım 6
2.1.1. Palyatif Bakımın Amaç ve İlkeleri 7
2.1.2. Palyatif Bakım modelleri 9
2.1.3. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım 10
2.2. Yaşam sonu Bakım 11
2.2.1. Ölümün Tanılanması 12
2.2.2. Yaşam Sonu Dönemdeki Hastanın Özellikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı 14
2.2.3. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Dönemdeki Hastaya İlişkin Tutumları ve Hemşirelik Eğitimi 18
2.3. Hemşirelikte Simülasyon Eğitimi 19
2.3.1. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitiminde Senaryo Temelli Standart Hasta Simülasyonu Eğitimi 20
3. MATERYAL ve YÖNTEM **23**
3.1. Araştırmanın Şekli 23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer 23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 23
3.3.1. Araştırmanın Değişkenleri 25
3.3.2. Araştırma Örnekleminin Seçimi 25
3.4. Kullanılan Veri Toplama Formları 25
3.4.1. Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Bilgi Edinme Formu 25

3.4.2. Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD) 26
3.4.3. Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği (PANAS) 26
3.4.4. Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı (MSEA) 27
3.4.5. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Bilgi Formu (YSB Bilgi Formu) 27
3.5. Araştırmacının Hazırlık Süreci 28
3.5.1. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitim Modülünün Hazırlanması 28
3.5.2. Standart Hasta Temelli Klinik Senaryoların Geliştirilmesi 29
3.5.3. Araştırmanın Ön Uygulamasının Gerçekleştirilmesi 30
3.6. Araştırmanın Birinci Uygulama Aşaması 31
3.6.1. Hemşirelik Öğrencilerine İlişkin Ön Verilerin Toplanması 31
3.6.2. Hemşirelik Öğrencilerine Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitiminin Uygulanması 31
3.6.3. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitimi Sonrası Verilerinin Toplanması 32
3.6.4. Hemşirelik Öğrencileri ile Standart Hasta Temelli Birinci Simülasyon Uygulamasının Gerçekleştirilmesi 32
3.7. Araştırmanın İkinci Uygulama Aşaması 34
3.7.1. Hemşirelik Öğrencileri (Müdahale grubu) ile Standart Hasta Temelli İkinci Simülasyon Uygulamasının Gerçekleştirilmesi 34
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu 34
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi 35
3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları 36
3.10.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri 36
3.10.2. Araştırmanın Sınırlılıkları: 36
3.11. Araştırmanın Akış Şeması 37

4. BULGULAR 38
4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 39
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin YSB Bilgi Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulgular 40
4.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulgular 42
4.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulgular 44
4.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum ve YSB Bilgi Formu Puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular 53
5. TARTIŞMA 58
5.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi 59
5.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin YSB bilgi Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi 60
5.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Pozitif-Negatif Duygulanım ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi 62
5.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi 63
5.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum ve YSB bilgi Formu Puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların İncelenmesi 64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 65
6.1. Sonuç 65
6.2. Öneriler 66
7. KAYNAKLAR 67

8. EKLER 90
EK 1. Posthoc Güç Analizi Sonucu 90
EK 2. Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Bilgi Edinme Formu 91
EK 3. FATCOD Ölçeği 92
EK 4. FATCOD Ölçeği Kullanım İzni 94
EK 5. Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği 95
EK 6. Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Kullanım İzni 96
EK 7. MSEA Ölçüm Aracı 97
EK 8. MSEA Ölçüm Aracı Kullanım İzni 98
EK.9. Yaşam Sonu Hemşirelik Bakımı Soru Formu 99
EK 10. Yaşam Bakım Hemşireliği Formu Uzman Görüşü Formu 104
EK 11. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Soru Formu uzman görüşleri 109
EK 12. ELNEC Eğitim Modülü Kullanım İzni 110
EK 13. ELNEC Çekirdek Müfredatının Türkçeye Çevirilerek Entegre Edilen Modüllerine Yönelik Değerlendirme Formu 111
EK.14. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitim Modülleri Uzman Görüşü Sonuçları 116
EK 15. Yaşam sonu Bakım Hemşireliği Eğitim Modülleri 120
EK 16. Senaryo Yazımı Kursu Katılım Belgesi 163
EK 17. Standart Hasta Simülasyon Senaryosu (Bulantı-Agresif Beslenme) 164
EK 18. Standart Hasta Temelli Klinik Senaryo Değerlendirme Formu 182
EK 19. Standart Hasta Temelli Klinik Senaryo Uzman Görüşü Sonuçları . 184
EK 20.Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitim Planı 186
EK.21. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitimi Görselleri 190
EK 22. Standart Hasta Temelli Uygulama Görselleri 192
EK.23. Teşekkür Belgesi 195
EK 24. Etik Kurul Onay Sayfası 196
EK 25. Kurum İzni 197
EK 26. Aydınlatılmış Onam Formu 198
EK.27. Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı Verilerinin Sunulması 199
EK 28. Çözümleme Oturumuna İlişkin Verilerinin Sunulması 201
EK 29. Özgeçmiş 202

ÖZET

Yaşam Sonu Bakımla İlgili Verilen Tekrarlı Standart Hasta Temelli Eğitimin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi, Ölüm Sürecinde Olan Hastaya Yönelik Tutum ve Duygu Durumlarına Etkisi

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakım hemşireliği ile verilen tekrarlı standart hasta temelli eğitim uygulamasının ölüm sürecindeki hastanın bakımına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve duygularına etkisinin incelenmesi amacıyla tasarlanmış ön test-son test müdahale ve kontrol gruplu yarı-deneysel desende bir müdahale araştırması olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Hemşirelik Bölümünde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur (n=50). Araştırmada tüm öğrencilere yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi programı uygulanmıştır. İkinci aşamada kontrol grubu hemşirelik öğrencileri ile bir, müdahale grubu öğrencileriyle iki kez standart hasta temelli uygulama gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, Yaşam sonu bakım hemşireliği soru formu, Frommelt tutum ölçeği, Pozitif-negatif duygulanım ölçeği ve modifiye simülasyon etkililik aracı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson Ki-Kare testi, bağımlı gruplarda t testi, ilişkilerin incelemesinde Pearson-Spearman korelasyon testi, normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için Mann-Whitney testi, Wilcoxon testi, bağımlı üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Friedman testi kullanılmıştır.

Yaşam sonu bakım hemşireliği eğitiminin öğrencilerin bilgi düzeylerini arttırdığı, ($\chi2$=27,167, p=0,000; F=42,725, p=0,000), yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi ve Standart hasta temelli eğitim uygulamasının hemşirelik öğrencilerinin ölüm sürecindeki hastalara ilişkin tutumunu olumlu yönde etkilediği (F=13,279, p=0,000; F=6,934, p=0,000) ve ölüm sürecindeki hastaya karşı negatif duygulanımlarında anlamlı bir düşüş sağladığı belirlenmiştir ($\chi2$=8,053 p=0,045; $\chi2$=13,376, p=0,004). Tekrarlı standart hasta temelli uygulamasının ise öğrencilerin hastalara yönelik iletişim tutumlarını anlamlı düzeyde arttırdığı belirlenmiştir.

Yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi ve standart hasta temelli eğitim uygulamalarına ve uygulama tekrarlarının daha fazla olduğu öğretim yaklaşımlarına hemşirelik müfredatı içerisinde daha fazla yerilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam sonu bakım, palyatif bakım, standart hasta, hemşirelik, tutum, duygu

ABSTRACT

The Effect of Repetitive Standard Patient-Based Education on End-of-Life Care on Nursing Students' Knowledge, Attitudes and Emotions Towards Patients in Death Process

This research was a semi-experimental intervention study designed with pre-test, post-test intervention and control group to examine the effect of repetitive standard patient-based education given to nursing students with knowledge, attitudes and emotions of the patient's care during the dying process.

The research was carried out at AYBU Nursing Department. Sample of the study consisted of fourth year nursing students agreed to participate in study (n=50). In the study, an end-of-life care nursing education program was applied to all students. In the second stage, standard patient-based practice was performed once with the control group nursing students and twice with the intervention group students. In data collection, end-of-life care nursing questionnaire, Frommelt attitude scale, positive-negative affect scale and modified simulation effectiveness tool were used. Descriptive statistics for data evaluation, Pearson Chi-Square test, t-test for dependent groups, Pearson-Spearman correlation test for examining relationships, Mann-Whitney test for measurement values not in accordance with normal distribution, Wilcoxon test, Friedman test for comparison of measurement values of three or more dependent groups used.

It was found that end-of-life care nursing education increased students' knowledge levels ($\chi 2$=27,167, p=0.000; F=42,725, p=0.000), end-of-life care nursing education and standard patient-based education application affected nursing students' attitudes towards patients in the process of death. It was determined that it had a positive effect on the patient (F=13.279, p=0.000; F=6.934, p=0.000) and provided a significant decrease in negative feelings towards the patient during the death process ($\chi 2$=8.053 p=0.045; $\chi 2$=13.376, p=0.004). It was determined that the repeated standard patient-based application significantly increased the communication attitudes of the students towards the patients.

It is recommended that end-of-life care nursing education and standard patient-based education practices and teaching approaches with more repetitions of practice should be included more in the nursing curriculum.

Keywords: End of life care, palliative care, standard patient, nursing, attitude, emotion

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AACN	: American Association of Critical-Care Nurses (Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği)
ANA	:American Nursing Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
AYBÜ	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı-19
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAPC	: The European Association for Palliative Care (Avrupa Palyatif Bakım Derneği)
ELNEC	: End Of Life Nursing Education Consortium Core Curriculum (Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Çekirdek Eğitim Müfredatı)
FATCOD	: Frommelt's Attitude Towards Caring for Dying Patients (Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği)
KETEM	: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
MSEA	: Simulation Effectiveness Tool–Modified (Modifiye Simülasyon etkililik aracı)
NICE	: National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)
PANAS	: Positive and Negative affect: The PANAS Scales (Pozitif-Negatif duygulanım ölçeği)
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
YSB	: Yaşam Sonu Bakım

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil. 3.1. Araştırmanın akış planı 37

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi 39
Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin YSB Bilgi Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi 40
Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi 42
Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi 44
Tablo 4.5. Müdahale Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin FATCOD ve YSB Bilgi Formu Puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi 53

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Palyatif bakım kavramı içerisinde yer alan başlıklardan biri olan yaşam sonu dönem geri dönüşü olmayan ve ilerleyici fonksiyonel değişikliklerin görüldüğü ölümden önceki günleri ya da haftaları tanımlayan zaman dilimi olarak ifade edilmektedir (1). Palyatif ve yaşam sonu bakım ihtiyacı çoğunlukla kanser tanılı bireylerin ihtiyaç duyduğu bir hizmet gibi görülse de ortalama yaşam süresinin her geçen gün artması, kronik hastalıkla birlikte geçirilen yılların uzaması ve çoklu semptomlar ile birlikte ortaya çıkan karmaşıklıkların kontrolünde palyatif ve yaşam sonu bakım kavramları her hasta grubu için büyük önem taşımaktadır (2-4). Palyatif bakım kavramının en önemli başlıklarından biri olan yaşam sonu dönemdeki bakım gereksinimleri ışığında her yıl on milyonlarca yaşamın sonuna yaklaşan hasta, tanıları çeşitlilik gösterse ağrı, güçsüzlük, solunum problemleri, kaygı, duygusal problemler gibi bir çok ortak sorununun çözümlenmesi için nitelikli sağlık bakımına ihtiyaç duymaktadır (2, 5).

Yaşam sonu dönemdeki bir hastanın bakımı, semptomların hızlı aralıklarla değişmesi, alevlenmesi ya da yok olabilmesi nedeniyle karmaşık bir süreçtir (6). Karmaşık semptomların daha nitelikli olarak çözümlenebilmesi amacıyla Avrupa Palyatif Bakım Derneği (The European Association for Palliative Care- EAPC) temel değerlendirme başlıklarının sürdürülmesine ek olarak fiziksel (ağrı, bası yarası, dispne, disfaji, yorgunluk vb.), psikolojik (ölüm anksiyetesi, depresyon, deliryum vb.) sosyal (sosyal izolasyon, rol değişikliği, aile ve arkadaş ilişkileri) alanlarla ilgili çeşitli semptomları kapsayan çok boyutlu önlemlerin kullanılmasının da yaşam sonu bakımdaki önemini vurgulamaktadır (7). Hastalara uygulanan bu çok boyutlu sağlık hizmeti girişimlerinin en önemli sonucu hastanın konforlu bir ölüm sürecini deneyimlemesini sağlamaktır. Literatürde ‘iyi ölüm’ kavramı, ağrı ve semptom kontrolünün sağlandığı, hastanın itibarının ve farkındalığının yeterli olduğu aile, sağlık profesyonelleri ve hastanın birbirleriyle iletişimlerinin kaliteli olarak sürdürüldüğü durum olarak tanımlanmaktadır (8). Gerçekleştirilen kapsamlı bir taramada hasta, hasta yakını ve sağlık profesyonellerinin kaliteli bir ölüm sürecini etkileyen faktörler

olarak; ağrı ve rahatsızlığın önlenmesi, temiz ve güvenli bir çevrenin oluşturulması, nazik muamele gösterilmesi başlıklarının ilk üç sırada belirtildiği gösterilmiştir (9).

Sağlık bakım profesyonelleri bütüncül sağlık hizmetinin her bir boyutunu etkili olarak hastalarına sunma ve yaşam sonu dönemde olan hastanın aldığı sağlık hizmetinin niteliğinin arttırılmasında ortak bir amaç altında görev yapmaktadırlar (10, 11). Yaşam sonu bakım ekibi; hemşire, hekim, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, hasta bakıcı gibi birçok sağlık profesyonelini içermektedir (12). Yaşam sonu bakım ekibinin koordineli çalışması, yaşam sonu dönemde olan hastanın bakım kalitesini arttırmaktadır (13).

Hemşireler yaşam sonu dönemde olan hastaların son zamanlarında yanlarında en sık yer alan ve bakım ihtiyaçlarının tümünü sağlamada aktif görev alan sağlık profesyonelidirler (14). Bu bakım ihtiyaçları genel olarak, bakım ve tedavi süreçlerinin yönetimi, hasta, ailesi ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile etkili iletişimin sürekliliğinin sağlanması, fizyolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerinin belirlenerek uygun çözümlerin geliştirilmesi, hasta ve ailesinin kültürel, dini özelliklerinin bakımın her alanında ön planda tutulması, bakımın her aşamasında etik ilkelerin ön planda tutulması, hasta ve ailesi ile etkili iletişim kurulması, konforlu ölümün sağlanmasıyla birlikte yas ve keder sürecinin yönetiminde hemşirelerin eşsiz sorumlulukları bulunmaktadır (7, 13, 15). Kapsamlı ve zorlu bir süreç içeren yaşam sonu bakımda hemşirelerin karşılaştıkları birçok engel ve sınırlayıcı faktör yer almaktadır. Hemşireler, profesyonel rollerini ve kişisel duygularını dengelemede zorluk yaşadıklarını, sık aralıklarla doğru olanı yapıp yapmadıklarını sorguladıklarını ve bu sorgulama sürecini yaşam sonu bakım konusundaki eğitim yetersizlikleri ve hazırlıksız olmaları ile ilişkilendirdiklerini bildirmişlerdir (16, 17). Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (American Association of Critical-Care Nurses-AACN) yayınladığı bir araştırmada ise yaşam sonu bakım sunarken belirlenen en önemli engellerin; yetersiz personel sayısı, personelin bakım için ayırdığı zamanın yeterli olmaması, sağlık profesyonelleri arasındaki yetersiz iletişim ve gereksiz tedavi ve yaklaşımların olduğunu bildirmiştir (18). Sonuçları destekler biçimde Kisorio ve Langley (2016) tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada da hemşireler yaşam sonu dönemdeki hastaya bakma durumlarını etkileyen etmenler olarak zaman ve personel

sayısının iyileştirilmesinin ve daha deneyimli ve eğitimli hemşireler tarafından eğitilmelerinin önemi vurgulanmaktadır (19).

Yaşam sonu bakım süresince hemşirelerin bakıma dayalı yaşadıkları duygulardan muaf olmaları olası değildir (20). Ayrıca ölüm sürecindeki hastalara bakım veren hemşirelerin çaresizlik, kaygı, üzüntü, korku, öfke, suçluluk, inkâr, yetersizlik ve keder gibi olumsuz duygular hissettiklerini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır (21, 22). Olumsuz duygulara bağlı olarak gelişen olumsuz algı ve tepkiler bakım kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (23). Hemşirelerin bakım yaklaşımlarını ve etkilerini odağına alan araştırmalar oldukça fazla iken duygusal yapılarını araştıran araştırma sayısı daha azdır (24, 25). Bu nedenle hemşire eğiticilerinin hemşirelik öğrencilerinin duygusal değişikliklerinin farkına vararak klinik uygulama ve mesleki hazırlık sürecinde doğru yönlendirmelerde bulunmaları oldukça önemlidir (26).

Özellikle son yıllarda yaşam sonu bakımın geliştirilmesiyle ilgili birçok araştırma ve rapor yayınlanarak yaşam sonu bakımın niteliğinin arttırılmasının ve hemşirelerin yaşam sonu döneme yönelik öğrenme ihtiyaçlarının karşılanmasının oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (11, 27). Yüksek kalitede sunulan yaşam sonu bakım, ancak bu süreçte hasta ve ailesi ile en çok zaman geçiren hemşirelerin bakım sürecine nitelikli olarak hazırlanmaları, gelişmiş bir iletişim yeteneğine ve konu ile ilgili özel eğitimler yoluyla geliştirilmiş donanıma sahip olmaları ile mümkündür (28, 29). Bu nedenle hemşirelik alanında eğitim gören öğrencilerin eğitim süreçleri boyunca yaşam sonu bakımın kalitesini etkileyecek her eğitim-öğretim yaklaşımı önem taşımaktadır (30, 31). Araştırmalar, hemşirelik öğrencilerinin ölüm sürecinde olan hastaya karşı tutumlarının orta düzeyde ya da olumlu olduğunu göstermekle birlikte ilerleyen yaş, yaşam sonu bakımına yönelik bilgi sahibi olma, klinikte ölüm sürecinde olan hastaya birebir bakım verme, ölüm ile karşılaşma, daha üst sınıfta öğrenim görmelerinin olumlu tutumun gelişimine katkı sağladığını bildirmektedir (32-34). Ölüme yönelik fiziksel, mental ve duygusal yeterlilikleri daha iyi olan hemşireler ve hemşirelik öğrencilerinin bakım verdikleri hastalarının bakım kalitesini de olumlu yönde katkı sağlayacağı bildirilmektedir (35, 36).

Palyatif ve yaşam sonu bakım eğitiminin hem dünyada hem de Türkiye'deki eğitim müfredatı içinde yeterli olmadığı bildirilmekte olup örgün öğretime dayalı

eğitimlere ek olarak farklı ve yenilikçi öğretim yaklaşımlarının da eğitim sürecine dahil edilmesinin önemi de araştırmacılar tarafından kuvvetli bir biçimde desteklenmektedir (37, 38). Bu yenilikçi, yaklaşımlardan biri de simülasyon temelli eğitimler olarak belirtilebilir.

Literatürde simülasyon temelli eğitim yaklaşımlarının, öğrencilerin bilişsel, eleştirel becerileri, öz yeterlilikleri, klinik karar verme becerilerini geliştirmede etkili olduğu belirtilmekle birlikte yakın zamanda kültürlerarası bakım, yaşam sonu bakım gibi duyuşsal yeteneklerin geliştirilmesinde de kullanılmaya başladığı ifade edilmektedir (39-41). Hemşirelik eğitim sürecinde yaşam sonu bakım müfredatı içeriğinin yeterli olmaması, öğrencilerin klinik uygulamada yaşam sonu dönemde olan hastalar ile eğitici, mentör hemşire eşliğinde nitelik zamanlar geçirememeleri nedeniyle yaşam sonu bakım sürecine ilişkin iletişim yeteneklerinin gelişimi yeterli olmamaktadır (42). Bu amaçla simülasyon temelli eğitimin yaşam sonu bakım eğitiminde kullanılması, öğrencilerin iletişim becerilerini geliştirmek açısından hemşirelik eğitimi içerisinde önemli bir yöntem olarak yer alabilmektedir (43). Yapılan literatür araştırmasında senaryo temelli tekrarlı standart hasta simülasyon yönteminin hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım hemşireliği bilgi düzeyleri, ölüm sürecindeki hastaya yönelik tutum ve duyguları üzerindeki etkisini bir arada inceleyen bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Standart hasta temelli simülasyon uygulamasını tekrarlayarak öğrencilerin yaptıkları doğru ve hatalı, eksik uygulama ve yaklaşımlara yönelik farkındalıklarını artırmayı ve öğrenme ihtiyaçlarını belirlenmeye çalışılmıştır. Böylece öğrencilerin yaşam sonu dönemde olan bir hastaya bakım vermeden önceki donanımının ve öğrencinin kendine olan güveninin arttırılması hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakım hemşireliği ile verilen tekrarlı standart hasta temelli eğitim uygulamasının ölüm sürecindeki hastanın bakımına ilişkin bilgi düzeyi, tutum ve duygularına etkisinin incelenmesini amaçlamaktadır

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

$H_{0.1}$: Hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakım hemşireliği ile ilgili verilen tekrarlı standart hasta simülasyon eğitiminin bilgi düzeyinin arttırılmasında etkisi yoktur.

$H_{1.1}$: Hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakım hemşireliği ile ilgili verilen tekrarlı standart hasta simülasyon eğitiminin bilgi düzeyinin arttırılmasında etkisi vardır.

$H_{0.2}$: Hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakım hemşireliği ile ilgili verilen tekrarlı standart hasta simülasyon eğitiminin pozitif-negatif duygulanım gelişimine etkisi yoktur.

$H_{1.2}$: Hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakım hemşireliği ile ilgili verilen tekrarlı standart hasta simülasyon eğitiminin pozitif-negatif duygulanım gelişimine etkisi vardır.

$H_{0.3}$: Hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakım hemşireliği ile ilgili verilen tekrarlı standart hasta simülasyon eğitiminin ölmekte olan bireye yönelik olumlu tutum algısı geliştirmesine etkisi yoktur

$H_{1.3}$: Hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakım hemşireliği ile ilgili verilen tekrarlı standart hasta simülasyon eğitiminin ölmekte olan bireye yönelik olumlu tutum algısı geliştirmesine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım

Fransızca bir sözcük olan ‘palyatif’ kelimesi yeterli etkinliği olmayan, geçici, geçiştirici anlamlarını ifade etmektedir (44). Palyatif bakım, yaşamı tehdit edici ve ilerleyici kronik hastalıkları olan bireylerin başta ağrı olmak üzere semptomlarının iyileştirilmesi, rahatlatılması ve ailesi ile birlikte yaşam kalitesinin arttırılmasını amaçlayan özel bir uzmanlık alanıdır (45). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise Palyatif Bakımı ‘*Yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin fiziksel, psikososyal ve manevi/ spiritüel sorunlarının erken tanılanması, kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi ile yaşam kalitesinin artırılması, ağrı ve diğer sorunların tedavi yoluyla önlenmesi ve hafifletilmesi ile iyileştiren bir yaklaşım’* olarak tanımlamaktadır (46). DSÖ 1986 yılında yapmış olduğu ilk palyatif bakım tanımında tedavi edici girişimlerin yeterli olmadığı son dönem hastalarına yönelik bir uygulama olarak palyatif bakım kavramını tanımlanırken, güncellenen tanımda yaşamı tehdit eden problemler yaşayan hastaların ve ailelerinin bütüncül ihtiyaçlarının karşılanması ve yaşam kalitelerinin arttırılmasının desteklenmesi gerektiği de tanıma eklenmiştir (47).

Beklenen yaşama süresindeki hızlı artış, tıp ve teknoloji alanındaki önemli gelişmeler sonucu hastalıkların kronik bir süreç haline gelerek hastalar kronik hastalıklarla birlikte uzun yıllar yaşayabilmesi ve zamanla bakım konusunda aile ve sevdiklerine bağımlı hale gelmesi, kadınların ev dışında çalışma oranında artış gibi çeşitli sebeplerle, hastalara aileler tarafından uygun bakım sağlanamamakta ve profesyonel bakım ihtiyacı da hızlanarak yükselme eğilimindedir (3, 48, 49). DSÖ verilerine göre dünyada meydana gelen 55 milyon ölümün 41 milyonundan kronik hastalıklar sorumludur (50). Her geçen yıl artan kronik hastalık tanısı alan birey sayısı sebebiyle palyatif bakıma olan ihtiyaç da hızla artmaktadır. DSÖ verilerine göre dünya üzerinde %78’i düşük ve orta gelirli ülkelerde ikamet eden 40 milyon birey palyatif bakım hizmeti almaya ihtiyaç duymakta iken yalnızca %14’ü bu hizmete ulaşabilmektedir (49). Bu verilerden hareketle her geçen yıl yeni tanıların da eklenmesiyle palyatif bakım hizmetinin daha yoğun olarak sunulduğu tıbbi durumlar erişkinlerde; Kanserler, Alzheimer, Demans Kardiyovasküler hastalıklar, Siroz Kronik

obstrüktif akciğer hastalığı, Diyabet, Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS), Böbrek yetersizliği, Multiple skleroz, Parkinson hastalığı, Romatoid artrit ve tüberküloz olarak güncellenmiştir (51). Palyatif bakım hizmetinin gerekliliğine olan talep arttıkça konu ile ilgili çalışmalarda gerçekleştirilmiş olup ülkemizde 2010 yılında palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün ortak çalışması ile Palya-Türk projesi kapsamında çalışmalar başlatılmıştır. Proje kapsamında onkoloji merkezlerinin kurulması ve kurulan merkezlerde birçok farklı disiplinden sağlık profesyonelinin hizmet vermesi planlanmıştır (52). Bu proje, Türkiye'nin sosyoekonomik yapısına en uygun şekilde yapılandırılması amaçlanmış birinci, ikinci ve üçüncü basamak palyatif merkezlerini kapsayarak Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ve sivil toplum örgütleri ile desteklenerek hemşirelik bakımı üzerine temellendirilmiştir (53). Nitelikli bir bakım yaklaşımı gerektiren palyatif bakıma uygun personel ihtiyacının karşılanması için Sağlık Bakanlığı ve Palyatif Bakım Derneği iş birliği ile düzenlenen birçok eğitim ve sertifika programı gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de palyatif bakım yatak sayısı (5717) birçok ülkeden oldukça fazla olmasına rağmen uzmanlık düzeyinde tedavi ve bakım hizmeti veren kuruluş sayısı oldukça yetersiz olup gelişme aşamasındadır (54, 55).

2.1.1. Palyatif Bakımın Amaç ve İlkeleri

Amerikan Hospis ve Palyatif Tıp Akademisi palyatif bakım hizmetinin amacını; 'Bireyin kişisel, kültürel, dinsel değerlerine, inanç ve alışkanlıklarına duyarlı kalınarak, acısını dindirme, semptomlarını kontrol etme ve işlevsel kapasitesini iyileştirme yoluyla mümkün olabilen en yüksek yaşam kalitesine ulaşmasını desteklemektir' şeklinde tanımlamaktadır (56). Yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan bireylerin deneyimlediği başta acı ve ızdırabın önlenmesi veya hafifletilmesini ilke edinen girişimlerin uygulanmasını amaçlayan bir bilim dalı olarak genel amaçları olarak aşağıda özetlenmektedir:

Tanı konmuş hastalığa bağlı ortaya çıkan rahatsızlık verici semptomların azaltılmasını ya da ortadan kaldırılmasını sağlayarak hastanın yaşam kalitesini yükseltmek,

Hastanın bağımlılık derecesini en aza indirmeye çalışarak öz sorumluluğunu desteklemek ve aktif olmasını sağlamak, hasta ve yakınlarına inançları, manevi değerleri ve duygusal kaygıları konusunda psikososyal destek vermek, ölümü hızlandırmamak ya da ertelememek hastaya ve aileye ölümün normal bir sonuç olduğunun kabulü konusunda destek vermek, hastaya ve ailesine yaşam sonu süreci boyunca danışmanlık yaparak, bu sürecin insan onuruna yakışır bir biçimde tamamlanmasını sağlamak olarak belirtilmektedir (52, 57, 58).

Temel yaklaşımı hastanın mümkün olan en yüksek kalitede bir yaşam sürmesini sağlamak olan palyatif bakımın tüm yönleriyle ele alındığı başlıca ilkeler; Birey/aile merkezli bakımı hedeflemesi, Etik ilkeleri tüm tedavi ve bakım sürecinde uygulaması, yüksek kalite ve standartlarda hizmet vermeyi amaçlaması, ekip yaklaşımını önemsemesi, Erişilebilir olmasının sağlanmasına yönelik politikalar geliştirilmesi, palyatif bakıma ilişkin farkındalığı arttırmak adına iş birliği, kaynak arama çalışmalarında aktif olunması ve kanıta dayalı bilgilerin geliştirilmesi ve güncellenmesi ile palyatif bakımın niteliğinin arttırılması olarak ifade edilmektedir (59, 60).

Palyatif bakım hizmetinin her düzeyine toplumun her kesiminde ihtiyaç duyulmakla birlikte genel olarak hizmet kapsamı birinci, ikinci ve üçüncü seviye palyatif bakım hizmetleri şeklinde düzenlenmiştir. Birinci seviye palyatif bakım hizmetleri çoğunlukla ayaktan poliklinik/tedavi üniteleri ile sunulmaktayken ikinci seviye palyatif bakım hizmetleri yataklı tedavi kurumlarında planlanan ve belirlenmiş standartlara sahip olan sağlık tesislerinde gerçekleştirilmektedir. Bu tedavi yaklaşımı multidisipliner bir ekip ile gerçekleştirilmekte olup temel amaç hastanın en kısa zamanda sorunlarının ortadan kaldırılması ya da takip edilmesi gerekli olduğuna karar verilen hastaların, sürekli olarak çevrimiçi eğitim programları, sertifikasyonlar alarak alanında üst düzey bilgi birikimine sahip üçüncü seviye palyatif bakım hizmeti sunabilen üniversite ve eğitim araştırma hastanelerine nakil edilmesini sağlamaktır (61).

2.1.2. Palyatif Bakım modelleri

Semptomların kontrolü, yarar sağlama, psikososyal destek vermek ve bakımın sistemli olarak koordine edilmesi palyatif bakım hizmetinin verildiği her alanda hasta ve ailenin ihtiyaçları doğrultusunda uygulanmalıdır. Günümüzde palyatif bakım modelleri genel olarak palyatif bakım hizmetinin sunulduğu yerler olan ev, toplum ve hastane temeline göre ele alınmaktadır (53).

- ***Ev Temelli Palyatif Bakım***

Maliyeti etkin bir tedavi ve bakım anlayışı olan bu hizmette bakım ve uygulamalar hastanın kendini en iyi ve huzurlu hissettiği yer olan evinde sunulmaktadır. Hasta ziyaretlerinde tedavi yaklaşımlarının hasta ve ailesiyle tartışılarak alınması, yaşam sonu kararlarının hasta tercihlerine bırakılması, hasta ve ailesinin ölüm konusunda bilgilendirilmesine odaklanılmaktadır (62).

- ***Toplum Temelli Palyatif Bakım***

Ayaktan tedavi edilebilecek hastaların tedavi ve bakım ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla oluşturulmuş olan bu bakım modelinde genel olarak; semptom kontrolü, ilaç temini ve beslenmenin sürdürülmesi ve manevi bakım gibi hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetler sunulmaktadır (63). iletişim, koordinasyon, semptom kontrolü, bakımın sürekliliği, sürekli öğrenme, bakım verici desteği ve yaşam sonu bakım toplum temelli palyatif bakım hizmetinin sunulmasındaki yedi altın standart olarak bildirilmektedir (64).

- ***Hastane Temelli Palyatif Bakım***

Uzmanlaşmış bir yaklaşım gerektiren hasta gruplarına yönelik özelleşmiş tedavi ve bakımın sunulduğu hizmet ortamlarıdır. Uygulanan tedavi ve bakım yaklaşımları genel olarak; ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, güçsüzlük olarak tanımlanmaktadır (53, 65).

2.1.3. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım

20. yüzyılın ikinci yarısı dünyada palyatif bakım yaklaşımının ön plana çıktığı yıllar olarak ifade edilmektedir ve bu dönemde sağlık profesyonelleri ölmekte olan kanser hastalarının evlerini ziyaret ederek hastaların sorunlarına çözmek için çalışmalarda bulunmuşlardır (66). İngiltere'de yaşam sonu dönemde olan kanser hastalarına özel bakım hizmetlerinin sunulması için 'hospis' adında merkezler kuran hemşire, sosyal çalışmacı ve doktor olan Cicely Saunders çalışmalarıyla Amerika birleşik devletleri'nde ses getirmiş ve böylece palyatif bakımın gelişimini hızlandırmıştır (67). Tüm bu gelişmelerle birlikte dünyanın pek çok ülkesinde palyatif bakım klinikleri kurulmaya başlanmış ve ulusal sağlık politikalarına dahil edilmiştir (68). Tarihte ilk palyatif bakım ünitesi Kanada'da kurulmuş olup dünya genelinde 1983 yılında Arjantin, 1990'lı yılların başında Güney Kore gibi bir çok ülkede hızlı bir şekilde yayılmaya başlamıştır (69, 70). 1986 yılında DSÖ tarafından yapılan palyatif bakım tanımı ile palyatif bakımın ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesi bu alandaki gelişmelerin artmasına neden olmuştur. Günümüzde konuya ilişkin olarak halkın artan bilinci ve ihtiyaçları da açılan kurum sayılarındaki artışı tetiklemiştir. Örneğin, ülkelerin 2006-2011 yılları arasındaki açtıkları palyatif bakım hizmeti kurumlarını araştıran bir çalışmada palyatif bakım ünitesi açılan kurumların sayısındaki artış raporlanmış ve palyatif bakıma artan bir ilginin olduğu belirtilmiştir (71).

Türkiye de de palyatif bakım konusundaki gelişmeler 1990'lı yıllarda başlamış olup uzun süreli olarak hastalara bakım verecek bir kurum olması anlayışıyla Türk Onkoloji Vakfı bünyesinde 'Kanser Bakım Evi' adıyla bir kurum kurulmuştur. İkinci kurum ise Hacettepe Onkoloji Vakfı tarafından kurulmuş olup iki kurum da hospis kültürünün yeterince anlaşılamaması ve hemşire hizmetlerindeki yetersizlikler nedeniyle kapanmıştır (72). Palyatif bakım hizmetlerinin gelişmesine yönelik ilk adım 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile uygulamaya konmuş, ardından 01.02.2010 tarihinde 389520 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe konulan "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" hazırlanmıştır (73, 74).

Sağlık Bakanlığı tarafından erişkin hastalara yönelik ilk kapsamlı palyatif bakım merkezi ise Ankara Ulus Devlet Hastanesinde 2012 yılında hayata geçirilmiştir. Aynı yıllarda palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi için Palya-Türk Projesi ortaya konmuş olup, 2010 yılında 10 palyatif bakım merkezi bulunmaktayken bu sayı 2019 yılında 365'e yatak sayısı ise 4.855'e yükselmiştir (75). Projenin ana başlıklarını ise opioid erişilebilirliğinin arttırılması ve toplum tabanlı palyatif bakım modelinin hayata geçirilmesi oluşturmaktadır (76). Palyatif bakımın geliştirilmesini amaçlayan tüm yasal düzenlemelere ve politikalara rağmen Türkiye'de hala sağlık sistemine entegre edilmiş özel ekibe sahip palyatif bakım ünitesi bulunmamaktadır. Palyatif bakıma yönelik hizmetlerin büyük bir kısmı özel dal hekimleri tarafından sürdürülmektedir. (72). Sağlık Bakanlığı palyatif bakıma ilişkin hemşirelik hizmetlerinin gelişimine ise 08.03.2010 yılı 27515 sayılı yönetmelikte yer vermiş olup hemşirelere, hasta birey ve ailesine yönelik ağrı, semptom değerlendirme ve yönetimi, eğitim, sosyal ve duygusal destek sağlamada yetkilendirmelerde bulunmuştur (77).

2.2. Yaşam sonu Bakım

Yaşam sonu dönem, genel olarak ölümü yaklaşmış olan bireylerin yaşadıkları son zamanları belirtmektedir (78). Ulusal Kanser Enstitüsü, yaşam sonu bakımı, *"yaşamlarının sonuna yaklaşmış ve hastalıklarını iyileştirmek veya kontrol altına almak için tedaviyi bırakmış kişilere verilen bakım olarak tanımlamaktadır''* (79). Palyatif bakımın bir bölümü olan yaşam sonu dönem, hastalar ve aileleri için fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal desteği içermektedir. Sunulan bakım süresine ilişkin literatürde net bir veri bulunmamakla birlikte hastaya son haftalar, günler ya da saatlerde verilen bakım şeklinde ifade edilmektedir (80). Tüm sağlık profesyonelleri hasta ve ailesinin ihtiyaç duyduğu profesyonel sağlık hizmeti gereksiniminin yaşam sonu dönemde hastalara nitelikli olarak sağlanması gerektiği hususunda görüş birliğinde olmakla birlikte bakım ortamının özellikleri, hastaların semptom yönetimindeki karmaşık süreç, klinik beceri yetkinliğinin yeterli olmaması ve ekip içi etkin iletişimin sürdürülmesinde zorluklar, hastaların var olan ağrı ve kaygılarını tanımlama ve kontrol altına alma konusundaki yetersiz eğitim düzeyi, hekimlerin tedavi sürecine ilişkin net kararlar verememesi ve hemşirelerin eğitim yetersizliği bakım ve tedavi sürecinin yönetimini zorlaştırmaktadır (81-84). Yaşam sonu bakımın etkin sunulmasının önündeki engeller, yaşam kalitesinin önemli bileşenlerinden biri

olan kaliteli ölümü deneyimlemeyi de zorlaştırmaktadır çünkü her birey sağlıklı ve kaliteli bir hayat sürmenin ardından iyi bir ölümü umut etmektedir. Evrensel ve acı bir deneyim olan ölüm her canlının yaşamında deneyimleyeceği bir gerçektir (85). 2015 yılında yayınlanan kaliteli ölüm indeksinde Türkiye 80 ülke arasında 47. Sırada yer almıştır. İndeks 2021 yılı değerlendirmesinde Türkiye'yi değerlendirmeye almamıştır (86).

Günümüzde hastaneler, huzurevleri, bakım evleri hastaların yaşamlarının son günlerini rahat geçirme, saygın bir yaşam sonu bakım alabilme imkanları sebebiyle tercih edilebilmektedir. Ancak dünyanın her bölgesinde hastaların ölüm yeri tercihleri birçok faktöre bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu duruma etki eden faktörler; aile tercihleri, iletişim yetersizlikleri, dini inançlar, hastanın hastalık düzeyi, ülkenin gelişmişliği, tıbbi uygulamalar ve bağımlılık düzeyleri olarak ifade edilmektedir (87, 88). Ölüm yeri tercihinde çoğu insanın evinde sevdiklerine yakın bir yerde ölmeyi tercih edeceği inancı hakim görüş olsa da hastalıklara bağlı komplikasyonların artışı, gelir durumu, hastaneye ulaşım gibi faktörler hastanede ölüm oranlarını arttırmaktadır (89). Ölüm sürecindeki hasta ve sonrasında aile için planlanan yas yönetiminde yeterli konforun sağlanabilmesi ölüm yeri tercihi, hasta ve ailesinin ihtiyaçları önemli bir husus olmakla birlikte günümüzde hala sistematik olarak uygulanamamaktadır (90).

2.2.1. Ölümün Tanılanması

Ölmekte olan hastaların yaşamlarının son günlerinde, konforunun sürdürülmesi ve ileriye dönük planlamaların yapılmasını etkileyen diğer faktör de ölümün tanılama sürecidir. Sağlık ekibinin iş birliği bu aşamada önemli yer tutmaktadır (91). Literatüre bakıldığında sağlık profesyonelleri açısından; İleri bakım planlaması uygulamaları, ölümü gösteren anahtar semptomları tanılamada yetersizlik, karar vermeye ilişkin kavramsal modellerin azlığı, ekip üyeleri arasındaki uyumsuzluklar ve hasta ve bakım verici ile iletişimlerinin yeterli olmaması, bakım vericiler açısından ise hasta ve bakım vericilerin karara karşı hazır oluş düzeyleri, ileri bakım planlaması konusundaki bilgi düzeylerinde yetersizlik ve sağlık profesyonelleri ile etkili iletişimin olmaması sebebiyle ölümün tanılanmasında bazı engellerin olduğu bildirilmektedir (92, 93). Hemşirelerin ölüm sürecindeki hastayı doğru tanımlayabilme yeteneğine sahip olması, hastayı ve ailesini ölüm sürecine hazırlayabilmek açısından oldukça önemli olmakla

birlikte son yıllarda sağlık profesyonelleri tarafından yaklaşan ölümün daha iyi tanımlanabildiği ve sağlık profesyonellerinin birbiriyle ölüm sürecinin tanılanması konusunda daha fazla iletişim kurdukları bildirilmektedir (94, 95).

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Rehberi verilerine göre ölüm sürecindeki hastanın tanılanmasında izlenmesi gereken yol aşağıda sunulmaktadır;

- Hastanın yaşamının son günlerinde olduğu düşünülüyorsa hasta hakkında değerlendirmeler yapılmalı,
- Hastanın yaşamının son anlarına yaklaştığını gösteren belli başlı semptomlar yönünden değerlendirilmesi yapılmalı,
- Belirti ve bulgulardaki gelişmelerin farkında olunmalı ve fonksiyonel durumundaki iyileşme ve durgunluk gözlenmeli,
- Çok gerekli olmadıkça hastanın bakımında hastaya rahatsızlık verecek olan klinik testler engellenmeli,
- Hastanın durumunun değerlendirilmesinde ekip üyelerinden elde edilen bilgi aile üyeleriyle paylaşılmalı,
- Hastadaki değişiklikler sürekli gözlemlenerek bakım planı sürekli olarak güncellenmeli,
- Hastanın yaşamının son dönemine girdiği, durumunda iyileşme veya stabil olduğu konusunda ekip üyelerinin deneyimlerine dayanarak veri toplanmalıdır (96).

Kapsamlı ve yeterli ölüm tanılamasının yapılamadığı durumlarda ise; hasta ve yakınları ölümün yakın olduğundan habersiz olabilir, ekip tarafından aileye çelişkili mesajlar verilebilir, hasta kontrol edilemeyen semptomlarla ölebilir, uygun olmayan kardiyopulmoner resüsitasyon girişimleri yapılabilir ve kültürel ve manevi ihtiyaçları etkili olarak karşılanamaya bilmektedir (97).

Hemşireler, yaşam sonu bakımdaki uygulama ve yaklaşımların neredeyse tümünde aktif rol alan sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşirelik bakım

kalitesinin güçlendirilmesi için Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Çekirdek Eğitim müfredatı (End Of Life Nursing Education Consortium Core Curriculum-ELNEC) geliştirilmiştir (98) ELNEC, palyatif bakımı geliştirmek için oluşturulmuş, uluslararası bir eğitim projesidir. Bu proje hemşire öğrencilere, eğitim vericilere, pediatri, onkoloji, yoğun bakım, onkoloji, geriatri alanında ve diğer alanlarda çalışan hemşirelere palyatif bakımda gerekli bilgilerle eğitim vermektedir. Bu eğitim modeli "eğitici eğitimi" yaklaşımını kullanmaktadır ELNEC projesi 2000 yılında Amerika'da başlayıp, 85 ülkeye yayılmış eğitim müfredatıdır. Proje, Robert Wood Johnson Vakfı öncülüğünde başlamıştır. ELNEC projesi, ANA ve "City of Hope" kuruluşu tarafından yürütülmektedir. Ekibi, palyatif bakımda uluslararası alanda uzman hemşirelerden oluşturulmuştur. ELNEC projesinde, dokuz modül bulunmaktadır. Bu modüller, palyatif bakım, ağrı ve semptom yönetimi, etik ve kültürel konular, iletişim, kayıp, keder ve yas süreci ve son saatlerdir (15, 99).

2.2.2. Yaşam Sonu Dönemdeki Hastanın Özellikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı

Yaşam sonu dönemdeki hastaya bakım vermek, kompleks bir sürece sahip olması sebebiyle hemşirelere büyük sorumluluklar yüklemektedir. Hastaların üçte ikiden fazlasının 65 yaş ve üzeri olması, bilişsel ve renal fonksiyonlarda azalmanın meydana gelmesi, opioid tedavisi almaları bu kompleks sürecin gelişimine dayanak oluşturmaktadır (100-102). Ölüme yaklaşan hastalarda görülen temel belirtiler; Ağrı, dispne, ölüm çıngırağı solunumu, yorgunluk, konfüzyon ve oryantasyon bozukluğu, ölüm farkındalığı ve ölüm korkusu olarak bildirilmektedir (99). Görülen tüm belirtiler yaklaşan ölümle birlikte gelişen fonksiyonların azalması ve denge mekanizmasının bozulmasıyla şiddetini arttırmaktadır. Hastaların;

%90'ında şiddetini giderek arttıran ağrı,

Ölüm öncesi son 2 haftada ortalama %49'dan, %64'e yükselen dispne,

%48'inde 24 saat içinde %75'inde ise 48 saat içinde ölüm olgusunun meydana geleceğini gösteren ölüm çıngırağı solunumu, ölüm öncesi en sık görülen üç semptom olarak bildirilmektedir (99, 103, 104).

Ölüm öncesi dönemde ağrı yönetiminde amaç, ağrı kontrolünü sağlamak, bakım verici yükünü azaltmak, ilişkileri güçlendirmek ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaya katkı sağlamaktır (99). Ağrının yaşam sonu süreçteki etkin yönetimi hastalar, sağlık profesyonelleri ve bakım vericilere bağlı engellerle olumsuz etkilenmektedir. Bu engellere bakıldığında hastaya ve aileye bağlı olarak yan etkilerden veya bağımlılıktan korkma, güçsüz görünme korkusu, hastanın esas problemleri ile ilgilenilmeyeceği korkusu, iletişim eksikliği, sağlık sistemi ve profesyonellerine bağlı etkiler olarak bilgi eksikliği, opioid önyargısı, hasta tarafından abartıldığı düşüncesi, yeterli vakit ayırmama, ölçek kullanmama, opioid yetersizliği, genellikle zayıf opioid seçimi olarak bildirilmektedir (99, 105). Ülkemizde ağrı yönetimi oldukça yetersiz olmakla birlikte kişi başı opioid kullanımı avrupa ülkelerinde kişi başı 107 mg iken ülkemizde yalnızca 1.3 mg'dır (96). Yaşam sonu dönemde bağımlılık, sanılanın aksine oldukça nadir görülür. Ölüm sürecindeki hastalarda 3 basamaklı ağrı tedavisi yerine analjezi asansörü kullanımı yeterli ağrı kontrolünü uygunsuz bir şekilde geciktirilmesini engellemektedir (106). Bu nedenle hemşireler; hastalarının öz bildirimlerine dayalı ağrı şikayetlerini, öykülerini, fiziksel ve psikososyal değerlendirmelerini rutin olarak uygulamalı, ölüm öncesi dönemde olan hastaların ağrı yönetiminde kullanılan ilaçlara (narkotik, Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar, kortikosteroidler, parasematol ve adjuvan ilaçlar) ve diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği içinde etkili ağrı yönetiminde rol oynamalıdırlar (107, 108).

Dispne, ölüm öncesi dönemde hastaların deneyimlediği en önemli sorunlardan biridir. Bir araştırmada yaşam sonu dönemdeki hastaların %87'sinin ölüm anında dispne yaşadıkları bildirilmiştir (109). Hem hasta hem de ailesi için saygın bir ölüm sürecini de olumsuz etkileyen dispnenin, hastaların aileleri üzerindeki etkisi üzerine yapılan bir çalışmada ise aile üyelerinin yalnızca %3'ü hastalarının ölürken rahat nefes aldığını bildirmiştir (110). Bu durum yaşam sonu hasta bakımında konforlu bir ölüm süreci için dispne yönetiminin önemini ortaya koymaktadır (111). Birçok faktöre bağlı olarak gelişebilmesi, hastaların semptomu algılama ve belirtme yeteneklerinin yeterli olmaması, opioid ilaçların bazı kılavuzlar tarafından tavsiye edilmesine rağmen doktorların solunum depresyonu, mide bulantısı ve konstipasyon riski sebebiyle kullanmaktan kaçınması ve nebulize morfinin etkisinin olmaması, dispnenin kontrol altına alınmasını zorlaştırmaktadır (103, 112). Dispne yönetiminde amaç solunum

örüntüsünün devamını sağlamaktır. Bu amaçla eşlik eden faktörlerin belirlenmesi (Ölüm çıngırağı solunumu, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Akciğer Kanseri varlığı, Anemi, Plevral efüzyon vb.), ağrı Öyküsünün sorgulanması, hastanın solunum özelliklerinin takibinin düzenli aralıklarla yapılması, oksijen tedavisi, fan terapisi, hızlı etkili opioid ve bronkodilatör uygulaması gibi dispne yönetiminde etkili olduğu belirtilen girişimlerin uygulanması önerilmektedir (103, 113). Ölüm sürecindeki hastalarda en sık görülen üçüncü semptom ise ölüm çıngırağı (gürültülü solunum) solunumudur. Hastanın ölüme yaklaşmasıyla birlikte artan solunum yolu sekresyonları hasta için ciddi problemler meydana getirmektedir. Hasta sekresyonları öksürerek veya yutarak temizleyemeyecek durumda olması sebebiyle hastanın bakımıyla ilgilenenler de bu semptomdan olumsuz olarak etkilenmekte olup yapılan araştırmada bakım verici aile üyelerinin ailelerin %52-100'ü ölüm çıngırağı solunumunu 'çok üzücü' bir durum olarak tanımlamaktadır. (99, 114). Ölüm çıngırağı solunumu görülme prevalansı, araştırmalar arasında farklılıklar bulunmakla birlikte %45-92 arasında değişmekte olup semptomun geliştiği hastaların çoğunda semptomun görülmesiyle birlikte 48 saat içinde ölüm olgusu gerçekleşmektedir (104, 114). Ölüm çıngırağı solunumunun yönetiminde en temel yaklaşım hastanın konfor ve rahatını sağlamak ve ölüm çıngırağı solunumu gelişimine sebep olan risk faktörlerini belirleyerek kontrol altına almaktır (99, 115). Ölüm çıngırağı solunumu gelişiminin risk faktörlerine yönelik yapılan araştırmalar, semptomun gelişimine dair kesin bir kanıtın olmadığını bildirmekle birlikte uzamış ölüm süreci, enfeksiyon varlığı, bilinç düzeyinde azalma, beyin/akciğer metastazı, ilerleyen yaş, artan dozlarda midazolam verilen hastalarda daha sık görüldüğünü bildirilmekle birlikte günümüzde hala ölüm çıngırağı solunumunun yönetilebilir risk faktörleri konusunda bir fikir birliği bulunmamaktadır (116, 117). Hastaların ölüm çıngırağı solunumu şiddetinin değerlendirilmesinde günümüzde Back ve arkadaşları tarafından geliştirilen Back skorlaması yöntemi kullanılmaktadır. Bu yönteme göre,

0: ölüm çıngırağı solunumu sesi duyulmaz

1: Yalnızca hastaya çok yakın kişiler ölüm çıngırağı solunumunu duyabilir

2: Sessiz bir odada yatağın ucundaki kişi ölüm çıngırağı solunumunu duyabilir

3: Odadan 9.5 metre uzaktaki kişi ölüm çıngırağı solunumunu duyabilir (118)

Ölüm olgusunun çok kısa bir süre içerisinde meydana geleceğini gösteren ölüm çıngırağı solunumunun yönetiminde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Semptom şiddetinin gelişiminin dikkatli bir şekilde takip edilmesi, aile ve hastanın desteklenmesi ve güncel literatür ışığında desteklenen tüm yaklaşımların uygulanması konforlu ve onurlu bir ölümün gerçekleşmesindeki anahtar görevi gören hemşirelik yaklaşımlarıdır (119).

Doğumdan ölüme kadar olan yaşamın her aşamasında yer alan hemşirelik mesleği, hasta bakımında eşsiz derecede önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle ölüm sürecinde de hemşireler, ölümün yaklaştığını gösteren her bir semptomu tanımlayabilmeli, yönetebilmeli, sağlıklı iletişim kurabilmeli, hasta ve ailesini etkin olarak bilgilendirebilmeli, ölüm sonrası bakımı planlayabilmeli ve tüm bu sağlık hizmetini bütüncül bakım anlayışı içerisinde hasta ve ailesine sunabilme yeteneklerine sahip olmalıdırlar (120). Literatüre bakıldığında hemşirelerin, yaşam sonu bakımda sundukları nitelikli bakım uygulamalarının; hastaların yaşam kalitelerinin arttırılmasına ve konforlu bir ölüm deneyimi yaşamalarına doğrudan olumlu olarak katkı sağladığı bildirilmektedir (121-123). Ancak konu ile ilgili gerçekleştirilmiş bir başka araştırma sonucunda da, sağlık sistemi içerisinde yer alan prosedürler, çevresel sorunlar, yaşam sonuna ilişkin bilgi ve eğitim gereksinimlerinin hemşirelerin sağlık hizmeti sunumlarını olumsuz olarak etkilediği belirtilmektedir (124). Ek olarak ölüm sürecinin yönetiminde sıklıkla karşılaştıkları etik ikilemler, agresif tedavi rejimleri, hastaların prognozundaki ani bozulmalar ve öngörülemez süreçlerin yaşanması, hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik yaşamalarına da neden olarak ölmekte olan hastaya bakım veren hemşirelerin zaman içerisinde keder, ölüm kaygısı, ölüm korkusu, hastaya ve aileye yaklaşmada isteksizlik yaşamaları ve olumsuz duygular yaşamaları sonucunu ortaya çıkarmaktadır (125-131). Tüm bu olumsuz sonuçlar yaşam sonu dönemde olan hastanın ve ailesinin bakım ve ihtiyaçlarının karşılanmasını olumsuz etkilemekte ve hemşirelik bakım kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (126). Bu nedenle hemşirelerin yaşam sonu dönemdeki hasta bakımı konusunda eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, olumlu duygu geliştirmesinin sağlanması, çalışma ortamlarının düzenlenmesi ve üniversite eğitiminden başlayarak palyatif ve yaşam sonu bakım eğitimine müfredatlarda yer verilmesi, bakım kalitesinin gelişmesine katkı sağlayacaktır (35, 126, 132, 133).

2.2.3. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Dönemdeki Hastaya İlişkin Tutumları ve Hemşirelik Eğitimi

Hemşirelik öğrencileri yaşam sonu dönemde olan bireye bakım vermeyi çoğunlukla klinik uygulama sürecinde deneyimlemektedirler. Konu ile ilgili yapılan araştırmalar öğrencilerin ölüme yönelik tutum ve algılarının çeşitlilik gösterdiğini belirterek öğrencilerin genel olarak orta-olumlu düzeyde tutum gösterdiğini, eğitimlerinin yetersiz olduğunu düşündüklerini, korku ve kaygı yaşadıklarını ifade ettikleri bildirilmektedir (134, 135). Öğrencilerin yaşadıkları olumsuz duygular ve yetersizliklerin hemşirelik eğitimi ve klinik uygulamalarının başlamasıyla ortaya çıktığı ve artarak devam ettiği belirlenmiştir. Öğrencilerin klinik uygulama süreçlerinde hasta ile karşılaşma olanaklarının arttırılması ise olumlu tutumu geliştiren önemli yaklaşımlardan biri olarak tanımlanmıştır (136-138). Öğrencilerin yaşam sonu bakıma ilişkin olumlu tutumlar geliştirmesi, bilgi ve donanımlarını arttırmalarının en önemli yolu eğitim sürecinde bu başlıklara ve alternatif eğitim-öğretim yöntemlerine daha fazla yer verilmesidir çünkü konuya ilişkin yetersiz bilgi, kaliteli hemşirelik bakımının nitelikli olarak uygulanmasını engellemektedir (139). Mevcut araştırmalar hemşirelik öğrencilerinin palyatif ve yaşam sonu bakım konusundaki bilgi düzeylerinin düşük-orta düzeyde olduğunu göstermektedir. (139-141). Araştırma sonuçlarını destekler biçimde dünyada ve Türkiye'de palyatif bakıma yönelik eğitim ve müfredat içerikleri oldukça yetersiz olduğu ve standardize olmadığı belirlenmiştir. (37, 38). Dünyadaki palyatif ve yaşam sonu bakım eğitiminin içeriğini ve kaynaklarını araştıran bir çalışmada en sık kullanılan 50 hemşirelik lisans ders kitabı incelenmiş olup içeriğin yalnızca yalnızca %2'sinden daha azının yaşam sonu bakımıyla ilgili olduğu belirlenmiş, 2013 ve 2015 yılları arasında bu durum tekrar incelendiğinde ise yaşam sonu bakım içeriğindeki artış ortaya konmasına rağmen içeriğin hala yeterli olmadığı bildirilmiştir (142). Bu bulgular lisans hemşirelik programlarının hemşirelik öğrencilerini yaşam sonu bakıma nitelikli olarak hazırlama konusunda yetersiz olduğunu göstermektedir (143). Mesleğe hazırlıksız olarak başlayan hemşirelerin, ölmekte olan hastalara ve ailelerine bakım verirken endişe ve stres yaşayabilecekleri belirtilerek hemşirelik müfredatlarında kapsamlı yaşam son bakım eğitiminin olmamasının, yetersiz bakıma, olumsuz mesleki deneyimlere neden olabileceği ve hemşirelerin mesleklerini tamamen terk edebilecekleri ifade edilmektedir (29, 144).

2020 yılı itibariyle tüm dünyayı etkisi altına alan Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisi de hızla yayılarak ve dünya genelinde tüm toplumları etkilemiş, örgün üniversite eğitimlerinin sürdürülmesinde yetersizliklere sebep olmuştur (145). Bu durum stres, kaygı yaşamalarında ve olumsuz tutum geliştirmelerinde artış meydana gelmiştir (146). Literatürde çok sınırlı olsa da COVID-19 pandemisi boyunca yaşam sonu bakımda çalışan hemşireler arasında yaşam sonu bakım eğitimi almış olan hemşirelerin bakım süresince daha olumlu tutumlara sahip oldukları belirtilmiştir (147).

2.3. Hemşirelikte Simülasyon Eğitimi

Geçmişten bugüne binlerce yıldır çeşitli amaçlar ile birçok alanda kullanılan simülasyon, eğitim alanında yaklaşık olarak 40 yıldır kullanılmakta olup önemi her geçen gün daha da artmaktadır. Özellikle uygulamalı eğitimlerin ağırlıkta olduğu hemşirelik, tıp, mühendislik, otomotiv gibi mesleklerin uygulamalı eğitimlerinde simülasyonlar sıklıkla yer almaktadır (148). Hemşirelik öğrencileri, eğitimlerinin büyük kısmını oluşturan klinik uygulama ortamlarındaki uygunsuzluklar, ders içeriğine yönelik vaka çeşitliliğine olan ulaşım yetersizlikleri, eğitim sürecinde teorik eğitime daha çok önem verilmesi, öğrenci/öğretim elemanı oranının giderek yükselmesine bağlı olarak öğrencilerin kendilerini yetersiz hissetmeleri ve hata yapmaktan korkmaları hemşirelik öğrencilerinin klinik becerilerinin geliştirilmesine engel olmaktadır (149, 150). Tüm bu gelişmeler, hemşire eğitiminde alternatif öğretim yöntemlerine olan eğilimi arttırmıştır. Geçmişte, hemşirelik eğitimlerinde kullanılan uygulamalara bakıldığında kullanılan ilk simülasyon, ismi Bayan Chase olarak adlandırılan bir makettir. Hemşire eğitiminde hastaların giydirilmesi, enjeksiyon uygulama, pozisyon verme ve hastanın taşınması gibi temel hemşirelik uygulamalarının öğretilmesinde kullanılmıştır (151). Hemşirelik eğitiminde yer almaya başlayan bu uygulamalar zamanla etkinliği göze çarpan simülasyon uygulamalarına olan ilgiyi arttırmıştır (152, 153). DSÖ, hemşirelik eğitimindeki altın standartları yayınladığı raporunda öğrenme ve öğretme için hemşirelik okullarının eğitim müfredatlarında simülasyon kullanımını önerdiğini belirtmektedir (154). Simüle edilmiş klinik deneyimler ile klinik öğrenmenin desteklenmesi, geleneksel hasta bakım uygulama kurallarına olan bağımlılığın azaltılması, riski senaryoların uygulama ile gösterilebilmesi, öğrencinin zarar görme riskinin en aza indirilmesi ve

öğrenme kalitesine doğrudan olumlu olarak katkı sağlamak için hemşire eğitimcileri için simülasyon kullanımı oldukça avantajlı bir öğretim aracıdır (155-157). Günümüzde hemşirelik eğitiminin geliştirilmesinde kullanımı gittikçe daha çok desteklenen bir öğretim yöntemi olan simülasyon, öğrencilerin karmaşık bir klinik ortama hazırlanmasının yanı sıra eleştirel düşünmeye dayalı ve gerçekçi yaşam durumlarını deneyimleyebileceği bir öğretim ortamı oluşturabilmesi açısından oldukça değerli bir öğretim yöntemidir (158). Literatüre bakıldığında simülasyon uygulamalarının kullanımının hemşirelik öğrencilerinin eğitim süreçlerini olumlu etkilediği, kendine güvenlerini ve eleştirel düşünme becerilerini arttırdığını, kaygılarını azalttığını ve mesleki yaşamlarında daha az hata yapma eğiliminde olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (159-161). Önemli kazanımları olmasına rağmen simülasyon uygulamalarının yürütülmesinde bazı zorluklar da bulunmaktadır. Bunlar, uygulama sürecinin zaman alıcı olması, hiçbir zaman gerçek bir durumun yerine geçememesi ve insani etkileşimin sınırlı olması, yüksek maliyet gerektirmesi, fizyolojik bulguların yetersizliği, öğrencilerin ciddi olmayan yaklaşımları ve nitelikli olmayan personeller olarak bildirilmektedir (162, 163). Eğitimlerde kullanılan, simülasyonlar birçok çeşitte ve özellikte olabilmektedir. Teknoloji ve eğitim yaklaşımlarındaki gelişmeler simülasyon uygulamalarının içeriğinde ve özelliklerinde değişikliklere neden olmaktadır (164). Kullanılan simülatöre ve oluşturulan çevreye göre canlı sanal, yapısal ve hibrid simülasyon uygulamaları, gerçeklik düzeyine göre ise bilgisayar ve internet tabanlı programlar, sanal gerçeklik ve haptik sistemler, standart hasta, düşük, orta düzey, yüksek gerçeklik simülasyon olarak adlandırılmaktadır (165-167).

2.3.1. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitiminde Senaryo Temelli Standart Hasta Simülasyonu Eğitimi

Simülasyon uygulamaları içinde sıklıkla kullanılan öğrenme araçlarından biri olan standart hasta, 'belirli bir hastanın özelliklerini doğru bir şekilde göstermek için dikkatli bir şekilde eğitilen sıradan bir kişi' olarak tanımlanmakta ve her bir öğrenciye sunduğu zorluk bakımından tutarlı olma durumunda olduğu anlamını karşılamaktadır. Bu uygulama ilk kez Güney Kaliforniya Üniversitesi'nde kullanılmaya başlamıştır (168). Standart hastaların hem sınıf hem de klinik uygulama ortamlarında uygulanması, “hasta” ile öğrenci arasındaki interaktif deneyim, deneme yanılma,

anlama, değerlendirme, öğrencinin kişisel ve profesyonel gelişimi için fırsatlar yaratırken öğrencilere gerçek klinik ortamlara benzer ortamlarda, gerçek hasta gibi davranan kişiler ile çalışma olanağı sunarak öğrencilerin mesleki gelişimlerini desteklemektedir (169-171). Standart Hasta Eğitimcileri Derneği 2017 yılında 4 yıla yakın süren çalışmalarının ardından standart hasta temelli girişimlerin büyümesi, güvenli olarak uygulanmasını sağlanması amacıyla en iyi uygulama standartlarını yayınlamıştır. Uluslararası uzmanların ortak fikirleri doğrultusunda '*güvenlik, kalite, profesyonellik, hesap verebilirlik ve iş birliği'* olarak belirlenen 5 anahtar kelime ve istenen sonuçlara ulaşmak için açık ve pratik öneriler sağlayan 5 uygulama alanı (Güvenli çalışma ortamı, vaka geliştirme, standart hasta eğitimi, programın yönetimi, mesleki gelişim) tanımlanmıştır. Her alan içeriğinde, temel uygulamalara ve ilkelere ayrılmıştır. Uygulama alanlarının belirli bir uygulama sırası olmamakla birlikte hepsinin her uygulamada kullanılmasına da gerek olmadığı bildirilmektedir (172).

Standart hastaların gerçekçi hasta görünümü yansıtması, duygusal yanıtlar yaratmaları teşvik edilerek gerçek hayatta karşılaşılan olayları taklit eden senaryolar ile öğrencilerin sağlık değerlendirme becerilerini iyileştirebilir ve güvenli ve etkili hemşirelik bakımı sağlanmasına katkı sunulmaktadır (173). Hemşirelik öğrencileri eğitim süreçleri boyunca teorik eğitimlerinin içeriğini yeterli düzeyde destekleyecek klinik uygulama ortamı tecrübesi edinememekte, hemşire sayısındaki yetersizlik, hatalı tıbbi uygulamaların artmasına yönelik endişeler, yoğun klinik ortamlar da bu sorunun şiddetini arttırmaktadır (174, 175). Bu durum hemşire eğiticilerin, öğrencilerin öğrenme ihtiyaçlarını karşılayacak farklı öğrenme yöntemlerini kullanma konusunda da teşvik etmektedir (176). Smith ve arkadaşları tarafından hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım niteliklerinin arttırılmasında simülasyon kullanımının etkisini araştıran bir literatür incelemesinde simülasyon uygulamalarının önemi vurgulanırken konu ile ilgili araştırmaların arttırılması gerektiği, mevcut kabul görmüş standartların kullanılması, amaç ve hedeflerin açıkça belirtilmesi, kabul görmüş senaryo içeriklerinin kullanılması, titiz ve uygun değerlendirme yöntemlerinin uygulanması gerektiği ifade edilmiştir (177).

Standart hasta temelli uygulamalarda, hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım eğitimi içeriğini iyileştirmek için etkili olarak işlev gören yaklaşımlardan biridir. Eğiticiler, öğrencilere etkinlikten önce ölüm ve ölme konusunda sağlam bir

teorik alt yapı kazandırmalıdırlar. Yaşam sonu bakımın etkinliğinin değerlendirildiği bir pilot araştırmada öğrencilerin neredeyse tamamı araştırmaya katılmaya gönüllü olmuş ve olumlu geri bildirimde bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakıma ilişkin aldıkları eğitimin yetersizliğinin önüne geçilmesi için, yaşam sonuna ilişkin hemşirelik uygulamaları, nitelikli iletişim becerileri yaklaşımlarının standart hasta uygulama ortamlarında kazandırılmasının son yıllarda öne çıkan bir görüş olduğu belirtilmektedir (42). Kapsamlı bir literatür araştırmasında standart eğitim programları ile standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon uygulamalarının etkinlikleri karşılaştırılmış ve standart hasta uygulamalarının öğrenci hemşirelerin iletişim becerileri üzerinde daha etkili olduğunu bulunmuştur (41). Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakım ile ilgili yetkinliklerini arttırmak amacıyla standart hasta uygulamalarının kullanıldığı araştırma sonuçları incelendiğinde de öğrencilerin uygulama sonrası öz yeterlilik, bilgi ve iletişim becerilerinin geliştiği bildirilmektedir (31, 178, 179).

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakımla ilgili verilen standart hasta temelli eğitimin duygu durumlarına etkisinin incelenmesi amacıyla ön test-son test müdahale ve kontrol gruplu yarı deneysel desende bir müdahale araştırmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde gerçekleştirilmiştir. Hemşirelik Bölümü üniversitenin Esenboğa yerleşkesinde yer almaktadır. 4 yıllık lisans eğitimi sürecinde öğrenciler palyatif ve yaşam sonu bakım eğitimi içeriğini barındıran; iç hastalıkları hemşireliği, geriatri hemşireliği, evde bakım hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği ve 2022 yılı bahar dönemi ile birlikte palyatif bakım hemşireliği derslerini almaktadırlar. Dersler bölüme ait 4 amfide işlenmektedir. Ders programlarına eklenmesi dahilinde dersin uygulaması kapsamında kullanılan bölüme ait 1 adet yüksek gerçeklikli simülatör, 7 adet simülasyon maketi ve çok sayıda anatomik maket bulunmaktadır. gerçekleştirilen araştırma kapsamında yaşam sonu bakım eğitimi uzaktan eğitim (online) ile öğrencilere üç (3) gün süre ile verilmiş olup standart hasta eğitim uygulaması ise AYBÜ Esenboğa Kampüsü Hemşirelik Bölümü laboratuvarlarında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan laboratuvarlardaki teknik alt yapı; standart hasta, hasta yatağı, uygulama alanın büyüklüğü, pre/debriefing alanı, çarşaf, yastık ve kullanılan hasta materyalleri açısından uygundur. Uygulamanın gerçekleştirileceği laboratuvar, oluşturulan senaryoya uygun olacak şekilde düzenlenmiştir (hastaya ait fotoğraflar, sevdiği eşyaları vb.).

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2021-2022 eğitim öğretim yılında AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören dördüncü sınıf öğrencileri (N=139) oluşturmuştur. Dördüncü sınıf öğrencilerinin mezuniyet öncesi dönemde olmaları bütün öğrencilerin yaşam sonu dönemdeki hasta bakımına ilişkin eğitim

süreçlerinde eşit yoğunlukta eğitim almaları ve komplike hasta gruplarından biri olan yaşam sonu dönemdeki hastanın bakımı konusunda en donanımlı grup olduğunun düşünülmesi sebebiyle araştırma dördüncü sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Son sınıf öğrencilerinin araştırma için seçilmelerinin bir diğer önemli nedeni COVID-19 pandemisi sebebiyle ülkemizde tüm hemşirelik eğitimi yaklaşık iki (2) yıl süre ile uzaktan eğitim yöntemi ile sürdürülmüştür. Bu durum öğrencilerin hasta ile etkileşimlerini ve yüz yüze bakım deneyimlerini birçok boyutta etkilemiştir. Bu nedenle araştırmaya klinik uygulamayı en fazla gün deneyimleyen grup olan dördüncü sınıf öğrencileri dahil edilmiştir. Ancak araştırma ve eğitim sürecinde öğrencilerin çalışmadan çekilmesi ve yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşamama ihtimaline karşın tüm dördüncü sınıf öğrencilerine ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırmaya dahil etme kriterleri;

- AYBÜ Hemşirelik Bölümü dördüncü sınıf öğrencisi olmak,
- Alttan dersi olmamak,
- Araştırmanın ön uygulamasına katılmamış olmak
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmektir.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri;

- Araştırmada yer alan yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimine katılmamak,
- Araştırmada yer alan standart hasta temelli uygulama/uygulamalara katılmamak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemektir.

Araştırmaya 54 öğrenci katılmıştır. Bir öğrenci yaşam sonu bakım eğitimini tamamlamamış, üç (3) öğrenci de standart hasta eğitimine katılmadığı için araştırma dışı bırakılmıştır. Bu nedenle araştırma 50 hemşirelik bölümü dördüncü sınıf öğrencisi ile tamamlanmıştır. (n=50). Öğrencilerin müdahale ve kontrol gruplarına randomizasyonla ayrılması, araştırmacı dışında (istatistik uzmanı) bir kişi tarafından yapılmıştır. Araştırma sonunda posthoc güç analizini gerçekleştirmek amacıyla yapılan toplam 50 örneklem sayısı için (müdahale grubu:25 –kontrol grubu:25), %5

hata payı ve belirlenen etki büyüklüğü ile çalışmanın gücü %89,7 olarak bulunmuştur. (Ek 1).

3.3.1. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Öğrencilerin yaşam sonu bakım hemşireliği bilgi düzeyleri, ölüm sürecindeki hastaya yönelik tutumları (FATCOD ölçeği puanları), pozitif-negatif duygulanımları ve simülasyon öğretiminin etkililiğine yönelik algılarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Yaş, cinsiyet, yaşanan yer, ölüm olgusu ile karşılaşma, bakım vermekle yükümlü olduğu hasta, yaşam sonu bilgisinin varlığı, var ise bilgi kaynağıdır.

3.3.2. Araştırma Örnekleminin Seçimi

Araştırmada yer alan öğrencilerin müdahale ve kontrol gruplarına atanmasında yanlılığı önlemek için https://randomizer.org/ yardımıyla 1-50 arasında 2 grup olacak şekilde rasgele sayılar üretilmiş ve gelen öğrenciler ilgili gruplara atanmıştır. Öğrencilerin müdahale ve kontrol gruplarına ayrılması, araştırmacı dışında (istatistik uzmanı) bir kişi tarafından yapılmıştır.

3.4. Kullanılan Veri Toplama Formları

3.4.1. Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Bilgi Edinme Formu

Kullanılan form, öğrencilerin kodu, yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi var ise bilgi kaynakları, ölüm olgusu ile karşılaşma durumları, bakım vermekle yükümlü oldu yaşam sonu dönemde olan yakınının varlığı ve hissettiği duygulara yönelik literatür ışığında hazırlanmış dikotom, çoktan seçmeli ve açık uçlu 8 sorudan oluşturulmuştur (32, 33) (Ek 2).

3.4.2. Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (FATCOD)

Frommelt Ölmekte Olan Hastanın Bakımına İlişkin Tutum Ölçeği (Frommelt's Attitude Towards Caring for Dying Patients-FATCOD) 1988 yılında Katherine H. Murray Frommelt tarafından geliştirilmiş olup 30 madde içermektedir (Ek 3). (180). Ölçek içerisinde 1, 2, 4, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27 ve 30 maddeleri pozitif, diğerleri ise negatif ifadelerdir. Ölçeğin puanlandırılmasında, toplam puan negatif tutumları içeren maddelerin terse çevrilerek pozitif yanıtlarla toplanması ile elde edilmektedir Ölçek likert tipte geliştirilmiş olup, 1 tamamen katılmıyorum ve 5 tamamen katılıyorum olarak puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan en düşük 30, en yüksek ise 150'dir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi ölmekte olan hastaya ilişkin daha olumlu tutumu ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup kullanımı konusunda gerekli izin alınmıştır (21). (Ek 4). FATCOD ölçeği Cronbach alfa değeri 0,73 olarak elde edilmiştir. Araştırmamızda FATCOD ölçeği Cronbach alfa değeri alt boyutları sırasıyla Korku/rahatsızlık alt boyutu 0,72, Ailenin bakımı alt boyutu 0,71, İletişim alt boyutu 0,67, Aile ile bakım alt boyutu 0,70, İlişki alt boyutu 0,70, Aktif bakım alt boyutu 0,64, toplam puan Cronbach alfa değeri ise 0,68 olarak elde edilmiştir.

3.4.3. Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği (PANAS)

Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği (Positive and negative affect:The PANAS Scales-PANAS), Watson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup 10 pozitif duygulanımı (1, 3, 5, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 19 maddeler), 10 negatif duygulanımı (2, 4, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 20 maddeler) 5'li Likert tipinde değerlendirilmekte olup 1=çok az veya hiç, 5=çok fazla olarak belirtilen duygunun hissedildiğini göstermektedir. (Ek 5). Ölçekte ters madde olmamakla birlikte değerlendirme için 2 boyuttaki maddelerin puanları toplanarak, 2 ayrı puan elde edilmektedir (181). Ölçeğin Türkçe uyarlaması ise Gençöz tarafından yapılmış, iç tutarlılık katsayısı pozitif duygulanım için .83 ve negatif duygulanım için ise .86, olarak belirtilmiştir (182). Araştırmamızda PANAS ölçeği pozitif duygulanım Cronbach alfa değeri 0,79, Negatif duygulanım Cronbach alfa değeri 0,84 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kullanımı konusunda gerekli izin alınmıştır (Ek 6).

3.4.4. Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı (MSEA)

Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı (Simulation Effectiveness Tool–Modified-MSEA), araştırmanın senaryo temelli standart hasta simülasyonu uygulaması aşamasında, simülasyon ortamının etkililiğine yönelik öğrencilerin algılarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Elfrink Cordi ve arkadaşları tarafından 2012 yılında 'Simulation Effectiveness Tool' ölçüm aracı olarak geliştirilmiştir (183). Leighton ve arkadaşları tarafından 2015 yılında ise etkililik aracı tekrar revize edilmiştir (184). Türk toplumuna yönelik olarak Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2020 yılında Gizem Şahin ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (185). Ölçüm aracı 19 madde ve dört alt boyuttan (ön bilgilendirme iki madde (soru 1,2), öğrenme beş madde (soru 3,4,5,6,7), güven yedi madde (soru 8,9,10,11,12,13,14) ve çözümleme beş maddeden (soru 15,16, 17, 18, 19)) oluşmaktadır. (Ek 7). Ölçüm aracının cevapları 5'li likert tipte geliştirilmiş olup; "Kesinlikle Katılmıyorum", "Kısmen Katılmıyorum", "Kararsızım", "Kısmen Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" yanıtlarından oluşmaktadır. Ters kodlanmış madde yer almamaktadır. Ölçüm aracından alınabilecek puanlar tüm alt boyutların toplanmasıyla elde edilmekte olup en düşük puan 18, en yüksek puan ise 95'dir. Ölçüm aracından alınan puan yükseldikçe öğrencinin simülasyon ortamında öğrenme etkililiğine ilişkin algısının olumlu yönde değiştiği ortaya çıkmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği için yapılan çalışmada ölçüm aracı toplam Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayılarına bakıldığında; Ön Bilgilendirme için 0.81, Öğrenme için 0.80, Güven için 0.83 ve Çözümleme için 0,86 olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda ise ölçüm aracının toplam Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak bulunmuş olup alt boyutların Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; Ön Bilgilendirme için 0.83, Öğrenme için 0.83, Güven için 0.90 ve Çözümleme için 0,84 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kullanımı konusunda yazarlardan gerekli izin alınmıştır (Ek 8).

3.4.5. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Bilgi Formu (YSB Bilgi Formu)

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşam sonu bakım hemşireliğine yönelik bilgi durumlarının belirlenmesi ve değişiminin izlenmesi amacıyla öğrencilere yaşam sonu bakım (YSB) hemşireliği soru formu uygulanmıştır. Öğrencilere sorulacak sorular,

yaşam sonu bakım hemşireliği eğitim modülleri içeriğindeki bilgilerden oluşturulmuştur (Ek 9). Hazırlanan yaşam sonu bakım hemşireliği soru formu hemşirelik alanında doktora eğitimini tamamlamış uzmanlara yaşam sonu bakım hemşireliği soruları değerlendirme formu eşliğinde iletilmiştir. Uzmanlardan her bir maddeyi "amacına uygunluk", yani "Yaşam sonu bakım bilgi formunun niteliğine yönelik uygunluğunu temsil etme" durumlarına göre değerlendirmesi ve eğer soru konunun özelliğini net olarak belirten bir soru ise "Çok İyi (4)", soru konu kapsamında ve kabul edilebilir düzeyde konunun özelliğini belirtiyorsa "İyi (3)", sorunun düzenlenmesi ya da değiştirilmesi gerekiyorsa "Sorunun biraz düzeltilmeye ihtiyacı var ya da orta (2)", soru konu içeriğinde yer almıyorsa "Soru içeriği temsil etmez (1)" seçeneklerini işaretlemesi istenmiştir (Ek 10). Formda doğru cevaplar 4 yanlış cevaplar 0 puan olarak değerlendirilmiştir. Soru formu 6 uzmana gönderilerek kapsam geçerliliği 0,85 olarak bulunmuştur (Ek 11). Formdan alınabilecek en yüksek puan 100 en düşük puan 0'dır. Araştırmada kullanılan soru formunun ölçüm zamanlarına göre Cronbach's alfa değerleri eğitim öncesinde 0,72, yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi sonrası 0,74, birinci standart hasta simülasyonundan hemen sonra 0,71 ve yalnızca müdahale grubu için ikinci standart hasta simülasyonundan hemen sonra 0,77 olarak hesaplanmıştır.

3.5. Araştırmacının Hazırlık Süreci

3.5.1. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitim Modülünün Hazırlanması

Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Çekirdek Eğitim müfredatı (End Of Life Nursing Education Consortium Core Curriculum-ELNEC) içeriğinden oluşmaktadır. ELNEC, yaşam sonu bakımın niteliğini geliştirme amacıyla oluşturulmuş, uluslararası bir eğitim projesidir. Yaşam sonu hemşirelik eğitimindeki eksiklikleri ele almak ve hemşireliğin ölmekte olan kişinin bakımına yönelik tarihsel bağlılığını ortaya koymak için 1999'da büyük bir hemşirelik girişimi olarak, AACN, hemşirelik eğitiminde yaşam sonu bakım süreciyle ilgili eğitime yönelik boşluğu doldurmak için ulusal bir çaba göstererek City of Hope Ulusal Tıp Merkezi ile iş birliği yapmıştır. Birkaç ay süren planlama süreci sonunda, bu iki kuruluş Şubat 2000'de projenin uygulanmasına başlanmıştır (186). Bu projenin amacı; hemşirelik eğitimi alan öğrencilere, eğitim vericilere ve alanında uzmanlaşmış hemşirelere yaşam sonu dönemde olan hastanın

bakımına yönelik eğitim vermektir (15). ELNEC çekirdek eğitim müfredatı; Palyatif Bakım Hemşireliği, Ağrı Yönetimi, Semptom Yönetimi, Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik sorunlar, Palyatif bakımda kültürel ve manevi durumlar, Palyatif bakımda iletişim, Kayıp, keder, yas ve Son saatler olmak üzere sekiz modülden oluşmaktadır. Müfredat güncel veriler çerçevesinde sürekli olarak güncellenmektedir (187). ELNEC içeriğinde ülke bazında verilerin sunulduğu alanlar, Türkiye verileri ile (ölüm istatistikleri, sayıları, kronik hastalık verileri, projeler vb.) değiştirilmiştir. ELNEC çekirdek müfredatını kullanmak için ELNEC proje direktörlerinden biri olan Betty Ferrell' dan izin alınmıştır (Ek 12). Eğitim modülleri Türkçeye çevrilerek Türkiye verileri ile sentezlenmiş ve iç hastalıkları hemşireliği alanında uzman iki hemşire akademisyen tarafından kontrol edildikten sonra eğitim modülleri oluşturulmuştur. Modüllerin uygunluğunun değerlendirilmesi için dörtlü likert form düzeninde 'ELNEC Çekirdek Müfredatının Türkçeye Çevrilerek Entegre Edilen Modüllerine Yönelik Değerlendirme Formu' geliştirilmiştir. Yapılacak değerlendirmenin her bir modül için ayrı olarak hazırlanan değerlendirme formunda belirtilen başlıkları net olarak karşılıyor ise "Çok İyi (4)", içerik konu kapsamında ve kabul edilebilir düzeyde hedeflenen özelliği belirtiyorsa "İyi (3)", içeriğin düzenlenmesi gerekiyorsa "içeriğin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var ya da orta (2)", modül içeriğinde belirtilen özellik yer almıyorsa "bu özellik modülün içeriğinde temsil edilmiyor (1)" olarak işaretlenmesi istenmiştir (Ek 13). İlgili form, hemşirelik alanında doktora eğitimini tamamlamış bir profesör, üç doçent, iki doktor öğretim üyesi ve bir doktora düzeyinde uzmana gönderilmiştir. Geri bildirimler ve öneriler tez danışmanı ile birlikte değerlendirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Her bir eğitim modülünün uzman görüş formlarının kapsam geçerliliği yapılmış olup 0,85-0,95 arasında bulunmuştur. Bu bulguya göre eğitim içeriğinin kapsam geçerliği uygundur (Ek 14). Eğitim içeriğinin Türkçeye uyarlanması sonucu oluşturulan içerikler ekte sunulmuştur (Ek 15).

3.5.2. Standart Hasta Temelli Klinik Senaryoların Geliştirilmesi

Araştırmanın uygulanması aşamasında kullanılmak üzere Multiple Myelom tanısı seçilmiş olup tanıya yönelik olarak üç adet klinik senaryo (Bulantı-kusma, Ağrı, Ölüm anksiyetesi) geliştirilmiştir. Araştırmacılar senaryoların yazımı öncesinde 'Klinik Senaryo Yazma Kursu'na katılmışlardır (Ek 16). Senaryoların yazımı uygun

literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (42, 188, 189). Senaryoların içerik başlıkları sırasıyla; hedef öğrenci grubu, öğrenim hedefleri, simülasyon sonrası beklentiler, standart hasta uygulama odasının hazırlanması, öğrenci ön bilgilendirme, öğrenciler için senaryo, senaryo bilgileri, standart hasta için hasta hikayesi, standart hasta yakını olarak yer alacak kişilerin rollerine yönelik bilgilendirme ve çözümleme oturumu başlıklarından oluşmaktadır (Ek 17). Klinik senaryolar, içerik uygunluklarının değerlendirilmesi amacıyla 'Hasta Temelli Klinik Senaryo Değerlendirme Formu' eşliğinde uzman akademisyenlerle paylaşılmış olup senaryoların "amacına uygunluk", yani "Klinik senaryonun niteliğine yönelik uygunluğunu temsil etme" durumlarına göre değerlendirilmesi istenmiştir. Yapılacak değerlendirmenin her bir senaryo için ayrı olarak hazırlanan değerlendirme formunda belirtilen başlıkları net olarak karşılıyor ise "Çok İyi (4)", içerik konu kapsamında ve kabul edilebilir düzeyde hedeflenen özelliği belirtiyorsa "İyi (3)", içeriğin düzenlenmesi gerekiyorsa "içeriğin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var ya da orta (2)", modül içeriğinde belirtilen özellik yer almıyorsa "bu özellik modulün içeriğinde temsil edilmiyor (1)" olarak işaretlenmesi istenmiştir (Ek 18). Senaryolar için uzman görüş formlarının kapsam geçerliliği yapılmış olup üç senaryo için 0,85-0,95 arasında olduğu belirlenmiştir (Ek 19). Bu bulguya göre senaryo içeriğinin kapsam geçerliği uygundur.

3.5.3. Araştırmanın Ön Uygulamasının Gerçekleştirilmesi

Araştırma kapsamında kullanılacak ölçekler, hazırlanan veri ve soru formları ve senaryoların etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla AYBÜ Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim görmekte olan araştırmaya katılan öğrencilerin dışında 12 dördüncü Sınıf öğrencileriyle 9-14 Ağustos 2021 tarihinde araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonucunda form ve senaryolar ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Birinci Uygulama Aşaması

Araştırmanın birinci uygulama aşaması (yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi ve standart hasta temelli eğitim uygulaması) öncesinde dördüncü sınıf öğrencileri ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla 14 Şubat 2022 tarihinde AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü dördüncü sınıf amfisinde öğrenciler ile tanışma ve bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Öğrencilere araştırmanın içeriği, araştırmanın gerçekleştirilmesine neden ihtiyaç duyulduğu, yaşam sonu bakım eğitim programının amacı, önemi, içeriği, süresi, eğitimlerin nasıl yapılacağı, araştırmanın ne kadar süreceği, standart hasta temelli eğitim ve araştırmaya katılımları sonucunda elde edilecekleri kazanımlara ilişkin detaylı bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük ilkesine dayandığı ve araştırma süresince eğitime ve standart hasta uygulamalarına devam zorunluluğunun olmadığı, araştırmanın istenilen aşamasında araştırmadan çekilebilecekleri ve bu konuda herhangi bir yaptırımın bulunmadığı hususunda katılımcılara ayrıntılı bilgi verilmiştir. Araştırmanın birinci uygulama aşaması 26 -28 Şubat arası yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi 1-3 Mart 2022 tarihleri arasında standart hasta temelli eğitim uygulama aşamalarıyla gerçekleştirilmiştir.

3.6.1. Hemşirelik Öğrencilerine İlişkin Ön Verilerin Toplanması

Yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi ve tekrarlı standart hasta simülasyonu uygulaması gerçekleştirilmeden önce öğrencilerin tanımlayıcı verileri, yaşam sonu bakım hemşireliğine yönelik bilgi düzeyleri, ölmekte olan hastaya ilişkin tutumları (FATCOD) ve duygu durumlarının (PANAS) belirlenmesi için ölçekler öğrencilere verilerek yüz yüze olarak sınıfta doldurtulmuştur. Öğrencilerin ilgili formları ve ölçeklerdeki soruları rahatça yanıtlamaları için öğrencilere 45 dakika süre verilmiştir.

3.6.2. Hemşirelik Öğrencilerine Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitiminin Uygulanması

Araştırmaya katılan öğrencilere 26-28 Şubat 2022 tarihleri arasında 3 gün boyunca Microsoft Teams uygulaması üzerinden yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi uzaktan verilmiştir. Eğitim birinci gün beş saat, ikinci gün dört saat, üçüncü gün ise üç saat olmak üzere toplamda on iki saatte tamamlanmıştır. Eğitim öncesinde

tüm öğrencilerle Eğitim programı planı paylaşılmıştır (Ek 20). Eğitim saatlerinin planlanmasında öğrencilerin istek ve talepleri göz önünde bulundurulmuştur Eğitim süreci boyunca anlatma, tartışma, soru-cevap yöntemi, grup çalışması, beyin fırtınası, video gösterimleri yöntemlerinden faydalanılmıştır (Ek 21).

3.6.3. Hemşirelik Öğrencilerinin Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitimi Sonrası Verilerinin Toplanması

Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin tamamına yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi sonrası ve ilk standart hasta temelli simülasyon uygulaması öncesi verilen eğitimin, yaşam sonu bakım hemşireliğine yönelik bilgi düzeylerine, ölmekte olan hastaya ilişkin tutumlarına (FATCOD) ve duygu durumlarına (PANAS) etkisinin belirlenmesi için soru formu ve ölçekleri tekrar doldurmaları istenmiştir. Bu aşamada temel amaç standart hasta temelli simülasyon uygulamasından bağımsız olarak yalnızca verilen eğitimin öğrenciler üzerindeki etkisini ortaya koymaktır.

3.6.4. Hemşirelik Öğrencileri ile Standart Hasta Temelli Birinci Simülasyon Uygulamasının Gerçekleştirilmesi

Öğrencilerin yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi almaları, form ve ölçekleri doldurmalarının ardından araştırmaya katılan tüm hemşirelik öğrencileriyle (müdahale ve kontrol grubu) standart hasta temelli simülasyon uygulaması gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin uygulayacağı senaryolarda yanlılığı azaltmak ve öğrenciler arasındaki bilgi alışverişini önleyebilmek için kura yöntemi ile senaryolara araştırmacı tarafından numaralar verilerek seçim yapılmıştır. Seçilen senaryolar her bir öğrenci için belirlenen kodlarının karşısına yazılmıştır. Araştırmada yer alan standart hastalar, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı bünyesinde görev yapan, standart hasta eğitimi almış olan eğitimli çalışanlardır. Uygulama günü standart hasta ve ortamı, senaryo bilgileri içeriğinde yer alan özelliklere göre hazırlanmıştır. Standart hastanın laboratuvar sonuçları hasta deskinin üzerine konulmuş, intravenöz katater girişi gösterilmiş, hasta bilekliği takılmış ve yaşam sonu hastanın fiziksel özelliklerini gösteren (göz altı, kol, el üzerine morluklar) mulaj uygulaması gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı, uygulamalardan önce günü standart hastayı arayarak uygulama gününe ilişkin araştırmanın amacı, içeriği, senaryo

özellikleri, senaryo içeriğinde kendisinden beklenilenler ve araştırmanın anahtar noktalarına ilişkin bilgilendirmelerde bulunmuştur. Araştırmacı tarafından uygulama öncesi öğrencilere verilen ön bilgilendirme süreci yaklaşık beş dakika sürmektedir. Her standart hasta simülasyon oturumunun 10-15 dakika sürmesi planlanmıştır. Simülasyon uygulamasından hemen sonra öğrencilerle 5 ya da 6'şar kişilik gruplar halinde çözümleme oturumu gerçekleştirilmiştir. Standart hasta uygulama odasının hemen yanında yer alan laboratuvarda öğrenciler ve araştırmacı birbirlerine eşit mesafede olacakları şekilde çemberler oluşturarak uygulama sürecini değerlendirmiş, video kayıtlarını izlemiş ve geri bildirimde bulunmuşlardır. Bu uygulama yaklaşık 30 dakika sürmektedir. Öğrencilere araştırmacı tarafından hazırlanan ve uygulama sürecindeki duygu, tutum, hemşirelik rolleri ve süreci değerlendirmelerini amaçlayan sorular sorulmuştur. Bu sorular şunlardır:

1. Simülasyon deneyimi boyunca hangi duyguları hissettiniz?
2. Simülasyon eğitiminde yer almak sizi memnun etti mi?
3. Sizce uygulama süresince en iyi yaptığınız hemşirelik girişimi ne idi?
4. Simülasyon uygulaması boyunca hangi girişimi uygulamayı istediniz ancak gerçekleştiremediniz?
5. Simülasyon uygulaması boyunca hangi hemşirelik rollerini kullandınız?
6. Eğitim almamış ve uygulamaya katılmamış olsaydın ilk gerçek hasta deneyiminde ne hissederdiniz (Ek 22).

Çözümleme oturumu sonrası tüm öğrencilerden yaşam sonu bakım hemşireliği soru formunu, ölmekte olan hastaya ilişkin tutumları (FATCOD) ve duygu durumu (PANAS) ve MSEA ölçeklerini doldurmuşlardır. Bu aşamada temel amaç öğrencilere verilen yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi ve standart hasta temelli simülasyon uygulamasının birlikte yaşam sonu dönemdeki hastalara ilişkin bilgi düzeyleri, tutum ve duygularına ilişkin etki ve değişimlerini ortaya koymaktır.

3.7. Araştırmanın İkinci Uygulama Aşaması

Araştırmanın ikinci uygulama aşaması 18-19 Mart 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.7.1. Hemşirelik Öğrencileri (Müdahale grubu) ile Standart Hasta Temelli İkinci Simülasyon Uygulamasının Gerçekleştirilmesi

Birinci standart hasta simülasyon uygulamasının ardından örneklem içerisinden istatistik uzmanı tarafından (n=50) basit randomizasyon yardımıyla 25 kişi müdahale grubu olarak seçilmiş ve seçilen öğrenciler ikinci simülasyon uygulamasına çağırılmıştır. Kontrol grubuna bu aşamada herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Öğrencilerin ilk uygulamada deneyimlediği senaryo ile tekrar karşılaşmamaları için araştırmacı tarafından kalan iki senaryo arasından rastgele olarak kura yöntemiyle senaryolar belirlenmiştir. Araştırmada yer alan standart hastanın ilk uygulamada yer alan standart hastadan farklı olması sağlanarak öğrenciler için farklı hasta ve farklı senaryo ortamı oluşturulmuştur. Araştırmacı tarafından öğrencilere verilen ön bilgilendirme süreci yaklaşık beş dakika sürmektedir. Her standart hasta simülasyon oturumunun 10-15 dakika sürmesi planlanmıştır. Uygulama sonunda yaklaşık 30 dakika sürecek olan çözümleme oturumuna gerçekleştirilmiştir. Çözümleme oturumu sonrası tüm öğrenciler yaşam sonu bakım hemşireliği soru formunu, ölmekte olan hastaya ilişkin tutumları (FATCOD) ve duygu durumu (PANAS) ve MSEA ölçeklerini doldurmuştur. Bu aşamada temel amaç öğrencilere verilen tekrarlı standart hasta simülasyonu uygulamasının, tek standart hasta temelli simülasyon uygulamasına kıyasla öğrencilerin yaşam sonu dönemdeki hastalara ilişkin bilgi düzeylerine, tutum ve duygularına ilişkin ortaya çıkan etki ve değişimlerini ortaya koymaktır. Araştırmanın uygulanmasının ardından tüm katılımcılara ‘Teşekkür Belgesi’ verilmiştir (Ek 23).

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla gerekli Etik Kurul izni AYBÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’ndan alınmıştır (Tarih ve Sayı: 26.02.2021-135) (Ek 24). Ayrıca araştırmanın AYBÜ Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile yapılabilmesi için AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığından yazılı kurum izni alınmıştır

(Tarih: E-77704820-300-64150) (Ek 25). Tüm bilgiler Helsinki Deklerasyonuna bağlı kalınarak toplanmıştır. Müdahale ve Kontrol grubunda yer alan hemşirelik öğrencileri için ayrı olarak hazırlanmış olan aydınlatılmış onam formu, katılımcılarla yapılan ön bilgilendirme toplantısında sunulmuş ve araştırmanın ilk verilerinin toplanmasından önce çalışmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı anlatılarak doldurtulmuştur (Ek 26).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences-Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)adlı paket program kullanılarak yapılmıştır.

Tanıtıcı özelliklerin değerlendirilmesinde öğrencilerin tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde ile özetlenmiş olup kontrol ve müdahale grubu verilerinin karşılaştırılmasında ve ilişkili örneklemlerin yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-$\chi 2$ çapraz tabloları" kullanılmıştır.

Müdahale ve Kontrol gruplarına ait YSB bilgi formu ve ölçek puanlarının (tutum ve pozitif-negatif duygulanım ölçekleri) değerlendirilmesinde Ortalama puanların karşılaştırılması için kontrol ve müdahale grubu için ayrı ayrı hem toplam puanlar hem de alt puanlar normallik ve verilerin homojen dağılması açısından incelenmiştir. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri), bağımlı iki grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Paired Sample" test (t-tablo değeri); bağımlı üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri), bağımlı iki grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri); bağımlı üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ 2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan iki nicel

değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson”; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda ise “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

3.10.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri

-Yaşam sonu bakım hemşireliğinde tekrarlı standart hasta simülasyon uygulamasının öğrencilerin iletişim tutumlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

-Hemşirelik öğrencilerine verilen yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi ve standart hasta uygulamasının öğrencilerin yaşam sonu dönemdeki hastaya olan negatif duygulanımlarını azalttığı belirlenmiştir.

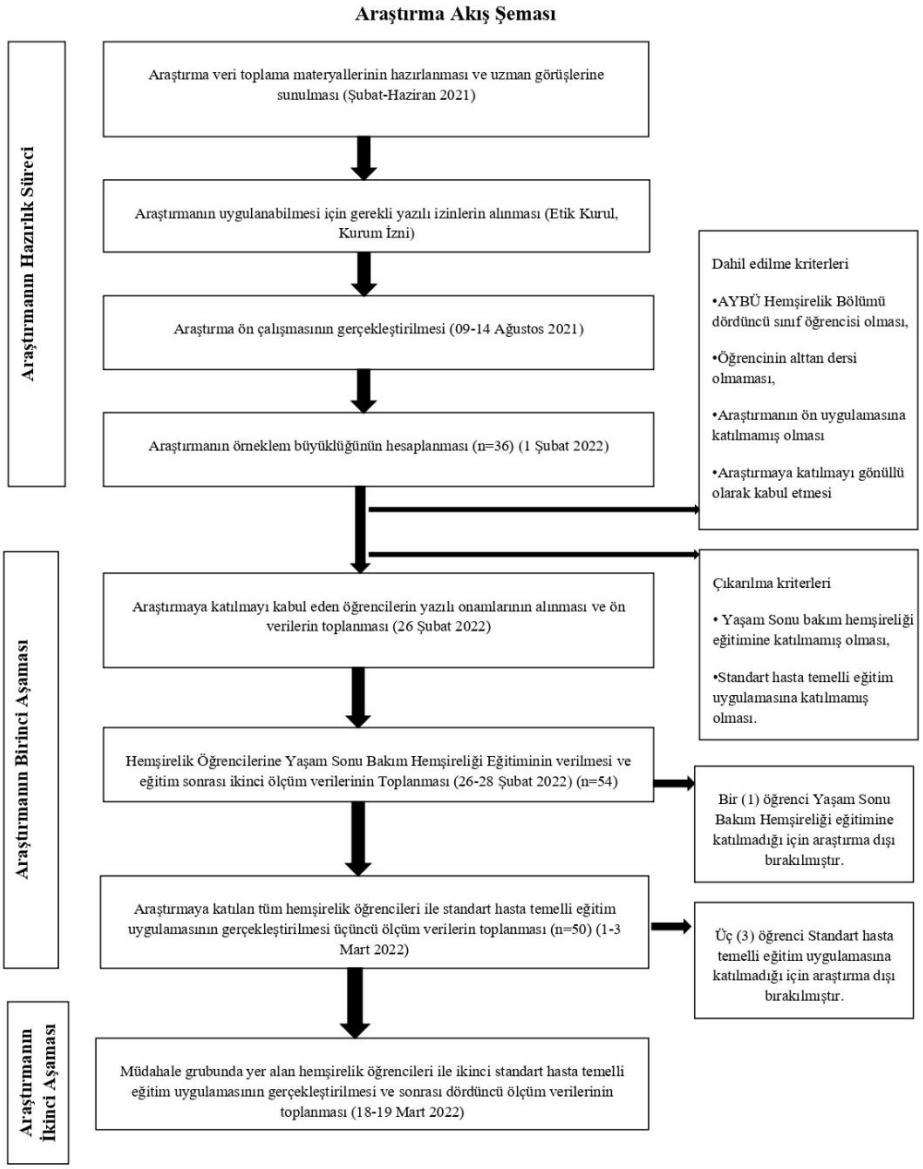
- Hemşirelik öğrencilerine verilen yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi ve standart hasta uygulamasının öğrencilerin yaşam sonu dönemdeki hastaya olan tutumlarının olumlu yönde değişmesine katkı sağladığı belirlenmiştir.

3.10.2. Araştırmanın Sınırlılıkları:

-Müdahale ve kontrol grubu öğrencilerinin birbirleri ile etkileşimi engellenmemiştir.

-Yaşam sonu bakım hemşireliği eğitimi uygulamasının online olarak sürdürülmüş olmasının yüz yüze eğitime yönelik kazanımlara sınırlamalar meydana getirmiş olabilmektedir.

3.11. Araştırmanın Akış Şeması



Şekil. 3.1. Araştırmanın akış planı

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada müdahale ve kontrol grubu öğrencilerinden elde edilen veriler iki grup halinde sunulmuştur. Araştırmada kullanılan modifiye simülasyon etkililik aracının verileri ve çözümleme oturumuna ilişkin veriler ise ekte sırasıyla sunulmuştur (Ek 27-28). Bulgular;

- Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
- Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin YSB bilgi puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulgular,
- Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin Pozitif-Negatif Duygulanım ölçeği puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulgular,
- Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin Tutum ölçeği puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulgular,
- Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin Tutum ve YSB bilgi formu puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım ölçeği puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesine ilişkin bulgular olarak aşağıda yer almaktadır.

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Grup	**Müdahale grubu (n=25)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**İstatistiksel analiz***
Değişken	**n**	**%**	**n**	**%**	**Olasılık**
Yaş sınıfları					
21-22	19	76,0	14	56,0	χ^2=2,234
23-24	5	20,0	9	36,0	p=0,327
≥25	1	4,0	2	8,0	
Cinsiyet					
Kadın	23	92,0	20	80,0	χ^2=1,495
Erkek	2	8,0	5	20,0	p=0,221
Yaşanan yer					
Tek başına	13	52,0	15	60,0	χ^2=3,982
Ailesiyle birlikte	12	48,0	10	40,0	p=0,137
Yaşam sonu bakım bilgisi					
Var	11	44,0	10	40,0	χ^2=0,082
Yok	14	56,0	15	60,0	p=0,774
YSB bilgisi kaynağı					
Üniversite eğitiminden	11	100,0	7	70,0	χ^2=3,850
Kitap, kongre, webinar	-	-	3	30,0	p=0,146
Ölüm olgusu karşılaşma (eğitim/aile ortamı)					
Evet	21	84,0	22	88,0	χ^2=0,166
Hayır	4	16,0	3	12,0	p=0,684
Bakım vermekle yükümlü olunan (eğitim/aile ortamı) yaşam sonu dönemde olan yakın/hasta					
Evet	1	4,0	2	8,0	χ^2=0,355
Hayır	24	96,0	23	92,0	p=0,552
Yaşam sonu dönemde olan hastaya bakımda en çok tanımlanan duygu					
Çaresizlik	3	12,0	2	8,0	
Empati	3	12,0	-	-	
Endişe	5	20,0	5	20,0	
Gurur	1	40,0	-	-	χ^2=11,261
Hassasiyet	-	-	1	4,0	p=0,338
Huzursuzluk	-	-	1	4,0	
Hüzün	2	8,0	-	-	
Korku	2	8,0	1	4,0	
Merhamet	-	-	1	4,0	
Umut	-	-	1	4,0	
Üzüntü	9	36,0	13	52,0	

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2 çapraz tabloları" kullanılmıştır.

Tablo 4.1.'de Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Müdahale/kontrol grubu ile yaş sınıfları, cinsiyet, yaşanan yer, yaşam sonu bilgisi durumu, yaşam sonu bilgi kaynağı, ölüm olgusuyla karşılaşma, bakım vermekle yüküm olunan yaşam sonu dönem olan yakın/hasta ve yaşam sonu dönemde olan hastaya bakımda en çok hissedilen duygu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur (p>0,05). Müdahale/kontrol grupları belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir.

4.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin YSB Bilgi Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin YSB Bilgi Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

YSB Bilgi Formu	**Müdahale grubu (n=25)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
Süreç* **	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	
1.ölçüm	50,24±8,65	48,0 [36,0-68,0]	47,20±10,89	48,0 [12,0-64,0]	Z=-0,678 p=0,498
2.ölçüm	63,68±10,58	64,0 [32,0-80,0]	61,76±12,60	64,0 [24,0-80,0]	Z=-0,421 p=0,674
3.ölçüm	64,65±11,29	64,0 [36,0-84,0]	60,64±12,42	64,0 [32,0-80,0]	t=1,191 p=0,239
4.ölçüm	63,68±10,38	64,0 [44,0-80,0]			t=0,939** p=0,353
Analiz Olasılık Fark	χ^2=27,167 **p=0,000 [1-2,3,4]**		F=42,725 **p=0,000 [1-2,3]**		

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.
** Araştırmanın 4. Ölçümü, müdahale grubunun ikinci standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri ile kontrol grubuna uygulanan bir standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kontrol grubunun 3. Ölçüm verileri tabloda tekrar belirtilmemiştir.
*** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Tablo 4.2'de Müdahale ve kontrol gruplarının YSB bilgi puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm YSB bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Müdahale grubundakilerin süreçlere göre YSB bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=27,167$; $p=0,000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 2, 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2, 3 ve 4.ölçüm yaşam sonu bakım bilgi formu puanları, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubundakilerin süreçlere göre YSB bilgi puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=42,725$; $p=0,000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 2, 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 2, 3 ve 4.ölçüm yaşam sonu bakım bilgi formu puanları, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

4.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

PANAS	**Müdahale grubu (n=25)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
Süreç* **	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	
Pozitif duygulanım					
1.ölçüm	34,56±6,37	35,0 [25,0-46,0]	34,56±5,69	34,0 [23,0-46,0]	t=0,000 p=1,000
2.ölçüm	36,56±5,66	37,0 [20,0-48,0]	35,68±7,02	36,0 [18,0-48,0]	t=0,488 p=0,628
3.ölçüm	38,20±5,54	38,0 [26,0-49,0]	37,00±8,14	37,0 [19,0-50,0]	t=0,609 p=0,545
4.ölçüm	37,72±7,53	37,0 [21,0-49,0]			t=0,325** p=0,747
Analiz	F=2,783		F=1,817		
Olasılık	p=0,063		p=0,152		
Negatif duygulanım					
1.ölçüm	18,64±6,95	18,0 [10,0-37,0]	19,24±6,79	18,0 [10,0-33,0]	t=-0,309 p=0,759
2.ölçüm	18,48±6,66	17,0 [10,0-33,0]	18,92±7,72	17,0 [10,0-38,0]	Z=-0,010 p=0,992
3.ölçüm	16,72±6,38	16,0 [10,0-31,0]	16,64±7,60	15,0 [10,0-40,0]	Z=-0,478 p=0,632
4.ölçüm	15,60±5,28	15,0 [10,0-32,0]			Z=-0,029** p=0,977
Analiz	χ^2=8,053		χ^2=13,376		
Olasılık	**p=0,045**		**p=0,004**		
Fark	**[1-4]**		**[1-3]**		

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Araştırmanın 4. Ölçümü, müdahale grubunun ikinci standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri ile kontrol grubuna uygulanan bir standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kontrol grubunun 3. Ölçüm verileri tabloda tekrar belirtilmemiştir.

*** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Tablo 4.3'de Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin pozitif-negatif duygulanım ölçeği puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm pozitif duygulanım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Müdahale grubundakilerin süreçlere göre pozitif duygulanım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Kontrol grubundakilerin süreçlere göre pozitif duygulanım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm negatif duygulanım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Müdahale grubundakilerin süreçlere göre negatif duygulanım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=8,053; p=0,045). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 4.ölçüm negatif duygulanım puanları, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre negatif duygulanım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=13,376; p=0,004). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 3.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3.ölçüm negatif duygulanım puanları, 1. ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

4.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

FATCOD	**Müdahale grubu (n=25)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**İstatistiksel analiz***
Süreç	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	**Olasılık**
FATCOD - toplam					
1.ölçüm	106,60±7,81	106,0 [92,0-126,0]	106,92±9,20	107,0 [87,0-121,0]	t=-0,133 p=0,895
2.ölçüm	109,88±8,70	110,0 [92,0-126,0]	109,48±8,02	109,0 [89,0-130,0]	t=0,169 p=0,866
3.ölçüm	113,48±10,16	114,0 [91,0-130,0]	112,48±9,95	113,0 [91,0-140,0]	t=0,352 p=0,727
4.ölçüm	115,88±10,79	115,0 [95,0-138,0]			t=1,158** p=0,253
Analiz	F=13,279		F=6,934		
Olasılık	**p=0,000**		**p=0,000**		
Fark	**[1-3,4] [2-3,4]**		**[1-3]**		

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. ** Araştırmanın 4. Ölçümü, müdahale grubunun ikinci standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri ile kontrol grubuna uygulanan bir standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kontrol grubunun 3. Ölçüm verileri tabloda tekrar belirtilmemiştir.

*** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Tablo 4.4'de Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin tutum ölçeği puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm tutum ölçeği- toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre tutum ölçeği- toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=13,279; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3 ve 4.ölçüm tutum ölçeği - toplam puanları, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, 2.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3 ve 4.ölçüm tutum ölçeği- toplam puanları, 2.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre tutum ölçeği- toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=6,934; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3 ve 4.ölçüm tutum ölçeği- toplam puanları, 1.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 4.4. (Devam) Müdahale ve kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Alt boyut	**1. Korku/Rahatsızlık**					**2. Ailenin Bakımı**				
	Müdahale		**Kontrol**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**	**Müdahale**		**Kontrol**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
Süreç* **	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**		**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	
1.ölçüm	28,72±4,47	29,0[21,0-41,0]	29,44±5,50	29,0 [16,0-40,0]	t=-0,508 p=0,614	12,40±1,61	12,0 [10,0-15,0]	12,32±1,70	12,0 [6,0-15,0]	Z=-0,269 p=0,788
2.ölçüm	31,40±5,22	32,0[17,0-42,0]	31,44±5,31	32,0 [18,0-41,0]	t=-0,027 p=0,979	12,80±1,83	13,0 [9,0-15,0]	12,28±1,49	12,0 [9,0-15,0]	Z=-1,148 p=0,251
3.ölçüm	33,00±5,58	35,0 [20,0-42,0]	32,52±5,13	32,0 [22,0-45,0]	t=0,317 p=0,753	13,12±1,62	13,0 [10,0-15,0]	12,92±1,44	13,0 [10,0-15,0]	Z=-0,497 p=0,619
4.ölçüm	32,32±5,91	33,0 [21,0-45,0]			t=-0,128** p=0,899	13,20±1,44	13,0 [10,0-15,0]			Z=-0,707** p=0,619
Analiz	F=10,401		F=9,614			$\chi 2$=11,639		$\chi 2$=0,905 p=0,824		
Olasılık	**p=0,000**		**p=0,001**			**p=0,009**				
Fark	**[1-2,3,4]**		**[1-3]**			**[1-4]**				

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

** Araştırmanın 4. Ölçümü, müdahale grubunun ikinci standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri ile kontrol grubuna uygulanan bir standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kontrol grubunun 3. Ölçüm verileri tabloda tekrar belirtilmemiştir.

*** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Tablo 4.4. (Devam) Müdahale ve kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

3. İletişim				
Müdahale		**Kontrol**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	
22,24±2,40	22,0 [16,0-27,0]	21,68±3,17	22,0 [13,0-26,0]	t=0,704 p=0,485
21,00±1,98	21,0 [17,0-25,0]	21,04±2,01	21,0 [17,0-24,0]	t=-0,071 p=0,944
21,92±2,23	23,0 [16,0-25,0]	21,48±2,18	22,0 [17,0-26,0]	Z=-0,704 p=0,485
23,60±3,27	24,0 [17,0-30,0]			**t=2,699** p=0,010**
	χ^2=15,102 **p=0,002 [1,2,3-4]**		F=0,547 p=0,652	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

** Araştırmanın 4. Ölçümü, müdahale grubunun ikinci standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri ile kontrol grubuna uygulanan bir standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kontrol grubunun 3. Ölçüm verileri tabloda tekrar belirtilmemiştir.

*** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm korku/rahatsızlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05). Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre korku/rahatsızlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=10,401; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 2, 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1.ölçüm korku/rahatsızlık puanları, 2, 3 ve 4.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre korku/rahatsızlık puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=9,614; p=0,001). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 3 ve 4. ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1.ölçüm korku/rahatsızlık puanları, 3 ve 4.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm ailenin bakımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre ailenin bakımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=11,639; p=0,009). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1.ölçüm ailenin bakımı puanları, 4.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre ailenin bakımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Gruplara göre 1, 2 ve 3.ölçüm iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Gruplara göre 4.ölçüm iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=-2,699; p=0,010). Müdahale grubundakilerin 4.ölçüm iletişim puanları, kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=15,102; p=0,002). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1, 2 ve 3.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1, 2 ve 3.ölçüm iletişim puanları, 4.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Tablo 4.4. (Devam) Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Alt boyut	**4. Aile ile Bakım**					**5. İlişki**				
	Müdahale		**Kontrol**		**İstatistiksel analiz***	**Müdahale**		**Kontrol**		**İstatistiksel analiz***
Süreç* **	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**Olasılık**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**Olasılık**
1.ölçüm	12,76±1,20	13,0 [11,0-15,0]	12,08±1,97	12,0 [5,0-15,0]	Z=-1,021 p=0,307	15,92±1,82	16,0 [11,0-19,0]	17,20±1,63	17,0 [14,0-20,0]	t=-2,614 p=0,112
2.ölçüm	12,56±1,58	13,0 [9,0-15,0]	12,48±1,19	12,0 [10,0-15,0]	Z=-0,768 p=0,442	16,72±1,70	17,0 [14,0-20,0]	17,28±2,03	17,0 [13,0-21,0]	t=-1,058 p=0,295
3.ölçüm	12,88±1,30	13,0 [10,0-15,0]	12,52±1,19	12,0 [10,0-15,0]	Z=-1,093 p=0,274	17,52±2,24	18,0 [13,0-22,0]	17,64±2,46	18,0 [12,0-23,0]	t=-0,180 p=0,858
4.ölçüm	13,08±1,22	13,0 [10,0-15,0]			Z=-1,879** p=0,060	17,92±2,29	18,0 [14,0-22,0]			t=0,416** p=0,679
Analiz	$\chi 2$=2,486		$\chi 2$=0,219			F=8,354		F=0,806		
Olasılık	p=0,478		p=0,975			**p=0,000**		p=0,494		
Fark						**[1-3,4]**				

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. ** Araştırmanın 4. Ölçümü, müdahale grubunun ikinci standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri ile kontrol grubuna uygulanan bir standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kontrol grubunun 3. Ölçüm verileri tabloda tekrar belirtilmemiştir.
*** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Tablo 4.4. (Devam) Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

6. Aktif Bakım				
Müdahale		**Kontrol**		**İstatistiksel analiz***
$\bar{X} \pm S.S.$	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**Olasılık**
14,56±1,80	15,0 [12,0-19,0]	14,20±2,87	14,0 [9,0-20,0]	t=0,531 p=0,599
15,40±1,91	15,0 [12,0-20,0]	14,96±2,30	15,0 [10,0-20,0]	t=0,735 p=0,466
15,04±2,17	14,0 [11,0-20,0]	15,40±2,75	16,0 [9,0-20,0]	t=-0,513 p=0,610
15,76±2,88	16,0 [9,0-20,0]			Z=-0,666** p=0,506
	χ2=15,102 **p=0,002** **[1,2,3-4]**		F=3,398 p=0,078	

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. ** Araştırmanın 4. Ölçümü, müdahale grubunun ikinci standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri ile kontrol grubuna uygulanan bir standart hasta temelli eğitim uygulaması sonrası verileri arasında gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kontrol grubunun 3. Ölçüm verileri tabloda tekrar belirtilmemiştir.
*** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm aile ile bakım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre aile ile bakım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre aile ile bakım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre ilişki puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (F=8,354; p=0,000). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 3 ve 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1.ölçüm iletişim puanları, 3 ve 4.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Gruplara göre 1, 2, 3 ve 4.ölçüm aktif bakım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre aktif bakım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (χ^2=11,435; p=0,010). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1.ölçüm ile 4.ölçüm arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1.ölçüm aktif bakım puanları, 4.ölçüme göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin süreçlere göre aktif bakım puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

4.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum ve YSB Bilgi Formu Puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Müdahale Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin FATCOD ve YSB Bilgi Formu Puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Süreç**	Korelasyon* Müdahale grubu (n=25)	Pozitif duygulanım		Negatif duygulanım	
		r	*p*	*r*	*p*
1.ölçüm	*Korku/rahatsızlık*	0,506	**0,010**	-0,524	**0,007**
	Ailenin bakımı	0,011	0,959	-0,040	0,850
	İletişim	0,271	0,190	-0,199	0,340
	Aile ile bakım	0,107	0,611	-0,279	0,177
	İlişki	0,187	0,371	-0,272	0,189
	Aktif bakım	0,265	0,200	-0,242	0,243
	FATCOD – toplam	0,482	**0,015**	-0,555	**0,004**
	YSB bilgi puanı	-0,048	0,820	-0,28	0,162
2.ölçüm	*Korku/rahatsızlık*	0,604	**0,001**	-0,250	0,228
	Ailenin bakımı	0,475	**0,016**	-0,174	0,406
	İletişim	0,063	0,764	0,066	0,753
	Aile ile bakım	0,397	**0,049**	-0,157	0,452
	İlişki	0,347	0,090	-0,131	0,531
	Aktif bakım	0,059	0,779	0,099	0,639
	FATCOD – toplam	0,613	**0,001**	-0,219	0,293
	YSB bilgi puanı	0,248	0,232	0,227	0,275
3.ölçüm	*Korku/rahatsızlık*	0,511	**0,009**	-0,508	**0,009**
	Ailenin bakımı	0,300	0,144	-0,076	0,717
	İletişim	0,233	0,262	-0,219	0,293
	Aile ile bakım	0,032	0,878	0,017	0,936
	İlişki	0,274	0,186	-0,459	**0,021**
	Aktif bakım	0,093	0,659	-0,171	0,412
	FATCOD – toplam	0,472	**0,017**	-0,408	**0,043**
	YSB bilgi puanı	0,136	0,516	0,358	0,079
4.ölçüm	*Korku/rahatsızlık*	0,407	**0,044**	-0,631	**0,001**
	Ailenin bakımı	0,037	0,861	-0,062	0,770
	İletişim	0,332	0,105	-0,214	0,303
	Aile ile bakım	0,233	0,261	-0,232	0,264
	İlişki	0,122	0,562	-0,383	0,059
	Aktif bakım	0,251	0,226	0,127	0,547
	FATCOD – toplam	0,410	**0,042**	-0,546	**0,005**
	YSB bilgi puanı	-0,080	0,704	0,349	0,087

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson"; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda ise "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.
** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Tablo 4.5. (Devam) Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği ve YSB bilgi Formu Puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Süreç**	Korelasyon* Kontrol grubu (n=25)	Pozitif duygulanım		Negatif duygulanım	
		r	*p*	*r*	*p*
1.ölçüm	*Korku/rahatsızlık*	0,085	0,686	-0,512	**0,009**
	Ailenin bakımı	0,042	0,840	0,206	0,323
	İletişim	0,188	0,368	-0,058	0,785
	Aile ile bakım	0,198	0,342	-0,166	0,429
	İlişki	0,252	0,225	-0,523	**0,007**
	Aktif bakım	0,087	0,769	-0,073	0,729
	FATCOD – toplam	0,177	0,398	-0,418	**0,038**
	YSB bilgi puanı	0,103	0,623	-0,273	0,187
2.ölçüm	*Korku/rahatsızlık*	0,384	0,058	-0,610	**0,001**
	Ailenin bakımı	0,266	0,199	-0,009	0,965
	İletişim	0,231	0,266	-0,187	0,370
	Aile ile bakım	0,311	0,130	0,046	0,826
	İlişki	0,681	**0,001**	-0,433	**0,031**
	Aktif bakım	0,423	**0,035**	-0,130	0,535
	FATCOD – toplam	0,684	**0,000**	-0,578	**0,002**
	YSB bilgi puanı	0,033	0,874	0,314	0,126
3.ölçüm	*Korku/rahatsızlık*	0,502	**0,011**	-0,601	**0,001**
	Ailenin bakımı	0,401	**0,047**	-0,159	0,449
	İletişim	-0,101	0,631	-0,075	0,723
	Aile ile bakım	0,322	0,116	-0,167	0,424
	İlişki	0,679	**0,000**	-0,643	**0,001**
	Aktif bakım	0,469	**0,019**	-0,190	0,362
	FATCOD – toplam	0,670	**0,000**	-0,513	**0,009**
	YSB bilgi puanı	0,302	0,143	-0,352	0,084

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson"; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda ise "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.
** Ölçüm sırasının özelliklerine ilişkin veriler araştırmanın akış şemasında açıklanmıştır (Bknz 3.11)

Tablo 4.5' da Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin Tutum ölçeği ve YSB bilgi puanları ile PANAS puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin 1.ölçüm pozitif duygulanım ile korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam arasında pozitif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r= 0,506, p<0,05). 1.ölçüm pozitif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam artacaktır. Aynı şekilde, 1.ölçüm pozitif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam azalmaktadır.

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin 1.ölçüm negatif duygulanım ile korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam arasında negatif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,524, p<0,05). 1.ölçüm negatif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam azalmaktadır. Aynı

şekilde, 1.ölçüm negatif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam artacaktır.

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin 2.ölçüm pozitif duygulanım ile korku/rahatsızlık, ailenin bakımı, aile ile bakım ve Tutum ölçeği – toplam arasında pozitif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,604, p=0,001; r=0,475, p=0,016; r=0,397, p=0,049). 2.ölçüm pozitif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık, ailenin bakımı, aile ile bakım ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır. Aynı şekilde, 2.ölçüm pozitif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık, ailenin bakımı, aile ile bakım ve Tutum ölçeği – toplam puanı azalmaktadır.

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin 3. ölçüm pozitif duygulanım ile korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,511, p=0,009). 3.ölçüm pozitif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam artacaktır. Aynı şekilde, 3.ölçüm pozitif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam azalmaktadır.

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin 3.ölçüm negatif duygulanım ile korku/rahatsızlık, ilişki ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,-508, p=0,009). 3.ölçüm negatif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık, ilişki ve Tutum ölçeği – toplam puanı azalmaktadır. Aynı şekilde, 3.ölçüm negatif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık, ilişki ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır.

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin 4.ölçüm pozitif duygulanım ile korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,407, p=0,044). 4.ölçüm pozitif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır. Aynı şekilde, 4.ölçüm pozitif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı azalmaktadır.

Müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin 4.ölçüm negatif duygulanım ile korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,-631, p=0,001).

4.ölçüm negatif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı azalmaktadır. Aynı şekilde, 4.ölçüm negatif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin 1.ölçüm negatif duygulanım ile korku/rahatsızlık, ilişki ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,512, p=0,009; r=-0,523, p=0,007). 1.ölçüm negatif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı azalmaktadır. Aynı şekilde, 1.ölçüm negatif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin 2.ölçüm pozitif duygulanım ile ilişki, aktif bakım ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=0,681, p=0,001; r=0,423, p=0,035). 2.ölçüm pozitif duygulanım arttıkça, ilişki, aktif bakım ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır. Aynı şekilde, 2.ölçüm pozitif duygulanım azaldıkça, ilişki, aktif bakım ve Tutum ölçeği – toplam puan azalmaktadır.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin 2.ölçüm negatif duygulanım ile korku/rahatsızlık, ilişki ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,610, p=0,001; r=-0,433, p=0,031). 2.ölçüm negatif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı azalmaktadır. Aynı şekilde, 2.ölçüm negatif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin 3.ölçüm pozitif duygulanım ile korku/rahatsızlık, ailenin bakımı, ilişki, aktif bakım ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,502, p=0,011; r=0,401, p=0,047; r=0,679, p=0,000; r=0,469, p=0,019). 3.ölçüm pozitif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık, ailenin bakımı, ilişki, aktif bakım ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır. Aynı şekilde, 3.ölçüm pozitif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık, ailenin bakımı, ilişki, aktif bakım ve Tutum ölçeği – toplam puanı azalmaktadır.

Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin 3.ölçüm negatif duygulanım ile korku/rahatsızlık, ilişki ve Tutum ölçeği – toplam puanı arasında negatif yönde, orta

derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (r=-0,601, p=0,001; r=-0,643, p=0,001). 3.ölçüm negatif duygulanım arttıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı azalmaktadır. Aynı şekilde, 3.ölçüm negatif duygulanım azaldıkça, korku/rahatsızlık ve Tutum ölçeği – toplam puanı artacaktır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular altı başlık altında tartışılmıştır:

5.1.Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların incelenmesi

5.2.Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin YSB bilgi puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulguların incelenmesi

5.3.Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin Pozitif-Negatif Duygulanım ölçeği puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulguların incelenmesi

5.4.Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin Tutum ölçeği puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulguların incelenmesi

5.5. Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin Tutum ölçeği ve YSB bilgi formu puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım ölçeği puanları arasındaki ilişkilere yönelik bulguların incelenmesi

5.1. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hemşirelik, yaşam sonu dönem hastalarının ölüm sürecini ve ailelerinin yaşadıkları yas ve kederi sürekli olarak tecrübe eden, onlarla en uzun süre zaman geçirerek ihtiyaç duydukları hizmeti onlara sunarak ölüm ile en sık yüzleşen profesyonel sağlık üyeleridir (190). Mevcut araştırmada hemşirelik öğrencilerinin %60'a yakını, yaşam sonu bakıma ilişkin bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Literatüre bakıldığında Gürkan ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada (2011) öğrenci hemşirelerin %82,5'i, Dimoula ve arkadaşlarının çalışmasında (2019) %64,5'i, Karadağ'ın araştırmasında (2018) ise %76'sı, yaşam sonu dönemde olan hastanın bakımı konusunda bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir (141, 191, 192). Araştırma sonucumuza bakıldığında öğrencilerin yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin literatüre göre daha düşük olduğu görülmektedir. Öğrencilerin eğitim aldıkları kurumda palyatif bakım ve yaşam sonu dönem hasta bakım müfredatının zorunlu olmaması ve COVID-19 pandemisi sebebiyle öğrencilerin uzaktan eğitim yoluyla hemşirelik teorik eğitimine olan olumsuz etkileri sebebiyle bu sonucun geliştiği düşünülmektedir.

Hemşirelik öğrencileri eğitimleri süresince yer aldıkları ders ve uygulamalarda yaşam sonu döneme ilişkin bilgi ve gözlemler edinmekte ve bu durum, öğrencilerin yaşam sonu dönemdeki hastalara olan yaklaşımlarını da etkilemektedir (32, 193). Literatüre bakıldığında hemşirelik öğrencilerinin ölüm sürecindeki hastalara ilişkin endişe, korku, isteksizlik, çaresizlik, sinirlilik, suçluluk, pişmanlık, üzüntü, hayal kırıklığı ve öfke duygularını hissettikleri bildirilmektedir (22, 194). Araştırmamızda literatür ile uyumlu olarak hemşirelik öğrencilerinin ölüm sürecindeki hastalara ilişkin hissettikleri duyguların endişe ve üzüntü olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %90'a yakınının yaşam sonu dönemde olan bir hastaya klinik uygulama sürecinde ya da ailesinde hiç bakım vermemiş olması ve %60'a yakınının yaşam sonu bakıma ilişkin bilgisinin olmadığını ifade etmesinin bu duyguların gelişmesine katkı sağladığı düşünülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin arttırılması, klinik uygulamalarda yaşam sonu bakım verebilecekleri ortamlar ve hastalar ile temas etmelerinin sağlanması ve hemşire eğiticiler tarafından öğrencilerin yaşam sonu dönemdeki hastalara yönelik olumsuz duygu hissetmelerine

neden olan faktörlerin belirlenerek uygun müdahalelerde bulunulmasının öğrencilerde olumlu duygu gelişimine katkısı olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin YSB bilgi Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmamızda hemşirelik öğrencilerinin ilk ölçümde yaşam sonu bakım hemşireliği bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.). Palyatif bakımın bir parçası olan yaşam sonu bakımda nitelikli hemşirelerin önemi ve gerekliliği her geçen dönem katlanarak artmaktadır (195). Yeterli ve nitelikli yaşam sonu bakım eğitimi ya da farklı öğretim stratejileri ile desteklenen eğitim alan hemşirelerin sunduğu sağlık bakım kalitesinin sonuçlarının olumlu yönde etkileyerek hastalar ile iletişim, hastalara yönelik olumlu tutum ve bakım kalitesine katkısını gösteren birçok bir araştırma ve meta analiz literatürde yer almaktadır (30, 41, 42, 196, 197). COVID-19 pandemisi ile birlikte özellikle son üç yılda hemşirelik eğitiminde önemli dönüşümler gerçekleşmiştir. 2020 yılı itibariyle ilk önlemler olarak yüz yüze eğitim sonlandırılmış ve uzaktan eğitime geçilmiştir (198). Bu geçiş süreci hemşirelik eğitimini de önemli düzeyde etkilemiş olup öğrencilerin eğitimi, performans değerlendirme mekanizmalarının, ölçme değerlendirme sistemlerinin geliştirilmesi, derslerin tasarımı, yeni öğretim sistemlerinin oluşturulmasını zorunlu kılmakla beraber tüm bu hazırlıklar için yeterli zamanın olmayışı eğitim öğretim sürecinde birçok eksikliklere ve olumsuz sonuçların gelişmesine neden olmuştur (199, 200). Özellikle hemşirelik öğrencileri uzaktan eğitim sürecinde öğrenmeye ilişkin zorluklar yaşadıklarını bildirmişlerdir (201). İnternete erişim sorunları, asenkron eğitim yöntemlerinin kullanımında artma, klinik uygulama için hastaneye gidememek, çevrimiçi ve yalnızca simüle edilmiş uygulamaların yüz yüze eğitim kadar etkili olmaması öğrencilerin sorun yaşadığı alanlara örnek olarak sunulabilir (202, 203). Araştırmamıza dahil edilen öğrencilerin pandemiden en az etkilenen ve klinik uygulamaya en fazla çıkan son sınıf öğrencilerinden seçilmesine ve homojen grupların oluşturulmasına rağmen öğrencilerin birçok özellikli alanı barındıran ve çok boyutlu bakım anlayışı gerektiren yaşam sonu dönemdeki hastanın bakımına yönelik olarak bilgi düzeylerinin yetersiz olmasında klinik deneyim eksikliklerinin olması, tanımlayıcı verilerde öğrencilerin, yaşam sonu dönemdeki hastaya ilişkin hissettikleri

duygular değişkeninde çoğunlukla ‘endişe’ duygusunun ifade edilmesi, öğrencilerin eğitim süreçleri boyunca yaşam sonu dönemdeki hastaya yönelik eğitim ve uygulama yetersizliklerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda müdahale ve kontrol gruplarının her ikisinde de hemşirelik öğrencilerinin eğitim öncesi ve sonrasında yaşam sonu bilgi düzeylerinin anlamlı olarak yükseldiği bulunmuştur. Araştırma sonucu literatür ile uyumludur (30, 119, 141). Ancak tekrarlı standart hasta temelli eğitimin uygulandığı müdahale grubu ile tek standart hasta temelli eğitimin uygulandığı kontrol grubu arasında standart hasta eğitimi uygulamasına bağlı olarak yaşam sonu bilgi düzeyleri arasında anlamlılık bulunamamıştır. Literatürde yaşam sonu bakım eğitiminde simülasyon ve standart hasta kullanımının, hemşirelik öğrencilerinin öğrenme düzeyi, olumlu tutum geliştirme ve öz yeterliliklerini arttırdığı bildirilmektedir (204-206). Oldukça sınırlı sayıda olmasına rağmen Gillan ve arkadaşları (2013) tarafından yaşam sonu bakım eğitiminin tekrarlı standart hasta uygulaması ile gerçekleştirildiği bir araştırmada öğrenciler altı kez aynı hasta özellikleri içinde farklı senaryo ve rollerin yer aldığı uygulamalara katılmışlardır. Araştırma sonunda ise eğitimin yenilikçi bir yaklaşım olmasının yanı sıra güncel müfredata entegre edilmesinin gerekli olduğunu bildirmişlerdir (143). Brezis ve arkadaşlarının (2017) doktorlar ve hemşireleri dahil ettiği başka bir araştırmada ise yaşam sonu dönemdeki hastanın tedavi ve bakım sürecinin yönetiminde sağlık profesyonelleri, uygulamadan memnun olmakla birlikte zorlandıklarını, eğitim eksikliği, bilgi, zaman ve iletişim becerilerinde yetersizlik ve karar vermede belirsizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir (207). Araştırmamızda tekrarlı simülasyon sayısının yalnızca iki olması, öğrencilerin klinik yeterliliklerinin ve yaşam sonu dönemde hasta bakım tecrübelerinin pandeminin etkisi nedeniyle oldukça sınırlı olması nedeniyle tekrarlı uygulamanın bilgi düzeyleri üzerinde anlamlı fark oluşturmadığı düşünülmektedir. Palyatif bakım ve yaşam sonu bakım eğitimlerinde simülasyon kullanımı ve teorik içeriğin müfredatta daha fazla yer almasının ve öğrencilerin klinik uygulama ortamlarında daha fazla yaşam sonu dönemde olan hastalara bakım vermesinin sağlanmasının bilgi düzeylerinin yükselmesine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

5.3. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Pozitif-Negatif Duygulanım ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmamızda müdahale ve kontrol gruplarının her ikisinde sıralı ölçümlerde hemşirelik öğrencilerinin eğitim ve standart hasta simülasyonu uygulaması öncesi ve sonrasında pozitif duygulanımlarında anlamlılık bulunmamış ancak negatif duygulanımlarının anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri için hem kendi duygularıyla başa çıkmak hem de aynı süreçte bakım vermek zordur (208). Hasta ve yakınlarına yaşam sonu dönemde bakım ve destek sağlama sorumlulukları bulunan öğrenciler, yetersiz başa çıkma ya da klinik beceri eksikliklerine bağlı olarak emosyonel olarak kendisini deneyimleyeceği yeterli oranda gözlem ve deneyim yaşayamaması sebebiyle bakım sürecine yönelik olumsuz duygu geliştirebilmektedir (22, 25, 209). Öğrencilerin yaşam sonuna ilişkin klinik deneyimleri, uygulamaları ve bilgi düzeyleri arttıkça ise hasta bakımına karşı daha istekli ve şefkatli davranışlarda bulundukları ve hastalar ile daha fazla temasa geçtikleri bildirilmektedir (133, 210, 211). Bu sonuçlarla araştırmamızın literatür ile uyumlu olduğu, eğitim ve standart hasta uygulamalarının, öğrencilerin öğrencinin öğrenme sürecini olumlu olarak desteklediği, bilgi ve donanımlarını geliştirmesi sebebiyle öğrencilerin negatif duygulanımlarının azaldığı düşünülmektedir.

Araştırmada tekrarlı standart hasta temelli eğitiminin uygulandığı müdahale grubu ile tek standart hasta temelli eğitiminin uygulandığı kontrol grubu arasında standart hasta eğitimi uygulamasına bağlı olarak pozitif-negatif duygulanım gelişiminde bir değişim bulunamamıştır. Literatürde yaşam sonu bakıma ilişkin tekrarlı standart hasta simülasyonu uygulamalarının duygu değişimlerine etkisine yönelik bir araştırma bulunamamış olup tekrarlı simülasyon uygulamalarına yönelik sağlık profesyonellerinin olumlu geri bildirimlerde bulunduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (143, 207). Tekrarlı standart hasta uygulamalarının, öğrencilerin duygularını ve streslerini kontrol etmeleri için bir fırsat yaratması, öğrencilere güvenli ve kontrollü bir ortamda sayısız beceriyi uygulama şansı vermesi ve bakım performansını arttırmasının pozitif duygulanımı arttırma, negatif duygulanımı azaltma konusunda hemşire eğiticilere önemli fırsatlar sunduğunu bildiren araştırma örnekleri de bulunmaktadır (156, 212-214). Araştırmamızda öğrencilerin özellikle tekrarlı

simülasyon sonrası olumlu iletişim kurmaya yönelik tutumlarının artması ve çözümleme oturumunda kendilerini daha donanımlı ve kendinden emin hissettiklerini ifade etmelerinin ölüm sürecindeki hastaya ilişkin negatif duygularının azalarak olumlu yönde etkilendiğini düşündürmektedir.

5.4. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum Ölçeği Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Araştırmamızda müdahale grubundaki hemşirelik öğrencilerinin aldıkları yaşam sonu bakım eğitimi ve tekrarlı standart hasta temelli uygulamalar sonrasında yaşam sonu dönemdeki hastaya olan olumlu tutumlarında toplamda, korku rahatsızlık, ailenin bakımı, iletişim, ilişki, aktif bakım ve aile ile bakım başlıklarında anlamlı bir artış olduğu belirlenmiş olup, özellikle tekrarlı standart hasta temelli eğitiminin uygulanmasıyla olumlu tutumun toplam puan, korku-rahatsızlık, iletişim, ilişki, ailenin bakımı ve aile ile bakımda daha da arttığı belirlenmiştir. Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin grup içi ölçüm sonuçları da müdahale grubu hemşirelik öğrencilerinin sonuçları ile paralellik göstermekte olup toplamda ve korku ve rahatsızlık başlıklarında anlamlı bir artış olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin, çoğunlukla acı ve ızdırap deneyimleyen yaşam sonu dönem hastalarının bakım verme sürecini etkili olarak sürdürebilmesinde; artan duygusal yüklerini yönetebilme ve hastalara karşı olumlu tutum geliştirebilmelerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (194, 209, 215). Literatüre bakıldığında hastalar ile temasın arttırılmasının ve nitelikli yaşam sonu bakım eğitimlerinin hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu dönemdeki hastaya ilişkin olumlu tutum geliştirmedeki etkili yöntemlerden biri olduğu belirtilmektedir (37, 192, 216-218). Mevcut araştırmamız, genel olarak literatür sonuçları ile uyumludur. Öğrencilerin aldıkları yaşam sonu bakım eğitimi ve tekrarlı standart hasta temelli uygulamanın yaşam sonu dönemdeki hastaya olan olumlu tutumlarında arttırdığı belirlenmiştir.

Araştırmada tekrarlı standart hasta temelli uygulama eğitiminin yer aldığı müdahale grubu ile tek standart hasta temelli uygulama eğitiminin yer aldığı kontrol grubu arasında standart hasta temelli eğitim uygulama sayısına bağlı olarak uygulama sayısı arttıkça hemşirelik öğrencilerinin iletişime yönelik olumlu tutumlarının da

arttığı belirlenmiştir. Tekrarlı simülasyon uygulamalarının kullanıldığı araştırma örnekleri literatürde sınırlı olmakla birlikte genel olarak tekrarlı uygulama sonrası öğrencilerin öğrenme yetkinliklerinin daha iyi olduğu bildirilmektedir (219, 220). Mevcut literatürde yaşam sonu dönemdeki hastaya en iyi nasıl bakılabileceğini öğrenmenin en iyi yolunun, klinik deneyimin arttırılması ve zorunlu palyatif bakım eğitiminin müfredata entegre edilmesinden geçtiği sıklıkla vurgulanmaktadır (194, 221). Araştırmamızda, öğrencilerin yaşam sonu dönemde olan hastalarla temas etme fırsatlarının arttırılmasının hasta ile daha iyi iletişime geçmelerini ve olumlu tutum göstermelerini sağladığı belirlenmiştir. Bu sonuç itibariyle araştırmamız literatür ile uyumluluk göstermekte olup öğrencilerin hasta deneyimlerinin arttırılması için uygun girişimlerin planlanması ve uygulanmasının hasta bakım kalitesini geliştireceği düşünülmektedir.

5.5. Müdahale ve Kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Tutum ve YSB bilgi Formu Puanları ile Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulguların İncelenmesi

Araştırmamızda hem müdahale hem de kontrol grubundaki hemşirelik öğrencilerinin sıralı ölçümlerinde müdahale grubunda pozitif duygulanımlarının artmasıyla yaşam sonu dönemdeki hastaya yönelik olumlu tutumlarının arttığı, negatif duygulanımlarının arttığı durumda ise olumlu tutumlarının azaldığı belirlenmiştir. Kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinde de pozitif duygulanımlarının artmasıyla yaşam sonu dönemdeki hastaya yönelik olumlu tutumlarının arttığı, negatif duygulanımlarının arttığı durumda ise olumlu tutumlarının azaldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşam sonu dönemdeki hastaya bakım verme sürecinde baş etme yöntemlerinden biri olarak duygu yönetimini kullandıkları ve hastalara karşı olumlu duygu geliştirmeleri durumunda tutumlarının da olumlu yönde değişebileceği literatürde bildirilmektedir (222-224). Hemşirelik öğrencilerinin de klinik uygulama sürecinde hastalar ile ilişkilerinde duygunun önemli bir değişken olduğu belirtilmektedir (25, 26). Literatüre bakıldığında Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmada sonunda,

- Öğrencilerin %60'a yakınının yaşam sonu bakıma ilişkin bilgisinin olmadığını ifade ettiği ve %90'a yakınının ise yaşam sonu dönemde olan hastaya klinikte ya da yakını olarak hemşirelik bakımı vermediği belirlenmiştir.

- Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu dönemdeki hastaya yönelik olarak en çok üzüntü ve endişe duygularını hissettikleri,

- Hemşirelik öğrencilerinin eğitim öncesi yaşam sonu bakım hemşireliği bilgi düzeyi düşük olduğu, eğitim ve standart hasta temelli uygulama sonrası sıralı ölçümlerinde ise arttığı bulunmuştur.

- Yaşam sonu bakım eğitimi ve standart hasta temelli uygulamanın öğrencilerin yaşam sonu dönemde olan hastaya yönelik olumlu tutumlarını arttırdığı, negatif duygulanımlarını azalttığı belirlenmiştir.

- Araştırmada tekrarlı standart hasta temelli uygulama eğitiminin ise hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu dönemdeki hastaya yönelik iletişim kurma tutumlarına olumlu yönde katkı sağladığı belirlenmiştir.

- Araştırmamızda kullandığımız senaryo temelli standart hasta eğitimi uygulamasının etkililiğine yönelik öğrenci değerlendirme puanları yüksek olarak bulunmuş ve öğrenciler tarafından simülasyon eğitiminin etkili bir öğrenme aracı olarak görüldüğü belirlenmiş olup tekrarlı standart hasta eğitiminin olumlu algının geliştirilmesinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu dönemdeki hasta bakım bilgilerini arttıracak çalışmaların arttırılması,
- Hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu dönemdeki hastaya yönelik olumlu tutumlarını arttıracak araştırma sayılarının arttırılması,
- Hemşirelik öğrencilerine yaşam sonu bakımı uygulamasında bilgi,tutum ve duygularını geliştirmek amacıyla ikiden fazla tekrarlı olacak simülasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,
- Yeni mezun hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitim uygulamalarına standart hasta eğitimi yönteminin de eklenerek etkililiğini değerlendiren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Salins N, Gursahani R, Mathur R, Iyer S, Macaden S, Simha N, et al. Definition of terms used in limitation of treatment and providing palliative care at the end of life: The Indian council of medical research commission report. Indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine. 2018;22(4):249.

2. Organization WH. First ever global atlas identifies unmet need for palliative care. 2014.

3. Ernecoff NC, Wessell KL, Hanson LC, Dusetzina SB, Shea CM, Weinberger M, et al. Elements of palliative Care in the Last 6 months of life: frequency, predictors, and timing. Journal of general internal medicine. 2020;35(3):753-61.

4. Broad JB, Gott M, Kim H, Boyd M, Chen H, Connolly MJ. Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. International journal of public health. 2013;58(2):257-67.

5. Stow D, Spiers G, Matthews FE, Hanratty B. What is the evidence that people with frailty have needs for palliative care at the end of life? A systematic review and narrative synthesis. Palliative medicine. 2019;33(4):399-414.

6. Heidrich DE. The dying process. Palliative & end-of-life care: Clinical practice guidelines. 2007;2:33-45.

7. Bausewein C, Daveson BA, Currow DC, Downing J, Deliens L, Radbruch L, et al. EAPC White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services–Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Outcome Measurement. Palliative medicine. 2016;30(1):6-22.

8. Lee GL, Woo IMH, Goh C. Understanding the concept of a “good death” among bereaved family caregivers of cancer patients in Singapore. Palliative & supportive care. 2013;11(1):37-46.

9. Bhadelia A, Oldfield LE, Cruz JL, Singh R, Finkelstein EA. Identifying core domains to assess the ‘quality of death’: A scoping review. Journal of Pain and Symptom Management. 2021.

10. Lund S, Richardson A, May C. Barriers to advance care planning at the end of life: an explanatory systematic review of implementation studies. Plos one. 2015;10(2):e0116629.

11. Noble C, Grealish L, Teodorczuk A, Shanahan B, Hiremagular B, Morris J, et al. How can end of life care excellence be normalized in hospitals? Lessons from a qualitative framework study. BMC Palliative Care. 2018;17(1):1-12.

12. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu; palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 2013;11(2):56-70.

13. Devery K, Winsall M, Rawlings D. Teams and continuity of end-of-life care in hospitals: managing differences of opinion. BMJ Open Quality. 2022;11(2):e001724.

14. Schellinger S, Cain CL, Shibrowski K, Elumba D, Rosenberg E. Building new teams for late life care: lessons from LifeCourse. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2016;33(6):561-7.

15. Ferrell B, Malloy P, Virani R. The end of life nursing education nursing consortium project. Ann Palliat Med. 2015;4(2):61-9.

16. Cavaye J, Watts JH. An integrated literature review of death education in pre-registration nursing curricula: key themes. International Journal of Palliative Care. 2014;2014.

17. Efstathiou N, Walker W. Intensive care nurses' experiences of providing end-of-life care after treatment withdrawal: a qualitative study. Journal of clinical nursing. 2014;23(21-22):3188-96.

18. Beckstrand RL, Callister LC, Kirchhoff KT. Providing a “good death”: critical care nurses’ suggestions for improving end-of-life care. American journal of critical care. 2006;15(1):38-45.

19. Kisorio LC, Langley GC. Intensive care nurses’ experiences of end-of-life care. Intensive and Critical Care Nursing. 2016;33:30-8.

20. Espinosa SM. Coping of the nursing professional with the death of patients in units of palliative and oncology. NURE investigación: Revista Científica de enfermería. 2016;13(82):2.

21. Cevik B, Kav S. Attitudes and experiences of nurses toward death and caring for dying patients in Turkey. Cancer nursing. 2013;36(6):E58-E65.

22. Ay MA, Öz F. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. Nursing Ethics. 2019;26(5):1442-57.

23. Perdigon AGC, Strasser G. Dying process and nursing: a relational approach. Theoretical reflections on assistance dealing with death. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2015;25:485-500.

24. Williams A. Hochschild (2003)—The managed heart: The recognition of emotional labour in public service work. Nurse education today. 2013;1(33):5-7.

25. Jack K, Wibberley C. The meaning of emotion work to student nurses: A Heideggerian analysis. International Journal of Nursing Studies. 2014;51(6):900-7.

26. McAndrew S, Warne T. Portraying an abstract landscape: Using painting to develop self-awareness and sensitive practice. Creative Approaches to Health and Social Care Education Basingstoke: Palgrave Macmilla. 2010:129-41.

27. Harrison S. Leadership Alliance for the Care of Dying People, ONE CHANCE TO GET IT RIGHT: Improving People’s Experience of Care in the Last Few Days and Hours of Life. London: LACDP, 2014, 168pp.(Pbk). Publications

Gateway Reference 01509, free of charge. Health and Social Care Chaplaincy. 2014;2(1):146-8.

28. Ramjan JM, Costa CM, Hickman LD, Kearns M, Phillips JL. Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia–Sydney experience. Collegian. 2010;17(2):85-91.

29. Kent B, Anderson NE, Owens RG. Nurses' early experiences with patient death: The results of an on-line survey of Registered Nurses in New Zealand. International journal of nursing studies. 2012;49(10):1255-65.

30. Chua JYX, Shorey S. Effectiveness of end-of-life educational interventions at improving nurses and nursing students' attitude toward death and care of dying patients: A systematic review and meta-analysis. Nurse Education Today. 2021;101:104892.

31. Tamaki T, Inumaru A, Yokoi Y, Fujii M, Tomita M, Inoue Y, et al. The effectiveness of end-of-life care simulation in undergraduate nursing education: A randomized controlled trial. Nurse education today. 2019;76:1-7.

32. 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.

33. Laporte P, Juvet T, Desbiens J-F, Tapp D, Pasquier J, Bornet M-A. Factors affecting attitudes towards caring for terminally ill patients among nursing students in Switzerland: a cross-sectional study. BMJ open. 2020;10(9):e037553.

34. Mastroianni C, Marchetti A, D'Angelo D, Artico M, Giannarelli D, Magna E, et al. Italian nursing students' attitudes towards care of the dying patient: a multi-center descriptive study. Nurse Education Today. 2021;104:104991.

35. De Araújo M, Da Silva MJP, Francisco M. Nursing the dying: essential elements in the care of terminally ill patients. International Nursing Review. 2004;51(3):149-58.

36. Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU nurses' experiences in providing terminal care. Critical care nursing quarterly. 2010;33(3):273-81.

37. Gillan PC, van der Riet PJ, Jeong S. End of life care education, past and present: a review of the literature. Nurse Education Today. 2014;34(3):331-42.

38. Kudubeş AA, Özkan S, Semerci R. Hemşirelik Lisans ve Lisansüstü Programlarında Palyatif Bakım Dersinin Yeri: Türkiye Uygulaması. 2022.

39. ATAKOĞLU R, Asiye G, TÜREN S, KIVANÇ MM, ÖZÇALIK CK. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımının Önemi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2020;3(2):52-60.

40. Banks S, Stanley MJ, Brown S, Matthew W. Simulation-based interprofessional education: A nursing and social work collaboration. Journal of Nursing Education. 2019;58(2):110-3.

41. MacLean S, Kelly M, Geddes F, Della P. Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. Nurse education today. 2017;48:90-8.

42. Shaw PA, Abbott MA. High-fidelity simulation: Teaching end-of-life care. Nurse Education Today. 2017;49:8-11.

43. Cantrell MA, Franklin A, Leighton K, Carlson A. The evidence in simulation-based learning experiences in nursing education and practice: An umbrella review. Clinical Simulation in Nursing. 2017;13(12):634-67.

44. Sözlüğü TDK. Palyatif kelime anlamı 2022 [Available from: https://sozluk.gov.tr/.

45. Rosa WE. Integrating palliative care into global health initiatives: opportunities and challenges. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2018;20(2):195-200.

46. (WHO) WHO. Definition of palliative care 2022 [Available from: Available from: https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

47. Organization WH. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]: World Health Organization; 1990.

48. Lagman R, Walsh D, editors. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. Seminars in oncology; 2005: Elsevier.

49. Organization WH. pallative care 2022 [Available from: https://www.who.int/health-topics/palliative-care.

50. World Health Organization. Noncommunıcable dıseases country profiles 2019. 2019 [Available from: file:///C:/Users/USER/Downloads/9789241514620-eng.pdf (Access date: 16.09.2022).

51. Gomes B, Pinheiro MJ, Lopes S, de Brito M, Sarmento VP, Lopes Ferreira P, et al. Risk factors for hospital death in conditions needing palliative care: nationwide population-based death certificate study. Palliative medicine. 2018;32(4):891-901.

52. Yakar B, Batbas CS, Pirinçci E. Palyatif Bakım ve Hospis. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021;30(2):136-43.

53. Uslu FŞ, Terzioğlu F. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakim Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2015;4(2):81-90.

54. Bakanlığı TCS. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2018. 2015.

55. Durmuş SÇ. Türkiye ve Dünya'da Palyatif Bakım. In: Hüsna Özveren EG, editor. Palyatif Bakım ve Hemşirelik. 2. Ankara: Akademisyen Yayınevi Kitapevi; 2021. p. 33.

56. Dy SM, Kiley KB, Ast K, Lupu D, Norton SA, McMillan SC, et al. Measuring what matters: top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and

Palliative Nurses Association. Journal of pain and symptom management. 2015;49(4):773-81.

57. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC anesthesiology. 2018;18(1):1-6.

58. Mcıntosh E, & Zerwekh, J. Nursing care at the end of life: palliative care for patient and families. Philadelphia: FA Davis; 2006. 21-42 p.

59. Association CHPC. A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice-Revised and Condensed Edition: 2013. 2013.

60. Sarman A. Palyatif/Pediatrik Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişim Süreci, İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi.8(3):153-60.

61. Müdürlüğü SBTHG. Türkiye'de özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetleri 2011-2023. Editör, Akdağ R, Tosun N, Çinal A, Yeşilyurt H, Şencan İ, Koç O, Dilsiz A, Bayraktar G, Küçük A, Yastı AÇ, Baş AY, Kervan Ü, Göksel F, Ankara. 2011:58-60.

62. Hudson P. Home-based support for palliative care families: challenges and recommendations. Medical journal of Australia. 2003;179:S35-S17.

63. Bull J, Kamal AH, Harker M, Taylor Jr DH, Bonsignore L, Morris J, et al. Standardization and scaling of a community-based palliative care model. Journal of palliative medicine. 2017;20(11):1237-43.

64. Thomas K, Free A. The Gold Standards Framework is pivotal to palliative care. Guidelines in Practice. 2006;9(6):29-39.

65. Gwyther L, Krause R, Cupido C, Stanford J, Grey H, Credé T, et al. The development of hospital-based palliative care services in public hospitals in the Western Cape, South Africa. South African Medical Journal. 2018;108(2):86-9.

66. Sürmeli D, Akçiçek F. Palyatif Bakım: Tanımı ve Tarihçesi. Turkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics. 2016;9(1):8-11.

67. Saunders C. The evolution of palliative care. Journal of the royal society of medicine. 2001;94(9):430-2.

68. Cruz-Oliver DM. Palliative care: an update. Missouri medicine. 2017;114(2):110-5.

69. Twycross RG. Hospice care–redressing the balance in medicine. Journal of the Royal Society of Medicine. 1980;73(7):475-81.

70. Kim CG. The history of hospice and palliative care in Korea. The Korean Journal of Hospice and Palliative Care. 2019;22(1):1-7.

71. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. Journal of pain and symptom management. 2013;45(6):1094-106.

72. Kabalak AA. Türkiye'de Palyatif Bakim; 2014, Güncel Gelişmeler, Gereksinimler. Anestezi Dergisi. 2014;22(3):121-3.

73. Bakanlığı TCS. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005.

74. Bakanlığı TCS. Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2010.

75. Bakanlığı TCS. 2021 Yılı Bütçe Sunumu. Ankara; 2021.

76. Aksakal H, Kahveci K, Orhan K. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı: Akademisyen Kitabevi; 2018. 9-15 p.

77. Bakanlığı TCS. 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği. Ankara; 2010.

78. Akyol A. Yetişkinde Ölüm Süreci ve Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;26(3).

79. Krau SD. The difference between palliative care and end of life care: more than semantics. Nursing clinics. 2016;51(3):ix-x.

80. Elçigil A. Palliative care nursing. Gülhane Tip Dergisi. 2012;54(4):329.

81. Hawley P. Barriers to access to palliative care. Palliative Care: Research and Treatment. 2017;10:1178224216688887.

82. Bookbinder M, Rutledge D, Donaldson N, Pravikoff D. End-of-life care series. Part 1. Principles. Online Journal of Clinical Innovations. 2001;4(4):1-30.

83. William L, Jackson K, Bostanci A, Ward J, Martin P, Pittman L, et al. Diagnosis matters: the differing clinical trajectories for terminal prostate, lung and haematological cancers. Australian family physician. 2015;44(7):479-84.

84. Johnson A, Chang E, O'Brien L. Nursing the dying: a descriptive survey of Australian undergraduate nursing curricula. International Journal of Nursing Practice. 2009;15(5):417-25.

85. Jafari M, Rafiei H, Nassehi A, Soleimani F, Arab M, Noormohammadi MR. Caring for dying patients: attitude of nursing students and effects of education. Indian Journal of Palliative Care. 2015;21(2):192.

86. Care LCfP. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2015. 2015.

87. Gerber K, Hayes B, Bryant C. Preferences for place of care and place of death: What, how, when and who to ask? Progress in Palliative Care. 2019;27(2):64-8.

88. Hoare S, Morris ZS, Kelly MP, Kuhn I, Barclay S. Do patients want to die at home? A systematic review of the UK literature, focused on missing preferences for place of death. PloS one. 2015;10(11):e0142723.

89. Nerse S. Kırsal alandaki yaşlıların ölüm yeri ve ölüm deneyimi arasındaki ilişki. Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi (SKAD). 2020;6(13):133-56.

90. Waller A, Turon H, Mansfield E, Clark K, Hobden B, Sanson-Fisher R. Assisting the bereaved: a systematic review of the evidence for grief counselling. Palliative Medicine. 2016;30(2):132-48.

91. Raijmakers NJ, Van Zuylen L, Costantini M, Caraceni A, Clark JB, De Simone G, et al. Issues and needs in end-of-life decision making: an international modified Delphi study. Palliative medicine. 2012;26(7):947-53.

92. Sinuff T, Dodek P, You JJ, Barwich D, Tayler C, Downar J, et al. Improving end-of-life communication and decision making: the development of a conceptual framework and quality indicators. Journal of pain and symptom management. 2015;49(6):1070-80.

93. Levoy K, Tarbi EC, De Santis JP. End-of-life decision making in the context of chronic life-limiting disease: a concept analysis and conceptual model. Nursing outlook. 2020;68(6):784-807.

94. Hagan TL, Xu J, Lopez RP, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. Elsevier; 2018. p. 216-9.

95. NICE. NICE impact end of life care for adults. London; 2020 25 April.

96. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee J, Lima Ld, Pons-Izquierdo J, Clark D, et al. EAPC atlas of palliative care in Europe. Romania. 2019;122:0-6.

97. Chapman L, Ellershaw J. Care in the last hours and days of life. Medicine. 2020;48(1):52-6.

98. Spicer S, Heller R, Troth S. Hospice clinical experiences for nursing students: Living to the fullest. Journal of Christian Nursing. 2015;32(1):46-9.

99. Ferrell BR, Consortium E-o-LNE. ELNEC final hours of life supplemental materials. 2020.

100. Wunsch H, Harrison DA, Harvey S, Rowan K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. Intensive care medicine. 2005;31(6):823-31.

101. Morgan J. How to improve services for dying patients in critical care: adapting protocols. Nursing times. 2010;106(4):16-8.

102. Bruera E, Neumann CM. The uses of psychotropics in symptom management in advanced cancer. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 1998;7(4):346-58.

103. Pisani L, Hill NS, Pacilli AMG, Polastri M, Nava S. Management of dyspnea in the terminally ill. Chest. 2018;154(4):925-34.

104. Wildiers H, Dhaenekint C, Demeulenaere P, Clement PM, Desmet M, Van Nuffelen R, et al. Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. Journal of pain and symptom management. 2009;38(1):124-33.

105. Ovayolu Ö, Ovayolu N. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;4(3):54-64.

106. Groninger H, Vijayan J. Pharmacologic management of pain at the end of life. American Family Physician. 2014;90(1):26-32.

107. Gulati RR. The Challenge of Cancer Pain Assessment. The Ulster medical journal. 2021;90(1):37.

108. Çelik S, Baş BK, Korkmaz ZN, Karaşahin H, Yıldırım S. Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2018;14(1):17-23.

109. Morris D, Galicia-Castillo M. Dying with dyspnea in the hospital. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2017;34(2):132-4.

110. Mularski RA, Heine CE, Osborne ML, Ganzini L, Curtis JR. Quality of dying in the ICU: ratings by family members. Chest. 2005;128(1):280-7.

111. Özlem U, FADILOĞLU ZÇ. İyi Ölüm ve Yapılandırılması. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;10(1):55-62.

112. Azhar A, Hui D. Management of Physical Symptoms in Patients with Advanced Cancer during the Last Weeks and Days of Life. Cancer Research and Treatment. 2022;54(3):661-70.

113. Campbell ML, Donesky D, Sarkozy A, Reinke LF. Treatment of Dyspnea in Advanced Disease and at the End of Life. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2021;23(5):406-20.

114. Lokker ME, van Zuylen L, van der Rijt CC, van der Heide A. Prevalence, impact, and treatment of death rattle: a systematic review. Journal of pain and symptom management. 2014;47(1):105-22.

115. Kolb H, Snowden A, Stevens E, Atherton I. A retrospective medical records review of risk factors for the development of respiratory tract secretions (death rattle) in the dying patient. Journal of Advanced Nursing. 2018;74(7):1639-48.

116. Kolb H, Snowden A, Stevens E. Systematic review and narrative summary: treatments for and risk factors associated with respiratory tract secretions (death rattle) in the dying adult. Journal of advanced nursing. 2018;74(7):1446-62.

117. Watts T, Willis D, Noble S, Johnston B. Death rattle: reassuring harbinger of imminent death or a perfect example of inadequacies in evidence-based practice. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2019;13(4):380-3.

118. Back IN, Jenkins K, Blower A, Beckhelling J. A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle. Palliative Medicine. 2001;15(4):329-36.

119. Ferrell B, Mazanec P, Malloy P, Virani R. An innovative end-of-life nursing education consortium curriculum that prepares nursing students to provide primary palliative care. Nurse Educator. 2018;43(5):242-6.

120. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in End-of-Life care: issues and challenges. Nursing in critical care. 2011;16(3):116-23.

121. Van Giersbergen MY, Geçit S. Son Gün ve Saatlerdeki Yaşam sonu Bakımda Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;33(1):191-201.

122. Becqué YN, Rietjens JA, van Driel AG, van der Heide A, Witkamp E. Nursing interventions to support family caregivers in end-of-life care at home: a systematic narrative review. International journal of nursing studies. 2019;97:28-39.

123. Uğur Ö, Fadıloğlu Ç. İyi Ölüm ve Yapılandırılması. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;10(1):55-62.

124. Chan CW, Chow MC, Chan S, Sanson-Fisher R, Waller A, Lai TT, et al. Nurses' perceptions of and barriers to the optimal end-of-life care in hospitals: A cross-sectional study. Journal of clinical nursing. 2020;29(7-8):1209-19.

125. Deffner JM, Bell SK. Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. Journal for nurses in professional development. 2005;21(1):19-23.

126. Pehlivan S, Lafçı D, Vatansever N, Yıldız E. Relationship between death anxiety of Turkish nurses and their attitudes toward the dying patients. OMEGA-journal of Death and Dying. 2020;82(1):128-40.

127. Milligan F, Almomani E. Death anxiety and compassion fatigue in critical care nurses. British Journal of Nursing. 2020;29(15):874-9.

128. Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin ve ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;2(2):41-6.

129. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. Nursing ethics. 2012;19(2):183-95.

130. Howell DA, Shellens R, Roman E, Garry AC, Patmore R, Howard MR. Haematological malignancy: are patients appropriately referred for specialist palliative and hospice care? A systematic review and meta-analysis of published data. Palliative medicine. 2011;25(6):630-41.

131. Leung D, Esplen MJ, Peter E, Howell D, Rodin G, Fitch M. How haematological cancer nurses experience the threat of patients' mortality. Journal of advanced nursing. 2012;68(10):2175-84.

132. Schlairet MC. End-of-life nursing care: Statewide survey of nurses' education needs and effects of education. Journal of Professional Nursing. 2009;25(3):170-7.

133. Price DM, Strodtman L, Montagnini M, Smith HM, Miller J, Zybert J, et al. Palliative and end-of-life care education needs of nurses across inpatient care settings. The Journal of Continuing Education in Nursing. 2017;48(7):329-36.

134. De Lemos Novais AS, Aguiar AR, Sousa AR, Almeida M, Raposo M. Nursing students' attitudes towards death and end-of-life care. Revista de Enfermagem Referência. 2021(6).

135. Szczupakowska M, Stolarek P, Roszak M, Głodowska K, Baum E. Patient's Death From the Perspective of Nursing Students. Frontiers in Public Health. 2021:420.

136. Abu-El-Noor NI, Abu-El-Noor MK. Attitude of Palestinian nursing students toward caring for dying patients: A call for change in health education policy. Journal of Holistic Nursing. 2016;34(2):193-9.

137. Xu F, Huang K, Wang Y, Xu Y, Ma L, Cao Y. A questionnaire study on the attitude towards death of the nursing interns in eight teaching hospitals in Jiangsu, China. BioMed research international. 2019;2019.

138. A'la MZ, Setioputro B, Kurniawan DE. Nursing students' attitudes towards caring for dying patients. Nurse Media Journal of Nursing. 2018;8(1):25-34.

139. Al Qadire M. Knowledge of palliative care: An online survey. Nurse education today. 2014;34(5):714-8.

140. Khraisat OM, Hamdan M, Ghazzawwi M. Palliative care issues and challenges in Saudi Arabia: knowledge assessment among nursing students. Journal of Palliative Care. 2017;32(3-4):121-6.

141. Dimoula M, Kotronoulas G, Katsaragakis S, Christou M, Sgourou S, Patiraki E. Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. Nurse Education Today. 2019;74:7-14.

142. O'Connor B. CARES: Competencies and recommendations for educating undergraduate nursing students preparing nurses to care for the seriously ill and their families. Journal of Professional Nursing. 2016;2(32):78-84.

143. Gillan PC, Parmenter G, van der Riet PJ, Jeong S. The experience of end of life care simulation at a rural Australian University. Nurse Education Today. 2013;33(11):1435-9.

144. Sherwen E. Improving end of life care for adults. Nursing standard. 2014;28(32).

145. Zhu H, Wei L, Niu P. The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. Global health research and policy. 2020;5(1):1-3.

146. Gómez-Ibáñez R, Watson, C., Leyva-Moral, J. M., Aguayo-González, M., & Granel, N. . Final-year nursing students called to work: Experiences of a rushed labour insertion during the COVID-19 pandemic. Nurse Education in Practice. 2020;49.

147. Chisbert-Alapont E, García-Salvador I, De La Ossa-Sendra MJ, García-Navarro EB, De La Rica-Escuín M. Influence of Palliative Care Training on Nurses' Attitudes towards End-of-Life Care during the COVID-19 Pandemic in Spain. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(21):11249.

148. Aebersold M. The history of simulation and its impact on the future. AACN advanced critical care. 2016;27(1):56-61.

149. Sarı D, Erdem H. The use of high fidelity simulation in nursing education: A literature review Hemşirelik eğitiminde yüksek gerçekli simülasyon kullanimi: Literatür incelemesi. Journal of Human Sciences. 2017;14(4):3690-707.

150. ŞİMŞEK M, ÇONOĞLU G, ORGUN F. Hemşirelik eğitiminde kazandırılması planlanan temel hemşirelik becerilerinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018;34(1):1-25.

151. Quirós SM, Vargas MAdO. Clinical Simulation: a strategy that articulates teaching and research practices in nursing. SciELO Brasil; 2014. p. 815-6.

152. Sezer H, Orgun F. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı ve Simülasyonun Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;33(2):140-52.

153. McCaughey CS, Traynor MK. The role of simulation in nurse education. Nurse education today. 2010;30(8):827-32.

154. Organization WH. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. World Health Organization; 2009.

155. LeFlore JL, Thomas PE. Educational changes to support advanced practice nursing education. The Journal of perinatal & neonatal nursing. 2016;30(3):187.

156. Kneebone R. Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: a theory-based approach. Academic medicine. 2005;80(6):549-53.

157. Houghton CE, Casey D, Shaw D, Murphy K. Staff and students' perceptions and experiences of teaching and assessment in Clinical Skills Laboratories: Interview findings from a multiple case study. Nurse Education Today. 2012;32(6):e29-e34.

158. Giddens JF, Lauzon-Clabo L, Morton PG, Jeffries P, McQuade-Jones B, Ryan S. Re-envisioning clinical education for nurse practitioner programs: Themes from a national leaders' dialogue. Journal of Professional Nursing. 2014;30(3):273-8.

159. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Bowling AM, Nwafor CE, Tsaras K, editors. High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: A systematic review. Nursing Forum; 2019: Wiley Online Library.

160. Weiler DT, Gibson AL, Saleem JJ. The effect of role assignment in high fidelity patient simulation on nursing students: An experimental research study. Nurse Education Today. 2018;63:29-34.

161. Bliss M, Aitken LM. Does simulation enhance nurses' ability to assess deteriorating patients? Nurse education in practice. 2018;28:20-6.

162. Karabacak Ü, Uğur E. Sağlık bilimlerinde simülasyon: kavramdan uygulamaya: Nobel Tıp Kitabevleri; 2019. 13 p.

163. Smiley RA. Survey of simulation use in prelicensure nursing programs: Changes and advancements, 2010–2017. Journal of Nursing Regulation. 2019;9(4):48-61.

164. Chronister C, Brown D. Comparison of simulation debriefing methods. Clinical Simulation in Nursing. 2012;8(7):e281-e8.

165. Eyikara E, Baykara ZG. The importance of simulation in nursing education. World Journal on Educational Technology: Current Issues. 2017;9(1):02-7.

166. Hayden J. Use of simulation in nursing education: National survey results. Journal of Nursing Regulation. 2010;1(3):52-7.

167. Edeer AD, Sarikaya A. The use of simulation in nursing education and simulation types/Hemsirelik egitiminde simulasyon kullanimi ve simulasyon tipleri. Journal of Education and Research in Nursing. 2015;12(2):121-6.

168. May W, Park JH, Lee JP. A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996–2005. Medical teacher. 2009;31(6):487-92.

169. Edinger W, Robertson J, Skeel J, Schoonmaker J. Using standardized patients to teach clinical ethics. Medical Education Online. 1999;4(1):4306.

170. Ruyak S, Wright M, Levi A. Simulation to meet curricular needs in ethics. Clinical Simulation in Nursing. 2017;13(3):121-6.

171. Turan S, Uner S, Elcin M. The impact of standardized patient feedback on student motivational levels. 2011.

172. Lewis KL, Bohnert CA, Gammon WL, Hölzer H, Lyman L, Smith C, et al. The association of standardized patient educators (ASPE) standards of best practice (SOBP). Advances in Simulation. 2017;2(1):1-8.

173. Luctkar-Flude M, Wilson-Keates B, Larocque M. Evaluating high-fidelity human simulators and standardized patients in an undergraduate nursing health assessment course. Nurse education today. 2012;32(4):448-52.

174. Weaver A. The effect of a model demonstration during debriefing on students' clinical judgment, self-confidence, and satisfaction during a simulated learning experience. Clinical Simulation in Nursing. 2015;11(1):20-6.

175. Adib-Hajbaghery M, Sharifi N. Effect of simulation training on the development of nurses and nursing students' critical thinking: A systematic literature review. Nurse education today. 2017;50:17-24.

176. Laschinger S, Medves J, Pulling C, McGraw DR, Waytuck B, Harrison MB, et al. Effectiveness of simulation on health profession students' knowledge, skills, confidence and satisfaction. International Journal of Evidence-Based Healthcare. 2008;6(3):278-302.

177. Smith MB, Macieira TG, Bumbach MD, Garbutt SJ, Citty SW, Stephen A, et al. The use of simulation to teach nursing students and clinicians palliative care and end-of-life communication: a systematic review. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 2018;35(8):1140-54.

178. Escribano S, Cabañero-Martínez MJ, Fernández-Alcántara M, García-Sanjuán S, Montoya-Juárez R, Juliá-Sanchis R. Efficacy of a Standardised Patient Simulation Programme for Chronicity and End-of-Life Care Training in Undergraduate Nursing Students. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(21):11673.

179. Fink M, Linnard-Palmer L, Ganley B, Catolico O, Phillips W. Evaluating the use of standardized patients in teaching spiritual care at the end of life. Clinical Simulation in Nursing. 2014;10(11):559-66.

180. Frommelt KHM. The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. American Journal of Hospice and Palliative Medicine®. 1991;8(5):37-43.

181. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. Journal of personality and social psychology. 1988;54(6):1063.

182. Gencoz T. Positive and negative affect schedule: A study of validity and reliability. Turk Psikoloji Dergisi. 2000;15(46).

183. Cordi VLE, Leighton K, Ryan-Wenger N, Doyle TJ, Ravert P. History and development of the simulation effectiveness tool (SET). Clinical Simulation in Nursing. 2012;8(6):e199-e210.

184. Leighton K, Ravert P, Mudra V, Macintosh C. Updating the simulation effectiveness tool: item modifications and reevaluation of psychometric properties. Nursing Education Perspectives. 2015;36(5):317-23.

185. Şahin G, Buzlu S, Kuğuoğlu S, Yılmaz S. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Simulation Effectiveness Tool–Modified. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2020;28(3):250.

186. Ferrell BR, Dahlin C, Campbell ML, Paice JA, Malloy P, Virani R. End-of-life Nursing Education Consortium (ELNEC) Training Program: improving palliative care in critical care. Critical care nursing quarterly. 2007;30(3):206-12.

187. Li J, Smothers A, Fang W, Borland M. Undergraduate nursing students' perception of end-of-life care education placement in the nursing curriculum. Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association. 2019;21(5):E12.

188. Harrington D, Simon L. Designing a Simulation Scenario. In StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright© 2021. 2021.

189. Ünver V, Başak T. Simülasyona dayalı eğitimde senaryo yazma süreci. Türkiye Klinikleri Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Hemşirelikte Bilişim Özel Sayısı. 2016;2(1):70-8.

190. Razban F, Iranmanesh S, Rafei H. Nurses' attitudes toward palliative care in south-east Iran. International journal of palliative nursing. 2013;19(8):403-10.

191. Gürkan A, Babacan Gümüş A, Dodak H. Öğrenci hemşirelerin terminal dönem hasta sorunları hakkındaki görüşleri: Hemşirelik girişimleri, hasta hakları ve etik sorunlar kapsamında bir inceleme. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1):2-12.

192. Karadağ E. Hemşirelik intörn öğrencilerinin ölmekte olan bireye bakım vermeye ilişkin tutumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2018;27(2):92-8.

193. Braun M, Gordon D, Uziely B, editors. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. Oncology nursing forum; 2010.

194. Wang Y. Nursing students' experiences of caring for dying patients and their families: a systematic review and meta-synthesis. Frontiers of Nursing. 2019;6(4):261-72.

195. Thiel M, Harden K, Brazier L-J, Marks A, Smith M. Improving the interdisciplinary clinical education of a palliative care program through quality improvement initiatives. Palliative medicine reports. 2020;1(1):270-9.

196. Li W, Chhabra J, Singh S. Palliative care education and its effectiveness: a systematic review. Public Health. 2021;194:96-108.

197. Wang W, Wu C, Bai D, Chen H, Cai M, Gao J, et al. A meta-analysis of nursing students' knowledge and attitudes about end-of-life care. Nurse Education Today. 2022:105570.

198. Sahu P. Closure of universities due to coronavirus disease 2019 (COVID-19): impact on education and mental health of students and academic staff. Cureus. 2020;12(4).

199. Yancey NR. Disrupting rhythms: nurse education and a pandemic. Nursing Science Quarterly. 2020;33(4):299-302.

200. Lira ALBdC, Adamy EK, Teixeira E, Silva FVd. Nursing education: challenges and perspectives in times of the COVID-19 pandemic. Revista brasileira de enfermagem. 2020;73(suppl 2):e20200683.

201. Ali KAG, Khalil HEM, El-Sharkawy FM. Impact of online remote education on the learning process among nursing students. Open Journal of Nursing. 2020;10(9):810-30.

202. Kalanlar B. Nursing education in the pandemic: A cross-sectional international study. Nurse Education Today. 2022;108:105213.

203. Michel A, Ryan N, Mattheus D, Knopf A, Abuelezam NN, Stamp K, et al. Undergraduate nursing students' perceptions on nursing education during the 2020 COVID-19 pandemic: A national sample. Nursing Outlook. 2021;69(5):903-12.

204. Fluharty L, Hayes AS, Milgrom L, Malarney K, Smith D, Reklau MA, et al. A multisite, multi–academic track evaluation of end-of-life simulation for nursing education. Clinical simulation in nursing. 2012;8(4):e135-e43.

205. Hamilton CA. The simulation imperative of end-of-life education. Clinical Simulation in Nursing. 2010;6(4):e131-e8.

206. Leighton K, Dubas J. Simulated death: an innovative approach to teaching end-of-life care. Clinical Simulation in Nursing. 2009;5(6):e223-e30.

207. Brezis M, Lahat Y, Frankel M, Rubinov A, Bohm D, Cohen MJ, et al. What can we learn from simulation-based training to improve skills for end-of-life care? Insights from a national project in Israel. Israel journal of health policy research. 2017;6(1):1-9.

208. Karlsson M, Berggren I, Kasén A, Wärnå-Furu C, Söderlund M. A qualitative metasynthesis from nurses' perspective when dealing with ethical dilemmas and ethical problems in end-of-life care. International journal for human caring. 2015;19(1):40-8.

209. Toro MIB, Jiménez DM, Salido EP, Pérez CD, Rebollo EC, Fernández MG. Miedo a la muerte en una muestra de estudiantes de Enfermería. Ética de los cuidados: Humanización en salud. 2014;7(14):3.

210. Mahan P, Taggart H, Knofczynski G, Warnock S. Transforming nursing students' attitudes toward end-of-life care. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2019;21(6):496-501.

211. Fabro K, Schaffer M, Scharton J. The development, implementation, and evaluation of an end-of-life simulation experience for baccalaureate nursing students. Nursing Education Perspectives. 2014;35(1):19-25.

212. LeBlanc VR, Regehr C, Tavares W, Scott AK, MacDonald R, King K. The impact of stress on paramedic performance during simulated critical events. Prehospital and disaster medicine. 2012;27(4):369-74.

213. Ignacio J, Dolmans D, Scherpbier A, Rethans J-J, Chan S, Liaw SY. Comparison of standardized patients with high-fidelity simulators for managing stress and improving performance in clinical deterioration: A mixed methods study. Nurse Education Today. 2015;35(12):1161-8.

214. Van der Wath AE, Du Toit PH. Learning end-of-life care within a constructivist model: Undergraduate nursing students' experiences. Curationis. 2015;38(2):1-9.

215. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WW, Carson A, Kazanjian A. Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. Palliative medicine. 2013;27(2):172-8.

216. Yaqoob M, Nasaif H, Kadhom H. Undergraduate final year nursing students' attitudes toward caring for dying patients: Bahrain's experience. Clinical Nursing Studies. 2018;6(4):53-8.

217. Jeffers S. Integration of a hospice clinical experience: Nursing students' perceptions. Journal of Hospice & Palliative Nursing. 2018;20(3):266-71.

218. Berndtsson IE, Karlsson MG, Rejnö ÅC. Nursing students' attitudes toward care of dying patients: A pre-and post-palliative course study. Heliyon. 2019;5(10):e02578.

219. Onarıcı M, Karadağ M. The Effect of Simulation Method on Nursing Students' Burn Patient Care Planning: A Randomized Controlled Trial. Journal of Burn Care & Research. 2021;42(5):1011-6.

220. Koçyiğit HK, Ş. Senaryo Temelli Yüksek Gerçekli ve Tekrarlı Simülasyon yönteminin Hemşirelik Öğrencilerinin Tıbbi Hatalara Eğilim, ÖzEtkililik-Yeterlilik ve Durumsal Kaygı Düzeylerine Etkisi. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2019.

221. Paul SS, Renu G, Thampi P. Creating a positive attitude toward dying patients among nursing students: Is the current curriculum adequate? Indian journal of palliative care. 2019;25(1):142.

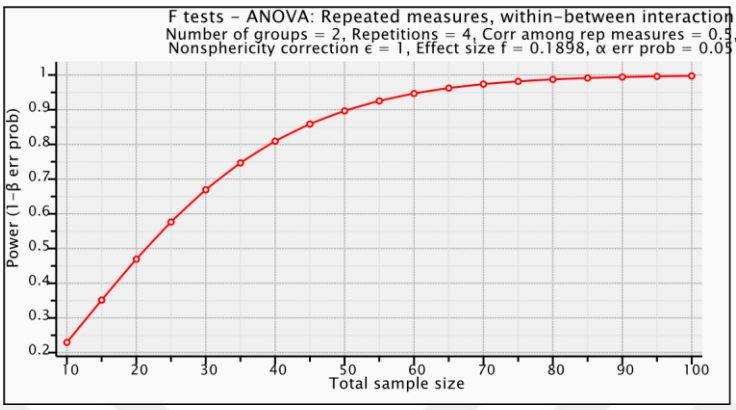
222. Souza e Souza L, Mota Ribeiro J, Barbosa Rosa R, Ribeiro Gonçalves R, Oliveira e Silva C. Death and the dying process: feelings expressed by nurses. Enfermeria Global. 2013;32(37):222-9.

223. Zheng R, Lee SF, Bloomer MJ. How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. Journal of clinical nursing. 2018;27(1-2):e39-e49.

224. Puente-Fernández D, Lozano-Romero MM, Montoya-Juárez R, Martí-García C, Campos-Calderón C, Hueso-Montoro C. Nursing professionals' attitudes, strategies, and care practices towards death: A systematic review of qualitative studies. Journal of Nursing Scholarship. 2020;52(3):301-10.

8. EKLER

EK 1. Posthoc Güç Analizi Sonucu



F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction

Analysis:	Post hoc: Compute achieved power	
Input:	Effect size f	= 0.1898
	α err prob	= 0.05
	Total sample size	= 50
	Number of groups	= 2
	Repetitions	= 4
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ε	= 1
Output:	Noncentrality parameter λ	= 14.409616
	Critical F	= 2.667443
	Numerator df	= 3.000000
	Denominator df	= 144
Power (1-β err prob)	=	0.896644

Çalışma sonrasında yapılan post-hoc güç analizine göre; toplam 50 örnek sayısı için (N1:25 – N2:25), %5 hata payı ve belirlenen etki büyüklüğü ile çalışmanın gücü %89,7 olarak bulunmuştur (Çalışmanın gücü yaklaşık %90'a çıkmıştır).

EK 2. Hemşirelik Öğrencilerine Yönelik Bilgi Edinme Formu

Adınızın, soyadınızın ve doğdunuz ayın ilk 2 harfini arasına nokta koyarak yazınız

……..

1. Yaş: ……
2. Cinsiyetiniz Kadın ( ) Erkek ( )
3. Yaşadığı Yer yalnız ( ) yurtta ( ) Ailesi ile birlikte ( )

4.Yaşam sonu bakım (ölmekte olan hastanın bakımı) kavramına ilişkin herhangi bir kaynaktan bilgi edindiniz mi? a) Evet

b)Hayır

5.Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden edindiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

a) üniversite eğitimim sürecinde

b) kaynak kitaplar

c) seminer, webinar, kongre

d) internet

e) diğer

6. Daha önce yakın çevrenizde ölüm olgusuyla karşılaştınız mı?

a) Evet

b) Hayır

7. Bakım vermekle yükümlü olduğunuz yaşam sonu dönemde olan bir yakınınız ya da hasta var mı?

a) Evet

b) Hayır

8) Yaşam sonu dönemde olan hastaya bakım vermek sizde en çok hangi duyguyu oluşturur?

…….

EK 3. FATCOD Ölçeği

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği

Frommelt Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutum Ölçeği
(Frommelt attitude toward care of the dying scale:FATCOD,Form B)

*Ölmekte olan birey **terminal hastalığı olan ve 6 ay ya da daha kısa süre yaşaması beklenen bireyler** için kullanılmıştır. Aileden olmayan bakım verici ölmekte olan kişiye bakım veren, profesyonel ya da profesyonel olmayan kişi olup, hastaların ailesinden birisi değildir.*

	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1 Ölmekte olan kişiye bakım vermek değerli bir deneyimdir.	1	2	3	4	5
2 Ölüm bir kişiye olabilecek en kötü şey değildir.	1	2	3	4	5
3 Ölmekte olan bir kişi ile yaklaşan ölümü hakkında konuşmaktan rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5
4 Hastalarını kaybeden ailelerin bakımı acı ve yas dönemi boyunca devam etmelidir.	1	2	3	4	5
5 Ölmek üzere olan bir kimseye bakım vermek istemezdim.	1	2	3	4	5
6 Aileden olmayan bakım vericiler ölmek üzere olan bireyle ölüm hakkında konuşacak kişi olmamalıdır.	1	2	3	4	5
7 Ölmek üzere olan bir kişiye verilecek bakım süresinin uzun olması beni sıkabilir.	1	2	3	4	5
8 Bakım verdiğim ölmek üzere olan bir birey daha iyi olma ümidini kaybederse üzülürüm.	1	2	3	4	5
9 Ölmek üzere olan kişi ile yakın bir ilişki kurmak zordur.	1	2	3	4	5
10 Ölmekte olan kişinin ölümü iyi karşıladığı zamanlar vardır.	1	2	3	4	5
11 Bir hasta "ölüyor muyum?" diye sorduğu zaman konuyu eğlenceli bir şeye çevirmenin en iyisi olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
12 Aile ölmekte olan kişinin fiziksel bakımında yer almalıdır.	1	2	3	4	5
13 Bakım verdiğim kişinin ben orada olmadığım anda ölmesini umarım.	1	2	3	4	5

106

14 Ölmekte olan bir kişiyle arkadaş olmaktan korkarım.	1	2	3	4	5
15 Bakım verdiğim kişi öldüğünde oradan kaçmak isteyebilirim.	1	2	3	4	5
16 Aileler ölmekte olan kişinin davranış değişikliklerini kabul etmede duygusal desteğe gereksinim duyarlar.	1	2	3	4	5
17 Hasta ölüme yaklaştıkça, aileden olmayan bakım vericiler hasta ile etkileşimini azaltmalıdır.	1	2	3	4	5
18 Aileler, ölmek üzere olan bireylerin kalan ömrünü en iyi şekilde geçirmesini sağlamakla ilgilenmelidir.	1	2	3	4	5
19 Ölmekte olan bireyin kendi fiziksel bakımı hakkında karar vermesine izin verilmemelidir.	1	2	3	4	5
20 Aileler, ölmek üzere olan yakınlarına mümkün olduğu kadar (çevrenin izin verdiği ölçüde) normal davranmalıdır.	1	2	3	4	5
21 Ölmekte olan bireyin duygularını dile getirmesi yararlıdır.	1	2	3	4	5
22 Bakım ölmekte olan bireyin ailesini de kapsamalıdır.	1	2	3	4	5
23 Bakım vericiler ölmekte olan bireyler için ziyaret saatlerinin esnek olmasına izin vermelidir.	1	2	3	4	5
24 Asıl karar-vericiler ölmekte olan birey ve ailesi olmalıdır.	1	2	3	4	5
25 Ölmekte olan birey söz konusu olduğunda kullanılacak ağrı kesici ilaçlara bağımlılık bir sorun olmamalıdır.	1	2	3	4	5
26 Terminal dönemde olan bireyin odasına girdiğimde onu ağlarken bulursam rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
27 Ölmekte olan bireyler durumları hakkında dürüst cevap vermelidir.	1	2	3	4	5
28 Aileleri ölüm konusunda eğitmek aileden olmayan bakım vericilerin sorumluluğu değildir.	1	2	3	4	5
29 Ölmekte olan kişinin yanında olan aile üyeleri çoğu kez hastaya verilen bakıma karışırlar	1	2	3	4	5
30 Aileden olmayan bakım vericiler hastaların ölüme hazırlanmasına yardım edebilirler.	1	2	3	4	5

EK 5. Pozitif-Negatif Duygulanım Ölçeği

Bu ölçek farklı duyguları tanımlayan bir takım sözcükler içermektedir. Son iki hafta nasıl hissettiğinizi düşünüp her maddeyi okuyun. Uygun cevabı her maddenin yanında ayrılan yere (puanları daire içine alarak) işaretleyin. Cevaplarınızı verirken aşağıdaki puanları kullanın.

Çok az veya hiç
1. Biraz
2. Ortalama
3. Oldukça
4. Çok fazla

1. İlgili 1 2 3 4 5
2. Sıkıntılı 1 2 3 4 5
3. Heyecanlı 1 2 3 4 5
4. Mutsuz 1 2 3 4 5
5. Güçlü 1 2 3 4 5
6. Suçlu 1 2 3 4 5
7. Ürkmüş 1 2 3 4 5
8. Düşmanca 1 2 3 4 5
9. Hevesli 1 2 3 4 5
10. Gururlu 1 2 3 4 5
11. Asabi 1 2 3 4 5
12. Uyanık 1 2 3 4 5

(dikkati açık)

13. Utanmış 1 2 3 4 5
14. İlhamlı 1 2 3 4 5

(yaratıcı düşüncelerle dolu)

15. Sinirli 1 2 3 4 5
16. Kararlı 1 2 3 4 5
17. Dikkatli 1 2 3 4 5
18. Tedirgin 1 2 3 4 5
19. Aktif 1 2 3 4 5
20. Korkmuş 1 2 3 4 5

EK 7. MSEA Ölçüm Aracı

Simüle klinik deneyimi tamamladıktan sonra, lütfen aşağıda verilen ifadeler ile ilgili görüşlerinizi yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ön bilgilendirme aşaması, güvenimi artırdı.					
2. Ön bilgilendirme aşaması, öğrenmem için yararlıydı.					
3. Hastamın durumundaki değişikliklere müdahale etmeye daha çok hazırım.					
4. Patofizyolojiyi daha iyi anlamayı geliştirdim.					
5. Tanılama becerilerime daha fazla güveniyorum.					
6. Klinik kararları vermede yetkin hissettim.					
7. İlaçları daha iyi anlamayı geliştirdim. (Senaryoda ilaç yoksa boş bırakınız)					
8. Klinik karar verme becerilerimi uygulama fırsatı buldum.					
9. Bakımın ve girişimlerin önceliğini belirlemede kendime daha fazla güveniyorum.					
10. Hasta ile iletişim kurmada kendime daha fazla güveniyorum.					
11. Hastaları, hastalıkları ve girişimler hakkında bilgilendirme becerime daha fazla güveniyorum.					
12. Sağlık bakım ekibine bilgi raporlama becerime daha fazla güveniyorum.					
13. Hasta güvenliğini geliştiren girişimleri uygulamada kendime daha fazla güveniyorum.					
14. Bakım vermek için kanıta dayalı uygulamaları kullanmada kendime daha fazla güveniyorum.					
15. Çözümleme aşaması, öğrenmeme katkı sağladı.					
16. Çözümleme aşaması, senaryoya odaklanmadan önce duygularımı ifade etmeme izin verdi.					
17. Çözümleme aşaması, klinik yargımı geliştirmede bana yardımcı olduğundan değerliydi.					
18. Çözümleme aşaması, simülasyon sırasındaki performansıma ilişkin kendimi yansıtmam için fırsatlar sağladı.					
19. Çözümleme aşaması, simülasyonun yapıcı bir değerlendirmesiydi.					
Bugünkü simüle klinik deneyim hakkında başka neler söylemek istersiniz?					

EK.9. Yaşam Sonu Hemşirelik Bakımı Soru Formu

1) Aşağıdakilerden hangisi palyatif bakımın karakteristik özelliklerinden biridir?

a) Normal bir süreç olarak yaşamayı sağlamak
b) Hastanın yaşamı içinde olabildiğince pasif kalmasını sağlamak
c) Ölümü olabildiğince ertelemeye çalışmak
d) İnterdisipliner ekip anlayışını hekim liderliğinde oluşturmak
e) Hastanın palyatif bakım hizmeti aldığı süre boyunca hastanede kalması için ortam hazırlamak

2) Aşağıda verieln ifadelerden hangisi ağrının kontrolünde kullanılan opioidlerin tolerans gelişmeyen (kontrol edilemeyen) yan etkisidir?

a) Laterji
b) Bulantı-kusma
c) Konstipasyon
d) Kaşıntı
e) Solunum depresyonu

3) Ağrının yeterli olarak kontrol altına alınamamasına bağlı meydana gelen aşağıdaki durumlardan hangileri ölüm sürecini hızlandırır?

I. Bağışıklık sisteminin azalması
II. Fizyolojik stresin artması
III. Tromboembolizm riskinin artması
IV. Kalbin iş yükünün artması
V. Sözel iletişimde bozulmanın artması

a) I, II, IV
b) I, II, III
c) III, IV, V
d) I, III, IV
e) I, II,V

4) Yaşam sonu bakımda yetersiz tedavi riski altında bulunan gruplar hangileridir?

a) Ağrının varlığını inkâr eden hastalar
b) Ağrı toleransı düşük olan hastalar
c) Yetişkinler
d) En az iki kronik hastalığı olanlar
e) Formal bakım vericisi olan hastalar

5) Aşağıdakilerden hangisi yaşam sonu bakımda semptom yönetiminin öğelerinden biridir? I. Hasta bireyin fiziksel refahını, işlevselliğini ve yaşam kalitesini iyileştirmek için hemşirelik bakımı hedeflerini belirlemek

II. Değerlendirme, planlama, müdahale etme,
III. Disiplinler arası ekip çalışmasını içermektedir.
IV. Araştırmalardan faydalanmak,
V. Tedavi ve bakım sürecinde bakıma yönelik uygun fiyatlı seçeneklerin belirlenmesi,

a) I, II, III, IV
b) III, V, IV
c) II, III, IV, V
d) I,III,V
e) I, II, III, IV, V

6) Aşağıdakilerden hangisi yaşam sonu dönemde depresyonu olan hasta bireylere yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar olarak ifade edilebilir?

I. Hastayı fiziksel aktivite yapması konusunda destekleme (mümkünse)
II. Hastayı izole etme
III. Hastanın kontrol duygusunu teşvik etme
IV. Hastanın inanç sistemlerini (güç kaynaklarını) kullanmasını engelleme
V. Çevresindeki uyaranların azaltılması
VI. Hastanın istekleri doğrultusunda tedavi sürecini sürdürme

a) III, IV, V
b) I, IV,V,
c) II, III, IV
d) I, III, V
e) I, III,V,VI

7) 30 mg Morfin tablet P.O. (Per Oral) İntravenöz olarak uygulanırsa, eşdeğer dozu kaç mg morfin olarak düzenlenmelidir?

a) 30 mg
b) 25 mg
c) 20 mg
d) 10 mg
e) 15 mg

8) Aşağıda 'örtük önyargı' kavramı ile ilgili verilen ifadelerden hangisi doğrudur?

a) Kültürümüzün etkileşimlerimizi, kararlarımızı, dilimizi ve davranışlarımızı nasıl etkilediğini incelemektir.
b) Çıkarlarımızı, duygularımızı ve dünyayı nasıl gördüğümüzü etkileyen yaşam deneyimlerimizdeki öğrenilmiş çağrışımlara dayanan tutumlar nedeniyle farkında olmadan başkalarının yaşına, cinsiyetine, ırkına veya dinine ilişkin olumsuz klişeler üretmektir.
c) Artan kültürel çeşitlilik nedeniyle bakım veren sağlık ekip üyelerinin nedeniyle farklı kültürel inançlara göre hizmet sunmasıdır.
d) Kişinin farklı kültürlerden kişilerle etkileşim kurmadan önce, olumlu duygulara sahip olmasını ve farklılıklara saygı duymasıdır.
e) Bilinçli farkındalık duygumuz olmadan başkalarının hatalarını hızlı bir şekilde tespit edebilme becerisidir.

9) Aşağıdakilerden hangisi yaşam sonu dönemde yaşlı ve demanslı hasta bireylerle olan iletişimde hemşirenin Sorumluluklarından biri değildir?

a) Ortamda gereksiz dağınıklıktan kaçınılmalıdır.
b) Hasta bireyle iletişimde daha yumuşak (bebek konuşması) dil kullanmalıdır.
c) Kişiye tercih edilen ismiyle hitap edin.
d) Sorunlu mesajların (Televizyon, radyo, haberleri) iletilmesi engellenmelidir.
e) Aile ile görüşülerek bakım vericinin yükünü azaltmak için hastaya bakım veren bireyleri düzenli aralıklarla değiştirilmelidir.

10) Aşağıdakilerden hangisi hemşirelerin yaşam sonu kararların alınmasında hemşirelerin kullandıkları iletişim stratejilerinden biridir?

a) Sağlık hizmeti sağlayıcılarının aldıkları her kararın uygulanması
b) Hastanın iyileşeceğine dair umudun korunması ve ailenin bu konuda desteklenmesi
c) Tedavi seçeneklerinin tüm yüklerine ilişkin net bilgiler verilmesi
d) Ölmekte olan hasta ve aileleri ile yapılan tartışmalarda "ölüm" ve "ölmek" gibi kelimelerin kullanılması
e) Hasta birey ile yaptığınız görüşmeler esnasında size ilettiği talep ve isteklerinden uygun olmayanların ailesine iletilmesi

I. Baş etme becerisi
II. Ölüm tipi
III. Dini inançlar
IV. Etnik ve kültürel değerler
V. Hastanın ölümü sırasında ailesinin yanında bulunması

11) Aile içinde yas sürecini etkileyen faktörler nelerdir?

a) I, II, III, IV, V
b) II, III, IV,
c) I, III, IV
d) I, II, III, IV
e) I,III,IV,V

12) Aşağıdakilerden hangileri hasta bireylerin aileleriyle gerçekleşen görüşme toplantılarında kötü haber verme sürecini etkileyen engelleri olarak ifade edilebilir?

I. Sağlık profesyonellerinin bilgi ve deneyim eksikliği
II. Aile ile iletişim eksikliği
III. Kültürel farklılıklar
IV. Hastanın bütüncül değerlendirilmesi
V. Zaman yetersizliği
VI. Hastanın semptomları

a) I, II, III
b) II, III, IV,
c) I, II, III, IV
d) I, II, III, V
e) II,III,V,VI

13) Bakım vericilerin yas/ keder dönemlerinde çevrelerinden beklentilerine ilişkin aşağıda verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?

a) Sevdiklerinin dileklerinin yerine getirildiğini bilmek
b) Psikolojik destek ve pratik yardım isterler. (Destek sistemlerinin harekete geçirilmesi)
c) Gerçeklerin daha yüzeysel olarak kendileriyle paylaşılması
d) "İyi" ve şefkatli bir bakım verici olarak hatırlanmak
e) Bakım verici olarak bütün sorumluluklarını yerine getirdiğinden emin olmak

14) Aşağıda kayıp sonrası kaybedilen hasta hakkında konuşurken ifade edilen yararsız ve faydalı ifadeler yer almaktadır. <u>Yararsız</u> /İfadeler aşağıdaki öncüllerden hangisinde belirtilmiştir?

I. Nasıl hissettiğini hayal edebiliyorum.
II. Gençsin, başka biriyle tanışırsın
III. Senin için kolay değil, değil mi? Bu süreçte en çok neyi özleyeceksin?
IV. Birlikte çok yıl geçirdiniz. Çok şanslısın
V. Salı veya cuma günü akşam yemeği getirebilirim. Hangisi senin için daha iyi olur? VI. Bu senin hatan değil. Sen yapabileceğin her şeyi yaptın.
VII. Ben her zaman senin için buradayım, bir şeye ihtiyacın olursa beni arayabilirsin. a) I, II, III
b) II, III, VI,
c) I, II, IV
d) I, II, III, V
e) I, II, IV, VII

15) Aşağıdakilerden hangisi hastanın yaşam sonu bakımı ile ilgili tercihlerinin önceden gerçekleştirilen bir plan çerçevesinde yürütülmesinin yararlarından biri <u>değildir?</u>

a) Hastanın isteklerine uygun bakım alma olasılığını artar,
b) Hastanın tedavi planı bu süreçte bir çok kez değiştirilerek, hasta için en iyisi belirlenir c) Sağlık masraflarını azalır,
d) Hastanın yaşam kalitesini iyileştirir
e) Yas sonuçlarına katkı sağlar

16) Aşağıdakilerden hangisi yaklaşan ölüm ile ilgili hasta bireyde görülen genel belirtilerden biri <u>değildir?</u>

a) Hastalığın ilerlemesi ile ilgili akut veya kronik fizyolojik değişiklikler,
b) Sağlık kaynaklarının kullanımında azalma
c) Semptomların sayısında ve şiddetinde artış
d) Performans düzeyinde ve bilişsel işlevinde azalma,
e) Deliryum ataklarında artış

17) Ölmek üzere olan hastada görülen ölüm korkusu/ anksiyetesine ilişkin aşağıda sunulan hangi müdahalelerden hangisi hemşirelik bakımı kapsamında <u>uygulanmamalıdır?</u>

a) Hastanın korkularının kaynağı sorgulanmalıdır.
b) Hasta ve ailesi ölüm sürecinin fiziksel, psikososyal ve ruhsal belirtileri konusunda eğitilmelidir.
c) Hastaya / aileye ölüm sürecinin nasıl olmasını istediklerine dair sorular sorulmalıdır.
d) Hastanın artan gayri resmi bakım ihtiyacının karşılanması için daha fazla bakım vericinin hastanede bulunması sağlanmalıdır.
e) Hasta ve ailenin duyguları normalleştirilmelidir

18) Ölüm yaklaştığında…… .
Yukarıda ifade edilen durum aşağıdaki hangi cümle ile <u>tamamlanmamalıdır?</u>

a) Bir hasta kafası karışmış, yönünü şaşırmış olabilirken, başka bir hasta bilinçsiz olabilir.
b) Bir hasta zayıf ve yorgun olduğunu söylerken, bir diğeri enerji dalgalanması olduğunu ifade edebilir.
c) Bir hasta içgüdüsel olarak ölümün ne zaman olacağını biliyor gibi görünebilir.
d) Hasta gece gündüz uykulu olabilirken, diğeri huzursuzluk ve gerginlik hissedebilir.
e) Bütün semptomlar sırayla hastada görülmeye başlar.

19) Aşağıdakilerden hangisi ulusal kapsamlı kanser ağı tarafından yayınlanan ölümden günler ya da haftalar öncesindeki ağrı kontrolüne yönelik ilkelerden biri <u>değildir?</u>

a) Opioid (narkotik ilaç) tedavisi dozu, yalnızca kan basıncındaki ani bir düşme yada solunumda azalma geliştiğinde azaltılmamalıdır.
b) Opioid (narkotik ilaç) uygulama yolları değiştirilmelidir.
c) Myoklonus, hiperaljezi tanımlanmalıdır.
d) Gerektiğinde hastayı sedatize etme durumu değerlendirilmelidir.
e) Opioid dozunun azaltılması gerektiğinde opioid antagonisti uygulanmalıdır.

20) Kontrollü sedasyon uygulamasında kullanılan Propofol (anestezik ilaç) ile ilgili aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğrudur?

a) Propofol hastadaki myoklonik kasılmaların önlenmesinde de etkili olur.
b) Analjezik özelliği yoktur ya da çok azdır bu nedenle opioid (narkotik ilaç) ilaçlarla birlikte kullanıldığında dozu azaltılmamalıdır.
c) Nöropatik ağrının kontrolünde kullanılır.
d) Aşırı tükrük salınımına neden olabilir
e) Hızlı başlama süresine sahiptir ve etki süresi uzundur.

21) Aşağıda verieln ifadelerden hangisi klinik ortamda hasta ile iletişimde aşağıda ifade edilen durumlardan hangisi kültürel faktörlere bağlı gelişen bir durum <u>olamaz?</u>

a) Hasta, hemşire ile iletişim esnasında aranızdaki duruş ve boşluğuna ilişkin tepki verebilir.
b) Hastanın iletişim sırasında göz temasından kaçınması, hemşireye olumsuz bir durumun varlığını düşündürmelidir.
c) Bir hasta grubu sağlık profesyonelleri ile konuşmaktan, sorgulamaktan korkabilirken, başka bir hasta grubu çatışmacı olmaktan ve sorgulamaktan korkmayabilir
d) Aile üyeleri kültürel olarak kabul ettikleri duruma bağlı nedenlerle ilettiklerinizi tekrar düzenleyerek hastaya iletebilirler.
e) Her hastanın bilgiyi öğrenme yöntemi aynı olmayabilir.

22) Aşağıdakilerden hangisi ölüm sürecinde olan hastada görülen konfüzyon ve oryantasyon bozukluğuna sebep olan etiyolojik faktörlerden biri <u>değildir?</u>

a) Böbrek fonksiyon bozuklukları
b) Hipoksemi
c) Metabolik değişiklikler
d) Boş mesane
e)Konstipasyon

23) Yaşamın son iki haftasında hastalarda en sık görülen üç belirti nedir?

a) Ölüm çıngırağı solunumu, diyare, deliryum
b) Ölüm çıngırağı solunumu, bulantı kusma, dispne
c) Ölüm çıngırağı solunumu, dispne, ağrı
d) Ölüm çıngırağı solunumu, ağrı, konstipasyon
e) Ölüm çıngırağı solunumu, ağrı, deliryum

24) Palyatif bakım kliniklerinde tedavi gören hastaların büyük çoğunluğunu hangi tanı grubuna ait hastalıklar oluşturmaktadır?

a) Alzheimer
b) Kanser
c) KOAH
d) HIV/AIDS
e) Parkinson

25) Aşağıda yer alan ifadelrden ölüm nöbeti (ailenin ölümden önceki saatler ila günler arasında yatak başında olmak istemesi) sırasındaki temel hemşirelik sorumluluklarındandır?

I. Bakımın hedefleri akılda bulundurulmalı
II. Semptomların değerlendirilme sıklığı azaltılmalı
III. Disiplinlerarası ekip ile iletişim kurulmalı
IV. Sık ağız ve cilt bakımı sağlanmalı V. Aileler desteklenmeli.
VI. Hastanın yanında bir din adamı bulundurulmalı

a) I, II, III, IV
b) II, IV, V, VI
c) I, III, IV, V
d) I, III, IV, VI
e) II, III, V, VI

EK 10. Yaşam Bakım Hemşireliği Formu Uzman Görüşü Formu

Saygıdeğer Hocam;

Aşağıda görüşlerinize ELNEC çekirdek müfredatının Türkçeye çevirilerek ülkemiz koşullarına entegre edilmiş modül içeriklerinden oluşturulmuş yaşam sonu bakım sınavının uygunluğunu ölçmeyi amaçlayan bir değerlendirme formu sunulmaktadır. Sizden istenilen her bir maddeyi "**amacına uygunluk**", yani "**Yaşam sonu bakım sınavının niteliğine yönelik uygunluğunu temsil etme**" durumlarına göre nicelendirmenizdir.

Eğer soru konunun özelliğini net olarak belirten bir soru ise "**Çok İyi (4)**", soru konu kapsamında ve kabul edilebilir düzeyde konunun özelliğini belirtiyorsa "**İyi (3)**", sorunun düzenlenmesi ya da değiştirilmesi gerekiyorsa "**Sorunun biraz düzeltilmeye ihtiyacı var ya da orta (2)**", soru konu içeriğinde yer almıyorsa "**Soru içeriği temsil etmez (1)**" seçeneklerini işaretleyiniz. Düzenleme gerektiren sorular için önerilerinizi sorunun altında yer alan boşluğa yazabilirsiniz.

Saygılarımla.

	1	2	3	4
1) Aşağıdakilerden hangisi palyatif bakımın karakteristik özelliklerinden biridir? **a) Normal bir süreç olarak yaşamayı sağlamak** b) Hastanın yaşamı içinde olabildiğince pasif kalmasını sağlamak c) Ölümü olabildiğince ertelemeye çalışmak d) İnterdisipliner ekip anlayışını hekim liderliğinde oluşturmak e) Hastanın palyatif bakım hizmeti aldığı süre boyunca hastanede kalması için ortam hazırlamak **Öneri:**				
2) Aşağıdakilerden hangisi ağrının kontrolünde kullanılan opioidlerin tolerans gelişmeyen (kontrol edilemeyen) yan etkisi olarak bildirilmektedir? a) Laterji b) Bulantı-kusma **c) Konstipasyon** d) Kaşıntı e) Solunum depresyonu **Öneri:**				

3) Ağrının yeterli olarak kontrol altına alınamadığı durumlarda meydana gelen hangi değişiklikler ölüm sürecini hızlandırır? I. Azalan bağışıklık II. Azalan fizyolojik stres III. Artan tromboembolizm riski IV. Kalbin artan iş yükü V. sözel iletişimde bozulmanın artması a) I, II, IV b) I, II, III c) III, IV, V d) **I, III, IV** e) I, II,V **Öneri:**				
4) Yaşam sonu bakımda yetersiz tedavi riski altında bulunan gruplar hangileridir? **a) Ağrının varlığını inkâr eden hastalar** b) Ağrı toleransı düşük olan hastalar c) Yetişkinler d) En az 2 kronik hastalığı olanlar e) Formal bakım vericisi olan hastalar **Öneri:**				
5) Aşağıdakilerden Hangisi semptom yönetiminin öğelerinden biridir? I. Fiziksel refahı, işlevselliği ve yaşam kalitesini iyileştirmek için hedefleri belirlemek II. Değerlendirme, Planlama, Müdahale Etme, III. Disiplinler arası ekip çalışması, IV. Araştırmalardan faydalanmak, V. En uygun fiyatlı seçeneklerin belirlenmesi. a) I, II, III, IV b) III, V, IV c) II, III, IV, V d) I,III,V **e) Hepsi** **Öneri:**				

9) Aşağıdakilerden hangisi yaşam sonu dönemde Yaşlı ve demanslı hasta ile İletişimde Hemşirenin Sorumluluklarından biri değildir? a) Ortam gereksiz dağınıklıktan kaçınılmış olmalıdır. **b) Hasta bireyle iletişimde daha yumuşak (bebek konuşması) dil kullanın** c) Kişiyi tercih edilen ismiyle arayın d) Sorunlu mesajların (TV, radyo, haberler) iletilmesini engelleyin. e) Aile ile görüşerek bakım vericinin yükünü azaltmak için hastaya bakım verenin kısa süreli aralıklarla değiştirilmesini sağlayacak görüşmeler yapılmalıdır. **Öneri:**				
10) Aşağıdakilerden hangisi hemşirelerin yaşam sonu kararlarının alınmasında kullandıkları iletişim stratejilerinden biridir? a) Tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının aldıkları her kararı uygulayın b) Hastanın iyileşeceğine yönelik umudunuzu koruyun ve aileyi bu konuda destekleyin. c) Tedavi seçeneklerinin tüm yüklerine ilişkin net bilgiler vermeyin **d) Ölmekte olan hasta ve aileleri ile yapılan tartışmalarda "ölüm" ve "ölmek" gibi kelimeler kullanın.** e) Hasta ile özel konuşmalarınız esnasındaki size ilettiği talep ve istekleri arasında uygun olmayanları aileye iletmeyin. **Öneri:**				
11). Ailelerde yas sürecini etkileyen faktörler nelerdir? I.Baş etme becerisi II.Ölümü tipi III. Dini inançlar IV. Etnik ve kültürel değerler V. Hastanın ölüm esnasında ailenin yanında bulunması a) **Hepsi** b) II, III, IV, c) I, III, IV d) I, II, III, IV e) I,III,IV,V **Öneri:**				
12) Aşağıdakilerden hangisi hastaların aileleri ile gerçekleşen toplantılarda kötü haber verme sürecinin önündeki engeller olarak ifade edilebilir? I. Sağlık profesyonellerinin bilgi ve deneyim eksikliği II. Aile ile iletişim eksikliği III. Kültürel Farklılıklar				

16) Aşağıdakilerden hangisi yaklaşan ölüm ile ilgili görülen genel belirtilerden biri değildir? a) Hastalığın ilerlemesi ile ilgili akut veya ilerleyen fizyolojik değişiklikler, **b) Sağlık kaynaklarının kullanımında azalma** c) Semptomların sayısı ve şiddetinde artış d) Performans düzeyinde ve işlevinde azalma, e) Artan deliryum atakları **Öneri:**				
17) Ölmek Üzere Olan Hastada Görülen Ölüm korkusu/ anksiyetesine ilişkin aşağıda sunulan hangi müdahaleler hemşirelik bakımı kapsamında uygulanmamalıdır? a) Hastanın Korkuları, fiziksel, psikososyal ve ruhsal korkuların nedeni / etiyolojisi sorgulanmalıdır. b) Hasta ve ailesi ölüm sürecinin fiziksel, psikososyal ve ruhsal belirti ve semptomları konusunda eğitilmelidir. c) Hastaya / aileye ölüm sürecinin nasıl olmasını istediklerini öğrenmeye ilişkin sorular sorulmalıdır. d) Hastanın artan gayri resmi bakım ihtiyacının karşılanması için daha fazla bakım vericinin hastanede bulunması sağlanmalıdır. **e) Hasta ve ailenin duyguları normalleştirilmelidir** **Öneri:**				
18) Ölüm yaklaştığında…… . **Yukarıda ifade edilen durum aşağıdaki hangi cümle ile tamamlanamaz** a) Bir hasta kafası karışmış, yönünü şaşırmış olabilirken, başka bir hasta bilinçsiz olabilir. b) Bir hasta zayıf ve yorgun olduğunu söylerken, bir diğeri enerji dalgalanması olduğunu ifade edebilir. c) Bazı hastalar içgüdüsel olarak ölümün ne zaman olacağını biliyor gibi görünebilir. d) Hasta gece gündüz uykulu olabilirken, diğeri huzursuzluk ve gerginlik hissedebilir. **e) Bütün semptomlar sırayla hastada görülmeye başlar.** **Öneri:**				

22) Aşağıdakilerden hangisi ölüm sürecinde olan hastada görülen konfüzyon ve oryantasyon bozukluğuna sebep olan etiyolojik faktörlerden biri değildir? a) Böbrek fonksiyon bozuklukları b) Hipoksemi **c) Metabolik değişiklikler** **d) Boş mesane** e) Konstipasyon **Öneri:**				
23) Yaşamın son iki haftasında hastalarda en sık görülen 3 belirti nedir? a) Ölüm çıngırağı solunumu, diyare, deliryum b) Ölüm çıngırağı solunumu, bulantı kusma, dispne **c) Ölüm çıngırağı solunumu, dispne, ağrı** d) Ölüm çıngırağı solunumu, ağrı, konstipasyon e) Ölüm çıngırağı solunumu, ağrı, deliryum **Öneri:**				
24) Palyatif bakım kliniklerinde tedavi gören hastaların büyük çoğunluğunu hangi hastalık oluşturmaktadır? a) Alzheimer b) **Kanser** c) KOAH d) HIV/AIDS e) Parkinson **Öneri:**				
25) Ölüm Nöbeti (Ailenin ölümden önceki saatler ila günler arasında yatak başında olmak istemesi) sırasında temel hemşirelik sorumlulukları nelerdir? I. Bakımın hedefleri akılda bulundurulmalı II. Semptomların değerlendirilme sıklığı azaltılmalı III. Disiplinlerarası ekip ile iletişim kurulmalı IV. Sık ağız ve cilt bakımı sağlanmalı V. Aileler desteklenmeli. VI. Hastanın yanında bir din adamı bulundurulmalı				

a) I, II, III, IV b) II, IV, V, VI **c) I, III, IV, V** d) I, III, IV,VI e) II, III, V, VI **Öneri:**				

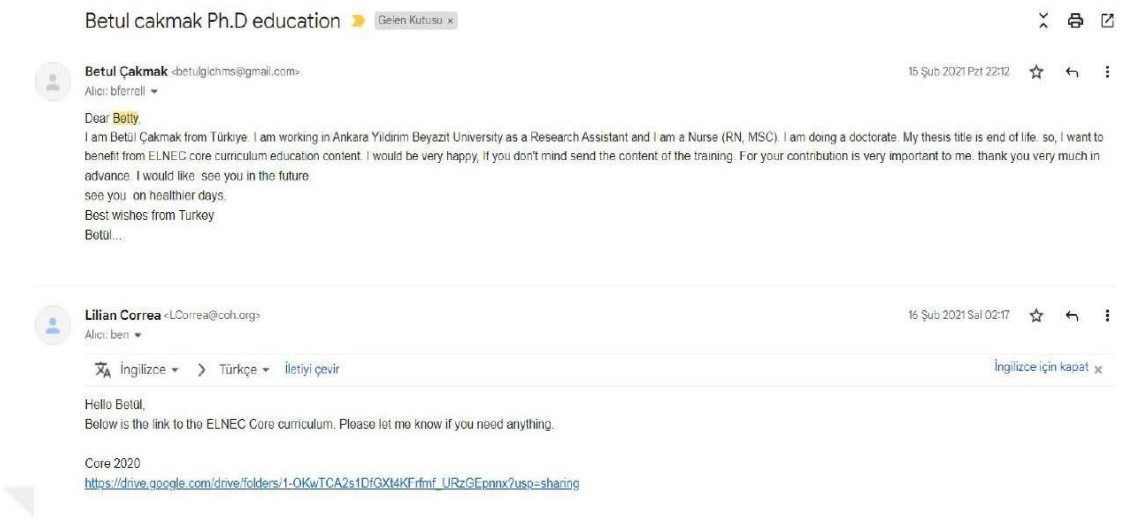
EK 11. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Soru Formu uzman görüşleri

Tablo 1. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Soru Formu uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	KGİ
S1	4	4	4	4	4	3	95,8
S2	4	4	4	4	4	3	95,8
S3	4	4	2	4	4	4	91,7
S4	4	4	4	4	4	3	95,8
S5	4	4	2	3	4	3	83,3
S6	4	4	4	4	4	3	95,8
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	4	4	4	4	100,0
S11	4	4	4	3	4	4	95,8
S12	4	4	2	3	4	3	83,3
S13	4	4	4	3	4	4	95,8
S14	4	4	3	3	4	2	83,3
S15	4	4	3	3	4	2	83,3
S16	4	4	4	3	4	2	87,5
S17	4	4	4	4	4	3	95,8
S18	4	4	4	4	4	4	100,0
S19	4	4	4	4	4	4	100,0
S20	4	4	4	4	4	4	100,0
S21	4	4	4	4	2	3	87,5
S22	4	3	3	4	4	2	83,3
S23	4	4	4	4	4	4	100,0
S24	4	4	2	4	4	3	87,5
S25	4	4	4	3	4	4	95,8

Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Soru Formu uzman görüşlerinin dağılımı uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

EK 12. ELNEC Eğitim Modülü Kullanım İzni



Betul cakmak Ph.D education Gelen Kutusu ×

Betul Çakmak <betulglchms@gmail.com> 15 Şub 2021 Pzt 22:12

Alıcı: bferrell

Dear Betty,
I am Betül Çakmak from Türkiye. I am working in Ankara Yildirim Beyazit University as a Research Assistant and I am a Nurse (RN, MSC). I am doing a doctorate. My thesis title is end of life. so, I want to benefit from ELNEC core curriculum education content. I would be very happy, if you don't mind send the content of the training. For your contribution is very important to me. thank you very much in advance. I would like see you in the future.
see you on healthier days.
Best wishes from Turkey
Betül...

Lilian Correa <LCorrea@coh.org> 16 Şub 2021 Sal 02:17

Alıcı: ben

İngilizce › Türkçe İletiyi çevir İngilizce için kapat ×

Hello Betül,
Below is the link to the ELNEC Core curriculum. Please let me know if you need anything.

Core 2020
https://drive.google.com/drive/folders/1-OKwTCA2s1DfGXt4KFrfmf_URzGEpnnx?usp=sharing

EK 13. ELNEC Çekirdek Müfredatının Türkçeye Çevirilerek Entegre Edilen Modüllerine Yönelik Değerlendirme Formu

Saygıdeğer Hocam;

Aşağıda görüşlerinize ELNEC çekirdek müfredatının Türkçeye çevirilerek ülkemiz koşullarına entegre edilmiş modüllerinin değerlendirmesi amacıyla oluşturulmuş form sunulmaktadır. Bu form ile çevirisi yapılan 8 modülün uygunluğunu ölçmek amaçlanmaktadır. Sizden istenilen her bir maddeyi '**içerik uygunluğu**, **'okuryazarlık durumu', 'oluşturulan tablolar', 'yazı durumu', 'öğrenme durumu'** ve **'kültürel uygunluk durumu'** kapsamlarında değerlendirerek nicelendirmenizdir.

Eğer çevirisi yapılarak oluşturulan eğitim modülleri ifade edilen başlıkları net olarak belirtiyor ise "**Çok İyi (4)**", içerik konu kapsamında ve kabul edilebilir düzeyde hedeflenen özelliği belirtiyorsa "**İyi (3)**", içeriğin düzenlenmesi gerekiyorsa "**içeriğin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var ya da orta (2)**", modül içeriğinde belirtilen özellik yer almıyorsa "bu özellik **modulün içeriğinde temsil edilmiyor (1)**" seçeneklerini işaretleyiniz. Düzenleme gerektiren maddeler için önerilerinizi maddenin altında yer alan boşluğa yazabilirsiniz.

Saygılarımla.

MODÜL-1 PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİ

	1	2	3	4
1. Hedeflenen başlık ve eğitim içeriği uygundur. **Öneri:**				
2. İçeriğin amacı kolayca anlaşılabilmektedir. **Öneri:**				
3. Konu içeriği öğrenim hedefleriyle sınırlıdır **Öneri:**				
4. Anahtar ya da önemli noktalara değinilmiştir. **Öneri:**				
5. Eğitim içeriği okunabilir düzeyde yazılmıştır. **Öneri:**				
6. Eğitim içeriğinin akışı dağınık değildir. **Öneri:**				
7. Yeni bilgi verilmeden önce yapısı ve özellikleri sunulmuştur. **Öneri:**				
8. Kullanılan tablolar istenilen mesajı iletmektedir. **Öneri:**				
9. Eğitim içeriğinde kullanılan dil uygundur **Öneri:**				
10. Eğitim içeriği topluma uygunluk göstermektedir. **Öneri:**				

7. Yeni bilgi verilmeden önce yapısı ve özellikleri sunulmuştur. **Öneri:**				
8. Kullanılan tablolar istenilen mesajı iletmektedir. **Öneri:**				
9. Eğitim içeriğinde kullanılan dil uygundur **Öneri:**				
10. Eğitim içeriği topluma uygunluk göstermektedir. **Öneri:**				

MODÜL-4 PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE ETİK SORUNLAR

	1	**2**	**3**	**4**
1. Hedeflenen başlık ve eğitim içeriği uygundur. **Öneri:**				
2. İçeriğin amacı kolayca anlaşılabilmektedir. **Öneri:**				
3. Konu içeriği öğrenim hedefleriyle sınırlıdır **Öneri:**				
4. Anahtar ya da önemli noktalara değinilmiştir. **Öneri:**				
5. Eğitim içeriği okunabilir düzeyde yazılmıştır. **Öneri:**				
6. Eğitim içeriğinin akışı dağınık değildir. **Öneri:**				
7. Yeni bilgi verilmeden önce yapısı ve özellikleri sunulmuştur. **Öneri:**				
8. Kullanılan tablolar istenilen mesajı iletmektedir. **Öneri:**				
9. Eğitim içeriğinde kullanılan dil uygundur **Öneri:**				
10. Eğitim içeriği topluma uygunluk göstermektedir. **Öneri:**				

MODÜL-5 PALYATİF BAKIMDA KÜLTÜREL VE MANEVİ DURUMLAR

	1	2	3	4
1. Hedeflenen başlık ve eğitim içeriği uygundur. **Öneri:**				
2. İçeriğin amacı kolayca anlaşılabilmektedir. **Öneri:**				
3. Konu içeriği öğrenim hedefleriyle sınırlıdır **Öneri:**				
4. Anahtar ya da önemli noktalara değinilmiştir. **Öneri:**				
5. Eğitim içeriği okunabilir düzeyde yazılmıştır. **Öneri:**				
6. Eğitim içeriğinin akışı dağınık değildir. **Öneri:**				
7. Yeni bilgi verilmeden önce yapısı ve özellikleri sunulmuştur. **Öneri:**				
8. Kullanılan tablolar istenilen mesajı iletmektedir. **Öneri:**				
9. Eğitim içeriğinde kullanılan dil uygundur **Öneri:**				
10. Eğitim içeriği topluma uygunluk göstermektedir. **Öneri:**				

MODÜL-6 PALYATİF BAKIMDA İLETİŞİM

	1	2	3	4
1. Hedeflenen başlık ve eğitim içeriği uygundur. **Öneri:**				
2. İçeriğin amacı kolayca anlaşılabilmektedir. **Öneri:**				
3. Konu içeriği öğrenim hedefleriyle sınırlıdır **Öneri:**				
4. Anahtar ya da önemli noktalara değinilmiştir. **Öneri:**				
5. Eğitim içeriği okunabilir düzeyde yazılmıştır.				

Öneri:				
6. Eğitim içeriğinin akışı dağınık değildir. **Öneri:**				
7. Yeni bilgi verilmeden önce yapısı ve özellikleri sunulmuştur. **Öneri:**				
8. Kullanılan tablolar istenilen mesajı iletmektedir. **Öneri:**				
9. Eğitim içeriğinde kullanılan dil uygundur **Öneri:**				
10. Eğitim içeriği topluma uygunluk göstermektedir. **Öneri:**				

MODÜL-7 KAYIP, KEDER, YAS

	1	**2**	**3**	**4**
1. Hedeflenen başlık ve eğitim içeriği uygundur. **Öneri:**				
2. İçeriğin amacı kolayca anlaşılabilmektedir. **Öneri:**				
3. Konu içeriği öğrenim hedefleriyle sınırlıdır **Öneri:**				
4. Anahtar ya da önemli noktalara değinilmiştir. **Öneri:**				
5. Eğitim içeriği okunabilir düzeyde yazılmıştır. **Öneri:**				
6. Eğitim içeriğinin akışı dağınık değildir. **Öneri:**				
7. Yeni bilgi verilmeden önce yapısı ve özellikleri sunulmuştur. **Öneri:**				
8. Kullanılan tablolar istenilen mesajı iletmektedir. **Öneri:**				
9. Eğitim içeriğinde kullanılan dil uygundur **Öneri:**				
10. Eğitim içeriği topluma uygunluk göstermektedir. **Öneri:**				

MODÜL-8 SON SAATLER

	1	2	3	4
1. Hedeflenen başlık ve eğitim içeriği uygundur. **Öneri:**				
2. İçeriğin amacı kolayca anlaşılabilmektedir. **Öneri:**				
3. Konu içeriği öğrenim hedefleriyle sınırlıdır **Öneri:**				
4. Anahtar ya da önemli noktalara değinilmiştir. **Öneri:**				
5. Eğitim içeriği okunabilir düzeyde yazılmıştır. **Öneri:**				
6. Eğitim içeriğinin akışı dağınık değildir. **Öneri:**				
7. Yeni bilgi verilmeden önce yapısı ve özellikleri sunulmuştur. **Öneri:**				
8. Kullanılan tablolar istenilen mesajı iletmektedir. **Öneri:**				
9. Eğitim içeriğinde kullanılan dil uygundur **Öneri:**				
10. Eğitim içeriği topluma uygunluk göstermektedir. **Öneri:**				

EK.14. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitim Modülleri Uzman Görüşü Sonuçları

Tablo 1. Modül 1- Palyatif Bakım Hemşireliği uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	4	4	4	4	4	3	95,8
S2	4	4	4	4	4	3	95,8
S3	4	4	2	4	4	4	91,7
S4	4	4	4	4	4	3	95,8
S5	4	4	2	3	4	3	83,3
S6	4	4	4	4	4	3	95,8
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	4	4	4	4	100,0

Modül 1 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 2. Modül 2- Ağrı Yönetimi uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	4	4	4	3	4	2	87,5
S2	4	4	4	3	4	3	91,7
S3	4	4	4	4	4	4	100,0
S4	4	4	4	4	4	4	100,0
S5	4	4	4	4	4	4	100,0
S6	4	4	4	4	4	4	100,0
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	3	4	4	95,8
S10	4	4	4	3	4	4	95,8

Modül 2 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 3. Modül 3 Semptom Yönetimi uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	4	4	4	3	4	4	95,8
S2	4	4	4	3	4	4	95,8
S3	4	4	4	4	4	3	95,8
S4	4	4	4	4	4	3	95,8
S5	4	4	2	4	4	4	91,7
S6	4	4	4	4	4	3	95,8
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	4	4	4	4	100,0

Modül 3 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 4. Modül 4- Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	4	4	4	4	4	4	100,0
S2	4	4	4	4	4	4	100,0
S3	4	4	4	4	4	4	100,0
S4	4	4	4	4	4	4	100,0
S5	4	3	3	4	4	4	91,7
S6	4	4	4	4	4	4	100,0
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	4	4	4	4	100,0

Modül 4 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 5. Modül 5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	3	4	4	4	3	3	87,5
S2	4	4	4	4	4	4	100,0
S3	4	4	4	4	4	4	100,0
S4	4	4	4	4	4	4	100,0
S5	3	3	3	4	4	4	87,5
S6	4	4	4	4	4	4	100,0
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	4	4	4	4	100,0

Modül 5 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 6. Modül 6- Palyatif Bakımda İletişim uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	3	4	4	4	3	3	87,5
S2	4	4	4	4	4	4	100,0
S3	4	4	4	4	4	4	100,0
S4	4	4	4	4	4	4	100,0
S5	3	3	3	4	4	4	87,5
S6	4	4	4	4	4	4	100,0
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	4	4	4	4	100,0

Modül 6 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 7. Modül 7 Kayıp, Keder, Yas uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	3	4	4	4	3	3	87,5
S2	3	3	3	4	4	4	87,5
S3	4	4	4	4	4	4	100,0
S4	4	4	4	4	4	4	100,0
S5	3	3	3	4	4	4	87,5
S6	4	4	4	4	4	4	100,0
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	4	4	4	4	100,0

Modül 7 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 8. Modül 8-Son Saatler uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	4	4	4	4	3	3	91,7
S2	4	3	3	4	4	4	91,7
S3	4	4	4	4	4	4	100,0
S4	4	4	4	4	4	4	100,0
S5	3	3	3	4	4	4	87,5
S6	4	4	4	4	4	4	100,0
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	3	4	4	4	95,8

Modül 8 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

EK 15. Yaşam sonu Bakım Hemşireliği Eğitim Modülleri

11.10.2022

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

ARŞ. GÖR. BETÜL ÇAKMAK

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

- MODÜL-1 Palyatif Bakım Hemşireliği
- MODÜL-2 Ağrı Yönetimi
- MODÜL-3 Semptom Yönetimi
- MODÜL-4 Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar
- MODÜL-5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar
- MODÜL-6 Palyatif Bakımda İletişim
- MODÜL-7 Kayıp, Keder, Yas
- MODÜL-8 Son Saatler

MODÜL-1 YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ

BU MODÜL EĞİTİMİ SONUNDA ÖĞRENCİ;

- UYGUN PALYATİF BAKIMIN HİZMETİNİN SAĞLANMASINDA HEMŞİRENİN ROLÜNÜ TANIMLAR,
- PALYATİF BAKIMDA DİSİPLİNLER ARASI EKİP ÜYELERİYLE İŞ BİRLİĞİ YAPMA İHTİYACINI ORTAYA KOYAR
- PALYATİF BAKIM HİZMETİNİ ETKİLEYEN NÜFUS DEMOGRAFİSİ, SAĞLIK HİZMETLERİ EKONOMİSİ DEĞİŞİKLİKLERİNİ TANIR,
- YAŞAM SONU BAKIMIN KALİTESİNİ ETKİLEYEN FELSEFE VE İLKELERİ TANIMLAR,
- HASTALAR VE AİLELER İÇİN YAŞAM KALİTESİNİN FİZYOLOJİK, PSİKOLOJİK, RUHSAL VE SOSYAL ALANLARINI BİR ARAYA GETİRMENİN YÖNLERİNİ TARTIŞIR.

1

11.10.2022

PALYATİF BAKIM

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ PALYATİF BAKIMI 'YAŞAMI TEHDİT EDEN HASTALIKLARDAN KAYNAKLANAN SORUNLARLA KARŞILAŞAN HASTALARIN VE AİLELERİNİN, BAŞTA AĞRI OLMAK ÜZERE TÜM FİZİKSEL, PSİKOSOSYAL VE RUHSAL-SPİRİTÜEL SORUNLARININ ERKEN DÖNEMDE SAPTANARAK VE ETKİLİ DEĞERLENDİRMELER YAPILARAK ÖNLENMESİ VEYA GİDERİLMESİ YOLLARI İLE YAŞAM KALİTESİNİN ARTTIRILMASI HEDEFLENEN BİR YAKLAŞIM' OLARAK TANIMLAMIŞTIR



ölüm istatistiklerinde kronik hastalıkların payı oldukça fazladır. Bu durum palyatif bakıma olan ihtiyacın önemini göstermektedir. Dünya sağlık örgütü dünyada 40 milyon insanın palyatif bakım hizmetine ihtiyacı olduğunu bildirmektedir.

Ülkemizde palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetlerinin niteliğinin arttırılması, palyatif bakım modelinin benimsenmesi ve hastalara interdisipliner hizmet sunulması amacıyla 2010-2023 yıllarını kapsayan Palya-Türk projesi başlatılmış ve 2023 yılına kadar 292 merkez açılması amaçlanmıştır

PALYATİF BAKIMIN KARAKTERİSTİK ÖZELLİKLERİ;

- Ağrı ve diğer stres verici semptomların önlenmesi,
- Normal bir süreç olarak yaşamayı sağlama,
- Ölümü ne çabuklaştırmaya ne de ertelemeye çalışmayı içinde yer vermeme,
- Ölüme kadar mümkün olduğunca hasta ve aktif bir şekilde yaşamasına yardım etme,
- Hastanın hastalığı ve matem süreci boyunca; ailenin ortaya çıkan sorunlarla baş etmesine yardım etme,
- İnterdisipliner ekip iş birliğini sağlama,
- Aile, hasta, ve sağlık hizmeti sunucularla iletişimde olma, iş birliklerinde bulunma,
- Palyatif bakıma özgün eğitim alma olarak ifade edilmektedir

PALYATİF BAKIMIN FELSEFESİ;

- HASTALIK SÜRECİNİ POZİTİF OLARAK ETKİLER.
- YAŞAMI VE ÖLÜMÜ NORMAL BİR SÜREÇ OLARAK GÖRÜR.
- ÖLÜMÜ NE YAVAŞLATIR NE DE HIZLANDIRIR.
- YAŞAMA VE ÖLÜME SAYGI DUYMAYI BELİRTİR.
- HASTANIN HASTALIĞI VE MATEMİ BOYUNCA AİLENİN, BAŞ ETMESİNE YARDIM ETMEK İÇİN DESTEK SİSTEMLERİ SUNAR

2

DÜNYA ÖLÜM İSTATİSTİKLERİ

GLOBAL SAĞLIK VERİLERİNE GÖRE, 2016 YILINDA GERÇEKLEŞEN TÜM ÖLÜMLERİN (41 MİLYON) %71'İNİ BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR OLUŞTURMAKTADIR. ÖLÜMLERE NEDEN OLAN HASTALIKLARA BAKILDIĞINDA;

- KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR (17.9 MİLYON ÖLÜM)
- KANSER (9 MİLYON ÖLÜM)
- SOLUNUM HASTALIKLARI (3.8 MİLYON ÖLÜM)
- DİABETES MELLİTUS (1.6 MİLYON ÖLÜM) OLARAK SIRALANMAKTADIR

TÜRKİYE VERİLERİYLE ÖLÜME BAKIŞ

- ÜLKEMİZ VERİLERİNE BAKILDIĞINDA ÖLÜM İSTATİSTİKLERİ VERİLERİ DÜNYA VERİLERİ İLE PARALELLİK GÖSTERMEKTEDİR. ÜLKEMİZDE 2019 YILI İÇİNDE GERÇEKLEŞEN 435.000 ÖLÜMÜN %80'İNE YAKININI KRONİK HASTALIKLAR OLUŞTURMAKTADIR.
- HER GEÇEN GÜN ARTAN HASTA SAYISI VE HASTALARIN DENEYİMLEDİKLERİ SEMPTOMLAR PALYATİF BAKIM HİZMETİ ALMANIN ASLINDA BİR İNSANLIK HAKKI OLDUĞUNU GÖSTERMEKTEDİR. VERİLEN BAKIM HİZMETİ İNTERDİSİPLİNER EKİP YAKLAŞIMI EŞLİĞİNDE HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİ ARTTIRMA HEDEFİYLE SUNULMALIDIR.

PALYATİF BAKIM HEMŞİRESİ

- **PALYATİF BAKIM HİZMETİNİN SUNUMUNDA EKİBİN EN ÖNEMLİ ÜYELERİNDEN BİRİ HEMŞİRELERDİR. HEMŞİRELERİN TEMEL HEMŞİRELİK BECERİLERİNİN UYGULANMASI DIŞINDA PALYATİF VE YAŞAM SONU BAKIMDA;**
  - BAKIMIN HEDEFLERİNİ BELİRLEMEK,
  - DEĞERLENDİRME, YÖNETİM VE KOORDİNASYONU SAĞLAMAK,
  - HASTAYI VE AİLEYİ DİNLEMEK,
  - YAŞANILANLARA ŞAHİTLİK ETMEK
  - SAĞLIK HİZMETİNİ SUNUN TÜM EKİP ÜYELERİYLE İŞ BİRLİĞİ İÇİNDE OLMAK,
  - ÇALIŞTIĞI ALANA ÖZGÜ KANITA DAYALI UYGULAMALAR KONUSUNDA DONANIMLI OLMASI GEREKİR.

- **SAĞLIK HİZMETİ SUNULMASI SÜRECİNDE EKİP ÜYELERİ BİR ÇOK AHLAKİ DEĞERE SAHİP OLMALIDIR. BU DEĞERLER TEMEL OLARAK;** OTONOMİ, ZARAR VERMEME, ADALETLİ OLMA, YARAR SAĞLAMA VE DAHA İYİ İLETİŞİM İHTİYACININ FARKINDA OLMA DURUMU OLARAK İFADE EDİLİR.



YAŞAMI TEHDİT EDEN KRONİK HASTALIKLARIN SON EVRELERİNDE MEVCUT HASTANIN DURUMU HEM HASTA HEM DE AİLESİ ÜZERİNDE FARKLI ETKİLER OLUŞTURABİLİR.

- HAYATINI UZATMAK AMACIYLA UYGULANAN TEDAVİ VE GİRİŞİMLER ÇEKTİĞİ ACIYI DA ARTTIRMIYOR MU?
- HASTAMIZA FAYDA SAĞLAMAK İÇİN UYGULANAN HER ŞEY YUKUNU DE ARTTIRMIYOR MU?
- SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARININ ORTAYA ÇIKAN TÜM OLUMSUZ FİKİRLER, ENDİŞELER VE KORKULARA YÖNELİK OLARAK İNTERDİSİPLİNER ÇALIŞMA ANLAYIŞIYLA HASTAYI ÇOK BOYUTLU DEĞERLENDİREREK BAKIM VERMESİ GEREKMEKTEDİR.

PALYATİF BAKIMIN GELİŞMESİ VE UYGULANMASI

- Yaşam kalitesi artar,
- Hastanede yatış oranı düşer,
- Yoğun bakım ihtiyacı azalır,
- Maliyet düşer,
- Daha uzun yaşam ve daha az agresif bakım uygulanır,
- Hasta ve aile memnuniyeti artar

VAKA UYGULAMASI

BALYATİF BAKIM EKİBİ EMİR BEY'İN SEMPTOM YÖNETİMİNİ İYİLEŞTİRMEK İÇİN DAVİNİLERDE BULUNMAK ÜZERE YATIĞI KLİNİĞE ÇAĞIRILDI. SON DÖNEMDE KALP YETMEZLİĞİNE BAĞLI YORGUNLUK VE SOLUNUM GÜÇLÜĞÜ YAŞAYAN EMİR BEY 56 YAŞINDA ENGELLİ BİR OTOMOBİL İŞÇİSİ. EVLİ VE KARISIYLA TEK KATLI BİR APARTMAN DAİRESİNDE YAŞIYOR. SON 4 AYDA KALP YETMEZLİĞİ NEDENİYLE 5 KEZ BAŞVURDU. EKİP HASTAYI GÖRÜNÜR SEMPTOM YÖNETİMİNİ EK OLARAK PSİKOLOJİK, SOSYAL VE KURSAL DESTEĞE İHTİYAÇ OLDUĞUNUN FARKINA VARDI. HASTA, AİLESİNİN ENGELLİ GELİRİ OLMADAN FİNANSAL OLARAK NASIL İDARE EDECEĞİ KONUSUNDA ENDİŞELENDİĞİ İÇİN ÖLMEKTEN KORKTUĞUNU BİLDİRDİ.

BAKIM İÇİN BİR SEÇENEK OLARAK BAKIM EVİ VE VB. HİZMETLER HAKKINDA KONUŞMAK İSTEMEDİĞİNİ BELİRTTİ VE "HAYATIMIN SON NEFESİNE KADAR HER ŞEYİ YAPMAK İSTİYORUM" DEDİ. HEMŞİRE, HEKİM, SOSYAL HİZMET UZMANI VE İMAMDAN OLUŞAN PALYATİF BAKIM EKİBİ, EMRE BEY VE İŞİNE SEMPTOM YÖNETİMİ, DUYGUSAL VE MANEVİ DESTEK SAĞLADI VE "İLERİ BAKIM PLANLAMASI" KONUSUNU YENİDEN ELE ALDI. (EMRE BEY BAKIM EVİ VE YA PALYATİF BAKIM HAKKINDA KONUŞMAK İSTEMEMİŞ KONUSUNDA KARARLIYDI. (YALNIZCA BAKIM EKİBİNİN NASIL GELİŞİR İYİLEŞEBİLECEĞİ HAKKINDA KONUŞMASINI İSTEDİ).

TARTIŞMA SORULARI

1) BİR DANIŞMA EKİBİ OLARAK KALİTELİ PALYATİF BAKIM SAĞLAMAK İÇİN HANGİ DEĞERLENDİRMELER GEREKLİDİR?
2) İLK DANIŞMA ZİYARETİNDE HANGİ MÜDAHALELERİN BAŞLATILMASI KRİTİK ÖNEM TAŞIR?

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM. ŞİMDİ KISA BİR MOLA VERİP MODÜL-2'YE GEÇELİM



YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

ARŞ. GÖR. BETÜL ÇAKMAK

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

- MODÜL-1 Palyatif Bakım Hemşireliği
- MODÜL-2 Ağrı Yönetimi
- MODÜL-3 Semptom Yönetimi
- MODÜL-4 Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar
- MODÜL-5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar
- MODÜL-6 Palyatif Bakımda İletişim
- MODÜL-7 Kayıp, Keder, Yas
- MODÜL-8 Son Saatler

MODÜL-2 AĞRI YÖNETİMİ

BU MODÜL EĞİTİMİ SONUNDA ÖĞRENCİ;

- YAŞAM SONU SÜRECİNDE HASTALARDA AĞRININ YETERLİ OLARAK KONTROL ALTINA ALINMASINDAKİ ENGELLERİ BELİRLER.
- KAPSAMLI AĞRI DEĞERLENDİRMESİNİN BİLEŞENLERİNİ LİSTELER.
- AĞRIYI HAFİFLETMEK İÇİN KULLANILAN FARMAKOLOJİK VE FARMAKOLOJİK OLMAYAN TEDAVİLERİ AÇIKLAR.
- YAŞAMIN SONUNDA AĞRI DEĞERLENDİRMESİ VE YÖNETİMİ İLE İLGİLENEN HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARINI TARTIŞIR.

AĞRININ KONTROL ALTINA ALINMASINDA FİZİKSEL BAKIMA YÖNELİK BEKLENTİLER

1) HASTANIN FİZİKSEL, İŞLEVSEL, DUYGUSAL VE RUHSAL İYİLİK HALİNE İLİŞKİN HEDEFLERİNİN ANLAŞILMASI İLE BAŞLAR.
2) AĞRIYI HAFİFLETMEYE, FONKSİYONEL DURUMU VE YAŞAM KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEYE / SÜRDÜRMEYE ODAKLANILMASI GEREKİR.
3) SEMPTOMLARIN YÖNETİMİ, FARMAKOLOJİK, FARMAKOLOJİK OLMAYAN, GİRİŞİMSEL, DAVRANIŞSAL VE TAMAMLAYICI TEDAVİLERİ KAPSAR.
4) AĞRI YÖNETİMİ, HASTA BAKIMINDA YER ALAN TÜM PROFESYONELLER ARASINDAKİ İLETİŞİM, İŞBİRLİĞİ VE KOORDİNASYON YOLUYLA GERÇEKLEŞTİRİLİR.

AĞRI YÖNETİMİ

- Ağrının Tanımı
- Ağrıya Çok boyutlu yaklaşım
- Ağrı Değerlendirmesi ve Ağrı Yönetiminin Önündeki Engeller
- Vaka Çalışması Örneği

AĞRI

DOKU HARABİYETİNE BAĞLI OLAN YA DA OLMAYAN, İNSANIN GEÇMİŞTE EDİNDİĞİ DENEYİMLERİNE BAĞLI OLARAK GERÇEKLEŞEN HOŞ OLMAYAN EMOSYONEL BİR DURUM OLARAK TANIMLANMAKTADIR



KANSER AĞRISI

- Ağrı sıklığına ilişkin kanser hastalarında görülmektedir. Kanser hastalarının yüzde %60'ında ağrı varlığının görülmektedir. Hastaların ilerleyen seviyelerinde ise bu oran %90'lara kadar çıkabilmektedir. Kanlere bağlı ağrıların arkaya çıkma sebeplerine bakılığında
- Kemoterapiye bağlı (ağrılı periferik nöropati)
- Radyoterapiye bağlı (radyasyonun bölgesel bağlı (radyasyonun bölgesel plekzopati, (kısa dönem kendini reflekslerinde azalma veya kayıp ve onuncu kadar uzamış dönem kronik pelvik ağrı)
- Cerrahi operasyon sonrası (mastektomi, histerektomi, interkostal drili hasarına bağlı)

12.10.2022

YETERLİ OLMAYAN AĞRI YÖNETİMİ:

- Artan psikolojik stres,
- Azalan bağışıklık,
- Azalan mobilite,
- Pnömoni ve tromboembolizim gelişimde artma olasılığı,
- Kalbin ve akciğerlerin artan iş yükü nedeniyle ÖLÜMÜ HIZLANDIRABİLİR !!!!!

AĞRININ KONTROL ALTINA ALINMASININ ÖNÜNDEKİ ENGELLER

HASTA /AİLEYE BAĞLI ETKİLER

- Ağrının hastalığının ilerlediğinin bir göstergesi olduğu korkusu,
- Güçsüz görünme korkusu,
- Doktorun ağrı tedavisi ile uğraşırken gerçek tedavisine yeterince vakit ayırmayacağı korkusu,
- Süreklı olarak ilaç arayan/bağımlı gibi görünmeyi istememek,
- Ağrının kontrol altına alınması için zaten olası tüm tedavilerin yapıldığını inanmak,
- Aile ve hasta tarafından kullanılan ilaçlara bağımlı olunacağı korkusu,
- İlaçların yan etkilerinden korkma (acıyı çekmeyi seçme),
- Tüm etkilerden korkmaya bağlı yetersiz dozda ve daha seyrek olarak ilaç kullanma

ANCAK!!!!!!!!!

PALYATİF BAKIMDA OPİOİDLERİN TAVAN DOZU DİYE BİR KAVRAMIN OLMADIĞI, İLAÇ YAN ETKİLERİNİN ÇOĞUNUN GEÇİCİ VE ÖNLENEBİLİR OLDUĞU, BAĞIMLILIĞIN İSE SANILANIN AKSİNE OLDUKÇA AZ OLARAK GÖRÜLDÜĞÜNE BENZER BİLGİLER AİLELER İLE PAYLAŞILMALIDIR

SAĞLIK PROFESYONELLERİNE BAĞLI ETKİLER

- Yeterli ağrı yönetimi eğitiminin olmaması,
- Zaman yetersizliğinden dolayı ağrının etkili olarak değerlendirilmemesi
- İlaç yan etkileri, tipleri, kullanım yolları, farmakokinetik ve farmakokinetik hakkında yeterince bilgiye sahip olmalı,
- Opioid yan etkileri ve kullanımı ile ilgili deneyimin az olması,
- Analjezik kan seviyesindeki değişimlerin ve opioidlerin eş analjezik dozlarına ilişkin yeterince bilgi,
- Ağrının hasta tarafından objektifliği algısı,
- Terminal dönemdeki hastanın bir miktar ağrı çekmesinin doğal olduğunu yönelik inancın varlığı

SAĞLIK SİSTEMİNE İLİŞKİN ETKİLER

- Yasa ve politikalarda yetersizlikler,
- Opioid yetkilisi yetersizliği,
- Ağrı yönetiminin yetersizliğini
- Hekimlerin öncelik bir kısmının opioidler yerine zayıf etkili analjezikleri tercih edecek yasal zorluklardan kurtulma yolunu görmesi.
- Tıbbi amaçlı olarak üretilen morfinin %90 'ının tüketimi kanalizasyona değmesi nedeniyle çevresel bir sorun oluşturması,
- Ağrıya özel yan dal uzmanlarının yaygınlaşmamış olması

AĞRI YÖNETİMİNİN KONTROL ALTINA ALINMASINDAKİ STRATEJİLER NELERDİR?

- Sağlık profesyonellerinin eğitimi
- Sağlık sistemlerinde düzenleme
- Hasta ve ailelerin eğitimi
- Yönetim (güncel kılavuzların kullanımı, uygun analjezik seçimi, yak etkilerin farkında olma)

AĞRI YÖNETİMİNİN AMAÇLARI

- YETERLİ AĞRI VE SEMPTOM KONTROLÜNÜN SAĞLANMASI
- AĞRIYA BAĞLI OLARAK GELİŞEN STRESİN AİLE VE HASTA ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN KONTROL ALTINA ALINMASI
- BAKIM VERİCİ YÜKÜNÜ AZALTMA.
- İLİŞKİLERİ GÜÇLENDİRME
- YAŞAMIN VE HASTALIĞIN ANLAMINI GELİŞTİRMEK, KİŞİSEL GELİŞİMİ SAĞLAMAK.
- HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİ ARTTIRMAK.

AĞRI TEDAVİSİNİN SÜRDÜRÜLMESİ KONUSUNDA RİSKLİ OLAN GRUPLAR

- ÇOCUKLAR VE YAŞLILAR
- SÖZLÜ OLARAK İLETİŞİM KURAMAYANLAR
- BİLİŞSEL DİSFONKSİYONU OLANLAR
- TÜRKÇE KONUŞAMAYANLAR
- BAĞIMLILIKLARI ÖYKÜSÜ BULUNANLAR

KÜLTÜR KAVRAMININ AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİNDEKİ ROLÜ NEDİR?

- Tercih edilen dil farklılığı
- Sağlık okuryazarlığı düzeyi
- Ağrı kesici ilaç korkusu
- Acı çekme ve ağrı algısı
- Ağrının doğru etiketlenmesi

AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE TEDAVİSİ TEMEL BİR İNSAN HAKKIDIR.

AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AĞRI DEĞERLENDİRİLMESİNİN AMAÇLARI

- AĞRI TANILAMASINI YAPMAK
- AĞRININ ETİYOLOJİSİNİ BELİRLEMEK
- AĞRININ ÖZELLİKLERİNE GÖRE UYGUN GİRİŞİMİ UYGULAMAK

AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE;

- NUMERİK AĞRI SKALASI,
- GÖRSEL ANALOG SKALASI,
- YÜZ İFADESİ SKALASI UYGULAMALARI SIKLIKLA KULLANILMAKTADIR.

HER SEFERİNDE AYNI SKALANIN UYGULANMASI SONUCUN TUTARLIĞI AÇISINDA OLDUKÇA ÖNEMLİDİR. FERREL VE ARKADAŞLARI YETERLİ ZAMAN KULLANILDIĞINDA CİDDİ KOGNİTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN %67'SİNİN 0-3 ARASINDA AĞRI DEĞERLENDİRMELERİNİ YAPABİLDİKLERİNİ BİLDİRMEKTEDİR (7). AĞRININ CİDDİ KOGNİTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA DOĞRU OLARAK BELİRLENEBİLMESİ İÇİN İSE BİR DİĞER ÖNEMLİ YÖNTEMLER;

AĞRI ÖZELLİKLERİ

- YOĞUNLUĞU
- BAŞLANGIÇ, SÜRE, GÜNLÜK DALGALANMALAR, ALEVLENME AĞRILARI
- LOKALİZASYON VE YAYILIMI
- KALİTESİ
- AĞRIYI ARTTIRAN VE AZALTAN YÖNTEMLER

AĞRININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

- FİZİKSEL FONKSİYONLAR
- RUHSAL İYİLİK HALİ
- SOSYAL DURUM VE AİLE İLİŞKİLERİ
- UYKU, MORAL, HAYATI BULGULAR, CİNSEL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

- ***HASTALIĞIN SEYRİ, EVRESİ, PLANLANAN TEDAVİLER,***
- ***ÖNCEKİ VE SONRAKİ TEST PARAMETRE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ,***
- ***PSİKİYATRİK SORUNLARIN AYRILMASI*** *(MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ, DEPRESYON VE ANKSİYETE SORUNLARI, KİŞİLİK BOZUKLUKLARI)*
- ***BAKIM VERENLERİN GEREKSİNİMLERİ***
- ***MANEVİ BAKIM SORUNLARI***
- ***İLETİŞİM VE BAKIM KOORDİNASYONLARI İLE İLGİLİ SORUNLAR***
- ***KÜLTÜREL FARKLILIKLAR***

12.10.2022

AĞRININ ETİYOLOJİSİ

- KANSER AĞRISININ NÖROFİZYOLOJİSİ OLDUKÇA KOMPLEKSTİR. ÇEŞİTLİ DÜZEYLERDE İNFLAMATUVAR, NÖROPATİK, İSKEMİK SÜREÇLERE İLİŞKİN MEKANİZMALAR MEVCUTTUR. KANSERLİ HASTALARDA OSTEOARTRİT, NÖROPATİ YA DA VASKÜLER YETMEZLİK GİBİ DAHA ÖNCEKİ KRONİK HASTALIKLAR İLE DE AĞRIYA YOL AÇMAKTADIR. BU NEDENLE AĞRI TEDAVİSİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERDE, AĞRININ NOSİSEPTİF, VİSSERAL, NÖROPATİK YA DA KOMBİNE OLARAK GERÇEKLEŞEBİLECEĞİ GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULMALIDIR.

AĞRININ FONKSİYONEL DEĞERLENDİRİLMESİ

- KAS TONÜSÜ
- KOORDİNASYON
- REFLEKSLER
- BİREYSEL PERFORMANS YETENEKLERİ
- YÜRÜME
- YEMEK YAPMA

DEĞERLENDİRME BULGULARININ PAYLAŞIMI

- İLETİŞİMİN AĞRI YÖNETİMİNİ İYİLEŞTİRDİĞİNİ UNUTMAYIN,
- ÖNERİLER İSTEYİN ANCAK ÖNERİ VERMEKTEN SAKINMAYIN,
- FONKSİYONLAR ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİ TANIMLAYIN,
- İLACIN ETKİNLİĞİ VE YAN ETKİLERİNİ PAYLAŞIN,
- OBJEKTİF OLUN.

AĞRI YÖNETİMİ

YAŞAM SONU (TERMİNAL) DÖNEMDE HASTALARIN AĞRILARININ KONTROL ALTINA ALINMASINDA TEMEL OLARAK DÖRT ANA YAKLAŞIMDAN SÖZ EDİLEBİLİR. BUNLAR;

I. İLAÇLARIN AĞRI OLDUKÇA DEĞİL, AĞRININ GELİŞMESİNİ ÖNLEMEK AMACIYLA DÜZENLİ OLARAK KULLANILMASI (SUBDERMAL, BUCCAL, SUBLİNGUAL YOL),

II. KAÇAK AĞRI VEYA AĞRIYI ARTTIRAN YÖNTEMLERE İLİŞKİN OLARAK EK ANALJEZİK İHTİYACININ ÖNCEDEN DÜŞÜNÜLMESİ VE PLANLANMASI,

III. YAŞAM SONU DÖNEMDE BAĞIMLILIĞIN SANILANIN AKSİNE OLDUKÇA NADİR GÖRÜLDÜĞÜNÜ BİLEREK, BU YANLIŞ ALGIYA BAĞLI YETERSİZ TEDAVİDEN UZAKLAŞILMASI,

IV. AĞRI İLAÇLARLA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞINDA, AĞRI KONUSUNDA DENEYİMLİ EKİPLERDEN DESTEK ALINARAK GİRİŞİMSEL UYGULAMALARIN GERÇEKLEŞTİRİLMESİDİR (NÖROLİTİK BLOKLAR EPİDURAL YA DA İNTRATEKAL OPİOİD UYGULAMALARI, NÖROMODULASYON VERTEBROPLASTİ, KİFOPLASTİ, SERVİKAL KORDOTOMİ).

DSÖ AĞRI YÖNETİMİ BASAMAKLARI

1. **BASAMAK AĞRI (HAFİF AĞRI):** ASETAMİNOFEN VEYA NONSTEROİDAL ANTİİNFLAMATUVAR İLAÇ (NSAİİ)+/- ADJUVAN
2. **BASAMAK AĞRI (HAFİF/ ORTA ŞİDDETTE AĞRI)** : ZAYIF OPİOİD+ASETAMİNOFEN VEYA NONSTEROİDAL ANTİİNFLAMATUVAR İLAÇ (NSAİİ)+/- ADJUVAN
3. **BASAMAK AĞRI (ŞİDDETLİ AĞRI)** : GÜÇLÜ OPİOİD+ASETAMİNOFEN VEYA NONSTEROİDAL ANTİİNFLAMATUVAR İLAÇ (NSAİİ)+/- ADJUVAN

ADJUVAN KULLANIMI

- TEK BAŞINA KULLANILAN OPİOİDLER YAŞAM SONU DÖNEMDE HASTALARIN AĞRI KONTROLÜNDE YETERSİZ KALABİLİR. KORTİKOSTEROİDLER, ANTİDEPRESAN, ANTİEPİLEPTİK, ANTİHİSTAMİNİKLER, LOKAL ANESTEZİKLER KALSİYUM KANAL BLOKERLERİ BU GRUPTADIR. ANCAK ARTRALJİ EPİGASTRİK AĞRI, ÖZOFAJİT, RENAL DİSFONKSİYON VE DİŞ HASTALIKLARI GİBİ YAN ETKİLER GELİŞEBİLMEKTEDİR.
- NÖROPATİK AĞRILAR İÇİN ANTİKONVÜLZAN (GABAPENTİN, PREGABALİN) YADA ANTİDEPRESAN (AMİTRİPTİLİN, DESİPRAMİN, İMİPRAMİN) TÜREVİ İLAÇLAR KULLANILIR. ANCAK YAŞAM SONU DÖNEMDE RENAL DİSFONKSİYON, KONFÜZYON, BULANTI SEDASYONU ARTTIRABİLMEKTEDİR.



NONOPİOİD KULLANIMI

ASETAMİNOFEN VE NONSTEROİDAL ANTİİNFLAMATUVAR İLAÇ (NSAİİ) HEM BİRİNCİ BASAMAK AĞRI KONTROLLERİNDE TEK BAŞINA, HEM DE ZAYIF OPİOİDLERLE BİRLİKTE İKİNCİ BASAMAK AĞRILARIN KONTROL altına ALINMASINDA KULLANILMAKTADIR. ÖZELLİKLE KAS-İSKELET SİSTEMİNE İLİŞKİN AĞRILARDA OLDUKÇA ETKİLİDİRLER.

- ***ASETAMİNOFEN:*** *KRONİK TEDAVİLERDE EK BİR YARAR SAĞLAMADIĞINDA HEPATOKSİSİTE RİSKİ NEDENİYLE TEDAVİ PLANINDAN ÇIKARILMALIDIR. YAŞLI HASTALARDA DİKKATLİ OLARAK KULLANILMALIDIR. YETİŞKİNLER İÇİN GÜNLÜK /24 SAATTE 3000 MG, YAŞLILAR İÇİN İSE GÜNLÜK /24 SAATTE 2000 MG KULLANIMI AŞMAMALIDIR.*
- ***NONSTEROİDAL ANTİİNFLAMATUVAR İLAÇ (NSAİİ):*** *ANTİPİRETİK, ANALJEZİK VE ANTİİNFLAMATUVAR ÖZELLİK GÖSTEREN BU İLAÇ GRUBUNUN ÇOĞUNLUĞU, İLERİ YAŞTA OLAN VE ORGAN FONKSİYONLARI OPTİMAL DÜZEYDE SEYRETMEYEN YAŞAM SONU HASTALARINDA GASTRİK ÜLSER, KANAMA, HEPATORENAL DİSFONKSİYONUNA VE TROMBOSİT DİSFONKSİYONLARINA NEDEN OLABİLMEKTEDİR. BU NEDENLE PROFİLAKTİK OLARAK PROTON POMPA İNHİBİTÖRLERİ İLE BİRLİKTE KULLANILMALIDIR.*

12.10.2022

OPİOİDLERİN KULLANIMI

İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK AĞRILARIN KONTROLÜNDE KULLANILAN ETKİLİ VE GÜVENLİ İLAÇLARDIR. RENAL, HEPATİK VE KOAGÜLASYON SİSTEMLERİNE DİREKT ETKİLERİ OLMAMASI SEBEBİYLE ÇOĞUNLUKLA TERCİH EDİLİRLER. ORTA ŞİDDETTEKİ VE HIZLA DOZ YÜKSELTİLMESİ GEREKEN AĞRILARDA KISA ETKİLİ, DAHA ŞİDDETLİ AĞRILARDA İSE UZUN ETKİLİ OPİOİDLER KULLANILMALIDIR.

EN SIK KULLANILAN OPİOİDLER

- KODEİN, TRAMADOL, FENTANİL, MORFİN, OKSİKODON, HİDROMORFON, HİDROKODON, OKSİMORFİN OLARAK ÖRNEKLENDİRİLEBİLİR.
- NON İNVAZİF FORMLARININ OLMASI, DÜŞÜK MALİYET VE KULLANIM KOLAYLIĞI SEBEBİYLE AĞRI KONTROLÜNDE OPİOİD KULLANIMI OLDUKÇA SIKTIR. BÜTÜN OPİOİD KULLANIMLARINDA DÜŞÜK DOZLAR İLE TEDAVİYE BAŞLANMALIDIR.
- KRONİK HASTALARDA OPİOİD TEDAVİSİNDE UYGUN AĞRI KONTROLÜ SAĞLANAMAZSA BİR OPİOİDDEN DİĞERİNE GEÇİŞ OLDUKÇA KRİTİKTİR. BU GEÇİŞLERDE KARŞILAŞTIRMALARI STANDARTLAŞTIRMAK İÇİN MORFİN KULLANILIR. BU NEDENLE GÜNLÜK OPİOİD DOZU MORFİNE EŞDEĞER DOZ İLE ÇARPILARAK UYGUN İLAÇ DOZU HESAPLANIR VE GEÇİŞ SAĞLANIR. ANCAK YENİ OPİOİD İLACIN İLK KULLANIMINDA HESAPLANAN DOZUN %50 Sİ İLE BAŞLANMALIDIR.

AĞRI HALA KONTROL ALINAMIYORSA NE YAPALIM?

NÖROTOKSİSİTE BULGUSU YOKSA, 24 SAATLİK OPİOİD DOZU %25-50 ORANINDA ARTTIRILABİLİR.

- **ANCAK:** HER ZAMAN GELİŞEBİLECEK YAN ETKİLERE YÖNELİK OLARAK HASTA VE BAKIM VERENE EĞİTİM VERİLMESİ GEREKMEKTEDİR.

OPİOİD YAN ETKİLERİ

- SOLUNUM DEPRESYONU
- KONSTİPASYON
- SEDASYON
- ÜRİNER RETANSİYON
- BULANTI-KUSMA
- KAŞINTI
- MİYOKLONUS

YAŞAM SONU DÖNEMDEKİ HASTALARDA NADİR DE OLSA KULLANILAN İLAÇLARA YÖNELİK YAN ETKİLER GÖRÜLMEKTEDİR. YAN ETKİLERİ KONTROL ALTINA ALMAYA YÖNELİK OLARAK;

- ✓ YAŞLI HASTALARDA VE KADINLARDA DAHA SIK GÖRÜLEN, PREVALANSI EN FAZLA OLAN YAN ETKİDİR VE OPİOİD KULLANIMI SÜRESİNCE TOLERANS GELİŞMEMEKTEDİR. KONSTİPASYONUN ÖNLENMESİNDE OPİOİD KULLANIMININ BAŞLAMASIYLA LAKSATİF, SUPPOZİTUVAR YA DA BAĞIRSAK STİMULANLARININ KULLANIMI GEREKMEKTEDİR. OPİOİD DOZU ARTIRILACAĞI ZAMANLARDA LAKSATİF DOZU DA ARTIRILMALIDIR. YETERLİ SIVI ALIMI SAĞLANMALIDIR.

- BULANTI-KUSMA OPİOİD TEDAVİSİNİN BAŞLANGICINDA NADİR DEĞİLDİR. ANCAK GÜNLER HAFTALAR İÇİNDE BU ETKİYE KARŞI TOLERANS GELİŞİR. NEDEN OLACAK TÜM ETKİLERİN DIŞLANMASINDAN SONRA BULANTI KUSMAYI KONTROL ALTINA ALMAK ADINA ANTİEMETİK KULLANIMI SAĞLANIR.
- ✓ BAŞLANGIÇ OPİOİD DOZU ÇOK YÜKSEK İSE, OPİOİDLER ÇOK HIZLI TİTRE EDİLİRSE VEYA SOLUNUMU DEPRESE EDEN DİĞER İLAÇLARLA (BENZODİYAZEPİN GİBİ) BERABER KULLANILIRSA SOLUNUM DEPRESYONU GÖRÜLEBİLME İHTİMALİ ARTAR. SOLUNUM DEPRESYONU GELİŞİMİ OLDUKÇA NADİR GÖRÜLSE DE MONİTÖR İLE HASTANIN İZLENMESİ GEREKEBİLMEKTEDİR.

BU YAN ETKİLERİN DIŞINDA GÖZLENEN TÜM YAN ETKİLERE İLİŞKİN OPİOİD KULLANIMINDAN KISA BİR ZAMAN SONRA ÇOĞUNLUKLA TOLERANS GELİŞMEKTEDİR. GELİŞMEDİĞİ TAKDİRDE TEDAVİ PROTOKOLLERİ TEKRAR DÜZENLENMELİDİR.

TOLERANS-BAĞIMLILIK

- **TOLERANS**, SÜREKLİ KULLANILAN OPİOİDLERİN POTENSİNDE ZAMAN İÇİNDE GELİŞEN AZALMADIR. **BAĞIMLILIK** İSE, HASTAYA YETERLİ DOZ VERİLMEDİĞİ İÇİN AĞRISININ SÜRMESİ, İLACIN ANİDEN KESİLMESİ VEYA ANTAGONİSTİNİN KULLANILMASI İLE GELİŞEBİLİR.

12.10.2022

NON-FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

- **FİZİKSEL:** EGZERSİZ, SICAK-SOĞUK UYGULAMA, TENS, BİLİŞSEL DAVRANIŞSAL TERAPİ
- **PSİKOLOJİK;** RELAKSASYON TEKNİKLERİ, MEDİTASYON, HİPNOZ, MÜZİK, BİYOFEEDBACK, SİSTEMATİK DUYARSIZLAŞTIRMA
- **TAMAMLAYICI VE BÜTÜNLEŞTİRİCİ:** AKUPUNKTUR, TERAPOTİK MASAJ, REİKİ

HAYDİ TARTIŞALIM

- ***OPİOİDLERİN KÖTÜYE KULLANIMININ NEDEN OLDUĞU ACIYI / ISTIRABI NASIL AZALTIP, ZARARI NASIL KONTROL ALTINA ALABİLİRİZ?***



AĞRININ YÖNETİMİNDE HEMŞİRELİK

- HEMŞİRE, AĞRININ TANILANMASINDA VE KONTROL ALTINA ALINMASINDA ÖNEMLİ ROL OYNAMAKTADIR.
- **TANILAMA**
  - HEMŞİRE AĞRININ TANILANMASI SÜRECİNE AKTİF OLARAK KATILMALIDIR.
  - HASTAYA KARŞI İYİ BİR DİNLEYİCİ OLARAK BİREYİN NELER HİSSETTİĞİNİ, SAĞLIK SORUNLARINI NASIL ELE ALDIĞINI OBJEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRMELİDİR.
  - HASTANIN SORDUĞU SORULARA YALIN BİR DİL KULLANARAK CEVAP VERMELİ VE HASTANIN RAHATLIKLA SORULARINI SORABİLECEĞİNE İLİŞKİN HASTAYA FİKİR VERMELİDİR.
  - HASTA VE AİLESİYLE YAPTIĞI GÖRÜŞMELERDE SÖZLÜ OLMAYAN İPUÇLARINI FARK EDEBİLMELİDİR.
  - TANILAMA ESNASINDA FİZİKSEL, DAVRANIŞSAL GÖSTERGELERİ VE UYGUN DEĞERLENDİRME ARAÇLARINI KULLANMALIDIR.

- **PLANLAMA VE UYGULAMA**
  - HEMŞİRE ELDE ETTİĞİ VERİLER İLE UYGUN HEMŞİRELİK TANILARINI BELİRLER (AKUT AĞRI, KRONİK AĞRI, SAĞLIĞI SÜRDÜRMEDE YETERSİZLİK, UYKU ÖRÜNTÜSÜ).
  - HEMŞİRELİK TANILARINA İLİŞKİN GELİŞTİRDİĞİ PLANLAMALARI HAYATA GEÇİRİR.
  - UYGULANACAK MEDİKAL GİRİŞİM ÖNCESİ; BİREYİN ONAMI ALINMALI, MAHREMİYETİ GÖZDEN GEÇİRİLMELİ, UYGULANACAK BÖLGE GÖZDEN GEÇİRİLMELİ, UYGULAMA SONRASI HASTANIN VERDİĞİ YANITLAR GÖZLEMLENMELİ)

- **DEĞERLENDİRME**
  - BÜTÜNCÜL BAKIM SONUCU, HASTADA DEĞİŞMESİNİ HEDEFLEDİĞİ, BEKLEDİĞİ SONUÇLARA ULAŞIP ULAŞMADIĞI KONUSUNDA DEĞERLENDİRME YAPMALIDIR.
  - KULLANDIĞI UYGULAMALARIN ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİREREK KAYIT ALTINA ALIR.



KLİNİKTE AĞRI VAKASI DEĞERLENDİRME ÖRNEĞİ

- **KONU**

AĞRI DEĞERLENDİRME BULGULARININ İLETİLMESİ



ETKİLİ OLMAYAN İLETİŞİM

"DR. ECE" BEN PALYATİF KLİĞİNDEN HEMŞİRE EMRE. HASTAMIZ AYŞE HANIM, AĞRI ÇEKİYOR. BUNUNLA İLGİLİ NE YAPACAKSINIZ? "

ETKİLİ İLETİŞİM

"DR. ECE" BEN PALYATİF KLİĞİNDEN HEMŞİRE EMRE. BİR HASTAMIZ İÇİN ENDİŞELİYİM AYŞE HANIM. 0-10 ARASI BİR ÖLÇEKTE AĞRI YOĞUNLUĞU PUANI 9, SAĞ UYLUĞUNDAKİ KEMİK METASTAZI OLDUĞUNU BİLDİĞİMİZ AĞRI TERİNİ TARİF EDİYOR. AĞRI AĞRITOR VE ZONKLUYOR VE ATAĞA KALKTIĞINDA VEYA YURUDUĞUNDE DAHA KÖTÜ. AĞRI NEDENİYLE BUGÜN FİZİK TEDAVİYE KATILAMADI. HER 3 SAATTE BİR 10 MG SIVI MORFİN VERİYORUZ, BU DA AĞRIYI TAKLAŞIK "YE DÜŞÜRÜYOR, ANCAK BU SADECE TAKLAŞIK BİR SAAT SÜRÜYOR. NEYSE Kİ, MORFİNİN HERHANGİ BİR YAN ETKİSİ GÖRÜLMÜYOR. İLAÇ LİSTESİNE BAKTIĞIMIZDA AĞRISI İÇİN BAŞKA İLAÇ ALMIYOR. NE YAPMAMIZ GEREKTİĞİNİ DÜŞÜNÜYORSUNUZ? "

12.10.2022

"EMRE, EMİN DEĞİLİM. SENİN HERHANGİ BİR ÖNERİN VAR MI?"

MORFİN BİR DERECEYE KADAR İŞE YARADIĞINDAN, BENCE DOĞRU İLAÇ. ANCAK, 10 MG AĞRISINI SADECE 9'DAN 7'YE DÜŞÜRÜYOR. BUNU İYİ TOLERE ETTİĞİ İÇİN DOZU İKİYE KATLAYARAK 20 MG'A ÇIKARMAK İSTİYORUM. VE SADECE BİR SAAT RAHATLAMA SAĞLADIĞI İÇİN SANIRIM BUNU HER SAAT ONA SUNMALIYIZ. MORFİNİ HER ZAMAN REDDEDEBİLİR VE ONU BİLEREK, GERÇEKTEN İLACA İHTİYACI OLMADIĞI SÜRECE ALMAYACAKTIR. BU YÜZDEN, HER SAAT 20 MG PO SIVI MORFİN UYGULAMALIYIZ DİYE DÜŞÜNÜYORUM. BU İŞE YARARSA, YARIN ONU UZUN ETKİLİ BİR OPİOİDE DÖNÜŞTÜRMEK HAKKINDA KONUŞABİLİRİZ, BÖYLECE O KADAR SIK İLACI ALMASINA GEREK KALMAZ. AYRICA, HASTANIN KEMİK AĞRISI OLDUĞU İÇİN VE AYŞE HANIM ÜLSERİ OLMADIĞINI BİZE İLETTİĞİ İÇİN, STEROİD OLMAYAN BİR ANTİ-ENFLAMATUAR İLAÇ EKLEMENİN YARDIMCI OLACAĞINI DÜŞÜNÜYORUM. "



VAKA ÇALIŞMASI

- *NALAN HANIM, EVLİ, KOCASI VE 2 GENÇ OĞLUYLA YAŞAYAN 40 YAŞINDA BİR KADINDIR. BİR DİŞÇİ MUAYENEHANESİNDE SEKRETER OLARAK ÇALIŞMAKTADIR. MEME KANSERİ GEÇMİŞİ OLAN NALAN HANIM, BEŞ YIL ÖNCE KEMOTERAPİYİ TAKİBEN RADYASYONLA LUMBEKTOMİ GEÇİRMİŞTİR. BİR YIL ÖNCE DE LOMBER OMURGADA VE SAĞ KLAVİKULADA KEMİK METASTAZI GELİŞTİĞİ BELİRLENMİŞTİR. KEMOTERAPİ KEDİSİ İLE TEDAVİSİNE DEVAM EDİLMEKTEDİR. KEMOTERAPİ UYGULAMASI İÇİN ONKOLOJİ KLİNİĞİNE GERİ DÖNDÜĞÜNDE HEMŞİRE, NALAN HANIMIN RAHATLIĞI KONUSUNDA ENDİŞELENİR VE AĞRI DEĞERLENDİRMESİ YAPAR. NALAN HANIM İLK BAŞTA HERHANGİ BİR SORUN BİLDİRMEZ, ANCAK DAHA SONRA ÇOK HAFİF BEL AĞRISI OLDUĞUNU BELİRTİR. BU DURUMU, EVİNİ YENİDEN YAPTIRIRKEN ARTAN AKTİVİTELERİNE BAĞLAMAKTADIR. AĞRISINI KESMEK İÇİN REÇETESİZ SATILAN İLAÇLAR (ÖRN. İBUPROFEN, ASETAMİNOFEN) VE FARMAKOLOJİK OLMAYAN TEKNİKLERDEN (ÖRN. MASAJ, ISI) DESTEK ALMAKTADIR. ANCAK AZALMADIĞINDA, ARA SIRA 5/325 MG ASETAMİNOFEN HİDROKODON ALMAKTADIR. NEDEN DAHA FAZLA İLAÇ ALMADIĞI SORULDUĞUNDA, "NARKOTİK ALMAYI SEVMİYORUM" VE "KOCAM HAPLARI ALMAMDAN HOŞLANMIYOR" ŞEKLİNDE CEVAP VERMEKTEDİR.*

- *NALAN HANIM, AĞRISINI BELİRTİRKEN 2 VEYA 3 / 0-10 OLARAK TANIMLAR. AĞRININ ZONKLAYICI OLDUĞUNU İFADE EDER. DİĞER AĞRI BÖLGELERİNİ BELİRTMESİ İÇİN BAŞ UYGULANDIĞINDA İSE, OMUZ AĞRISI OLDUĞUNU KABUL EDİYOR, ANCAK ŞU ANDA AĞRI PUANINI 1 OLARAK DEĞERLENDİRİYOR. AYRICA AYAK BİLEKLERİNE KADAR UZANAN İKİ TARAFLI KARINCALANMAYI DA TARİF EDİYOR. ANCAK SÖYLERKEN "GERÇEKTEN ACI DEĞİL, SADECE YANMA." DİYEREK SAĞLIK PERSONELİNE CEVAP VERİYOR*

- ***FİZİKSEL DEĞERLENDİRME:** NALAN HANIM TEDAVİ SÜRECİ BOYUNCA POSTÜRÜNDEN RAHATSIZLIK DUYDUĞUNU GÖSTERDİ. MUAYENE MASASINA GEÇMEK İÇİN SANDALYESİNDEN KALKTIĞINDA HEMŞİRE BUNU ZORLUKLA YAPTIĞINI GÖZLEMLEYEREK KAYIT ALTINA ALDI. ALT LOMBER OMURGANIN (L3-4) PALPASYONU AĞRIYA NEDEN OLDU. NALAN HANIM, KLAVİKULA PALPE EDİLDİĞİNDE İSE AĞRIYI REDDETTİ. 90 DERECENİN ALTINDAKİ DÜZ BACAK KALDIRMALARI SIRASINDA BEL AĞRISI ÖNEMLİ ÖLÇÜDE ARTTI. NÖROLOJİK MUAYENEDE ALT EKSTREMİTELERDE GÜÇSÜZLÜK ORTAYA ÇIKTI VE DUYUSAL KAYIP, AYAK PARMAKLARINDA VE AYAK BİLEKLERİNDE BİLATERAL OLARAK GÖZLEMLENDİ.*

TARTIŞMA SORULARI:

- Bu durumda hastanın ağrının giderilmesinin önündeki engeller nelerdir?
- Nalan Hanım ne tür ağrılar yaşıyor ve altında yatan etiyolojiler neler olabilir? Hemşire bu hastaya başka hangi soruları sormalıdır?
- Bu hasta için bir bakım planı hazırlayacak olsanız ilk 3 tanınız ne olurdu?

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM. ŞİMDİ KISA BİR MOLA VERİP MODÜL-3'E GEÇELİM



12.10.2022

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

ARŞ. GÖR. BETÜL ÇAKMAK

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

- MODÜL-1 Palyatif Bakım Hemşireliği
- MODÜL-2 Ağrı Yönetimi
- MODÜL-3 Semptom Yönetimi
- MODÜL-4 Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar
- MODÜL-5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar
- MODÜL-6 Palyatif Bakımda İletişim
- MODÜL-7 Kayıp, Keder, Yas
- MODÜL-8 Son Saatler

MODÜL-3 SEMPTOM YÖNETİMİ

BU MODÜL EĞİTİMİ SONUNDA ÖĞRENCİ;

- YAŞAM SONU SÜRECİNDE / PALYATİF SÜREÇTE HASTALARDA GÖRÜLEN YAYGIN SEMPTOMLARI TANIMLAR.
- YAŞAM SONUNDA GÖRÜLEN SEMPTOMLARIN OLASI NEDENLERİNİ TANIMLAR.
- SEMPTOMLARIN NASIL DEĞERLENDİRİLECEĞİNİ BELİRTİR.
- YAŞAM SONUNDA SEMPTOMLARIN AZALTILMASI YA DA ÖNLENMESİ İÇİN UYGULAMALARI TANIMLAR.

SEMPTOM YÖNETİMİNİN TEMEL ÖĞELERİ

- FİZİKSEL REFAHI, İŞLEVSELLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEK İÇİN HEDEFLERİ BELİRLEMEK
- DEĞERLENDİRME, PLANLAMA, MÜDAHALE ETME,
- DİSİPLİNLER ARASI EKİP ÇALIŞMASI,
- ARAŞTIRMALARDAN FAYDALANMAK,
- EN UYGUN FİYATLI SEÇENEKLERİN BELİRLENMESİ.

DUR VE DÜŞÜN

- İSTER FİZİKSEL, İSTER PSİKOLOJİK, İSTERSE SOSYAL VEYA RUHSAL OLSUN, TÜM ACILAR YAŞAM KALİTESİNİ HER BOYUTTA OLUMSUZ ETKİLER.

PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER, FARMAKOLOJİK STRATEJİLERİ TAMAMLAMANIN **ANAHTARIDIR**. ACI ÇEKMENİN ÜSTESİNDEN GELMEK İÇİN DİN GÖREVLİLERİNİN, SOSYAL HİZMET UZMANLARININ VE PSİKOLOGLARIN DA SÜRECE DAHİL EDİLMESİ GEREKLİDİR.

PALYATİF BAKIM YAŞAM KALİTESİNİ İYİLEŞTİREBİLİR VE SAĞ KALIMI ARTIRABİLİR Mİ?

- 2019 YILINDA YAYINLANMIŞ BİR ÇALIŞMA DA ARAŞTIRMACILAR, DOKUZ FARKLI ÇALIŞMADAN 2.307 HASTA KAYDINI İNCELEDİLER VE PALYATİF BAKIMIN İLERLEMİŞ KANSERLİ HASTALARDA SAĞ KALIMI ARTIRDIĞI BİLDİRİLMİŞLERDİR. ARAŞTIRMA SONUCUNA GÖRE.....

12.10.2022

- DAHA AZ DEPRESYON, MİDE BULANTISI, ENDİŞE
- DAHA FAZLA HAREKETLİLİK
- DAHA AZ HASTA OLDUKLARI İÇİN AGRESİF KEMOTERAPİYİ DAHA AZ TERCİH,
- DAHA FAZLA DNR
- PALYATİF TEDAVİSİ DE GÖRENLER TEK BAŞINA ONKOLOJİ TEDAVİSİ GÖRENLERDEN YAKLAŞIK 4.5 AY DAHA UZUN YAŞAMA YAKLAŞIMI GÖRÜLMÜŞTÜR.

YAŞLI BİREYLERDE SEMPTOM YÖNETİMİ

ÖLÜMLERİN ÇOĞU 50 YAŞ ÜZERİ VE KOMORBİTESİ OLAN BİREYLERDE GELİŞMEKTEDİR. SADECE KANSERDE DEĞİL, KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ (KKY) KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH), DEMANS TANILI HASTALARDA DA AĞIR SEMPTOMLAR GÖRÜLMEKTEDİR.

EN SIK GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

- **SOLUNUM:** DİSPNE, ÖKSÜRÜK
- **GASTROİNTESTİNAL:** ANOREKSİ / KAŞEKSİ, KABIZLIK, İSHAL, BULANTI / KUSMA, KSEROSTOMİ
- **PSİKOLOJİK:** DEPRESYON, ANKSİYETE, TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU, DELİRYUM / AHTASYON / KAFA KARIŞIKLIĞI
- YORGUNLUK / HASSİLİK, YARALAR, NÖBETLER, UYKU BOZUKLUKLARI, LENFÖDEM, ACİL DURUMLAR.

SOLUNUM SİSTEMİ SEMPTOMLARI
DİSPNE VE ÖKSÜRÜK

- DİSPNE, HASTALAR TARAFINDAN EN ÇOK BELİRTİLEN SEMPTOMLARDAN BİRİ OLUP, TARİF ETMEK İÇİN SIKLIKLA "HAVA AÇLIĞI", "İŞ", "GERGİNLİK" GİBİ TANIMLAMALAR KULLANILMAKTADIR.
- HASTALARIN ÇEKTİĞİ ACI VE IZDIRABINI ŞİDDETİNİ ARTTIRIR.
- AIDS, KOAH, KKY, İLERİ KANSER VE BÖBREK HASTALIĞI OLANLARIN % 50'Sİ NEFES DARLIĞI BİLDİRMEKTEDİR.

DİSPNE (NEFES DARLIĞI) GELİŞİMİNE NEDEN OLAN BAŞLICA DURUMLAR;

PULMONER NEDENLER	KARDİYAK NEDENLER	NÖROMUSKULER NEDENLER
• TÜMÖR İNFİLTRASYONU • ASPİRASYON • PLEVRAL EFÜZYON • PULMONER EMBOLİ • KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH) • BRONKOSPAZM	• AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ • KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ • PULMONER ÖDEM VE PULMONER HİPERTANSİYON • ŞİDDETLİ ANEMİ • KALP/DAMAR HASTALIĞI	• OTONOM GÖRMEZ HİPOKSİ • FALCİ OTİZİ • MİYASTENİA GRAVİS • HİPERVENTİLASYON SENDROMU • FİBRÖZ TORAKSİNA DOKU GELİŞİMİ • DİĞER NÖROMÜSKÜLER ANALOJİK ANKİLOTİK GİBİ AĞRILI EKLİ HASTALIKLAR (ROMATOİD ARTRİT, ANKİLOZAN SPONDİLİT, DİSTROFİLER VE MİYOPATİLER)

DİSPNENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- NEFES DARLIĞI, HİPOKSİ İLE PARALEL OLARAK GÖRÜLEBİLİR, ANCAK HASTALARIN ÖZNEL TEPKİLERİYLE OKSİJEN SEVİYELERİ ARASINDA ÇOK ZAYIF BİR İLİŞKİ OLDUĞU BİLDİRİLMİŞTİR. HASTALAR HİPOKSİYE BAĞLI SEMPTOMLARA SAHİP OLMAYABİLİR, ANCAK, NEFES DARLIĞI BİLDİREBİLİRLER. DİSPNENİN DEĞERLENDİRİLMESİ, ÖZNELLİĞİ NEDENİYLE ZOR OLABİLİR. HASTANIN SOLUNUM HIZI VE OKSİJENASYON DURUMU HER ZAMAN NEFES DARLIĞI SEMPTOMUYLA İLİŞKİLİ DEĞİLDİR.
- BU NEDENLE DİSPNE DEĞERLENDİRMESİ AĞRI DEĞERLENDİRMESİ GİBİ DÜŞÜNÜLEREK HASTANIN ÖZNEL RAPORU BU SEMPTOMUN BELİRLENMESİNİN TEK GÜVENİLİR GÖSTERGESİDİR.
- DİĞER TANIMLAYICI ÖZELLİKLER İSE; KORKMUŞ / DEPRESİF HİSSETME, HAVAYA AÇ OLMA, ENDİŞELENME, BOĞULMA HİSSİ.

• DİSPNE TEDAVİSİ

FARMAKOLOJİK

- **OPİOİD**
- MORFİN TÜREVİ OPİOİDLER DİSPNE TEDAVİSİNİN İLK BASAMAK TEDAVİSİDİR. DÜŞÜK DOZLARDA ORAL VEYA PARENTERAL OPİOİDLER, DİSPNEYİ TEDAVİ ETMEK İÇİN ÖNEMLİ ÖLÇÜDE KULLANILABİLİR.)
- PİLOT BİR ÇALIŞMADA, DİSPNE İÇİN NEBÜLİZE FENTANİL İLE TEDAVİ EDİLEN HASTALAR, SOLUNUM HIZINDA ÖNEMLİ BİR DÜŞÜŞ VE OKSİJEN SATURASYONUNDA ARTIŞ SAĞLADI. EK OLARAK, HASTALARIN %70'İNDEN FAZLASI DİSPNE SEMPTOMLARINDA İYİLEŞME BİLDİRDİ.
- **BENZODİAZEPİN** İSE KULLANILAN DİĞER ÖNEMLİ BİR OPİOİD GRUBU LAÇTIR.
- ENFEKSİYON VARLIĞINDA **ANTİBİYOTİKLER**, PULMONER EMBOLİ VARLIĞINDA **ANTİKOAGÜLANLAR**, SIVI YÜKÜNÜ AZALTMAKI İÇİN DİÜRETİKLER, BRONKOSPAZM VARLIĞINDA KULLANILAN **BRONKODİLATÖRLER**, KALP ATIM HIZI VE AKİSYONU ARTTIRABİLMESİNE RAĞMEN DİSPNENİN TEDAVİSİNDE FAYDASI SUNABİLMEKTEDİR.

NON-FARMAKOLOJİK

- NON-İNVAZİV MEKANİK VENTİLATÖR
- DANIŞMANLIK
- PURSED LİPS (BÜZÜK DUDAK) SOLUNUMU
- ENERJİ KORUNUMU
- TORASENTEZ
- POZİSYON DEĞİŞİKLİĞİ
- FANLAR
- MÜZİK
- HASTA VE AİLENİN EĞİTİMİ
- SAKİN VE SESSİZ ÇEVRENİN SAĞLANMASI

12.10.2022

ÖNEMLİ

- *HASTALAR NET OLARAK İFADE EDEMEYECEKLERİ İÇİN, ÖLMEK ÜZERE OLAN HASTADA NEFES DARLIĞINI DEĞERLENDİRMEK ZOR OLABİLİR. YÜZÜNÜ BURUŞTURDUĞU VE NEFES NEFESE KALDIĞI ANLAR GÖZLENMELİ CHEYNE-STOKES VEYA KUSSMAUL SOLUNUMLARINI HIZLI NEFES ALMA İLE KARIŞTIRILMAMASI GEREKİR.*

ÖKSÜRÜK

- AĞRIYA, YORGUNLUĞA, KUSMAYA VE UYKUSUZLUĞA NEDEN OLABİLİR. ÖKSÜRÜK SIKLIKLA BRONŞİT, KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ, HIV / AIDS VE ÇEŞİTLİ KANSERLER GİBİ İLERLEMİŞ HASTALIKLARDA MEVCUTTUR. ANCAK AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA EN SIK OLARAK GÖRÜLÜR.

- ÖKSÜRÜĞÜN GELİŞİMİNDE BURUN AKINTISI, ALERJİ, BRONŞİT, TIKANMA, ASTIM, PLEVRAL EFÜZYON, GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞI (GERD), PULMONER EMBOLİ, PNÖMOTORAKS VE ANJİYOTENSİN DÖNÜŞTÜRÜCÜ ENZİM (ACE) İNHİBİTÖRLERİ GİBİ BİRÇOK FAKTÖR ROL ALABİLMEKTEDİR.
- **NE YAZIK Kİ ÖKSÜRÜĞÜ ETKİLİ OLARAK TEDAVİ EDEN MÜDAHALELER YOKTUR.** BASKILAMAK İÇİN OPİOİDLER, SEKRESYONU AZALTMAK İÇİN İSE ANTİKOLİNERJİK TÜREVİ İLAÇLAR KULLANILABİLMEKTEDİR. NONFARMAKOLOJİK OLARAK İSE; SOĞUK NEMLENDİRİCİLİ ORTAMDA DERİN NEFES ALMA, KAFEİNLİ İÇECEK TÜKETME (PULMONER VAZODİLATASYON) VE BAŞI YÜKSELTMENİN ETKİLİ OLDUĞU **BELİRTİLMEKTEDİR.**

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM SEMPTOMLARI
ANOREKSİ / KAŞEKSİ

- HASTALIK DURUMU İLERLEMİŞ PALYATİF HASTALARINDA GÖRÜLMEKTEDİR. ANOREKSİ GENELLİKLE YİYECEK ALIMINDA BİR AZALMA İLE İLİŞKİLENDİRİLEN, YEMEK YEME İSTEĞİNDE AZALMA VEYA KAYIP VEYA İŞTAHSIZLIK. KİLO KAYBI GENELLİKLE KAS DEĞİL YAĞ KAYBINI İÇERMEKTEDİR.
- KAŞEKSİ İSE BESLENME EKSİKLİĞİ VE YAKLAŞIK OLARAK EŞİT YAĞ VE KAS KAYBI İLE BESİN ALIMI TAKVİYELERİNE YANIT VERMEYEN CİDDİ KEMİK MİNERAL KAYIPLARININ GÖRÜLDÜĞÜ BİR DURUMDUR. SADECE KİLO KAYBINI DEĞİL, KAS TÜKENMESİ, İŞTAHSIZLIK, VE YORGUNLUĞU DA İÇEREN ÇOK FAKTÖRLÜ BİR SENDROMDUR. VE KANSERLİ HASTALARIN% 80'DEN FAZLASINDA GÖRÜLÜR VE BU HASTALARDA ÖLÜMLERİN İSE % 20'SİNİN BİRİNCİL NEDENİDİR.

ANOREKSİ / KAŞEKSİ

- HER İKİ DURUMDA DA KİLO KAYBI MEVCUTTUR. HASTANIN BENLİK KAVRAMINI VE BEDEN İMAJINI OLUMSUZ ETKİLER. BEDENİN ZAYIF GÜÇSÜZ METABOLİZMASI İLE İLİŞİKLİDİR VE BU DURUM HASTALIK SÜRECİNİN VE YAKLAŞAN ÖLÜMÜN SÜREKLİ BİR HATIRLATICISI OLARAK HİZMET EDEREK HASTA ÜZERİNDE OLDUKÇA OLUMSUZ ETKİLER YARATIR.
- BAZI HASTALIKLARDA İŞTAH AZALMASI ÇOK ERKEN ORTAYA ÇIKABİLMEKTEDİR. HASTALARA BU SÜREÇTE UYGULANAN AGRESİF BESLENME TEDAVİSİ HAYATTA KALMAYI VEYA YAŞAM KALİTESİNİ İYİLEŞTİRMEZ VE ASLINDA HASTA İÇİN DAHA FAZLA RAHATSIZLIK HİSSİ YARATABİLİR. YAPAY BESLENME, CİDDİ MORBİDİTE VE FİNANSAL MALİYETE NEDEN OLABİLECEĞİ İÇİN CİDDİ DEĞERLENDİRME GEREKTİREN TIBBİ BİR PROSEDÜRDÜR. YAPAY BESLENME SONUCU MİDE BULANTISI, KUSMA VEYA DİYARE GÖRÜLEBİLİR. BU TERAPİ BAZEN HASTAYA / AİLEYE YANLIŞ BİR UMUT DÜYGUSU VEREREK, İYİLEŞECEĞİNE DAİR BİR UMUT MEYDANA OLUŞTURUR.

- TOPLUMUMUZ GENELLİKLE BİRİNİ BESLEDİĞİNDE TÜM RAHATSIZLIKLARI "DÜZELTEBİLECEĞİNİ" DÜŞÜNÜR. SEVDİĞİNİZ HASTAYA KÜLTÜRÜMÜZÜN BİR GEREĞİ OLARAK, ÇORBA, YİYECEK VERİYORUZ / OYSAKİ HASTA YEMEK YİYEMEDİĞİNDE, HASTAYI SADECE FİZİKSEL OLARAK DEĞİL, PSİKOLOJİK VE SOSYAL OLARAK DA ETKİLİYORUZ. HASTAYA VE AİLESİNE, BESLENMEYE ATFEDİLEN GERÇEK VE SEMBOLİK ANLAMLA MÜCADELE ETTİĞİ DÖNEMDE UYGUN BAKIM VE DESTEĞİ VERMEK OLDUKÇA ÖNEMLİDİR.
- 2017 YILINDA, AMERİKAN HEMŞİRELER DERNEĞİ (ANA) YAŞAMIN SONUNDA BESLENME VE HİDRASYON BAŞLIKLI BİR BİLDİRİMİ YAYINLADI. BİLDİRİDE, "KARAR VERME KAPASİTESİNE SAHİP YETİŞKİNLER VE KAPASİTESİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN VEKİL KARAR VERİCİLER, YAŞAMIN SONUNDA BESLENME VE HİDRASYONUN RİSKLERİNİ, FAYDALARINI VE YÜKLERİNİ TARTMAK İÇİN EN İYİ KONUMDADIRLAR. SAĞLIK EKİBİ, İSTER ORAL İSTER SUNİ YOLLARLA VERİLSİN, KLİNİK OLARAK UYGUN GIDA VE SIVILARIN KABULÜNE VEYA REDDİNE, KARARIN DOĞRU BİLGİLERE DAYANMASI VE HASTA TERCİHLERİNİ TEMSİL ETMESİ ŞARTIYLA SAYGI GÖSTERİLMELİDİR (ANA, 2017).

- TÜRK HUKUKUNDA HASTA YASİYETİNE İLİŞKİN OLARAK DOĞRUDAN YASAL BİR DÜZENLEME BULUNMAMAKTADIR. İNSAN HAKLARI VE BİYOTİP SÖZLEŞMESİ'NİN 9. MADDESİ "MÜDAHALE SIRASINDA İSTEĞİNİ AÇIKLAYABİLECEK DURUMDA BULUNMAYAN BİR HASTANIN, TIBBİ MÜDAHALE İLE İLGİLİ OLARAK ÖNCEDEN AÇIKLAMIŞ OLDUĞU İSTEKLERİ GÖZ ÖNÜNE ALINMALIDIR" İFADESİYLE TIBBİ YASİYETİ GÜVENCE ALTINA ALIR (1).

ANOREKSİ VE KAŞEKSİYE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

TERMİNAL (YAŞAM SONU DÖNEM) HASTALARINDA ANOREKSİ - KAŞEKSİYE NEDEN OLAN HASTALIK, TEDAVİ YA DA PSİKOLOJİK KAYNAKLI BİRÇOK FAKTÖR BULUNMAKTADIR.

HASTALIK KAYNAKLI:	PSİKOLOJİK DEĞİŞİM KAYNAKLI:	TEDAVİ KAYNAKLI:
• KANSER, • KONGESTİF KALP YETERSİZLİĞİ, • AIDS, • KOAH, • RENAL YETERSİZLİK, • ORAL ENTERİTİSLER, • AĞIZ(ORONASKOPATİ), • KONSTİPASYON, DİYARE, MALABSORBSİYON, BAĞIRSAK TIKANIKLIĞI, KİBAS	DEPRESYON, BEDEN İMAJI DİĞİŞİMİ	• KEMOTERAPİ, • RADYOTERAPİ, • BAĞIRSAK AMELİYATI KİSA BAĞIRSAK SENDROMUNA NEDEN OLABİLİR VE BAŞ VE BOYUN BÖLGESİNDE, ÜST SOLUNUM YOLU SİNDİRİM SİSTEMİNDE DEĞİŞİKLİKLER İLE ORAL ALIMINI VE SİNDİRİMİ DEĞİŞTİREBİLİR.

12.10.2022

ANOREKSİ VE KAŞEKSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ANOREKSİ VE KAŞEKSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE, HASTANIN DENEYİMLERİNE ODAKLANILARAK, POTANSİYEL OLARAK GERİ DÖNDÜRÜLEBİLİR NEDENLER BELİRLENMEYE ÇALIŞILIR.

- FİZİKSEL BULGULAR
- AĞRI, İŞLEV VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ
- KALORİ SAYIMLARI / GÜNLÜK AĞIRLIKLAR
- LABORATUVAR TESTLERİ
- CİLT DÖKÜLMESİ

ANOREKSİ VE KAŞEKSİNİN TEDAVİSİ

- ANOREKSİ VE KAŞEKSİYE YÖNELİK UYGULANACAK GİRİŞİM VE TEDAVİLER KİŞİSELLEŞTİRİLMELİDİR. TEMEL AMAÇ HASTANIN ZEVKLE, İSTEKLE YEMEK YEMESİNİ SAĞLAMAK OLMALIDIR.

HASTALAR İÇİN:

- EN SEVDİĞİ VE KOLAY ÇİĞNEYEREK YİYEBİLDİĞİ YİYECEKLERİ TÜKETMESİ, DİYET KISITLAMALARININ KALDIRILMASI, KÜÇÜK VE SIK ÖĞÜNLER İLE YÜKSEK KALORİLİ GIDALARIN ALIMININ SAĞLANMASI, YİYECEK SUNUMUNUN YEMEK YEMEYİ TEŞVİK EDECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ OLDUKÇA ÖNEMLİDİR.
- KAŞEKSİ TEDAVİSİ İÇİN TEK BİR FARMAKOLOJİK MÜDAHALE ETKİLİ OLMAMAKLA BİRLİKTE DİYET DEĞİŞİKLİKLERİ VE SEÇİLEN FARMASÖTİK AJANLARLA BİRLEŞTİREREK İYİLEŞTİRMELER YAPILMAKTADIR.

- İŞTAH UYARICILAR, ÖZELLİKLE MEGESTROL ASETAT (MA) KİLO ALIMI ÜZERİNDE KÜÇÜK BİR ETKİ GÖSTERMEKTE OLUP TROMBOEMBOLİK OLAY GELİŞİMİ VE ÖLÜMLERDE ARTIŞA DA NEDEN OLABİLDİĞİ BİLDİRİLMEKTEDİR. BU OLUMSUZ ETKİLERİN SONUCUNDA MEGESTROL ASETAT KULLANIMI DIŞLANABİLMEKTEDİR.
- OLANZAPİN VEYA MİRTAZAPİN, BESİN ALIMINI ARTIRMADA YARDIMCI OLABİLMEKTEDİR.
- PROKİNETİKLER (ÖRN. METOKLOPRAMİD), ERKEN TOKLUK'UN ÖNLENMESİ İÇİN MİDE BOŞALMASINI ARTIRMADA YARDIMCI OLABİLMEKTEDİR.
- KORTİKOSTEROİDLER, TALİDOMİD, ARP (ADENOSİN TRİFOSFAT), EPA (OMEGA 3 YAĞ ASİTLERİ), TNF İNHİBİTÖRÜ (TÜMÖR NEKROZ FAKTÖRÜ İNHİBİTÖRÜ) VEYA OKSANDROLON GİBİ DİĞER AJANLAR YARARLI OLABİLİR.
- YEMEK YEMEYİ ENGELLEYEN KÖTÜ KOKU, PİŞİRME SÜRELERİNİ YEMEK ZAMANLARINDAN AYIRARAK VEYA HASTAYI MUTFAKTAN UZAKLAŞTIRARAK GERÇEKLEŞTİRİLEN ÇÖZÜMLER ETKİLİ OLABİLMEKTEDİR.
- DANIŞMANLIK: HASTALAR VE AİLELER İÇİN EN ÜZÜCÜ SEMPTOMLARDAN BİRİ OLMAKLA BİRLİKTE DESTEK YARDIMCI OLSA DA, ARTAN HAYATTA KALMA, ÖNEMLİ KİLO ALIMI VE / VEYA İYİLEŞTİRİLMİŞ YAŞAM KALİTESİ İÇİN KESİN BİR KANIT YOKTUR. HASTALARI VE AİLE ÜYELERİNİ İŞTAHSIZLIK / KAŞEKSİ KONUSUNDA EĞİTMEK ÖNEMLİ BİR HEMŞİRELİK KURALIDIR. ENDİŞELERİNİ DİNLEMEK, BAKIM VE PROGNOZ HEDEFLERİ ÇERÇEVESİNDE DAHA BÜYÜK MESELELERİN KONUŞULABİLMESİ İÇİN BİR AÇILIŞ OLANAĞI SAĞLAYABİLMEKTEDİR.

KONSTİPASYON

NE YAZIK KI KONSTİPASYON YETERSİZ TANINMAKTA VE RAPOR EDİLMEKLE BİRLİKTE HASTANE YATIŞLARINDA YETERSİZ TEDAVİ EDİLMESİYLE BİRLİKTE BAKIM VERİCİ ÜSTÜNDE CİDDİ YÜK, ANKSİYETE VE STRES OLUŞTURAN BİR DURUMDUR.

KONSTİPASYON, HAFTADA ÜÇTEN AZ DEFEKASYON DURUMU OLARAK TANIMLANIR. ÖZNEL BİR SEMPTOM OLAN KONSTİPASYON VE GENELLİKLE HASTALARIN NORMAL BAĞIRSAK FONKSİYONLARI OLARAK ALGILADIKLARI ŞEY İLE ÖLÇÜLMEKTEDİR. ÖLÜMCÜL HASTALIĞI OLAN YETİŞKİNLERDE GÖRÜLME SIKLIĞI %30 'DAN %100 'E KADAR YÜKSELEBİLMEKTEDİR.

KONSTİPASYON İLİŞKİLİ SEMPTOMLAR:

- SERT / VEYA KÜÇÜK DIŞKI
- DIŞKININ TAHLİYESİNDE ZORLANMA
- ŞİŞKİNLİK VEYA DOLGUNLUK HİSSİ VARLIĞI OLABİLİR.
- HASTA İÇİN OLDUKÇA UTANÇ VERİCİ BİR SORUN OLABİLEN BU DURUM SIKLIKLA ZAMANLA CİDDİ BİR SORUNA DÖNÜŞEBİLMEKTEDİR. BELİRTİLER HAKKINDA HASTA VE BAKIM VEREN İLE AÇIK VE NET BİR ŞEKİLDE KONUŞMAK VE TARTIŞMAYI TEŞVİK ETMEK, GELİŞEBİLECEK DAHA ÖNEMLİ PROBLEMLERİN ÖNLENMESİNE YARDIMCI OLUR.

- **ÖNLEMEK KONSTİPASYON İÇİN EN ÖNEMLİ ANAHTARDIR!!!!!!!**

KONSTİPASYON NEDENLERİ

- KONSTİPASYON, HASTALARIN LİF, SIVI, YİYECEK ALIMLARI DÜŞÜK OLABİLECEĞİNDEN, YAŞAMIN SONUNDAKİ HASTALARDA SIK GÖRÜLEN BİR SEMPTOMDUR.
- OPİOİDLERİN VE BAĞIRSAK HAREKETLİLİĞİNİ YAVAŞLATAN DİĞER İLAÇLARIN KULLANIMI (KALSİYUM VE ALÜMİNYUM BAZLI ANTASİTLER, ANTİDEPRESANLAR, ANTİEMETİKLER, DİÜRETİKLER, ANTİSPAZMODİKLER VİTAMİN TAKVİYELERİ, KEMOTERAPİ)
- HASTALIKLA İLGİLİ (ÖR. TİKANMA, HİPERKALSEMİ, DEHİDRATASYON, NÖROLOJİK, HAREKETSİZLİK), DEPRESYON, KRONİK AĞRI, KONSTİPASYON GELİŞİMİNE ORTAM HAZIRLAYABİLMEKTEDİR.

12.10.2022

KONSTİPASYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

- BAĞIRSAK ÖYKÜSÜNÜN (YANİ, DIŞKI ÖZELLİKLERİ GÖRÜNÜM KIVAM, SIKLIK, İLAÇ KULLANIM ÖYKÜSÜ, SIVI ALIMI, İŞTAHSIZLIK, KONSTİPASYON İLE İLİŞKİLİ BULANTI VE KUSMA VARLIĞI, EŞZAMANLI TIBBİ DURUMLARIN VARLIĞI, HASTALIKTAN ÖNCEKİ KONSTİPASYONA İLİŞKİN SORUNLAR) TANIMLANMASIYLA BAŞLAR.
- HEMŞİRE, KONSTİPASYON TANIMININ HASTADAN HASTAYA ÖNEMLİ ÖLÇÜDE DEĞİŞTİĞİNİ VE TEMEL AMACININ HER HASTA İÇİN NEYİN NORMAL OLDUĞUNU BELİRLEMEK OLDUĞUNU BİLEREK PLANLAMA VE UYGULAMALAR GERÇEKLEŞTİRMELİDİR.

- **ABDOMİNAL DEĞERLENDİRME,** ŞİŞKİNLİK, PALPASYON, PERKÜSYON, HASSASİYET, BAĞIRSAK SESLERİ (YANİ HİPERAKTİF, HİPOAKTİF VEYA YOK), PERKÜSYON VE İMPAKSİYON İÇİN REKTAL DEĞERLENDİRME VE BAĞIRSAK TIKANIKLIĞINI DIŞLAMAK İÇİN KARIN RONTGENİ İHTİYACI.
- **DİJİTAL REKTAL DEĞERLENDİRME,** NÖTROPENİK HASTADA DİJİTAL REKTAL MUAYENE ANCAK DİKKATLI BİR ŞEKİLDE DEĞERLENDİRİLDİKTEN SONRA BAŞLATILMALIDIR. MUAYENE DIŞKI, TÜMÖR VEYA BELKİ REKTOSEL ORTAYA ÇIKARABİLİR. HEMOROİD, ÜLSERASYON VEYA REKTAL ÇATLAKLARI İNCELEYEREK GÖRSEL BİR İNCELEME YAPILMALIDIR.

KONSTİPASYONUN TEDAVİSİ

- TOPLU LAKSATİF (BALON LAXATIVES): ÖRN. KONSTİPE KALP YETERSİZLİĞİ RENAL FONKSİYON BOZUKLUĞUNDA KOLON VEYA SİNİR DAYANIKLI OLAN HASTALARDA KULLANILMAMALIDIR.
- UYARICI LAKSATİF (STİMULANT LAXATIVES): BAĞIRSAKLAR ÜZERİNE DOĞRUDAN ETKİ YAPARAK BAĞIRSAKLARIN MOTOR AKTİVİTESİNİ ARTIRIR. DANTRON, DİFENİLİSATİN, KASİYOSİN TUZLARI, BİSAKODYL)
- KAYGANLAŞTIRICI LAKSATİFLER (LUBRICANT LAXATIVES): MİNERAL YAĞLAR
- OSMOTİK HİPEROSMOLAR, DÜŞÜ KOLİLERİNİ İLİ TUTULARAK TEŞVİK EDEREK DIŞKIN YUMUŞATIR, UYARICI LAKSATİFLERLE KOMBİNASYON HALİNDE VERİLEBİLİR. (SODYUM FOSFOMONOSODYUM HALİDİNİ, SODYUM POTASYUM PEGLİYOKOL)
- MİKROLİFOMİMİ: MİKT STAZINI ÖNLEYİP DIŞKIN YAPAYLI OLANFONKSİYONUNU BİR BAĞLIK, DUODENUM VE JEJUNUMUN PERİSTALTİZMİNİ ARTIRIR VE KABİLİĞİ GİDERMEYE YARDIMCI OLABİLİR.
- LAKTÜLOZLAR (GİDİAG, CEPROLAC): OSMOTİK AMİNOSİTLERİ (SOLOKSON) DE KULLANILMAKTADIR.
- SIVI VE SIVI MİKTARLARI: HASTALAR EOL SIVI KÖMÜR VE AKTİVİTELERİNİ ARTIRMAYA TEŞVİK EDİLMELİDİR. PEK ÇOK HASTANIN KENDİ BAĞIRSAK REFLEKSLERİNİ VARDIR VE BAZILARI İÇİN SICAK İÇECEKLER TEŞVİK EDİLMELİDİR.
- KONSTİPASYON OLMADIĞINA GÖRE SIKLA (ÖRNEĞİ) BAZILAR SIVI İÇME MİKTARI İLE HASTA SIVI ALIMINI ARTIRMAYA TEŞVİK EDİLMELİ.
- YETERLİ LİF ALIMI TEŞVİK EDİLMELİ.
- BAĞIRSAK HORMAL DIŞKILAMA DÜZENİNİ YAKLAŞIK YARIM SAAT ÖNCE ILIK VEYA SICAK BİR İÇECEK İÇMEYİ SAĞLAMAYA GÖRÜR.

TÜM BU GİRİŞİMLERE EK OLARAK KONSTİPASYONUN ETKİLİ OLARAK YÖNETİLMESİ İÇİN:

- BAĞIRSAK HAREKETLERİNİN GÜNLÜK OLARAK KAYIT ALTINA ALINMASI,
- YATAKTA KARIN EGZERSİZLERİ DAHİL OLMAK ÜZERE DÜZENLİ EGZERSİZİ TEŞVİK EDEREK HASTA YATAKTA DEĞİLSE YATAKTAN SANDALYEYE GEÇİŞİNİN PLANLANMASI,
- DEFEKASYON ZAMANLARINDA HASTANIN MAHREMİYET VE SESSİZ ORTAMIN SAĞLANMASI,
- ÇÖMELME DAVRANIŞININ TEŞVİK EDİLMESİ,
- HASTA VE AİLESİNİN EĞİTİMİ,
- TUVALET VEYA BAŞUCU KOMODİNİ VE UYGUN YARDIMCI CİHAZLAR SAĞLANMASI VE MÜMKÜN OLDUĞUNCA SÜRGÜ KULLANMAKTAN KAÇINILMASININ SÜRECE OLUMLU KATKI SAĞLAYACAĞI BİLDİRİLMEKTEDİR.

DİYARE

- DİYARE, SULU DIŞKI OLARAK TANIMLANMAKTADIR. HASTANIN 24 SAAT İÇİNDE ÜÇTEN (3) FAZLA DEFEKASYONUNUN SULU DIŞKI İLE SONUÇLANMASI OBJEKTİF OLARAK TANIMLANABİLİR BİR GÖSTERGEDİR.
- PELVİK RADYASYON ALAN HASTALARIN BİRÇOĞUNDA, KEMOTERAPİ ALAN HASTALARIN İSE YARISINA YAKININDA GÖRÜLEBİLMEKTE OLUP, PALYATİF BAKIM TEDAVİSİ ALAN HASTALARINDA GÖRÜLMESİNİN EN BÜYÜK NEDENİ İSE LAKTASİF KULLANIMINDAKİ DENGESİZLİK OLARAK BELİRTİLMEKTEDİR.

I. YAŞAM KALİTESİNİ ÖNEMLİ ÖLÇÜDE ETKİLER.

II. UZUN SÜRE DEVAM EDERSE YORGUNLUK, DEHİDRATASYON, ELEKTROLİT ANORMALLİKLERİ, CİLT BOZULMASI VE DEPRESYONA NEDEN OLABİLİR.

III. HASTANIN VE AİLENİN DAHA EVE BAĞLI OLMASINA NEDEN OLUR.

IV. UTANÇ VERİCİ, ZAMAN ALAN BİR DURUM HALİNİ ALABİLİR.

V. HEMOROİT, CİLT BOZULMASI GİBİ SORUNLARA YOL AÇABİLİR.

VI. SIK SIK TUVALETE GİDEN, TUVALETE YARDIM EDEN, ÇARŞAFLARI TEMİZLEYEN BAKIM VERİCİLER CİDDİ BİR YÜK, YORGUNLUK SEBEBİ HALİNE GELEBİLİR.

DİYARE NEDENLERİ

- HASTALIKLA İLİŞKİLİ
- MALABSORPSİYON
- EŞLİK EDEN HASTALIKLAR (GASTROİNTESTİNAL MALİGNİTELER, HİPERTİROİDİZM VE İRRİTABL BAĞIRSAK SENDROMU)
- PSİKOLOJİK
- TEDAVİ KAYNAKLI (KEMOTERAPİ, RADYOTERAPİ, ANTİBİYOTİK….)

DİYARENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- **GEÇMİŞ ÖYKÜ**: 24 SAAT İÇİNDEKİ DIŞKI SAYISI VE NİTELİĞİ, TUTARLILIK, ZAMANLAMA, ARTAN DIŞKI MİKTARI SÜRESİ, İLİŞKİLİ SEMPTOMLAR (AĞRI, BULANTI / KUSMA, ATEŞ, BAŞ DÖNMESİ). BAĞIRSAK HAREKETİNİN BAŞLANGIÇ / ANI OLMASI DA DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMLİ BİR BİRÇAĞIDIR.
- **İLAÇ İNCELEMESİ** AŞIRI VE KONTROLSÜZ LAKSATİF KULLANIMI, REÇETESİZ KULLANILAN İLAÇ VE İLAÇ DIŞI BİTKİSEL KULLANIMLAR (MELATONİN), MAGNEZYUM, KEMOTERAPİ VE YA ANTİBİYOTİK KULLANIMI VARLIĞI
- **FİZİKSEL DEĞERLENDİRME**: HİPERAKTİF / HİPOAKTİF BAĞIRSAK SESLERİ, KARIN ŞİŞKİNLİĞİ BELİRTİSİ, DEHİDRATASYON VARLIĞI, ELEKTROLİT KONTROLÜ, DIŞKI KONTROLÜ VE ÖRNEĞİ (PARAZİTLER, KAN, C.DİFF, VB.) KARIN RÖNTGENİ, PERİNEAL CİLT BÜTÜNLÜĞÜ, POSTÜRAL HİPOTANSİYON, KİLO DEĞİŞİKLİĞİNİN KONTROLÜ.
- **BULAŞ SÜRECİ**: SALMONELLA, SHİGELLA, ESCHERİCHİA COLİ, LİSTERİA, CLOSTRİDİUM, VB.

12.10.2022

DİYARE TEDAVİSİ

- **ALTTA YATAN NEDENİN KONTROL ALTINA ALINMASI,**
- **DİYET DEĞİŞİKLİKLERİ:** SÜT, PROTEİN VE YAĞLARDAN, ACI BAHARATLARDAN VE BROKOLİ, KARNABAHAR, LAHANA, LAHANA TURŞUSU, MISIR VE FASULYE GİBİ GAZ OLUŞTURAN GIDALARDAN KAÇINILMASI
- **HİDRASYON,**
- **FARMAKOLOJİK TEDAVİ:** KEMOTERAPİ KAYNAKLI DİYARE İÇİN, LOMOTİL, LOPERAMİD, OCTREOTİDE KULLANILMAKTADIR. DİĞER FARMAKOLOJİK YAKLAŞIMLAR İÇİN İSE; OPİOİDLER, EMİKLER (PİSİLYUM, KAOLİN / PEKTİN) ANTİKOLİNERJİKLER KULLANILABİLMEKTEDİR.

- **TARTIŞMA !!**

DİYARE SEMPTOMU BAKIM VERİCİ ÜZERİNDE NASIL ETKİLER OLUŞTURUR?

BULANTI KUSMA

BULANTI VE KUSMA, BİR HASTALIĞIN VE / VEYA TEDAVİSİNİN EN AĞIR YAN ETKİLERİNDEN İKİSİDİR. MİDE BULANTISI VE KUSMANIN PATOFİZYOLOJİSİ SON DERECE KARMAŞIKTIR BU NEDENLE ETİYOLOJİNİN DİKKATLİ BİR ŞEKİLDE DEĞERLENDİRİLEREK UYGUN TEDAVİ VE BAKIMIN PLANLAMASI GEREKMEKTEDİR. TEDAVİ İLE İLGİLİ İSE AKUT, İLERİYE DÖNÜK VEYA GECİKMELİ OLARAK ORTAYA ÇIKMAKTA, HEM HASTA HEM DE BAKIM VERİCİ İÇİN OLDUKÇA ZORLU BİR SÜREÇ MEYDANA GETİRMEKTEDİR. BULANTI ÖZNEL VE KUSMA İSE NESNEL BİR DURUM OLMAKLA BİRLİKTE HASTANIN ÇEKTİĞİ ACIYI BARİZ BİR BİÇİMDE ARTTIRARAK KONFORUNA OLUMSUZ OLARAK ETKİLER.

- **FİZYOLOJİK NEDENLER:** KONSTİPASYON, BAĞIRSAK TIKANIKLIKLARI, MİDE ÜLSERLERİ, KARACİĞER YETERSİZLİĞİ, HİPERKALSEMİ, ÜREMİ, ENFEKSİYON, KİBAS, MENİERE SENDROMU. EMETOJENİK DUYUSAL SİMÜLATÖRLER
- **HASTALIĞA BAĞLI NEDENLER:** İLERİ İNEKOLOJİK VE GASTROENTEROLOJİK TÜMÖRLER, KARACİĞER VE BÖBREK YETERSİZLİĞİ.
- **TEDAVİYE BAĞLI NEDENLER:** RADYASYON, KEMOTERAPİ, OPİOİD, ANTİBİYOTİK, NSAIDS

BULANTI KUSMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

DEĞERLENDİRME SÜRECİ, MİDE BULANTISI / KUSMANIN HASTANIN İŞLEV GÖRME YETENEĞİNİ VE YAŞAM KALİTESİNİ NASIL ETKİLEDİĞİNİ ODAKLANARAK SORGULAMALIDIR. BULANTI VE KUSMA HASTANIN ÖZ BAKIM YETENEKLERİNİ ETKİLER Mİ? ONU EVDE BIRAKIR MI? BAKIM VERİCİ ÜZERİNDE YÜK OLUŞTURUYOR MU?

- **ÖYKÜ VE FİZİKSEL DEĞERLENDİRME**: YOĞUNLUĞU, ŞİDDETLENDİRİCİ / HAFİFLETİCİ FAKTÖRLER, KUSMA SIKLIĞI VE HACMİ, BULANTI SIKLIĞI VE SÜRESİ, POZİSYON DEĞİŞİKLİKLERİ İLE İLİŞKİLİ OLMA DURUMU, VERTİGO, KAN ŞEKERİ SEVİYELERİ VE GIDA ALIMI VE İLAÇLARIN SÜRÜCÜ RİTMİ, KONSTİPASYON VARLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ, KONTROLSÜZ AĞRI VEYA ENFEKSİYON VARLIĞI, ANKSİYETE, KEMOTERAPİ VE / VEYA RADYASYON TEDAVİSİ, AĞIZ MUAYENESİ İLE ÜSEBRASYON VARLIĞI.
- **LABORATUVAR DEĞERLERİ**: BÜBREK VE KARACİĞER FONKSİYON TESTLERİ, ELEKTROLİTLER, KALSİYUM, SERUM İLAÇ SEVİYELERİ, KARIN RÖNTGENLERİNİ (BASİRSAKTA İMPAKSİYON), BAŞ / MUTİ DEĞERLENDİRMESİ (ÇİD) VE / VEYA KAFA BTSİNİ (BEYİN METASTAZINDAN ŞÜPHELENİLDİĞİNDE)

BULANTI KUSMANIN TEDAVİSİ

FARMAKOLOJİK YAKLAŞIMLAR

- HİYOSİN HİDROBROMÜR GİBİ ANTİKOLİNERJİKLER, HAREKET HASTALIĞINI, İNATÇI KUSMAYI VEYA İNCE BAĞIRSAK TIKANIKLIĞINI TEDAVİ EDER.
- ANTİHİSTAMİNİKLER GENELLİKLE BAĞIRSAK TIKANIKLIĞI, ARTMIŞ KAFA İÇİ BASINCI VEYA PERİTONAL TAHRİŞTE VE VESTİBÜLER NEDENLER MEVCUT OLDUĞUNDA (ÖRN: SİKLİZİN) KULLANILIR.
- TEK BAŞINA VEYA BAŞKA AJANLARLA BİRLİKTE MİDE BULANTISI VE KUSMA İÇİN VERİLEN STEROİDLER, SİTOTOKSİK KAYNAKLI KUSMA (ÖRN., DEKSAMETAZON) İÇİN VE BULANTI / KUSMANIN NEDENİ BELİRSİZ OLDUĞUNDA UYGUNDUR.
- METOKLOPRAMİD GİBİ PROKİNETİK AJANLAR MİDE STAZİNİ TEDAVİ EDERLER.
- LORAZEPAM GİBİ BENZODİAZEPİNLER, ANKSİYETE İLE ŞİDDETLENEN MİDE BULANTISININ TEDAVİSİNDE FAYDALIDIR.
- 5-HT3 RESEPTÖR AGONİSTLERİ AMELİYAT SONRASI BULANTI VE KUSMA VE KEMOTERAPİ İLE İLİŞKİLİ KUSMA İÇİN KULLANILIR. (ONDANSETRON VE GRANİSETRON)
- NÖROKİNİN –1– RESEPTÖR ANTAGONİSTLERİ POSTOPERATİF VE KEMOTERAPİ SONRASI BULANTI VE KUSMAYI DÜŞÜK DÜZEYLER, ANCAK KRONİK BULANTI VE KUSMADAKİ ROLLERİ HENÜZ BİLİNMEMEKTEDİR.

FARMAKOLOJİK OLMAYAN YAKLAŞIMLAR

- BEKLENTİ, MİDE BULANTISI, DİKKAT DAĞITMA VEYA GEVŞEME TEKNİKLERİ (REHBERLİ GÖRÜNTÜLER), AKUPUNKTUR, MÜZİK TERAPİSİ, HİPNOZ VE ZENCEFİL KULLANILMASI.
- GÜÇLÜ KOKULARDAN KAÇINMAK VE ODA SICAKLIĞINDA YEMEK SERVİSİ YAPILMASI.
- HASTAYI BÜYÜK, YÜKSEK TOPLU GÖĞÜSLERDEN KAÇINARAK YAVAŞ YEMEYE TEŞVİK EDİLMESİ.
- ZAYIF OLAN HASTALARI ASPİRASYONDAN KAÇINACAK ŞEKİLDE KONUMLANDIRILMASI.
- ŞİDDETLİ BULANTI / KUSMA DURUMUNDA IV HİDRASYON DESTEĞİ.
- KARINDA ASİT DURUMUNDA BARASENTEZ UYGULANMASI.
- TEMİZ HAVA, GÜZEL KOKU VE SIRMAYAN GİYECEKLER.
- AĞIZ BAKIMI.
- BAHARATLI, YAĞLI VE TUZLU YİYECEKLERDEN KAÇINMA.

KSERESTOMİ (AĞIZ KURULUĞU)

- AĞRI VE NEFES DARLIĞINI YÖNETİMİ İLE KARŞILAŞTIRILDIĞINDA, KSEROSTOMİ EN ÇOK GÖZDEN KAÇAN SEMPTOMLARDAN BİRİDİR. ARTAN YAŞ, EŞLİK EDEN HASTALIKLAR VE KULLANILAN TEDAVİLERİN TÜKÜRÜK BEZİ SEKRESYONUNA OLAN OLUMSUZ OLARAK ETKİLERİ SEBEBİYLE HASTALARDA AĞIZ KURULUĞU GELİŞMEKTEDİR.
- İLERLEMİŞ KANSER HASTALARINDA YAPILAN ÇALIŞMALARDAAĞIZ KURULUĞU PREVALANSI %40.4 OLARAK BULUNMUŞTUR (2). KSERESTOMİ, ÇİĞNEME, YUTMA VE KONUŞMADA ZORLUKLARA NEDEN OLABİLİR VE AYRICA DİŞ ÇÜRÜĞÜ, PERİODONTAL HASTALIK, KANDİDİYAZİS VE TAT DEĞİŞİKLİKLERİ RİSKİNİ ARTIRABİLİR.

12.10.2022

KSERESTOMİ (AĞIZ KURULUĞU) NEDENLERİ

- İLAÇLAR (ANTİKOLİNERJİKLER, ANTİHİSTAMİNİKLER, PSİKOTROPİKLER, OPİOİDLER, KARDİYOVASKÜLER İLAÇLAR VE SEMPATİK AGNOİSTLER), BAŞ VE BOYUNA RADYASYON, SİSTEMİK HASTALIK (SARKOİDOZ, DİABETES MELLİTUS, GVHD, ANKSİYETE, DEPRESYON, DEHİDRATASYON)

KSERESTOMİ (AĞIZ KURULUĞU) YÖNETİMİ

- ALTTA YATAN NEDENİ ARAŞTIRILMASI, DİŞLERİN SIK FIRÇALANMASI VE KUSURSUZ AĞIZ BAKIMI, SIK SIK SU YUDUMLAMA, BUZ EMME, ŞEKERSİZ SAKIZ ÇİĞNEMEK, ODA NEMİNİN KORUNMASI, NEMLİ VE YUMUŞAK YİYECEKLER TÜKETİMİ, PİLOKARPİN (PARASEMPATOMİMETİK) KULLANILIR.

PSİKOSOSYAL SEMPTOMLAR

- PSİKOLOJİK SORUNLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİ ZOR OLABİLMEKTEDİR. KÜLTÜR, HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ, BAKIM SORUNLARI VE ARTAN SAĞLIK HİZMETİ MALİYETİ, PSİKOSOSYAL OLARAK BAKIM PLANI GELİŞTİRMEYİ ZORLAŞTIRIR. **GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULMASI GEREKEN EN ÖNEMLİ FAKTÖRLER;**
- ÖNCEKİ BAŞA ÇIKMA MEKANİZMALARI / STRATEJİLERİ
- DUYGUSAL STABİLİTE
- SOSYAL DESTEK
- BELİRTİ SIKINTISI.

DEPRESYON

- DEPRESYON, BEKLENEN, GEÇİCİ VE KLİNİK OLMAYAN ÜZÜNTÜDEN MAJÖR KLİNİK DEPRESİF BOZUKLUKLARI VE İNTİHAR EĞİLİMİNİN UÇ NOKTALARINA KADAR GENİŞ BİR YANIT YELPAZESİ OLARAK TANIMLANABİLİR. DEPRESYON ORANLARI HASTALIĞA GÖRE DEĞİŞİR. MİYOKARD ENFARKTÜSÜ HASTALARINDA %.40-%.65, PARKİNSON HASTALARINDA %.40, KRONİK AĞRI SENDROMU OLANLARDA %.30-%54, KANSER HASTALARINDA İSE %.25 OLARAK BİLDİRİLMEKTEDİR.
- YAŞAM SONU DÖNEMDE (TERMİNAL) HASTALARIN %25-77'SİNDE GÖRÜLÜR. KALICI ÇARESİZLİK, UMUTSUZLUK, YETERSİZLİK, DEPRESYON VE İNTİHAR DÜŞÜNCESİ YAŞAM SONUNDA NORMAL DEĞİLDİR. BU SEMPTOMLAR DİKKATLİ BİR ŞEKİLDE DEĞERLENDİRİLMELİ VE KONTROL ALTINA ALINMALIDIR. GENELLİKLE ETKİLİ OLARAK TANIMLANAMAZ VE YETERSİZ TEDAVİ EDİLMEKTEDİR.
- ERKEN DÖNEMDE DEPRESYONUN TEŞHİSİ HASTA SONUÇLARINI İYİLEŞTİREBİLMEKTEDİR. HASTANIN YAŞAMI TEHDİT EDEN HASTALIĞININ ORTAYA ÇIKMADAN ÖNCE SÜREÇTE DEPRESYON ÖYKÜSÜNÜN SORGULANMASI OLDUKÇA ÖNEMLİDİR.

DEPRESYON NEDENLERİ

- HASTALIKLA İLİŞKİLİ
- PSİKOLOJİK
- İLAÇLA İLGİLİ
- TEDAVİ İLİŞKİLİ
- SOSYAL SORUNLAR

DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

DURUMSAL FAKTÖRLER:

- İŞTAHSIZLIK,
- UYKUSUZLUK,
- CİNSEL İLGİNİN AZALMASI,
- YAYGIN ÇARESİZLİK VE UMUTSUZLUK,
- PSİKOMOTOR AJİTASYON VE AZALAN ENERJİ GİBİ SOMATİK ŞİKAYETLER,
- HASTALIK VE TEDAVİ ETKİLERİNİN BİR SONUCU OLABİLİR VE TIBBİ OLARAK HASTALARDAKİ DEPRESYONUN AYIRT EDİCİ BELİRTİLERİ OLARAK KABUL EDİLEMEZ. BUNUN YERİNE, DEPRESİF GÖRÜNÜM, KORKU, GERİ ÇEKİLME, KENDİNE ACIMA VE CEZALANDIRMA DUYGUSU GİBİ DAHA GÜVENİLİR BELİRTİLER VE İYİ HABERLERLE İYİLEŞTİRİLEMEYEN RUH HALİ ÖLÜMCÜL HASTA POPÜLASYONDA DEĞERLENDİRİLMELİDİR.

ÖNCEKİ PSİKİYATRİK ÖYKÜ / TEDAVİ:

- DEPRESYON ÖYKÜSÜ
- PSİKİYATRİK SORUNLAR (BİPOLAR, KİŞİLİK BOZUKLUKLARI, ŞİZOFRENİ)
- ÖNCEKİ İNTİHAR GİRİŞİMLERİ
- 40 YAŞ ALTI DÖNEM
- POSTPARTUM DÖNEM
- SOSYAL DESTEK EKSİKLİĞİ
- CİNSEL BİTİMSEL ÖYKÜSÜ
- MADDE KÖTÜYE KULLANIMI / KÖA SÜRELİ KULLANIM BOZUKLUĞU
- İLAÇLARIN İNCELENMESİ (ÖNCE RİVE MEVCUT). KRONİK HASTALIK, İLİŞKİLAYRI

ÖNEMLİ !!!!!

- HASTALARIN NORMAL YAŞAMIN GEREĞİ OLARAK BU ZORLU SÜREÇTE ÜZÜNTÜ, KEDER VE KAYIP YAŞAYACAĞI UNUTULMAMALIDIR. ANCAK, AZ DA OLSA HASTALARIN BU SÜREÇTE UMUT DUYGUSU YA DA HAYATTAN ZEVK ALMA KAPASİTELERİ DE VARDIR.
- GERÇEK KLİNİK DEPRESYON, DAHA GENEL VE ARALIKSIZ BİR ŞEKİLDE KENDİNİ GÖSTERİR VE UMUTSUZLUK, ÇARESİZLİK, DEĞERSİZLİK VE SESSİZLİK DUYGULARIYLA İLİŞKİLENDİRİLİR. HASTALAR AYRICA DİSFORİ, AĞLAMA, ÖFKE VEYA SOSYAL GERİ ÇEKİLME YAŞAYABİLİRLER.

SUİSİD DEĞERLENDİRMESİ

- KANSER TEŞHİSİ ALMAK, BİR KİŞİNİN İNTİHAR YOLUYLA ÖLME RİSKİNİ KANSER OLMAYANLARA KIYASLA % 55 ARTIRMAKTADIR.

12.10.2022

- DEPRESYON,
- MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU,
- STRESLİ YAŞAM OLAYLARI (KAYIP, STRESLİ YAŞAM OLAYLARI, ASKERLİK, MALİ / YASAL SORUNLAR)
- AKIL HASTALIĞINA GENETİK BAĞLANTI / ÇEVRESEL MARUZİYET
- PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR,
- KRONİK / YAŞAMI TEHDİT EDEN HASTALIK, AĞRI,
- İNTİHAR ETME ARAÇLARI (YANI ATEŞLİ SİLAHLAR)
- İNTİHARA TEŞEBBÜS ÖYKÜSÜ,
- AİLE İÇİ ŞİDDET GİBİ RİSK FAKTÖRLERİNİ BARINDIRAN HASTALAR, ACİL OLARAK İNTERDİSİPLİNER EKİP TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLEREK SÜREKLİ GÖZETİM ALTINDA TUTULARAK UYGUN TEDAVİ VE BAKIM HİZMETİ SUNULMALIDIR.

- SAĞLIK PROFESYONELLERİ SUİSİD GİRİŞİMİNİ ORTADAN KALDIRABİLMEK İÇİN HASTANIN ZİHNİNDE BU SONUCA YOL AÇABİLECEK HER DURUMU YOK ETMELİDİRLER. BU NEDENLE HASTAYA "SİZİN DURUMUNUZDAKİ BİRİNİN KENDİNE ZARAR VERME DÜŞÜNCELERİNE SAHİP OLMASI ALIŞILMADIK DURUMDUR. BÖYLE DÜŞÜNCELERİN VAR MIYDI? "
- CİDDİ VE YAŞAMI TEHDİT EDEN BİR HASTALIĞI OLANLARIN NORMALDE ÜZÜNTÜ, KEDER VE KAYIP YAŞAYACAĞI UNUTULMAMALIDIR. GERÇEK KLİNİK DEPRESYON, KENDİNİ DAHA GENEL VE ARALIKSIZ BİR ŞEKİLDE GÖSTERİR VE DUYGULAR VEYA UMUTSUZLUK, ÇARESİZLİK, DEĞERSİZLİK VE SUÇLULUKLA İLİŞKİLENDİRİLİR.

DEPRESYON TEDAVİSİ

HASTALARDA PSİKOLOJİK SORUNLARI TEDAVİ EDERKEN DAİMA SEMPTOM KONTROLÜNE ODAKLANILMASI GEREKMEKTEDİR.

FARMAKOLOJİK YAKLAŞIM

ANTİDEPRESAN, PSİKOSTİMULANLAR VE STEROİDLER

FARMAKOLOJİK OLMAYAN YAKLAŞIM

- MÜMKÜN OLDUĞUNCA, ÇOK ÖZEKLİK VE KONTROLÜ TEŞVİK ETMEK.
- HASTA VE AİLESİNİ İNANCA KATILDIĞI TEŞVİK EDİLİR, KONTROL DUYGUSUNU TEŞVİK EDİCİ ŞEKİLDE DUYGULARINI AZALTMAK.
- MÜMKÜNSE FİZİKSEL AKTİVİTE (ÖR. YÜRÜME, YÜRÜYÜŞ, YÜZME VB.)
- AİLESİNİN VE KOŞAM BULUNDUĞU ÇEVRENİN, HASTA İÇİN ÖNEMLİ OLAN BİLİNÇLARIN YAŞAM BAĞLILIKLARI, DİNAMİKLERİNİN VE HASTA VE AİLESİ İÇİN YAŞAM OLANAKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ÇÖZÜLMESİNİ TEŞVİK EDİCİ BİR YAKLAŞIM OLMAK.
- YAS DANIŞMANLIĞI
- DEPRESYON VE ANKSİYETE BELİRTİLERİNİ ŞİDDETLENDİRİCİ FİZİKSEL STRES FAKTÖRLERİNİ AZALTMAK İÇİN SEMPTOM YÖNETİMİNİ EN ÜST DÜZEYE ÇIKARMAK.
- DİSİPLİNLİ BİR DİSİPLİNLİ YAKLAŞIMA ŞİDDETLENDİRİCİ FİZİKSEL STRES FAKTÖRLERİNİ AZALTMAK İÇİN SEMPTOM YÖNETİMİNİ EN ÜST DÜZEYE ÇIKARMAK.
- HASTANIN İNANÇ VE DİĞER İNANÇ SİSTEMLERİ GİBİ ÖNEMİ GİÇ KAYNAKLARININ YARATILMASINA YARDIMCI OLMAK.
- BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TEKNİKLERİ KULLANARAK HASTANIN OLUMSUZ İNANÇLARINI OLUMLU DÜŞÜNCELER ŞEKLİNDE YENİDEN ŞEKİLLENDİRMESİNİ YARDIMCI OLMAK.
- HASTA TEKNİKLERİ SUNMAK.
- DİĞER: MEDİTASYON DUA, YOGA, MÜZİK TERAPİSİ, REHBERLİ GÖRÜNTÜ, AROMATERAPİ, AKUPUNKTUR UYGULAMALARINI GÜNCELLEŞTİRMEK.

TARTIŞMA !!!!

HASTANIN BAKIM VERİCİLERİNİN BELİRSİZLİK, MALİ KAYIP, KEDER VB. ZOR ZAMANLARDA DEPRESYON YAŞAYABİLMESİ MÜMKÜN MÜDÜR?

BU DURUMLARDA, KURUMUNUZDA VEYA TOPLUMUNUZDA BAKIM VERENLERİ KİME YÖNLENDİREBİLİRSİNİZ?

ANKSİYETE

- ANKSİYETE (KAYGI), GENELLİKLE BİLİNEN BELİRLİ BİR NEDEN OLMADAN ÖZNEL BİR ENDİŞE, GERGİNLİK, GÜVENSİZLİK VE TEDİRGİNLİK DUYGUSUDUR. ANKSİYETEYE EŞLİK EDEN BELİRTİ VE SEMPTOMLAR, HAFİF, ORTA VEYA ŞİDDETLİ OLARAK DEĞERLENDİRİLEBİLEN BİR SÜREÇ BOYUNCA ORTAYA ÇIKAR. BU DURUM BEKLENTİYE BAĞLI GELİŞEBİLİRKEN, ŞİDDETLİ SEVİYEDE YAŞAYAN BİREYLERDE ANKSİYETE GÜÇSÜZLÜĞÜ ŞİDDETLENDİREBİLMEKTEDİR.

ANKSİYETENİN NEDENLERİ

- FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER
- İLAÇLAR VE MADDELER
- ÖNCEDEN VAR OLAN ANKSİYETE ÖN TANISI
- BELİRSİZLİK
- RİSK FAKTÖRLERİ (ANJİNA, MI, CUSHING'S SENDROMU, HİPER/HİPOTHİROİDİZM, AİDS, ANEMİ, ASTIMA, KOAH, PULMONER ÖDEM, BEYİN TÜMÖRLERİ, DEMANS)

12.10.2022

ÖNEMLİ: ANKSİYETE İLE İLGİLİ FİZİKSEL, PSİKOLOJİK VE SOSYAL KONULAR DEĞERLENDİRİRKEN SPİRİTÜEL ACI UNUTULMAMALIDIR. DİN GÖREVLİLERİNDEN BU KONUDA DESTEK ALINABİLMEKTEDİR.

- KORKU VE ANKSİYETE, ÖLÜMCÜL BİR TANIYA VERİLEN BEKLENEN TEPKİLERDİR VE SIK SIK DEĞERLENDİRİLMESİ GEREKMEKTEDİR.
- ANKSİYETE SEMPTOMLARI: KRONİK ENDİŞE, ENDİŞE / STRES, GEVŞEYEMEME, KONSANTRE OLMADA ZORLUK, DÜŞME VE UYKUDA KALMA ZORLUĞU BELİRTİLERİ GÖSTEREBİLMEKTEDİR.
- FİZİKSEL SEMPTOMLAR: TERLEME, TAŞIKARDİ, HUZURSUZLUK, AJİTASYON, TİTREME, GÖĞÜS AĞRISI, HİPERVENTİLASYON, GERGİNLİK.
- BİLİŞSEL BELİRTİLER: TEKRARLAYAN VE ISRARCI DÜŞÜNCELER, FİKİRLER VEYA DÜRTÜLER, "DELİRME" KORKUSU VE ÖLME KORKUSU.

ANKSİYETENİN TEDAVİSİ

FARMAKOLOJİK YAKLAŞIM

- BENZODİAZEPİN, ANTİDEPRESANLAR (YAŞLI VE KIRILGAN YETİŞKİNLERDE SEDASYON, UYKU BOZUKLUĞU, DELİRYUM RİSKİNE KARŞI DİKKATLİ OLUNMALIDIR)
- HASTALARI VE AİLELERİNİ DİNLEMEK VE ONLARLA BİRLİKTE OLMAK ÇOK ÖNEMLİDİR. HASTALAR HER ZAMAN DUYULDUĞUNU HİSSETMEYEBİLECEĞİNDEN, HİKAYELERİNİ DİNLEMEK İÇİN ZAMAN AYIRIN. ÇOĞU ZAMAN, SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAYICILARI HASTAYI DİNLEMEDEN VE ENDİŞELERİNİ DUYMADAN ANKSİYETE ÖNLEYİCİ BİR İLAÇ REÇETE ETMEKTE HIZLI DAVRANMAKTADIRLAR.

FARMAKOLOJİK OLMAYAN YAKLAŞIM

- HASTA KORKULARINI KABUL EDEREK, AÇIK UÇLU SORULAR KULLANMAK, YANSITMAK, AÇIKLIĞA KAVUŞTURMAK VE EMPATİK DİNLEME VE AÇIKLAMALARINI KULLANMAK,
- HASTANIN GEÇMİŞTE KULLANDIKLARI ETKİLİ BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNİ BELİRLEMESİNE VE YENİ BAŞA ÇIKMA BECERİLERİNİ ÖĞRENMESİNE YARDIMCI OLMAK,
- ÖFKEYİ İFADE ETMESİNİ SAĞLAYARAK UYGUN GÜVENCE VE DESTEĞİ SAĞLAMAK,
- BİLİNMEYEN KORKUYU ORTADAN KALDIRMAK İÇİN SOMUT BİLGİLER SAĞLAMAK,
- HASTANIN DURUMLAR, DÜŞÜNCELER VE DUYGULAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİ ANLAMASINA YARDIMCI OLAN BİR STRES GÜNLÜĞÜ KULLANIMINI TEŞVİK ETMEK.

- HASTANIN HASTALIK VEYA TEDAVİ SIRASINDA YAŞADIĞI VE POTANSİYEL BAŞA ÇIKMA BECERİSİNİ ETKİLEYEN TRAVMATİK STRESÖRLER OLABİLİR. BU DENEYİMLER, SEVİLEN BİRİNİN ÖLÜMÜNÜ, TRAVMAYI, ULUSAL FELAKETİ VEYA DİĞER ÖLÜMLE YAKIN DENEYİMLERİ İÇEREBİLİR.
- DEPRESYON VE ANKSİYETE SEMPTOMLARINI ŞİDDETLENDİREBİLECEK FİZİKSEL STRES FAKTÖRLERİNİ AZALTMAK İÇİN SEMPTOM YÖNETİMİNİ EN ÜST DÜZEYE ÇIKARMAK.
- NEFES EGZERSİZLERİ, MASAJ, YOGA, TAİ CHİ VE AŞAMALI KAS GEVŞETME YOLUYLA GEVŞEME VE REHBERLİ İMGELEME TEKNİKLERİNİN KULLANIMINI TEŞVİK ETMEK.
- AROMATERAPİ, MÜZİK TERAPİSİ.
- PSİKİYATRİK DANIŞMANLIK




DELİRYUM

- DELİRYUM, BİLİŞSEL UYARILMADA AKUT BİR DEĞİŞİKLİK SONUCU OLUŞAN BİR BEYİN SENDROMUDUR.
- DELİRYUM İLE İLGİLİ BEŞ KRİTERİ TANIMLANMAKTADIR:
  - DİKKAT / FARKINDALIK EKSİKLİKLERİ,
  - KISA BİR SÜRE İÇİNDE SEMPTOM DALGALANMASI İLE SEMPTOM BAŞLANGICI,
  - BİLİŞTE EK EKSİKLİKLER (ÖR. YÖNELİM, HAFIZA, ALGILAMA),
  - DEMANS GİBİ BAŞKA BİR ZİHİNSEL BOZUKLUKLA AÇIKLANAMAYAN DURUM,
  - BAŞKA BİR TIBBİ DURUMUN VARLIĞI.

PALYATİF BAKIM KLİNİĞİNDEKİ KANSER HASTALARI % 47 ORANINDA DELİRYUM DENEYİMİ YAŞAMAKTADIR.

- ERKEN TEŞHİS VE DEĞERLENDİRME, DELİRYUM ÇÖZÜMLENEBİLİR, ANCAK HER DURUMDA HASTA VE AİLE DESTEĞİ ÇOK ÖNEMLİDİR.
- DELİRYUM MORBİDİTEYE NEDEN OLABİLMEKTEDİR VE ÖLÜMÜN YAKLAŞMA OLASILIĞININ ARTMASI ANLAMINA GELİR. DELİRYUM İLE İLİŞKİLİ BİRİNCİL KOMPLİKASYONLAR; DÜŞME, BASINÇ YARALANMALARI, NOZOKOMİYAL ENFEKSİYONLAR, İNKONTİNANS, FONKSİYONEL DÜŞÜŞ, AŞIRI ŞİŞLİK VE YETERSİZ BESLENMEDİR
- AJİTASYON DA, DELİRYUMA (HİPERAKTİF DELİRYUM) EŞLİK EDEN YAYGIN BİR SEMPTOMDUR.

DELİRYUMDA RİSK FAKTÖRLERİ

- İLAÇLAR (OPİOİDLER, ANTİKOLİNERJİKLER, KORTİKOSTEROİDLER, ANTİDEPRESANLAR, BENZODİAZEPİNLER)
- İLERİ YAŞ (> 75 YAŞ)
- DEMANS
- HAREKETSİZLİK
- İŞİTME BOZUKLUĞU
- ENFEKSİYON
- METABOLİK VE ELEKTROLİT ANORMALLİKLER (HİPOGLİSEMİ, HİPOTİROİDİZM)
- HİPOKSEMİ
- BÖBREK, KALP VE / VEYA KARACİĞER YETERSİZLİĞİ

- DEHİDRASYON
- İNTRAKRANİYAL HASTALIK (BİRİNCİL VEYA METASTATİK BEYİN TÜMÖRÜ, SVO)
- BESLENME EKSİKLİKLERİ
- VİTAMİN EKSİKLİKLERİ
- KONTROL EDİLEMEYEN AĞRI
- KONSTİPASYON
- ÇEVRESEL STRESÖRLER
- İDRAR SONDASI KULLANIMI

12.10.2022

DELİRYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

- HASTA ÖYKÜSÜ
- FİZİKSEL DEĞERLENDİRME
- LABORATUVAR BULGULARI

DELİRYUMUN TEDAVİSİ

- HALOPERİDOL, ATİPİK ANTİPSİKOTİKLER (OLANZAPİN, RİSPERİDON), AKUT AJİTASYON İÇİN BENZODİAZEPİNLER (LORAZEPAM VEYA MİDAZOLAM). (DELİRYUMUN KÖTÜLEŞMESİNE NEDEN OLABİLECEĞİNDEN DİKKATLİ KULLANIM GEREKTİRMEKTEDİR.)
- OPİOİDLERN DEĞİŞTİRİLEREK KULLANILMASI TOKSİSİTE AÇISINDAN OLDUKÇA ÖNEMLİDİR. İLAÇ YAN ETKİLERİNİN VE GEREKSİZ İLAÇ YÜKLEMESİNİN ÖNÜNE GEÇMEK İÇİN SÜREKLİ OLARAK HASTANIN İLAÇLARI DEĞERLENDİRİLMELİDİR (MONİTÖR İLE KONTROL).
- GEVŞEME / OYALANMA TERAPİSİ, MASAJ GİBİ FARMAKOLOJİK OLMAYAN TEDAVİLER UYGULANABİLMEKTEDİR. GEREKLİ DURUMLARDA HİDRASYON, POTANSİYEL FAYDALARIN VEYA YÜKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNE DAYALI OLARAK GÖSTERİLEBİLİR.

DELİRYUM HAKKINDA SON BİR DÜŞÜNCE: YAŞAM SONUNA YAKIN YAYGIN OLARAK GÖRÜLMEKTE OLUP YAKLAŞAN ÖLÜMÜN BİR GÖSTERGESİ OLABİLİR. BU KRİTİK DÖNEMDE HEM HASTAYA HEM DE AİLEYE DİSİPLİNLER ARASI DESTEK SAĞLANMASI KRİTİKTİR.....

DİĞER SEMPTOMLAR

- YORGUNLUK
- YARA
- NÖBETLER
- UYKU BOZUKLUKLARI
- LENFÖDEM
- ACİL SENDROMLAR

YORGUNLUK

YORGUNLUK, "YAKIN ZAMANDAKI AKTİVİTEYLE ORANTILI OLMAYAN VE OLAĞAN İŞLEYİŞİ ENGELLEYEN ÜZÜCÜ, ISRARCI, ÖZNEL FİZİKSEL, DUYGUSAL VE / VEYA BİLİŞSEL BİTKINLIK HİSSİ" OLARAK TANIMLANMIŞTIR. ÇOK BOYUTLU OLAN BİR KAVRAM OLMAKLA BİRLİKTE DİNLENMEKLE RAHATLAMA SAĞLAMAZ VE FİZİKSEL, PSİKOLOJİK, SOSYAL VE RUHSAL REFAH DAHİL YAŞAM KALİTESİNİN BOYUTLARI ÜZERİNDE DERİN BİR ETKİYE SAHİPTİR.

YORGUNLUK NEDENLERİ

- **BİRİNCİL NEDEN:** KRONİK HASTALIKLA İLGİLİ METABOLİK DEĞİŞİKLİK
- **İKİNCİL NEDENLER:** ANEMİ, KÖTÜ UYKU KALİTESİ, İLAÇ TEDAVİSİ, KÖTÜLEŞME, DEPRESYON, ENFEKSİYON, ORGAN YETMEZLİĞİ / BOZUKLUĞU, YETERSİZ DİNLENME, AMELİYATLAR.

YORGUNLUĞUN DEĞERLENDİRİLMESİNDE HASTANIN ÖZNEL FİKİRLERİNİ ORTAYA ÇIKARMAK İÇİN SORULAR YÖNELTİLEREK PUANLAMASI İSTENEBİLMEKTEDİR. (1-10 PUAN ARASI)

- HALSİZ, YORGUN VEYA BİTKİN HİSSEDİYOR MUSUNUZ?
- YORGUNLUK NE KADAR SÜRER? SAATLER, GÜNLER, HAFTALAR?
- GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNİ TAMAMLAYABİLİYOR MUSUNUZ?
- BUNU DAHA İYİ VEYA DAHA KÖTÜ YAPAN NEDİR?
- İLAÇLARINIZDAN HERHANGİ BİRİ BU SORUNU İYİLEŞTİRİYOR VEYA KÖTÜLEŞTİRİYOR MU?
- ENDİŞELİ MİSİN YOKSA DEPRESYONDA MISIN?
- YORGUNLUK HAYATINIZI, YAŞAMA ŞEKLİNİZİ NASIL ETKİLER?
- UYKU GEÇMİŞİNİZ / RAHATSIZLIKLARINIZ NEDİR?

OBJEKTİF DEĞERLENDİRME VERİLERİ ELDE ETMEK İÇİN İSE;

- ATEŞ, HIZLI VEYA ZAYIF NABIZ OLUP OLMADIĞINI BELİRLEMEK İÇİN YAŞAMSAL BULGU TAKİBİ,
- HASTANIN NEFES DARLIĞI VEYA MİDE BULANTISI YAŞAMADAN HAREKET ETME YETENEĞİNİN GÖZLENMESİ,
- HİDRASYON DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ,
- NÖROLOJİK DEĞİŞİKLİKLERİN OLUP OLMADIĞINI BELİRLEMEK İÇİN KAS GÜCÜNÜ, SİMETRİSİNİ VE ÜST VE ALT EKSTREMİTELERİN DAYANIKLILIĞININ TEST EDİLMESİ,
- İLAÇLARIN, (ÖZELLİKLE SEDASYON ÖZELLİK GÖSTEREN) DEĞERLENDİRİLMESİ.

12.10.2022

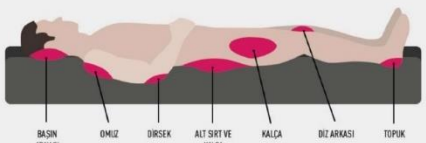
- LABORATUVAR BULGULARININ TAKİBİ (HEMOGLOBİN, CBC, OKSİJENASYON, TİROİD FONKSİYONU)
- YORGUNLUĞUN FARMAKOLOJİK OLARAK ÖNLENMESİNDE ALTTA YATAN NEDENE ÖZEL OLARAK ÇEŞİTLİ YAKLAŞIMLAR UYGULANABİLMEKTEDİR.
- NON-FARMAKOLOJİK YAKLAŞIMLAR İSE: AİLE VE HASTA EĞİTİMİ (AĞRI, BESLENME, HİDRASYON, ENERJİ KORUNUMU, EGZERSİZ), KİŞİNİN BAĞIMSIZLIĞINI VE İŞLEVSEL YETENEKLERİNİ OLABİLDİĞİNCE UZUN SÜRE KORUMASINA YARDIMCI OLACAK MÜDAHALELER PLANLANMALIDIR.

YARALAR (BASINÇ YARALARI)

- TÜM YARALARIN %66'SINI BASINÇ YARALARI OLUŞTURMAKTADIR.
- İNTRİNSİK- DUYUSAL BOZUKLUKLAR, TÜMÖR BÜYÜMESİ VEYA VASKÜLER STAZ, ARTERİYEL YETMEZLİK, ENFEKSİYON.
- EKSTRİNSİK- BASINÇ, SÜRTÜNME / KESME, KEMOTERAPİ EKSTRAVAZASYONU, RADYASYON, CERRAHİ AYRILMA, İDRAR VE FEKAL İNKONTİNANS.
- BASINÇ YARALANMALARININ EN SIK GÖRÜLEN BÖLGELERİ SAKRUM, TROKANTER, İSKİYAL TÜBEROSİTİTE, ARKA TOPUK (CALCANEUS), DİRSEK, KÜREK KEMİĞİ (SCAPULA) VE OKSİPİTAL BÖLGELERDE MEYDANA GELİR. YAŞAM SONU DÖNEMDE OLAN HASTALARIN BU ALANLARI RUTİN OLARAK DEĞERLENDİRİLMELİDİR.

İNSAN VÜCUDUNDAKİ BASI YARALARI BÖLGELERİ

BASI YARALARI GENELLİKLE SABİT YATAN HASTALARDA KEMİK ÇIKINTILARI ÜZERİNDE OLUŞUR.



BASINÇ YARASI GELİŞİMİNİ NASIL ÖNLEYELİM ??

- ✓ ERKEN DÖNEMDE MÜDAHALE
- ✓ MOBİLİZASYONU MÜMKÜN OLDUĞUNCA SÜRDÜRMEK
- ✓ CİLT NEMİNİN KONTROLÜ
- ✓ UYGUN ŞEKİLDE BESLENME DURUMUNUN SÜRDÜRÜLMESİ

2) BAKIMIN SÜREKLİLİĞİNİ TEŞVİK EDECEK VE EKİP İLETİŞİMİNİ GELİŞTİRECEK STRATEJİLER NELERDİR?

3) ŞU ANDA ÇOCUKLARIN NE GİBİ ÖZEL İHTİYAÇLARI OLDUĞUNU ANLIYORSUNUZ? BU İHTİYAÇLARI NASIL KARŞILARSINIZ?

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM. ŞİMDİ KISA BİR MOLA VERİP MODÜL-4'E GEÇELİM



12.10.2022

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

ARŞ. GÖR. BETÜL ÇAKMAK

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

- MODÜL-1 Palyatif Bakım Hemşireliği
- MODÜL-2 Ağrı Yönetimi
- MODÜL-3 Semptom Yönetimi
- MODÜL-4 Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar
- MODÜL-5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar
- MODÜL-6 Palyatif Bakımda İletişim
- MODÜL-7 Kayıp, Keder, Yas
- MODÜL-8 Son Saatler

MODÜL-4 PALYATİF BAKIM HEMŞİRELİĞİNDE ETİK SORUNLAR

BU EĞİTİM SONUNDA ÖĞRENCİ;

- YAŞAM SONU / PALYATİF BAKIM DÖNEMİNDE ORTAYA ÇIKABİLECEK ETİK SORUNLARI VE İKİLEMLERİ TARTIŞIR.
- ETİK KARAR VERME SÜRECİNDE HEMŞİRENİN SPESİFİK ROLLERİNİ TANIMLAR.
- ETİK İKİLEMLERİN ÖNLENMESİNDEKİ YÖNERGELERİ VE ROLLERİNİ AÇIKLAR.
- YAŞAM SONU / PALYATİF BAKIM İKİLEMLERİNİ ELE ALIRKEN KULLANILAN ETİK İLKELERİ, VAKA ANALİZİ VE ETİK KOMİTELERİN KULLANIMINA YÖNELİK MODELLER DAHİLİNDE UYGULAR.

BAKIMIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

OTONOMİ, YARAR SAĞLAMA, ADALET VE ZARAR VERMEME GİBİ TEMEL ETİK İLKELER, PALYATİF BAKIMIN SAĞLANMASININ TEMELİNİ OLUŞTURUR.

- **YASAL DÜZENLEMELER:** PALYATİF BAKIMIN SAĞLANMASI, YASALARIN YANI SIRA, MEVCUT KABUL EDİLMİŞ BAKIM STANDARTLARI VE MESLEKİ UYGULAMALAR İLE GERÇEKLEŞTİRİLİR.
- **DEĞERLENDİRME:** HASTANIN TIBBİ BAKIMA YÖNELİK TERCİHLERİ VE HEDEFLERİ, TEMEL ETİK İLKELER KULLANILARAK ORTAYA ÇIKARILIR VE BELGELENİR.
- **TEDAVİ VE SÜREGELEN KARARLAR:** DEVLETİN YASALARI, MEVCUT KABUL EDİLMİŞ TIBBİ BAKIM STANDARTLARI VE MESLEKİ UYGULAMA STANDARTLARININ SINIRLARI DAHİLİNDE, BİREY MERKEZLİ HEDEFLER, BAKIM PLANININ VE TEDAVİLERİN SAĞLANMASI, SÜRDÜRÜLMESİYLE VE KESİLMESİYLE İLGİLİ KARARLARIN TEMELİNİ OLUŞTURMAKTADIR.

PALYATİF BAKIMDA ETİK SORUNLARA MÜDAHALE ETMEK

- YAŞAMI UZATMAK VE ÖLÜMÜ ERTELEMEYE YÖNELİK TARTIŞMALAR DEVAM EDERKEN, MAKRO VE MİKRO DÜZEYLERDE BİRÇOK ETİK İKİLEMLER,
- SOSYAL / AİLE SİSTEMLERİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLER,
- İLERLEYEN TEKNOLOJİ,
- ÖNEMLİ VAKALARIN YASAL / ETİK GEÇMİŞİ, DÖNÜM NOKTASI NİTELİĞİNDEKİ DAVALAR, ETKİLEMESİ BAKIMIN KARMAŞIKLIĞINI ARTIRMIŞTIR.

HER HEMŞİRE ÇALIŞTIĞI KLİNİĞE, BİRİME KENDİ AHLAKİ DEĞERLERİ VE ÖZEL / MESLEKİ DENEYİMLERİYLE GELMEKTEDİR. HEMŞİRENİN ROLÜ, DİSİPLİNLER ARASI EKİBİN BİR ÜYESİ OLARAK ÇALIŞMAK OLUP, HASTA / AİLE, SEÇENEKLERİ VE BU SEÇENEKLERİN SONUÇLARI HAKKINDA TAM BİLGİ SAHİBİ OLARAK DOĞRU KARARLAR VEREBİLMELİDİR.

12.10.2022

YAŞAM SONU DÖNEMDE HASTALARIN HAK VE TALEPLERİ

I. ÖLENE KADAR YAŞAYAN BİR İNSAN MUAMELESİ GÖRME HAKKIM VAR.
II. UMUT DUYGUSUNU SÜRDÜREBİLENLER TARAFINDAN BAKILMA HAKKINA SAHİBİM.
III. ÖLÜMÜ YAKLAŞMAMLA İLGİLİ DUYGULARIMI VE DUYGULARIMI KENDİ YÖNTEMİMİLE İFADE ETME HAKKINA SAHİBİM.
IV. BAKIMIMLA İLGİLİ KARARLARA KATILMA HAKKINA SAHİBİM.
V. TEDAVİ HEDEFLERİNİN "İYİLEŞME HEDEFLERİNE DÖNÜŞTÜRÜLMESİ GEREKMESİNE RAĞMEN, SÜREKLİ TIBBİ VE HEMŞİRELİK İLGİSİ BEKLEME HAKKINA SAHİBİM.
VI. ÖLÜMÜMÜ KABUL ETMEK İÇİN AİLEMDEN VE AİLEMDEN YARDIM ALMA HAKKINA SAHİBİM.
VII. HUZUR VE MAHREMİYET İÇİNDE ÖLMEYE HAKKIM VAR.
VIII. KİŞİLİĞİMİ MUHAFAZA ETME VE BAŞKALARININ İNANÇLARINA AYKIRI OLABİLECEK KARARLARIM NEDENİYLE YARGILANMAMA HAKKINA SAHİBİM.
IX. BAŞKALARI İÇİN NE ANLAMA GELİRSE GELSİN, DİNİ VE / VEYA MANEVİ DENEYİMLERİMİ TARTIŞMA VE GENİŞLETME HAKKINA SAHİBİM.
X. ÖLÜMDEN SONRA İNSAN VÜCUDUNUN KUTSALLIĞINA SAYGI DUYULMASINI BEKLEME HAKKIM VAR.
XI. İHTİYAÇLARIMI ANLAMAYA ÇALIŞACAK VE ÖLÜMLE YÜZLEŞMEME YARDIM ETMEKTEN BİR MİKTAR TATMİN ELDE EDEBİLECEK ŞEFKATLİ DUYARLI, BİLGİLİ KİŞİLER TARAFINDAN BAKILMA HAKKINA SAHİBİM.

TARTIŞMA SORULARI

1. **BİR HEMŞİRE OLARAK HASTALARINIZA BU HAKLARI NASIL TANITABİLİRSİNİZ?**
2. **HER BİRİNE KİŞİSEL OLARAK KATILIYOR MUSUNUZ? FİKİRLERİNİZİ TARTIŞALIM.**

HEMŞİRELİKTE SIK KARŞILAŞILAN ETİK İKİLEMLER

- **ÖLÜMDE TIBBİ YARDIM TALEPLERİ (ÖTENAZİ VE YARDIMLI İNTİHAR):** AMERİKAN HEMŞİRELER DERNEĞİ (ANA), HEMŞİRELERİN ÖLÜMCÜL İLAÇ YA DA TIBBİ YARDIM VERMELERİNİN ETİK OLARAK YASAKLANDIĞINI BELİRTİR, ÇÜNKÜ BU EYLEM, HEMŞİRELİK İÇİN ETİK KURALLARI DOĞRUDAN İHLAL EDER. MESLEĞİN ETİK GELENEK VE HEDEFLERİ HEMŞİRELERİN, HASTALARIN HAKLARINA SAYGI DUYAN ANCAK KRONİK, GÜÇTEN DÜŞÜRÜCÜ HASTALIKLARIN VARLIĞINDA VE YAŞAMIN SONUNDA MESLEĞİN STANDARTLARINI KORUYAN İNSANİ, KAPSAMLI VE ŞEFKATLİ BAKIM SAĞLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜDÜR." HEMŞİRELİĞİN ÖTENAZİ VE YARDIMLI İNTİHAR KONUSUNDA YETKİLENDİRİLMİŞ HERHANGİ BİR SORUMLULUĞU BULUNMAMAKTADIR.

- **ÖMRÜ UZATMAK:** DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (WHO), PALYATİF BAKIMLA İLGİLİ OLARAK, "... PALYATİF BAKIM, ÖLÜMÜ NE HIZLANDIRMAYI NE DE ERTELEMEYİ AMAÇLAMAKTADIR" ŞEKLİNDE İFADE DE BULUNMUŞTUR. HASTANIN HASTALIK DURUMU VE CİDDİYETİNİ TAM OLARAK ANLAYAMAYAN HASTALARIMIZ / AİLELERİMİZ VARLIĞI BİR ÇOK ETİK SONUCU ORTAYA ÇIKARABİLMEKTEDİR. TIBBİ YARARSIZLIK, BİR HASTAYA FAYDA SAĞLAMAYA YÖNELİK BİR ÇABALARIN ÇOĞUNUN BAŞARISIZ OLDUĞU DURUMU BELİRTMEKTEDİR.
- TEDAVİLER, BAZI DURUMLARDA SEMPTOMLARI HAFİFLETMEK İÇİN ÇOK UYGUN OLABİLİR, ANCAK DİĞER DURUMLARDA, ÖLMEKTE OLAN BİR HASTANIN UZAYAN ISTIRABI OLARAK GÖRÜLEBİLİR. TEDAVİLERİN FİZİKSEL FAYDALARININ YANI SIRA HEM HASTA HEM DE A.B.E İÇİN PSİKOSOSYAL FAYDALARI DA OLABİLİR. YAŞAMI SÜRDÜRME PROSEDÜRLERİ, HASTA VE AİLESİNİN HAZIRLIKLI OLMASI VE ÖLMEDEN ÖNCE VEDALAŞABİLMESİ İÇİN YA DA HASTANIN DUYGUSAL VE RUHSAL GÖREVLERİNİ TAMAMLAMASINA YÖNELİK SORUMLULUKLARINI TAMAMLAMASI İÇİN ONA ZAMAN TANIYABİLİR.
- ÜLKEMİZDE TEDAVİNİN KISITLANMASI İLE İLGİLİ ETİK BELGELER DE DAHİL HERHANGİ BİR DÜZENLEME YOKTUR. TÜRK CEZA KANUNUNDA BU KONU HİÇ ELE ALINMAMIŞTIR. HATTA 3. MADDE DE BU KONUDA YASAL BİR DÜZENLEMENİN OLMADIĞI NET BİR BİÇİMDE İFADE EDİLMİŞTİR (1).

- **CANLANDIRMA (DNR) KARARI VE HEMŞİRELİK** : SAĞLIK BAKIM EKİBİNE DOKTOR TARAFINDAN YAZILI OLARAK İLETİLEN KARDİYAK VE PULMONER ARREST OLDUĞUNDA KPR YAPILMAMASI İSTEMİNE DNR (DO NOT RESUSCITATE) DENİLMEKTEDİR (2). HEMŞİRELER HASTA, AİLE VE SAĞLIK BAKIM EKİBİNİN ÜYELERİYLE DNR HAKKINDAKİ GELİŞMELERDE AKTİF ROL OYNAMALIDIR. BİR DNR KARARININ VERİLMESİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ GEREKEN ÜÇ HUSUS ŞUNLARDIR.
  - KADİYOPULMONER RESÜSİTASYONUN (KPR) BOŞUNA OLACAĞI VE BAŞARIYA ULAŞMA İHTİMALİNİN ÇOK DÜŞÜK OLACAĞI VEYA BAŞARILI OLUNSA DA HASTANIN HASTANEDEN TABURCU OLMAK İÇİN HAYATTA KALMAYACAĞI YARGISI.
  - HASTA TERCİHLERİNİN DİKKATE ALINMASI.
  - CPR BAŞARILI OLURSA, HASTA İÇİN BEKLENEN YAŞAM KALİTESİ.

ÜLKEMİZDE YOĞUN BAKIM HEKİM VE HEMŞİRELERİ İLE GERÇEKLEŞTİRİLEN BİR ÇALIŞMADA KATILANLARIN YARIYA YAKININ RESÜSİTASYON YAPMAMAYI ETİK BİR SORUN OLARAK DEĞERLENDİRDİĞİ BELİRTİLMİŞTİR (3).

- ÜLKEMİZDE DNR KONUSUNDA İKİ GÖRÜŞ BULUNMAKTADIR. BİRİNCİSİ RESÜSİTASYON YAPMAYINIZ KOMUTUNUN ÖTENAZİ SAYILDIĞI, BU NEDENLE YASAK OLDUĞU GÖRÜŞÜDÜR. BU GÖRÜŞE GÖRE MÜDAHALEDE BULUNMAMAK BİR İHMALDİR. BİR DİĞER GÖRÜŞ İSE, BU DURUMUN TEDAVİYİ RET KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLEBİLECEĞİ, DOLAYISIYLA HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ 'MADDE 25' (*HASTA, KENDİSİNE UYGULANMASI PLANLANAN YA DA UYGULANMAKTA OLAN TEDAVİYİ REDDETMEK YA DA DURDURULMASINI İSTEME HAKKINA SAHİPTİR*) DOĞRULTUSUNDA AYDINLATILMIŞ ONAM SÜREÇLERİ İŞLETİLEREK SORUNSUZ BİR BİÇİMDE UYGULANABİLECEĞİ GÖRÜŞÜDÜR (2).

- **BESLENME VE HİDRASYON:** YAŞAM SONU DÖNEMDE BESLENME VE HİDRASYON DESTEĞİNİN SAĞLANMASI KONUSUNDA KARŞIT GÖRÜŞLER BULUNMAKTADIR. BAZILARI BU UYGULAMALARIN YARAR SAĞLAMADIĞI VE BİR TAKIM KOMPLİKASYONLARA NEDEN OLDUĞU GÖRÜŞÜNÜ SAVUNSA DA, HASTANIN ONURUNUN KORUNMASI ADINA BESİN VE SIVI DESTEĞİNİN SÜRDÜRÜLMESİ GEREKTİĞİNİ DÜŞÜNENLER DE BULUNMAKTADIR (4).

- AİLE ÜYELERİ HASTANIN BESİN VE SIVI ALIMI ENGELLENDİĞİNDE ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR SEBEBİYLE KAYGI YAŞAYABİLMEKTEDİRLER. HASTA BESLENMEDİKÇE KİLO KAYBI VE KAŞEKTİK GÖRÜNÜM AİLE TARAFINDAN KÖTÜ BİR SAĞLIK TABLOSU OLARAK YORUMLANABİLİR. ANCAK HASTALIĞIN NİTELİĞİNE BAĞLI OLARAK HASTANIN BESLENMESİ SÜREÇ İÇİNDE BAŞKA YÜK VE PROBLEMLERİ DE MEYDANA GETİREBİLMEKTEDİR. ARAŞTIRMALAR, KİLO KAYBETMİŞ/ZAYIF HASTALARDA NAZOGASTRİK TÜP, PERKÜTAN GASTROSTOMİ İLE ENTERAL BESLENMELERİN MORBİDİTE VE MORTALİTE İLE İLİŞKİ OLDUĞUNU BELİRTMEKTEDİR (4).



12.10.2022

BESLENME DESTEĞİ GİBİ HİDRASYON YÖNETİMİ DE TARTIŞMALIDIR. SAĞLIK PROFESYONELLERİ TARAFINDAN TERAPOTİK BİR YAKLAŞIM OLARAK GÖRÜLSE DE BAZI PROFESYONELLER HİDRASYON DESTEĞİ İLE SUSAMA VE AĞIZ KURULUĞUNUN ÖNLEMEDİĞİNİ VE BU NEDENLE HASTANIN KONFORUNA BİR ETKİSİNİN OLMADIĞINI İFADE ETMEKTEDİRLER. YAŞAM SONU SÜREÇTE VÜCUDUN SU İHTİYACI AZALIR, GEREKLİ OLAN SIVILARI DOLAŞIMA KATMAK ZORLAŞIR. BU NEDENLE HASTAYA VERİLEN SIVI; ÖDEM, ARTAN SEKRESYONLARA NEDEN OLABİLMEKTEDİR. YETERLİ ARAŞTIRMA OLMAMAKLA BİRLİKTE MEVCUT KANITLAR, YEMEK YEME VE AĞIZ BAKIMININ ÖNEMLİ OLDUĞUNU, HİDRASYON SONUCU OLUŞAN ÖDEM İLE GELİŞEN RAHATSIZLIKLAR YERİNE HASTALARA VERİLEN AZ MİKTARDA SIVI VE BUZ DESTEĞİNİN PARENTERAL HİDRASYONDAN DAHA ETKİLİ OLABİLECEĞİNİ BELİRTMEKTEDİR (5).

AMERİKAN HEMŞİRELER DERNEĞİ (ANA) TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLDİĞİ ŞEKLİYLE, KAPASİTESİ OLAN YETİŞKİNLERİN BESLENME VE SIVI ALIMININ NORMAL VEYA YAPAY YOLLARLA VERİLMESİ KONUSUNDA, KABUL VEYA RET HAKLARINA SAYGI GÖSTERİLMESİ GEREKTİĞİ BİLDİRİLMEKTEDİR. ANCAK NORMAL ŞARTLARDA HASTALARIN BİLGİSİ DAHİLİNDE VE ONAMIYLA VEYA BUNA BENZER BİR TALEBİ OLMADAN UYGULANAN TEDAVİNİN, SIVI VEYA BESLENME DESTEĞİNİN GERİ ÇEKİLMESİ İMKANI ETİK VE HUKUKİ AÇIDAN MÜMKÜN DEĞİLDİR.

TÜRKİYE'DE YAŞAM SONU BAKIM KARARLARI

ÜLKEMİZİN DE KABUL ETTİĞİ OVIEDO SÖZLEŞMESİ VE HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ 24. MADDE KAPSAMINDA YAŞAMIN SONU AŞAMASINDA BAKIM VE TEDAVİ İLE İLGİLİ TIBBİ KARAR ALINIRKEN 'HASTANIN ÖNCEDEN VERMİŞ OLDUĞU TALİMATLAR' VE 'ÖNCEDEN AÇIKLANMIŞ OLAN ARZULARINA ÜSTÜNLÜK TANINMALIDIR. İFADELERDE BELİRTİLDİĞİ GİBİ, BİR KİMSENİN TEDAVİYİ SONLANDIRMA HAKKI OLDUĞU GİBİ, TÜMÜYLE REDDETME HAKKI DA MEVCUT OLUP TÜM İSTEK VE ARZULARA SAYGI DUYULMASI GEREKMEKTEDİR. RIZASINI AÇIKLAYAMAYACAK OLAN HASTALARIN İSE YETERLİLİKLERİ ELVERDİĞİ ÖLÇÜDE SÜRECE KATILIMLARININ SAĞLANMASI DESTEKLENMELİDİR. (2, 6, 7).

ÖNCEDEN VERİLMİŞ TALİMATLAR VE SÜREKLİ TEMSİL YETKİSİ KAVRAMI

ÖNCEDEN VERİLMİŞ TALİMATLAR: HASTANIN SAĞLIĞIYLA İLGİLİ BAĞLAYICI KURALLARDIR. HASTANIN ÖNCEDEN AÇIKLANMIŞ ARZULARININ YAŞAMIN SONU AŞAMASINDAKİ HAL VE ŞARTLARA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ VE TIBBİ KARARIN BU ARZU VE İSTEKLER ÜZERİNE ALINMASI GEREKİR (2).

SÜREKLİ TEMSİL YETKİSİ: HASTANIN RIZASINI AÇIKLAYAMADIĞI DURUMLARDA YÜRÜRLÜĞE GİREN BİR YETKİLENDİRME OLUP, YAŞAM SONU AŞAMASI SÜRECİNDE TIBBİ KARARLARIN VERİLMESİNDE HEKİME BÜYÜK ÖLÇÜDE YARDIMCI OLMAKTADIR. HEKİM BU SÜREÇTE HASTA TEMSİLCİSİNİN GÖRÜŞÜNÜ ALMAK ZORUNDADIR. HASTA TEMSİLCİSİ BU SÜREÇTE HASTANIN YARARINA HAREKET ETMESİ, ONUN İSTEK VE ARZULARINI SAĞLIK PROFESYONELLERİNE DOĞRU BİR ŞEKİLDE ANLATMASI GEREKİR (2, 8).

YAŞAMIN SONUNDA BAKIM VE DESTEK SAĞLAMADA HEMŞİRENİN ROLLERİ VE SORUMLULUKLARI

- UYGULAMA KAPSAMI VE BAKIM STANDARTLARI
- ETİK KODLAR
- KILAVUZLAR

ANA&HPNA STANDARTLARI İLE HEMŞİRELERİN YAŞAM SONU DÖNEMDEKİ ROL VE SORUMLULUKLARI ŞEKİL KAZANMAKTADIR.

- BİREYİN İHTİYAÇLARINI KARŞILAYACAK BİÇİMDE BAKIM SUNMAK.
- HASTALARIN TÜM SEÇENEKLER VE BUNLARIN SONUÇLARININ TAMAMEN FARKINDA OLMASI VE SAĞLIK BAKIMI KONUSUNDA BİLİNÇLİ SEÇİMLER YAPMASININ SAĞLANMASI İÇİN HASTAYI EĞİTMEK VE SAVUNMAK.
- HASTALARIN BAKIMLARI HAKKINDA ÖNEMLİ KARARLARIN ALINMASI GEREKTİĞİNDE, ARTIK BU KARARLARA KATILAMAYACAK DURUMDA OLAN HASTALAR İLE ÖNCEDEN GERÇEKLEŞTİRİLEN BAKIM PLANLAMALARI SORUNUN ÇÖZÜMÜNE IŞIK TUTABİLMEKTEDİR.

LİTERATÜRDE YAŞAM SONU DÖNEMDEKİ HASTALARIN İLERİ BAKIMININ PLANLANMASINDA HEMŞİRE KARARLARININ, HASTANIN HAZIR BULUNUŞLUĞU KONUSUNUN TARTIŞILMASI, FİZİKSEL DURUMUNUN, HASTA VE AİLE İLE HEMŞİRELERİN İLİŞKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ OLARAK, ÜÇ TEMEL FAKTÖRDEN ETKİLENDİĞİ BİLDİRİLMİŞTİR (9).

12.10.2022

ETİK İLKELER

- **ÖZERKLİK (OTONOMİ):** KENDİ KARARINI VEREBİLMEK
- **YARAR SAĞLAMA:** İYİLİK YAPMA NİYETİ
- **ZARAR VERMEME:** ZARAR VERMEMEK
- **ADALET:** EŞİT ERİŞİM SAĞLAMAK

İLETİŞİM VE ORTAK KARAR VERMEYE YÖNELİK FAKTÖRLER

- **AÇIKLAMA:** BİR HASTADAN KİŞİSEL BİLGİ ALMA, BU BİLGİLERİ EKİPTEKİ DİĞER KİŞİLERLE, AYRICA DEVLET KURUMLARIYLA PAYLAŞMAK İÇİN İZNİNİN ALINMASI, HASTANIN MEVCUT TIBBİ DURUMU, PROGNOZU İYİLEŞTİREBİLECEK MÜDAHALELER, PROSEDÜRLERİN RİSKLERİ VE FAYDALARI VE MÜDAHALELERLE İLİŞKİLİ BAZI OLASILIK VE BELİRSİZLİK TAHMİNLERİ, HASTAYA AÇIK ALTERNATİFLER HAKKINDA PROFESYONEL GÖRÜŞÜN SUNULMASI GEREKMEKTEDİR.

- **GİZLİLİK:** BİREYİN YAZILI, SÖZLÜ, ELEKTRONİK (ÖR. SOSYAL MEDYA) BİLGİLERİNİN KORUNMASI. HASTANIN BİR SAĞLIK PROFESYONELİNE İFŞA ETTİĞİ HASSAS KİŞİSEL BİLGİLER, TIBBİ İLİŞKİ DIŞINDAKİ KİMSELERİN İLGİSİNİ ÇEKEBİLİR. BU NEDENLE BİLGİLER, GELENEKSEL, ETİK VE YASAL OLARAK GİZLİLİKLE KORUNMAKTADIR. HEMŞİRELER, HASTALARDAN ELDE ETTİKLERİ BİLGİLERİ İFŞA ETMEKTEN KAÇINMAK VE BU TÜR BİLGİLERİN PROFESYONEL OLARAK TANIMLANABİLECEK KİŞİLER TARAFINDAN UYGUNSUZ BİR ŞEKİLDE İFŞA EDİLMEMESİNİ SAĞLAMAK KONUSUNDA YÜKÜMLÜDÜR.
- AYRICA BAZI BİLGİLERİN (YANI, UYUŞTURUCU VE ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI, HIV / AIDS DURUMU, AKIL SAĞLIĞI SORUNLARI, VB.), KULLANIMI VE İFŞA EDİLMESİYLE İLGİLİ ÖZEL KISITLAMALARI BULUNMAKTADIR.

- **BİLGİLENDİRİLMİŞ (AYDINLATILMIŞ) ONAY:** SAĞLIK EKİBİ, HASTAYA KENDİSİNE TEDAVİ SÜRECİ İLE İLGİLİ ADIMLARI AÇIKLAYARAK ÖNERİLEN TEDAVİNİN NEDENİNİ, ALTERNATİF TEDAVİ SEÇENEKLERİNİ VE TÜM SEÇENEKLERİN FAYDALARINI VE YÜKLERİNİ AÇIKLAR. HASTA BİLGİLERİ ANLAR, TEDAVİ SEÇENEKLERİNİ DEĞERLENDİRİR VE SAĞLIK EKİBİ TARAFINDAN ÖNERİLEN SEÇENEKLERDEN BİRİNİ TERCİH ETTİĞİNİ İFADE EDER.

- **KARAR VERME KAPASİTESİ:** BİR HASTANIN BAKIMI KABUL ETME VEYA REDDETME KAPASİTESİNİN BELİRLENMESİNDE:
- ANLAMA VEYA SEÇİM YAPMA YETENEĞİ
- BİLGİLERİ ANLAMA BECERİSİ,
- TIBBİ DURUMU VE OLASI SONUÇLARINI TAKDİR EDEBİLMESİ,
- ÖNERİLEN TEDAVİ SEÇENEKLERİYLE İLGİLİ OLARAK KİŞİNİN KENDİ DEĞERLERİ ÇERÇEVESİNDE KARAR ALABİLME YETENEĞİNE SAHİP OLMASIDIR.

ÖZEL GRUPLAR

- **MENTAL HASTALIĞI OLANLAR:** ARAŞTIRMA SONUÇLARI, MENTAL HASTALIKLARI OLAN BAZI KİŞİLERİN YAŞAM SONU KARARLARINA KATILABİLECEKLERİNİ VE ENDİŞELERİNİN BAŞKALARININKİNDEN FARKLI OLMAYABİLECEĞİNİ GÖSTERMEKTEDİR.
- **GELİŞİMSEL ENGELİ OLAN HASTALAR:** LİTERATÜR, GELİŞİMSEL ENGELLİ BİRÇOK YETİŞKİN, YARDIMLA YAŞAM SONU TEDAVİSİ KARARLARI VEREBİLECEĞİNİ BİLDİRMEKTEDİR.
- **MAHKUMLAR:** MAHKUMLARIN HAPİSHANEDE ÖLECEKLERİNİ DÜŞÜNMEMESİ, TEDAVİYİ SINIRLAYABİLECEK DURUMLARA İLİŞKİN GÜVENSİZLİK VE AİLELERİN UZAKTA YAŞAMASI VE / VEYA VEKİL OLARAK BULUNMAK İSTEMEMELERİ NEDENİYLE HASTALARIN BAKIM VE TEDAVİ SÜREÇLERİNDE SORUNLAR YAŞANABİLİR. BU NEDENLE ETİK KODLAR ÇERÇEVESİNDE UYGUN BAKIM VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARININ PLANLANMASI GEREKMEKTEDİR.

YAŞAM SÜRDÜRÜCÜ TEDAVİ İÇİN DOKTOR / HİZMET SAĞLAYICI EMİRLERİ
PHYSİCİAN/PROVİDER ORDERS FOR LİFE-SUSTAİNİNG TREATMENT (POLST)

- HASTA MERKEZLİ BAKIMI KOLAYLAŞTIRMAK VE YAŞAM SONU BAKIMA YÖNELİK İSTEKLERİ TARTIŞMAK İÇİN BİR ÇERÇEVE SAĞLAYARAK KİŞİSEL İSTEKLERİN ETKİN İLETİŞİMİNE YARDIMCI OLMASI İÇİN OLUŞTURULMUŞTUR.
- SIKLIKLA TIBBİ MÜDAHALELER, ÖZELLİKLE DE HASTALARIN HAYATLARININ SON DÖNEMİNDE İSTEDİĞİ VEYA İSTEMEDİĞİ YAŞAMINI UZATAN TEDAVİLER HAKKINDA ÖNEMLİ KONUŞMALAR GERÇEKLEŞMEZ. BU DURUMUN BİRKAÇ NEDENİ VARDIR.
- ÖLÜM KOLAY KABUL EDİLEMEZ.
- HASTALARA NE İSTEDİKLERİ SORULMAZ
- HASTALAR BU YASAL BİLGİLENDİRME SÜRECİNDEN HABERSİZDİR.
- YAŞAM SONUNA İLİŞKİN KONUŞMALAR OLMADAN, HASTA ETKİSİZ VE İSTENMEYEN TEDAVİLER ALABİLİR.

İLERİ BAKIM PLANLAMASI BU NEDENLE PALYATİF BAKIM İLE BAŞLAMALIDIR. HASTANIN İLERİ BAKIM İHTİYAÇLARININ PLANLANMASI, BUGÜN VE GELECEK BEKLENTİLERİNİN VE FIRSATLARININ GÖZDEN GEÇİRİLMESİNİ, HASTA, AİLESİ VE DİĞER SAĞLIK BAKIM SAĞLAYICILARI İLE BUGÜN VE GELECEKTEKİ SAĞLIK BAKIMININ NASIL OLACAĞI KONUSUNDA TARTIŞMALARINI, BEKLENTİ, HEDEF, DEĞER, İNANÇ, BİLGİ, KORKU, UMUT VE GEREKSİNİMLERİNİN GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULARAK SAĞLIK BAKIMININ KALİTESİNİ ARTTIRIP, SÜREKLİLİĞİ VE KONTROLÜNÜ SAĞLAYARAK AİLE VE BAKIM VERENLERİN DAHA AZ STRES YAŞAMASINI SAĞLAMAKTADIR (5).

12.10.2022

VAKA ÖRNEĞİ

ŞEHİR MERKEZİNDEKİ HASTANEDE ÇALIŞAN BİR HEMŞİRE OLARAK, BİRÇOK HASTAYA BAKIYORSUNUZ. JİNEKOLOJİ ONKOLOJİ EKİBİYLE ÇALIŞIRKEN EVRE III YUMURTALIK KANSERİ OLAN 33 YAŞINDAKİ BEYAZ BEKAR BİR KADIN OLAN DENİZ HANIM İLE TANIŞIYORSUNUZ. DENİZ HANIM, ŞU ANDA KARNINA VE KASIK DÜĞÜMLERİNE YAYILAN YUMURTALIK KANSERİ İÇİN TÜM KEMOTERAPİ TEDAVİSİ TEKLİFLERİNİ REDDEDİYOR. ASIT VE BAĞIRSAK TIKANIKLIĞI VAR. DURUMU, GÜNLÜK PARASENTEZ YAPTIRMASI GEREKTİĞİ NOKTAYA KADAR KÖTÜLEŞMİŞ DURUMDA VE EKİP, ENGELİN KISMEN HAFİFLETİLMESİ İÇİN AMELİYAT OLMASI GEREKEBİLECEĞİNİ SÖYLÜYOR. SİZE ŞİZOFRENİ HASTASI OLDUĞUNU VE PSİKOTİK İLAÇLARINI BİR SÜREDİR "ZEHİR OLDUKLARI İÇİN" ALMADIĞINI SÖYLEYEREK. SİZE, "DELİ OLABİLİRİM AMA APTAL DEĞİLİM. BU TEDAVİ BENİ ÖLDÜRECEK. BEN İSTEMİYORUM. TEDAVİ EKİBİ İSE, TEDAVİNİN KANSERİNİ TEDAVİ ETMEK İÇİN TEK ŞANS OLDUĞUNU VE UYGUN TEDAVİYİ ALMASINI SAĞLAMAK İÇİN İSTEDİĞİ TAKDİRDE AİLESİYLE İLETİŞİME GEÇECEĞİNİ SÖYLÜYOR.

1) BU HASTAYLA İLGİLENEN ONKOLOJİ HEMŞİRESİ OLARAK HANGİ SAVUNUCULUK ROLLERİNE SAHİPSİNİZ?

2) SİZCE DENİZ HANIM KENDİ KARAR VERME YETKİSİNE SAHİP Mİ?

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

ARŞ. GÖR. BETÜL ÇAKMAK

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

- MODÜL-1 Palyatif Bakım Hemşireliği
- MODÜL-2 Ağrı Yönetimi
- MODÜL-3 Semptom Yönetimi
- MODÜL-4 Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar
- MODÜL-5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar
- MODÜL-6 Palyatif Bakımda İletişim
- MODÜL-7 Kayıp, Keder, Yas
- MODÜL-8 Son Saatler

MODÜL-5 PALYATİF BAKIMDA KÜLTÜREL VE MANEVİ DURUMLAR

BU EĞİTİM SONUNDA ÖĞRENCİ;

- YAŞAM BOYU KÜLTÜR VE MANEVİYATIN PALYATİF BAKIM ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN BOYUTLARINI TANIMLAR.
- HAYATI TEHDİT EDEN HASTALIKLARLA KARŞI KARŞIYA OLAN HASTALARIN KÜLTÜREL VE MANEVİ DEĞERLENDİRMESİNİ YAPAR.
- KÜLTÜREL VE MANEVİ ÇEŞİTLİLİĞE SAYGI DUYMADA DİSİPLİNLER ARASI BAKIMIN DEĞERİNİ KABUL EDER.

12.10.2022

KÜLTÜR TANIMI

- KÜLTÜR, BAŞKALARIYLA OLAN ETKİLEŞİMLERİMİZE REHBERLİK EDEN VE PAYLAŞILAN SEMBOLLER SİSTEMİDİR. KİŞİNİN KÜLTÜRÜ, HASTALIK HAKKINDA GÜÇLÜ İNANÇLARA SAHİPTİR, YAŞAMI TEHDİT EDEN BİR HASTALIĞA VERDİĞİ TEPKİYİ ÖNEMLİ ÖLÇÜDE ETKİLER VE TÜM YAŞAM DENEYİMLERİ İÇİN TEMEL OLUŞTURUR.
- KÜLTÜR, TEMELDE BİR BİREYİN HASTALIKTAN, ISTIRAPTAN VE ÖLÜMDEN NASIL BİR ANLAM ÇIKARABİLECEĞİNİ, SAĞLIK SİSTEMİNİ NASIL ALGILADIĞINI ETKİLEYEBİLİR.
- KÜLTÜREL KAYGILARI ELE ALIRKEN, BİREYİ TANIMAK VE KÜLTÜRÜN ANLAMINI BİREYLERİN BAKIŞ AÇISINDAN GÖRMEK YERİNE KÜLTÜREL KAYNAKLARA (EL KİTAPLARI, KILAVUZLAR) BAŞVURMA EĞİLİMİ GÖSTERİLEBİLİR.

DÜNYADA, "HERKESE UYAN TEK BİR ÇÖZÜM" YOKTUR VE PALYATİF BAKIMA YÖNELİK TEK BİR YAKLAŞIM UYGUN DEĞİLDİR; TAM ANLAMIYLA KÜLTÜRLER ARASI DİNAMİKLERDE SONSUZ ÇEŞİTLİLİK VARDIR. TÜM BU FAKTÖRLER, ACI, IZDIRAP İFADELERİ DE DAHİL OLMAK ÜZERE, YAŞAM DENEYİMİ İÇERİSİNDE ETKİLEŞİMDE BULUNUR.

KÜLTÜREL ÇEŞİTLİLİĞE BAKIŞ

DÜNYA 100 KİŞİ OLSAYDI:

- 50 KADIN, 50 ERKEK.
- 25 ÇOCUK, 75 YETİŞKİN OLURDU.
- 60 ASYALI, 16 AFRİKALI AMERİKALILARDAN 14 KİŞİ, 10 DA AVRUPALI OLURDU.
- 31 HIRİSTİYAN, 21 MÜSLÜMAN, BİR DİNE UYMAYAN 16 KİŞİ 15 HİNDU, 7 BUDİST, DİĞER DİNLERİ UYGULAYAN 8 KİŞİ OLURDU.
- HER BİR CİNSİYET, BÖLGE, DİN, YAŞ YA DA ARTTIRILABİLEN FARKLILIKLAR, BİREYLER KÜLTÜREL DİĞER VE ÇEŞİTLİLİKLERİNE KATKI SUNMAKTADIR. BU NEDENLE OLUŞTURULACAK TÜM BAKIM VE TEDAVİ GİRİŞİMLERİNDE BU FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÖNEMLİDİR.

KÜLTÜREL AÇIDAN UYGUN BAKIMLA İLGİLİ TÜM TERİMLER VE TANIMLAR, FARKINDALIK, BİRBİRLERİNE KARŞI AÇIKLIK VE SAYGILI OLMAYI İÇERİR.

KÜLTÜREL TEVAZU (GÜVENLİK)

KİM OLDUKLARI, VE NEYE İHTİYAÇ DUYDUKLARI KONUSUNDA HİÇBİR MEVDAN OKUMA VEYA İNKARIN OLMADIĞI, PAYLAŞILAN SAYGI, ANLAM, BİLGİ VE BİRLİKTE ÖĞRENME DENEYİMİ İLE İLGİLİDİR.

- KÜLTÜREL TEVAZUNUN BEŞ TEMEL ÖZELLİĞİ;
- AÇIKLIK: "... YENİ FİKİRLERİ KEŞFETMEYE İSTEKLİ BİR TUTUMA SAHİP OLMAK
- EGOLESS: "... ALÇAKGÖNÜLLÜLÜĞÜ GEREKTİRİR VEYA EGOYU ÇÖPE ATAR.
- DİSTRİBUTİVİST İTİLEŞİMLER: "... OLUMLU İNSAN DEĞİŞİMLERİYLE SONUÇLANAN BİREYLER ARASINDAKİ VAROLUŞ KEŞİŞİMLERİ.
- ÖZ FARKINDALIK: "... KİŞİNİN GÜÇLÜ YÖNLERİNİN, SINIRLARININ, DEĞERLERİNİN, İNANÇLARININ, DAVRANIŞLARININ VE BAŞKALARINA KARŞI GÖRÜNÜŞÜNÜN FARKINDA OLMA.
- KENDİNİ YANSITMA VE İLİŞKİ: "... KİŞİNİN DÜŞÜNCELERİ, DUYGULARI VE EYLEMLERİ ÜZERİNDE KRİTİK BİR DÜŞÜNME SÜRECİ.

KÜLTÜREL YETERLİLİK

KÜLTÜREL FARKLILIKLARA DERİN BİR SAYGI DUYMANIZ VE DÜNYAYI GÖRMENİN BİRÇOK YOLU OLDUĞUNU ÖĞRENMEYE VE KABUL ETMEYE İSTEKLİ OLMANIZDIR. "

- **HEMŞİRELİK BAKIMINDA KÜLTÜREL YETERLİLİK İÇİN ÇABA GÖSTERME SÜRECİ;**
  - KENDİ KÜLTÜRÜNÜN FARKINDA OLMAK
  - KÜLTÜREL DEĞERLENDİRMENİN NASIL YAPILACAĞINI ÖĞRENMEK
  - FARKLI KÜLTÜRLERİN DÜNYA GÖRÜŞLERİ, ÖZELLİKLE DE TOPLULUĞUNUZDA ORTAK OLAN KÜLTÜRLER HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLMAK
  - SİZİNKİNDEN FARKLI KÜLTÜRLERDEN İNSANLARLA KARŞILAŞMA FIRSATLARI ARAMAK
  - KÜLTÜREL YETERLİLİK İÇİN ÇABALAMA KONUSUNDA KARARLI OLMAYI GEREKTİRİR.

YETKİN KÜLTÜREL BAKIMDA HEMŞİRENİN KENDİNİ DEĞERLENDİRMESİ

- **ÖZ DEĞERLENDİRME:** KENDİ KÜLTÜRÜMÜZÜ VE BUNUN ETKİLEŞİMLERİMİZİ, KARARLARIMIZI, DİLİMİZİ VE DAVRANIŞLARIMIZI NASIL ETKİLEDİĞİNİ İNCELEMELİYİZ
- **ÖRTÜK ÖNYARGI:** ÇIKARLARIMIZI, DUYGULARIMIZI, ÖNYARGILARIMIZI VE DÜNYAYI NASIL GÖRDÜĞÜMÜZÜ ETKİLEYEN GEÇMİŞ YAŞAM VE DENEYİMLERİMİZDEKİ ÖĞRENİLMİŞ ÇAĞRIŞIMLARA DAYANAN TUTUMLARIN BAŞKALARIN YAŞINA, CİNSİYETİNE, IRKINA VEYA DİNİNE DAYALI OLUMSUZ KLİŞELER OLUŞTURABİLİR.
- **İŞ ARKADAŞLARININ KÜLTÜREL İNANÇLARI:** SAĞLIK MESLEĞİ MENSUPLARI ARASINDA ARTAN KÜLTÜREL ÇEŞİTLİLİK VARLIĞI VE YAŞAMIN SONUNDA BAKIM VEREN EKİP ÜYELERİNİN ORTAK İNANÇLARA SAHİP OLMAMASI NEDENİYLE İŞ ARKADAŞLARINIZIN KÜLTÜREL İNANÇLARINI DEĞERLENDİRMENİN ÖNEMLİDİR.

KÜLTÜREL DEĞERLENDİRMENİN BİLEŞENLERİ KISA KÜLTÜREL DEĞERLENDİRME: CONFHER MODELİ

12.10.2022

COMMUNİCATİON (İLETİŞİM)

- TÜRKÇE KONUŞUYOR MU?
- AĞRI VEYA ATEŞ GİBİ YAYGIN SAĞLIK TERİMLERİNİ ANLIYOR MU?
- HANGİ SÖZSÜZ İLETİŞİM KULLANIYOR?

ORİENTATİON (ORYANTASYON)

- DEĞERLERİ NEDİR?
- BELİRLİ BİR GRUPLA ÖZDEŞLEŞİYOR MU?
- NEREDE DOĞDU?
- NE KADAR ZAMANDIR BURADA YAŞIYOR?

NUTRİTİON (BESLENME)

- YEMEK TERCİHLERİ VE TABULARI NELER? (YİYECEKLERİN ÇOĞUNUN İNSAN İÇİN BİR ANLAMI VARDIR VE BİR RAHATLIK KAYNAĞIDIR. KİŞİNİN KENDİ KÜLTÜREL GRUBUNDA TABU OLDUĞU İÇİN YEMEKTEN KAÇINMASI GEREKEN BAZI YİYECEKLER OLABİLİR. DEĞERLENDİRME BULGULAR ÇERÇEVESİNDE YAPAY BESLENME VE HİDRASYON KONULARININ ELE ALINMASI DÜŞÜNÜLEBİLİR.)

FAMİLY RELATİONSHİP (AİLE İLİŞKİLERİ)

- AİLEYİ NASIL TANIMLANIR VE AİLEDE KİMLER VARDIR?
- AİLEDE KARARLARI KİM VERİR?
- KADINLARIN VE ÇOCUKLARIN AİLEDE ROLÜ NEDİR?
- HASTALANDIĞINIZDA AİLENİZDEN BİRİNİN YANINIZDA OLMASI ÖNEMLİ MİDİR?

HEALTH AND HEALTH BELİEFS (SAĞLIK VE SAĞLIK İNANÇLARI)

- SAĞLIKLI KALMAK İÇİN NE YAPIYOR?
- SAĞLIK SORUNLARI İÇİN KİME DANIŞIYOR?
- HASTALIĞI NASIL AÇIKLIYOR?

EDUCATİON (EĞİTİM)

- EĞİTİM DURUMU NEDİR?
- MESLEĞİ NEDİR?

RELİGİON (DİN)

- BU KİŞİNİN DİNİ TERCİHİ VAR MIDIR? VAR ISE NEDİR?
- SAĞLIK BAKIMI VE HASTALIĞI ÜZERİNDE ETKİSİ OLAN HERHANGİ BİR DİNİ İNANÇ VEYA KISITLAMASI VAR MI?

UNUTULMAMALI Kİ: KENDİNİ ETNİK, DİNİ VEYA DEMOGRAFİK TOPLULUĞUN BİR ÜYESİ OLARAK TANIMLAYAN BİR KİŞİLER, ÖZDEŞLEŞTİĞİ TOPLULUĞUN TÜM KÜLTÜREL PERSPEKTİFİNE DEĞER VERİYOR, UYGULUYOR YA DA İNANIYOR ANLAMINA GELMEZ.

12.10.2022

KLİNİK UYGULAMADA KÜLTÜREL HUSUSLAR: İLETİŞİM

İLETİŞİM, KALİTELİ PALYATİF BAKIMIN TEMELİDİR VE İLETİŞİMİ ETKİLEYEN BİRÇOK KÜLTÜREL HUSUS VARDIR.

- **GÜVENLİ ALAN OLUŞTURMA**
  - KONUKSEVER VE GÜVENİ TEŞVİK EDEN BİR ORTAM YARATIN
  - NASIL İLERLEYECEĞİNİZ KONUSUNDA HASTANIN TERCİHLERİNE KARŞI AÇIK OLUN

- **KONUŞMA TARZI**
  - HASTANIN KENDİSİ ADINA KONUŞMAK İSTEYİP İSTEMEDİĞİNİ VEYA BİR AİLE ÜYESİNE SAHİP OLMAK İSTEYİP İSTEMEDİĞİNİ VEYA BAŞKA BİRİNİN KARAR ALIP SÖZCÜ OLARAK GÖREV YAPIP YAPMADIĞINI DEĞERLENDİRİN.
  - HASTALARA NASIL KARŞILANMAK İSTEDİKLERİNİ SORUN
  - BİR HASTANIN SESSİZLİĞİ SAYGI ANLAMINA GELEBİLİR VEYA "HAYIR" ANLAMINA GELEBİLİR.

- **KİŞİSEL ALAN**
  - NE KADAR MESAFENİN OLMASI UYGUN?
  - HASTANIN DURUŞ VE BOŞLUĞA VERDİĞİ TEPKİLERİ GÖZLEMLEYİN.
- **GÖZ TEMASI**
  - HASTANIN GÖZ TEMASINA VERDİĞİ TEPKİYİ GÖZLEMLEYİN.
  - BAZI KÜLTÜRLERDE GÖZ TEMASINDAN KAÇINMAK KAYITSIZLIK DEĞİL SAYGI GÖSTERGESİ OLARAK GÖRÜLÜR.
- **DOKUNMA**
  - DOKUNMANIN BİR İLETİŞİM YÖNTEMİ OLARAK KABULÜ DEĞİŞKENDİR.
  - HASTANIN ALAN VE DOKUNMA KONUSUNDAKİ RAHATLIĞINI BELİRLEMEK İÇİN EMPATİ KULLANIN.

- **SAĞLIK MESLEĞİ MENSUPLARININ GÖRÜŞÜ:**
  - BAZI KÜLTÜRLER SAĞLIK MESLEĞİ MENSUPLARINA SAYGIYLA YAKLAŞIR VE DOKTORLARINI VEYA DİĞER SAĞLIK MESLEĞİ MENSUPLARINI SORGULAMAKTAN KORKABİLİR.
  - DİĞER KÜLTÜRLER SAĞLIK MESLEĞİ MENSUPLARINA SAYGI DUYABİLİR ANCAK ÇATIŞMACI OLMAKTAN VE EKİBİ ÇEŞİTLİ KONULARDA SORGULAMAKTAN KORKMAZLAR.
- **ÖĞRENME STİLLERİ**
  - GÖRSEL ÖĞRETİM MATERYALLERİ İLE SÖZLÜ İLETİŞİMİ TAMAMLAYIN.
  - HASTALARI / AİLE ÜYELERİNİ İNGİLİZCE VEYA BAŞKA BİR DİLDE MATERYAL İSTEYİP İSTEMEDİKLERİ VE YAZILI MATERYALLERİ VEYA SES KASETLERİ / VİDEO KASETLERİ TERCİH EDİP ETMEDİKLERİNİ SORGULAYIN.
  - HİKAYELERİNİ DİNLEYİN VE NEYİN UYGUN OLDUĞUNA DAİR İPUÇLARINI İZLEYİN.

- **TERCÜMAN KULLANIMI**
  - MÜMKÜNSE AİLE ÜYELERİNİ TERCUMAN OLARAK KULLANMAKTAN KAÇININ.
  - DAHA GENÇ ÜYELERİN DAHA YAŞLI BİR AİLE ÜYESİNİN SORUNLARINI ELE ALMASI TABU VEYA CİNSİYET SORUNLARI NEDENİYLE UYGUN OLMAYABİLİR.
  - AİLE ÜYELERİ, KÜLTÜREL OLARAK KABUL ETTİKLERİ DURUMA BAĞLI NEDENLERLE SÖYLENENLERİ DÜZENLEYEBİLİR.

AİLE

PALYATİF BAKIM HASTASININ AİLESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KÜLTÜREL ÇEŞİTLİLİKLER GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULMALIDIR. AİLENİN BELİRLİ ÜYELERİNİN KARARLAR ALMASI GEREKTİĞİNE İLİŞKİN TUTUM, BELİRLİ ÜYELERİN BAKIMLA UYGULAMALARA KATILABİLMESİ VE AİLE ÜYELERİNE TAM AÇIKLAMALARIN YAPILMASININ UYGUN OLUP OLMADIĞINI BELİRLEMEK ÖNEMLİDİR.

BU NEDENLE;

- HASTA KİMİ AİLE OLARAK KABUL EDİYOR?
- BAKIM VERİCİLERİ KİMLERDİR?
- KARARLARI KİM VERİR?
- TARTIŞMALARA KİMLER DAHİL OLABİLİR?
- AİLEYE / HASTAYA TAM AÇIKLAMA YAPILMASI KABUL EDİLEBİLİR Mİ? SORULARINA CEVAP ARANMALIDIR.

PALYATİF VE YAŞAM SONU BAKIMINDA GÖRÜLEN KÜLTÜREL EŞİTSİZLİKLER

- **KRONİK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN AİLELERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ:** BAKIM VERİCİ YÜKÜ, STRES, ROL DEĞİŞİMİ, EVDEKİ DENGENİN BOZULMASI
- **AĞRI VE SEMPTOM YÖNETİMİ İÇİN İLAÇLARA ERİŞİM :** EKONOMİK VE SOSYAL FAKTÖRLER
- **CİNSİYET SORUNLARI:** KADINLARIN AĞRI YÖNETİMİ KONUSUNDA ERKEKLERDEN DAHA AZ TEDAVİ OLMASI
- **HOSPİS (DARÜLACEZE) VE PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNE ERİŞİM / KULLANIM:** EĞİTİM YETERSİZLİĞİ, FİNANSAL YETERSİZLİK
- **IRK / ETNİK EŞİTSİZLİKLER**

MANEVİYAT VE DİN

- MANEVİYATLA İLGİLENMEK HASTALARIN FİZİKSEL, PSİKOLOJİK VE SOSYAL İHTİYAÇLARINA DAHA İYİ BAKMAMIZI SAĞLAMAKTADIR. BİR HASTANIN MANEVİ İHTİYAÇLARINI DEĞERLENDİRMEK, SADECE HANGİ DİNDE OLDUĞUNU SORMAKTAN DAHA FAZLASINI İÇERİR.
- HAYATA ANLAM VE AMAÇ VEREN MANEVİYATTIR. MANEVİYAT, KENDİLERİNİ "DİNDAR" OLARAK GÖRMEYENLER İÇİN DE OLDUKÇA DEĞERLİ OLABİLİR. BAĞIŞLAMAK, AF DİLEMEK, SEVMEK, UMUT ETMEK İÇİN BİR ARAÇ SAĞLAR.
- DİN İSE DAHA "DÜZENLİDİR" VE KATEGORİZE EDİLEBİLMEKTEDİR. (MÜSLÜMANLIK, BUDİSTLİK, HRİSTİYANLIK..)
- HEMŞİRELER, GEREKTİĞİNDE DİN GÖREVLİLERİ İLE YAKIN BİR ŞEKİLDE ÇALIŞMALI VE GEREKTİĞİNDE UYGUN YÖNLENDİRMELERİ YAPMALIDIR.

12.10.2022

FICA: BASİT BİR MANEVİ GEÇMİŞ DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ

- **F –** İNANÇ: HASTANIN İNANÇ İNANCI VAR MI? HAYATINA NE ANLAM KATIYOR?
- **I** = ÖNEM VEYA ETKİ: İNANCINIZ SİZİN İÇİN NE KADAR ÖNEMLİ? İNANCINIZ HAYATINIZI NASIL ETKİLİYOR?
- **C** = TOPLULUK: BİR İNANÇ TOPLULUĞUNA ÜYE MİSİNİZ? CEVABINIZ EVET İSE, BU SİZE HANGİ ŞEKİLLERDE DESTEK SAĞLIYOR?
- **A** = ADRES: EKİBİN MANEVİYAT KONULARINI BAKIMINIZA ENTEGRE ETMESİNİ NASIL İSTERSİNİZ?

MANEVİ BAKIM UYGULAMALARI

- MEVCUT (ORADA) OLMAK
- DERİN / KAPSAMLI DİNLEME
- MERHAMETİ EYLEME DÖNÜŞTÜRMEK
- GELİŞEN İNSAN MERKEZLİ BAKIM (ŞEFKATLİ VE EMPATİK BAKIM)

ÖZETLE;

- KÜLTÜRÜN YAŞAMIN TÜM YÖNLERİNİ, ÖZELLİKLE HASTALIK, ÖLÜM SÜRECİ, ÖLÜM VE YAS SÜRECİNİ ETKİLEDİĞİNİN FARKINDA OLUN,
- ÖZ DEĞERLENDİRMENİN, KÜLTÜREL AÇIDAN DUYARLI BAKIMIN İLK ADIMI OLDUĞUNU BİLİN,
- TOPLULUĞUNUZDA YAYGIN OLAN KÜLTÜRLER HAKKINDA TEMEL BİLGİLER EDİNİN,
- BİREYSEL DEĞERLENDİRMELERDEN BİLGİ ALIN VE DEĞERLENDİRMELERİ ERKENDEN TAMAMLAYIN,
- ANLAMAYA ÇALIŞIN, ASLA VARSAYMAYIN.
- MANEVİYAT, FİZİKSEL, PSİKOLOJİK VE SOSYAL ALANLARIN YANI SIRA YAŞAM KALİTESİNİN DE EŞİT DERECEDE ÖNEMLİ BİR BİLEŞENİDİR. TÜM HEMŞİRELER MANEVİ İHTİYAÇLARI DEĞERLENDİRMELİ VE UYGUN MÜDAHALELERİ SAĞLAMALIDIR.

VAKA ÖRNEĞİ

65 YAŞINDA OLAN OSMAN BEYE, BİR YIL ÖNCE AKCİĞER KANSERİ TEŞHİSİ KONULMUŞTUR. HASTAYA, AİLESİ TARAFINDAN "AKCİĞER HASTALIĞI" OLDUĞU SÖYLENMİŞTİR. HASTALIĞININ AÇIKÇA İLERLEDİĞİ GERÇEĞİNE RAĞMEN, AİLE, TEŞHİS VEYA PROGNOZUNUN KENDİSİNE SÖYLENMEMESİ KONUSUNDA ISRAR ETMEKTEDİR. OSMAN BEY HIZLI BİR ŞEKİLDE KİLO VERMEKTE (ÖNCEKİ İKİ AYDA 20 KİLO) VE ARTAN SIRT AĞRISI VE YUTMA GÜÇLÜĞÜ SORUNLARI YAŞAMAKTADIR. KARISI VE İKİ OĞLU İLE YAŞAYAN OSMAN BEY HERHANGİ BİR DİNİ BAĞLILIĞI REDDETMEKTEDİR. SAĞLIK EKİBİ, OSMAN BEY'İN BAKIMI İLE İLGİLİ KARARLARA TAM OLARAK KATILAMAMASI İLE İLGİLİ BİR TOPLANTI YAPMAYI DÜŞÜNMEKTEDİR.

1) EKİP, TEŞHİS VE PROGNOZ KONULARINDA OSMAN BEY'E NASIL YAKLAŞABİLİR?

- YAKIN ZAMANDA YAPILAN BİR KLİNİK ZİYARETİ SIRASINDA KAPSAMLI BİR FİZİKSEL DEĞERLENDİRME YAPARKEN, HEMŞİRE HASTANIN SIRTININ ÇEŞİTLİ BÖLGELERİNDE YUVARLAK MORLUKLAR GÖZLEMLER. OSMAN BEY'İN HASTALIĞININ İLERLEDİĞİNİ, DAHA ZAYIF HALE GELDİĞİNİ VE YATAKTAN HAREKET EDEMEDİĞİNİ SÖYLER. NASIL HİSSETTİĞİ SORULDUĞUNDA, HER ZAMAN "İYİ" DİYE FISILDAR VE HERHANGİ BİR SEMPTOM VARLIĞINDAN BAHSETMEZ. KARISI MEHTAP HANIM KOCASININ İŞTAHININ AZALMASINDAN KORKAR VE YEMEK YERSE İYİLEŞECEĞİNE VE DAHA ÇOK YEMEK YEMEYİ DENEMESİ GEREKTİĞİNE İNANMAKTADIR. HEMŞİRE, YUMUŞAK YİYECEK VERİLDİĞİNDE YUTMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKEN, ASPİRE ETME RİSKİ OLAN HASTAYI GÖZLEMLEDİKTEN SONRA BU DURUMU ANLAYAMIYOR GİBİ GÖRÜNEN MEHTAP HANIMA DURUMU AÇIKLAR.

EVDE BAKIM HEMŞİRESİ VE SOSYAL HİZMET GÖREVLİSİNİN YAPTIĞI BİR DİĞER EV ZİYARETİ SIRASINDA OĞULLARI DA HAZIR BULUNMAKTADIR. OSMAN BEY MİNİMAL BİLİNÇLİ, ATEŞLİ, TAŞİKARDİK VE TERLİDİR. EN BÜYÜK OĞLU, OSMAN BEY'İ YEMESİ İÇİN CESARETLENDİRMEYE ÇALIŞIR. BABASINI BESLEMENİN OLASI SONUCU VE BABASININ DURUMUNUN CİDDİYETİ HAKKINDA HEMŞİREYİ DİNLEMEYİ REDDEDER. KIZGINLIKLA BABASININ İYİLEŞECEĞİNİ SÖYLER VE ATEŞ İÇİN ANTİBİYOTİK İSTER. HEMŞİREYLE ÖZEL OLARAK KONUŞAN EN KÜÇÜK OĞLU, BABASININ ÖLMEKTE OLDUĞUNU FARKEDEBİLMEKTEDİR. HEMŞİRE, OSMAN BEYİN ÖLÜM SÜRECİ İÇİN GEREKLİ OLAN HAZIRLIKLAR HAKKINDA KONUŞTUĞUNDA, KARISI VE EN BÜYÜK OĞLU SOHBETE KATILMAZ. ERTESİ GÜN AİLE, OSMAN BEYİ HASTANEYE GETİRİR 24 SAAT İÇİNDE HAYATINI KAYBEDER.

12.10.2022

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

ARŞ. GÖR. BETÜL ÇAKMAK

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

- MODÜL-1 Palyatif Bakım Hemşireliği
- MODÜL-2 Ağrı Yönetimi
- MODÜL-3 Semptom Yönetimi
- MODÜL-4 Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar
- MODÜL-5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar
- MODÜL-6 Palyatif Bakımda İletişim
- MODÜL-7 Kayıp, Keder, Yas
- MODÜL-8 Son Saatler

MODÜL-6 PALYATİF BAKIMDA İLETİŞİM

BU EĞİTİM SONUNDA ÖĞRENCİ;

- PALYATİF / YAŞAM SONU BAKIMDA İNTERDİSİPLİNER EKİP, HASTA VE AİLEYLE GERÇEKLEŞTİRİLEN İLETİŞİMİN ÖNEMİNİ TANIMLAR.
- PALYATİF BAKIM ORTAMINDA İLETİŞİMİ ETKİLEYEN ÜÇ FAKTÖRÜ İFADE EDER.
- KÖTÜ HABERLERİN İLETİLMESİNDEKİ ÖNEMLİ FAKTÖRLERİ AÇIKLAR.
- HASTANIN / AİLELERİN SAĞLIK PROFESYONELLERİNDEN BEKLEDİĞİ İLETİŞİM ÖZELLİKLERİNİ BELİRLER.

İLETİŞİME GENEL BAKIŞ

HEMŞİRELER,

- HASTALARA VE AİLELERİNE İLİŞKİN BAKIM HEDEFLERİ OLUŞTURMADA,
- TAMAMLANMASI GEREKEN ÖNEMLİ "GÖREVLERİ" BELİRLEMEDE (ÖRNEĞİN BİR GEZİ, SEVDİKLERİYLE SOHBET VB.),
- BAKIMIN ÖNÜNDEKİ ENGELLERİ TARTIŞMADA (ÖRN. EV, MALİ KONULAR VB.) VE BUNU İNTERDİSİPLİNER EKİBE DOĞRU BİR ŞEKİLDE İLETME AŞAMASINDA İLETİŞİMİ ETKİLİ BİR BİÇİMDE KULLANMAKTADIR.

İLİNÇ MÜFREDATI BAŞLIKLARINDA İLETİŞİMİN KULLANIMI	
Bakımın Yapısı ve Süreci	İnterdisipliner toplantılar, aile görüşmeleri ile bakıma yönelik geliştirmelerin sağlanmasında
Bakımın Fiziksel Yönü	Fiziksel semptomların değerlendirilmesinde, hastaya semptom yönetimine ilişkin eğitimlerin planlanmasında, fiziksel semptomlara ilişkin ekip içi toplantılarda
Bakımın Psikolojik Yönü	Hasta ve bakım vericilerin bakım, tedavi ve diğer faktörlere ilişkin ortak kaygılarının çözümünde
Bakımın Sosyal Yönü	Sosyal destek talebi, ailenin yüzece ilişkin duyduğu rahatsızlıklar, finansal sorunlara ilişkin problemlerin çözümünde iletişim yaklaşımına sosyal kaygılara odaklanarak uygulanması
Bakımın Manevi, Dini ve Varoluşsal Yönü	Ailenin ve bakım vericilerin manevi ihtiyaçlarının değerlendirilerek uygun iletişim yaklaşımlarıyla desteklenmesi, din görevlisinin aile ile iletişimde yer alması
Bakımın Kültürel Yönü	Hasta ve bakım vericilerin kültürel farklılıklarının değerlendirilmesi ve iletişimin kolaylaştırılmasında bu durumun göz önünde bulundurularak sürdürülmesi. (aile üyesi, tercüman desteği)
Yaşam Sonu Bakım	Hastanın yaşam sonu sürecine geçişte fiziksel, psikolojik ve manevi deryeçlerinin iletişim yardımıyla belirlenerek ekip içi birliği yardımıyla değerlendirilmesi, çözülmesi
Bakımın Etik ve Yasal Yönü	Yaşam sonu bakımda ileri direktifler konusuna odaklanılarak tartışılmalı, yaşam sonunda hasta kararlarını etkileyebilecek yasal ve etik başlıklara yönelik tartışılmalı

İLETİŞİM: HASTA / AİLE BEKLENTİSİ BU BELİRSİZLİK VE GEÇİŞ DÖNEMİNDE HEMŞİRELERİN ETKİLİ BİR ŞEKİLDE İLETİŞİM KURMALARINA YARDIMCI OLMAK İÇİN:

- GÜVEN VE ANLAYIŞ OLUŞTURMA ÇABASI İÇİNDE HASTALAR VE AİLELER İLE YAKINLIK KURUN
- DÜRÜST VE DOĞRU OLUN
- DEĞERLER VE HEDEFLER ORTAYA KOYUN
- AİLEYİ VE HASTAYI BİLGİLENDİRİN
- İNTERDİSİPLİNER EKİBİN TAMAMIYLA BİRLİKTE ÇALIŞIN HEM HASTALARIN HEM DE AİLELERİN / BAKICILARIN ENDİŞELERİNİ VE İHTİYAÇLARINI DOĞRULAMAK İÇİN AKTİF BİR ŞEKİLDE DİNLEYİN
- ÖLÜM VE ÖLÜMLE İLGİLİ KONUŞMALAR İÇİN GÜVENLİ, SESSİZ VE ÖZEL BİR YER SAĞLAYIN

NOT: AKILLICA VE HASSAS BİR ŞEKİLDE VERİLEN BİLGİLER, HEM HASTANIN HEM DE AİLENİN SADECE ŞİMDİ DEĞİL, GELECEKTE DE HAREKET ETME YETENEĞİNİ GELİŞTİREBİLİR VE HEMŞİRE / HASTA / AİLE İLİŞKİLERİNİ GÜÇLENDİRİR.

HASTA / AİLE İLE İLETİŞİMDE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI VE FIRSATLARI

- DEVAM EDEN DEĞERLENDİRME YOLUYLA, HASTANIN / AİLENİN NE KADAR BİLGİYE İHTİYACI OLDUĞUNU / BİLMEK İSTEDİĞİNİ BELİRLEYİN.
- İNTERDİSİPLİNER EKİP İLE AİLE TOPLANTILARI BAŞLATIN.
- HASTALIK, AİLE İLİŞKİLERİNİ GÜÇLENDİREBİLİR VE BEKLENMEDİK ŞEKİLLERDE SU YÜZÜNE ÇIKMASINA NEDEN OLABİLECEĞİNİ GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURUN.
- KARARSIZ İLİŞKİLERİ OLAN AİLELER (YANİ, ŞİDDET, İSTİSMAR, BOŞANMA VE AYRILIK), OLUMSUZ DUYGULAR, ÖFKE VE SUÇLULUKLA BAŞ ETMEKTE DAHA ZORLANACAĞINI İLETİŞİMİ ZORLAŞTIRACAĞINI BİLİN.

12.10.2022

ETİK KONULAR: DOĞRU VE ETİK OLARAK DOĞRU BİLGİ SAĞLAMA

BİR HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİ TEDAVİ OLSUN VEYA OLMASIN DEĞERLENDİRMEK İÇİN İLETİŞİM BİR ANAHTARDIR.

- NORMAL YAŞAMA DÖNÜŞ İÇİN TEDAVİ OLSUN YA DA OLMASIN BEKLENTİLER NELERDİR? TEDAVİ BAŞARILI OLURSA HASTANIN YAŞAMASI MUHTEMEL FİZİKSEL, ZİHİNSEL VE SOSYAL EKSİKLİKLER NELERDİR?
- BAKIM SAĞLAYICININ HASTANIN YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRMESİNE ZARAR VEREBİLECEK ÖNYARGILARI VAR MI? HASTANIN ŞU ANKİ VEYA GELECEKTEKİ DURUMU, YAŞAMININ SÜRDÜRÜLMESİ İSTENMEYEN BİR DURUM OLARAK MI DEĞERLENDİRİLECEK?
- TEDAVİDEN VAZGEÇMEK İÇİN HERHANGİ BİR PLANI VAR MI?

İLETİŞİM BARİYERLERİ

- **ÖLÜM KORKUSU** (HEM HASTA HEM DE SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAYICISI PERSPEKTİFİNDEN)
- **TECRÜBE EKSİKLİĞİ** (ÖLÜM VE ÖLÜMLE İLGİLİ KİŞİSEL DENEYİM EKSİKLİĞİ, BU KONUYU TARTIŞMA KONUSUNDAKİ İSTEKSİZLİK)
- **DUYGUDAN KAÇINMA** (AĞLAMAK GİBİ DUYGULARINI İFADE ETME KORKUSU)
- **DUYARSIZLIK** (KÜÇÜMSEME HASTALARA / AİLELERE GÖRÜŞLERİNİ İFADE ETME FIRSATI TANIMAMA)
- **SUÇLULUK DUYGUSU** (HASTAYI İYİLEŞTİREMEME NEDENİYLE SUÇLULUK DUYGUSU, ÖLÜME NEDEN OLMAKTAN SUÇLANMA KORKUSU VEYA SONUCU DEĞİŞTİREMEMEKTEN KAYNAKLANAN ENDİŞE)

- **SORULARIN CEVAPLARINI BİLMEME KORKUSU**
- **HASTA VE / VEYA AİLE KARARLARIYLA ANLAŞMAZLIK**
- **KÜLTÜRÜ VE / VEYA BAKIM HEDEFLERİNİ ANLAMADA YETERSİZLİK** (HASTANIN VE AİLESİNİN YAŞAM SONU HEDEFLERİ, İSTEKLERİ VEYA İHTİYAÇLARI HAKKINDA BİLGİ VE / VEYA ANLAYIŞ EKSİKLİĞİ, HASTALARIN VE AİLELERİN DEĞERLERİNE, KÜLTÜRÜNE VE HEDEFLERİNE SAYGI DUYMAYAN UYGUNSUZ KARARLARIN ALINMASINA YOL AÇABİLİR.)
- **ROL İLİŞKİLERE YÖNELİK ALGI** (HEMŞİRE / HEKİM ROLÜ İLİŞKİLERİNİ ETKİLEYEN KÜLTÜREL NORMLAR)
- **KİŞİSEL KEDER SORUNLARI** (AİLE ÜYESİNİN VEYA EVCİL HAYVANIN KAYBI, EVLİLİK KAYBI.)

DUR VE DÜŞÜN

- ***LİSTELENEN ENGELLERDEN HANGİLERİNİ KLİNİK ORTAMDA EN SIK GÖRÜYORSUNUZ? !!!!!!!***

BAKIM VERİCİ: İHTİYAÇ DEĞERLENDİRMESİNİ BELİRLEYEBİLMEK İÇİN DOĞRU SORULARI SORMAK GEREKLİDİR.

BAKIM VERİCİ ÇOK BÜYÜK BİR YÜK TAŞIR. DİKKAT HER ZAMAN HASTAYA VERİLDİĞİNDEN, BAKIM VERİCİ FİZİKSEL VE PSİKOLOJİK ACIDAN, SOSYAL İZOLASYONDAN VE RUHSAL KAYGIYA YÖNELİK PROBLEMLER YAŞAYABİLİR. ANCAK SAĞLIK PROFESYONELLERİ SIKLIKLA BAKIM VERİCİYİ FARK ETMEDE VEYA DEĞERLENDİRMEKTE BAŞARISIZ OLMAKTADIR.

- BAKIM VERİCİYLE KONUŞMAYA BAŞLADIĞINIZDA ÖNCELİKLE İYİ BİR DİNLEYİCİ OLUN, TANIK OLUN VE DOĞRU SORULARI SORUN
- EVDE NASIL BİR ORTAM OLDUĞUNU ANLATMASINI İSTEYİN. (GÜNLÜK BAKIMINA YARDIMCI OLABİLİR MİSİNİZ?) BAKIM VERİCİ İÇİN TİPİK BİR GÜNÜN NASIL GEÇTİĞİNİ SORUN
- BAKIM VERİCİNİN MESLEĞİ İLE HASTASINA OLAN İHTİYAÇ DUYDUĞU BAKIMI SAĞLAYABİLME DURUMUNU SORGULAYIN. (DIŞ KAYNAKLI YARDIMA İHTİYACINIZ OLACAĞINI MI DÜŞÜNÜYORSUNUZ?)
- SİZİN VEYA AİLENİZİN MALİ OLARAK VEYA SİGORTA KONUSUNDA YARDIMA İHTİYACINIZ VAR MI? İHTİYACINIZ OLURSA NE GİBİ YARDIMLAR MEVCUT?
- HASTALIKLA İLGİLİ NE TÜR KORKULARI / ENDİŞELERİ VAR?
- AİLEN İÇİN NE UMUYOR
- DESTEK SİSTEMLERİ VAR MI?

SÖZLÜ VE SÖZSÜZ İLETİŞİM

- İLETİŞİM SÖZLÜ VE SÖZLÜ OLMAYAN MESAJLARI İÇERİR. İLETİŞİMİN YÜZDE SEKSENİ (% 80) SÖZLÜ DEĞİLDİR.
  - BEDEN DİLİ (EĞİLME, DİKKAT DAĞITICI HAREKETLERİN OLMAMASI)
  - GÖZ TEMASI (SÜRDÜRMEK)
  - HAREKETLER (BAŞ SALLAMA)
  - SES TONLAMASI
  - FİZİKSEL "KONFOR BÖLGESİ"

KÜLTÜR ETKİSİ

- **HİYERARŞİK YAPI:** SOSYAL GÜÇ İLETİŞİMİ VE KARARLARI YÖNLENDİREBİLİR. SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAYICISI İLE HASTA / AİLE ARASINDA IRK / ETNİK UYUMSUZLUK OLDUĞUNDA, SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAYICI-HASTA İLETİŞİMİ DAHA AZ AÇIKTIR. BU DURUM HASTALARA DAHA AZ SEÇENEK VE DAHA AZ KONTROL VERİLMESİNE NEDEN OLABİLMEKTEDİR.
- **KÜLTÜREL DUYARLILIK:** KÜLTÜREL FARKLILIKLARI BELİRLEYİN (YANI KÜLTÜREL / DİNİ GRUPLAR, ÖLÜMLE İLGİLİ İNANÇLAR, UYGULAMALAR, RİTÜELLER, GELENEKLER) PAYLAŞILAN ANLAYIŞ DAVRANIŞLARI İÇERİSİNDE HASTA / AİLE DENEYİMLERİNE DEĞER VERME

12.10.2022

- **DOĞRU ATMOSFERİ AYARLAYIN** ("GÖZ GÖZE" SEVİYEYE OTURUN. HASTANIN AĞRI KESİCİ İLAÇ VB. İHTİYACI VAR MI SORGULAYIN)
- **HASTANIN KONUŞMAYA İHTİYACI VAR MI / KONUŞMAK İSTİYOR MU?**
- **KONUŞMAYA TEŞVİK EDİN** (BAŞINIZI SALLAMAK, "GÖRÜYORUM" VEYA "BANA DAHA FAZLASINI ANLAT" SON CÜMLELERİNDEN 2-3 KELİMEYİ TEKRARLAYARAK, "… TEŞHİSE ŞOK OLDUNUZ"; "YANI ŞUNU DEMEK İSTİYORSUN…")
- **SESSİZ OLUN** (NE SÖYLENEBİLECEĞİNİ TAHMİN ETMEYİN - DİNLEYİN!)

- **HİSLERİNİ PAYLAŞIN**
- **YANLIŞ ANLAMALARDAN KAÇININ**
- **KONUYU DEĞİŞTİRMEYİN**
- **TAVSİYE VERMEK İÇİN ZAMAN AYIRIN** (MÜMKÜNSE, SORULMADIKÇA TAVSİYE VERMEMEYE ÇALIŞIN "HAKKINDA DÜŞÜNDÜN MÜ …" "BUNU ARKADAŞIM, ANNEM VB. İLE YAŞADIĞIMDA, BUNU YARARLI BULDUM …")
- **HATIRLATMAYI TEŞVİK EDİN** (BIRAKIN ÖYKÜLERİNİ ANLATSINLAR BU, HAYATLARININ ANLAMI OLDUĞUNA DAİR GÜÇLÜ BİR TEMİNATTIR.)
- **MİRAS YARATIN** (NOT DEFTERİ, ÖZEL BİR DURUMDA OKUNMAK ÜZERE BİR MEKTUP BIRAKMA VB.)

EMPATİYİ İFADE ETMEK: HEMŞİRE

- BAŞKALARI İÇİN EMPATİ, SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAHİP OLMASI GEREKEN KRİTİK BİR YETKİNLİKTİR. EMPATİ ÜÇ BOYUT İÇERİR:
  - BAŞKASININ DUYGULARINA KATILMAK (İLİŞKİSEL)
  - DUYGULARI ANLAMAK (BİLİŞSEL)
  - DUYGULARA YANIT VERMEK (İLETİŞİMSEL)

NURSE KISALTMASI, EMPATİNİN TERAPÖTİK BİR ŞEKİLDE NASIL İFADE EDİLEBİLECEĞİNİ GÖSTERİR:

- NAMING (ADLANDIRMA): "İŞİNİZİN BOZULMUŞ GİBİ."
- UNDERSTANDING (ANLAMA): "BU, NE DÜŞÜNDÜĞÜNÜZÜ ANLAMAMA YARDIMCI OLUR." (DİKKAT: HASTALARIN BAHSETTİĞİ HER ŞEYİ ANLADIĞINIZ İZLENİMİNİ BIRAKMAYIN, ÇÜNKÜ ANLAMIYORSUNUZ.)
- RESPECTING (SAYGI DUYMA): "TALİMATLARIMIZI GERÇEKTEN UYGULAMAYA ÇALIŞTIĞINIZI GÖREBİLİYORUM." (BU, OYUN OYNAMAK İÇİN BİR FIRSATTIR.)
- SUPPORTING (DESTEKLEYİCİ): "İHTİYACINIZ OLAN ŞEYE SAHİP OLDUĞUNUZDAN EMİN OLMAK İÇİN ELİMDEN GELENİ YAPACAĞIM." (BU İFADE, YARDIM İSTME İSTEĞİNİZİ GÖSTERİR.)
- EXPLORING (KEŞFETME): "BUNU SÖYLEDİĞİNİZDE NE DEMEK İSTEDİĞİNİ HAKKINDA DAHA FAZLA ŞEY SÖYLEYEBİLİR MİSİN…"

"ÖZÜR DİLERİM" VE "KEŞKE"

- HASTALAR KÖTÜ BİR HABER ALDIKLARINDA, DUYDUKLARI VE BU HABERE KARŞI DAYANIKLI OLMAYA ÇALIŞTIKLARI İÇİN ONLARA ÖFKE DUYUYORUZ.
- HASTA VE AİLELER MESAFELİ OLMA, AÇIMA VEYA HERHANGİ BİR OLUMSUZ SONUCUN SORUMLULUĞUNU ÜSTLENDİĞİMİZ ŞEKLİNDE YANLIŞ YORUMLANABİLME İHTİMALİ OLDUĞUNDAN "ÖZÜR DİLERİM" KELİMESİNİ KULLANIRKEN DİKKATLİ OLUN.
- "KEŞKE" İFADELERİNİN "ÖZÜR DİLERİM" İFADESİNDEN ÇOK FARKLI BİR ÇAĞRIŞIMI VARDIR. "KEŞKE" EMPATİYİ İFADE EDER, ANCAK AYNI ZAMANDA HASTALIĞI TEDAVİ ETMENİN SINIRLARI OLDUĞUNU DA GÖSTERİR. BUNU SÖYLEMENİN BİR YOLU;
- "HASTALIĞINIZ İÇİN GERÇEKTEN DAHA İYİ TEDAVİLERİMİZ OLMASINI DİLERDİM."
- "KEŞKE BU BİLGİYİ SANA VERMEK ZORUNDA OLMAYAYDIM."

EKİP İÇİ İLETİŞİM

- SON DÖNEM HASTALARINA HER GÜN BAKIM VERMEK ZORDUR VE FAZLA MESAİLER, HEM FİZİKSEL HEM DE PSİKOLOJİK OLARAK YORGUNLUĞA NEDEN OLABİLİR.
- LİDER HEMŞİRELER BUNUN FARKINDA OLMALI VE KENDİLERİNİ ÇALIŞANLARINA LİDERLİK YAPMAYA VE ONLARI TEŞVİK ETMEYE ADAMALIDIR.
- BU, PERSONELİNİZİN BÜYÜMEYE DEVAM ETMESİ VE BUNA KARŞILIK HASTALAR VE AİLELERİNE DAHA İYİ BAKIM SAĞLAMALARI İÇİN ÖNEMLİ BİR FAKTÖRDÜR.

EKİP İÇİ İLETİŞİM HAYATİ ÖNEM TAŞIR ;

- DİSİPLİNLER ARASI EKİBİN HEDEFLERİ HASTANIN / AİLENİN HEDEFLERİ İLE TUTARLI OLMALIDIR.
- EKİP ÜYELERİ ARASINDAKİ İLETİŞİM GÜNLÜK OLARAK GERÇEKLEŞMELİDİR.
- HEMŞİRE VE HEKİM ARASINDAKİ İLETİŞİM KRİTİKTİR.
- DÜZENLİ OLARAK PLANLANAN EKİP TOPLANTILARI, MÜKEMMEL İLETİŞİM GERÇEKLEŞTİRMEK İÇİN UYGUN BİR ARAÇTIR.(HASTAYA, AİLEYE VE EKİBE FAYDA SAĞLAR.)

EKİP İÇİ ÇATIŞMALAR OLASIDIR

- BİR HASTAYA BİRDEN FAZLA KİŞİ BAKIYORSA, HER ZAMAN ANLAŞMAZLIKLAR VE OLASI ÇATIŞMALAR OLACAKTIR.
- HEMŞİRELER PALYATİF BAKIM HİZMETLERİYLE İLGİLENMEYEN VEYA FARKINDA OLMAYAN DOKTORLARLA İLETİŞİM KURDUKLARINDA BU SÜREÇİ YÖNETMEK KOLAY OLMAYABİLİR. BU KONUŞMALARA YARDIMCI OLMAK İÇİN:
- HEKİMLERİN HASTALARIYLA OLAN İLİŞKİLERİ DESTEKLENMELİDİR. "DOKTORU OLARAK ONA VERDİĞİNİZ BAKIMIN SÜREKLİLİĞİ, HASTAMIZ İÇİN NE DE BÜYÜK BİR İYİLİK."
- DOKTORLAR İLE HER ZAMAN ÇOK PROFESYONEL BİR İLİŞKİ SÜRDÜRÜLMELİDİR. (BU KURALIN İSTİSNASI YOKTUR) AİLE SINIRLENİLMEMELİDİR. (HEKİM SAYGISIZ VE / VEYA NAHOŞ OLSA BİLE
- SORU SORMA NEDENLERİNİZ KONUSUNDA NET OLUN.
- PALYATİF BAKIM HİZMETİ İÇİNDE NELER YAPABİLECEĞİNİ AÇIKÇA BELİRTİN. ÖRNEĞİN: "AĞRI VE SEMPTOM YÖNETİMİNE ODAKLANACAĞIZ. SİZİNLE ÇALIŞACAĞIZ VE TÜM ÖNERİLERİMİZİ DOĞRUDAN SİZE İLETECEĞİZ."

12.10.2022

AİLE TOPLANTILARI

- TOPLANTININ AMACI, TÜM YAŞAM SONU BAKIM SORUNLARI VE KARAR VERME İLE İLGİLİ İLETİŞİMİ GELİŞTİRMEKTİR.
- TOPLANTININ AMACI, BAKIMIN HEDEFLERİNİ TARTIŞMAK VE BAKIM PLANLAMASINI İLERLETMEK, TUTARLI BİLGİ SAĞLAMAK, UYUMSUZLUK ALANLARINI VE DİĞER STRATEJİLERİ BELİRLEMEK ÖNEMLİDİR.
- HASTA MÜMKÜNSE / İLGİLENİYORSA, O DA KATILABİLİR.
- AİLE TOPLANTISI, AİLE ÜYELERİNİN YANI SIRA, UYGUN ŞEKİLDE HASTANIN BAKIMINA KATILAN DİSİPLİNLER ARASI EKİBİN DİĞER ÜYELERİNİN BİR ARAYA GELMESİNİ SAĞLAYABİLİR.

AİLE TOPLANTISININ ETKİNLİĞİNİ ARTTIRMAYA YÖNELİK ÖNERİLER

HAZIRLIK

- TIBBİ SORUNLARIN VE ORTAYA ÇIKMIŞ BİLGİLERİN KONTROLÜ
- BULUŞMANIN HEDEFLERİNİN BELİRLENMESİ
- HANGİ AİLE ÜYELERİNİN TOPLANTIDA BULUNACAĞININ BELİRLENMESİ.
- HERKESİ İÇİN OTURACAK YERİ OLAN ÖZEL, SESSİZ BİR YERİN AYARLANMASI.
- DİKKAT DAĞITICI UNSURLARI EN AZA İNDİRİLMESİ

BAŞLANGIÇ

- TOPLANTIYI AÇILMASI VE KATILAN HERKESİ TANITILMASI.
- TIBBİ DURUMUN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ.
- TOPLANTININ GENEL HEDEFİNİN BELİRLENMESİ "BUGÜN HERKESİN (HASTANIN) NE YAPTIĞINI YA DA YAPILDIĞINI ANLADIĞINDAN VE SAHİP OLDUĞUNUZ TÜM SORULARI YANITLANDIĞINDAN EMİN OLMAK İSTİYORUM" VEYA "TARTIŞMAK İÇİN BUGÜN SİZLERLE BULUŞMAK İSTEDİK."
- TOPLANTININ HEDEFLERİNDİ AİLENİN İSTEKLERİNE GÖRE DEĞİŞMESİNE HAZIRLIKLI OLUNMASI GEREKİR.

HASTA VE AİLE DEĞERİ VE HEDEFLERİNİN ORTAYA ÇIKARILMASI

- "NELER OLUP BİTTİĞİNE BAKILIRSA, (HASTA) İÇİN AMAÇ VE İSTEKLERİNİZ NELERDİR?" GİBİ AÇIK UÇLU BİR SORUYLA BAŞLAYIN. BUNU AİLE İÇİN DAHA SPESİFİK ÖNERİLER İZLEYEBİLİR. "BAZEN EVE GİTMEK BİRİLERİ İÇİN ÖNEMLİ BİR HEDEFTİR. BAZEN BELİRLİ BİR AİLE ÜYESİNİ VEYA ARKADAŞINI GÖRMEK ÖNEMLİ BİR HEDEFTİR. BUNA BENZER (HASTA) İÇİN ÖNEMLİ OLDUĞUNU DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ ŞEYLER VAR MI?"
- YAŞAM SONU BAKIMI ÜZERİNDEKİ ETNİK VE KÜLTÜREL ETKİLERİ ŞU SORUYU SORARAK ANLAYIN: "EN İYİSİNİ ALMAK İÇİN (HASTANIN) İNANÇLARI VE UYGULAMALARI HAKKINDA BİLMEM GEREKENLERİ ANLAMAMA YARDIM EDER MİSİNİZ? (HASTANIN) BAKIMI?"
- HASTANIN BAKIŞ AÇILARINA ODAKLANILMALIDIR. GENELLİKLE BU, AİLE ÜYELERİNİN KARAR VERİRKEN HİSSETTİKLERİ SUÇLULUK DUYGUSUNU HAFİFLETMEYE YARDIMCI OLABİLİR. BU TÜR SORULAR ŞUNLARI İÇEREBİLİR. "SİZ (HASTAYIN) BU DURUMDA NE YAPACAĞINI VEYA İSTEYECEĞİNİ DÜŞÜNDÜĞÜNÜZÜ?" VEYA "AMACIMIZ, HASTAMIZIN NE İSTEYECEĞİNİ ANLAMAK İÇİN ONUN HAKKINDAKİ BİLGİNİZDEN YARARLANMAKTIR."

ALINMASI GEREKEN KARARLARA İLİŞKİN ORTAK SONUÇLARA ULAŞMA

- SORUNLAR HAKKINDA ORTAK BİR ANLAYIŞ KAZANIN.
- HASTANIN, "(HASTA) BÖYLE BİR DURUMDA NE İSTEYİP İSTEMEDİĞİNİ HİÇ TARTIŞMIŞ MIYDI?" DİYE SORARAK BİLİNEN KARARLA İLGİLİ HASTANIN DİLEKLERİNİ YERİNE GETİRİP GETİRMEDİĞİNİZİN ÖĞRENİLMESİ ÖNEMLİDİR.
- ALDIĞIN SONUCUN HASTANIN EN YÜKSEK YARARINA OLAN BİR KARAR OLDUĞUNA DAİR GERİ BİLDİRİMLERDE BULUNULMALIDIR.
- AÇIK UÇLU DEĞERLENDİRMELERLE BAŞLAYARAK, GEREKİRSE ÖZEL MÜDAHALELER KULLANILMALIDIR. ÖRNEĞİN, "TIBBİ DURUMUNU GÖZDEN GEÇİRDİĞİMİZDE VE BİZE (HASTANIN) HEDEFLERİ HAKKINDA SÖYLEDİKLERİNİZİ GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK, EVE GİTMEMENİZİ TAVSİYE EDERİM." DİYEREK HASTA VE AİLE HEDEFLERİNE DAYALI NET ÖNERİLER SUNUN. "

- MÜMKÜN OLDUĞUNDA, KARAR İÇİN DAHA FAZLA BİLGİYE İHTİYAÇ DUYULDUĞUNDA FİKİR BİRLİĞİNE VARILMASINI GEREKTİĞİNİ BİLDİREN GERİ BİLDİRİMLERDE BULUNUN. "(HASTANIN) BESLENMEYE ENTERAL OLARAK DEVAM EDEMEYECEĞİNİ GÖSTEREN SONUÇLARI SİZLERE SUNDUK. HERKES HASTANIN DURUMUNU BÖYLE MI ANLIYOR? "
- KARARI BİR "TERAPOTİK DENEME" OLARAK VEYA YALNIZCA AİLE ONAYI GEREKTİREN BİR SAĞLIK EKİBİ TAVSİYESİ OLARAK GÖRME OLASILIKLARINI DÜŞÜNÜN.
- " ..... KARARINI VERDİĞİMİZİ HERKESİN NET OLARAK ANLADIĞINDAN EMİN OLMAK İSTİYORUM ."

KAPANIŞ

- TARTIŞILAN KONULARIN KISA BİR ÖZETİ SUNULMALIDIR.
- SON SORULAR SORULMALIDIR.
- AİLEYE BİR MİNNETTARLIK VE SAYGI BEYANI SUNULMALIDIR. "BUNUN NE KADAR ZOR OLDUĞUNU BİLİYOR VE SİZLERİ TAKDİR EDİYORUM "HERKESE BURADA OLDUĞU İÇİN TEŞEKKÜR ETMEK İSTİYORUM HASTA İÇİN ZOR KARARLARIN ALINMASINDA SİZLER DE ÇOK YARDIMCI OLUYORSUNUZ. "
- BİR SONRAKİ AİLE TOPLANTISI İÇİN PLANLAMALAR VE SAĞLIK EKİBİYLE NASIL İLETİŞİME GEÇİLECEĞİNİ İÇEREN NET BİR UYGULAMA PLANI YAPILIR.

AİLE TOPLANTISINDA KÖTÜ HABER VERME

- AİLE TOPLANTILARI SIRASINDA KÖTÜ HABERİ VERMENİN ÖNÜNDEKİ ENGELLER ŞUNLARDIR:
- SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAYICILARININ BİLGİ VE DENEYİM EKSİKLİĞİ
- HASTAYI BÜTÜNSEL OLARAK GÖRMEMEK
- AİLENİN SEVDİKLERİNİN DÜŞÜŞÜNÜ TARTIŞMA / KABUL ETME KONUSUNDAKİ İSTEKSİZLİĞİ
- AİLEYLE İLETİŞİM KURULAMIYOR
- GİZLİLİK EKSİKLİĞİ
- ZAMAN EKSİKLİĞİ
- KÜLTÜREL FARKLILIKLAR
- DİL ZORLUKLARI

12.10.2022

SONUÇ OLARAK;

- İLETİŞİM SÜRECİ KARMAŞIKTIR.
- TEMEL AMAÇ, HASTANIN İSTEKLERİNİ SAVUNMAKTIR.
- HASTALAR VE AİLELERİ SÜREÇ BOYUNCA İLETİŞİME DAHİL EDİLMELİDİR.
- EKİP ÜYELERİNİN ETKİN BİR ÜYESİ OLAN HEMŞİRELER, HASTALAR VE AİLE ARASINDAKİ İLETİŞİMİ TEŞVİK ETMEK İÇİN OLDUKÇA ÖNEMLİDİR.

UNUTULMAMALIDIR Kİ,

- SEN BİR SAVUNUCUSUN. HER ZAMAN HASTAYI VE AİLESİNİN ÇIKARLARINI EN İYİ ŞEKİLDE GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURMALISIN.
- HEMŞİRE VE HEKİMLER YETERLİ İLETİŞİM KURMADIĞINDA ACI ÇEKEN HASTADIR. OLUMSUZ VEYA YIKICI HEKİM / HEMŞİRE İLİŞKİLERİ, OLUMSUZ SONUÇLARLA KARAKTERİZE HALİNE GELMEKTEDİR.
- YETENEKLİ İLETİŞİM VE GERÇEK İŞ BİRLİĞİNİN SAĞLANMASI, HASTA SAVUNUCULUĞUNU VE GÜVENLİĞİNİ SAĞLAMAK İÇİN TEMEL BAKIM STANDARTLARIDIR.

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM. ŞİMDİ KISA BİR MOLA VERİP MODÜL-7'E GEÇELİM



YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

ARŞ. GÖR. BETÜL ÇAKMAK

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

- MODÜL-1 Palyatif Bakım Hemşireliği
- MODÜL-2 Ağrı Yönetimi
- MODÜL-3 Semptom Yönetimi
- MODÜL-4 Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar
- MODÜL-5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar
- MODÜL-6 Palyatif Bakımda İletişim
- MODÜL-7 Kayıp, Keder, Yas
- MODÜL-8 Son Saatler

MODÜL-7 KAYIP, KEDER, YAS

BU EĞİTİM SONUNDA ÖĞRENCİ;

- KAYIP, KEDER, YAS VE TUTMA KAVRAMLARINI TANIMLAR,
- KEDER TÜRLERİ ARASINDAKİ AYRIMI YAPAR,
- KEDER/YAS SÜRECİNDE HEMŞİRENİN GÖREVLERİNİ TANIMLAR,
- KEDERİ KOLAYLAŞTIRMAK İÇİN UYGUN OLABİLECEK MÜDAHALELERİ SIRALAR,
- ÖLÜM FARKINDALIĞINI TANIMLAR,
- HEMŞİRENİN BAŞ ETME SÜRECİNDE YARDIMCI OLABİLMESİ İÇİN ERİŞEBİLECEĞİ DESTEK SİSTEMLERİNİ TANIMLAR.

12.10.2022

TANIMLAR

- **KAYIP;** SAHİP OLUNAN BİR ŞEYİN OLMAMASI OLARAK TANIMLANIR. BİR ÖLÜMDEN SONRA HAYATTA KALAN, SEVDİĞİ KİŞİYİ KAYBEDER. ÇOĞU KAYIP, YAS VE KEDERİ VE BUNA EŞLİK EDEN DUYGULARI, DAVRANIŞLARI VE KAYBA VERİLEN TEPKİLERİ TETİKLEYEBİLMEKTEDİR. HASTALAR (SAĞLIK KAYBI, MALİ GÜVENLİK, UYUŞT PARÇALARININ KAYBI VB.), AİLE ÜYELERİ VE HAYATTA KALANLARIN TÜMÜ KAYIP YAŞARLAR.
- **KEDER;** BİR KAYBA VERİLEN DUYGUSAL TEPKİDİR. KEDER, BİR BİREYİN GERÇEK, ALGILANAN VEYA BEKLENEN KAYIPLARA VERDİĞİ KİŞİSELLEŞTİRİLMİŞ DUYGU VE TEPKİLERİDİR. KEDERLE İLİŞKİLİ DUYGULAR DOĞRUDAN BAŞKALARI TARAFINDAN HİSSEDİLEMEZ, ANCAK KEDER VE İLGİLİ DAVRANIŞLARA VERİLEN TEPKİLER, HEMŞİRE TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLEBİLİR. BU DUYGULAR ÖFKE, HAYAL KIRIKLIĞI, YALNIZLIK, UZUNTU, SUÇLULUK, PİŞMANLIK, HUZUR VB. DUYGULARI İÇERMEKTEDİR.

- **YAS;** DEĞİŞKEN BİR SÜRE BOYUNCA, OLAĞAN KİŞİNİN RUTİN FAALİYETLERİNDEN UZAKLAŞMASIDIR. YAS, BELİRLİ HAK VE YÜKÜMLÜLÜKLERLE BİRLİKTE GELİR (ÖRNEĞİN, CENAZE HAZIRLIĞI, ÖLEN KİŞİNİN DÜNYEVİ MALLARININ DAĞITILMASI / ELDEN ÇIKARILMASI VE BİR VASİYETTE BELİRTİLEN DİĞER AYRINTILAR VB.)
- **MATEM;** BİR KAYIP / ÖLÜMÜN DIŞSAL, SOSYAL İFADESİDİR. BİR KAYBIN NASIL DIŞA VURULACAĞI, KÜLTÜREL NORMLAR, GELENEKLER VE RİTÜELLER VE GELENEKLER DE DAHİL OLMAK ÜZERE OLAN UYGULAMALARI KAPSAR. EDİLEBİLİR. AYNI ZAMANDA, YASLI BİR KİŞİNİN KAYBI DEVAM EDEN YAŞAMINA ENTEGRE ETME SÜRECİNİ DE İÇERİR.

KEDER TİPLERİ

- **ÖNGÖRÜLEN (BEKLENEN KEDER);** AKUT VE KRONİK HASTALIK TEŞHİSİ VEYA ÖLÜMCÜL HASTALIKLARLA İLİŞKİLİ BEKLENEN VE GERÇEK KAYIPLARIN GELİŞİMİNİ İÇERİR. ÖNGÖRÜLÜ KEDER, YAŞAMA SÜRECİ KAYBIN KABUL EDİLMESİ VE SONRASINA HAZIRLANMA, BİTİRMEMİŞ İŞLERİ BİTİRMEK, ÖMRÜ GÖZDEN GEÇİRME VE ÇATIŞMALARI ÇÖZMEK İÇİN BİREYLERE FIRSATLAR YARATIR. HAYATTA KALAN İÇİN, İLERİYE DÖNÜK YAS, ROL DEĞİŞİKLİĞİ İÇİN HAZIRLIK, FATURA ÖDEME GİBİ YAŞAM BECERİLERİNDE USTALAŞMA VE BANKA HESAPLARININ NASIL YÖNETİLECEĞİNİ ÖĞRENME DAHİL OLMAK ÜZERE ÖLMEDEN HAYATA HAZIRLANMAK İÇİN ZAMAN SAĞLAR.
- **NORMAL KEDER;** BİR KAYIP KARŞISINDA FİZİKSEL, PSİKOLOJİK, BİLİŞSEL VE DAVRANIŞSAL OLARAK VERİLEN TEPKİLERİ TANIMLAR.

KARMAŞIK KEDER

- **KRONİK KEDER;** BİREYİN NORMAL YAS TEPKİLERİ AZALMAMASI VE ÇOK UZUN SÜRELER BOYUNCA DEVAM ETME DURUMU.
- **GECİKMİŞ KEDER;** BASTIRILAN VEYA ERTELENEN NORMAL YAS REAKSİYONLARI OLUP HAYATTA KALAN KİŞİNİN BİLİNÇLİ YA DA BİLİNÇSİZ OLARAK KAYBIN ACISINDAN KAÇINMASI DURUMUDUR.
- **ABARTILI KEDER;** HAYATTA KALANIN KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞLAR VE İNTİHAR GİRİŞİMLERİNDE BULUNMASIDIR.
- **MASKELENMİŞ KEDER;** HAYATTA KALAN BİREYİN, NORMAL YAŞAMININ İŞLEYİŞİNE MÜDAHALE EDEN DAVRANIŞLARIN KAYBININ SONUCUNDA GELİŞTİĞİNİN FARKINDA OLMAMASIDIR.

KAYIP, KEDER VE YAS GENEL BAKIŞ

- KAYIP, KEDER VE YAS SÜRECİ, HASTA, AİLE VE HEMŞİRE TARAFINDAN YAŞANIR VE HER BİRİ KENDİ AÇISINDAN:
- BİREYSEL BAŞ ETME BECERİLERİNİ KULLANIRLAR
- KENDİ KÜLTÜREL NORMLARINA, İNANÇ SİSTEMLERİNE, UYGUN OLARAK KEDER, KAYIP VE YAS İLE İLGİLİ YAŞAM DENEYİMLERİNİ GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK SÜRECİ YÖNETİRLER.
- HEMŞİRELER, HASTANIN VE YAKINLARININ YAS SÜRECİNİ KOLAYLAŞTIRMAK İÇİN DİSİPLİNLER ARASI EKİP YAKLAŞIMINI (SOSYAL HİZMET UZMANLARI, DİN GÖREVLİLERİ, GÖNÜLLÜLER, YAS VE YAS DANIŞMANLARI, DOKTORLAR) KULLANMALIDIR. HER DİSİPLİN, FARKLI YÖNLERİYLE ÖLÜME İLİŞKİN BAKIM PLANINA KATKIDA BULUNABİLİR.

YAŞAMI TEHDİT EDEN HASTALIĞIN, SOSYAL İYİLİK DURUMU ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

- HASTANIN KENDİNİ İYİ HİSSETMEMESİ, SAÇ DÖKÜLMESİ, KİLO KAYBI, ARKADAŞLARIYLA KENDİ DURUMU HAKKINDA NE KONUŞACAĞINI BİLEMEME DURUMU SOSYAL İZOLASYON İLE SONUÇLANIR.
- AYRICA, EĞİTİM SÜRECİNİN DEVAMI, İŞ YAŞAMINDA TERFİ İÇİN UMUDU, SEYAHAT ETME, ÇOCUK SAHİBİ OLMA VEYA AİLESİYLE DAHA ÇOK BİRLİKTE OLMASI İHTİMALLERİNİN GERÇEKLEŞMEYECEK OLMASI YİNE HASTANIN SOSYAL İYİLİK DURUMUNU OLUMSUZ OLARAK ETKİLER.

YAŞAMI TEHDİT EDEN HASTALIĞIN, CİNSELLİK YAŞAMI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

- HASTALIK BOYUNCA DENEYİMLENEN HER AŞAMA HEM CİNSELLİĞİ HEM DE CİNSEL İŞLEVİ ETKİLEYİSE DE CİNSELLİK, NADİREN "TIBBİ BİR SORUN" OLARAK KABUL EDİLMEKTE VE DEĞERLENDİRİLMEKTEDİR. CİNSELLİK VE YAKINLIK KURMA İLE İLGİLİ BİRÇOK FİZİKSEL DEĞİŞİKLİKLE BAŞA ÇIKAMAMA, ÇEKİLEN ACIYI ŞİDDETLENDİREBİLİR VE İZOLASYON/UZAK DURMAYI TEŞVİK EDEBİLİR.
- HASTALIĞINIZ CİNSELLİĞİNİZİ VE YAKINLIK KURMANIZI NASIL ETKİLEDİ?
- HASTALAR ÖLÜME YAKLAŞTIKÇA, DAHA YORGUN HALE GELİRLER VE ARZUSUZ OLURLAR. FİZİKSEL SEMPTOMLAR CİNSEL PAYLAŞIMLARI ENGELLEYEBİLİR. ANCAK HASTALAR YİNE DE ARKADAŞLARI VE AİLELERİ İLE YAKIN OLMAK İSTERLER. BİR ÇALIŞMADA, PALYATİF BAKIM ÜNİTESİNE BAŞVURAN 65 HASTANIN %86'SI, CİNSELLİĞİN KENDİLERİ İÇİN ÇOK ÖNEMLİ OLDUĞUNU VE BİLGİLİ BİR KLİNİSYEN İLE KONUŞMAK İSTEDİKLERİNİ BELİRTMİŞLERDİR.
- SAĞLIK EKİBİNİN, BİR HASTA HAYATININ SON GÜNLERİNE/ HAFTALARINA GİRMEDEN ÇOK ÖNCE, CİNSEL ÖYKÜSÜ HAKKINDA BİLGİ ELDE ETMİŞ OLMASI GEREKİR ÇÜNKÜ CİNSELLİK VE YAKINLIK, YAŞAM KALİTESİNİN TEMEL BİLEŞENLERİDİR. HAYATININ SONUNA YAKLAŞAN HASTANIN CİNSEL İFADE VE YAKINLIK ARZUSU GÖZ ARDI EDİLMEMELİDİR.

YAS/KEDER SÜRECİNDE AİLEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

- KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ
- BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ
- ÖLEN KİŞİYLE OLAN İLİŞKİLER
- YAŞ (HAYATTA KALAN VE ÖLEN)
- İLİŞKİNİN DOĞASI (ÇELİŞEN, HAYRANLIK UYANDIRAN, CANA YAKIN)
- MALİ KAZANÇ DURUMU

12.10.2022

- DİNİ / MANEVİ İNANÇ SİSTEMİ (ROSA, 2019; TAYLOR, 2019)
- ÖLÜM TÜRÜ
- ANİ
- UZUN, KRONİK HASTALIKTAN
- İNTİHAR
- ETNİK KÖKEN, KÜLTÜREL GELENEKLER VE RİTÜELLER
- FARKLI KÜLTÜRLERDEKİ RİTÜELLER VE YAS UYGULAMALARI ARASINDA YAS DENEYİMİ İÇİN BİR BAĞLAM SAĞLAYAN FARKLILIKLAR VARDIR.

HEM HASTALARIN HEM DE AİLELERİNİN HASTALIK SÜRECİ BOYUNCA YAŞADIĞI ÇEŞİTLİ BOYUTLAR VARDIR. BUNLAR DOĞRUSAL BİR BİÇİMDE GERÇEKLEŞMEZ; DAHA ZİYADE BİRBİRLERİYLE İLİŞKİLİDİRLER VE BİRBİRLERİYLE AYRILMAZ BİR ŞEKİLDE BAĞLANTILIDIRLAR.

- **YENİDEN TANIMLAMA:** HASTALAR VE AİLELERİ İÇİN "ESKİDEN" NEYSE "ŞİMDİ NE OLDUĞU" DURUMUNA GEÇİŞ
- **YÜKLENME:** HASTALAR AMAÇ EKSİKLİĞİ YAŞAYIP DAHA BAĞIMLI HALE GELDİKLERİNDE, AİLELERİNE FİZİKSEL, MALİ DUYGUSAL, SOSYAL VE RUHSAL OLARAK BİR YÜK OLDUKLARINI HİSSEDERLİLER. YİNE DE AİLELER SEVDİKLERİNİ SAĞLADIKLARI İLGİNİN BİR ZAMAN BİR YÜK OLDUĞUNU DÜŞÜNMELER, BU DURUM DAHA ÇOK "SEVDİĞİNİZ BİRİ İÇİN YAPTIĞINIZ BİR ŞEY" HALİNE GELİR.
- **PARADOKSLA MÜCADELE:** HASTALAR YAŞADIKLARI VE ÖLMEKTE OLDUKLARI GERÇEĞİYLE MÜCADELE EDERLER. "BEN KANSERLE YAŞIYORUM AMA AYNI ZAMANDA KANSERDEN ÖLÜYORUM," YAŞAMAK İSTİYORLAR AMA HAYATTA KALAMAYACAKLARINI DA BİLİYORLAR. ELLER DE SEVDİKLERİNİ BARIM SAĞLAMAK İSTERLER AMA AYNI ZAMANDA "NORMAL BİR HAYAT" DA SÜRMEK İSTERLER.

- **DEĞİŞİMLE MÜCADELE ETMEK:** HASTALAR VE AİLELERİ ROLLERİNİ, SOSYALLEŞMEYİ VE ÇALIŞMA MODELLERİNİ VB. DEĞİŞTİRİRLER. SAHİP OLDUKLARI HAYATIN YAKINDA YOK OLACAĞINI BİLİRLER.
- **ANLAM ARAMAK:** HASTALAR İÇE DOĞRU YOLCULUK YAPMA, MANEVİ DERİNLEMESİNE DÜŞÜNME VE ÖNEMLİ AİLE VE ARKADAŞLARLA DAHA FAZLA BAĞLANTI KURMA EĞİLİMİNDEDİR. AİLE ÜYELERİ DE ANLAM ARAYACAKLAR YA DA SADECE DURUMA TAHAMMÜL EDECEKLER.
- **GÜNDEN GÜNE YAŞAMAK:** HASTALIĞINDA ANLAM BULAN HASTALAR, HER GÜNÜ DAHA OLUMLU BİR TAVIRLA YAŞAMAK İÇİN DAHA DONANIMLIDIRLAR. "ELİNDEN GELENİN EN İYİSİNİ YAPMAYA" BAKAN AİLE, SEVDİKLERİYLE KALAN SINIRLI SÜRENİN TADINI ÇIKARMAK İÇİN ÇABA GÖSTERİR.
- **ÖLÜME HAZIRLIK:** HASTALAR BİR MİRAS BIRAKMAK İSTER. EŞ / AİLE, SEVDİKLERİNİN HER İHTİYACINI KARŞILAMAK İSTERLER.

BAKIM VERİCİLER YAS/ KEDERLİYKEN GERÇEKTEN NE İSTERLER?

- ✓ SEVDİKLERİNİN DİLEKLERİNİN YERİNE GETİRİLDİĞİNİ BİLMEK
- ✓ KARAR VERME SÜRECİNE DAHİL EDİLMEK
- ✓ DESTEK / PRATİK YARDIM İSTERLER. (DESTEK SİSTEMLERİNİN HAREKETE GEÇİRİLMESİ)
- ✓ DÜRÜST KONUŞMAK
- ✓ DİNLENMEK
- ✓ "İYİ" VE ŞEFKATLİ BİR BAKIM VERİCİ OLARAK HATIRLANMAK
- ✓ SEVDİKLERİ İÇİN YAPABİLECEKLERİ HER ŞEYİ YAPTIKLARINDAN EMİN OLMAK.

- KEDER BİR SÜREÇ OLUP YASIN BASTIRILMASINA VERİLEN YANITTIR. KAYBI BEKLEDİKLERİ VE DENEYİMLEDİKLERİ İÇİN HASTA VE HAYATTA KALAN İÇİN ÖLÜMDEN ÖNCE BAŞLAR. YAS SÜRECİ HER ZAMAN DÜZENLİ VE ÖNGÖRÜLEBİLİR OLARAK GERÇEKLEŞMEZ
- KAYBIN ACISI DAYANILMAZDIR VE BU SÜREÇTE DUYGUSAL SALINIM NORMALDİR. KEDER ÖNLENEMEZ, NORMAL VE GEREKLİ BİR DENEYİMDİR.
- KEDER VE DEPRESYON ARASINDA AYRIM YAPMAK ZOR OLABİLİR. BU NEDENLE DİKKATLİCE DEĞERLENDİRİLMELİ VE TEDAVİ EDİLMELİDİR. ÜZÜNTÜ DUYGULARI KEDER İLE İLİŞKİLENDİRİLİRKEN, DEPRESYON ÖZ-DEĞER KAYBI İLE İLİŞKİLİDİR. ÜZÜNTÜ VE DEPRESYON ARASINDAKİ FARKI AYIRT ETMEK İÇİN BİR DİYALOĞA NASIL BAŞLARSINIZ?

- "ÜZGÜN MÜSÜN YOKSA DEPRESYONDA MI HİSSEDİYORSUN?"
- MANEVİYAT VE KÜLTÜRÜN DEĞERLENDİRİLMESİNİN, UZLAŞMAYA VE KENDİNE DEĞER VERMEYE, SUÇU ÇÖZMEYE, AFFETMEYİ SAĞLAMAYA VE ALLAH İLE BİR İLİŞKİYİ "DÜZELTMEYE" YARDIMCI OLABİLECEĞİ AÇISINDAN HAYATI ÖNEM TAŞIDIĞINI UNUTMAYIN. !!!!!!!!!!!!!!

YAS/KEDER DEĞERLENDİRMESİ

BEKLENİLEN/ NORMAL YAS, KEDER TEPKİLERİ

- ✓ **FİZİKSEL;** ÇARPINTI HİSSİ, NEFES DARLIĞI, GÜRÜLTÜYE KARŞI DUYARLILIK, ZAYIFLIK, KİLO ALMA, AĞIZ KURULUĞU, ENERJİ AZLIĞI, GASTROINTESTİNEL SİSTEM RAHATSIZLIKLARI, LİBİDO AZLIĞI, İŞTAH ARTIŞI, BAŞ AĞRISI, BAŞ DÖNMESİ, KAS AĞRILARI, UYKUSUZLUK TİTREME.
- ✓ **EMOSYONEL;** RAHATLAMA, ÖZGÜRLEŞME, ÜZÜNTÜ, HASRET DUYMA, KAYGI, KORKU, ÖFKE, SUÇLULUK VE KENDİNİ KINAMA, UTANÇ, YALNIZLIK, ÇARESİZLİK, UMUTSUZLUK, KONTROL KAYBI, ŞOK.
- ✓ **BİLİŞSEL;** DUYARSIZLAŞMA, BİLİNÇ BULANIKLIĞI, KONFÜZYON, KONSANTRE OLAMAMA, YAŞAMDA VE ÖLÜMDE ANLAM ARAMAK, HALÜSİNASYON DENEYİMLERİ
- ✓ **DAVRANIŞSAL;** BOZULMUŞ İŞ PERFORMANSI, AĞLAMA, PARA ÇEKME, ÖLEN KİŞİNİN HATIRALARINDAN KAÇINMAK, ÖLEN KİŞİNİN HATIRLATICILARINI ARAMAK VEYA TAŞIMAK, AŞIRI TEPKİ VERMEK, ÇEVRESİYLE İLİŞKİLERİNİN DEĞİŞMESİ

HEMŞİRELERİN, HAYATTA KALANLAR İÇİN YAS MÜDAHALELERİ SAĞLAMA SORUMLULUKLARI VARDIR. HEMŞİRELER:

- ✓ EŞLİK ETME, AKTİF DİNLEME, DOKUNMA, SESSİZLİK (HEPSİNİN BİR ANLAMI VARDIR.)
- ✓ DESTEK SİSTEMLERİNİ (YANI, GENİŞ AİLE, ARKADAŞLAR VE DESTEK GRUPLARI) BELİRLEMEDE YARDIMCI OLMA,
- ✓ YAS UZMANLARI İLE İŞ BİRLİĞİ VE YÖNLENDİRME,
- ✓ YAS SÜRECİNİN NORMALLEŞMESİNİ SAĞLAMA,
- ✓ YAS SÜRECİNİN KİŞİSELLEŞTİRİLMESİNİ SAĞLAMA,
- ✓ KAYBIN GERÇEKLEŞMESİ VE VEFAT EDEN BİREY OLMADAN YAŞAMANIN KOLAYLAŞTIRILMASINI SAĞLAMALIDIR

12.10.2022

- HEMŞİRELER TARAFINDAN KEDER VE KAYIP YAŞAYANLARA ÇEŞİTLİ DESTEK SEÇENEKLERİ SUNULMALIDIR.
- ✓ ÇEVRİMİÇİ DESTEK
- ✓ BİBLİYOTERAPİ, (KİŞİNİN TERAPİ OLARAK KİTAPLARI, ŞİİRLERİ VB. KULLANDIĞI ETKİLEYİCİ BİR TERAPİDİR)
- ✓ BİREYSEL DANIŞMANLIK, GRUP DESTEĞİ, TOPLUM DESTEĞİ VE RİTÜELLER

KAYBEDİLENLER HAKKINDA KONUŞURKEN YARARSIZ VE FAYDALI YORUMLAR/İFADELER

Yararsız yorum/ifadeler	Faydalı Yorum/İfadeler
Tam olarak nasıl hissettiğini biliyorum.	Bu acı verici süreçten geçtiğinin için üzgünüm.
Nasıl hissettiğini hayal edebiliyorum.	Bunun olduğunu kabul etmek zor olmalı.
Nasıl hissettiğini anlıyorum.	Yas tutmak ve Tanrı'ya ve başkalarına kızmak gerçekten normal değil.
Ben her zaman senin için buradayım, bir şeye ihtiyacın olursa beni ara.	Salı veya Cuma günü akşam yemeği getirebilirim. Hangisi senin için daha iyi olacak?
Şimdiye kadar bitmiş olmalısın. Devam etme zamanın geldi.	Keder zaman alır. Acele etmek için zorlanmış hissetmeyin.
Birlikte çok iyi geçiniriz. Çok yazıksın	Biliyordum _____, bana ondan bahsederdi. Ne kadar süredir birlikteydiniz?
En azından çocuklarımız var.	Bu senin hatan değil. Yapabileceğin her şeyi yaptın.
Geçmişi, başka bir yerle tanışacaksın.	_____ olmadan gelecekte tek başına bakmanın en kötü kısmı ne olurdu?
En azından acısı sona erdi. Şimdi daha iyi bir yerde.	Asla _____ unutmayacaksın, değil mi?
Gerçekten uzun ve dolu bir hayat yaşadı.	Senin için ikiniz değil, değil mi? İlişkinin sürecinde en çok neyi özleyeceksin?
O kaç yaşındaydı?	Senin için çok şey ifade ediyordu.

HEMŞİRELERDE MERHAMET YORGUNLUĞUNUN ÖNLENMESİ

- TEKNOLOJİNİN GELİŞMESİ VE YAŞAMI UZATMA KONUSUNDAKİ İLERLEMELER İLE HEMŞİRELER SIK SIK TIBBİ OLARAK ETKİSİZ/NAFİLE TEDAVİLERE DE TANIK OLURLAR. BU DA HASTALARI İÇİN UZUN SÜRELİ ACILARA VE PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN REDDEDİLMESİNE VE KENDİLERİ İÇİN YOĞUN BİR AHLAKİ SIKINTIYA YOL AÇAR. ÇOĞU ZAMAN, BU DENEYİMLER BİR HEMŞİRENİN HAYAL KIRIKLIĞINA UĞRAMASINA VE "SİSTEMİ" DEĞİŞTİRMEK İÇİN GÜÇSÜZ KALMASINA NEDEN OLUR. BİR ÇOK HEMŞİRE ZAMANLA MERHAMET YORGUNLUĞU YAŞAYACAĞI VE BAZILARI ISE HEMŞİRELİK MESLEĞİNİ BIRAKMAYI SEÇECEĞİ İÇİN HEMŞİRELERİN SIKINTISI VE CESARET KIRICI OLABİLİR.

HEMŞİRELERİN SIKLIKLA TANIK OLDUĞU TIBBİ BAKIMA YÖNELİK ANLAMLI OLMAYAN BAKIM ÖRNEKLERİ:

- PALYATİF BAKIMI REDDEDEN AGRESİF BAKIM,
- VENTİLATÖR / YAŞAM DESTEĞİ, BESLENME, HİDRASYON, BESLENME TÜPÜ, KAN TRANSFÜZYONLARI KEMOTERAPİSİ, DİYALİZİN ÖNERİLMESİ GİBİ ETKİLİ OLMAYACAK VE BOŞUNA BAKIM SAĞLAYACAK GİRİŞİMLER,
- KÖTÜ AĞRI YÖNETİMİ,
- HASTA KARARLARININ İHLALİ OLARAK VERİLEBİLİR.

KÜMÜLATİF KAYIP

- YAŞAMI TEHDİT EDEN HASTALIKLARI OLAN HASTALAR VE AİLELERİ İLE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE SIKLIKLA GÜNLÜK OLARAK YAŞANAN KAYIPLAR DİZİSİDİR.
- ÇOĞU ZAMAN HEMŞİRELER, BİR KAYIP SONRASI BAŞKA BİR KAYIP MEYDANA GELDİĞİNDE ESKİ KAYBA YÖNELİK SÜRECİ YÖNETME İÇİN ZAMANLARI YOKTUR. AMELİYATHANE VEYA ACİL SERVİSTEN BİR HASTANIN, İKİ SAAT ÖNCE YENİ ÖLMUŞ BİR HASTANIN BULUNDUĞU AYNI YATAK VE ODAYA YERLEŞTİRİLMESİ SIKLIKLA YAŞANABİLECEK BİR DURUMDUR. BU HEMŞİRELERİN EKİBİN DİĞER ÜYELERİNE YENİ ÖLEN HASTAYI VE AİLESİNİ HATIRLAMA FIRSATI SAĞLAYAMAZ.

MERHAMET YORGUNLUĞU MU TÜKENMİŞLİK Mİ?

MERHAMET YORGUNLUĞU VE TÜKENMİŞLİK BAZEN BİRBİRLERİNİN YERİNE KULLANILSALAR DA FARKLI KAVRAMLARDIR.

- **MERHAMET YORGUNLUĞU:** KRONİK VE SÜREKLİ BİR FEDAKARLIK HALİ VE / VEYA ZOR DURUMLARA UZUN SÜRE MARUZ KALMA, FİZİKSEL, DUYGUSAL VE RUHSAL REFAHI ETKİLEYEBİLİR. BU BİR KİŞİNİN ACIDAN SEVEMEMESİNE, BESLEYEMEMESİNE, İLGİLENEMEMESİNE VEYA ONUNLA EMPATİ KURAMAMASINA YOL AÇABİLMEKTE, KİŞİSEL İLİŞKİLERİ DE ETKİLEYEBİLMEKTEDİR.
- **TÜKENMİŞLİK:** FİZİKSEL VE PSİKOLOJİK OLARAK ORTAYA ÇIKABİLEN BİR DURUM OLMAKLA BİRLİKTE MOTİVASYON KAYBINDA AZALMA, MENTAL YORGUNLUK, ALAYCILIK, VE VERİMSİZLİK BELİRTİLERİNİN GÖRÜLDÜĞÜ BİR DURUMDUR. PROFESYONEL / GÜVENLİ BİR ŞEKİLDE ÇALIŞMAK İÇİN KAYNAK EKSİKLİĞİ, İŞ YÜKÜ, ÖDÜLLENDİRMEME, EKİP ÜYELERİNİN BİRBİRİNE YÖNELİK SAYGISI, AHLAKİ DEĞERLERDEN UZAKLAŞMA, KİŞİLER ARASI STRES FAKTÖRLERİ, AZALMIŞ BAKIMA YOL AÇABİLECEK POLİTİKALARIN VARLIĞI ÇALIŞANLARDA TÜKENMİŞLİK DAVRANIŞLARININ GÖRÜLMESİNE NEDEN OLABİLMEKTEDİR.

SONUÇ OLARAK;

- HEMŞİRELİK BAKIMI, ÖLEN HASTAYA VE AİLESİNE OLAN SORUMLULUKLARI, HASTANIN ÖLÜMÜ İLE BİTMEZ.
- KAYIP, KEDER VE YAS, HASTANEYE YATIRILDIKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMELİ VE HASTANIN ÖLÜMÜNDEN SONRA YAS BAKIMI DEVAM ETMELİDİR.
- TÜM PROFESYONELLERDE OLDUĞU GİBİ HEMŞİRELER, KALİTELİ PALYATİF BAKIM SAĞLAMAK İÇİN KENDİ KEDERLERİNİ TANIMALI VE BUNA YANIT VERMELİDİR.

VAKA ÖRNEĞİ

- SAMİ BEY 36 YAŞINDA VE 12 YIL ÖNCE ÜNİVERSİTEDEN MEZUN OLDUĞUNDAN BERİ BİR DEVLET KURUMUNDA ÇALIŞMAKTA OLAN EVLİ VE 4 ERKEK ÇOCUK BABASI (YAŞLARI 2, 5, 8 VE 10) BİR ERKEKTİR. SIK SIK CAMİYE GİDİYOR. EN BÜYÜK OĞLUNUN FUTBOL TAKIMINA KOÇLUK YAPIYOR VE YEREL BİR EVSİZLER BARINAĞINDA AYDA İKİ GECE GÖNÜLLÜ OLARAK ÇALIŞMAKTADIR.
- SAMİ BEY SON BİRKAÇ AYDIR "YORGUN" HİSSETMESİ, DİŞ İPİ KULLANDIKTAN SONRA DİŞ ETLERİNİN NORMALDEN DAHA FAZLA KANAMASI VE İKİ EPİSTAKSİS EPİZODU DENEYİMLEMESİ SONUCUNDA HEKİME BAŞVURMUŞTUR. SAMİ BEY'İN MUAYENESİ, LABORATUAR SONUÇLARI VE KEMİK İLİĞİ BİYOPSİSİNİN İNCELENMESİ ÜZERİNE, SAMİ BEY'E AKUT MİYELOJENÖZ LÖSEMİ (AML) TANISI KONMUŞTUR. HEMEN ŞEHİR HASTANESİNİN ONKOLOJİ ÜNİTESİNE GÖNDERİLMİŞ VE KEMOTERAPİYE BAŞLANMIŞTIR. KEMOTERAPİ REİDİMİNİN İLK İNDÜKSİYONUNDAN SONRA, KEMİK İLİĞİNDE HALA ÇOK SAYIDA BLAST OLDUĞU BULUNMUŞTUR. NE YAZIK Kİ, SAMİ BEY'İN KEMOTERAPİYE KARŞI DOĞAL BİR İLAÇ DİRENCİNİN BULUNMASI NEDENİYLE DURUMU HIZLA KÖTÜLEŞMEKTEDİR.

12.10.2022

- BİR AY ÖNCE BAŞLAYAN KEMOTERAPİ TEDAVİSİNİN BAŞLAMASIYLA BİRLİKTE, ONUNLA HİÇBİR İLETİŞİMLERİ OLMAYAN SAMİ BEY'İN İKİ BÜYÜK OĞLU BABALARINI GÖRMEK İSTEMİŞLERDİ. DÖRT ÇOCUĞUN TAMAMI, BABALARI HASTANEDEYKEN SOĞUK ALGINLIĞI GEÇİRMİŞLERDİR. VE ANNELERİ, İYİ OLMADIKLARI İÇİN ÇOCUKLARIN BABALARINI GÖRMELERİNİN UYGUN OLMAYACAĞINI DÜŞÜNMEKTEDİR. AYRICA SAMİ BEY'İN KARISI, BABALARINI BU KADAR HASTA GÖRÜRLERSE ÇOCUKLARIN ÜZÜLECEĞİNDEN ENDİŞELENMEKTEDİR. "BABANIZ YAKINDA EVDE OLACAK VE EN AZ ESKİSİ KADAR İYİ OLACAK." ŞEKLİNDE ÇOCUKLARINA BİLGİLER VERMEKTEDİR.
- ERTESİ GECE, LÖSEMİSİNİN KEMOTERAPİ İLE KONTROL ALTINA ALINMADIĞINI DUYDUKTAN SONRA, SAMİ BEY'İN AĞZINDA, BURNUNDA, GÖZLERİNDE VE REKTUMUNDA KENDİLİĞİNDEN KANAMALAR BAŞLAMIŞ, YAYGIN DAMAR İÇİ PIHTILAŞMA (DİC) TEŞHİSİ KONMUŞTUR. NE YAZIK Kİ SAMİ BEY CPR'YE RAĞMEN HAYATINI KAYBETMİŞTİR.

1. HEMEN HASTANEYE GELMESİ İÇİN SAMİ BEY'İN KARISINI ARADINIZ. O GELDİĞİNDE, ACISINA NASIL TEPKİ VERİRSİNİZ?
2. SAMİ BEY SON 10 HAFTADIR HASTANEDE BULUNMAKTAYDI. PERSONEL ONA VE KARISINA KARŞI ÇOK İLGİLİYDİ. BU KAYIPTAN DOLAYI KENDİ KEDERİNİZLE NASIL BAŞA ÇIKARSINIZ?

ÇOK TEŞEKKÜR EDERİM. ŞİMDİ KISA BİR MOLA VERİP MODÜL-8'E GEÇELİM



YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

ARŞ. GÖR. BETÜL ÇAKMAK

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ

- MODÜL-1 Palyatif Bakım Hemşireliği
- MODÜL-2 Ağrı Yönetimi
- MODÜL-3 Semptom Yönetimi
- MODÜL-4 Palyatif Bakım Hemşireliğinde Etik Sorunlar
- MODÜL-5 Palyatif Bakımda Kültürel ve Manevi Durumlar
- MODÜL-6 Palyatif Bakımda İletişim
- MODÜL-7 Kayıp, Keder, Yas
- MODÜL-8 Son Saatler

MODÜL-8 SON SAATLER

BU EĞİTİM SONUNDA ÖĞRENCİ;

- ÖLMEK ÜZERE OLAN BİR HASTAYI DEĞERLENDİRİR VE ÖLMEKTE OLAN SÜRECİN BEŞ FİZİKSEL İŞARETİNİ VE SEMPTOMUNU LİSTELER.
- ÖLMEK ÜZERE OLAN BİR HASTA VE AİLESİ İÇİN FİZİKSEL, PSİKOLOJİK, SOSYAL VE RUHSAL BAKIM İHTİYAÇLARINI VE MÜDAHALELERİ DEĞERLENDİRİR.
- BİR HASTANIN ÖLÜMÜNÜ ÇEVRELEYEN PALYATİF BAKIM HEMŞİRESİNİN ROLÜNÜ TARTIŞIR.

12.10.2022

HER İNSAN ÖLÜR

- KENDİ ZAMANINDA
- KENDİ KÜLTÜRÜYLE
- KENDİ İNANÇ SİSTEMİ VE DEĞERLERİ İLE
- AİLE, ARKADAŞLAR, MESLEKTAŞLAR İLE BENZERSİZ İLİŞKİLERLE BİRLİKTE
- HASTALAR ÖLECEKLERİ GERÇEĞİNİN FARKINA VARDIKLARINDA GENELLİKLE NEREDE ÖLMEK İSTEDİKLERİNİ, KİMİNLE ÖLMEK İSTEDİKLERİNİ VE NASIL ÖLMEK İSTEDİKLERİNİ DE BİLİRLER. HEMŞİRELERİN NEREDE, KİMİNLE VE NASIL ÖLECEĞİNE İLİŞKİN HASTA / AİLE SEÇİMLERİNİ SAVUNMASI GEREKMEKTEDİR. HEMŞİRE, DİSİPLİNLER ARASI BİR EKİPLE İŞ BİRLİĞİ İÇİNDE, HERHANGİ BİR UYGULAMA ORTAMINDA OPTİMAL YAŞAM SONU BAKIMI SAĞLAYARAK HASTA / AİLE SEÇİMİNİ SAVUNUR VE YAŞAMIN SONUNA KADAR DESTEK VERİR.

YAŞAM SONU DÖNEMDE BESLENME VE HİDRASYON

AİLE, HASTANIN "AÇLIKTAN ÖLECEĞİNDEN" ENDİŞE DUYABİLİR. TOPLUMUMUZ BESLENME VE HİDRASYONUN BAKIMLA EŞİT OLDUĞU BİR TOPLUMDUR. ANCAK HİDRASYON İLE ARTAN SIVI MİKTARININ AĞIZ KURULUĞUNU VE DİĞER RAHATSIZLIKLARI AZALTTIĞINA DAİR ÇOK AZ KANIT VARDIR. HASTA ÖLÜME YAKLAŞTIKÇA VE ÇEVREYE YÖNELİK ALGISI AZALDIKÇA, SUSUZLUK VE AÇLIK ALGISI AZALABİLİR.

TIBBİ OLARAK UYGULANAN BESLENME VE SIVI ALIMI LEHİNE VE ALEYHİNE OLAN LİTERATÜRE GÖRE;

LEHİNE OLAN YÖNLER;

- DEHİDRASYON, PRERENAL AZOTEMİYE VE SERUM KREATİNİN DÜZEYLERİNİN YÜKSELMESİNE NEDEN OLABİLİR. BU, DELİRYUM, MİYOKLONUS VE NÖBETLERE NEDEN OLABİLEN OPİOİDLER GİBİ İLAÇ METABOLİTLERİNİN BİRİKMESİNE YOL AÇABİLİR.
- SIVILARIN SAĞLANMASININ ÖLÜM SÜRECİNİ UZATTIĞINA DAİR HİÇBİR BİLİMSEL KANIT YOKTUR.
- AİLE VE DİĞERLERİ "HER ŞEYİ YAPTIKLARINI" BİLMEK İSTER. TIBBİ BİR DEĞERİ OLMASA DA BU, AİLENİN ÖLÜM ANINDA KAYGISINI HAFİFLETEBİLİR.

ALEYHİNE OLAN YÖNLER;

- PARENTERAL SIVI ALIMI ÖLÜMÜ UZATABİLİR.
- DAHA AZ İDRAR İLE KATETER BOŞALTMA / KULLANMA İHTİYACI AZALIR.
- DAHA AZ GASTROİNTESTİNAL SIVI İLE DAHA AZ BULANTI / KUSMA OLABİLİR.
- SOLUNUM YOLUNDAN DAHA AZ SALGI İLE DAHA AZ ÖKSÜRÜK / AKCİĞER ÖDEMİ MEYDANA GELEBİLİR.
- HASTA SUSUZ KALIRSA ÖDEM VEYA ASİT AZALABİLİR.
- DEHİDRASYON, ÖLME SÜRECİNİ KOLAYLAŞTIRMAK İÇİN DOĞAL BİR ANESTETİK OLABİLİR.

DİYALİZİN YÜKÜ VE YARARLARI

ARAŞTIRMALAR, BÖBREK FONKSİYONU YETERSİZLİKLERİNİN MORTALİTE RİSKİNİ OLDUKÇA ARTTIRDIĞINI BİLDİRMEKTE VE BU DURUM, ÖLÜMÜN MUTLAK RİSKİNİN AZALAN BÖBREK FONKSİYONU İLE DOĞRUSAL OLARAK ARTTIĞINI GÖSTERMEKTEDİR (3). DİYALİZ NE ZAMAN KESİLMELİDİR?

- DİYALİZİN YÜKÜ FAYDALARDAN AĞIR BASTIĞINDA VE / VEYA,
- DİYALİZ ARTIK YAŞAMI UZATMADIĞINDA VEYA SADECE ÖLÜMÜ UZATTIĞINDA.

DİYALİZİ SONLANDIRMANIN EN YAYGIN NEDENİ DÜŞÜK YAŞAM KALİTESİDİR (YANI AĞRI, ÇOKLU SEMPTOMLARIN YÜKÜ, ENFEKSİYON GİBİ AKUT KOMPLİKASYONLAR, DİYALİZLE İLGİLİ TEKNİK SORUNLAR, DEMANS, İNME VE KANSER).

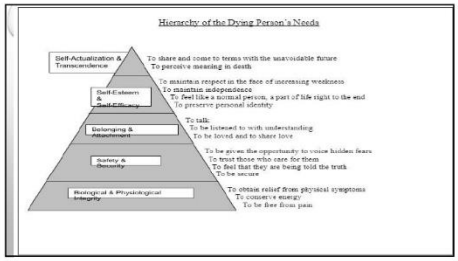
SEMPTOM YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ, PSİKOLOJİK SEMPTOMLARLA BİRLİKTE, DİYALİZİ BIRAKMA KARARINI VERİRKEN HAYATI ÖNEM TAŞIR. BU HASTALAR SIKLIKLA DEPRESYON, VÜCUT İMAJINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER, CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞU, KONTROL KAYBI, SİNİRLİLİK VE BAĞIMLILIK SORUNLARININ YANI SIRA ÇOK SAYIDA FİZİKSEL SEMPTOMLA DA MÜCADELE EDERLER.

DİYALİZ KESİLDİKTEN SONRA NE ZAMAN ÖLÜM MEYDANA GELİR?

- GENELLİKLE 8-12 GÜN İÇİNDE.
- KOMORBİDİTELERİ OLANLAR DAHA ERKEN DÖNEMDE.
- BİR MİKTAR İDRAR YAPABİLENLER DAHA UZUN YAŞAYABİLİR.
- DİYALİZİN SONLANDIRILMASI İLE HASTALARDA, POTASYUM DAHİL TOKSİNLERİN BİRİKMESİ VE DİĞER KOMORBİDİTELERE BAĞLI FAKTÖRLER NEDENİYLE BİR AY İÇİNDE ÖLÜM GERÇEKLEŞİR.
- SON GÜNLER / SAATLER AŞIRI UYKU HALİ VE ARDINDAN KOMA İLE KARAKTERİZEDİR.

HASTALAR KENDİ KARARLARINI VEREBİLDİKLERİNDE, DİYALİZİ DURDURMAK, ONLAR İÇİN KONTROLÜ ELE ALMAK ADINA BİR FIRSAT OLABİLİR. ÜREMİK SEMPTOMLARIN BAŞLAMASINA GENELLİKLE BİRKAÇ GÜN KALA EN SEVDİKLERİ, ANCAK ÖNCEDEN YASAKLANMIŞ YİYECEKLERİ YİYEBİLİRLER, SEVDİKLERİNE VEDA EDEBİLİR,, "SENİ SEVİYORUM", SENİ AFFEDİYORUM, " FIRSATI BULABİLİRLER. BU, BİR HASTANIN HAYATI VE ÖLÜM SÜRECİ ÜZERİNDE BİR MİKTAR DA OLSA KONTROL DUYGUSU OLUŞTURMASINA OLANAK VERİR.

12.10.2022



YAKLAŞAN ÖLÜMLE İLGİLİ SIK GÖRÜLEN BELİRTİLER

HEMŞİRELER, ÖLÜMLE İLİŞKİLİ SEMPTOMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİLMESİ İÇİN YETERLİ DÜZEYDE DONANIMLI OLMALIDIR. BU AŞAMADA DİSİPLİNLER ARASI İLETİŞİM OLDUKÇA KRİTİKTİR.

- ÖLÜM AŞAMASINA GEÇİŞ SÜRECİNDE;
- HASTALIĞIN İLERLEMESİ İLE İLGİLİ AKUT VEYA İLERLEYEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER,
- PERFORMANS DÜZEYİNDE VE İŞLEVİNDE AZALMA,
- SEMPTOMLARIN SAYISI VE ŞİDDETİNDE ARTIŞ,
- SAĞLIK KAYNAKLARININ KULLANIMINDA ARTMA,
- DAHA GAYRİ RESMİ BAKIMA DUYULAN İHTİYAÇ

HASTANIN PROGNOZUNUN BELİRLENMESİ;

- KESİN BİR ÖLÜM ZAMANI HİÇBİR ZAMAN TAHMİN EDİLEMEZ.
- BAZI HASTALAR İÇGÜDÜSEL OLARAK ÖLÜMÜN NE ZAMAN OLACAĞINI BİLİYOR GİBİ GÖRÜNEBİLİR.
- PROGNOZ, HASTALIKTAN, HASTANIN YAŞAMA İSTEĞİNDEN, ÖZEL OLAYLARI BEKLEME ARZUSUNDAN / SEÇİMİNDEN (ÖRNEĞİN, DOĞUM GÜNÜ, TATİL, AİLE GÜNÜ VB.) VEYA YAŞAMIN TAMAMLANMASI HEDEFLERİNDEN ETKİLENİR.
- PROGNOZU ANLAMAK GENELLİKLE HASTANIN VE AİLENİN KARAR VERME SÜRECİNİ ETKİLER.
- ÇOĞU HASTA ÖLÜM SÜRECİNİ FİZİKSEL VE ZİHİNSEL SÜREÇLERİN DOĞAL BİR YAVAŞLAMASI OLARAK YAŞAR.

ÖLÜMÜN 2 YOLU

- **OLAĞAN (NORMAL) YOL** - KOMA DURUMUNA VE ÖLÜME YOL AÇAN SEDASYON, UYUŞUKLUK, OBTUNDASYON (HASTANIN UYANIKKEN İLGİSİZ GÖRÜNMESİ), YARI KOMA VE KOMA
- **ZOR YOL** - BAZI HASTALARDA BU DURUMA, OLAĞAN YOL SÜRECİNE EK OLARAK, KONFÜZYON, HUZURSUZLUK, DELİRYUM, MİYOKLONUS, NÖBETLER EŞLİK EDEREK ÖLÜM İLE SONLANIR.

ÖLMEK ÜZERE OLAN HASTA İÇİN İŞARETLER, SEMPTOMLAR VE HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİ

- ✓ ÖLMEKTE OLAN BİREYDE GÖRÜLEN BELİRTİ VE SEMPTOMLAR YALNIZCA BİR KILAVUZ GÖREVİ GÖREBİLİR.
- ✓ TÜM BELİRTİ VE SEMPTOMLARIN SIRAYLA MEYDANA GELMESİ GEREKMEZ VE BU DURUMUN FARKINDA OLUNMALIDIR.
- ✓ ÖLÜM SÜRECİ DIŞINDAKİ SEMPTOMLARIN NEDENLERİ DE DEĞERLENDİRİLMELİDİR.

ÖLMEK ÜZERE OLAN HASTADA GÖRÜLEN FİZİKSEL BELİRTİLER VE MÜDAHALELER

Belirti ve Bulgular	Etyoloji	Müdahaleler
Kısıtlayıcı, Organizmanın fizyolojik ve dolayısıyla Hastanın ölmekte olduğunu gösteren belirti ve semptomlar kişilerden, tanı biyolojik değişikliklerden veya fizik muayene esnasında saptanır gözlem ve testler kullanılarak elde edilir.	Tedavi ve Prognoz Opioid kullanımı Sepsis Diğer nedenler Kanama Kalp yetmezliği Böbrek yetmezliği Metabolik bozukluklar ve Asidoz Karaciğer ve böbrek yetmezliğine bağlı gelişen semptomlar Hemodiyaliz gibi tedaviler (yan etkileri dahil)	✓ Yüksüz Ölüm Farkındalığı ile Kısıtlayıcı, Organizmaya Fizyolojik ve dolayısıyla emotolojik yönde değişiklikler görülmektedir. ✓ Görülen semptom ve değişikliklerin ve uygun müdahalelerin ve tedavilerin bilinmesi önemlidir. ✓ 24 saat gözetim altında bulundurmak, fiziksel olarak rahat uygun görünüş sağlamak önemlidir. ✓ Hastaya verilen bilgi, duyduğu gerçek gözlemleriyle uyum içinde ve değerlendirilmelidir. ✓ Evde bakım ortamında, uzun süre bakım ihtiyaç duyan hastaların ev yaşantısı açısından bakım ve ev yaşantısına yeni katılan üyelerin bilinmesi önemlidir.

Hastanın ölüm yaklaşmasıyla artan zayıflık ve yorgunluk. Artan güçsüzlük, bağımlılık hissi, işler keyfi ve / veya tutarsızlığın ilerlemesi. Evde artan hasta bakım ihtiyaçları nedeniyle aile / bakım verici yorgunluğu.	Hastanın ilerleyen prognozu	✓ Günlük yaşam aktiviteleri için daha fazla yardım imkanı sunulmalı ve sağlanmalıdır (temizlik, beslenme yardımcıları, bakım vericiler). ✓ Gerektiğinde dış tıbbi destek, hastane yatışı, tekerlekli sandalye, yürüteç gibi ihtiyaç duyulan yardımcı ekipmanlar sağlanmalıdır. ✓ Yatağa bağlılığa, pasif ROM, döndürme egzersizleri, uygun şekilde havalı yatak dahil cilt bütünlüğünü sağlamak, dolaşımı iyileştirmek için kanıtlı çıkarımlara kısmında destekli hemşirelerle masaj yapılmalıdır. ✓ Evde bakım ortamında, aile, hasta ihtiyaçları ve bakım konusunda eğitilmelidir. ✓ Din görevlisinden ihtiyaç duyulduğunda destek sağlanmalıdır. ✓ Gerektiğinde bakım evi, aile ve arkadaşlar dahil olmak üzere hasta bakım desteği artırılmalıdır. ✓ Hasta, hastalığın ilerlemesiyle ilgili zayıflığın artarsını verdiğinde, hastanın varışan acil ve durumuz yönlendirmelidir.

Ağrının özelliklerinde ve şiddetinde meydana gelen değişiklik. Ölüm sürecindeki hastanın ailesi, hemşiresi ve / veya diğer sağlık çalışanları, kullanılan ağrı kesicilerin dozlarının ölüme neden olabileceğinden veya ölümü hızlandıracağından korktukları için ağrı kesicinin "son dozunu" verme konusunda endişe yaşayabilmektedirler.	Hastanın ilerleyen prognozu	✓ Ağrı durumu, şiddeti sık sık değerlendirilmelidir. ✓ Ağrı yönetimi ilkelerine göre ilaçları, dozajları ayarlanmalıdır ✓ Ailenin ve bakım verenlerin endişeleri değerlendirilerek; ağrı yönetimi ilkeleri hakkında eğitim verilmelidir. ✓ Ağrı yaşayarak ölme ve acıyı rahat ölmez karşı uzatmaya ilişkin seçenekler değerlendirilmelidir.

12.10.2022

ÖLMEK ÜZERE OLAN HASTADA GÖRÜLEN PSİKOSOSYAL, MANEVİ BELİRTİLER VE MÜDAHALELER

Belirti ve Bulgular	Etyoloji	Müdahaleler
Ölüm korkusu: Ölüm sürecinde duyulan korku, ölüm korkusundan daha büyük olabilir.	Kaygının nedeni hepsi olabilir. Bilinçaçıkken kötüne durumunun varlığı (acıl durumlar, ölüm sürecinde ne olacak.) Nefes darlığı, fiziksel acı, zihinsel yetkinliğin ve kişisel verme yetersizliğini hissetti, kontrol kaybı, mesaj almamaları ve mesaj cihazlarına yanıtsızlık kaygısına gibi acı verici ölümüne sürüp korkusu. Yaşlanma korkusu, sağlıklılı ilgili acıs ve sıkıntılı ölüm sürecinde acı ve ıstırap.	✓ Hastanın Kültürel, fiziksel, psikososyal ve ruhsal ihtiyaçları nedeni ziyaçları sorgulanmalıdır. ✓ Hasta ve ailesi ölüm sürecinin fiziksel, psikososyal ve ruhsal belirti ve semptomları konusunda eğitilmelidir. ✓ Hastaya ailesi ölüm sürecinin medikasyon tedavisini öğrenmeye ilişkin sorular sorulmalıdır. ✓ Hasta ve ailesin duyguları normalleştirilmelidir. ✓ Hastanın dürüstlüğünce sıkıt duygusu dair güvence verilmelidir. ✓ Hastanın yanında olunmalı, gerektiği zamanlarda nefes bulması sıkıntılı artırılmalıdır.

Bilinmezlik Korkusu	Ödülkten sonra ona (hastaya) olacakların korkusunun yaşama. Ölümden sonraki yaşamla ilgili inanç sistemlerinin algılanmadan ve / veya yaşamından farklı olacağına ilişkin kaygı.	✓ Hastanın korku yaşamasına neden olan durum belirlenmelidir. ✓ Arka değişik, aile ve çevresi sorgulanmalıdır. ✓ Yaşam, ölümden sonraki yaşama, inançlarını özelliklerini belirleyebilmek için din görevlilerinden destek alınmalıdır. ✓ Hastanın kültürel ve manevi inançları desteklenmelidir.

Ölüm Acılı olduğu: Hastalık hakkında direkt, dolaylı veya yanıltıcı bilgilerden yaşanılan ve / veya konuşulanlardan gözlemlenen veriler görüşmelerden kaynaklanan belirtiler Fiziksel verilerden: somatik, sözlü / hareketle dönüşü sorulmalıdır. Randevuya zamanında/dikkatle yüz ve mimiklere gözlemlenir. Hastalık adı üzerine, hastanın direkti olarak değerlendirdiği sözlerine zamanı dönüşü sorulmalıdır.	Direkt ölüm olan hastalarda gözlenen olumsuzluk verilerini ve kaynaklarını sorgu. Hastalar ölüm ve sonlanma hissi gibi ve hastanın hastalık ve sonlanma ile ilgili görüşleri sorgu gibi direkt ve dolaylı yollardan / hastanın yakınları gözlem yapılır / ve / veya anlama görüşleri.	✓ Hastanın duyguları / belirtileri hastayla paylaşılarak değerlendirilmelidir. ✓ Hasta üçüncü zamanında ✓ Hastaya karşı sevgi yoğunlaşmalı, varsa hastayla sonlandırmalıdır. ✓ Ölümü ve duyguları yüzünden hasta değerlendirilir. ✓ Hastanın duygusu sonlanmalı, sorulmalı, hastayı bir iş, hastanın hastaya ile duygu akışı dinlenilen hastanın sonlandırılır. ✓ Aile / diğer yakınları hastanın sonlanmaları / konuşmalarında sözlü, sözlüsüz, ve yapılan ölüm hastanın dönüş için zaman konuşmalıdır. ✓ Bakım verenler değerlendirilir. ✓ Ölüm sonlanma yapılan hastanın hastalığın ölümünden sonraki / hali / konuşmalarına sözlüsüz ve bakım verenler sorgulanmalıdır.

HASTANIN SON GÜNLERİNDE / HAFTALARINDA EN SIK GÖRÜLEN BELİRTİLER

- YAŞAMIN SON GÜNLERİ, SAATLERİ VE ANLARINDA BELİRTİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİ KRİTİKTİR. YAŞAMIN SON 2 HAFTASINDA YAKLAŞAN ÖLÜMÜN BELİRTİ VE SEMPTOMLARI EN SIK OLARAK,
- **DİSPNE**
- **AĞRI**
- **GÜRÜLTÜLÜ SOLUNUM / SOLUNUM TIKANIKLIĞI SEMPTOMLARININ GÖRÜLDÜĞÜ BİLDİRİLMEKTEDİR.**

- GÜRÜLTÜLÜ SOLUNUM / SOLUNUM TIKANIKLIĞI DURUMU "ÖLÜM ÇINGIRAĞI" OLARAK DA BİLİNEN, HASTANIN BAKIMIYLA İLGİLENENLER İÇİN ÜZÜCÜ VE KORKUTUCU BİR SEMPTOMDUR. UYANIK OLAN HASTALAR İÇİN GÜRÜLTÜLÜ SOLUNUMLARI, HEYECANLANMALARINA VE BOĞULMA KORKUSU YAŞAMALARINA NEDEN OLABİLİR.
- HASTA TERMİNAL DÖNEMDEYKEN, SÜREÇLE BİRLİKTE ARTAN SEKRESYONLAR MEYDANA GELİR VE ARTIK HASTA SEKRESYONLARI ÖKSÜREREK VEYA YUTARAK TEMİZLEYEMEZ. ÇOĞU HASTA, TERMİNAL SEKRESYONLAR GELİŞTİKTEN SONRAKİ 48 SAAT İÇİNDE ÖLECEKTİR. SEKRESYONUN NEDENİ (ÖRNEĞİN, PULMONER EMBOLİ, MİYOKARD ENFARKTÜSÜ, AŞIRI SIVI YÜKLENMESİ, PNÖMONİ, VB.) BELİRLENEREK TERMİNAL SALGILAR / SOLUNUM TIKANIKLIĞI DURUMU TEDAVİ EDİLEBİLİR. SEMPTOMUN YÖNETİMİNDE, HASTALIK / PROGNOZ VE HASTA / AİLE İSTEKLERİNE UYGUN OLDUĞU TAKDİRDE, ALTTA YATAN NEDENE ODAKLANILMALIDIR. FARMAKOLOJİK MÜDAHALELER, BİRİNCİL TEDAVİ YÖNTEMİ OLARAK ANTİKOLİNERJİKLERİN KULLANIMI YER ALIR.

- HEMŞİRE, TÜM BU SEMPTOMLARIN **ÖNLENMESİNDE** ÖNEMLİ BİR ROL OYNAR. SEMPTOMLAR MÜMKÜN OLDUĞUNDA ÖNLENMELİ VE ÖNLENMEDİĞİNDE KUSURSUZ BİR ŞEKİLDE DEĞERLENDİRİLMELİ / YÖNETİLMELİDİR. AYRICA HEMŞİRE, DEĞERLENDİRME VE TEDAVİLER HAKKINDA AİLE ÜYELERİNE EĞİTİMLER SAĞLAMALIDIR.

HASTANIN SON GÜNLERİ/SAATLERİNDE OPİOİD KULLANIMI

- AĞRI TEDAVİSİNİN TÜM AŞAMALARINDA YAPILDIĞI GİBİ, YAŞAMIN SON SAATLERİNDE UYGULANAN OPİOİD DOZLARI UYGUN DEĞERLENDİRME ÇERÇEVESİNDE KULLANILMALIDIR.
- ÇOĞU SAĞLIK PROFESYONELİ, OPİOİD DOZLARINDA YAŞAMIN SON SAATLERİNDE ARTIŞ GÖSTERMESİ GEREKTİRDİĞİNE İNANMAKTA OLUP BU DOZLARIN VERİLMESİNİN ÖLÜMÜN HIZLANMASINA NEDEN OLACAĞINDAN DA KORKMAKTADIR.

12.10.2022

ÖNEMLİ

- HASTANIN RAHATLIĞINI SAĞLAMAK İÇİN GEREKEN OPİOİD DOZU, YAŞAMIN SON SAATLERİNDE AZALTILABİLMEKTEDİR. BU DURUM, BİRKAÇ FAKTÖRE BAĞLI OLARAK GERÇEKLEŞEBİLİR. BÖBREKLERİN PERFÜZYONUNUN AZALMASI VE HASTALARIN DAHA AZ SIVI ALMASIYLA AZALAN SIVI HACMİ NEDENİYLE BÖBREK FONKSİYONU DEĞİŞİR. PROTEİN DEPOLARINDAKİ AZALMA, KALAN SIVININ DAMARLARDA KALMAK YERİNE PERİFERAL DOKULARA GEÇMESİNE NEDEN OLUR. BÖBREK FONKSİYONUNUN DEĞİŞMESİ, OPİOİDLERİN VE DİĞER İLAÇLARIN KLİRENSİNİ DEĞİŞTİREREK, İLACIN (VE METABOLİTLERİN) DAHA FAZLASININ PLAZMADA DAHA UZUN SÜRE KALMASINA İZİN VERİR. HASTA BİLİŞSEL OLARAK BOZULMUŞ VEYA UYARILARA TEPKİSİZ OLSA BİLE ŞİDDETLİ GERİ ÇEKİLME YAŞAYABİLECEĞİNDEN, BİR OPİOİD ASLA ANİDEN KESİLMEMELİDİR.

ULUSAL KAPSAMLI KANSER AĞI (NATİONAL COMPREHENSİVE CANCER NETWORK-NCCN): ÖLÜMDEN HAFTALAR VE GÜNLER ÖNCESİNDE AĞRI TEDAVİSİNE YÖNELİK TEMEL İLKELER

- OPİOİD DOZU YALNIZCA KAN BASINCINDA, SOLUNUMLARDA VE / VEYA BİLİNÇ DÜZEYİNDE BİR DÜŞÜŞ SONUCUNDA AZALTILMAMALIDIR.
- ANALJEZİK TEDAVİSİ SÜRDÜRÜLMELİ VE OPTİMUM RAHATLIĞA GÖRE DOZ HESAPLAMASI YAPILMALIDIR.
- OPİOİD KAYNAKLI NÖROTOKSİSİTELER (ÖRN. MİYOKLONUS, HİPERALJEZİ, VB.) HEMEN TANIMLANMALIDIR.
- OPİOİDİN AZALTILMASI GEREKTİĞİNDE, ÇEKİLME BELİRTİLERİNİ ÖNLEMEK VE / VEYA HASTANIN GEREKSİZ AĞRI VE ISTIRAP YAŞAMAMASI İÇİN % 50'Sİ 24 SAATTE AZALTILMALIDIR. *OPİOİD ANTAGONİSTİ İSE VERİLMEMELİDİR.* (NCCN, 2020)

- UYGULAMA YOLLARI DEĞİŞTİRİLMELİDİR (ÖRNEĞİN, ORAL, IV, REKTAL, DERİ ALTI, DİL ALTI, TRANSMUKOZAL VE TRANSDERMAL) EŞİT ANALJEZİK DOZ DÖNÜŞÜMLERİ HAKKINDA SAĞLIK PROFESYONELLERİ YETERLİ BİLGİYE SAHİP OLMALIDIR.
- DİRENÇLİ AĞRI İÇİN SEDASYONU DÜŞÜNÜLMELİDİR.

YAŞAM SONUNDA KONTROLLÜ SEDASYON

- KONTROLLÜ SEDASYONUN AMACI (PALYATİF VEYA TERMİNAL SEDASYON OLARAK DA BİLİNİR), ÖLÜMÜ HIZLANDIRMAK DEĞİL, İNATÇI SEMPTOMLARIN HAFİFLETİLMESİDİR.
- REFRAKTER / İNATÇI BİR SEMPTOM NEDİR? TAM SEDASYONUN UYGUN OLABİLECEĞİ İNATÇI BİR SEMPTOM, AŞAĞIDA İFADE EDİLEN ÜÇ ÖZELLİĞE SAHİPTİR:
- AGRESİF UYGULAMALARA RAĞMEN RAHATLAMA SAĞLANAMAZ.
- EK İNVAZİV / NON-İNVAZİV TEDAVİLER İLE RAHATLAMA SAĞLANAMAZ.
- EK TEDAVİLERİN UYGUN BİR ZAMAN İÇİNDE RAHATLAMA SAĞLAMA OLASILIĞI DÜŞÜKTÜR.

KONTROLLÜ SEDASYON İÇİN KULLANILAN İLAÇLAR:

- MEVCUT OPİOİD REFİMİNİ AGRESİF BİR ŞEKİLDE ARTIRMAK BAZI HASTALAR İÇİN YETERLİ OLABİLİR.
- MİYOKLONUSU TEDAVİ ETMEK VE SEDASYONU İNDÜKLEMEK İÇİN LORAZEPAM, VEYA HALOPERİDOL VEYA KLORPROMAZİN GİBİ NÖROLEPTİKLER DAHİL OLMAK ÜZERE BENZODİAZEPİNLER.
- KETAMİN, ŞİDDETLİ NÖROPATİK AĞRI İÇİN KULLANILABİLİR VE OPİOİD KORUYUCU BİR AJAN OLARAK ETKİLİ OLABİLİR. KETAMİN HALÜSİNASYONLARA NEDEN OLABİLİR. HALOPERİDOL HALÜSİNASYONLARIN TEDAVİSİNDE. SKOPOLAMİN İSE AŞIRI TÜKÜRÜK SALGILAMASINDA KULLANILABİLİR.
- NADİR DURUMLARDA, İNVAZİV PROSEDÜRLER SIRASINDA KULLANILAN BAŞKA BİR ANESTEZİK AJAN OLAN PROPOFOL, GEREKTİĞİNDE BOLUSLARLA İNTRAVENÖZ İNFÜZYON OLARAK VERİLEBİLİR. MÜKEMMEL YATIŞTIRICI VE HİPNOTİK ÖZELLİKLERE SAHİP OLSA DA PROPOFOLÜN ANALJEZİK ÖZELLİKLERİ ÇOK AZDIR VEYA HİÇ YOKTUR. BU NEDENLE, OPİOİD UYGULAMASI SONLANDIRILMAMALIDIR ÇÜNKÜ ÇEKİLME BELİRTİLERİ GÖRÜLEBİLİR VE AĞRI GERİ DÖNEBİLİR.

- PROPOFOL ÖNCELİKLE BETA RESEPTÖRLERİ İLE KALSİYUM KANALLARINI ANTAGONİZE EDEREK DOĞRUDAN ETKİ İLE BRADİKARDİ VE MİYOKARD KONRAKTİLİTESİNDE AZALMAYA NEDEN OLMAKTADIR.
- PROPOFOL UYGULAMASI SONRASI GÖRÜLEBİLEN YAN ETKİLER; PANKREATİT, PROPOFOL İNFÜZYON SENDROMU (TRİGLİSERİD YÜKSEKLİĞİ, RABDOMİYOLİZ, ASİSTOLİ, BRADİKARDİ), SOLUNUM DEPRESYONU, KARDİYAK DEPRESYON

YAKLAŞAN ÖLÜME İLİŞKİN GÖRÜLEN SEMPTOMLAR

- İDRAR ÇIKIŞINDA AZALMA
- SOĞUK VE BENEKLİ EKSTREMİTELER
- YAŞAMSAL BELİRTİLERDE AZALMA VE SOLUNUM DEĞİŞİKLİKLERİ
- DELİRYUM / KAFA KARIŞIKLIĞI
- HUZURSUZLUK

ÖLÜM NÖBETİ

AİLE GENELLİKLE ÖLÜMDEN ÖNCEKİ SAATLER İLA GÜNLER ARASINDA YATAK BAŞINDA OLMAK İSTEYECEKTİR. BAŞUCU NÖBETİ İÇİN AİLE TERCİHLERİNİ ARAŞTIRMAK, KORKULARINI ELE ALMAK VE NÖBET SIRASINDA AİLEYE EĞİTİM VE DESTEK SAĞLAMAK ÖNEMLİDİR.

12.10.2022

AİLENİN KAYGILARI GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULMALIDIR:

1. SEVDİĞİMDE AĞRI VAR MI? NASIL BİLEBİLİRİM?
2. ONU BESLEMEYEREK ONU AÇ MI BIRAKIYORUZ?
3. DAHA KAÇ DAKİKAMIZ / SAATİMİZ / GÜNÜMÜZ VAR?
4. UZAKTA YAŞAYAN DİĞER AİLE ÜYELERİNİ / ARKADAŞLARIMI ARAMALI MIYIM?
5. AYRILMALI MIYIM YOKSA YATAĞIN BAŞINDA MI KALMALIYIM?
6. BENİ DUYUYOR MU?
7. SEVDİKLERİMİZ ÖLDÜKTEN SONRA NE YAPACAĞIZ?

BU DURUM, HEMŞİRELERİN BU ZOR ZAMANDA ÖNEMLİ İŞLER YAPMASI İÇİN HARİKA BİR FIRSATTIR:

- BAKIMIN HEDEFLERİ AKILDA BULUNDURULMALI
- SEMPTOMLAR DEĞERLENDİRİLMELİ VE TEDAVİ EDİLMELİ
- DİSİPLİNLERARASI EKİP İLE İLETİŞİM KURULMALI
- SIK AĞIZ VE CİLT BAKIMI SAĞLANMALI
- AİLELER DESTEKLENMELİ.

ÖLÜM SONRASI BAKIM

ÖLÜMÜN AÇIKLANMASIN ARDINDAN, AİLE ÜYELERİ BİR SONRAKİ ADIMDA NE YAPACAKLARI KONUSUNDA KAFASI KARIŞMIŞ HİSSEDEBİLİRLER. HEMŞİRE, ÖLÜMÜN HEMEN ARDINDAN SESSİZ VE ÖZEL BİR YERDE VÜCUDUN BAKIMI İÇİN SÜREÇ / PROSEDÜRLERİ AİLEYE AÇIKLAMALIDIR.

- ✓ TÜPLERİN, TIBBİ MALZEMELERİN VE EKİPMANIN ÇIKARILMASI
- ✓ BANDAJLARI SİLİNTİ YAPAN YARALARIN ÜZERİNE, İDRARINI TUTAMAMA İÇİN GEREKTİĞİ ŞEKİLDE HASTA BEZİNİ YERLEŞTİREN.
- ✓ GÖVDENİN UYGUN ŞEKİLDE HİZALANMASI VE TOPARLANMASI (BAZI AİLE ÜYELERİ SEVDİKLERİNİN SAÇLARINI TARAMAK, YÜZÜNÜ YIKAMAK, ELİNİ TUTMAK, ÖPMEK, ONU TUTMAK İSTEYECEKLERDİR)
- ✓ AİLENİN VEDASINA İÇİN GEREKTİĞİ KADAR ZAMAN VERİLMESİ

- DİFİN PLANLARI TARTIŞILIR.

GEÇMİŞ OLSUN....



EK 16. Senaryo Yazımı Kursu Katılım Belgesi



KATILIM BELGESİ

Sayın **Betül ÇAKMAK**

26 Mayıs 2021 tarihinde IV. Hemşireliği Güçlendirme Sempozyumu kapsamında gerçekleştirilen **Klinik Senaryo Yazma Kursu**'na katılmıştır.

Prof. Dr. Özen KULAKAÇ
Sempozyum Başkanı

Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCİ
Hemşirelik Bölüm Başkanı

EK 17. Standart Hasta Simülasyon Senaryosu (Bulantı-Agresif Beslenme)

1. **Hedef Öğrenci Grubu**

   Hemşirelik Öğrencileri

2. **Öğrenim Hedefleri**
   - Standart hasta oturumu sonunda öğrenciler; Bulantı-kusma şikayeti olan hastanın ve ailesinin fizikseli psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına doğru hemşirelik yaklaşımlarını tanımlar,
   - Hasta ve ailesi ile terapotik iletişim becerilerini kullanarak bulantı semptomuna ilişkin uygun hemşirelik yaklaşımlarını uygular
   - Hasta ve ailesine bulantı kusmanın yönetiminin belirtilmesinde sorumluluk alır,
3. **Simülasyon Sonrası Katılımcıların/Öğrencilerden beklenenler**
   - Yaşam sonu bakım yeterliliklerinin belirlenmesine ilişkin soru formu (son test)
   - Simulasyon Etkinliği Ölçeği
4. **Standart Hasta Uygulama Odasının Hazırlanması**

   Kullanılacak simülasyon aracı: Standart Hasta

   Diğer Materyaller: Video kaydı, ses kaydı alınması

   Klinik: Tek kişilik hasta odası

   Yatak Tipi: standart hastane yatağı

   Vücut aksesuarları: IV uygulama alanı İki adet IV kateter (birisi sağ kol, diğeri sol el üzerinde) Kabiven 24 saatte 30 mg gidecek şekilde IV infüzyon ve 2 amp contromal (Tramadol) 8 saatte gidecek şekilde gerekli görülen durumlarda IV Kemoset, 4 mg), üriner sonda, hasta başında baş örtüsü, hasta bilekliği,

   Vücut Pozisyonu: 2 yastık kullanılarak oluşturulan semi-fowler pozisyonu

   Makyaj (Mulaj): kol üzerinde morluklar

   Çevresel özellikler: Hastanın yatağının yanında refakatçi sandalyesi ve bir adet aile fotoğrafı bulunmaktadır. Hasta odasının ışıkları açıktır.

   Süre: Ön bilgilendirme: 5 dakika

   Uygulama :10-15 dakika

   Çözümleme: 30 dk

   Senaryoda Görev alacak kişiler

   Öğrenci hemşire

   Standart hasta

1

Hasta yakını

5. Öğrenci Ön Bilgilendirme

İyi günler dilerim. Ben Betül ÇAKMAK. Bugün sizlerle gerçekleştireceğimiz simülasyon uygulamasının sizlere katkı sağlayacağını düşünüyoruz. Bu uygulama ile yaşam sonu dönemde olan hastaya uygulanacak hemşirelik yaklaşımlarınız ve iletişim yeteneklerinizin geliştirilmesine katkı sağlamaktır. İletişim yeteneklerinizin artması hasta ve hemşirelik sürecine ilişkin olumlu duygularınızın da gelişmesini etkileyecektir. Ancak uygulama öncesinde sizleri birkaç önemli konu hakkında bilgilendirmek istiyorum. Palyatif Bakım kliniğinde Hemşire olarak görev yapmaktasınız. Senaryo uygulaması hemşirenin odaya girmesiyle başlayacaktır. Ayrıca simülasyon uygulama odası birazdan size tanıtılacak ve senaryonuz hakkında bilgi verilecektir. Tanıtım ve bilgilendirmenin ardından aşağıda öyküsü verilmiş olan ve bakımından sorumlu olduğunuz hastanın odasına gireceksiniz. Hasta ve yakını ile geçireceğiniz zaman 10 dakika olup, bu süre boyunca hasta ile yaptığınız görüşmelerinizin ses analizi gerçekleştirilecek ve görüntünüz kayıt altına alınacaktır. Sizden beklenilen, hasta ile görüşmeniz sırasında hastanın hemşirelik bakım ihtiyacını sorgulamak ve uygun hemşirelik bakım yaklaşımlarını sunmaktır. Standart hasta uygulaması boyunca gerçekleştirdiğiniz uygulamalar, performansınızın değerlendirilmesi ve grup çözümlemeleri amacıyla kullanılabilecektir. Birlikte gerçekleştireceğimiz çözümleme oturumu yaklaşık 30 dakika sürecek ve sizinle tartışılacaktır. Çözümleme yapmamızın amacı senaryo üzerinden öğrenmenizi sağlamak ve fikirlerinizi paylaşmaktır. Bu aşamada sizlere senaryo uygulamanızın süreci hakkında sorular sorulacaktır.

Herhangi bir sorunuz var mı?

6. Öğrenciler için senaryo

<table>
<tr><td rowspan="3">Adı Soyadı: Aliye F.</td><td>Yaşı: 74</td><td>Cinsiyet: Kadın</td></tr>
<tr><td>Kilo: 83 kg</td><td>Boy: 165 cm</td></tr>
<tr><td>Medeni Durum: Evli</td><td>Meslek: Ev Hanımı</td></tr>
<tr><td colspan="3">Hasta genel bilgisi
2018 yılı şubat ayında Multipl Myelom tanısı alan ve klinikte terminal dönem hastası olarak 30 gündür izlenen hastanın son bir haftadır ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, halsizlik, konstipasyon, iştahsızlık, bulantı-kusma, baş dönmesi, yorgunluk ve sürekli uyku hali gibi şikayetleri bulunmaktadır. Hasta yemek yemeyi reddetmektedir.

Özgeçmiş: HT (7 yıl), DM (20 YIL)
Soygeçmiş: Baba DM, Anne KKY, DM, Serviks CA
Alerjisi: -
Sürekli kullandığı ilaçlar: Olmetec Plus (2*8,5 mg/gün), Diamicron 2*60 mg, Humulin M (2*20 üni/sc), Kemoset (3*8 mg).</td></tr>
</table>

Senaryo: 2 Bölümden oluşacaktır.

1. **Bölüm (3 dakika):** Hemşirelik ekibinin hasta ve yakını ile tanışması, bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecek, sorumlu hemşire tarafından hastanın bilgileri öğrenci ile paylaşılacaktır. Gerekli bilgilerin tamamlanması ile bu bölüm sona erecektir.
2. **Bölüm (10 dakika):** Hemşirenin hastanın odasına girmesi ile başlayacaktır. Hemşire hastası ile belirlediği problemleri hakkında konuşarak uygun iletişim tekniklerine dayalı hemşirelik yaklaşımlarını sergileyecektir.

Biyokimyasal Parametre Sonuçları

Biyokimya Sonuçları	Hasta Sonuçları	Referans Değerleri
Albumin	**2.00**	3.5-5.2
Kreatinin	**1.10**	0.51-0.95
Total Protein	**5.5**	6.4-8.3
BUN	11.49	8-23
Ürik asit	3.55	2.6-6
Na	127	136-146
Glomerüler Filtrasyon Hız	>60	
Glukoz (kan) açlık	280	
Glikozile Hemoglobin (HbA1c)	8.0	
Eritrosit	**2.80**	3.83-5.08

Tam Kan Sonuçları	Hasta Sonuçları	Referans Değerleri
Hemoglobin	**6**	11.7-15.5
Hematokrit	**23.5**	34.5-46.3
WBC	**15.5**	4.1-11.2
Plt	226	159-388
Nötrofil	**0.3**	1.8-6.4
Eozinofil	**0.02**	0.1-0.5
Bazofil	0	0-0.2
Lenfosit	**0.4**	1.2-3.6
Monosit	**0.05**	0.3-0.9

7. Senaryo bilgileri

Aliye Hanım 3 yıl önce halsizlik, ağrı, uykusuzluk şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur. Yapılan fizik muayene ve tam kan sayımı, biyokimya, sitogenetik incelemeler, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi sonucu Multipl Mylelom tanısını almıştır. (şubat, 2018). Önce 6 kür kemoterapi tedavisi alan hastanın tedavisine 2018 yılı sonunda kemoterapi semptomlarının etkileri nedeniyle ara verilmiştir. 2019 temmuz ayında ikinci kemoterapi tedavisine başlanmış ancak Aliye hanım protokolü

tolere edememiş ve genel durumu kötüye gitmeye başlamıştır. Yaklaşık 7 ay önce kendi isteği ile kemoterapi tedavisine devam edilmeme kararı alınmıştır.

Hasta son 2 yılda 15 kilo ve son bir ayda yaklaşık 4 kilo vermiştir. Aliye Hanım 74 yaşındadır. Eşi ile birlikte yaşamaktadır. Aliye Hanımın 1 oğlu, iki kızı vardır. Aliye Hanımın hastanede yanında onun bakım sorumluluğunu üstlenen küçük kızı Esra hanım bulunmaktadır. Aliye hanımın eşi ise bu süreçte evlerinde yalnız yaşamaktadır. Esra Hanım eşi ve kızları ile kendi evlerinde yaşamakta olup ev hanımıdır. Annesinin ihtiyaçlarını karşılamak için çocuklarını bırakıp hastanede annesinin yanında kalmaktadır. Aliye Hanım palyatif bakım servisinde terminal bir hasta olarak takip edilmekte olup bir haftadır ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, halsizlik, bulantı-kusma, şikayetleri ciddi oranda artış göstermiştir. Son 3 haftadır çevresine karşı daha dikkatli iken son bir haftadır Esra hanımda annesinin bulantı kusma sebebiyle genel durumunun oldukça kötü olduğunu belirtmiş ve zorla çorba içirmeye çalıştığını, evden yemekler hazırlatıp getirttiğini söylemiştir. Diyabet hastası olan annesinin düzenli beslenmesi gerektiğini düşündüğü için parenteral olarak uygulanan besin desteğine kesinlikle güvenmediğini belirtmektedir. Annesinin bulantı ve kusmasının geçmesinin ancak daha iyi beslenme ile geçeceğine inanmaktadır. Annesinden sorumlu hemşire ile görüşerek annesin yemek yedirmek istediğini belirtmiştir.

8. Standart hasta için hasta hikayesi

- Aliye Hanım 74 yaşındadır.
- 7 yıldır hipertansiyon hastasıdır.
- 20 yıldır Diyabet hastasıdır.
- 2018 yılı şubat ayında Multipl Myelom tanısı almıştır.
- 2018 yılı mart ayı birinci kemoterapi protokolü tedavisi başlanmış hasta talebiyle sonlandırılmıştır.
- 2019 temmuz ayı ikinci kemoterapi protokolü tedavisi başlanmış hasta semptomları tolere edemediği için sonlandırılmıştır.

9. **Standart hasta/yakını olarak yer alacak kişilerin rollerine yönelik bilgilendirme**

- Sorulan sorulara hem hastanın hem de kızının cevap vermesi beklenmektedir.
    - Hemşire hanım odaya girdiğinde;

- *'İnşallah hemşire hanım bize yardım edebilecek bugün.'*
- Hemşire neden böyle bir talepte bulunduğunu sorduğunda;

  Anneme kendini iyi hissetmesi için yemek yedirmek istiyorum hemşire hanım'
- Hemşire hastaya nasıl olduğunun sorduğunda;
- Hasta "*son zamanlarda, oldukça kötü hissediyorum kendimi, yoruldum. Evimi, eşimi özledim.*" ifadesinden sonra, kızı (esra hanım)"*Annecim, merak etme Kendini iyi hissettiğinde söz seni hemen evine götüreceğim ama önce güzelce beslenmen lazım ki iyi olasın.*"
- Hasta :'*Lütfen kızıma söyleyin hemşire hanım canım hiç birşey yemek istemiyor'*
- **Hemşirenin aile ile görüşmesi beklenir. Hemşire sessiz kaldığında:**

  Kızı:

  Bulantısı nedeniyle yemek yemiyor. Damardan bunun için ilaç da yapıldı ama işe yaramıyor başka ne yapabiliriz hemşire hanım?

  Annemin sevdiği yemekleri evden getirtsem sizce bir faydası olur mu?

  Damardan verdikleri şu besleyici ilaç gerçekten işe yarıyor mu?

  Akrabalar böyle anneme hiç yemek veremediğimizi görseler kim bilir neler düşünürler?

  Hasta:

  Hemşire Hanım özellikle odanın kapısı kapalı olduğunda midem daha kötü oluyor.

  Yemekhane görevlisi ile görüşür müsünüz acaba odanın kapısında yemek arabasını bekletmesin.

  Yutma zorluğu yaşadığım için kızım geçenlerde çorba vermeye kalktı az daha boğuluyordum.

9. Çözümleme oturumu

1. Simülasyon deneyimi boyunca hangi duyguları hissettiniz?
2. Simülasyon eğitiminde yer almak sizi memnun etti mi?
3. Sizce uygulama süresince en iyi yaptığınız hemşirelik girişimi ne idi?
4. Simülasyon uygulaması boyunca hangi girişimi uygulamayı istediniz ancak gerçekleştiremediniz?
5. Simülasyon uygulaması boyunca hangi hemşirelik rollerini kullandınız?
6. Eğitim almamış ve uygulamaya katılmamış olsaydın ilk gerçek hasta deneyiminde ne hissederdiniz?

STANDART HASTA SİMÜLASYON SENARYOSU

(ÖLÜM ANKSİYETESİ)

1. **Hedef Öğrenci Grubu**

   Hemşirelik Öğrencileri

2. **Senaryo Hedefleri**

   - Standart hasta oturumu sonunda öğrenciler; Hasta ve ailenin fizikseli psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına doğru hemşirelik yaklaşımlarını ifade eder.
   - Hasta ve ailesi ile terapotik iletişimi başlatır,
   - Hasta ve aile ile uygun hemşirelik görüşmeleri yapma konusunda isteklidir.

3. **Simülasyon Sonrası Katılımcıların/Öğrencilerden beklenenler**

   - Yaşam sonu bakım yeterliliklerinin belirlenmesine ilişkin soru formu (son test)
   - Simulasyon Etkinliği Ölçeği

4. **Standart Hasta Uygulama Odasının Hazırlanması**

   Kullanılacak simülasyon aracı: Standart Hasta

   Diğer Materyaller: Video kaydı, ses kaydı alınması

   Klinik: Tek kişilik hasta odası

   Yatak Tipi: standart hastane yatağı

   Vücut aksesuarları: IV uygulama alanı İki adet IV kateter (birisi sağ kol, diğeri sol el üzerinde) Kabiven 24 saatte 30 mg gidecek şekilde IV infüzyon ve 2 amp contromal (Tramadol) 8 saatte gidecek şekilde gerekli görülen durumlarda IV Kemoset, 4 mg), üriner sonda, hasta başında baş örtüsü, hasta bilekliği,

   Vücut Pozisyonu: 2 yastık kullanılarak oluşturulan semi-fowler pozisyonu

   Makyaj: kol üzerinde morluklar

   Çevresel özellikler: Hatanın yatağının yanında refakatçi sandalyesi bulunmaktadır. Bir adet aile fotoğrafı bulunmaktadır. Hasta odasının ışıkları açıktır.

   Süre: Ön bilgilendirme: 5 dakika
   Uygulama :10-15 dakika
   Çözümleme: 30 dk

   Senaryoda Görev alacak kişiler
   Öğrenci hemşire

Standart hasta
Hasta yakını

5. Öğrenci Ön Bilgilendirme

İyi günler dilerim. Ben Betül ÇAKMAK. Bugün sizlerle gerçekleştireceğimiz simülasyon uygulamasının sizlere katkı sağlayacağını düşünüyoruz. Bu uygulama ile yaşam sonu dönemde olan hastaya uygulanacak hemşirelik yaklaşımlarınız ve iletişim yeteneklerinizin geliştirilmesine katkı sağlamaktır. İletişim yeteneklerinizin artması hasta ve hemşirelik sürecine ilişkin olumlu duygularınızın da gelişmesini etkileyecektir. Ancak uygulama öncesinde sizleri birkaç önemli konu hakkında bilgilendirmek istiyorum. Palyatif Bakım kliniğinde Hemşire olarak görev yapmaktasınız. Senaryo uygulaması hemşirenin odaya girmesiyle başlayacaktır. Ayrıca simülasyon uygulama odası birazdan size tanıtılacak ve senaryonuz hakkında bilgi verilecektir. Tanıtım ve bilgilendirmenin ardından aşağıda öyküsü verilmiş olan ve bakımından sorumlu olduğunuz hastanın odasına gireceksiniz. Hasta ile geçireceğiniz zaman 10 dakika olup, bu süre boyunca hasta ile yaptığınız görüşmelerinizin ses analizi gerçekleştirilecek ve görüntünüz kayıt altına alınacaktır. Sizden beklenilen, hasta ile görüşmeniz sırasında hastanın hemşirelik bakım ihtiyacını sorgulamak ve uygun hemşirelik bakım yaklaşımlarını sunmaktır. Standart hasta uygulaması boyunca gerçekleştirdiğiniz uygulamalar, performansınızın değerlendirilmesi ve grup çözümlemeleri amacıyla kullanılabilecektir. Birlikte gerçekleştireceğimiz çözümleme oturumu yaklaşık 30 dakika sürecek ve sizinle tartışılacaktır. Çözümleme yapmamızın amacı senaryo üzerinden öğrenmenizi sağlamak ve fikirlerinizi paylaşmaktır. Bu aşamada sizlere senaryo uygulamanızın süreci hakkında sorular sorulacaktır.

Herhangi bir sorunuz var mı?

6. Öğrenciler için senaryo

Adı Soyadı: Aliye F.	Yaşı: 74	Cinsiyet: Kadın
	Kilo: 83 kg	Boy: 165 cm
	Medeni Durum: Evli	Meslek: Ev Hanımı

Hasta genel bilgisi
2018 yılı şubat ayında Multipl Myelom tanısı alan ve klinikte terminal dönem hastası olarak 15 gündür izlenen hastanın ağrı, halsizlik, dispne, konstipasyon şikayetleri bulunmaktadır. Hastanın nötropenik olması nedeniyle ziyaretçi kısıtlamasına alınmış olup uygulanan tüm girişimler koruyucu izolasyon teknikleri çerçevesinde uygulanmaktadır. Hasta sürekli ailesini görmek istediğini bildirmektedir. Ciddi ölüm anksiyetesi yaşadığı bildirilen hasta için konsültasyon liyezon psikiyatrisi Hemşireliği ve psikiyatri hekimi ile iletişime geçilmiştir.

Özgeçmiş: HT (7 yıl), DM (20 YIL)
Soygeçmiş: Baba DM, Anne KKY, DM, Serviks CA
Alerjisi: -
Sürekli kullandığı ilaçlar: Olmetec Plus (2*8,5 mg/gün), Diamicron 2*60 mg, Humulin M (2*20 üni/sc), Kemoset (3*8 mg).

Senaryo: 2 Bölümden oluşacaktır.

1. **Bölüm (3 dakika):** Hemşirelik ekibinin hasta ve yakını ile tanışması, bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecek, sorumlu hemşire tarafından hastanın bilgileri öğrenci ile paylaşılacaktır. Gerekli bilgilerin tamamlanması ile bu bölüm sona erecektir.
2. **Bölüm (10 dakika):** Hemşirenin hastanın odasına girmesi ile başlayacaktır. Hemşire hastası ile belirlediği problemleri hakkında konuşarak uygun iletişim tekniklerine dayalı hemşirelik yaklaşımlarını sergileyecektir.

Biyokimyasal Parametre Sonuçları

Biyokimya Sonuçları	Hasta Sonuçları	Referans Değerleri
Albumin	**2.00**	3.5-5.2
Kreatinin	**1.10**	0.51-0.95
Total Protein	**5.5**	6.4-8.3
BUN	11.49	8-23
Ürik asit	3.55	2.6-6
Na	127	136-146
Glomerüler Filtrasyon Hız	>60	
Glukoz (kan) açlık	280	
Glikozile Hemoglobin (HbA1c)	8.0	
Eritrosit	**2.80**	3.83-5.08

Tam Kan Sonuçları	Hasta Sonuçları	Referans Değerleri
Hemoglobin	**6**	11.7-15.5
Hematokrit	**23.5**	34.5-46.3
WBC	**15.5**	4.1-11.2

Plt	226	159-388
Nötrofil	**0.3**	1.8-6.4
Eozinofil	**0.02**	0.1-0.5
Bazofil	0	0-0.2
Lenfosit	**0.4**	1.2-3.6
Monosit	**0.05**	0.3-0.9

7. Senaryo bilgileri

Aliye Hanım 3 yıl önce halsizlik, ağrı, uykusuzluk şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur. Yapılan fizik muayene ve tam kan sayımı, biyokimya, sitogenetik incelemeler, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi sonucu Multipl Mylelom tanısını almıştır. (şubat, 2018). Önce 6 kür kemoterapi tedavisi alan hastanın tedavisine 2018 yılı sonunda kemoterapi semptomlarının etkileri nedeniyle ara verilmiştir. 2019 temmuz ayında ikinci kemoterapi tedavisine başlanmış ancak Aliye hanım protokolü tolere edememiş ve genel durumu kötüye gitmeye başlamıştır. Yaklaşık 7 ay önce kendi isteği ile kemoterapi tedavisine devam edilmeme kararı alınmıştır.

Hasta son 2 yılda 15 kilo ve son bir ayda yaklaşık 4 kilo vermiştir. Aliye Hanım 74 yaşındadır. Eşi ile yaşamaktadır. Aliye Hanımın 1 oğlu, iki kızı vardır. Aliye Hanımın hastanede yanında onun bakım sorumluluğunu üstlenen küçük kızı Esra hanım bulunmaktadır. Aliye hanımın eşi ise bu süreçte yalnız evlerinde yaşamaktadır. Esra Hanım eşi ve kızları ile kendi evlerinde yaşamakta olup ev hanımıdır. Annesinin ihtiyaçlarını karşılamak için çocuklarını bırakıp hastanede annesinin yanında kalmaktadır. Aliye Hanım palyatif bakım servisinde terminal bir hasta olarak takip edilmekte olup ağrı, halsizlik, dispne, konstipasyon şikayetleri bulunmaktadır. Aliye hanım özellikle klinikte yattığı süre boyunca kendisine uygulanan (nötropeni sebebiyle) izolasyon ve ziyaretçi kısıtlaması sebebiyle eşini sadece bir kez görebilmiştir. Kızı Esra Hanım da ailesini görememekte ve Aliye Hanım buna çok üzülmektedir. Eşini, torunlarını ve sevdiklerini göremeden ölecek olma hissi, ibadetlerini yerine getirememesi ve yaşadığı ölüm korkusu nedeniyle, sürekli olarak kendisine uygulanan ilaç ve girişimleri sorgulama, gerekli olmayan enerji kayıpları yaşamakta olup kızına sürekli ölüm korkusundan bahsetmeye başlamıştır. Kızına sık sık "*Eskisi gibi olmayı istiyorum. Her şey yoluna girsin istiyorum. Bir an önce iyi ve sağlıklı olmak istiyorum.*"

"*İyileşemezsem babanın hali ne olur. Yaşı da ilerledi evin geçimi, yönetimi bana bakıyor. Siz ne kadar bakabilirsiniz ki babanıza. Herkes bir ekmek peşinde, kimse dönüp bakmaz. O sadece benim hazırladığın yemekleri sever. Bunu düşündükçe perişan oluyorum.*" ifadelerde bulunmaktadır.

Ciddi ölüm anksiyetesi yaşadığı bildirilen hasta için konsültasyon liyezon psikiyatrisi Hemşireliği ve psikiyatri hekimi ile iletişime geçilmiştir.

Standart hasta için hasta hikayesi

- Aliye Hanım 74 yaşındadır.
- 7 yıldır hipertansiyon hastasıdır.
- 20 yıldır Diyabet hastasıdır.
- 2018 yılı şubat ayında Multipl Myelom tanısı almıştır.
- 2018 yılı mart ayı birinci kemoterapi protokolü tedavisi başlanmış hasta talebiyle sonlandırılmıştır.
- 2019 temmuz ayı ikinci kemoterapi protokolü tedavisi başlanmış hasta semptomları tolere edemediği için sonlandırılmıştır.

8. **Standart hasta/yakını olarak yer alacak kişilerin rollerine yönelik bilgilendirme**

- Sorulan sorulara hem hastanın hem de kızının cevap vermesi beklenmektedir.
    - Hemşire hanım odaya girdiğinde kızı;
    - '*Merhaba hemşire hanım, bak anne burada yalnız değilsin hemşire hanım hep yanımızda* '
    - Hemşire neden böyle bir söz söylediğini sorduğunda/sorarsa;

      Annem kendini oldukça yalnız hissediyor hemşire hanım, sizlerin ilgisinin, desteğinin farkına varamıyor bir türlü

      Hemşire hastaya nasıl olduğunun sorduğunda;
    - Hasta "*Durumum kötü herhalde kızım kimseyi yanıma almıyorsunuz ama kimse de bana bir şey söylemiyor. Gerçi ben anladım her şeyi.*" ifadesinden sonra, kızı (esra hanım)"*Annecim, merak etme bu öyle bir şey değil değil mi hemşire hanım.*"
    - **Hemşirenin aile ile görüşmesi beklenir. Hemşire sessiz kaldığında:**

      Kızı:

- Aliye hanımın sürekli hemşire hanıma dert yanmasının ardından *'Hemşire hanım annemin kusuruna bakmayın lütfen'*
- *Annemin ibadet edebilmesi için ne yapabiliriz acaba?*
- *Koskocaman kadın şu hastanede namazını bile kılamıyor babam görse neler söyler anneme kim bilir*
- *Annem orkideyi çok seviyor ama odasına getiremiyoruz*

Hasta:

- *Ziyaretçilerimle görüştürmüyorlar. Kızıyorlar. Ama bilmiyorlar azıcık görsem onları rahatlıyorum. Bir gülüşleri, bir dokunuşları yetiyor. İnsan sevdiklerinden güç alıyor. Ağrılarım var. Ama onları görünce unutur gibi oluyorum. Onların yokluğu sürekli ölümü hatırlatıyor bana.*
- *Konuşmuyorlar benimle. Konuşsalar. Moral verseler. Bazen yanımda otursalar. Kimden ilgi görsem rahatlıyorum. İnsanların ilgisine ve sevgisine ihtiyaç duyuyorum. Sizlere bile naz yapmak istiyorum. Ölmek üzere olan birinin buna hakkı yokmu?*
- *Hemşire hanım benim bu odaya kapatılma durumum ne zamana kadar devam edecek?*
- *Eşim bensiz ne yapar Hemşire Hanım?*
- *İnşallah kurtulacağım. Allahın izniyle. Yaradanın affına sığınıyorum. Allah çekemeyeceğimi düşünse vermezdi bu derdi bana*

9. **Çözümleme oturumu**

1. Simülasyon deneyimi boyunca hangi duyguları hissettiniz?
2. Simülasyon eğitiminde yer almak sizi memnun etti mi?
3. Sizce uygulama süresince en iyi yaptığınız hemşirelik girişimi ne idi?

4. Simülasyon uygulaması boyunca hangi girişimi uygulamayı istediniz ancak gerçekleştiremediniz?
5. Simülasyon uygulaması boyunca hangi hemşirelik rollerini kullandınız?
6. Eğitim almamış ve uygulamaya katılmamış olsaydın ilk gerçek hasta deneyiminde ne hissederdiniz?

STANDART HASTA SİMÜLASYON SENARYOSU-3

(AĞRI)

1. **Hedef Öğrenci Grubu**

   Hemşirelik Öğrencileri

2. **Senaryo Hedefleri**
   - Standart hasta oturumu sonunda öğrenciler; Hasta ve ailenin fizikseli psikolojik, sosyal ve spiritüel (manevi) ihtiyaçlarına doğru hemşirelik yaklaşımlarını ifade eder.
   - Hasta ve ailesi ile terapotik iletişimi başlatır
   - Hasta ve aile ile uygun hemşirelik görüşmeleri yapma konusunda sorumluluk alır
3. **Simülasyon Sonrası Katılımcıların/Öğrencilerden beklenenler**
   - Yaşam sonu bakım yeterliliklerinin belirlenmesine ilişkin soru formu (son test)
   - Simulasyon Etkinliği Ölçeği
4. **Standart Hasta Uygulama Odasının Hazırlanması**

   Kullanılacak simülasyon aracı: Standart Hasta

   Diğer Materyaller: Video kaydı, ses kaydı alınması

   Klinik: Tek kişilik hasta odası

   Yatak Tipi: standart hastane yatağı

   Vücut aksesuarları: IV uygulama alanı bir adet IV kateter (sol el üzerinde) 2 amp contromal (Tramadol) 8 saatte gidecek şekilde, lüzum hali parol flakon, aldolan IM üriner sonda, hasta başında baş örtüsü, hasta bilekliği,

   Vücut Pozisyonu: 2 yastık kullanılarak oluşturulan semi-fowler pozisyonu

   Makyaj: kol üzerinde morluklar

   Çevresel özellikler: Hatanın yatağının yanında refakatçi sandalyesi bulunmaktadır. Bir adet aile fotoğrafı bulunmaktadır. Hasta odasının ışıkları açıktır.

   Süre: Ön bilgilendirme: 5 dakika
   Uygulama :10-15 dakika
   Çözümleme: 30 dk

   Senaryoda Görev alacak kişiler

   Öğrenci hemşire
   Standart hasta

1

Hasta yakını

5. Öğrenci Ön Bilgilendirme

İyi günler dilerim. Ben Betül ÇAKMAK. Bugün sizlerle gerçekleştireceğimiz simülasyon uygulamasının sizlere katkı sağlayacağını düşünüyoruz. Bu uygulama ile yaşam sonu dönemde olan hastaya uygulanacak hemşirelik yaklaşımlarınız ve iletişim yeteneklerinizin geliştirilmesine katkı sağlamaktır. İletişim yeteneklerinizin artması hasta ve hemşirelik sürecine ilişkin olumlu duygularınızın da gelişmesini etkileyecektir. Ancak uygulama öncesinde sizleri birkaç önemli konu hakkında bilgilendirmek istiyorum. Palyatif Bakım kliniğinde Hemşire olarak görev yapmaktasınız. Senaryo uygulaması hemşirenin odaya girmesiyle başlayacaktır. Ayrıca simülasyon uygulama odası birazdan size tanıtılacak ve senaryonuz hakkında bilgi verilecektir. Tanıtım ve bilgilendirmenin ardından aşağıda öyküsü verilmiş olan ve bakımından sorumlu olduğunuz hastanın odasına gireceksiniz. Hasta ile geçireceğiniz zaman 10 dakika olup, bu süre boyunca hasta ile yaptığınız görüşmelerinizin ses analizi gerçekleştirilecek ve görüntünüz kayıt altına alınacaktır. Sizden beklenilen, hasta ile görüşmeniz sırasında hastanın hemşirelik bakım ihtiyacını sorgulamak ve uygun hemşirelik bakım yaklaşımlarını sunmaktır. Standart hasta uygulaması boyunca gerçekleştirdiğiniz uygulamalar, performansınızın değerlendirilmesi ve grup çözümlemeleri amacıyla kullanılabilecektir. Birlikte gerçekleştireceğimiz çözümleme oturumu yaklaşık 30 dakika sürecek ve sizinle tartışılacaktır. Çözümleme yapmamızın amacı senaryo üzerinden öğrenmenizi sağlamak ve fikirlerinizi paylaşmaktır. Bu aşamada sizlere senaryo uygulamanızın süreci hakkında sorular sorulacaktır.

Herhangi bir sorunuz var mı?

6. Öğrenciler için senaryo

Adı Soyadı: Aliye F.	Yaşı: 74	Cinsiyet: Kadın
	Kilo: 83 kg	Boy: 165 cm
	Medeni Durum: Evli	Meslek: Ev Hanımı

Hasta genel bilgisi
2018 yılı şubat ayında Multipl Myelom tanısı alan ve klinikte terminal dönem hastası olarak 2 gündür izlenen hastanın yatışından beri kontrol altına alınmayan ağrı, dispne, şikayetleri bulunmaktadır. Hastaya contramal başlanmış olup lüzum hali parol 400 mg/100ml(parasetamol) ve Morfin IV 30 mg eklenmiştir.
Ağrı puanı: 9-10 şeklinde ifade edilmiştir.

Özgeçmiş: HT (7 yıl), DM (20 YIL)
Soygeçmiş: Baba DM, Anne KKY, DM, Serviks CA
Alerjisi: -
Sürekli kullandığı ilaçlar: Olmetec Plus (2*8,5 mg/gün), Diamicron 2*60 mg, Humulin M (2*20 üni/sc), Kemoset (3*8 mg).

Senaryo: 2 Bölümden oluşacaktır.
1. **Bölüm (3 dakika):** Hemşirelik ekibinin hasta ve yakını ile tanışması, bu bölümde hemşireler hasta teslimi gerçekleştirecek, sorumlu hemşire tarafından hastanın bilgileri öğrenci ile paylaşılacaktır. Gerekli bilgilerin tamamlanması ile bu bölüm sona erecektir.
2. **Bölüm (10 dakika):** Hemşirenin hastanın odasına girmesi ile başlayacaktır. Hemşire hastası ile belirlediği problemleri hakkında konuşarak uygun iletişim tekniklerine dayalı hemşirelik yaklaşımlarını sergileyecektir.

Biyokimyasal Parametre Sonuçları

Biyokimya Sonuçları	Hasta Sonuçları	Referans Değerleri
Albumin	**2.80**	3.5-5.2
Kreatinin	**0.90**	0.51-0.95
Total Protein	**5.5**	6.4-8.3
BUN	11.49	8-23
Ürik asit	3.55	2.6-6
Na	127	136-146
Glomerüler Filtrasyon Hız	>60	
Glukoz (kan) açlık	280	
Glikozile Hemoglobin (HbA1c)	8.0	
Eritrosit	**3.0**	3.83-5.08

Tam Kan Sonuçları	Hasta Sonuçları	Referans Değerleri
Hemoglobin	**6**	11.7-15.5
Hematokrit	**26.5**	34.5-46.3
WBC	**15.5**	4.1-11.2
Plt	226	159-388

Nötrofil	**1.2**	1.8-6.4
Eozinofil	0.2	0.1-0.5
Bazofil	0	0-0.2
Lenfosit	**0.9**	1.2-3.6
Monosit	0.6	0.3-0.9

7. Senaryo bilgileri

Aliye Hanım 3 yıl önce halsizlik, ağrı, uykusuzluk şikayetleri ile hastaneye başvurmuştur. Yapılan fizik muayene ve tam kan sayımı, biyokimya, sitogenetik incelemeler, kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi sonucu Multipl Mylelom tanısını almıştır. (şubat, 2018). Önce 6 kür kemoterapi tedavisi alan hastanın tedavisine 2018 yılı sonunda kemoterapi semptomlarının etkileri nedeniyle ara verilmiştir. 2019 temmuz ayında ikinci kemoterapi tedavisine başlanmış ancak Aliye hanım protokolü tolere edememiş ve genel durumu kötüye gitmeye başlamıştır. Yaklaşık 7 ay önce kendi isteği ile kemoterapi tedavisine devam edilmeme kararı alınmıştır.

Hasta son 2 yılda 15 kilo ve son bir ayda yaklaşık 4 kilo vermiştir. Aliye Hanım 74 yaşındadır. Eşi ile yaşamaktadır. Aliye Hanımın 1 oğlu, iki kızı vardır. Aliye Hanımın hastanede yanında onun bakım sorumluluğunu üstlenen küçük kızı Esra hanım bulunmaktadır. Aliye hanımın eşi ise bu süreçte yalnız evlerinde yaşamaktadır. Esra Hanım eşi ve kızları ile kendi evlerinde yaşamakta olup ev hanımıdır. Annesinin ihtiyaçlarını karşılamak için çocuklarını bırakıp hastanede annesinin yanında kalmaktadır. Aliye Hanım palyatif bakım servisinde terminal bir hasta olarak takip edilmekte olup yatışından beri ağrı, halsizlik, dispne, şikayetleri kontrol altına alınamamıştır. Evde eşiyle yaşadığından dolayı bireysel hijyenini yeterli yerine getiremeyen hastaya, klinikte banyo bakımı verilmeye çalışılmış ama hasta kendisine dokunulduğu an ağlamaya başlamıştır. Temizlik süngerleri ile silme banyo yaptırılmıştır. Sürekli olarak ağrı şikayetini dile getirmektedir. Sözel olarak ağrısını 10 üzerinden 9-10 diyerek puanlamıştır. Kan glikozu ölçümleri sırasında parmaklarının çok acıdığını bildirmektedir. Uygulanan farmakolojik yaklaşımların ardından hastanın ağrı puanı azalmış (5) ve sürekli uyuma ihtiyacı hissetmiştir. Bu görüşme hasta ile 2. görüşmeniz olacaktır.

Standart hasta için hasta hikayesi

- Aliye Hanım 74 yaşındadır.
- 7 yıldır hipertansiyon hastasıdır.
- 20 yıldır Diyabet hastasıdır.
- 2018 yılı şubat ayında Multipl Myelom tanısı almıştır.

- 2018 yılı mart ayı birinci kemoterapi protokolü tedavisi başlanmış hasta talebiyle sonlandırılmıştır.
- 2019 temmuz ayı ikinci kemoterapi protokolü tedavisi başlanmış hasta semptomları tolere edemediği için sonlandırılmıştır.

8. **Standart hasta/yakını olarak yer alacak kişilerin rollerine yönelik bilgilendirme**

- Sorulan sorulara hem hastanın hem de kızının cevap vermesi beklenmektedir.
    - Hemşire hanım odaya girdiğinde kızı;
    - *'Merhaba hemşire hanım, annem uyuyor da şekerine filan bakacaksanız şimdi bakmasak olur mu'*

      Hemşire kızına hastanın nasıl bir gece geçirdiğini sorduğunda;
    - *Geldiğimiz günü düşünürsek oldukça oldukça iyiydi hemşire hanım anneme hangi ilacı yaptılarsa biraz iyi geldi galiba*
    - **Hemşirenin aile ile görüşmesi beklenir. Hemşire sessiz kaldığında:**

      Kızı:
- *Annemin gelmeden önce kabızlığı vardı şimdi de uyuyor hemşire hanım bu sorun olur mu?*
- *Annem ilk geldiğinde kliniğe siz de buradaydınız şimdi daha iyi değil mi?*
- *Anneciğimin ağrıları geçsin diye bende bir şeyler yapabilir miyim hemşire hanım? Ne önerirsiniz?*
- *Annemin sırtında bazı kızarıklıklar var hemşire hanım evine uğradığımda ağrıdığını söylemişti. Onlar nedir acaba?*

9.Çözümleme oturumu

1. Simülasyon deneyimi boyunca hangi duyguları hissettiniz?
2. Simülasyon eğitiminde yer almak sizi memnun etti mi?
3. Sizce uygulama süresince en iyi yaptığınız hemşirelik girişimi ne idi?
4. Simülasyon uygulaması boyunca hangi girişimi uygulamayı istediniz ancak gerçekleştiremediniz?
5. Simülasyon uygulaması boyunca hangi hemşirelik rollerini kullandınız?
6. Eğitim almamış ve uygulamaya katılmamış olsaydın ilk gerçek hasta deneyiminde ne hissederdiniz?

EK 18. Standart Hasta Temelli Klinik Senaryo Değerlendirme Formu

Saygıdeğer Hocam;

Aşağıda görüşlerinize sunulan değerlendirme formundaki maddeler standart hasta temellli olarak hazırlanan klinik senaryonun uygunluğunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Sizden istenilen her bir maddeyi "**amacına uygunluk**", yani "**Klinik senaryonun niteliğine yönelik uygunluğunu temsil etme**" durumlarına göre nicelendirmenizdir.

Eğer madde oluşturulan klinik senaryonun özelliğini net olarak belirten bir madde ise "**Çok İyi (4)**", madde konu kapsamında ve kabul edilebilir düzeyde klinik senaryonun özelliğini belirtiyorsa "**İyi (3)**", madde düzenlenmesi ya da değiştirilmesi gerekiyorsa "**Maddenin biraz düzeltilmeye ihtiyacı var ya da orta (2)**", madde klinik senaryonun içeriğinde yer almıyorsa "**Madde içeriği temsil etmez (1)**" seçeneklerini işaretleyiniz. Düzenleme gerektiren maddeler için önerilerinizi maddenin altında yer alan boşluğa yazabilirsiniz.

Saygılarımla.

	1	2	3	4
1. Kullanılan simülasyon yöntemi uygundur **Öneri:**				
2. Senaryoda uygulama aşamaları için ayrılan süreler belirlenmiştir (ön bilgilendirme, uygulama, çözümleme) **Öneri:**				
3. Öğrenme hedefleri, açık anlaşılır ve ulaşılabilirdir **Öneri:**				
4. Öğrenme Hedefleri 2-5 arasındadır. **Öneri:**				
5. Öğrenme hedefleri, uygulama yapılacak olan hedeflenen grubun öğrenim düzeyine uygundur. **Öneri:**				
6. Senaryoda yer alacak kişiler belirtilmiştir. **Öneri:**				
7. Öğrenci ön bilgilendirme bölümü açık ve anlaşılır ve yeterlidir. **Öneri:**				
8. Senaryo için seçilen konu hastanın tanısı ile uyumludur. **Öneri:**				
9. Öğrenciler için hazırlanan senaryo bilgileri yeterlidir. **Öneri:**				
10. Senaryo için seçilen konuya ilişkin oluşturulan şikayetler, hastanın tanısı ile uyumludur. **Öneri:**				

11. Hastanın açıklayıcı senaryo bilgileri yaşam sonu dönemdeki hasta özelliklerini içermesi açısından yeterlidir. **Öneri:**				
12. Senaryo, öğrencilerin iletişim, klinik karar verme ve akıl yürütme becerilerinin değerlendirilmesi açısından yeterlidir. **Öneri:**				
13. Çözümleme oturumu soruları açık ve anlaşılırdır. **Öneri:**				
14. Çözümleme oturumu soruları yeterlidir **Öneri:**				
15. Kolaylaştırıcı ön bilgilendirme, yönlendirme, senaryonun ve çözümleme oturumunun uygulanması sırasında yeterli düzeyde yönlendiricidir. **Öneri:**				

EK 19. Standart Hasta Temelli Klinik Senaryo Uzman Görüşü Sonuçları

Tablo 1. Senaryo 1-Ağrı Senaryosu uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	KGİ
S1	4	4	2	4	4	4	91,7
S2	4	4	4	3	4	4	95,8
S3	4	4	3	3	4	2	83,3
S4	4	4	3	3	4	2	83,3
S5	4	4	4	4	4	2	91,7
S6	4	4	4	3	4	3	91,7
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	4	4	4	4	100,0
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	3	3	4	4	4	4	91,7
S11	4	4	4	4	4	4	100,0
S12	4	4	4	4	4	4	100,0
S13	4	4	2	4	4	4	91,7
S14	4	4	4	3	4	4	95,8
S15	4	4	4	3	4	4	95,8

Senaryo 1 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 2. Senaryo 2-Bulantı-Kusma uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Uzman 6	KGİ
S1	4	4	4	3	4	3	91,7
S2	4	4	4	4	4	4	100,0
S3	4	4	4	4	4	4	100,0
S4	4	4	4	4	4	4	100,0
S5	4	4	4	4	4	4	100,0
S6	4	4	4	4	4	4	100,0
S7	4	4	4	4	4	4	100,0
S8	4	4	2	4	4	4	91,7
S9	4	4	4	3	4	4	95,8
S10	4	4	4	4	4	4	100,0
S11	4	4	4	4	4	4	100,0
S12	4	4	4	3	4	3	91,7
S13	4	4	4	4	4	4	100,0
S14	4	4	4	3	4	3	91,7
S15	4	4	4	4	4	4	100,0

Senaryo 2 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

Tablo 3. Senaryo 3-Ölüm Anksiyetesi uzman görüşlerinin dağılımı

Sorular	**Uzman 1**	**Uzman 2**	**Uzman 3**	**Uzman 4**	**Uzman 5**	**Uzman 6**	**KGİ**
S1	4	4	4	3	4	3	91,7
S2	4	4	4	3	4	4	95,8
S3	4	4	2	3	4	4	87,5
S4	4	4	4	3	4	4	95,8
S5	4	4	3	3	4	2	83,3
S6	4	4	3	3	4	2	83,3
S7	4	4	4	3	4	2	87,5
S8	4	4	4	3	4	3	91,7
S9	4	4	4	4	4	4	100,0
S10	4	4	4	4	4	4	100,0
S11	4	4	4	4	4	4	100,0
S12	4	4	4	4	4	4	100,0
S13	4	4	4	4	4	4	100,0
S14	4	4	4	4	4	4	100,0
S15	4	4	4	3	4	3	91,7

Senaryo 3 uzman görüşlerinin dağılımı tabloda verilmiştir.

EK 20. Yaşam Sonu Bakım Hemşireliği Eğitim Planı

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ PLANI

GÜN	SAAT	İÇERİK	EĞİTİM SÜRESİ, KULLANILACAK YÖNTEM-TEKNİKLER, ARAÇ GEREÇLER	HEDEFLER
1. GÜN	18:00-21:00	• **MODÜL-1 YAŞAM SONU BAKIM EĞİTİMİ** • Palyatif ve yaşam sonu Tanımı • Palyatif bakım Tarihçesi • Dünyada Palyatif bakım ve yaşam sonu bakım uygulamaları • Palyatif bakım hemşireliği eğitimi • PALYATİF BAKIMDA TÜRKİYE UYGULAMALARI VE ÖRNEKLERİ • **MODÜL-2 AĞRI YÖNETİMİ** • Yaşam sonu sürecinde hastalarda ağrının yeterli olarak kontrol altına alınmasındaki engeller, • Kapsamlı ağrı değerlendirmesinin bileşenleri • Ağrıyı hafifletmek için kullanılan farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler, • Yaşamın sonunda ağrı değerlendirmesi ve yönetimi ile ilgilenen hemşirenin rol ve sorumlulukları. • Vaka örneklerinin tartışılması	**Eğitim Süresi:** 60 dk. + 60 dk+.60 dk = 180 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası. **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi, video gösterimi.	• Palyatif bakımı tanımlar, • Palyatif bakım ve yaşam sonu dönemdeki hastalara yönelik dünya ve Türkiye uygulamalarını özetler, • Palyatif bakım hastalarında hemşirelik yaklaşımlarını öğrenme konusunda isteklilik duyar, • Yaşam sonu dönemde ağrısı olan hastanın klinik belirti ve bulgularını sayabilir, • Ağrının yeterli kontrol altına alınamama nedenlerini ifade eder, • Ağrı yönetiminde kullanılan yöntemleri öğrenmeye ilişkin sorumluluk alır • Ağrı yönetiminde hemşirenin rol ve sorumluluklarını açıklar, • Yaşam sonu sürecinde / palyatif süreçte hastalarda görülen yaygın semptomları tanımlar, • Yaşam sonunda görülen semptomların olası nedenlerini tanımlar, • Semptomların nasıl değerlendirileceğini sayar, • Yaşam sonunda semptomların azaltılması ya da önlenmesi için uygulamaları tanımlar,
	21:30-00:30	• **MODÜL-3 SEMPTOM YÖNETİMİ** • Solunum sistemi semptomları ve yönetimi • Gastrointestinal sistem semptomları ve yönetimi • Psikolojik semptomlar ve yönetimi • Yorgunluk / halsizlik, yaralar, nöbetler, uyku bozuklukları, lenfödem, ve acil durumlarda hasta yönetimi • **Video Gösterimi 1**: '*end of life belgeseli seçilen bir bölümü*' • **Vaka örnekleri sunumu ve tartışma**	**Eğitim Süresi:** 60 dk. + 60 dk + 60 dk. = 180 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, video gösterimi **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi	

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ PLANI

GÜN	SAAT	İÇERİK	EĞİTİM SÜRESİ, KULLANILACAK YÖNTEM-TEKNİKLER, ARAÇ GEREÇLER	HEDEFLER
2. GÜN	18:00-22:00	• **MODÜL-4 YAŞAM SONU BAKIMDA ETİK SORUNLAR** • Yaşam sonu dönem hasta bakımında, bakımın etik ve yasal yönleri, • Yaşam sonu dönemde hastaların hak ve talepleri • Türkiye de sık karşılaşılan etik ikilemler • Türkiye'de yaşam sonu kararları • Yaşamın sonunda bakım ve destek sağlamada hemşirenin rolleri ve sorumlulukları • **MODÜL-5 PALYATİF BAKIMDA KÜLTÜREL VE MANEVİ DURUMLAR** • Kültürel çeşitliliğe bakım, • Yetkin kültürel bakımda hemşirenin rol ve sorumlulukları, • Klinik uygulamada kültürel hususlar, • Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımında Görülen Kültürel Eşitsizlikler	**Eğitim Süresi:** 60 dk. + 60 dk+60 dk. = 180 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, video gösterimi **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi, eğitim kitapçığı, broşür.	• Yaşam sonu / palyatif bakım döneminde ortaya çıkabilecek etik sorunları ve ikilemleri tartışır, • Etik karar verme sürecinde hemşirenin spesifik rollerini tanımlar, • Etik ikilemlerin önlenmesindeki yönergeleri ve rollerini açıklar, • Yaşam sonu / palyatif bakım ikilemlerini ele alırken kullanılan etik ilkeleri, vaka analizi ve etik komitelerin kullanımına yönelik modeller dahilinde uygular. • Yaşam boyu kültür ve maneviyatın palyatif bakım üzerindeki etkisinin boyutlarını tanımlar, • Hayatı tehdit eden hastalıklarla karşı karşıya olan hastaların kültürel ve manevi değerlendirmesini yapar, • Kültürel ve manevi çeşitliliğe saygı duymada disiplinler arası bakımın değerini kabul eder. • Palyatif / yaşam sonu bakımda interdisipliner ekip, hasta ve aileyle gerçekleştirilen iletişimin önemini tanımlar, • Palyatif bakım ortamında iletişimi etkileyen üç faktörü ifade eder, • Kötü haberlerin iletilmesindeki önemli faktörleri açıklar,
		• **MODÜL-6 PALYATİF BAKIMDA İLETİŞİM** • İletişime genel bakış • Hemşirenin hasta ve ailesi ile iletişimde temel rol ve sorumlulukları • İletişim bariyerleri • Ekip içi iletişim	**Eğitim Süresi: 6**0 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin	

		• **Vaka örnekleri sunumu** • **Video Gösterimi 2**: *'End of life belgeseli seçilen bir bölümü'*	fırtınası, video gösterimi **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi,	• Hastanın / ailelerin sağlık profesyonellerinden beklediği iletişim özelliklerini belirler.

YAŞAM SONU BAKIM HEMŞİRELİĞİ EĞİTİMİ PLANI

GÜN	SAAT	İÇERİK	EĞİTİM SÜRESİ, KULLANILACAK YÖNTEM-TEKNİKLER, ARAÇ GEREÇLER	HEDEFLER
3. GÜN	18.00-20.00	• **MODÜL-7 KAYIP, KEDER, YAS** • Kayıp tanımı, • Keder tipleri • Yaşamı Tehdit Eden Hastalığın, Sosyal İyilik Durumu Üzerindeki Etkileri • Yaşamı Tehdit Eden Hastalığın, Cinsel Yaşama Üzerindeki Etkileri • Yas/Keder Sürecinde Aileyi Etkileyen Faktörler • Yas ve kederin değerlendirilmesi • Hemşirelik yaklaşımları	**Eğitim Süresi: 6**0 dk. + 60 dk. = 120 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası, video gösterimi **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti, ses sistemi, eğitim kitapçığı, broşür.	• Kayıp, keder, yas ve tutma kavramlarını tanımlar, • Keder türleri arasındaki ayrımı yapar, • Keder/Yas sürecinde hemşirenin görevlerini tanımlar, • Kederi kolaylaştırmak için uygun olabilecek müdahaleleri sıralar, • Ölüm farkındalığını tanımlar, • Hemşirenin baş etme sürecinde yardımcı olabilmesi için erişebileceği destek sistemlerini tanımlar. • Ölmek üzere olan bir hastayı değerlendirir ve ölmekte olan sürecin beş fiziksel işaretini ve semptomunu listeler, • Ölmek üzere olan bir hasta ve ailesi için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal bakım ihtiyaçlarını ve müdahaleleri değerlendirir, • Bir hastanın ölümünü çevreleyen palyatif bakım hemşiresinin rolünü tartışır
	20.30-21.30	• **MODÜL-8 SON SAATLER** • Yaşam Sonu Dönemde Beslenme ve Hidrasyon • Yaklaşan Ölümle İlgili Sık Görülen Belirtiler • Ölmek Üzere Olan Hasta İçin İşaretler, Semptomlar ve Hemşirelik Müdahaleleri • Ölüm nöbeti	**Eğitim Süresi:** 60 dk. **Kullanılacak Yöntem ve Teknikler**: Anlatma yöntemi, slayt sunumu, tartışma yöntemi, soru-cevap yöntemi, beyin fırtınası **Kullanılacak Araç-Gereçler:** Bilgisayar, projeksiyon aleti	

EK.27. Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı Verilerinin Sunulması

Müdahale ve kontrol Grubu Hemşirelik Öğrencilerinin Modifiye Simülasyon Etkililik aracı (MSEA) Puanları ve Sıralı Ölçümleri Arasındaki Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi

MSEA	**Müdahale grubu (n=25)**		**Kontrol grubu (n=25)**		**İstatistiksel analiz* Olasılık**
Süreç	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	**$\bar{X} \pm S.S.$**	**Medyan [Min-Max]**	
MSEA - toplam					
1.ölçüm	84,04±8,71	85,0 [59,0-95,0]	82,52±8,69	83,0 [60,0-95,0]	Z=-0,661 p=0,509
2.ölçüm	85,60±9,37	90,0 [60,0-95,0]	82,52±8,69	83,0 [60,0-95,0]	Z=-1,459 p=0,145
Analiz	Z=1,309		t=0,000		
Olasılık	p=0,190		p=1,000		
Ön bilgilendirme					
1.ölçüm	9,32±1,41	10,0 [4,0-10,0]	9,48±0,71	10,0 [8,0-10,0]	Z=-0,462 p=0,644
2.ölçüm	9,58±0,96	10,0 [7,0-10,0]	9,48±0,71	10,0 [8,0-10,0]	Z=-1,129 p=0,259
Analiz	Z=-0,920		Z=0,000		
Olasılık	p=0,357		p=1,000		
Öğrenme					
1.ölçüm	20,80±3,41	21,0 [11,0-25,0]	20,12±2,89	20,0 [14,0-25,0]	Z=-0,927 p=0,354
2.ölçüm	21,48±2,65	22,0 [17,0-25,0]	20,12±2,89	20,0 [14,0-25,0]	t=1,734 p=0,089
Analiz	Z=-1,295		t=0,000		
Olasılık	p=0,195		p=1,000		
Güven					
1.ölçüm	30,44±3,59	31,0 [23,0-35,0]	29,92±4,31	31,0 [20,0-35,0]	Z=-0,283 p=0,777
2.ölçüm	30,96±4,53	33,0 [18,0-35,0]	29,92±4,31	31,0 [20,0-35,0]	Z=-1,123 p=0,262
Analiz	Z=-0,684		Z=0,000		
Olasılık	p=0,494		p=1,000		
Çözümleme					
1.ölçüm	23,48±1,96	25,0 [19,0-25,0]	23,00±2,25	24,0 [18,0-25,0]	Z=-0,815 p=0,415
2.ölçüm	23,60±2,59	25,0 [15,0-25,0]	23,00±2,25	24,0 [18,0-25,0]	Z=-1,765 p=0,078
Analiz	Z=-0,896		Z=0,000		
Olasılık	p=0,370		p=1,000		

*Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Paired-Sample" test (t-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Wilcoxon" test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tabloda Müdahale ve kontrol grubu hemşirelik öğrencilerinin MSEA puanları ve sıralı ölçümleri arasındaki puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Gruplara göre 1 ve 2.ölçüm MSEA- toplam puan, ön bilgilendirme, öğrenme, güven ve çözümleme alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Müdahale grubundakilerin süreçlere göre MSEA- toplam puan, ön bilgilendirme, öğrenme, güven ve çözümleme alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Kontrol grubundakilerin süreçlere göre MSEA- toplam puan, ön bilgilendirme, öğrenme, güven ve çözümleme alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

EK 28. Çözümleme Oturumuna İlişkin Verilerinin Sunulması

Çözümleme Oturumuna İlişkin Veriler

Birinci Simülasyon Uygulaması Sonrasında Öğrenci Görüşlerine İlişkin Veriler

Birinci simülasyon uygulamasının ardından öğrenci gruplarıyla gerçekleştirilen çözümleme oturumlarında öğrencilerin standart hasta ile yaptıkları uygulama süresince edindikleri deneyim ve görüşlerini aktarmaları istenmiştir;

- Öğrenciler uygulama süresince en sık olarak; üzüntü, stres, heyecan, tedirginlik, korku, çaresizlik, belirsizlik, yetersizlik duygularını hissettiklerini belirtmişlerdir.
- Öğrencilerin tamamı simülasyon uygulamasına katıldıkları için memnun olduklarını ifade etmişlerdir.
- Öğrencilerin uygulama sırasında en iyi yaptıklarını düşündükleri girişimlerin, hastanın yanında olduğunu hissettirmek, onunla empati yapabilmek, hastanın bilgi eksikliğini gidermek, hastanın ailesini bakım sürecine dahil etmek olduğu ifade edilmiştir.
- Öğrencilerin uygulama sırasında yeterli seviyede yapamadıklarını düşündükleri girişimler; ağrı yönetimi, yatak içi egzersizler, iletişim yetersizliği, hastaya temas edememek olarak belirtilmiştir.
- Öğrenciler uygulama boyunca en çok eğitici, araştırmacı, savunucu, destekleyici, danışmanlık rollerini kullandıklarını ifade etmişlerdir.
- Öğrencilerin büyük çoğunluğu yaşam sonu bakım eğitimi ve standart hasta uygulamasının kendilerini bakım verme konusunda daha yeterli hale getirdiğini ve derse entegre olmasını istediklerini belirtmişlerdir.

'Palyatif bakım hemşireliği zorunlu bir ders olmalı ve bu uygulamalar derslere entegre edilmelidir'

'Aldığımız eğitim ve uygulama sonrasında bile kendimi hala yetersiz hissediyorum. Eğitim almasaydım çok daha kötü olurdum'

'Eğitim almamış olsaydım hastanın yanına gidemeyebilirdim'

'Ölmek üzere olan hastayla ilgili bu kadar az şey bildiğime inanamıyorum'

'Her ders için bu uygulama olmalı'

'İyileyeşemeyecek bir hastaya bakım vermek çok zor. Bu nedenle bu eğitimi almanın ilerisi için ne kadar önemli olduğunu daha iyi anlıyorum'

'Farklı bir uygulamayla hemşirelik eğitimi almak eğlenceliydi'

'Bu kadar gerçeğe yakın bir hasta olacağını düşünmemiştim.'

İkinci Simülasyon Uygulaması Sonrasında Müdahale Grubu Öğrencilerinin Görüşlerine İlişkin Veriler

İkinci simülasyon uygulamasının ardından müdahale grubundaki öğrencileri ile gerçekleştirilen çözümleme oturumlarında öğrencilerin ikinci standart hasta ile yaptıkları uygulama süresince edindikleri deneyim ve görüşlerini aktarmaları istenmiştir;

- Öğrenciler uygulama süresince en sık olarak; kendinden daha emin, kararlı, bilgili, çekingenlik duygularını hissettiklerini belirtmişlerdir.
- Öğrencilerin büyük çoğunluğu ikinci standart hasta uygulamasının kendilerini daha donanımlı hale getirdiğini ilk uygulamaya göre daha az korku hissettiklerini ancak hastanın ihtiyaçlarını daha nitelikli olarak öngörebilmek için daha fazla eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir.