



**PALYATİF BAKIM HEMŞİRELERİNİN AĞRI
TEDAVİSİNİN ETİK BOYUTU HAKKINDAKİ BİLGİ VE
FARKINDALIK DÜZEYİ**

Özge KIVANÇ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Adli Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Runida DOĞAN**

Yüksek Lisans Tezi -2025

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

**PALYATİF BAKIM HEMŞİRELERİNİN AĞRI TEDAVİSİNİN ETİK BOYUTU
HAKKINDAKİ BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYİ**

Özge KIVANÇ

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Adli Hemşirelik Yüksek Lisans Programı**

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Runida DOĞAN**

**Tez Jüri Üyeleri
Prof. Dr. Rukuye AYLAZ
Doç. Dr. Runida DOĞAN
Doç. Dr. Dilek GÜNEŞ**

Bu araştırma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TYL-2024-3580 proje numarası ile desteklenmiştir.

**MALATYA
2025**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak Doç. Dr. Runida DOĞAN danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Palyatif Bakım Hemşirelerinin Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyi” başlıklı yüksek lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

16/07/2025

Özge KIVANÇ
İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
TABLolar LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.1. Palyatif Bakım Tarihçesi.....	3
2.1.2. Palyatif Bakımda Sık Yaşanan Semptomlar ve Yönetimi	4
2.1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım.....	6
2.1.4. Palyatif Bakım Hizmetlerinde Hemşirelik Rollerini.....	6
2.2.1. Ağrının Değerlendirilmesi	7
2.2.2. Palyatif Bakımda Ağrı	8
2.2.3. Palyatif Bakımda Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü	8
2.3. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu	9
2.3.1. Hemşirenin Ağrı Yönetiminde Etik İlke ve Değerleri	9
3. MATERYAL VE METOT	11
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	11
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	11
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	11
3.4. Veri Toplama Araçları	11
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	11
3.4.2. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu	11
3.5. Verilerin Toplanması	12
3.6. Verilerin Analizi	12
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	12
4. BULGULAR.....	14
5. TARTIŞMA	19
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	26
KAYNAKLAR	27
EKLER.....	38

EK-1. Özgeçmiş	38
EK-2. Etik Kurul Onay Formu.....	39
EK-3. Kişisel Bilgi Formu	40
EK-4. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu.....	41



TEŐEKKÖR

Bu tez çalıőmasının planlanması, yűrűtűlmesi ve tamamlanması sűrecinde ilgi, bilgi ve deneyimlerini paylaőan, her aőamada yapıcı gűrűő ve űnerileriyle yolumu aydınlatan, akademik geliőimime űnemli katkılarda bulunan saygıdeęer danıőman hocam Doç. Dr. Runida DOęAN’a en içten teőekkűrlerimi sunarım.

Ayrıca, araőtırmamın saha uygulamasına gűnűllű olarak katılan ve Adana il ve ilçelerinde bulunan palyatif bakım kliniklerinde űzveriyle gűrev yapan, mesleki deneyimleri ve katkılarıyla çalıőmamın deęer kazanmasına vesile olan tűm emektar hemőirelerimize içtenlikle teőekkűr ederim. Ailem baőta olmak űzere varlıklarıyla bu sűreci anlamlı kılan tűm kiői ve kurumlara őűkranlarımı sunarım.

Özge KIVANÇ

ÖZET

Palyatif Bakım Hemşirelerinin Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Hakkındaki Bilgi ve Farkındalık Düzeyi

Amaç: Bu araştırma, palyatif bakım hemşirelerinin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının incelenmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın evrenini Adana il ve ilçelerinde palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturdu. Araştırma Kasım 2023 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında tamamlandı. Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu ve Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 26 paket programı kullanıldı. Araştırmada Helsinki Bildirgesi'ne uyuldu. Araştırma 144 hemşire ile tamamlandı.

Bulgular: Hemşireler Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu'ndan ortalama 8.69 ± 2.02 (orta) puan aldı. Formda en çok doğru cevaplanan 2 ifade “Hastalar ağrı tedavisine ilişkin seçenekler hakkında bilgilendirilmelidir” ve “Uygulanan ağrı tedavisine ait olası yan etkiler hastaya açıklanmalıdır” oldu. Araştırma sonucunda, ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında daha önce eğitim almış olan hemşirelerin daha yüksek puan aldıkları saptandı($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucuna göre palyatif bakım hemşirelerinin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalığı orta düzeydedir. Lisans eğitiminde ve hizmet içi eğitimlerde ağrı tedavisinin etik boyutuna daha fazla yer verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, Ağrı, Hemşire, Etik

ABSTRACT

Palliative Care Nurses' Level of Knowledge and Awareness of the Ethical Dimensions of Pain Treatment

Purpose: This study was conducted to examine the knowledge and awareness of palliative care nurses about the ethical dimension of pain treatment. The study is descriptive in type.

Material and Method: The population of this descriptive study consisted of nurses working in palliative care units in the province and districts of Adana. The study was completed between November 2023 and July 2025. Data were collected using a Personal Information Form and the Ethical Dimensions of Pain Management Knowledge and Awareness Questionnaire. The SPSS 26 software package was used to analyze the data. The study adhered to the Declaration of Helsinki. The study included 144 nurses.

Findings: Nurses received an average score of 8.69 ± 2.02 (moderate) on the Questionnaire on the Ethical Dimensions of Pain Management. The two most correctly answered statements on the form were "Patients should be informed about pain management options" and "Possible side effects of the applied pain management should be explained to the patient." The study found that nurses who had previously received training on the ethical dimension of pain management received higher scores ($p < 0.05$).

Conclusion and recommendations: According to the study results, palliative care nurses' knowledge and awareness of the ethical aspects of pain management are at a moderate level. It is recommended that greater emphasis be placed on the ethical aspects of pain management in undergraduate and in-service training.

Keywords: Palliative care, Pain, Nurse, Ethics

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
NSAİİ	: Steroid Olmayan Anti-İnflamatuar İlaçlar
TDK	: Türk Dil Kurumu



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sekil No **Sayfa No**

Şekil 4.1. Ağrı tedavisinin etik boyutu bilgi ve farkındalık soru formu maddelerine verilen cevapların dağılımı 16



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Dünya ülkelerinde palyatif bakım uygulamaları (40)	5
Tablo 2.2. Ağrı tanılama ölçekleri (59,60)	7
Tablo 4.1. Hemşirelere ait sosyodemografik özellikler.....	14
Tablo 4.2. Ağrı tedavisinin etik boyutu bilgi ve farkındalık soru formuna verilen cevapların dağılımı.....	15
Tablo 4.3. Ağrı tedavisinin etik boyutu bilgi ve farkındalık soru formu puanının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırması	17
Tablo 4.4. Ağrı tedavisinin etik boyutu bilgi ve farkındalık soru formu toplam puan ortalaması	18

1. GİRİŞ

Palyatif bakım, hastalığın tamamen iyileştirilmesinin mümkün olmadığı veya yaşamı tehdit eden hastalıkların ilerlemiş dönemlerinde uygulanan bir yaklaşımdır. Palyatif bakımın temel amacı, hastaların yaşam kalitesini artırmak ve acılarını mümkün olduğunca hafifletmektir (1, 2). Palyatif bakım ünitelerine genellikle tıbbi tedavilerin hastalığı iyileştirme potansiyelini kaybettiği ancak semptomların kontrol altına alınmasının hâlâ önemli olduğu dönemlerdeki hastalar kabul edilmektedir (2-5).

Palyatif bakım hastalarında sık yaşanan semptomlar; bulantı ve kusma, nefes darlığı, yorgunluk, halsizlik, iştahsızlık ve yutma güçlüğü vb. dir. Ayrıca hastalarda anksiyete, depresyon, ölüm korkusu, varoluşsal sorgulamalar ve sosyal izolasyon gibi psikolojik ve manevi sıkıntılar da yaygın olarak görülmektedir. Ağrı ise palyatif bakım hastalarının en sık yaşadığı semptomdur (6, 7). Ağrı, sadece fiziksel bir belirti değil, aynı zamanda hastanın psikolojik, sosyal ve manevi durumunu da etkileyen çok boyutlu bir olgudur (8, 9). Tedavi edilmeyen ağrı, birçok fizyolojik problemi beraberinde getirmekle birlikte; hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkileyerek uyku düzeni bozuklukları, iştah kaybı gibi fizyolojik sorunlara, anksiyete, depresyon, öfke gibi psikolojik rahatsızlıklara, sosyal izolasyon, yalnızlık, dikkat eksikliği ve hafıza problemleri gibi bilişsel işlev bozukluklarına yol açabilmektedir (4, 7).

Günümüzde tüm teknolojik gelişmelere, artan bakım ve tedavi seçeneklerine rağmen ağrı tedavisinde yetersizlikler olduğu belirtilmektedir. Bu yetersizlikler noktasında ağrı yönetiminin en baştan doğru ve etkin planlanmasında hemşirenin etik yükümlülükleri devreye girmektedir (8). Etik yükümlülükleri, hemşirelik mesleğinin kendi dinamiklerinden kaynaklanmakta ve insanı merkeze alan bir disiplin olmasından ileri gelmektedir. Bu çerçevede, bireyin haklarının korunması, insan onurunun ihlal edilmemesi ve zarar görmemesi temel kıstastır. Hemşirenin ağrı yönetimindeki profesyonel duruşu, girişimleri yönlendirme yeteneği ve sağlık ekibi içindeki etkinliği, hastanın en insani bakımı almasını sağlamada kritik bir rol oynamaktadır (9). Hemşirenin ağrı yönetiminde etik yükümlülükleri; insani ve kaliteli bakım verme, ağrıyı dindirme, hasta hakları savunuculuğu, hastayı bilgilendirme, onam alma ve gizliliği koruma başlıklarında şekillenmektedir (7). Bu bağlamda hemşire, ağrı yönetiminde sahip olduğu etik duyarlılık, yeterlilik ile hastanın ağrısının hafifletilmesini ve en insani bakımı almasını sağlamalıdır (10, 11). Ağrı yönetiminde etik sorumluluklar ve hasta hakları göz

önünde bulundurulmalı, her hasta için bireyselleştirilmiş ağrı tedavi planları oluşturulmalıdır (6, 7).

Tüm bu nedenlerle hemşirelerin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında literatür incelenmiş ve konu hakkında yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma ağrı semptomu ile en çok karşılaşan palyatif bakım hemşirelerinin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalıklarını incelemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım Kavramı

Palyatif bakım yaşamı tehdit eden hastalıklarda hasta ve ailesine yönelik; ağrı ve diğer sorunların erken tanınmasıyla fiziksel, psikososyal ve ruhsal gereksinimlerin karşılandığı, acı çekmenin önlenmesi ve yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen bir yaklaşım olarak belirtilmektedir (12, 13). Odak noktası yaşam süresinden çok yaşam kalitesini artırmak olmaktadır ve ölümün kaçınılmaz olduğu durumlarda hasta ve ailesine rahatlatıcı ve destekleyici önlemler alınmaktadır (14-16). Palyatif bakım, yalnızca terminal dönem hastalar için değil, yaşamın her evresinde ve her yaş grubunda ihtiyaç duyulan bütüncül bir yaklaşım olmaktadır. Hasta ve ailelerinin konfor ve destek almasını sağlamakta; yaşamın sonu hakkında açık iletişimi teşvik etmektedir (15, 17). Sadece fiziksel semptom kontrolüyle sınırlı kalmayıp, psikolojik ve ruhsal gereksinimlere de odaklanarak hastanın ve ailesinin bu zorlu süreçle başa çıkmasını kolaylaştırmaktadır (3, 4).

2.1.1. Palyatif Bakım Tarihçesi

Palyatif bakımın kökeni, Roma dönemine kadar uzanmaktadır (17, 18). 11. yüzyılda ise ölümcül hastalıklara yakalanan kişilere gönüllüler ve din adamları tarafından sağlanan bakım hizmetleri, palyatif bakımın erken örneklerini oluşturmaktadır. Bu dönemde, Latince “misafir” anlamına gelen “hospis” terimiyle ifade edilen uygulamalar, temel bakım prensiplerinin oluşmasında etkili olmuştur (19). 1842 yılında Fransa’da kurulan palyatif bakım merkezi, bu alanın kurumsallaşmasında ilk girişimlerden biri olarak kabul edilmektedir. 1960’larda Amerika ve Avrupa’da gelişen modern hospis hareketi, bu temeller üzerine inşa edilmiştir (19, 20). Modern palyatif bakımın öncüsü kabul edilen Dr. Cicely Saunders, 1967’de Londra’da kurduğu Saint Christopher Hospisi ile alanda çığır açmıştır. Saunders, ölümcül hastalıklara sahip bireylerin ağrı ve semptomlarının yönetilmesine odaklanan kapsamlı bir model geliştirmiştir (21). İngiltere’de başlayan bu uygulama, 1975’te Kanada’da Royal Victoria Hastanesi’nde ve 1983’te Almanya’da Köln Üniversitesi’nde de yaygınlaşmıştır (20, 22). Türkiye’de ilk palyatif bakım girişimi, 1993’te Türk Onkoloji Vakfı’nın kurduğu Kanser Bakımevi ile olmuştur. 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 12 odalı yeni bir merkez açılmıştır (23, 24). 2010 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı, evde sağlık

hizmetlerini başlatmış ve bu süreçte palyatif bakımı sağlık sistemine entegre etmiştir. Ayrıca Türkiye için uygun bir model oluşturmak amacıyla Palya-Türk projesi geliştirilmiştir (25-27).

2.1.2. Palyatif Bakımda Sık Yaşanan Semptomlar ve Yönetimi

Palyatif bakım hastalarında semptom yönetimi, yaşam kalitesini artırmak açısından kritik öneme sahiptir (28, 29). Palyatif bakım hastalarında yorgunluk, %65-75; bulantı-kusma, %50-60; nefes darlığı, %50 oranında görülmektedir. Kabızlık, iştahsızlık, uyku bozuklukları ve psikolojik semptomlar da sıkça gözlemlenmektedir (30, 31).

Ağrı: Uzun süreli ağrı, psikolojik motivasyonu zayıflatmakta ve tedaviye uyumu azaltmaktadır. Bu nedenle, ağrının etkin yönetimi palyatif bakımın temel önceliğidir. Farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler, hem fiziksel hem de psikolojik konforu sağlamada etkili olmaktadır (32).

Solunum Sıkıntısı (Dispne): Dispne günlük aktiviteleri sınırlamakta, bağımsızlığı azaltmaktadır. Tedavide opioidler, benzodiazepinler, solunum egzersizleri ve pozisyon değişiklikleri etkili olmaktadır (30, 32).

Halsizlik ve Yorgunluk: Sürekli bitkinlik hissi, hastaların hareket kabiliyetini azaltmakta, kas atrofisine yol açmaktadır. Yorgunluk, depresyon ve anksiyete riskini artırmakta; dengeli beslenme, egzersiz ve psikososyal destekle semptomlar hafifletilmeye çalışılmaktadır (5, 30).

Bulantı ve Kusma: Kemoterapi, opioid kullanımı ve gastrointestinal sorunlara bağlı olarak gelişir. Beslenmeyi olumsuz etkiler, dehidrasyon ve elektrolit dengesizliklerine yol açar. Antiemetik tedavi ve diyet düzenlemeleri önemlidir (6, 32).

Kabızlık ve İshal: Opioid kullanımı, hareketsizlik ve enfeksiyonlar sonucu ortaya çıkar. Her iki durum da yaşam kalitesini düşürür. Diyet, sıvı alımı ve uygun ilaçlarla yönetim sağlanmaktadır (7, 33).

Ağız Kuruluğu (Kserostomi): Opioid ve kemoterapi kaynaklıdır. Yutma güçlüğü ve enfeksiyon riskine yol açar. Sıvı alımı, ağız hijyeni ve tükürük uyarıcılar ile yönetilir (34).

Uyku Bozuklukları: Uykusuzluk, depresyon ve anksiyeteyi tetiklemekte, günlük yaşamı olumsuz etkilemektedir. Uyku hijyeni ve farmakolojik destek faydalıdır (33, 35, 36).

Psikolojik Semptomlar: Anksiyete, depresyon, uyku sorunları ve deliryum yaygındır. Psikososyal destek ve terapi gerektirir (37). DSÖ, semptom kontrolünü etik sorumluluk olarak tanımlamaktadır (34).

Etkili semptom yönetimi, multidisipliner ekip çalışması ile mümkün olmakta ve bu süreçte hemşirelerin bilgi ve değerlendirme becerileri kritik rol oynamaktadır (38-40).

Tablo 2.1. Dünya ülkelerinde palyatif bakım uygulamaları (40)

Gruplar	Özellikler	Ülkeler
Grup 1 ülkeler	Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen ülkeler. Palyatif bakım hizmeti yoktur.	Afganistan, Kore, Senegal, Türkmenistan, Yemen, Zimbabve, Özbekistan gibi
Grup 2 ülkeler	Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen sınırlı olan ülkeler. Palyatif bakım servisleri çoğunlukla büyük şehirlerde, hastane bazlı çalışmaktadır.	Bolivya, Filipinler, Haiti, Vietnam
Grup 3 ülkeler	Sadece lokalize hospis-palyatif bakım yapılanları olan ülkeler	Arap Emirlikleri, Birleşik Arap Emirlikleri, Ülke genelinde sınırlı palyatif bakım yapılan ülkeler. Az sayıda Brezilya, İran, Irak, lokalize kliniklerde, sınırlı Meksika, Moldova, kapasitede palyatif bakım hizmeti Rusya, Tayland, Tunus, verilmektedir. Venezuela, Vietnam, Yunanistan gibi
Grup 3A ülkeler	Lokalize palyatif bakım hizmetleri sunan ülkeler. Genel sağlık sistemi ile entegre edilmiş, finansmanı genel ve özel sağlık sigortası kaynaklarından karşılanmaktadır.	Arjantin, Bosna-Hersek, Hırvatistan, Hindistan, Kıbrıs, Litvanya, Malta, Nepal, Portekiz, Türkiye gibi
Grup 3B ülkeler	Sağlık sistemi ile entegre hospis-palyatif bakım servisleri olan ülkeler. Palyatif bakım hizmetleri çeşitli olup yaygındır. Sağlık sisteminde yerleşmiş ve tüm toplumda palyatif bakım bilincine sahip.	Çin, Danimarka, Finlandiya, İsrail, Kenya, Kosta Rika
Grup 4 ülkeler	Sağlık sistemi ile entegre hospis-palyatif bakım servisleri olan ülkeler	Almanya, Avustralya, ABD, Fransa, Hong Kong, İngiltere, İrlanda, İzlanda, İsviçre, İsviçre, hizmetleri sunulmakta, etkin bir şekilde uygulanmaktadır. İtalya, Japonya, Kanada, Norveç, Romanya, Singapur, Uganda
Grup 4A ülkeler		
Grup 4B ülkeler		

Tablo 2.1, dünya ülkelerinde palyatif bakım uygulamalarının erişim düzeyi ve sağlık sistemine entegrasyonuna göre gruplandırıldığını göstermektedir (40). Grup 1 ülkeleri palyatif bakım hizmetlerinin bulunmadığı ülkeleri kapsarken, Grup 4 ülkeleri ise

yaygın ve etkin palyatif bakım hizmetleri sunan ülkeleri içermektedir. Tablo 2.1’de dünya genelinde farklı ülkelerde palyatif bakım uygulamalarının durumu sınıflandırılmıştır ve bu gruplar özellikleri ile birlikte açıklanmıştır (40-42). Kaynakların çoğu Kuzey Amerika’da bulunurken, Afrika’da yalnızca %1.5’i kullanılmaktadır (43, 44).

2.1.3. Türkiye’de Palyatif Bakım

Türkiye’de sağlık sistemine entegre edilmiş kapsamlı bir palyatif bakım hizmeti sunulmaktadır (45). Palyatif bakım hizmetlerinin Türkiye’deki tarihi, 2006 yılına dayanmaktadır. İlk hospis girişimi, Ankara’da onkoloji hastanesine yakın bir evde 12 odalı bir bakım merkezi olarak kullanıma açılmıştır. 2010 yılında ise Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde hastane temelli palyatif bakım merkezi kurulmuş, bu süreçte onkoloji uzmanları, fizyoterapistler, hemşireler, psikologlar, din görevlileri ve sosyal gönüllülerden oluşan bir ekip hizmet sunmaya başlamıştır (46). 2014 yılında, T.C. Sağlık Bakanlığı’nın “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergesi” yürürlüğe girmiştir. Bu yönergeyle, yaşamı tehdit eden hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan sorunlarla mücadele eden hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla palyatif bakım birimlerinin kurulması, işleyişi, fiziksel koşulları ve gerekli standartları belirlenmiştir. Ayrıca, 2015 yılında yataklı tedavi kurumlarındaki palyatif bakım hizmetlerini yeniden yapılandırmak amacıyla yeni bir yönetmelik daha yürürlüğe girmiştir (47). 2023 yılı itibarıyla, Türkiye genelinde 437 palyatif bakım merkezinde hizmet verilmektedir (46, 47).

2.1.4. Palyatif Bakım Hizmetlerinde Hemşirelik Roller

Palyatif bakım sürecinde hemşirelerin rolleri oldukça kapsamlıdır. Hemşireler, hastaların ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlarını düzenli olarak değerlendirir ve farmakolojik ya da non-farmakolojik yöntemlerle bu semptomları hafifletmeye çalışmaktadır (17, 48, 49). Örneğin, solunum sıkıntısı yaşayan bir hastaya pozisyon değişikliği, oksijen tedavisi veya gevşeme teknikleri uygulanabilmektedir. Aynı şekilde, bulantı, iştahsızlık ve yorgunluk gibi belirtilerin yönetimi de hemşirelerin aktif görev alanına girmektedir (49). Hemşireler, sadece fiziksel değil, aynı zamanda hastaların duygusal, sosyal ve manevi gereksinimlerine de duyarlıdır. Korku, kaygı, depresyon gibi duyguların fark edilmesi ve empatik bir yaklaşımla karşılanması, palyatif bakımın temel bileşenlerinden biridir (47, 50). Aktif dinleme ve güven odaklı iletişim yoluyla hem hasta hem de aileleri desteklenmektedir. Hastaların manevi ihtiyaçları da göz ardı edilmemekte;

hemşireler, bireyin inançlarına ve değerlerine saygı göstererek anlamlı bir bakım süreci sunmaktadır (50). Eğitim de hemşirelerin önemli sorumluluk alanlarından biridir. Hastalığın seyri, semptomlar ve bakım yöntemleri hakkında hasta ve yakınlarını bilgilendirerek onların bakım sürecine etkin katılımını sağlamaktadırlar (49, 50). Aynı zamanda, hemşireler tedavi kararlarında bilinçli tercihlerin yapılabilmesi için gerekli rehberliği sunmaktadır (49, 50). Multidisipliner ekip içinde koordinasyon sağlayan hemşireler, hekimler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarıyla iş birliği yaparak bütüncül bir bakımın sürekliliğini sağlamaktadır (51, 52). Etik değerlere bağlı olarak, hastaların mahremiyeti, özerkliği ve onuru korunmakta; hemşireler bu süreçte savunucu bir rol üstlenmektedir (36, 52). Bu savunuculuk rolü, hemşirelerin hasta haklarını koruma, haksız uygulamalara karşı duyarlılık geliştirme ve hasta-merkezli bakım sunmalarını içermektedir (2, 15, 17). Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte, hemşirelerin bu alandaki etkinliği artmakta ve sağlık sistemi içindeki konumları daha da güçlenmektedir (49, 50, 52).

2.2. Ağrı

Ağrı, karmaşık bir kavram olması sebebiyle etkin bir şekilde değerlendirilmeli ve yönetilmelidir (53-56).

2.2.1. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı ölçümünde hem tek boyutlu hem de çok boyutlu ölçekler etkili bir biçimde kullanılmaktadır (57, 58).

Tablo 2.2. Ağrı tanılama ölçekleri (59,60)

Tek Boyutlu Ölçekler	Çok Boyutlu Ölçekler
Sözel Değerlendirme Ölçekleri	McGill Melzack Ağrı Soru Formu/Anketi
Yüz İfadesi Ölçeği	Dartmouth Ağrı Skoru Formu/Anketi
Kart Tansif Yöntemi	West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
Burford Ağrı Termometresi (BAT)	Karşıt Yöntem Karşılaştırması
Analog Renkli Devamlı Ölçek	Hatırlayıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
Sayısal Değerlendirme Ölçekleri	Davranış Modelleri
Basit Kelime Ölçeği	Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	Ağrı Algılama Profili

Ağrının değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın yöntemler arasında yüz ifadeleri, sözel kategori, sayısal ve görsel analog ölçekler yer almaktadır (59, 60). Yüz

ifadeleri ölçeği, özellikle çocuklar ve iletişim güçlüğü çeken bireyler için ideal olup, ağrının derecelerini yüz mimikleriyle tanımlamaya olanak tanımaktadır. Kronik ağrının daha kapsamlı değerlendirilmesi amacıyla McGill Melzack Ağrı Anketi gibi çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır. Bu anket, ağrıyı duysal, duygusal ve değerlendirici boyutlarda tanımlamaya yardımcı olmakta; süresi, sıklığı ve etkileyen faktörleri içermektedir (61-63).

2.2.2. Palyatif Bakımda Ağrı

Kanser ve birçok farklı hastalık, özellikle ileri evrelerde, kontrolü güç orta ve şiddetli ağrılara yol açmaktadır (64, 65). Araştırmalar, ileri evre kanserli hastaların %60-90'ının bu tür ağrıları deneyimlediğini göstermektedir (8, 66, 67). Palyatif bakımda, yaşamın son dönemlerinde artan ağrı sıklığı, sağlık hizmeti sunucularının etkili ve güvenli ağrı yönetimi stratejileri geliştirmesini gerekli kılmaktadır (68-70). Kanser ve kronik hastalıklardaki artış kansere bağlı ağrının da yaygınlaşacağına işaret etmekte ve etkin ağrı yönetiminin önemini daha da artırmaktadır (7, 71). Ağrı yönetimi, yalnızca fiziksel bir müdahale süreci olmayıp, ağrının neden olduğu psikososyal ve ruhsal etkilerin de ele alınmasını içeren bütüncül bir yaklaşımdır (66, 68, 72). Ancak ağrı yönetimi çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Hastalarda ve ailelerde ağrının hastalığın doğal bir parçası olduğu yönündeki yanlış inanışlar, analjezik korkusu, iletişim eksiklikleri ve sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliği bu süreci zorlaştırmaktadır (71, 73, 74). Ayrıca, opioid analjeziklere yönelik sınırlı erişim ve yan etkileri hakkındaki önyargılar da yönetimi olumsuz etkilemektedir (75-77). Türkiye'de Hasta Hakları Yönetmeliği, hastaların acılarının giderilmesini temel bir insan hakkı olarak tanımlamaktadır (78-80). Palyatif bakım kapsamında, ağrının şiddeti, lokal etkileri ve hastanın yaşam kalitesi üzerindeki yansımaları birlikte değerlendirilmelidir (76, 81, 82). Ağrısını ifade edemeyen hastalarda ise taşikardi, kas gerginliği, hiperventilasyon ve uyku bozuklukları gibi belirtiler ağrının dolaylı göstergeleri olarak izlenebilir (83-86).

2.2.3. Palyatif Bakımda Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, ağrı yönetiminde kritik bir role sahip olup, bu konuda etik bir sorumluluk taşımaktadırlar (68). Hastalarla sürekli iletişim hâlinde olan hemşireler, onların ağrı geçmişlerini, baş etme stratejilerini ve kişisel deneyimlerini öğrenerek bu bilgileri tedavi sürecine yansıtabilmektedirler (87-90). Hemşirelerin bilgi düzeyleri ve tutumları, ağrı yönetimindeki başarılarını doğrudan etkilemektedir (87). Bireyin ağrı

algısı; yaş, kültürel yapı, psikolojik durum gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, bireyin bilişsel düzeyine ve tercihinine uygun değerlendirme araçlarını kullanmaları gerekmektedir (91-93). Ayrıca hemşireler, hastaların analjeziklere yönelik yanlış inançlarını düzeltmekte ve ilaçlara ilişkin kaygıları gidermede savunucu rol üstlenmektedirler (69). Psikolojik ve fiziksel tedaviler gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanması da hemşirelerin bağımsız rollerini güçlendirmektedir (38, 68).

2.3. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu

Türk Dil Kurumu (TDK), etiği “çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü” olarak tanımlamakta olup, bu tanım etiğin meslekler arası ilişkileri ve profesyonel davranışları düzenleyen bir rehber niteliği taşıdığını göstermektedir (5). Ayrıca etik kavramı, köken olarak Yunanca “ethos” kelimesinden türemiş olup toplumların ve meslek gruplarının ortak karakteristik değerlerini ifade etmektedir (94). Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinde etik, bireysel ve toplumsal ahlaki normların birleşiminden doğan bir sistem olarak, sağlık çalışanlarının özellikle ağrı yönetiminde hasta haklarını gözetmesini ve tıbbi kararlarını etik ilkeler doğrultusunda şekillendirmesini sağlamaktadır (95, 96). Etik yaklaşım, ağrı çeken bireylerin yalnızca fizyolojik değil, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla da ele alınmasını gerektirerek, insan onuruna saygıyı merkeze alan bir bakım anlayışını desteklemektedir (96).

2.3.1. Hemşirenin Ağrı Yönetiminde Etik İlke ve Değerleri

Etik, hemşirelik mesleğinde temel bir rehber niteliğinde olup, hemşirelerin klinik karar alma süreçlerinde ve hasta bakımına yönelik uygulamalarında ahlaki bir pusula işlevi görmektedir (97, 98). Hemşirelik mesleğinde etik uygulamaların çerçevesini belirleyen yedi temel etik ilke bulunmaktadır. Bunlar; özerklik, adalet, zarar vermeme, yarar sağlama, dürüstlük, gizlilik ve sadakattir. Bu ilkeler, hemşirelerin hasta bakımı sırasında nasıl hareket etmeleri gerektiğini ve sağlık hizmetlerinde etik duyarlılığı nasıl geliştireceklerini belirlemektedir (68).

- **Özerklik**, bireylerin sağlık kararlarını kendi değerleri doğrultusunda alabilmelerini güvence altına almaktadır (36, 78). Hemşirelerin, hastaları bilgilendirmesi, onam alması ve tercihlerini dikkate alarak bakım sunması etik bir sorumluluktur (35). Örneğin, ameliyat öncesi bir hastaya prosedürün riskleri ve alternatifleri hakkında bilgi verilmesi, hastanın bilinçli karar verebilmesi

açısından önemlidir (98, 99). Ayrıca, kültürel ve dini inançların sağlık kararları üzerindeki etkisi dikkate alınmalı; kan naklini reddeden bir bireye alternatif tedavi seçeneklerinin sunulması gibi uygulamalar, özerkliğe saygının göstergesidir (15, 17, 34, 100).

- **Adalet ilkesi**, sağlık hizmetlerine eşit erişimi savunmaktadır. Hemşireler, kaynakları adil biçimde dağıtmalı ve sosyoekonomik engellere rağmen herkesin eşit bakım almasını sağlamalıdır (100, 101). Özellikle yaşlılar, engelliler ve kronik hastalar gibi özel grupların ihtiyaçları gözetilerek bireyselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmelidir (102-105).
- **Zarar vermeme ve yarar sağlama ilkesi**, Zarar vermeme, hastaya zarar verebilecek uygulamalardan kaçınılmasını ve güvenli yöntemlerin tercih edilmesini gerektirmektedir (93, 97). Yararlılık ilkesi ise, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyilik halinin korunmasını hedeflemektedir (90, 92). Ağrı kontrolü, semptom yönetimi, psikolojik destek ve tamamlayıcı uygulamalar bu ilkenin uygulama alanlarıdır (88, 89).
- **Mahremiyet ilkesi**, hastaların kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliğini korumayı esas almakta olup, hem etik hem de yasal bir zorunluluktur (68, 101). Özellikle HIV ve kanser gibi hassas durumlarda, bilgilerin yalnızca yetkili sağlık çalışanlarıyla paylaşılması büyük önem taşımaktadır (101, 106-108). Mahremiyet, sadece veri gizliliğini değil, hastanın fiziksel ve duygusal sınırlarının korunmasını da içermektedir (93, 109).

Etik karar verme süreci, özellikle palyatif bakımda sık karşılaşılan bir durumdur. Yaşam desteğinin sonlandırılması veya tedavi reddi gibi kararlar, özerklik ile tıbbi gereklilikler arasında çatışma yaratabilmektedir (97, 101).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma palyatif bakım hemşirelerinin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının incelenmesi amacı ile tanımlayıcı tipte yapıldı.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Adana il ve ilçelerinde palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturdu. Adana il ve ilçelerinde 144 palyatif bakım hemşiresi çalışmaktadır. Bu çalışmanın örnekleme power analiz ile belirlendi. G*power 3.1 programı kullanılarak yapılan hesaplama göre; 0.28 etki büyüklüğünde, 0.05 yanılma payında, 0.95 güven düzeyinde, 0.95 evreni temsil gücüyle örneklem büyüklüğü en az 129 olarak belirlendi. Araştırmacının çabası ile evrenin tamamına ulaşıldı.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Adana il ve ilçelerinde sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde görev yapan palyatif bakım hemşirelerini kapsadı. Araştırma Kasım 2023 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında tamamlandı.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu ve Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu kullanıldı.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan formda toplam 9 soru bulunmaktadır. Formda hemşirelerin; yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, toplam çalışma yılı, palyatif bakımda çalışma süresi, palyatif bakım konusunda sertifikalı olup olmadığı, ağrı tedavisi hakkında eğitim alıp almadığı ve ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında eğitim alıp almadığı sorgulanmaktadır (9, 27, 39).

3.4.2. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan form, 14 ifadeden oluşmaktadır. Verilen ifadeler “doğru”, “yanlış” ve “fikrim yok” şeklinde cevaplanmaktadır. Bu

ifadelerin 6'sı yanlış, 8'i doğru ifadelerdir. Formun puanlanmasında doğru ifadelere "1" puan; "yanlış" ya da "fikrim yok" şeklinde yanıtlanan ifadelere de "0" puan verilmektedir. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu'nda, alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 14'dür (9, 12, 110, 111). Formun oluşturulmasında doktora derecesine sahip üç uzmandan görüşü alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler birinci araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırmacı ilgili hastanelerin palyatif bakım ünitelerine giderek, kliniklerde çalışan hemşirelerle tanıştı ve araştırma hakkında bilgi verdikten sonra araştırmaya katılan hemşirelerin sözlü onamlarını aldı. Kişisel bilgi formu ve Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formunda yer alan soruları hemşirelere sorarak kayıt altına aldı. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürdü.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizleri SPSS (Statistical Program in Social Sciences) 26 programı ile gerçekleştirildi. Araştırmadan elde edilen verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnow Testi ile kontrol edildi. Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi p değeri 0.05 olarak alındı. Değişkenlerde gruplara göre normal dağılım sağlanmadığı için ($p > 0.05$) analize parametrik olmayan test yöntemleri ile devam edildi. Bağımsız ikili gruplarda karşılaştırmalar; normallik varsayımı sağlanmadığı için Mann Whitney U testi ile yapıldı. Bağımsız çoklu gruplarda karşılaştırmalar ise Kruskal Wallis testi analizi yapıldı. Fark bulunan değişkenlerde karşılaştırma sayısının artmasına bağlı olarak p değeri artacağından Bonferroni düzeltmeli p değeri kullanıldı ve "(0.05/ikili karşılaştırma)" ile hesaplandı (112). Anket güvenilirliği için Cronbach's α katsayısı kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapıldı. Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yürütüldüğü ilin İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni ve üniversitenin Etik Kurulu'ndan 12.12.2023 tarihli, 2023/5311 karar numarası ile etik kurul izni alındı. Araştırmaya katılan hemşirelerden sözlü onam alınarak; hemşirelerin kendilerine ait bilgilerinin başkaları ile paylaşılmayacağı, araştırmaya katılmakta özgür oldukları ve istedikleri zaman araştırmadan

ayrılacakları konusunda bilgilendirildi. Bu sayede “gizlilik” ve “bilgilendirilmiş onam” etik ilkelerine uyulmuş oldu.



4. BULGULAR

Palyatif bakım hemşirelerinin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1’de sunuldu.

Tablo 4.1. Hemşirelere ait sosyodemografik özellikler

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Yaş	18-35	89	61.8
	36 ve üzeri	55	38.2
Cinsiyet	Kadın	112	77.8
	Erkek	32	22.2
Eğitim Durumu	Lise	10	6.9
	Lisans	127	88.2
	Yüksek lisans	7	4.9
Medeni Durum	Evli	95	66.0
	Bekar	49	34.0
Toplam Çalışma Yılı	1-5 yıl	25	17.4
	6-10 yıl	54	37.5
	11-20 yıl	51	35.4
	21 yıl ve üzeri	14	9.7
Palyatif Bakımda Çalışma Yılı	1-5 yıl	116	80.6
	6-10 yıl	21	14.5
	11 yıl ve üzeri	7	4.9
Sertifika Sahibi Olma Durumu	Var	26	18.1
	Yok	118	81.9
Ağrı Eğitimi Alma Durumu	Var	34	23.6
	Yok	110	76.4
Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Hakkında Eğitim Alma Durumu	Var	19	13.2
	Yok	125	86.8
Toplam		144	100.0

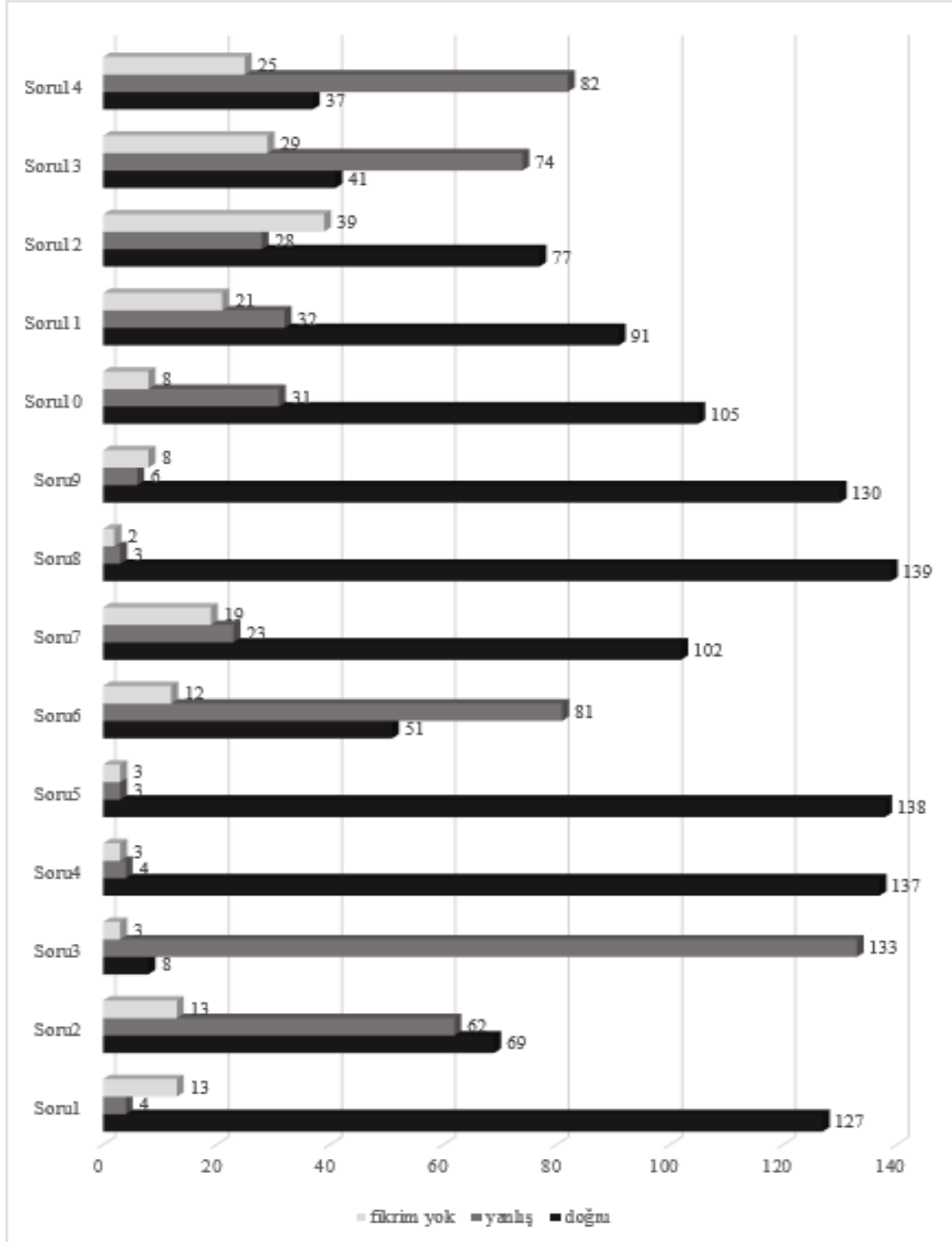
Hemşirelerin %61.8’inin 18-35 yaş aralığında, %77.8’inin kadın, %88.2’sinin lisans mezunu ve %66’sının evli olduğu saptandı. Araştırma sonucunda hemşirelerin %37.5’inin 6-10 yıl arasında deneyimine sahip olduğu, %80.6’sının 1-5 yıl aralığında palyatif bakım ünitesinde çalışmakta olduğu, %81.9’unun herhangi bir sertifikaya sahip

olmadığı, % 76.4'ünün ağrı hakkında eğitim almadığı ve %13.2'sinin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında eğitim almadığı belirlendi.

Tablo 4.2. Ağrı tedavisinin etik boyutu bilgi ve farkındalık soru formuna verilen cevapların dağılımı

Soru	Cevap	Sayı	Yüzde
Hastaların deneyimlediği ağrının yönetimi etik bir yükümlülüktür(D).	Doğru	127	88.2
	Yanlış	4	2.8
	Fikrim yok	13	9.0
Hastalar bazen yanlış beyanda bulunabildikleri için ağrı ifadesi olan her hastanın “ağrı yaşıyor olduğu” kabul edilmemelidir(Y).	Doğru	69	47.9
	Yanlış	62	43.1
	Fikrim yok	13	9.0
Bireyin “sözsüz” ifadeleri ağrının varlığı konusunda bir gösterge değildir(Y).	Doğru	8	5.5
	Yanlış	133	92.4
	Fikrim yok	3	2.1
Hasta reddettiği analjezi uygulamalarının yapılmaması durumunda doğacak sonuçlar hakkında bilgilendirilmelidir(D).	Doğru	137	95.1
	Yanlış	4	2.8
	Fikrim yok	3	2.1
Uygulanan ağrı tedavisine ait olası yan etkiler hastaya açıklanmalıdır(D).	Doğru	138	95.8
	Yanlış	3	2.1
	Fikrim yok	3	2.1
Hastanede tedavi görüyor olan hastalar ağrı tedavisine yönelik her girişimi kabul etmiş olmaktadır(Y).	Doğru	51	35.4
	Yanlış	81	56.3
	Fikrim yok	12	8.3
Ağrı gidermede nonfarmakolojik yöntemleri kullanmak hemşire için etik bir yükümlülüktür(D).	Doğru	102	70.8
	Yanlış	23	16.0
	Fikrim yok	19	13.2
Hastalar ağrı tedavisine ilişkin seçenekler hakkında bilgilendirilmelidir(D).	Doğru	139	96.5
	Yanlış	3	2.1
	Fikrim yok	2	1.4
Hemşire ağrı yönetiminde hastanın değerlerini göz önünde bulundurarak bir bakım sunmalıdır(D).	Doğru	130	90.3
	Yanlış	6	4.2
	Fikrim yok	8	5.5
Hastanın ağrı yönetiminde tedavi amacı ile kullanılacak her girişim için onayı alınmalıdır(D).	Doğru	105	72.9
	Yanlış	31	21.5
	Fikrim yok	8	5.6
Ağrı deneyimleyen hastaya düşük dozlarda analjezik uygulamak tercih edilmelidir(Y).	Doğru	91	63.2
	Yanlış	32	22.2
	Fikrim yok	21	14.6
Opioid tedavisi alan hastalar yalnızca ilgili sağlık profesyoneli tarafından bilinmelidir(D).	Doğru	77	53.5
	Yanlış	28	19.4
	Fikrim yok	39	27.1
Ağrının kökeninin majör bir psikiyatrik bozukluk olduğunun belirlenmesi durumunda diğer hastalar bu konuda uyarılmalıdır(Y).	Doğru	41	28.5
	Yanlış	74	51.4
	Fikrim yok	29	20.1
Ağrı yönetimini şefkat temelli	Doğru	37	25.7

gerçekleştirmek ağrı yönetiminde	Yanlış	82	56.9
etkisizlik oluşturur(Y).	Fikrim yok	25	17.4
Toplam		144	100.0



Şekil 4.1. Ağrı tedavisinin etik boyutu bilgi ve farkındalık soru formu maddelerine verilen cevapların dağılımı

Tablo 4.2’de Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu’na verilen cevapların dağılımı sunuldu. Hemşirelerin %88.2’si “Hastaların deneyimlediği ağrının yönetimi etik bir yükümlülüktür” ifadesini doğru bulduğunu belirtti. “Hastalar bazen yanlış beyanda bulunabildikleri için ağrı ifadesi olan her hastanın “ağrı yaşıyor olduğu” kabul edilmemelidir” ifadesi %47.9 oranında doğru bulundu. “Bireyin sözsüz ifadeleri ağrının varlığı konusunda bir gösterge değildir” ifadesine hemşirelerin % 92.4’ü yanlış cevabını verdi. “Hasta reddettiği analjezi uygulamalarının yapılmaması durumunda doğacak sonuçlar hakkında bilgilendirilmelidir” ifadesi %95.1 oranında doğru bulundu. “Uygulanan ağrı tedavisine ait olası yan etkiler hastaya açıklanmalıdır” ifadesi % 95.8 oranında doğru kabul edildi. “Hastanede tedavi görüyor olan hastalar ağrı tedavisine yönelik her girişimi kabul etmiş olmaktadır” ifadesi hemşirelerin %56.3’ü tarafından yanlış bulundu. Hemşirelerin %70.8’i “Ağrı gidermede nonfarmakolojik yöntemleri kullanmak hemşire için etik bir yükümlülüktür” ifadesinin doğru olduğunu düşünüyordu. “Hastalar ağrı tedavisine ilişkin seçenekler hakkında bilgilendirilmelidir” ifadesini hemşirelerin %96.5’i doğru buldu. “Hemşire ağrı yönetiminde hastanın değerlerini göz önünde bulundurarak bir bakım sunmalıdır” ifadesini hemşirelerin %90.3’ü doğru buldu. Hemşirelerin %72.9’u “Hastanın ağrı yönetiminde tedavi amacı ile kullanılacak her girişim için onayı alınmalıdır” ifadesinin doğru olduğunu düşünüyordu. “Ağrı deneyimleyen hastaya düşük dozlarda analjezik uygulamak tercih edilmelidir” ifadesi %63.2 oranında, “Opioid tedavisi alan hastalar yalnızca ilgili sağlık profesyoneli tarafından bilinmelidir.” ifadesi ise %53.5 oranında doğru bulundu. “Ağrının kökeninin majör bir psikiyatrik bozukluk olduğunun belirlenmesi durumunda diğer hastalar bu konuda uyarılmalıdır” ifadesi %51.4, “Ağrı yönetimini şefkat temelli gerçekleştirmek ağrı yönetiminde etkisizlik oluşturur” ifadesi ise % 56.9 oranında yanlış bulundu.

Tablo 4.3. Ağrı tedavisinin etik boyutu bilgi ve farkındalık soru formu puanının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırması

Değişkenler	Gruplar	Ort ± ss	M (Min - Max)	Test	p Değeri
Yaş	18-35	8.6 ± 1.93	9(0-13)	2267.000 ^a	0.452
	36-53	8.85 ± 2.18	9(4-13)		
Cinsiyet	Kadın	8.62 ± 2	9(0-13)	1660.000 ^a	0.520
	Erkek	8.97 ± 2.13	9(4-13)		
Eğitim Durumu	Lise	8.8 ± 1.99	8.5(6-12)	3.412 ^b	0.182
	Lisans	8.6 ± 2	9(0-13)		
	Yüksek lisans	10.29 ± 2.21	10(7-13)		
Medeni Durum	Evli	8.48 ± 2.09	8(0-13)	1969.500 ^a	0.126
	Bekâr	9.1 ± 1.85	9(4-13)		
Toplam Çalışma Yılı	1-5 yıl	8.28 ± 2.46	8(0-11)	0.993 ^b	0.803
	6-10 yıl	8.63 ± 1.75	9(4-12)		

	11-20 yıl	8.88 ± 2.15	9(4-13)		
	21 yıl ve üzeri	9 ± 1.8	9.5(6-12)		
Palyatif Bakımda Çalışma Yılı	1-5 yıl	8.57 ± 2.02	9(0-12)		
	6-10 yıl	9.33 ± 2.08	9(6-13)	1.227 ^b	0.542
	11 yıl ve üzeri	8.86 ± 1.95	8(7-12)		
Sertifikaya Sahip Olma Durumu	Var	9.04 ± 1.89	9(6-13)	1427.000 ^a	0.573
	Yok	8.62 ± 2.06	9(0-13)		
Ağrı Eğitimi Alma Durumu	Var	9.26 ± 1.88	9(6-13)	1537.000 ^a	0.113
	Yok	8.52 ± 2.05	9(0-13)		
Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Hakkında Eğitim Alma Durumu	Var	10 ± 1.89	10(7-13)		
	Yok	8.5 ± 1.98	8(0-13)	702.000 ^a	0.004*

Ort; ortalama. ss; standart sapma. M; Medyan. a; Mann Whitney U Test Değeri. b; Kruskal Wallis Test Değeri. *p<0.05; gruplar arasında istatistiksel farklılık vardır.

Tablo 4.3’de Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu puanı toplam puan ortalamasının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırması verildi. Araştırma sonucunda Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu toplam puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, toplam çalışma yılı, palyatif bakımda çalışma yılı, sertifikaya sahip olma durumu ve ağrı eğitimi alma durumu arasında istatistiksel önemli farklılık olmadığı belirlendi(p>0.05). Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu toplam puan ortalaması ile ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak önemli fark olduğu saptandı (p<0.05).

Tablo 4.4. Ağrı tedavisinin etik boyutu bilgi ve farkındalık soru formu toplam puan ortalaması

Değişken	Ort ± ss	Min-Max	Cronbach’s α
Puan	8.69 ± 2.02	0-14	0.701

Ort; ortalama. ss; standart sapma

Tablo 4.4’te Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu toplam puan ortalaması verildi. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu için alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 14’dür. Hemşireler bu soru formundan ortalama 8.69 ± 2.02 puan almışlardır. Bu nedenle konu hakkında orta düzeyde bilgi ve farkındalığa sahip oldukları söylenebilir.

5. TARTIŞMA

Ağrı: öznel, ölçülmesi zor ve dışarıdan bakanlar tarafından anlaşılması zor bir kavramdır. Farmakolojik ve teknolojik gelişmelere rağmen ağrı tedavisinde hala eksikliklerin olduğu, ağrının çoğu zaman etkin bir şekilde yönetilemediği belirtilmektedir (110). Hasta haklarının önde gelen basamaklarından biri olan ağrı yönetiminin etik boyutunun, klinik veya farmakolojik boyut kadar yüksek bir öncelikte ele alınması zorunludur Şiddetli ve giderilemeyen ağrı, hastanın bakımla ilgili karar alma yeteneğini engeller. Ağrı yaşayan hastalar çeşitli nedenlerle özerkliklerini feda etme riskiyle karşı karşıyadır. Yoğun ve amansız ağrıyla birleşen bu tehdit, herkesi başa çıkma ve cesaretle kaosa ve umutsuzluğa sürükleyebilir, bakımları hakkında bilinçli kararlar alma yeteneklerini ellerinden alabilir ve savunmasızlıklarını artırabilir (110). Ağrı şikayetinin en sık yaşandığı birimlerin başında gelen palyatif bakımlarda çalışan hemşirelerin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının incelendiği bu araştırmanın sonuçları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırma sonucunda hemşirelerin %88.2'si “Hastaların deneyimlediği ağrının yönetimi etik bir yükümlülüktür” ifadesine doğru diyerek doğru cevabı verdi (Tablo 4.2). Ağrı yönetimini konu alan ilgili birçok kaynak ağrı yönetiminin etik bir yükümlülük olduğunu vurgulamaktadır (9, 113). Araştırma sonucu, palyatif bakım hizmeti sunan hemşirelerin, hastaların ağrısız bir yaşam sürme hakkını temel bir etik sorumluluk olarak gördüklerini ortaya koyması açısından oldukça önemli ve umut vericidir. Ağrı yönetiminin etik bir yükümlülük olarak kabul edilmesi, hemşirelerin klinik becerilerinin yanı sıra mesleki etik ilkeler doğrultusunda hareket ettiğini de göstermektedir.

Bu araştırmada “Hastalar bazen yanlış beyanda bulunabildikleri için ağrı ifadesi olan her hastanın “ağrı yaşıyor olduğu” kabul edilmemelidir” ifadesini hemşirelerin yaklaşık yarısı “doğru” bularak yanlış cevaplandırmıştır (Tablo 4.2). Arlı'nın cerrahi hastaları ile yaptığı bir çalışmada hastaların %11.3'ü, hemşirelerin beyan ettikleri ağrıya inanmadığını belirtmiştir (114). Yapılan bir başka araştırmada ise; hemşirelerden hastanın ağrısının gerçek olduğuna dair şüphelerini 1 (asla) ile 5 (tutarlı) arasında bir ölçek kullanarak belirtmeleri istenmiş ve bu ifade 2.26 oranında puan almıştır (110). LeBaron da hemşirelerin ağrıya inanmama eğiliminde olduklarını vurgulamıştır (115). Oysa ki ağrı yönetiminde en kritik konu hastanın ağrı ifadesine inanılmasıdır (113, 116, 117). McCaffery'nin de önemle vurguladığı gibi; hasta “ağrım var” diyorsa ağrısı vardır (116-

119). Araştırma sonucu hemşirelerin önemli bir bölümünün hastanın ağrı ifadesine inanmadığını göstermesi açısından olumsuz olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte bu konudaki farkındalığın eksik olduğu ve bu tür durumların etik olarak nasıl ele alınması gerektiği konusunda daha fazla eğitime ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bu bulgu, hemşirelerin bazı durumlarda hastanın ağrı ifadesine önyargılı yaklaşıtlarını veya ağrıyı abartılı ifade edebileceği inancına sahip olabildiklerini göstermektedir. Palyatif bakım bağlamında saygı, empati ve güvene dayalı iletişimin, ağrı yönetiminin temelini oluşturduğu unutulmamalıdır. Bu bulgu, hemşirelerin etik bilgi düzeylerinin artırılmasının yanı sıra, ağrıya dair önyargısız bir yaklaşımın geliştirilmesine yönelik hizmet içi eğitim programlarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Araştırma sonucunda hemşirelerin tamamına yakını “Bireyin ‘sözsüz’ ifadeleri ağrının varlığı konusunda bir gösterge değildir” ifadesine yanlış diyerek doğru cevap vermiştir (Tablo 4.2). Hastalar ağrının varlığını sözlü olarak ifade etmediğinde veya edemediğinde ağrı değerlendirmesinde zorluklarla karşılaşılabilir ve ağrının varlığını doğrulamak için başka yöntemler kullanılmalıdır. Hasta davranışlarının gözlemlenmesi ağrı değerlendirmesi için önemli bir yaklaşımdır. Birçok davranışsal ağrı değerlendirme ölçeğinde ağrının varlığını/yokluğunu ölçmek için yüz ifadeleri vücut hareketleri, kas gerginliği ve seslendirmenin değerlendirilmesi kullanılmaktadır (116, 117). Sözsüz iletişimin ağrının varlığını anlamadaki rolüne dair olan bu bilginin yüksek oranda doğru yanıtlanmış olması hemşirelerin ağrıyı doğru değerlendirmesi ve yönetebilmesi açısından oldukça olumlu bir sonuçtur. Bu bulgu, hemşirelerin yalnızca hastanın sözel ifadelerine değil, aynı zamanda yüz ifadesi, beden duruşu, hareketler, huzursuzluk gibi sözel olmayan göstergelere de dikkat ettiklerini ve bütüncül bir değerlendirme yaklaşımı benimsediklerini göstermektedir.

Bu araştırmada “Hasta reddettiği analjezi uygulamalarının yapılmaması durumunda doğacak sonuçlar hakkında bilgilendirilmelidir” ifadesine hemşirelerin tamamına yakını doğru diyerek doğru yanıtlamıştır (Tablo 4.2). Hastayı bilgilendirmek özerkliğe saygı ilkesinin en önemli koşullarından biridir. Bir bireyin özerk kararlar alıp uygulamalar yapabilmesi için içinde bulunduğu durumla ilgili bilgiye sahip olması gerekir. Hemşirenin görevlerinden biri de bu bilgiyi hastaya vermek ve onu karar vermesine yardımcı olacak şekilde aydınlatmaktır (9, 120). Ayrıca bilgi verilirken dürüst, merhametli ve empatik olunmalı, zaman ayırmalı, dinlemeli, umut vermeli, alternatif tedavi yolları anlatılmalıdır. Güvenilir, bilgili, saygılı, yardımsever ve ulaşılabilir olunmalıdır. Hemşire bu sayede hastayı bilgilendirme ödevini yerine getirmiş olacaktır

(121). Ağrı konusunda bilgilendirilen hastaların daha az ağrı deneyimlediği de vurgulanmaktadır (122). Etik açıdan değerlendirildiğinde, hastanın tedaviyi reddetme hakkı olduğu gibi; bu tercihin olası sonuçları hakkında açık ve anlaşılır bir biçimde bilgilendirilmesi de hemşirenin temel sorumlulukları arasındadır. Dolayısıyla bu araştırma sonucu, araştırmaya katılan hemşirelerin etik ilkelere dayalı bir profesyonel yaklaşım sergilediklerini ve hasta özerkliği ve bilgilendirme yükümlülüğü konularında yüksek düzeyde farkındalık taşıdıklarını göstermektedir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin tamamına yakını “Uygulanan ağrı tedavisine ait olası yan etkiler hastaya açıklanmalıdır” ifadesine doğru diyerek doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.2). Her hastanın ağrısının giderilmesi ile ilgili kendisine uygulanan girişimin bileşenlerini olası risklerini, yararlarını varsa alternatiflerini tam olarak bilmeye hakkı vardır. Bilgilendirme yapılırken hastaların sosyokültürel özellikleri göz önünde bulundurulmalı ve tıbbi terminoloji kullanılmamalıdır (9, 122). Bu bağlamda hemşirelerin tamamına yakınının konu hakkında doğru bilgiye sahip olması sevindiricidir. Palyatif bakım sürecinde hastaların çoğu, birden fazla ilaç ve girişimle karşı karşıya kalmakta olup, bu süreçte tedaviye ait yan etkilerin açıklanması, özerklik, doğruluk ve zarar vermeme ilkeleri çerçevesinde etik bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır. Araştırmada palyatif bakım hemşirelerinin tamamına yakınının “Uygulanan ağrı tedavisine ait olası yan etkiler hastaya açıklanmalıdır” ifadesini doğru bulması hasta hakları konusunda duyarlı olduklarını ve etik hemşirelik uygulamalarına bağlı olduklarını göstermektedir. Palyatif bakım hemşirelerinin bu etik sorumluluğun farkında olmaları, hasta güvenliğine ve hasta katılımına verdikleri önemi göstermektedir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin yaklaşık yarısı “Hastanede tedavi gören hastalar ağrı tedavisine yönelik her girişimi kabul etmiş olmaktadır” ifadesine yanlıştır diyerek doğru cevaplamıştır (Tablo 4.2). Akın da çalışmasında hastanede tedavi gören hastaların ağrı tedavisine yönelik her girişimi kabul etmiş olmadıklarını vurgulamaktadır (9). Ancak hemşirelerin yarısına yakınının konu hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Bu olumsuz sonuç hemşirelerin konu hakkında bilgilendirilmeleri gerektiğini düşündürmektedir. Etik açıdan değerlendirildiğinde, bir hastanın hastaneye yatışı, otomatik olarak tüm tıbbi girişimlere rıza verdiği anlamına gelmemektedir. Tüm tedavi ve girişimler için ayrıca bilgilendirme yapılmalı ve hastanın rızası alınmalıdır. Ayrıca, klinik ortamda etik kurullar, etik danışmanlar gibi etik rehberlik sağlayacak yapıların varlığı, bu tür bilgi eksikliklerinin giderilmesinde önemli rol oynayabilir.

Araştırma sonucunda hemşirelerin büyük bir bölümü “Ağrı gidermede nonfarmakolojik yöntemleri kullanmak hemşire için etik bir yükümlülüktür” ifadesine doğru diyerek doğru yanıt vermiştir (Tablo 4.2). Hemşirelerin önemli bir etik sorumluluğu da ağrı yaşayan hastaya yeteri kadar ağrı kesici tedavisini uygulamaktır. Ancak nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması farmakolojik ajanların daha az kullanımı gibi bir yararı beraberinde getirmektedir. Bu durum hemşireyi doğrudan ilgilendirmekte ve etik yükümlülüğünü ortaya koymaktadır. Çünkü hemşire, ağrının doğru değerlendirilmesi sürecini ve de farmakolojik tedavilerin yanı sıra tamamlayıcı ve bütünleştirici tedavi yöntemlerinin kullanılmasını gerçekleştirebilmektedir (9). Quinlan-Colwell de ağrı tedavisine etik yaklaşım ile ilgili bir çalışmada hemşirenin nonfarmakolojik yaklaşımları uygulaması gerektiğini vurgulamıştır (111). Hemşirelerin büyük bir bölümünün nonfarmakolojik yöntemleri uygulamanın etik yükümlülükleri olduğunu bilmesi umut vericidir. Etik açıdan bakıldığında, hemşireler hastanın acı çekmesini önleme, iyilik hâlini destekleme ve yaşam kalitesini yükseltme gibi yükümlülüklerle sahiptir. Gevşeme teknikleri, müzik terapisi, sıcak-soğuk uygulama, masaj vb nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı yönetiminde kullanılması, gerek yarar sağlama gerekse bireyin bütüncül ihtiyaçlarını gözetme ilkeleriyle uyumludur. Ayrıca bu yaklaşım, hasta merkezli bakım ilkesini desteklemekte ve hastanın tercihlerine, kültürel değerlerine ve psikososyal durumuna duyarlı bir bakım sürecini teşvik etmektedir. Hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri de kullanmaları gerektiği farkındalığına sahip olması, palyatif bakım gibi karmaşık bakım alanlarında bakım kalitesini artırıcı bir faktör olabilir. Palyatif bakım hemşirelerinin bu farkındalığının korunması ve artırılması için, hizmet içi eğitimlerde nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı tedavisinde kullanımının etik boyutunun da vurgulanması gerekmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin büyük bir bölümü “Ağrı deneyimleyen hastaya düşük dozlarda analjezik uygulamak tercih edilmelidir” ifadesine doğru diyerek yanlış cevaplamıştır (Tablo 4.2). Yapılan çalışmalar gerek hemşireler gerekse hekimlerin ağrılı hastaya yaklaşırken özellikle opioid kullanımından kaçındıklarını ve yan etkilerden korktukları için daha düşük dozlarda ilaç uygulamaya eğilimli olduğunu göstermiştir (123-126). Ağrı tedavisinde önemli bir konu da doz ayarlamasıdır. Daha düşük dozda farmakolojik ajan vermek değil opioid gereksinimini azaltmaya yönelik bir analjezi protokolü belirlemek asıl olandır. Bu da multimodal analjezi ile mümkündür. Bir genelleme yapılacak olursa parasetamol + NSAİİ + opioid kombinasyonu yapıp gereken durumlarda adjuvanlar eklenerek ağrı tedavisi planlanabilir (127). Bu merdiven

tedavisinde ağrının şiddetine göre basamak seçilmesi, oral yolun öncelikle tercih edilmesi, gün boyu ağrı kontrolünü sağlayacak ajanların kullanılması, tedavinin bireysel olması ve detaylara önem verilmesi amaçlanmıştır (127, 128). Araştırma sonucu hemşirelerin ağrının farmakolojik yönetimi ile ilgili bilgi eksiği olduğunu göstermiştir. Nitekim ağrı tedavisinin önündeki en büyük engellerden birinin hekim ve hemşirelerin bilgi eksikliği olduğu belirtilmektedir (127, 128). Etik açıdan bakıldığında, ağrı çeken bir hastaya kasten yetersiz dozda analjezik vermek, hem “zarar vermeme” hem de “yarar sağlama” ilkeleri ile çelişmektedir. Düşük doz analjezi uygulama tercihinin çoğu zaman analjeziklere karşı bağımlılık, solunum depresyonu veya yan etki korkusundan kaynaklanmakta olup, bu korkuların bilimsel değil, yanlış inanışlara dayandığı unutulmamalıdır.

Araştırmada hemşirelerin yaklaşık yarısı “Opioid tedavisi alan hastalar yalnızca ilgili sağlık profesyoneli tarafından bilinmelidir” ifadesine doğru diyerek doğru yanıtlamıştır (Tablo 4.2). Benzer bir ifade olan “Ağrının kökeninin majör bir psikiyatrik bozukluk olduğunun belirlenmesi durumunda diğer hastalar bu konuda uyarılmalıdır” ifadesine de hemşirelerin yine yaklaşık yarısı yanlış diyerek doğru yanıtlamıştır. Her koşulda ve durumda olduğu gibi ağrı yönetiminde de hastanın tüm bilgileri gizli tutulmalıdır. Özellikle opioid düzeyinde uygulanan tedavi durumlarında bu bilgi yalnızca ilgili sağlık profesyoneli tarafından bilinmektedir (9). Araştırma sonucu hemşirelerin yarıya yakınının gizlilik ödevi kapsamına giren bu başlıkla ilgili bilgi açığı olduğunu göstermesi açısından dikkat çekicidir. Bu bulgu, palyatif bakım hemşirelerinin hastalara ait bilgilerin paylaşımı hakkında kapsamlı bir eğitim ve farkındalığa gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Eğitim programları, opioid tedavisi alan hastaların bilgilerini kimlerin bilmesi gerektiği, hasta mahremiyeti ile hasta güvenliği arasındaki denge konularında net bilgiler sağlamalıdır. Palyatif bakım hemşirelerinin yarısına yakının bu ifadeye katılması, multidisipliner iş birliği ve hasta güvenliği açısından bilgi paylaşımı konusundaki tutumların geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlası “Ağrı yönetimini şefkat temelli gerçekleştirmek ağrı yönetiminde etkisizlik oluşturur” ifadesine yanlış diyerek doğru cevaplamıştır (Tablo 4.2). Hemşirelerin etik yükümlülükleri arasında tüm hastalar için şefkatli bakım sağlamak önemli bir yer tutmaktadır (9). Bu bağlamda hemşirelerin yarısına yakınının verilen ifadeye doğru cevap vermemesi olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Şefkat temelli bakım, hastanın acısını tanıma, anlama ve onu azaltma çabasında içten ve insani bir yaklaşım sergilemeyi içermektedir. Dolayısıyla şefkatli

yaklaşım, ağrı yönetiminin etkinliğini azaltmak bir yana, etkinliğini artıran tamamlayıcı bir etik değer olarak kabul edilmektedir. Ancak bu ifadeye doğru yanıt veren hemşire sayısının sınırlı kalması, bazı hemşirelerin şefkatin “profesyonellikten ödün vermek” ya da “etkili tedaviye engel olmak” gibi yanlış algılara sahip olabileceğini de göstermektedir. Bu durum, hemşirelikte şefkatli yaklaşımın yalnızca duygusal değil, aynı zamanda bilimsel temellere dayalı profesyonel bir tutum olduğunun vurgulanması gerektiğine işaret etmektedir.

Bu araştırmada sosyodemografik özellikler ile Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu’ndan alınan puan arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ve cinsiyet açısından puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Araştırma sonucu ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalığın sosyodemografik özelliklerden ziyade, konu hakkında alınan eğitimler, çalışılan kuruma ait politikalar ya da klinik uygulamalar sırasında yaşanan durumlar gibi diğer faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırma sonucunda Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu puan ortalaması ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesinde lise mezunu olan palyatif bakım hemşirelerinin puanlarının lisans ve yüksek lisans mezunlarından daha düşük olma eğiliminde olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 4.3). Bu sonuç, eğitim düzeyinin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalık üzerindeki etkisinin daha net anlaşılabilmesi için, daha büyük örneklemelerle yapılacak araştırmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma sonucunda toplam çalışma süresi ve palyatif bakımda çalışma yılına göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Bu sonuç, mesleki deneyimin veya belirli bir çalışma alanında geçirilen sürenin tek başına etik bilgi ve farkındalık düzeyini artırmada yeterli olmadığını göstermesi açısından oldukça önemlidir. Yanı sıra; etik bilgi ve farkındalığın eğitimlerle, güncel uygulamalara erişimle ve etik karar alma süreçlerine aktif katılımı ile gelişebileceğini düşündürmektedir.

Araştırma sonucunda ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında eğitim aldığını belirten hemşirelerin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Hasta ile hekim arasında aynı zamanda bir irtibat görevlisi olarak hareket eden hemşirelerin ağrı tedavisinin etik boyutu, ağrının tanınması ve yönetimi hakkında sağlam, güncel bilgilerle donatılmış olması gerekmektedir (9, 110). Van Niekerk ve Martin F. tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelerin genel bilgileri arttıkça ağrı tedavisinde daha az etik çatışma yaşadıkları

bulunmuştur (110). Bu araştırmadan elde edilen sonuç, ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında eğitim almanın, hemşirelerin klinik kararlarında daha bilinçli ve hasta haklarına duyarlı yaklaşımlarını sağladığını göstermektedir. Etik karar verme, bireysel değerlerin yanı sıra, mesleki bilgi ve mesleki gelişimle de şekillenmektedir. Bu bağlamda, ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında eğitimin hemşirelerin daha tutarlı, hasta merkezli ve profesyonel bir tutum sergilemelerine önemli katkı sağladığı ifade edilebilir.

Bu araştırmada Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formundan alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 14'dür (Tablo 4.4). Hemşireler bu soru formundan ortalama 8.69 ± 2.02 almışlardır. Bu nedenle bu konuda orta düzey bilgi sahibi oldukları söylenebilir. Profesyonel yaklaşım etik farkındalık ve duyarlılık ile beslenmektedir (120). Dolayısı ile bu sonuç palyatif bakım hemşirelerinin ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında eğitime ihtiyaç duyduğunu ve ağrı yönetiminin yeterince etkin biçimde yürütülemediğini düşündürmektedir. Öyle ki palyatif bakım gibi ağrının son derece fazla yaşandığı bir birimde ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olmamak ağrı yönetimi için oldukça olumsuz bir durumdur. Elde edilen puan ortalaması hemşirelerin bu alanda temel bilgiye sahip olduğunu gösterse de, palyatif bakım gibi yüksek düzeyde etik hassasiyet gerektiren bir alanda görev yapan hemşireler için bu düzeyin yeterli görülmemesi gerektiği ve gelişmesi gereken bir alan olarak değerlendirilmesi gerektiği ifade edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonunda palyatif bakım hemşirelerinin Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu'ndan ortalama 8.69 ± 2.02 aldığı ve bu konuda orta düzey bilgi sahibi oldukları belirlendi. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formunda en çok doğru cevaplanan iki ifade “Hastalar ağrı tedavisine ilişkin seçenekler hakkında bilgilendirilmelidir” “Uygulanan ağrı tedavisine ait olası yan etkiler hastaya açıklanmalıdır”; en az doğru cevaplanan iki ifade ise; “Ağrı deneyimleyen hastaya düşük dozlarda analjezik uygulamak tercih edilmelidir” ve “Hastalar bazen yanlış beyanda bulunabildikleri için ağrı ifadesi olan her hastanın ağrı yaşıyor olduğu kabul edilmemelidir” ifadeleri oldu. Ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında eğitim alan hemşirelerin konu hakkındaki bilgi ve farkındalığının daha yüksek olduğu saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Palyatif bakım alanında çalışan hemşirelere yönelik, özellikle ağrı yönetiminin etik boyutlarını içeren düzenli ve güncel hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi
- Konuya lisans eğitiminde daha fazla yer verilmesi, hemşirelik eğitimi müfredatına, ağrı tedavisinde etik ilkelere ve hasta haklarına yönelik vaka temelli uygulamalar eklenerek, öğrencilerin mesleki etik bakış açıları güçlendirilmesi
- Ağrı değerlendirme araçlarının etkin kullanımı, hasta beyanına saygı ve farmakolojik/non-farmakolojik yöntemlerin etkin kullanımına ilişkin standart protokoller hazırlanması
- Ağrı yönetiminde etik boyutun ele alınmasında farklı disiplinlerden sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapılması
- Hemşirelerin, hastanın sözlü veya sözsüz ağrı ifadesini dikkate alarak, her hastayı özgün birey olarak değerlendirmelerinin sağlanması,
- "Düşük doz analjezik tercihi" ya da "hastanın ağrı beyanına güven" gibi düşük doğru yanıtlanan konuların, etik karar verme modelleri çerçevesinde vaka tartışmalarıyla ele alınması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Dzierzanowski T. Definitions of palliative care—narrative review and new proposal. *Medycyna Paliatywna/Palliative Medicine*. 2021;13(4):187-200.
2. Sarman A. Palyatif/pediatric palyatif bakımın tarihsel gelişim süreci, ilkeleri ve hemşirelik bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019; 8(3):153-60.
3. Aslan Y. Türkiye’de ve dünya’da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*. 2020; 2(1):19-27.
4. Menekli T, Dolu S, Coşkun Ö, Torun M. Palyatif bakım hastaları, yakınları ve hemşirelerinin iyi ölüme ilişkin görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;24(1):84-94.
5. Yakar B, Batbaş CS, Pirinççi E. Palyatif bakım ve hospis. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2021; 30(2):136-43.
6. Okçin F. Onkoloji palyatif bakım hemşirelerinin mesleki yaşam deneyimlerinin incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2019; 6(4):234-46.
7. Kufacı AA, Mumcu N. Palyatif bakımda ağrı yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2022;9(2):28-36.
8. Suntai Z, Won CR, Noh H. Access barrier in rural older adults’ use of pain management and palliative care services: A systematic review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021; 38(5):494-502.
9. Akin E. Klinik ağrı yönetiminde hemşirenin etik yükümlülüğü. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2020;28(1):128-33.
10. Moran S, Bailey ME, Doody O. Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: a scoping review. *Plos One*. 2024;19(8):e0307188.
11. Yağcı Ü, Saygin M. Ağrı fizyopatolojisi. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*. 2019;26(2):209-20.
12. Schofield G, Dittborn M, Huxtable R, Brangan E, Selman LE. Real-world ethics in palliative care: a systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliat Med*. 2021; 35(2):315-34.

13. World Health Organization (WHO). Guidelines for pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: WHO. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390> Son Erişim Tarihi 30 Eylül 2024.
14. WHO. Global Atlas of Palliative Care. Available from: https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/WHPCA_Global_Atlas_FINAL_DIGITAL.pdf Son Erişim Tarihi 14 Ekim 2024.
15. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi. 2013;11(2):56-70.
16. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM, Shugarman LR, Wilkinson A, Mularski RA, Morton SC, Hughes RG, Hilton LK, Maglione M, Rhodes SL, Rolon C, Sun VC, Shekelle PG, et al. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. Ann Intern Med. 2008;148(2):147-59.
17. Borasio GD. Translating the world health organization definition of palliative care into scientific practice. Palliat Support Care. 2011;9(1):1-2.
18. Twycross RG. Hospice care—redressing the balance in medicine. J R Soc Med. 1980;73(7):475-81.
19. Öngel K. Palyatif bakım tarihçesi ve gelişimi. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics. 2017; 8(4):236-40.
20. Danış MZ, Özhan E. Sağlık hizmetlerinde palyatif bakım, kanser ve sosyal destek: bir vaka örneğinde güçlendirme yaklaşımının uygulanması. Kesit Akademi Dergisi. 2019; (18):305-20.
21. Arıkan GD. Palyatif bakım tanımı ve felsefesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2016; 8(3):1-5.
22. Graham F, Clark D. WHO definition of palliative care. Medicine. 2008;2(36):64-6.
23. Akçakaya A. Palyatif bakım. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2018; 48:36-7.
24. Çelik M, Koç A. Ülkemizdeki palyatif bakım modeli ve ölçüm araçlarının kullanımının değerlendirilmesi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2021; 4(3):30-41.
25. Kavşur Z, Sevimli E. Türkiye’deki palyatif bakım hizmetlerinin bazı gelişmiş ülkeler ile karşılaştırılması. Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi. 2020;(4):715-30.

26. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kanser kontrol programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2016.
27. Yazla M. Acil serviste son dönem hastaya yaklaşım-palyatif bakım. Türkiye Klinikleri Emergency Medicine-Special Topics. 2024;10(4):17-22.
28. Larson PJ, Carrieri-Kohlman V, Dodd MJ, Douglas M, Faucett J, Froelicher E, Underwood P, et al. A model for symptom management. Image J Nurs Sch. 1994;26(4):272-6.
29. Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım,11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi,2017:1-29.
30. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y, et al. Palyatif bakım hastalarında klinik özellikler ve prognostik faktörler. Konuralp Medical Journal. 2018;10(1):74-80.
31. Özalp GS, Uysal N, Oğuz G, Koçak N, Karaca Ş, Kadioğulları N, et al. Identification of symptom clusters in cancer patients at palliative care clinic. Asia Pac J Oncol Nurs. 2017; 4(3):259-64.
32. WHO. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559> Son Erişim Tarihi 14 Ekim 2024.
33. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G, et al. (2015). Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi [Symptoms seen in inpatient palliative care and impact of palliative care unit on symptom control]. Ağrı Dergisi. 2015;27(2):104–10.
34. WHO. Palliative care. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> Son Erişim Tarihi 5 Ekim 2024.
35. Brinkman-Stoppelenburg A, Vergouwe Y, Booms M, Hendriks MP, Peters LA, Quarles van Ufford-Mannesse P, Terheggen F, Verhage S, van der Vorst MJDL, Willemen I, Polinder S, van der Heide A, et al. The impact of palliative care team consultation on quality of life of patients with advanced cancer in dutch hospitals: an observational study. Oncol Res Treat. 2020;43(9):405–13.
36. Chapman EJ, Pini S, Edwards Z, Elmokhallalati Y, Murtagh FE, Bennett MI, et al. Conceptualising effective symptom management in palliative care: a novel model derived from qualitative data. BMC Palliat Care. 2022; 21(1):17.

37. Mahler DA, Selecky PA, Harrod CG, Benditt JO, Carrieri-Kohlman V, Curtis JR, Manning HL, Mularski RA, Varkey B, Campbell M, Carter ER, Chiong JR, Ely EW, Hansen-Flaschen J, O'Donnell DE, Waller A, et al. American college of chest physicians consensus statement on the management of dyspnea in patients with advanced lung or heart disease. *Chest*. 2010;137(3):674–91.
38. Elçigil A. Palyatif bakım hemşireliği. *Gulhane Medical Journal*. 2012;54(4).
39. Fadiloğlu ÇM. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi. İçinde: Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç (editörler). *Palyatif bakım: Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım*, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2018; 271-87.
40. WHO-WPCA. The World Health Organization–Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Son Erişim Tarihi 26 Kasım 2024.
41. Akçakaya A. Palyatif bakım: ülkemizde ve dünyada son durum. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. 2020; 54:46-51.
42. Kösesoy BC, Oktar MN. Palyatif bakım deneyimi bulunan sağlık çalışanlarının sosyal hizmet uzmanlarına yönelik değerlendirmeleri. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 2024;12(24):17-36.
43. Torun P. Dünyada Palyatif Bakımın Gelişimi. İçinde: Akçakaya A (editör). *Palyatif Bakım ve Tıp*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2019: 7-10.
44. KBV Research. Global palliative care market size, share & trends analysis report by age (adult and pediatric), by condition (cancer, cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases, and others), by provider, by regional outlook and forecast, 2024-2031. Son Erişim Tarihi 18 Kasım 2024.
45. Ekinci G. Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerinin organizasyonuna yönelik bir değerlendirme. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*. 2023;5(1):19-27.
46. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca, ‘Dünya Palyatif Bakım Günü’ dolayısıyla mesaj yayımladı. 2013. Son Erişim Tarihi 18 Kasım 2024.
47. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. *Resmî Gazete*, sayı: 27910, 19 Nisan 2011.
48. Akçakaya A. *Palyatif Bakım ve Tıp*, 1. Baskı. İstanbul, Tıp Kitabevleri, 2019.
49. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*. *Resmî Gazete*, sayı :7860, 9 Temmuz 2015.

50. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Palyatif bakım hizmetleri. Available from: <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>. Son Erişim Tarihi 8 Ekim 2024.
51. Chow K, Dahlin C. Integration of palliative care and oncology nursing. *Semin Oncol Nurs*. 2018; 34(3):192-201.
52. McIlfatrick S, Muldrew D. Advanced nursing practice in palliative care: what is the evidence base? *Int J Palliat Nurs*. 2022; 28(7):295-7.
53. Doğan R, Bağcı N. Ağrı Yönetimi. İçinde: *Cerrahi Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2024:68-78.
54. Subramaniam SD, Doss B, Chandrasekar LD, Madhavan A, Rosary AM. Scope of physiological and behavioural pain assessment techniques in children—a review. *Healthc Technol Lett*. 2018;5(4):124-9.
55. Al Sutari MM, Abdalrahim MS, Hamdan-Mansour AM, Ayasrah SM. Pain among mechanically ventilated patients in critical care units. *J Res Med Sci*. 2014; 19(8):726-32.
56. Alderson SM, McKechnie SR. Unrecognised, undertreated, pain in ICU—causes, effects, and how to do better. *Open Journal of Nursing*. 2013;3(1):108-13.
57. Lautenbacher S, Peters JH, Heesen M, Scheel J, Kunz M. Age changes in pain perception: a systematic-review and meta-analysis of age effects on pain and tolerance thresholds. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;75: 104-13.
58. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A, et al. *Br J Anaesth*. 2008;101(1), 17–24.
59. Kuusniemi K, Pöyhiä R. Present-day challenges and future solutions in postoperative pain management: results from PainForum 2014. *J Pain Res*. 2016; 9:25-36.
60. Özveren H, Faydalı S, Özdemir S. Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 2016;7(4):99-105.
61. Özveren H, Faydalı S, Gülnar E, Dokuz HF. Hemşirelerin ağrı değerlendirmesine ilişkin tutum ve uygulamaları. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2018;8(1):60-6.
62. Schofield PA. The assessment and management of peri-operative pain in older adults. *Anaesthesia*. 2014; 69(1):54-60.

63. Mkumbuzi NS, September AV, Posthumus M, Oulo B, Mafu TS, Collins M, et al. Characterisation of achilles tendon pain in recreational runners using multidimensional pain scales. *J Sci Med Sport* . 2020; 23(3):258-63.
64. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ, et al. Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *J Clin Oncol* . 2020;38(9):905-14.
65. Scarborough BM, Smith CB. Optimal pain management for patients with cancer in the modern era. *CA Cancer J Clin*. 2018; 68(3):182-96.
66. Are M, McIntyre A, Reddy S. Global disparities in cancer pain management and palliative care. *J Surg Oncol*. 2017;115(5):637-41.
67. Mercadante S, Adile C, Tirelli W, Ferrera P, Penco I, Casuccio A, et al. Barriers and adherence to pain management in advanced cancer patients. *Pain Pract* . 2021; 21(4):388-93.
68. Coyne P, Mulvenon C, Paice JA. American society for pain management nursing and hospice and palliative nurses association position statement: pain management at the end of life. *Pain Manag Nurs*. 2018;19(1):3-7.
69. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390> . Son Erişim Tarihi 8 Ekim 2024.
70. Yang J, Bauer BA, Wahner-Roedler DL, Chon TY, Xiao L. The modified WHO analgesic ladder: is it appropriate for chronic non-cancer pain? *J Pain Res*. 2020; 13:411-7.
71. Allsop MJ, Wright-Hughes A, Black K, Hartley S, Fletcher M, Ziegler LE, Bewick BM, Meads D, Hughes ND, Closs SJ, Hulme C, Taylor S, Flemming K, Hackett J, O'Dwyer JL, Brown JM, Bennett MI, et al. Improving the management of pain from advanced cancer in the community: study protocol for a pragmatic multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open*.2018; 8(3): e021965.
72. İtişgen V, Kara B. Hemodiyaliz hastalarında ağrı yönetimi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2016;11(2):18-25.
73. Brennan F, Lohman D, Gwyther L. Access to pain management as a human right. *Am J Public Healht* . 2019;109(1):61-5.
74. Wilkie DJ, Ezenwa MO. Pain and symptom management in palliative care and at end of life. *Nurs Outlook*. 2012;60(6):357-64.

75. Verberkt CA, van den Beuken-van Everdingen MHJ, Schols JMGA, Datla S, Dirksen CD, Johnson MJ, van Kuijk SMJ, Wouters EFM, Janssen DJA, et al. Respiratory adverse effects of opioids for breathlessness: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J*.2017; 50(5): 1701153.
76. Franciosi V, Maglietta G, Degli Esposti C, Caruso G, Cavanna L, Bertè R, Bacchini G, Bocchi L, Piva E, Monfredo M, Scafuri V, Di Cesare P, Melotti B, Sequino M, Rimanti A, Binovi C, Ghisoni F, Caminiti C, et al. Early palliative care and quality of life of advanced cancer patients-a multicenter randomized clinical trial. *Ann Palliat Med*. 2019; 8(4):381–9.
77. Alnajar MK, Darawad MW, Alshahwan SS, Samarkandi OA. Knowledge and attitudes toward cancer pain management among nurses at oncology units. *J Cancer Educ*. 2019;34(1):186-93.
78. Hasta Hakları Yönetmeliği. T.C.Resmi Gazete, Sayı: 28994,8 Mayıs 2014.
79. Zuccaro SM, Vellucci R, Sarzi-Puttini P, Cherubino P, Labianca R, Fornasari D, et al. Barriers to pain management: focus on opioid therapy. *Clin Durg Investig*. 2012;32(1):11-9.
80. Can H, Pamuk G, Bilyay Hİ, Koç EM, Kaplan YC, Küçükzeybek Y, Alacacıoğlu A, et al. Palyatif bakım servisinde yatan akciğer kanserli hastaların narkotik analjezik kullanımı. *Family Practice and Palliative Care*. 2016;1(3):61-4.
81. Atabek AT, Akçakaya A. Palyatif Bakım ve Tıp, 1. Baskı. İstanbul, Tıp Kitabevi, 2019.
82. Yeşilyurt M, Faydalı S. Ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu ölçeklerin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;23(3): 444-51.
83. Sampson EL, West E, Fischer T. Pain and delirium: mechanisms, assessment, and management. *Eur Geriatr Med*. 2020;11(1):45-52.
84. Patel VB, DeZure CP. Measurement of pain. *Pain: A Review Guide*.2019;37: 149-62.
85. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, McNicol ED, Bell RF, Carr DB, McIntyre M, Wee B, et al. Oral paracetamol (acetaminophen) for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*.2017; 7(7): CD012637.
86. Alexander K, Goldberg J, Korc-Grodzicki B. Palliative care and symptom management in older patients with cancer. *Clin Geriatr Med*. 2016;32(1):45–62.

87. Wood H, Dickman A, Star A, Boland JW. Updates in palliative care—overview and recent advancements in the pharmacological management of cancer pain. Clin Med(Lond). 2018; 18(1):17-22.
88. İnan N, Tuncer S. Postoperatif ağrı tedavisi kılavuzu. TARD; 2020. Son Erişim tarihi 18 Kasım 2024.
89. Vittinghoff M, Lönnqvist PA, Mossetti V, Heschl S, Simic D, Colovic V, Dmytriiev D, Hölzle M, Zielinska M, Kubica-Cielinska A, Lorraine-Lichtenstein E, Budić I, Karisik M, Maria BJ, Smedile F, Morton NS, et al. Postoperative pain management in children: guidance from the pain committee of the european society for paediatric anaesthesiology (ESPA Pain Management Ladder Initiative). Paediatr Anaesth.2018; 28(6), 493–506.
90. Cha MH, Eom JH, Lee YS, Kim WY, Park YC, Min SH, Kim JH, et al. Beneficial effects of adding ketamine to intravenous patient-controlled analgesia with fentanyl after the nuss procedure in pediatric patients. Yonsei Med J. 2012;53(2):427-32
91. Schug SA, Palmer GM, Scott DA, Halliwell R, Mott JF, et al. Acute Pain Management: Scientific Evidence, 4th ed. Melbourne, ANZCA, 2015: 69-109.
92. Yıldırım Y. Palyatif bakımda hemşirelik çalışmaları. Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics. 2017;10(1):49-56.
93. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;29(2):7-12.
94. Bodur, H. Etiğin alet çantasına bakmak: ahlak, etik ve ilintili temel kavramlar üzerine notlar. Temaşa Erciyes Üniversitesi Felsefe Bölümü Dergisi. 2017;(7): 155-90.
95. Kelağalar E, Doğu Ö. Klinik hemşirelerin ilaç uygulamaları ve hatalarına yönelik güncel bilgi durumu ve tutumlarının incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 11(1):114-21.
96. Batı Akademi. Çalışma hayatında etik. <https://etkiakademi.com/uzman/dosyalar/46-%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma%20Hayat%C4%B1nda%20Etik.pdf> Son Erişim Tarihi 11 Ekim 2024.
97. Bahar Z, Beşer A, Mızrak B, Bahçelioğlu D, Demirtaş D, Özdemir D, Elcigil A, et al. Hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilemlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011; 14(2):52-60.

98. Kıvanç MM. Türkiye’de palyatif bakım hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2017; 4(2):132-5.
99. Şen HT, Yılmaz FT. Hemşirelik ve etik karar verme süreci. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2012; 25:94-7.
100. Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. Available from: <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yayinlar/thd-yayinlari/brosurler-ve-raporlar/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar.aspx>. Son Erişim Tarihi 8 Ekim 2024
101. Karaöz S. Cerrahi hemşireliği ve etik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4(1):1-8.
102. Yelken N, Tunalı G, Gültekin G. Adli hemşireliğin Türkiye’deki durumu. Sted. 2004;13(5):171-2.
103. Büken NÖ. Ağrı yönetiminde etik konular. Türkiye Klinikleri Anesthesiology Reanimation-Special Topics. 2021;14(1):31-8.
104. Karadağlı F. Profesyonel hemşirelikte etik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 6(3):197-200.
105. Savaşkan F. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ndeki (KKTC) Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşire ve hekimlerin hasta haklarına duyarlılığının belirlenmesi. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi;2006.
106. Utlu N. Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler. İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi. 2016; 8(29):17-35.
107. Kahriman İ, Çalık KY. Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(3):111-121.
108. Çevik SA, Başer M. Adli hemşirelik ve çalışma alanları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;21(2):143-52.
109. Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeoglu Y. Adli hemşirelik. Sted. 2004;13(5):169-71.
110. Van Niekerk LM, Martin F. The impact of the nurse-physician professional relationship on nurses' experience of ethical dilemmas in effective pain management. J Prof Nurs. 2002; 18(5):276-288.
111. Quinlan-Colwell A. Making an ethical plan for treating patients in pain. Nursing. 2013;43(10):64-68.
112. Aktürk Z, Acemoğlu H. Sağlık çalışanları için araştırma ve pratik istatistik. İstanbul: Anadolu Ofset.2011;184-210.

113. Tüfekci FG. Ağrı kontrolünde etik yaklaşım. Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics. 2019;5(3):6-12.
114. Arlı ŞK. Cerrahi bakımda ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik girişimleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017; 4(3):1013-1020.
115. LeBaron V, Beck SL, Black F, Palat G. Nurse moral distress and cancer pain management: an ethnography of oncology nurses in india. Cancer Nurs. 2014; 37(5):331-344.
116. Wysong PR. Nurses' beliefs and self-reported practices related to pain assessment in nonverbal patients. Pain Manag Nurs. 2014;15(1):176-185.
117. Younis MB. Nurses knowledge, attitude, and practices toward pain assessment and management of patients unable to communicate verbally. Crit Care Nurs Q. 2021;44(4):413-423.
118. McCaffery M, Robinson ES. Your patient is in pain—here's how you respond. Nursing. 2002; 32(10):36-45.
119. Aksakal UH, Kahveci K, Koç ODO. Palyatif Bakım Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Yayınları, 2018:16-17.
120. Başkale HA, Serçekuş P, Günüşen NP. Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinin beklentilerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2015;6(2):65-70
121. Kiyat İ. Günöbirlik cerrahi sonrası ağrı yönetiminde hemşirelik yaklaşımı. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.2021; 5(2):412-421.
122. Çalışkan T, Çelebi NÖ. Kanser hastalarının ağrı kontrolünde yetersizlikler ve yaklaşım farklılıkları: algoloji bilim dalının etkinliğinin değerlendirilmesi. Journal of Anesthesia/Anestezi Dergisi. 2023;31(4).
123. Bertrand S, Meynet G, Taffé P, Della Santa V, Fishman D, Fournier Y, Frochoux V, Ribordy V, Rutschmann OT, Hugli O, et al. Opiophobia in emergency department healthcare providers: a survey in western switzerland. J Clin Med, 2021;10(7): 1353.
124. Charalambous A, Zorpas M, Cloconi C, Kading Y. Healthcare professionals' perceptions on the use of opioid analgesics for the treatment of cancer-related pain in cyprus: a mixed-method study. SAGE Open Med. 2019;7: 2050312119841823.
125. Ayoub NM, Jibreel M, Nuseir K, Al-Taani GM. A survey of knowledge and barriers of healthcare professionals toward opioid analgesics in cancer pain management. Int J Clin Pract. 2022;(1):1136430.

126. Reisli R, Akkaya Ö T, Arıcan Ş, Can ÖS, Çetingök H, Güleç MS, Köknel Talu G. Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji-Ağrı Derneği klinik uygulama kılavuzu [Pharmacologic treatment of acute postoperative pain: a clinical practice guideline of the turkish society of algology]. Agri : Agri (Algoloji) Derneği'nin Yayın organidir = The journal of the Turkish Society of Algology. 2021; 33(1):1–51
127. Arslan D, Tatlı AM, Üyetürk Ü. Kansere bağlı ağrı ve tedavisi. Abant Medical Journal. 2013; 2(3):256-260.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Onay Formu



EK-3. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş: 1)18-35 2)36-53 3)54 ve üzeri

2. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek

3.Eğitim Durumu:

1)Lise

2)Lisans

3)Yüksek lisans

4)Doktora

4.Medeni Durum:1) Evli 2) Bekar

5.Toplam Çalışma Yılı (Meslekte): 1)1-5yıl 2)6-10yıl 3)11-20 yıl 5)21 yıl ve üzeri

6.Çalışma Yılı (Palyatif Bakım Kliniğinde): 1)1-5yıl 2)6-10yıl 3)11-20 yıl 4)21 yıl ve üzeri

7.Palyatif Bakım Sertifikası var mı? 1)Var 2) Yok

8. Daha önce ağrı tedavisi ile ilgili eğitim aldınız mı? 1)Evet 2) Hayır
Cevabınız evet ise aldığınız eğitimi açıkla mısınız)

9. Ağrı tedavisinin etik boyutu hakkında bir eğitim aldınız mı? 1)Evet 2) Hayır
Cevabınız evet ise açıklayınız?

EK-4. Ağrı Tedavisinin Etik Boyutu Bilgi ve Farkındalık Soru Formu

	AĞRI TEDAVİSİNİN ETİK BOYUTU BİLGİ VE FARKINDALIK SORU FORMU	D	Y	X
1.	Hastaların deneyimlediği ağrının yönetimi, etik bir yükümlülüktür.			
2.	Hastalar bazen yanlış beyanda bulunabildikleri için ağrı ifadesi olan her hastanın “ağrı yaşıyor olduğu” kabul edilmemelidir.			
3.	Bireyin “sözsüz” ifadeleri ağrının varlığı konusunda bir gösterge değildir.			
4.	Hasta reddettiği analjezi uygulamalarının yapılması durumunda doğacak sonuçlar hakkında bilgilendirilmelidir.			
5.	Uygulanan ağrı tedavisine ait olası yan etkiler hastaya açıklanmalıdır.			
6.	Hastanede tedavi görüyor olan hastalar ağrı tedavisine yönelik her girişimi kabul etmiş olmaktadır.			
7.	Ağrı gidermede nonfarmakolojik yöntemleri kullanmak hemşire için etik bir yükümlülüktür.			
8.	Hastalar ağrı tedavisine ilişkin seçenekler hakkında bilgilendirilmelidir.			
9.	Hemşire, ağrı yönetiminde hastanın değerlerini göz önünde bulundurarak bir bakım sunmalıdır.			
10.	Hastanın ağrı yönetiminde tedavi amacı ile kullanılacak her girişim için onayı alınmalıdır.			
11.	Ağrı deneyimleyen hastaya düşük dozlarda analjezik uygulamak tercih edilmelidir.			
12.	Opioid tedavisi alan hastalar yalnızca ilgili sağlık profesyoneli tarafından bilinmelidir.			
13.	Ağrının kökeninin majör bir psikiyatrik bozukluk olduğunun belirlenmesi durumunda diğer hastalar bu konuda uyarılmalıdır.			
14.	Ağrı yönetimini şefkat temelli gerçekleştirmek ağrı yönetiminde etkisizlik oluşturur.			

D:Doğru Y:Yanlış X:Fikrim Yok