



**YENİDOĞAN PALYATİF BAKIM TUTUM ÖLÇEĞİNİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Gamze AKAY

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aynur AYTEKİN**

Yüksek Lisans Tezi - 2017

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

**YENİDOĞAN PALYATİF BAKIM TUTUM ÖLÇEĞİNİN
TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Gamze AKAY

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Aynur AYTEKİN**

**ERZURUM
2017**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**YENİDOĞAN PALYATİF BAKIM TUTUM ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE
GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

Gamze AKAY

Tez Savunma Tarihi: 04.07.2017

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Aynur AYTEKİN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Funda KARDAŞ ÖZDEMİR (Kafkas Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM- 2017**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Palyatif Bakımın Tanımı.....	4
2.2. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi.....	6
2.3. Dünya’da Palyatif Bakım.....	7
2.4. Türkiye’de Palyatif Bakım	8
2.5. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu ve Sunumu.....	9
2.6. Palyatif Bakımın Amacı.....	10
2.7. Palyatif Bakımın Felsefesi	11
2.8. Palyatif Bakım Ne Zaman Başlar?	11
2.9. Palyatif Bakım Nerede Verilmelidir?.....	12
2.10. Palyatif Bakım Ekibi	14
2.11. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar.....	15
2.12. Palyatif Bakım Gereksinimi Olan Çocuklar.....	16
2.13. Palyatif Bakım İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı	17
2.14. Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Sorunlar	23
2.15. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Güncel Sorunları.....	23
2.16. Palyatif Bakımda Engeller	25

2.17. Palyatif Bakımda İletişim.....	26
3. MATERYAL VE METOT.....	28
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları.....	29
3.5. Verilerin Toplanması.....	30
3.6. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Geçerliliği	31
3.7. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Güvenirliği.....	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri..	34
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler.....	34
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
7. KAYNAKLAR.....	62
EKLER.....	76
EK-I. Özgeçmiş.....	76
EK-II. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	77
EK-IIIA. The Neonatal Palliative Care Attitude Scale (NiPCAS).....	78
EK-IIIB. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği.....	79
EK-IV. Ölçek İzin Belgesi.....	80
EK-V. Etik Kurul Onayı	81
EK-VI. Resmi İzin Yazıları.....	82
EK-VII. Görüşü Alınan Uzmanlar.....	85



TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında beni sabırla dinleyen, yardımcı olan ve tüm bilgi ve desteğini benden esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Aynur AYTEKİN'e ,

Akademik gelişimimde katkılarından dolayı Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Sayın Prof. Dr. Duygu ARIKAN'a, Sayın Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU'na ve Sayın Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ'ye; tezimin değerlendirilmesinde değerli görüş ve katkılarından dolayı kıymetli hocalarım Sayın Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU'na ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Funda KARDAŞ ÖZDEMİR'e; hayatımın her aşamasında yanımda olup, bugünlere gelmemde büyük katkıları ve emekleri olan, varlıklarıyla hayatıma değer katan sevgili aileme, yüksek lisans eğitimim boyunca bana kolaylıklar sağlayan, benden yardımlarını esirgemeyen Sayın Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüm Oya ÖZSOY ve Müdür Yardımcım Sevim GÜRBÜZ'e

Teşekkür ederim.

Gamze AKAY

ÖZET

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği

Amaç: Bu araştırma, Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliğini test etmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Metodolojik türde yürütülen bu çalışma, 10 Aralık 2014- 04 Temmuz 2017 tarihleri arasında Erzurum'da Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi, Özel Buhara Hastanesi'nin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yapılmıştır. Evreni belirtilen ünitelerde çalışan hemşireler oluşturmuş; örneklem grubu seçimine gidilmeden evrenin tamamı ile çalışılmıştır (N=145). Kain ve ark. tarafından 2009 yılında geliştirilen ölçek, 26 tutum sorusundan oluşmaktadır. Geçerlilik ve güvenirlilik analizinde; dil, kapsam, yapı geçerliliği ve güvenirlilik analizleri kullanılmıştır. Veriler, SPSS 18.0 ve Lisrel 8.50 paket programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Ölçek maddelerine ait kapsam geçerlilik indeksi 0.8-1.0 arasında, KMO değeri 0.758 ve Barlett's testi sonucu $\chi^2=415.127$, $p=0.000$ olarak saptanmıştır. Temel bileşenler analizine göre ölçeğin orijinal formuna uygun şekilde üç boyutlu olduğu belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde olduğu ve açıklanan varyansın %55.51 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayısı; organizasyon alt boyutu için 0.692, kaynaklar alt boyutu için 0.710 ve klinik alt boyutu için 0.680 olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin orijinal ölçekle benzer bir yapıda, geçerlik ve güvenirliliğinin yüksek olduğu ve hemşirelerin yenidoğanda palyatif bakıma yönelik tutumlarını belirlemede yeterli bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Geçerlilik, güvenirlilik, hemşire, palyatif bakım, tutum, yenidoğan.

ABSTRACT

Turkish Validity and Reliability of the Neonatal Palliative Care Attitude Scale

Aim: The aim of this study is to test the Turkish validity and reliability of the Neonatal Palliative Care Attitude Scale.

Materials and Methods: This methodological study was conducted in the neonatal intensive care clinics of Erzurum Atatürk University Research Hospital, Regional Training and Research Hospital, Nenehatun Maternity Hospital and Private Buhara Hospital between 10 December 2014 and 04 July 2017. The population consisted of the nurses working in the specified clinics and the whole population was tried to be reached without selection of sample group (N=145). The scale, developed by Kain et al., in 2009 has 26 questions on attitude. In its validity and reliability analysis, language, content, construct validity and reliability analyses were used. The data were analyzed by using SPSS 18.0 and Lisrel 8.50 packaged software.

Results: It was found that the content validity index of the scale items was between 0.8-1.0, the KMO value was 0.758, and the Barlett's test result was $\chi^2=415.127$, $p=0.000$. According to the principle components analysis, it was found that the scale was three dimensional in line with its original form. It was found that the factor loadings of the scale items were above 0.40 and the explained variance was 55.51%. The Cronbach's alpha coefficient of the subscales of the scale was 0.692 for the subscale of organization, 0.710 for the subscale of resources, and 0.680 for the subscale of clinic.

Conclusion: It was determined that the Neonatal Palliative Care Attitude Scale had a similar structure with the original scale, its validity and reliability was high, and it was a sufficient assessment instrument in determining the attitudes of the nurses towards neonatal palliative care.

Key Words: Attitude, neonatal, nurse, palliative care, reliability, validity.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index
AIOM	: Amerikan Tıp Enstitüsü
CFI	: Comparative Fit Index
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAPC	: Avrupa Palyatif Bakım Derneği
GFI	: Goodness of Fit Index
KGİ	: Kapsam Geçerliği İndeksi
KGO	: Kapsam Geçerliği Oranı
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
NiPCAS	: Neonatal Palliative Care Attitude Scale
NNFI	: Non-Normed Fit Index
YPBTÖ	: Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SRMR	: Standardized Root-Mean-Square Residual
YYBÜ	: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
WPCA	: Dünya Hastaneleri Palyatif Bakım İttifakı

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Yenidoğan Palyatif Bakımında Semptomların Yönetimi.....	19
Tablo 4.1. Uzmanların Değerlendirme Sonuçları ve Kapsam Geçerlik Oranları.....	37
Tablo 4.2. Ölçeğin KMO ve Bartlett's Test Sonuçları.....	38
Tablo 4.3. Ölçek Maddeleri ve Faktör Yükleri.....	38
Tablo 4.4. Uyum İndeksi Sonuçları	39
Tablo 4.5. Organizasyon Alt Boyutuna Verilen Cevapların Dağılımı	41
Tablo 4.6. Kaynaklar Alt Boyutuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	41
Tablo 4.7. Klinik Alt Boyutuna Verilen Cevapların Dağılımı.....	42
Tablo 4.8. Hemşirelerin Kişisel İş Deneyimleri ve İnançları Cevaplarının Dağılımı.....	43
Tablo 4.9. Organizasyon Alt Boyutu Madde Toplam Puanları ve Cronbach α Katsayıları.....	44
Tablo 4.10. Kaynaklar Alt Boyutu Madde Toplam Puanları ve Cronbach α Katsayıları.....	44
Tablo 4.11. Klinik Alt Boyutu Madde Toplam Puanları ve Cronbach α Katsayıları.....	44
Tablo 4.12. Test- Tekrar Test Değerleri.....	45
Tablo 4.13. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	46
Tablo 4.14. Hemşirelerin Palyatif Bakımla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı.....	47
Tablo 4.15. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre YPBTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Palyatif Bakım Ekibi.....	15
Şekil 3.1. Araştırmanın Basamakları.....	35
Şekil 4.1. Path Diyagramı.....	40



1. GİRİŞ

Palyatif bakım, tıp alanında tedavi sağlamaksızın semptomların giderilmesi ya da hafifletilmesi anlamında kullanılan bir terimdir.¹ Palyatif bakımın amacı, “hayatı tehdit eden hastalığı olan ya da hastalık potansiyeli olanlarda acının dindirilmesi için bütüncül yaklaşım sağlamaktır.”² Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ilk olarak 1986 yılında palyatif bakımı “tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama” şeklinde tanımlamıştır. DSÖ, 2002 yılında palyatif bakım tanımını “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunlarla karşılaştığında, ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilerek acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” şeklinde güncellemiş ve hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanmasının önemini vurgulamıştır.³⁻⁶

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) karmaşık ve ciddi sorunları olan yüksek riskli bebekler tedavi ve bakım almaktadır. Bu ünitelerde çalışan hemşireler, yaşamı tehdit edici hastalığı olan bebeklere bakım vermeleri sonucu sıklıkla ölüm olayı ile karşılaşır. Bu ünitelerde yaşamı tehdit edici hastalığı olan bebeklerin bakımından hemşireler sorumludur ve hemşireler, ölmekte olan yenidoğanın en yakınında olan ve hasta ile doğrudan etkileşim halinde olan profesyonellerdir.^{7,8} Hemşireler, yaşamı tehdit altında olan yenidoğanlara uygulayacakları palyatif bakımla korku ve kaygıları azaltma, ağrıyı dindirme ya da ortadan kaldırma, hayati fonksiyonları koruma, bağımsızlığı sürdürme, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlama, aile üyelerine destek olma, kültürel ve etik standartlara uygun yaklaşımlarda bulunma gibi uygulamaları gerçekleştirmektedir.^{9,10}

Ölümcül hastalığı olan bebeğe bakım veren hemşireler de, hasta ve ailesinin yaşadığı gibi “korku, kaygı, yadsıma, öfke, suçluluk, depresyon ve çaresizlik gibi”

duygular deneyimler. Ek olarak bakım verdiği bebeğin kaybı hemşire için, yetersizlik ve başarısızlık duygularını da beraberinde getirebilir. Hemşireler, hastanın ölümcül hastalık tanısını yadsıyarak geçici bir süre rahatlayabilirler. Bu duyguyla hemşirenin, hastanın sadece hastalığını tedavi etme ve prosedürleri gerçekleştirmeye odaklanması sonucunda bakımın diğer yönleri eksik kalabilir. Ayrıca, hastanın yakında ölebileceğini yadsıyan bir hemşire, hastalığın tedavisi mümkün olmasa da ısrarlı bir şekilde tedaviyi sürdürmek isteyebilir. Tüm bu yaklaşımlar, hastanın daha fazla acı çekmesine yol açabilir.^{7,9} Konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalar, hemşirelerin ölmekte olan hasta ve ailesinin duygusal ve manevi gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduklarını bildirmiştir.¹¹⁻¹³

Ölümcül hastalığı olan yenidoğanla çalışan hemşireler, bebeğin bakımında yetersizlik yaşamaktan ve başarısız olmaktan korkarlar. Sonuçta kendilerini başarısız ve yetersiz gören hemşirelerin, suçluluk duygusu yaşamaları kaçınılmaz hale gelir.⁷ Bunların yanı sıra yenidoğanın uygulanan tedavilere ve verilen bakıma olumlu şekilde cevap vermemesi ve sağlık durumunun gittikçe kötüleşmesi, hemşirelerde öfke duygusunun gelişmesine neden olabilir. Ayrıca bireyin acı çekmesine engel olamadıkları için hemşireler, kendilerine karşı da öfke duyabilirler.⁹ Yaşamı tehdit edici hastalığı olan bebekle çalışan hemşirelerin kendilerini korumak için kullandıkları başetme yöntemleri ve savunma mekanizmaları, bireysel duyarlılıklarını kaybetmelerine neden olabilir. Hemşirelerin bu ve benzeri tutumları, ölmekte olan hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını fark etmelerini engeller. Tüm bunların sonucunda hemşirelerin verdiği palyatif bakımın niteliği azalabilir.^{14,15} Bir çok değişken tarafından etkilenen palyatif bakımın niteliği, hemşirelerin ölüm kaygısından, kişisel özelliklerinden ve tutumlarından da etkilenebilir.¹⁴

Yenidoğan yoğun bakımda kliniğinde çalışan hemşireler, kritik durumdaki bebekler ve ailelerinin bakımında önemli rol oynadığından hemşirelerin palyatif bakıma

ilişkin tutumlarının belirlenmesi ve buna etki eden faktörlerin tanımlanması önemlidir. Türkiye’de hemşirelerin yenidoğanda palyatif bakım ile ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği (YPBTÖ)’nin Türkçe’ye uyarlanıp kazandırılmasının, hemşirelerin yenidoğanda palyatif bakım konusundaki tutumlarının değerlendirilmesine olanak sağlayarak buna yönelik çalışmalar yapılmasına ve hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma, YYBÜ’nde çalışan hemşireler üzerinde YPBTÖ’nin geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türkçe literatüre kazandırılması amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakımın Tanımı

Palyatif bakım, tıp alanında tedavi sağlamaksızın semptomların giderilmesi ya da hafifletilmesi anlamında kullanılan bir terimdir. Latince “palliare” ve İngilizce “palliate” sözcüklerinden köken alır; bu sözcükler örten, hafifleten veya gideren anlamındadır. Yaşamı tehdit eden hastalıkla ilişkili bir şekilde ortaya çıkan semptomların ve ek problemlerin erken dönemde ve kapsamlı bir biçimde tanımlanarak önlenmesi ve azaltılması; fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerin karşılanmasına yönelik uygulamalar palyatif bakım içerisinde yer alır. Aynı zamanda hasta ailesinin de hastalık ve yas sürecinde duygusal ve manevi olarak desteklenmesini içerir.^{1,16-18}

Palyatif kelimesinin Türk Dil Kurumu sözlüğündeki tanımı “geçici ve kısa süreli, kesin çözüm sağlamayan, esaslı olmayan ve hastalığı tamamen iyileştirmeyen, yatıştırıcı ve tesiri geç olan ilaç veya tedavi” şeklindedir.¹⁹

Palyatif bakım tıp alanındaki kullanımında, “hastadan anamnez alınıp fiziksel muayene yapıldıktan sonra rahatsızlık veren belirtilerin nereden kaynaklandığını araştırmadan ya da bu belirtilere sebep olan durumu tedavi etmeden sadece belirtilerin azaltılmasını ya da yok edilmesini” ifade etmektedir.^{1,16-18} Palyatif bakım literatürde “uygun ölüm”, “dayanılabilir ölüm”, “huzurlu ölüm”, “iyi ölüm” gibi kavramlarla tanımlanmıştır.²⁰

Dünya Sağlık Örgütü, ilk olarak 1986 yılında palyatif bakımı “tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama” şeklinde tanımlamıştır. DSÖ, 2002 yılında palyatif bakım tanımını “hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunlarla karşılaştığında, ağrı, fiziksel, psikososyal ve manevi problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavi edilerek acı çekmesi önlenerek hasta ve ailesinin yaşam kalitesini geliştiren bir yaklaşım” şeklinde

güncellemiş ve hastalığın erken döneminde palyatif bakıma başlanması'nın önemini vurgulamıştır.³⁻⁶ DSÖ'nün pediatrik palyatif bakım tanımı “çocuğun vücudunun, aklının ve spritüel yönünün bütünü'nün bakımındır, aynı zamanda aileye de destek vermeyi içerir” şeklindedir. Bu tanım yetişkinler için yapılan tanıma benzerdir.^{6,21}

Amerikan Klinik Onkoloji Topluluğu kanser hastalarında palyatif bakımı; “hastalar ve aileler açısından sıkıntı ve acı verici olan, yaşam kalitesini etkileyen durumlara yönelik yapılan iyileştirmelerin kanser bakımına entegre edilmesi” şeklinde tanımlamıştır.²²

Amerikan Pediatri Akademisi palyatif bakımı; pediatri hastaları için “bulunduğu yere bakılmaksızın (ev ortamında, hastanede vb) hasta ve ailesinin değerlerine uygun olarak yaşam kalitesinin en iyi şekilde sağlanması” olarak tanımlamıştır. Yenidoğanda palyatif bakım; daha iyiye gitmeyen bebeğin bütüncül ve kapsamlı bakımındır. Palyatif bakım, bebeğin acısını dindirmek veya önlemek, bebeğin yaşam ve ölüm koşullarını özenle iyileştirmek için geliştirilmiş koşulların bütünüdür. Bu, ölmek üzere olan bebeğe ve ailesine, fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal ve ruhsal acılarını giderici bir takım yaklaşımıdır.²³⁻²⁸ Catlin ve Carter²⁶ yenidoğanda palyatif bakımı hayatta kalması beklenmeyen bebekler için bütüncül ve kapsamlı bakım şeklinde açıklar. Bu bakım, yaşayan ve ölmek üzere olan bebeğin koşullarının geliştirildiği, bebeğin acı çekmesinin engellendiği ve rahatlatıldığı bir ortamda sağlanmalıdır.²⁶

Palyatif bakım “ölüm bakımı” olarak ortaya çıktıktan birkaç yıl sonra “terminal bakım” olarak değişmiştir. Palyatif bakımın günümüzde tıp alanında iç içe kullanıldığı terimler; “hospis”, “hospis bakımı”, “yaşam sonu bakım”, “konfor bakımı”, “bakımın sürekliliği”, “tanatoloji”, “destek bakımı” ve “sürekli bakım ünitesi” şeklindedir. Ancak bu terimlerin hiçbirisi palyatif bakımı tam olarak yansıtmamaktadır.²⁹

2.2. Palyatif Bakımın Tarihsel Gelişimi

En eski kayıtlarda “palliate” kelimesi Elizabeth ve Hint Avrupa gelenekleri içinde yer almakta ve 14. yüzyıldan sonra izlenmektedir. Palyatif bakımın gelişim sürecinin, orta çağ dönemlerine kadar uzandığı bildirilmektedir. Ortaçağ döneminde “son dönem bakım ve hospis terimi, yolcular ya da seyahat eden kişiler için korunulacak ya da sığınılacak bir yeri” tarif etmek amacıyla kullanılmıştır. Dame Cicely Saunders’ın vizyonu, cesareti ve sorumluluğu ile birlikte modern son dönem bakımın ve palyatif bakımın evrimi gerçekleşmiştir.³⁰⁻³³ Dame Cicely Saunders 1967’de Londra’da “St. Christopher Son Dönem Bakım Evi”ni açmıştır. Bu, modern eğitim ve araştırmanın yapıldığı ilk son dönem bakım birimidir. Saunders, profesyonel ve kişisel hayatını ileri düzey hastalığa sahip hastaların bakımı ve çalışması için adamıştır. Ölmekte olan hastanın ve ailesinin ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı konusundaki eksikliği saptamış ve bu eksikliğe yanıt vermiştir. Her hastanın ve ailesinin bireysel ihtiyaçları üzerine sürekli yoğunlaşmıştır. St. Christopher Son Dönem Bakım Evi, son dönem bakım için holistik hasta bakım anlayışına dayalı palyatif bakımın prensiplerinin gelişmesini sağlamıştır. Yale Üniversitesi Dekanı Floranda Wald, deneyimlerini öğrenmek için ABD’ye Saunders’i davet etmiş ve 1974 yılında New Haven Connecticut’ta ilk ev merkezli hospis bakımı kurulmuştur. 1975 yılında, New York’taki St. Luke Hospis, ABD’nde ilk hospis olmuştur. 1982 yılında, İngiltere’de ilk çocuk hospis merkezi açılmıştır.^{31,33-35}

Hospis girişimleri büyümesine rağmen hastane tabanlı palyatif bakım programları ancak 1980’li yıllarda ABD’de başlamıştır. 2007 yılına kadar, yaklaşık 1400 tür program oluşmuştur. Hastane tabanlı palyatif bakım programları, ileri hastalık bağlamında hastalara ve ailelere çeşitli hizmetler sunmuştur.^{36,37}

İskandinav Ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde 1990 yılının başlarından itibaren palyatif bakım hizmetlerinin sunumunda bir hareketlenme

gözlenmiştir. Palyatif bakımı sağlık hizmetine entegre etmede bu ülkelere göre geciken Almanya kısa bir süre içinde büyük bir ilerleme göstermiştir. Almanya’da palyatif bakım, ilk olarak 1983 yılında Köln Üniversitesi’nde cerrahi bölüme bağlı palyatif bakım servisi kurulmasıyla başlamıştır. Almanya Sağlık Bakanlığı tarafından 1991-1996 yılları arasında palyatif tedavi amacıyla çalışma başlatılması ile birlikte palyatif bakım servisi sayısı oldukça kısa bir süre içinde artış göstermiştir. Palyatif bakım alanında uzmanlık eğitimi almış doktor sayısı 2009 yılına kadar 4200’ün üstüne çıkmış, 2010 yılına kadar 220 hastanede palyatif bakım servisi açılmış ve 170 adet hospis merkezi kurulmuştur.³⁸

2.3. Dünya’da Palyatif Bakım

Dünyanın birçok ülkesinde palyatif bakıma yönelik çalışmalar ve projeler yürütülmektedir. Palyatif bakımın sağlık sistemine gelişmiş entegrasyonu dünyada sadece 20 (%8.5) ülkede gerçekleşmiştir. Dünya Hastaneleri Palyatif Bakım İttifakı (WPCA)’nın 2011 yılında açıkladığı rapora göre dünyadaki 234 ülkeden 136’sında (%58) bir veya birden fazla sayıda palyatif bakım ünitesi bulunmaktadır. Önemli sayıda ülkede halen hiç hospis-palyatif bakım ünitesi bulunmamaktadır ve bu konuda evrensel ilerleme zorlukla olmaktadır.³⁹

Palyatif Bakım Aktivitelerine Göre Ülkelerin Sınıflandırılması:

- Grup 1 Ülkeler: Hospis-palyatif bakım aktivitesi bilinmeyen ülkeler.
- Grup 2 Ülkeler: Yapılanma aşamasındaki ülkeler.
- Grup 3A Ülkeler: Ülke genelinde olmayıp sadece lokalize hospis-palyatif bakım yapılanması olan ülkeler.
- Grup 3B Ülkeler: Ülke genelinde olmayıp lokalizedir ve genel sağlık sistemi ile entegre olmayan ülkeler.
- Grup 4A Ülkeler: Palyatif bakım hizmetleri ve aktiviteleri daha yaygın, palyatif bakım servis türleri çok çeşitli olan ülkeler.

- Grup 4B Ülkeler: Ülke genelinde yaygın palyatif bakım servisleri olup kapsamlı palyatif bakım hizmeti verilmektedir. Etkin ve sürekli palyatif bakım politikaları, üniversitelerle akademik işbirliği içinde olan gelişmiş palyatif bakım eğitim sistemleri ve ulusal palyatif bakım dernekleri olan ülkelerdir.³⁹

2.4. Türkiye’de Palyatif Bakım

Darüşşifalar, Selçuklu ve Osmanlı döneminde eğitimli hekimler ve diğer yardımcı sağlık personeli tarafından genel sağlık hizmetinin ücretsiz olarak sunulduğu ve vakıflar tarafından finansal desteğin sağlandığı merkezlerdi. Darülaceze 1895 yılında kurulmuştur ve hastalara, düşkünlere, kimsesizlere, yaşlılara ve yetimlere hizmet vermektedir ve halen 650 yatak kapasitesi ile hizmete devam etmektedir.³⁹

Wright ve ark.⁴⁰ tarafından 2006 yılında yapılan bir çalışmada, hospis-palyatif bakım haritası üzerinde dünya genelinde Türkiye, hospis-palyatif bakım aktiviteleri yapılanmamış ve henüz yeterli olmayan ülkeler arasında yer aldığı bildirilmiştir. Ülkemizde palyatif bakım hizmetinin gelişmemesinin bir çok nedeni vardır. Bu hizmetin uzmanlık düzeyinde yapılamamasının önündeki engeller arasında sosyal, kültürel, ekonomik, yasal ve etik değerler yer almaktadır. Avrupa Palyatif Bakım Derneği (EAPC)’nin yayınladığı rapora göre Türkiye’de uzmanlık düzeyinde palyatif bakım hizmetinin verilememesinin nedenleri; ülkenin ekonomik kaynakların yetersiz olması, palyatif bakım ile ilgili yeterli sayıda sağlık bakım profesyonelinin olmaması, kanser tedavisine odaklanma, evde palyatif bakım hizmetini karşılama konusunda sosyal güvenlik sistemlerinin yetersizliği, güçlü opioidlerin reçetelenmesi ile ilgili sorunlar bildirilmiştir.^{40,41}

Ülkemizde hospis bakım hizmeti bulunmamaktadır. Toplumumuzun aile yapısı, dini ve kültürel değerleri ölmek üzere olan hastanın bakımı ile ilgili alınan kararları etkilemektedir. Ölmek üzere olan hastalar genelde son zamanlarını evde geçirmek ister

fakat evde bakım hizmetlerinin yeterli olmaması ve geri ödemelerin yapılmaması bu durumdaki hasta ve ailelerinin birçok sorunla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Türkiye’deki birçok sivil toplum kuruluşu ve sağlık profesyonelleri hospislerin oluşturulmasını desteklemektedir ancak bu bireysel çaba ve iyi niyetli düşüncelerin ötesinde hospislerin oluşturulması için ulusal sağlık politikalarına ve yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır.^{42,43}

Türkiye’de modern anlamda, palyatif bakım uzmanları tarafından hizmet verilen 3. düzey kapsamlı palyatif bakım merkezi yoktur. Tıp fakültelerinde palyatif bakım bilim dalı henüz kurulmamış ve palyatif bakım uzmanlığı eğitime de başlanmamıştır. Palyatif bakım hizmeti çoğunlukla diğer uzman hekimler tarafından Düzey 1 ve 2 seviyesinde sürdürülmektedir. Avrupa Palyatif Bakım Derneği’nin bildirdiğine göre Türkiye’de palyatif bakım hizmeti veren merkezlerin çoğu onkoloji klinikleri bünyesinde ve ağrı kontrol üniteleri şeklinde hizmet vermektedir.³⁹

2.5. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu ve Sunumu

Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları hakkında yönerge ilk olarak 09.10.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve ilgili yönerge 07.07.2015 tarihinde güncellenmiştir.⁴⁴

Bu yönergenin amacı, “yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak, bunların işleyişini, fiziki şartlarını, bulundurulması gereken araç, gereç ve personel asgari standardını, personelin görev yetki ve sorumluluklarını ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemektir”.⁴⁴

Yönergeye göre palyatif bakım hizmetleri; yataklı sağlık tesislerinde palyatif bakım merkezleri, yataklı sağlık tesisleri dışında ise aile hekimleri ve evde sağlık hizmet birimleri tarafından yürütülür. Merkez hizmetleri, sorumlu tabibin denetim ve sorumluluğunda yapılır. Palyatif bakım hizmeti tabip, hemşire, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı ve diğer unvanlarda personel ile yürütülür. Sosyal çalışmacı, fizyoterapist veya fizyoterapist teknikeri, psikolog ve diyetisyenin merkezde tam zamanlı çalışma zorunluluğu olmamakla birlikte ihtiyaç halinde hastane içinden veya dışından karşılanır.⁴⁴

Türkiye’de palyatif bakım merkezlerinin mevcut durumu ve hastane planlaması şu şekildedir:

- Tescilli olan 1461 yataklı 130 merkez,
- Müracaat aşamasında 287 yataklı 29 merkez,
- Planlama aşamasında (hastane ismi belirlenenler) 1256 yataklı 115 merkez.⁴⁴

2.6. Palyatif Bakımın Amacı

Palyatif bakımın amacı, “hayatı tehdit eden hastalığı olan ya da hastalık potansiyeli olanlarda acının dindirilmesi için bütüncül yaklaşım sağlamaktır.” Bunun yanı sıra bireyin içinde bulunduğu kültürü ve değerleri, inançları ve uygulamalarına duyarlı davranılarak sahip olunan fonksiyonel kapasitenin düzenlenmesi ve semptomların kontrol altına alınarak, acının hafifletilmesi ve bireyin yaşam kalitesinin artırılmasıdır.^{2,17,45,46}

Palyatif bakım bilinci; psikolojik, sosyal ve spiritüel destek sunan, ağrı ve diğer semptomların kontrolünü amaçlayan; ileri progresif hastalığa sahip bireylerin aktif ve total bakımıdır. Palyatif bakım duyarlı bir yaklaşımla, açık ve saygılı bir şekilde sunulmalı ve ülkelerin yasalarının yanı sıra palyatif bakım alan bireyin kişiliğine, dini ve

kültürel değerlerine, inanışlarına ve uygulamalarına hassasiyet gösterilmelidir. Saunders’a göre “palyatif bakım, her bireyin kendine has ilişkisi, kültürü, hikayesi, deneyimi olduğu ve kendine özgü tek bir varlık olduğu için saygı değer olduğu anlayışıyla başlar”.⁴⁷⁻⁵⁰

Amerikan Tıp Enstitüsü (AIOM)’ne göre “palyatif bakımın odağı; tedavi sağlamaksızın hastalığın semptomlarını önleme, dindirme, azaltma veya yatıştırma”dır. Palyatif teriminin tıpta kullanılmasında ki amaç; semptomun nedenini değil, semptomun kendisini ele alıp iyileştirmektir.⁵¹

2.7. Palyatif Bakımın Felsefesi

- Palyatif bakım, çeşitli kurumlarda yaşamı tehdit eden hastalığa sahip olan bireylere bakım ve destek sağlar.
- Ölüm süreci, hem bireyin hem de ailenin önemli ve derin bir deneyimi olarak kabul edilir.
- Palyatif bakım, ölüm sürecini yaşamın normal bir parçası olarak kabul eder.
- İnterdisipliner bir ekip, hastalar ve ailelerinin gereksinimlerinin karşılanmasında anahtar rol oynar.
- Palyatif bakım; bakımın fiziksel, sosyal, psikolojik ve spiritüel yönleri entegre edilerek yaşam kalitesinin güçlendirilmesine odaklıdır.
- Hastalar ve aileler uygun bir bakım yolu ile ölüme hazırlanabilirler.⁵¹

2.8. Palyatif Bakım Ne Zaman Başlar?

Palyatif bakım modeli yaşam kalitesi üzerine odaklanmıştır; bu model içinde iyileştirici ve konfor müdahaleleri bir arada olabilir. DSÖ, yaşam sınırlayıcı koşulların varlığında palyatif bakımın ve tedavi edici bakımın aynı anda başlaması gerektiğini belirtmektedir.⁵²

Küratif tedavi gördüğü halde tedavisi başarısız olan, yaşam süresini uzatmaya yönelik yoğun tedavi sürecinde olmasına rağmen yine de erken ölümün kaçınılmaz olduğu, küratif tedavi seçeneğinin olmadığı ve ilerlemeyen ama geri dönüşümü de olmayan hastalarda palyatif bakım uygundur. Şiddetli prematürite ve beraberindeki komplikasyonlarda dahil olmak üzere, doğuma bağlı travma, genital anormallikler veya karmaşık doğumsal anomaliler, yaşamı birkaç saat içinde sonlanan veya birkaç yıl sonra sonlanacak bebekler, yaşamı sınırlayan koşulları geniş bir yelpazede olan yenidoğanlar için palyatif bakım uygundur.^{52,53}

2.9. Palyatif Bakım Nerede Verilmelidir?

Palyatif bakım hizmeti çeşitli şekillerde sunulabilir ve bu hizmet sunumu seçenekleri, bulunulan ülkenin sahip olduğu palyatif bakıma özgü eğitilmiş ekiplerinin varlığı, kaynaklar ve ileri düzey kanser hastası prevalansı ile belirlenmektedir.^{31,48,49,54-56}

Primer düzeyde palyatif bakım hizmeti sunulacağı zaman ekipte yer alan hemşireler hastalara psikososyal destek sağlamada, hastanın ağrı ve diğer semptomlarını yönetme konusunda temel eğitime sahip olmalıdırlar. Primer seviyede ekip içerisinde yer alan uzman hemşireler, aile üyeleri, toplum liderleri ve gönüllüleri palyatif bakım hizmeti konusunda eğitirler. Sekonder düzeyde palyatif bakım hizmeti sunulacağı zaman ekip içindeki tüm doktor ve hemşireler psikososyal destek sağlamada, hastanın ağrı ve diğer semptomlarını yönetmede temel eğitime sahip olmalıdır. Bu ekip aynı zamanda yerel bir kaynak ve eğitim grubu şeklinde çalışır. Tersiyer düzeyde palyatif bakım hizmeti sunulacağı zaman ekip içindeki tüm doktor ve hemşireler psikososyal destek sağlamada, hastanın ağrı ve diğer semptomlarını yönetmede temel eğitime sahip olmalıdır. Bu ekip aynı zamanda ulusal bir kaynak ve eğitim grubu şeklinde çalışır.^{31,48,49,54-56}

Palyatif bakım hizmetleri hastane ortamında, topluma dayalı, ev ortamında ve hospislerde verilmektedir.

Hastane Temelli Palyatif Bakım: Son yıllarda hastane temelli palyatif bakım hızla artmıştır. Bu program, ağrı ve diğer semptomlardan yakınan ve acı çeken, temel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalan yüksek riskli hastaların yaşam kalitesini artırmış ve bakım maliyetini azaltmıştır. Hastane temelli palyatif bakım ekibinde palyatif tıp alanında eğitimli bir doktor, bir hemşire, yarı zamanlı çalışan bir sosyal çalışmacı ve bütün bu ekip için yeterli idari personel olmalıdır. Bu palyatif bakım ekibi doğrudan hasta bakımını sağlamayabilir fakat palyatif bakımla ilgili her türlü konsültasyonu yapabilir.^{31,49,54,57-59}

Toplum Temelli Palyatif Bakım: Bazı gelişmiş ülkelerde palyatif bakım hizmeti ayaktan tedavi edilebilecek düzeyde olan hastalar için oluşturulmuş klinikler veya günlük bakım ünitelerinde verilmektedir. Böylece daha düşük maliyetli bakım sunulmaktadır. Ayrıca bu kurumlarda bakımı nasıl sağlayacakları konusunda hasta ailesine eğitim verilmektedir.^{31,49,54}

Eve Dayalı Palyatif Bakım: Yüksek ekonomik kaynaklara sahip ülkelerde palyatif bakım evde bakım hizmetlerine dayalı olarak sunulmaktadır. Kanser hastalarının temel ihtiyacı olan semptom kontrolü ve yaşam sonu bakım için hastane temelli palyatif bakım üniteleri ile koordinasyonlu çalışmak en idealidir.^{31,49}

Yaşam sonu dönemdeki birçok hasta, hayatlarının geri kalan süresini evde geçirmek ister. Zaman zaman tedavi veya hastalık sürecinin yoğun ataklarından dolayı hastaneye yatışları zorunlu olsa da yine de hastaların bu istekleri yerine getirilmeye çalışılır. Hastalara bu olanağı evde bakım hizmetleri koordinasyonu sunar. Hastalık sürecini takip eden aile hekimi, palyatif bakım için gerekli tüm girişimleri hastanın evde bakımında yapmakla yükümlüdür. Aile hekimi ile birlikte evde bakım hemşiresinin de bu tür hastalarda ağrı yönetimi, semptom kontrolü, palyatif bakımın temel prensipleri ve uygulamalarını iyi bilmesi gerekir. Bu nedenle evde bakım elemanlarının bu alandaki

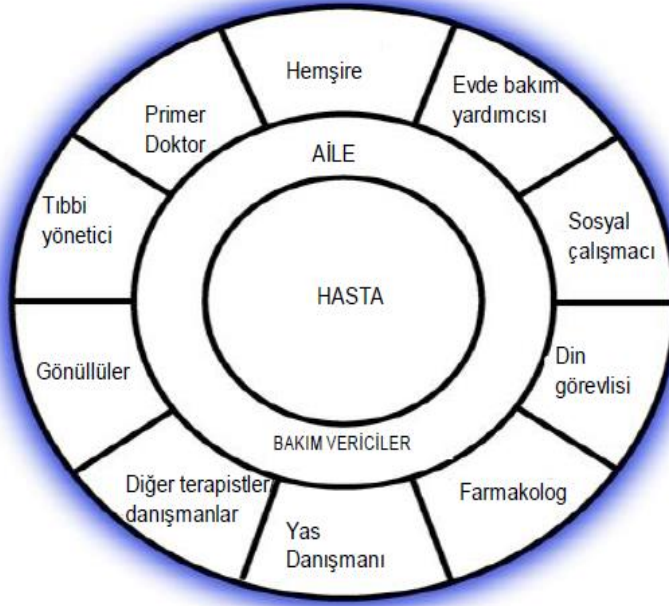
bilgi gereksinimlerinin sağlanması için belirli aralıklarla ile hizmet içi eğitimler verilmelidir.⁶⁰

Bebekler için bazı durumlarda evde bakım uygun olabilir. Ebeveynlere, bebeklerine nasıl bakım yapacaklarının öğretilmesi gereklidir. Özellikle bebeğin gavajla beslenmesinde veya aspire edilmesi gibi durumlarda bu ihtiyaç ortaya çıkar. Ebeveynlerin bebekleri öldüğünde ve duygusal yardıma ihtiyaçları olduğu zaman ailelerin ulaşabilecekleri irtibat numaralarını bilmeleri gerekir. Onlara gerekli hissettikleri zaman bebeklerini hastaneye geri getirebilme güvencesi verilmelidir. Bebeğin bakımını tartışmak, sordukları sorulara cevap vermek ve ortaya çıkabilecek sorunları gidermek için düzenli aralıklarla ebeveynlerle görüşme yapmak önemlidir.⁶¹

2.10. Palyatif Bakım Ekibi

Etkili palyatif bakım, toplum kaynaklarının kullanımını sağlayan, hasta ve aileye odaklı multidisipliner bir yaklaşımdır. Palyatif bakım ekibi içinde farklı disiplinlerden üyeler yer alır. Palyatif bakım konusunda eğitilmiş profesyonellere ek olarak palyatif bakım ekibi içinde, farklı bakım seviyelerinde fonksiyonları ve özel rolleri olan bakım verici aile üyeleri, gönüllü toplum liderleri ve sağlık bakıcıları yer almaktadır. Palyatif bakım uzmanlık gerektiren bir hizmet olup, bununla birlikte birçok yerde çeşitli düzeylerde bakım sunan ekipler yer almaktadır.²⁵

Palyatif bakım ekibi üyeleri arasında genellikle; doktor (algologlar, medikal onkologlar, palyatif bakım uzmanları), hemşire (klinik hemşireleri, palyatif bakım uzman hemşireleri), sosyal hizmet uzmanı, psikiyatristler ve psikologlar yer almaktadır. Ayrıca hastanın ihtiyaçlarına göre eczacı, diyetisyen, cerrahlar, fizik tedavi uzmanı, din adamı da palyatif bakım ekibine destek olabilir.^{1,62-68} Sağlık Bakanlığı tarafından palyatif bakım hizmetlerinin yürütülmesinde yer alacak meslek grupları; doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı şeklinde belirtilmiştir.⁵¹



Şekil 2.1. Palyatif Bakım Ekibi⁶⁹

2.11. Palyatif Bakımda Hedef Gruplar

Palyatif bakım gerektiren hastalıklar; tam bir uzlaşma olmamakla birlikte “yaşamı tehdit eden ve/veya aktif hastalıklar, ilerleyici küratif tedaviye yanıt vermeyen, ileri düzey hastalıklar” olarak belirlenmiştir. DSÖ’nün daha önce yapmış olduğu tanımlamada palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar “küratif tedaviye yanıt vermeyen hastalar” olarak belirtilmiş, son dönem bakımla ilişkilendirilmiştir. DSÖ, yapmış olduğu güncel tanımında ise “yaşamı tehdit eden hastalıkla karşı karşıya gelen birey ve aileleri” şeklinde hedef grupları genişletmiştir. Bunun yanında Kanada Hospis-Palyatif Bakım Derneği ve Ulusal Hospis ve Palyatif Bakım Organizasyonu, hastalığın özelliklerine bakılmaksızın hayatının son döneminde olan tüm hastalara odaklanmaktadır.⁷⁰

Palyatif bakım uygulanarak yaşam kalitesi yükseltilmesi planlanan hedef kitle;

- Spesifik tedaviye yanıt vermeyen ilerleyici kanser hastaları,
- Sınırlı yaşam beklentisi olan ve multifaktöriyel multiple belirtileri olanlar,
- Hastalık süresince ara ara desteğe ve bakıma gereksinimi olan hastalardır.^{64,68,70}

Palyatif bakımın erken dönemde başlatılması semptom yönetimi, gerekli desteğe kolayca ulaşma ve kür tedavisinden palyatif bakıma geçiş sürecinin kolaylaştırılması bakımından önemlidir.^{64,68,70}

2.12. Palyatif Bakım Gereksinimi Olan Çocuklar

Yaşamı Tehdit Edici veya Son Dönem Hastalıkları Olan Çocuklar ve Aileleri Derneği ile İngiltere'deki Kraliyet Pediatrik ve Çocuk Sağlığı Birliği tarafından hazırlanmış olan Çocukların Palyatif Bakım Servislerinin Geliştirilmesine Yönelik Rehber'e dayanılarak palyatif bakım gereksinimi olan çocuklar dört gruba ayrılmıştır.⁵² Bunlar:

- Küratif tedavi görse de başarısızlığın mümkün olduğu durumlardaki çocuklardır. Bu çocukların palyatif bakım servisine nakli gerekebilir. Hem küratif tedavinin başarısız olduğu hem de yaşamı tehdit eden durumlar bir arada yaşanabilir.
- Normal yaşama katılımın sağlanmaya çalışıldığı, yaşam süresini uzatmaya yönelik yoğun tedavi süreçlerinin bulunduğu ancak erken ölümün kaçınılmaz olduğu durumlardır. Bu gruba örnek olarak kistik fibrözisi olan çocuklar verilebilir.
- Tedavinin sadece palyatif bakım olduğu, küratif tedavi seçeneğinin olmadığı durumlardır. Palyatif bakım genellikle birkaç yıla kadar sürebilir. Bu gruba örnek olarak kas distrofisi olan çocuklar verilebilir.
- İlerlemeyen ama geri dönüşü de olmayan durumlardır. Komplike bakım ihtiyaçlarından doğan komplikasyonlar erken ölümlere neden olabilir. Şiddetli serebral felçli çocuklar bu grupta değerlendirilir.⁵²

2.12.1. Yenidoğanda Palyatif Bakım

Dünyada her yıl gerçekleşen 130 milyon doğumun %15'i prematüre, %5'inde doğum ağırlığı 1000 gr'ın altındadır. Ölen bebeklerin %20'sinde yaşamı sınırlayan

konjenital anomali bulunmaktadır. Yenidoğan ölümlerinin %75'i yaşamın ilk haftasında ve çoğunlukla ilk 24 saatte gerçekleşir ve bu bebekler genellikle prematüre veya düşük doğum ağırlıklı olan bebeklerdir. Gebelik yaşı 25 haftanın üzerinde veya doğum ağırlığı 750 gr'ın üzerinde olan prematüre bebeklerin çoğu yaşatılabilmektedir. Bebek ölümlerinin çoğu yenidoğan döneminde ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olmaktadır. Yaşatılan doğumsal anomalili bebeklerde, düşük doğum ağırlıklı bebeklerde veya prematürelerde ciddi sağlık sorunları ve sakatlıklar görülebilmektedir ve bu bebeklerin çoğu için palyatif bakım gereklidir. Bu nedenle de yenidoğanlarda palyatif bakım önemlidir ve diğer yaş gruplarından farklı özellikler içermektedir.^{71,72}

Yenidoğanlar çevreden gelen olumsuz etkilere karşı daha kırılgan olduğu ve organların maturasyonu tamamlanmamış olduğu için hasar daha fazla olabilir. Yenidoğandaki bu hassas durum hayatta kalma durumunu yakından etkilemektedir. İleri derecede düşük doğum ağırlığı ile doğan (doğum ağırlığı ≤ 500 gr), gebelik yaşı 23 haftanın altında olan, ölümcül bir konjenital anomalisi ya da malformasyonu olan, yoğun bakım veya diğer tedavi yöntemlerinin bebeğe yarardan çok sıkıntı getireceği düşünülen yenidoğan bebeklere palyatif bakım önerilir.^{73,74}

Yenidoğanlarda semptom kontrolü ve bakımı için yüksek teknolojik desteğe ve postnatal bakıma ihtiyaç duyulabilir. Ebeveynler bu durumlarda yorgun ve stresli olabilir. Ebeveynler bakımda aktif oldukları için palyatif bakım ile ilgili yorumları sağlık profesyonelleri ile zaman zaman çatışma yaşamalarına neden olabilir. Bu nedenle işbirliği yapılması ve sürekli iletişim halinde olunması önemlidir.⁷²

2.13. Palyatif Bakım İlkeleri ve Hemşirelik Bakımı

2.13.1. Hastanın ve Ailesinin Bilgi İhtiyacı

Hemşire, tanı konulduğu andan itibaren hasta ve ailesine onların anlayabileceği bir şekilde hastanın/çocuğun hastalığı ile ilgili bilgi, bu hastalığın tedavisi, mevcut

durumu, komplikasyonları, yapılacak uygulamalar ve hizmetler ile ilgili bilgi vermelidir. Hasta bir çocuk ise verilmesi planlanan bilgiler, çocuğun yaşı ve gelişimsel düzeyi dikkate alınarak belirlenmelidir. Tedavi planı ya da hastalığın seyri değiştikçe hasta ve ailesine açıklama yapılmalıdır. Hem hasta hem de ailesine soru sorması için fırsat verilmelidir. Ailenin çocuğun bakımını sürdürebilmesi, uygun seçimler yapabilmesi ve bilgilendirilmiş onam verebilmesi için açıklamalar, doğru zamanda ve doğru şekilde yapılmalıdır. Eğer mümkünse çocuğa ve aileye yapılan açıklamalar yazılı, sesli ve görsel materyallerle desteklenmelidir.^{23,75}

2.13.2. Çocuk ve Ailenin Bireysel Değerlendirme Gereksinimi

Etkili bir planlama yapmak, hasta ve ailesi için gerekli olan desteği sağlamak amacıyla hemşirenin, her çocuğu ve ailesini kapsamlı ve derinlemesine değerlendirmesi gerekir. Hemşire değerlendirme esnasında çocuğun ve ailesinin bireyselliğini ve gereksinimlerini göz önünde bulundurmalıdır. Çocuğun ve ailenin seçimlerine saygı duyulmalıdır. Hasta çocuk ve ailesinin gereksinimleri dikkate alınarak kapsamlı ve ayrıntılı bir bakım planı yapılmalıdır. Yanı sıra bu planlı bakım ve değerlendirmenin, sürekli olarak değişen koşullara göre düzenlenmesi gerekir.^{5,24}

2.13.3. Çocuğun Fiziksel Semptomlarının Yönetimi

Semptom kontrolünde amaç; rahatlığın sağlanması, acı çekmenin önlenmesi ya da azaltılmasıdır. Semptomları doğru tanılanıp, yeterli tedavi edilmediği, korku ve kederi ele alınmadığı için acı çeken çocuk sayısı oldukça fazladır. Ağrı ve diğer hastalık semptomlarının tedavisi, her çocuk için yılın 365 gününde ve 24 saatinde ulaşabilir olmalıdır. Semptomlar bakımından her çocuk ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Böylece rahatlama sağlayacak uygun tedavi mümkün olabilecektir. Semptomların değerlendirilmesi ve tedavisinde multidisipliner ekip yaklaşımı önemlidir. Sadece fiziksel değil ruhsal, sosyal ve psikolojik semptomlarda dikkate alınmalıdır. Hasta, aile ve

profesyoneller tarafından kabul edilebilecek şekilde bu semptomların tedavisi gerçekleştirilmelidir.^{24,25,52,76-80}

Tablo 2.1. Yenidoğan Palyatif Bakımında Semptomların Yönetimi

Semptom	Nonfarmakolojik Yöntemler	Farmakolojik Yöntemler
Ağrı	Kundaklama, sukroz-glukoz verme, emzik verme, terapötik dokunma, akupunktur	Analjezik ilaçlar, devam ediyorsa opioidler ve morfin
Solunum sıkıntısı	Kucaklama, sarmalama	Nebulize bronkodilatörler ve nebulize salin
Emmeme	Enjektör, kaşık, biberon, gavajla besleme	Gastrostomi tüpü ile besleme
Kusma	Beslenme sonrası uygun pozisyon verme, pozisyonu yavaşça değiştirme	
Nöbetler	Ek oksijen verilmeli, ağız ve burun sekresyonları temizlenmeli	Antiepileptik ilaçlar
Moniliyazis	Ağız, dil ve mukozalar karbonatlı su ve gazlı bezle temizlenmeli	Nystatin içeren ilaçlar
Diaper dermatit	Anogenital bölge uygun temizlenmeli, kuru tutulmalı	Nystatin içeren pomadlar, dirençli enfeksiyonlarda steroid içeren pomadlar
Hipotoni	Cilt, ağız mukozası, perianal bölge kontrol edilerek bakım verilmeli ve eklem egzersizleri yapılmalı	
Konstipasyon	Gaita kıvamını yumuşatıcı besinler	Gaita kıvamını yumuşatıcı ilaçlar
Diyare	Aldığı-çıkardığı takibi yapılmalı, perianal bölge temizliğine dikkat edilmeli	
Dekübit yarası	Cilt temizliğine özen gösterilmeli, çok terleyen bölgeler kuru tutulmalı, sık pozisyon değiştirilmeli	Ağrı varsa analjezik, epitelizan pomadlar

Sağlık personeli uygun iletişim teknikleri kullanma konusunda eğitilmeli ve desteklenmelidir. Konuyla ilgili tüm kaynaklar gözden geçirilmeli ve semptomlarla ilgili bilgiler sistemli bir şekilde araştırılmalıdır. Semptomların kontrol altına alınması palyatif bakım ekibinin planlı, koordineli, entegre bir şekilde çalışmasını gerektirir. Semptom kontrolünün sağlanması, çocuğun yaşam kalitesini artırır. Radyoterapi ve kemoterapinin yan etkilerinin çok yoğun yaşanması nedeniyle özellikle bakımda primer rol oynayan anne için semptomlarla baş etmek oldukça zor olmaktadır. Ebeveynler ağrı, bulantı,

kusma, ağız yaraları, yorgunluk gibi belirtilerle başetmede zorlandıklarını belirtmektedirler. Bu durumun çocuğun tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyebileceği unutulmamalıdır.^{24,25,52,76-80} Tablo 2.1’de yenidoğanın semptom kontrolünde kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler verilmiştir.^{26,55,62,81,82}

2.13.4. Çocuğun Duygusal ve Davranışsal İhtiyaçlarını İfade Etmesi için Fırsat Verilmesi

Çocuk, hastalığı nedeniyle depresif olabilir ve hayal kırıklığı yaşayabilir. Büyük yaş grubundaki çocuklar, arkadaşları ile görüşme fırsatına sahip değilse kendini yalnız hissedebilir. Çocuğun bu tip duygularla başa çıkabilmesini sağlama konusunda ailenin yardımı ihtiyacı olabilir. Aileye ve çocuğa yardım alacakları kurum ve kuruluşlar ile ilgili olarak hemşirenin danışmanlık yapması gerekmektedir. Çocuk, hastalığı ve durumunu anlaması konusunda hassas bir şekilde desteklenmeli, ölüm ve yasla ilgili soruları onun anlayabileceği düzeyde cevaplandırılmalıdır. Oyun ve müzik gibi etkinlikler çocuğun duygularını ve korkularını ifade etmesinde etkili yöntemlerdir. Bireylerin psikolojik desteğe gereksinimi olabilir. Hemşire, çocuğa ve ailesine psikososyal destek sağlamalıdır. Hemşire bu desteğin nereden ve nasıl alınacağı konusunda aileye ve çocuğa yardımcı olmalıdır. Okul arkadaşlarının, ailenin ve akranlarının desteği sağlanmalıdır.⁵

2.13.5. Yaşam Kalitesinin Güçlendirilmesi

Palyatif bakımın amacı, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu nedenle hemşire, mümkün olduğunda çocuğun günlük yaşamını devam ettirmesinde ve okula devam edebilmesinde yardımcı olmalıdır. Çocuğun günlük yaşamını sürdürebilmesi, onun sağlık ve esenlik durumunu geliştirebilir. Ayrıca çocuğun okuluna, çocuğun durumu ve sağlığıyla ilgili bilgi verilmesi gerekir.^{62,83}

2.13.6. Ailenin Desteklenmesi

Çocuğun hastalığı; ailenin, arkadaş ve komşuluk ilişkilerinin bozulmasına ve ailenin toplumdan sosyal olarak izole olmasına neden olabilir. Çocuğu hasta olan ailelerde kendine zaman ayıramama, eskiden yaptıkları faaliyetleri yapamama, misafir kabul edememe gibi sorunlar görülebilmektedir. Bakım vericiler, zaman zaman daha fazla çalışarak hastasına daha fazla destek olma gerekliliğini kendilerinde hissedebilir. Bu durum onların daha fazla toplumdan uzaklaşmasına ve kariyerini geliştirememesine neden olabilmektedir. Hemşire, ailelerin hastalık öncesindeki yaşam tarzlarını mümkün olduğunca sürdürme konusunda destek sağlamalıdır.^{84,85}

Çocuğa sürekli bakım vermek yorucudur ve bu durum özellikle bakımda primer görevi olan annede tükenmişliğe neden olabilir. Annenin, çocuğun bakımını geçici olarak başka bir bakım vericiye devrederek dinlenmesi gerekir. Aile üyelerinin zaman zaman evden uzaklaşarak kendilerine vakit ayırmalarına destek olunmalıdır. Bu konuda aileye yardımcı olmak için sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, gönüllü kurum ve kuruluşlarla birlikte çalışılabilir.^{86,87}

2.13.7. Ekonomik Destek

Hastalığın tam olarak tedavi edilememesi veya tedavisinin uzun sürmesi, tekrar ve uzun süreli hastaneye yatışlar hasta ve ailesinin sosyal, duygusal ve ekonomik yönden kayıplar yaşamasına neden olur. Hastalık nedeniyle ebeveynler işten ayrılmak zorunda kalabilir ya da uzun süre çalışamayabilir. Bu durum, aile bütçesine ve ülke ekonomisine yükler getirir. Hemşire, aileye ekonomik destek kaynaklarına nasıl ulaşabilecekleri konusunda bilgi vermeli ve çeşitli kurum ve kuruluşlardan destek alabilmeleri konusunda yardımcı olmalıdır.⁸⁸

2.13.8. Aileye Dinlenme Desteğinin Sağlanması

Hasta çocuğa devamlı olarak bakım vermek oldukça zor bir iştir ve özellikle çocuğun bakımından primer olarak sorumlu ebeveyn olan annede tükenmişlik gelişmesine neden olabilir. Bu nedenle aile üyeleri, belirli aralıklarla evden ve bakım ortamından uzaklaşmaları konusunda desteklenmelidir. Anne bir süreliğine bakım görevini başka bir sağlık profesyoneline ya da bir aile üyesine devredebilir. Sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler, gönüllü kurum ve kuruluşlar hasta çocuğun ailesine bu konuda yardımcı olmak için birlikte hareket etmelidir.^{23,24}

2.13.9. Ölüm Anındaki Bakım

Aileler tedavinin etkili olmadığını anladıkları zaman ölümün biran önce olmasını isteyebilirler. Bu dönem, yasin yoğun bir şekilde yaşandığı dönemdir. Aileler “o öldüğünde ne olacak?”, “o ölecek mi?”, “biz onun öldüğünü nasıl bileceğiz?” şeklinde sorular yöneltebilirler. Bu sorular, ailelerin çocuğun ölümü ile ilgili olarak yoğun kaygı yaşadıklarını göstermektedir. Ebeveynler bu süreçte, çocuğun acı çekmesi ve son nefesini verirken onun yanında olamama konusunda kaygı yaşayabilirler. Konuyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada, çocuğuna kanser tanısı konulan ebeveynlerin stres düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ebeveynlerin en yoğun stres yaşadıkları dönemin, çocuklarının ölüm anı olduğu saptanmıştır. Ayrıca tanı ve terminal dönemlerde de stres düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir.⁸⁴ Aileler çocuğunun nerede öleceği konusunda korkulu ve endişeli olabilirler. Bu konuda aile ile konuşulmalı ve verecekleri kararlarda onlara yardımcı olunmalıdır. Ailenin gerçekleştirmek istediği dini bir uygulama varsa destek olunmalıdır.^{23,84,85}

2.13.10. Yas Süreci

Yas, olağan bir süreçtir. Bu süreçte hemşirenin aileyi desteklemesi gerekir. Yas sürecinde danışmanlık için uzman desteği alınabilir. Danışmanlık, palyatif bakım

sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Aile üyeleri, keder yaşayan diğer ailelerle tanıştırılabilir ve bu sayede ihtiyaçları olan destek sağlanmış olacaktır.²³

2.14. Palyatif Bakımda Etik ve Yasal Sorunlar

Palyatif bakım alanında çalışan hemşirelerin hastaya palyatif bakım verme ve hastayı ölüme hazırlama konusunda etik sorumlulukları vardır. Bunlar; gerçeği söyleme, kaynakları adil paylaşırma, aydınlatma, insani bakım verme, ağrıyı-acıyı dindirmedir. Bu nedenle bu alanda çalışan hemşirelerin etik ilkelerle ilgili yeterli bilgiye sahip olması önemlidir. Hemşireler, adalet ve eşitlik ilkesi, özerklik, bireye saygı ilkesi, zarar vermeme- yararlılık ilkesi, mahremiyet ve sır saklama ilkesi gibi temel etik ilkeleri rehber olarak ortaya çıkacak etik sorunları çözüme ulaştırmalıdır. Ortaya çıkan bu sorunları, sınırlı kaynakların paylaşılması, hasta hakları, insan hakları ve yaşamı uzatan girişimlerin yaşam kalitesine etkileri konularıyla birlikte değerlendirmelidir.^{89,90} Palyatif bakım sürecinde gelişebilecek etik sorunlar ve ikilemler aşağıdaki kurallara dikkat edilerek çözümlenebilir.^{66,91}

- Hasta ve ailelerin gereksinimlerine ve tercihlerine saygı gösterilmeli,
- Hasta ve ailesinin tam olarak bakıma katılımı sağlanmalı,
- Sağlık ekibi, bakım hedefleri konusunda hasta ve ailesiyle görüşmeli ve ortak fikirde buluşulmalı,
- Hasta ve ailesi ile açık bir iletişim geliştirilmeli,
- Hedefler ve ihtiyaçlar konusunda sürekliği olan değerlendirme ve inceleme yapılmalıdır.

2.15. Palyatif Bakım Hemşirelerinin Güncel Sorunları

Ölmek üzere olan çocuklara bakım veren hemşirelerin ihtiyaçlarının karşılanmaması ve iş doyumunun sağlanmaması onların hastalara verdiği bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir.⁹²⁻⁹⁴

Papadatou⁹⁵ tarafından yapılan bir çalışmada bir çocuk öldüğünde hemşireler yaşadıkları duygusal sıkıntıyı şöyle açıklamıştır. Sağlık profesyonelleri, yaşamı tehdit altında olan çocukların hayatını kurtarmak için yoğun çaba gösterirler. Tüm bu çabalara rağmen bir çocuk öldüğünde başarısızlık duygusu yaşarlar. Yanı sıra hemşireler, çocukların hayatını kurtarmak için gereken yeteneğe ya da beceriye sahip olmadıklarını ve ebeveynlerinin en değerli varlıkları olan çocukları yeterince koruyamadıklarını hissederler. Kaçınılmaz olarak, başarısızlık artar, çaresizlik, suçluluk, öfke ve üzüntü reaksiyonları, keder duyguları yoğunlaşır. Aynı zamanda ölen çocuklara bakım veren hemşirelerin güvenlik açıklarının olması stres ve kaygı düzeylerini artırır.⁹²⁻⁹⁴

Etik sorunlar, çaresizlik ve öfke duygularına yol açabilir. Bu sorunlar, hemşirelerin kendi inançlarına aykırı bir şekilde hareket etmelerine neden olabilir. Kişisel ve mesleki değerler için yapılan bu göz ardı hemşirenin bütünlüğünü sarsar. Hemşireler, hekimlerin istemlerine uyma zorunluluğu ile rahat bir ölüm sağlama ikilemi arasında mücadele içerisinde kalabilir.⁹²⁻⁹⁴

Bir hemşirenin zayıf iletişim becerileri varsa veya uygun palyatif bakım sağlamak için bilgi ve beceriye sahip değilse bu durum iç bariyerlere neden olabilir. İş memnuniyetinin yanı sıra uygun hasta bakımını sağlamak için bu engellerin çözümü sağlanmalıdır.⁹²⁻⁹⁴

Yapılan çalışmalar, ölmek üzere olan hasta ve ailesinin duygusal ve manevi gereksinimlerini karşılamada hemşirelerin yetersizlik yaşadıklarını göstermektedir. Ayrıca hemşirelerde kendilerini yetersiz ve başarısız olarak görmektedir ve bu durum onların suçluluk duygusu yaşamalarına neden olabilir. Oysa ölmek üzere olan hastayı uzun süre yaşatmak, bu hastanın bakımında başarılı olmanın göstergesi değildir. Amaç, ölmek üzere olan hastanın acı çekmesini önlemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Hemşireler, hastanın acı çekmesini önleyemedikleri için suçluluk duygusuna kapılabilir

ve kendilerine karşı öfke duyabilirler. Ayrıca uygulanan tedaviye ve yapılan bakıma rağmen hastada herhangi bir olumlu gelişme olmaması ve durumunun gittikçe kötüleşmesi de hemşirede öfke duygusunun gelişmesine neden olabilir.⁹²⁻⁹⁴

Literatür hemşirelerin ölümcül hastayı kurtarmaya yardımcı olmak istediği zaman onların derin bir üzüntü, kararsızlık ve çaresizlik yaşadığını bildirmektedir. Hemşireler, palyatif ve küratif bakım sağlama ikilemi ile nasıl başa çıkacaklarını bilmezler. Bazen kendilerini fiziksel bakım ile meşgul ederek sıkıntıyı önlemeyi, korunmayı ve mümkün olduğunca aileler ile etkileşimlerini en aza indirme çabasını denerler. Etik sorunlar ve ikilemler yaşayan pediatrik palyatif bakım hemşireleri, yeterince desteklenmediği takdirde işten ayrılma oranlarının artması beklenen bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.⁹²⁻⁹⁴

Ölmek üzere olan bir hastaya bakım veren hemşireye, aynı zamanda diğer hastaların bakımını sağlamak zorunda olması da fiziksel ve psikolojik olarak ciddi bir yük getirmektedir. Hemşire çalıştığı birimde yeterli destek kaynağının olduğunu hissetmez. Bu kontrol eksikliği ve hayal kırıklığı hemşirelerin daha az stresli çalışma ortamları aramalarına neden olur.⁹²⁻⁹⁴

2.16. Palyatif Bakımda Engeller

Palyatif bakımın uygulanmasında çeşitli engeller tanımlanmıştır:

- Hastaların sabretmesi ve yeterli semptom bilgisi vermemesi,
- Hastanın palyatif bakıma ve yaşam sonu bakıma ne zaman ihtiyacı olduğunun sağlık personeli tarafından anlaşılamaması,
- Kaliteli bakım vermedeki eksiklikler,
- Sağlı personeline eğitim hayatlarında iletişim tekniklerinin yeterince öğretilmemesi,

- Profesyonellerin hastalıkla ilgili olumsuz gelişmeleri, hasta ve ailelerine nasıl anlatacaklarını bilememesi,
- Sağlık profesyonellerinin eğitimi sürecinde ölmek üzere olan hastanın bakımı konusunda eğitimin yetersiz olması ve buna bağlı olarak sağlık çalışanının konuyu bilmemesi,
- Belirtileri tanımama ve “lüzum halinde” olan istemlerin iyi uygulanmaması,
- Hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanımına karşı olumsuz tutumları,
- Ölümle ilişkili olarak çaresizlik duygusu yaşanması,
- Toplumda ölümle ilgili olarak konuşmaktan kaçınılması,
- Personel sayısının az olması ve sağlık personelinin iş yükünün fazla olması,
- Yaşamı uzatmaya yönelik yapılan tedavi ile destekleyici tedavinin ayrı tutulması,
- Palyatif bakım kavramının hem topluma hem de profesyonellere uzak olması,
- Kullanılması gereken ilaç seçeneğinin az olması,
- Sağlık profesyonellerinin palyatif bakımın sonucunu bir yenilgi olarak görmesi, hastalığı “ihmal etme” olarak değerlendirmesi,
- Hekimler tarafından opioid toleransı ve bağımlılığının karıştırılması ve bağımlılık yan etkisinin abartılması,
- Yeterli kanun ve mevzuatla palyatif bakımın desteklenmemesi,
- Bazı palyatif bakım programlarının (evde bakım gibi) sigorta kapsamı dışında kalması.^{1,4,67,96,97}

2.17. Palyatif Bakımda İletişim

Hasta ve ailesi ile sağlık çalışanları arasında iyi iletişim sağlanması palyatif bakımın temelini oluşturur. Palyatif bakım çalışanlarının, hastanın söylemeye çekindiği şikâyetlerinden haberdar olabilmesi için iletişim becerilerinin iyi olması gerekir. Aynı

zamanda multidisipliner ekip üyeleri arasında da bilgi alışverişı iyi bir şekilde sağlanmalıdır.⁹⁸

Hastalığın kötü gidişatını haber alma, tedavi edici yaklaşımların azalması, hastalığın hastadan gizlenmesi, ötenazi isteği, sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim sorunları, ölüm süreci ve ölümün tartışılması nedeniyle palyatif bakım sürecinde iletişimle ilgili sorunlar yaşanır.⁹⁸

İletişimle ilgili eğitim alınmamasına bağlı iletişim yeteneğinin olmaması, duygusal olarak stres yaşama endişesi, duygusal patlamalarla nasıl baş edeceğini bilmeme, karşısındaki kişinin duygularının içeriği hakkında endişelenme, hasta ya da yakınları tarafından yetersiz olduğu şeklinde suçlanma, sağlık personelinin hastayı daha önceden tanıyor olması da palyatif bakım sürecinde sağlık profesyonelleri ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim sorunlarının altında yatan nedenler olarak sıralanabilir.⁹⁸

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin” Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Erzurum il merkezinde bulunan Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi, Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi ve Özel Buhara Hastanesi’nin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde 10 Aralık 2014- 04 Temmuz 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi (n=45), Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (n=45), Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi (n=47), Özel Buhara Hastanesi (n=20) yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler oluşturmuştur. Araştırmada örneklem grubu seçimine gidilmeden evrenin tamamı ile çalışılmış, araştırma grubu seçim kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılma konusunda istekli olan 145 hemşire ile çalışma yapılmıştır.

Kültürler arası ölçek uyarlama çalışmalarında faktör analizinin yapılabilmesi için ölçekte bulunana soru sayısının en az 5 katı, en fazla 10 katı bireyin örneklem grubuna alınması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca parametrik test varsayımlarının karşılanması için en az 30 kişiye tekrar testinin yapılması gerekmektedir.⁹⁹ Araştırmada kullanılan ölçeğin madde sayısı 26 olduğu için 130-260 hemşireye ulaşılması gerekmektedir. Araştırmanın evreni dikkate alınarak en az 130 hemşireye ulaşılması hedeflenmiş; çalışmada ölçek madde sayısının 5.6 katını oluşturan 145 hemşireye ulaşılmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- En az bir yıldır YYBÜ’de çalışan,

- İzinli olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler araştırmaya alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, “Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-II) ve “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği (YPBTÖ)” (EK-III A/B) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.¹⁰⁰⁻¹⁰³ Formda, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb), çalışma durumunu (çalışma süresi, çalışma şekli, iş yerinden memnuniyet durumu, palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu vb) sorgulayan sorulardan oluşmaktadır (EK-II)

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği-YPBTÖ (The Neonatal Palliative Care Attitude Scale-NiPCAS)

Bu ölçek, yenidoğan hemşirelerinin palyatif bakımı uygulamaya yönelik engel ve kolaylaştırıcı olarak gördükleri faktörleri belirlemek amacıyla 2009 yılında Kain, Gardner ve Yates tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 26 tutum sorusundan oluşmaktadır ve 5 puanlı (1- Kesinlikle katılmıyorum, 2- Katılmıyorum, 3- Bilmiyorum/Fikrim yok, 4- Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum) likert tipindedir.¹⁰⁴

Ölçek, organizasyon (5, 8, 15, 16, 19), kaynaklar (6, 7, 13, 14, 24) ve klinik (20, 21) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Organizasyon alt boyutu; hemşirelerin çalıştığı kliniğin ortamının palyatif bakım uygulamaları için sunduğu kolaylaştırıcıları ya da engelleri ölçmektedir. Kaynaklar alt boyutu; uygun çevre, klinik personel, ebeveynler için yeterli zaman, mevcut danışmanlık ve gerektiğinde yenidoğan palyatif bakım uygulaması ile ilgili uygun politika ve yönergeler gibi palyatif bakım modelini destekleyen kaynakların varlığını ölçmektedir. Klinik alt boyutu ise teknolojik

zorunlulukların ve ebeveyn taleplerinin hemşirelerde oluşturduğu ahlaki /etik kaygıları ölçmektedir¹⁰⁴.

Ölçek alt boyutlarından elde edilen puanın yüksek olması, ilgili alt boyutla ilgili yüksek düzeyde olumlu tutuma sahip olunduğunu göstermektedir. Kain ve ark.¹⁰⁴, NiPCAS'i geliştirdikleri çalışmalarında 26 sorudan oluşan ölçeğin faktör analizleri sonucunda toplam 12 sorusunun üç faktörü (organizasyon, kaynaklar ve klinik) oluşturduğunu belirlemişlerdir. Araştırmacılar, ölçeğin kalan 14 sorusunu ölçekten çıkarmamış ve hemşirelerin palyatif bakımla ilgili deneyimlerini ve bebeğin ölümüyle ilgili hemşirelerin inançlarını değerlendirmek amacıyla kullanmışlardır.¹⁰⁴⁻¹⁰⁷

Türkiye'de yenidoğanlar için palyatif bakım tutumunu ölçen bir ölçüm aracı olmadığı için bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesi için güvenirlik ölçütü olarak belirlenen Cronbach alfa katsayısı Kain ve ark.¹⁰⁴ tarafından organizasyon alt boyutu için 0.73, kaynaklar alt boyutu için 0.65 ve klinik alt boyutu için 0.63 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise Cronbach alfa güvenirlik değerleri sırasıyla 0.692, 0.710 ve 0.680 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanması için “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmada öncelikle YPBTÖ Türkçe'ye uyarlanarak dil geçerliliği değerlendirilmiştir. Gerekli düzenlemeler yapılarak ölçeğe son hali verilmiştir. Ön uygulamanın ardından ölçekte anlaşılmayan madde tespit edilmediğinden herhangi bir düzeltme yapılmamıştır. Çalışmaya dahil edilen 145 hemşireye ilk uygulama yapıldıktan sonra test-tekrar test güvenirliğini değerlendirmek için 15 gün sonrasında 30 hemşire ile ikinci uygulama yapılmıştır. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir.

3.6. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Geçerliliği

Bu çalışmada, YPBTÖ'nin ilk olarak dil geçerliliği sağlanmış olup sonrasında ise kapsam geçerliliği yapılmıştır. Dil ve kapsam geçerliliği aşamalarının tamamlanmasının ardından yapı geçerliliği ve iç geçerlilik analizleri yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ile ilgili bilgiler, tezin bulgular bölümünde verilmiştir.

3.6.1. Dil Geçerliliği

Orjinal dili İngilizce olan YPBTÖ, ilk olarak araştırmacı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Daha sonra ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi ikisi yabancı diller bölümü öğretim üyesi ve diğer ikisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman ileri düzeyde İngilizce dil seviyesine sahip olan iki öğretim üyesi tarafından birbirinden bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmacı ve danışmanı tarafından tüm çeviriler, orjinal metin ile karşılaştırılarak incelenmiş, ölçek maddelerini en iyi şekilde yansıtan ifadeler seçilerek ölçek düzenlenmiştir. Oluşturulan Türkçe ölçek, Atatürk Üniversitesi Türkçe Öğretimi Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde görev yapan bir uzman tarafından dilbilgisi açısından değerlendirilmiştir. Ardından ölçek, Atatürk Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü öğretim üyesi iki uzman tarafından tekrar İngilizce'ye geri çevirisi yapılmıştır. İngilizce'ye geri çevirisi yapılan YPBTÖ'nin maddeleri, araştırmacı ve danışmanı tarafından İngilizce orijinal metin ve Türkçe metin karşılaştırılarak gerekli düzeltmeler yapılmış ve ölçeğe son şekli verilmiştir.

3.6.2. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği için öncelikle ölçek maddelerinin anlaşılabilirlik ve kültürel uygunluğunun incelenmesi amacıyla YPBTÖ'nin Türkçe çevirisi ve ölçeğin orijinal hali, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman 10 öğretim üyesine e-posta yoluyla gönderilerek görüşleri alınmıştır (EK-VII).

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis tekniği kullanılmıştır. Bu tekniğe göre uzman öğretim üyelerinden ölçekteki her bir maddeyi; “1-Uygun değil”, “2-Uygun ancak ifadede küçük değişiklikler gerekli”, “3-Oldukça uygun”, “4-Tümüyle uygun” şeklinde değerlendirmeleri istenmiştir.⁹⁹

Çalışmada uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde, kapsam geçerliliği indeksi (KGİ) kullanılmıştır. Değerlendirme sonucunda uzman kişilerin önerileri doğrultusunda uygun olmayan ifadeler, araştırmacı ve danışmanı tarafından tekrar düzenlenmiştir. Uzmanlar tarafından verilen puanların analizinde ortalama, medyan, standart sapma, en düşük ve en yüksek puan değerleri hesaplanmıştır. Bu görüşler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak ölçekler tek form haline getirilmiştir. KGİ hesaplamasına göre; bir maddenin kabul edilebilir puan ortalaması 2’nin altında ise madde skala/ölçek/indeksten çıkartılır.¹⁰⁸ Son olarak ölçeğin Türkçe’si Atatürk Üniversitesi Türk Dili Bölümünden bir Türk Dili Uzmanının görüşü ve diğer uzman görüşleri de dikkate alınarak ölçeğin dil geçerliliği gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin ön uygulaması için 10 hemşire ile çalışılmış ve ölçekte anlaşılmayan madde tespit edilmediğinden herhangi bir düzeltme yapılmamıştır.

3.6.3. Yapı Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Faktör yapısının incelenebilmesi için öncesinde örneklem yeterliliğini belirleyen Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığını belirleyen Barlett’s Testi uygulanmıştır.¹⁰⁹ Faktör analizinde faktör yük değeri 0.40 ve üzerinde bulunan maddeler faktör yapısına alınmıştır.^{109,110}

3.7. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Güvenirliği

3.7.1. İç Tutarlılık

YPBTÖ'nin güvenirliliğinin değerlendirilmesinde, ölçme hatalarını minimuma indirmek ve iç tutarlılık güvenirliliğinden söz edebilmek amacıyla ölçek maddelerinin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünün kanıtlanması gerektiği benimsenmiştir.^{111,112} Ölçeğin tümü ve alt faktörlerinin iç tutarlılık güvenirliliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ve güvenirliliğin diğer bir kanıtı olarak kabul edilen madde toplam puan korelasyon katsayıları her bir madde için hesaplanarak elde edilmiştir. YPBTÖ iç tutarlılığının yeterli olabilmesi için Cronbach alfa katsayısının en az 0.70, madde toplam puan korelasyonlarının ise en az 0.20 olması gerekmektedir.⁹⁹

3.7.2. Test-Tekrar Test

Araştırmada YPBTÖ'nin ilk uygulamasına 145 yenidoğan yoğun bakım hemşiresi dahil edilmiştir. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin belirlemek için 30 hemşireye tekrar test yapılmıştır. İlk uygulamadan 15 gün sonra hemşirelerden randevu alınarak YPBTÖ tekrar uygulanmıştır. Pearson product-moment korelasyon tekniği kullanılarak ilk ve 15 gün sonraki sonuçların karşılaştırılması ile ölçeğin zamana karşı değişmezliği belirlenmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, SPSS 18.0 ve Lisrel 8.50 paket programı ile analiz edilmiştir. Hemşirelerin demografik özellikleri, tanımlayıcı analizler kullanılarak değerlendirilmiştir. Kategorik verilerde yüzdelik, sürekli verilerde ortalama ve standart sapma bakılmıştır. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarını karşılaştırmak amacıyla t-testi, Kruskal Wallis Testi ve Mann Whitney-U Testleri kullanılmıştır. Araştırmada daha kesin bulgular elde etmek amacıyla temel bileşenler analizi yapılmıştır. Faktör analizinde önce örneklem yeterliliğini ve faktör analizine

uygunluğunu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett's Testleri uygulanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi için RMSEA, CFI, RMR, SRMR, GFI, AGFI gibi uyum indeksi değerleri incelenmiştir. Ek olarak ölçeğin güvenirlik analizinde; ölçeğin tutarlılığını ölçmek için test-tekrar test, iç tutarlılığını ölçmek için madde-toplam madde puan analizi ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı analizleri yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmada, YPBTÖ'ni kullanabilmek için ölçeği geliştiren ve sorumlu yazar olan Victoria Kain'den ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasının yapılabilmesi için e-posta yoluyla gerekli izin alınmıştır (EK-IV).

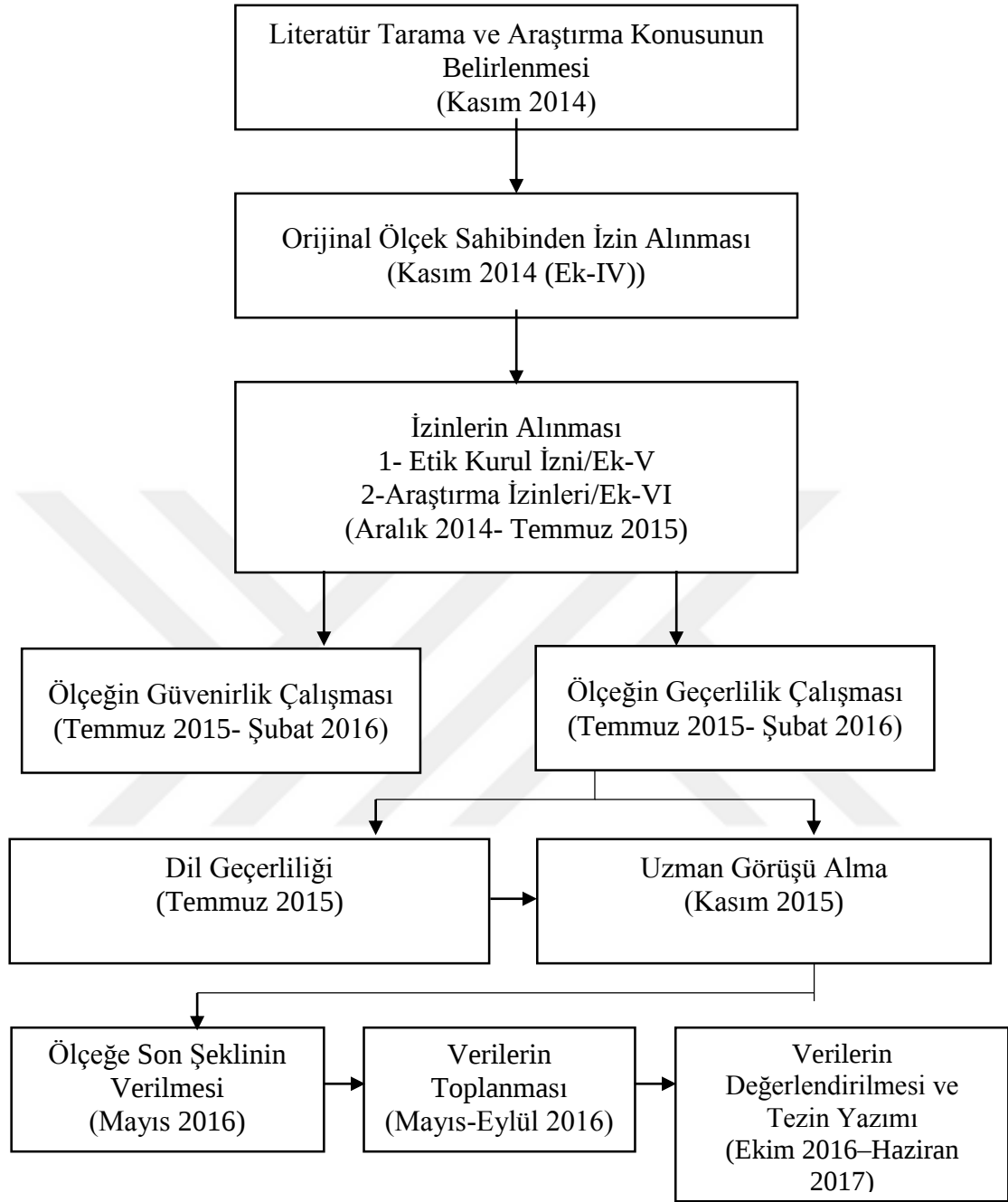
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan (EK-V) etik onay ve araştırmanın yürütüldüğü hastanelerden (EK-VI) gerekli resmi izinler alınmıştır.

Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılmış ve bilgilendirilmiş onam koşulu bir etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırma kapsamına alınacak olan hemşirelerin istekli olmalarına dikkat edilerek çalışmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanarak yazılı onamları alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın verilerin toplandığı hastanelerdeki yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yapılmış olması bir sınırlılıktır. Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu araştırma grubuna genellenebilir.

Araştırmada tüm yenidoğan hemşirelerine ulaşmak için her vardiyaya ulaşma ve hemşirelerden randevu alma gerekliliği, ünitelerin yoğun çalışma programı ve kurum izinlerinin geç çıkması veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur. Katılımcıların beklenen yanıtı verme eğilimi nedeni ile bu tür araştırmaların taşıdığı sınırlılıklar bu çalışma için de geçerlidir.



Şekil 3.1. Araştırmanın Basamakları

4. BULGULAR

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması amacı ile gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular üç ana başlık altında değerlendirilmiştir:

4.1. YPBTÖ'nin Geçerliliğinin İncelenmesi

4.2. YPBTÖ'nin Güvenirliğinin İncelenmesi

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.1. Ölçeğin Geçerliliğinin İncelenmesi

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği; içerik/kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, ölçüt geçerliliği ve faktör analizi yönünden incelenmiştir.

4.1.1. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliği için Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında uzman olan 10 öğretim üyesine YPBTÖ ve uzman değerlendirme formu gönderilmiştir. Uzmanlardan gelen öneriler, Davis tekniği kullanılarak madde tümüyle uygun ise “4”, oldukça uygun ise “3”, uygun ancak ifadede küçük değişiklikler gerekli ise “2”, uygun değil ise “1” şeklinde puanlanmıştır. Ölçekteki maddeler için 3 ve 4 puan veren uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek Kapsam Geçerliği İndeksi (KGİ) değeri hesaplanmıştır. KGİ, on uzmanın puanları ile değerlendirilmiştir.

Uzmanların değerlendirme sonuçları ve Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) Tablo 4.1'de verilmiştir. Bu sonuçlar on uzmanın puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığını ($p>0.05$), uzman puanlarının birbirine benzer olduğunu göstermiştir. Ölçeğe ait maddelerin KGİ skorları 0.8-1.0 arasında değiştiği için kapsam geçerliliği açısından herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Uzmanların Değerlendirme Sonuçları ve Kapsam Geçerlik Oranları (KGO)

Madde No	Uzman Değerlendirmesi	KGO
1. Madde	4343444344=10	1.00
2. Madde	4444424444=9	0.80
3. Madde	4343434344=10	1.00
4. Madde	3443444444=10	1.00
5. Madde	4344434243=9	0.80
6. Madde	4444434344=10	1.00
7. Madde	4434423344=9	0.80
8. Madde	4334444334=10	1.00
9. Madde	4344444344=10	1.00
10. Madde	4444444444=10	1.00
11. Madde	4444444444=10	1.00
12. Madde	4444444444=10	1.00
13. Madde	4443323333=9	0.80
14. Madde	4444444434=10	1.00
15. Madde	4434434333=10	1.00
16. Madde	4444444344=10	1.00
17. Madde	4444444444=10	1.00
18. Madde	4444444334=10	1.00
19. Madde	4444444344=10	1.00
20. Madde	4343434344=10	1.00
21. Madde	4433434343=10	1.00
22. Madde	4444444344=10	1.00
23. Madde	3444434344=10	1.00
24. Madde	4433444334=10	1.00
25. Madde	4344444344=10	1.00
26. Madde	4444444444=10	1.00

Kapsam Geçerlik Oranı= 0.62

Kapsam Geçerlik İndeksi= 0.97 Toplam Ölçek için

KGI>KGO'dan büyük olduğu için oluşturulan tüm ölçeğin kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlıdır.

4.1.2. Yapı Geçerliliği

Örnekleme yeterliliği ve faktör analizine uygunluğu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's Testleri uygulanmıştır. YPBTÖ için KMO değeri 0.758 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde Bartlett's Testi sonuçları da ($\chi^2 = 415.127$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Ölçeğin KMO ve Bartlett's Test Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO)		0.758
Bartlett's Test of Sphericity	χ^2	415.127
	p	0.000

4.1.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizleri (AFA)

Açıklayıcı faktör analizi, değişken sayısını düşürmek ve aralarındaki ilişkiden faydalanarak yeni yapılar ortaya koymak amacıyla yapılır.¹¹³

Tablo 4.3. Ölçek Maddeleri ve Faktör Yükleri

No	Maddeler	Alt Boyut Faktör Yüğü		
		Kaynaklar	Organizasyon	Klinik
5	Benim ünitemde, ölmekte olan bebeklerin palyatif bakımını tıbbi personel destekler.		0.619	
8	Benim ünitemde ebeveynler, ölmekte olan bebekleriyle ilgili kararlara katılırlar.		0.587	0.496
15	Benim ünitemde, bir bebeğe kötü bir teşhis konduğunda ebeveynler palyatif bakım seçenekleriyle ilgili bilgilendirilir.		0.698	
16	Benim ünitemde, ekip üyeleri ölmekte olan bebeklere bakım verme konusunda görüşlerini, değerlerini ve inançlarını ifade edebilirler.		0.660	
19	Benim ünitemde, sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri, ölmekte olan bir bebeğe palyatif bakım uygulanacağı zaman bakıma katılır ve destekler.		0.545	
6	Benim ünitemin fiziksel koşulları, ölmekte olan bebeklerin palyatif bakımını sağlamak için idealdir.	0.626		
7	Benim ünitem, ölmekte olan bebeklerin ve ailelerinin palyatif bakım ihtiyacını karşılamak için yeterli personele sahiptir.	0.723		
13	Benim ünitemde bir bebek ölürken, bebeğin ailesiyle geçireceğim yeterli zamana sahip olurum.	0.768		
14	Benim ünitemde palyatif bakımı uygulamaya yardım etmek amacıyla hazırlanmış politikalar/kurallar vardır.	0.578		0.425
24	Benim ünitemde bir bebek ölürken, gerekli olursa ben danışmanlık verebilirim.	0.608		
20	Benim ünitemde, çalışanlar teknolojik yaşam desteğini kullanarak onları rahat hissettirmenin ötesine geçer.			0.780
21	Benim ünitemde, ebeveynler hissettiklerinin doğruluğunun ötesinde yaşam süresini uzatıcı bakımı personelden isterler.			0.802
Açıklanan Varyans %55.51		19.82	18.70	16.99

Tablo 4.3’de ölçek maddeleri, faktör yükleri ve açıklanan varyans yer almaktadır. Bütün maddelerin faktör yükleri 0.40’ın üzerindedir ve açıklanan varyans %55.51’dir. Tablo incelendiğinde ölçek; kaynaklar, organizasyon ve klinik olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. YPBTÖ’nin Türkçe formu, orijinal formla aynı sayıda boyuttan oluşmaktadır (Tablo 4.3).

4.1.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizleri (DFA)

Çalışmada daha kesin bulgular elde etmek amacıyla AFA’dan sonra DFA yapılmıştır. Tablo 4.4’da DFA sonucunda YPBTÖ’ne yönelik bulunan uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler verilmiştir.

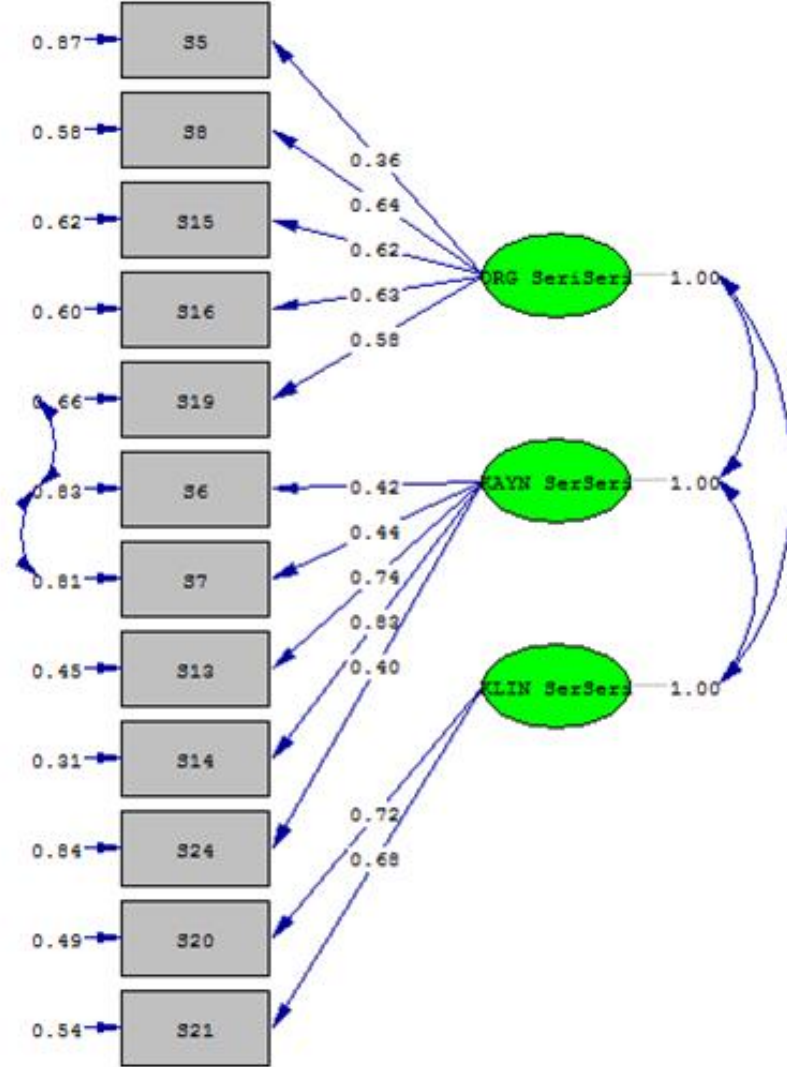
Tablo 4.4. Uyum İndeksi Sonuçları

İndeks	Çalışmada bulunan değer	Normal değer	Kabul edilebilir değer
RMSEA	0.072	<0.05	<0.08
CFI	0.98	>0.95	>0.90
RMR	0.085	<0.05	<0.08
SRMR	0.078	<0.05	<0.08
GFI	0.98	>0.95	>0.90
AGFI	0.91	>0.95	>0.90

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi ölçeğe ait model uyumunu incelemek için birçok uyum indeksinden yararlanılmıştır. Bunlardan RMSEA 0.072, CFI 0.98, RMR 0.085, SRMR 0.078, GFI 0.98 ve AGFI 0.91 olarak saptanmıştır. İlgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin bu hali ile kabul edilebilir olduğuna karar verilmiştir.

Şekil 4.1’de YPBTÖ’ne yönelik alt boyutlar ve maddelere ait faktör yükleri sunulmuştur. Görüldüğü gibi önerilen modifikasyon indeksleri uygulandığında uyum iyiliklerinde düzelme saptandığı için 6-19 ve 6-7. maddeler birbirleri ile ilişkilendirilmiştir ve modelin bu hali ile kabul edilmesine karar verilmiştir. Modele ait

faktör yüklerinin 0.36 ile 0.83 arasında değiştiği, toplam varyansın ise %55.51 ve tüm maddelere ait t değerinin 1.96'nın üzerinde olduğu belirlenmiştir.



Chi-Square=86.01, df=49, p-value=0.00086, RMSEA=0.072

Şekil 4.1. Path Diyagramı

Tablo 4.5’de YPBTÖ’nin organizasyon alt boyutundaki sorulara verilen cevapların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin ölçek maddelerine ilişkin kesinlikle katılıyorum cevaplarının %7.6 ile %17.9 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.6’da YPBTÖ’nin kaynaklar alt boyutundaki sorulara verilen cevapların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin ölçek maddelerine ilişkin kesinlikle katılıyorum cevaplarının %4.0 ile %7.6 arasında olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.5. Organizasyon Alt Boyutuna Verilen Cevapların Dağılımı (N=145)

No	Organizasyon Alt Boyutu Maddeleri (Ort±SS)*	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		S (%)	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)
5	Benim ünitemde, ölmekte olan bebeklerin palyatif bakımını tıbbi personel destekler (3.86±0.84)	- (-)	16(11.0)	14(9.7)	89(61.4)	26(17.9)
8	Benim ünitemde ebeveynler, ölmekte olan bebekleriyle ilgili kararlara katılırlar (3.11±1.08)	8(5.5)	42(29.0)	32(22.1)	52(35.9)	11(7.6)
15	Benim ünitemde, bir bebeğe kötü bir teşhis konduğunda ebeveynler palyatif bakım seçenekleriyle ilgili bilgilendirilir (2.92±1.15)	15(10.3)	45(31.0)	32(22.1)	42(29.0)	11(7.6)
16	Benim ünitemde, ekip üyeleri ölmekte olan bebeklere bakım verme konusunda görüşlerini, değerlerini ve inançlarını ifade edebilirler (3.63±0.98)	4(2.8)	20(13.8)	22(15.2)	79(54.5)	20(13.8)
19	Benim ünitemde, sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri, ölmekte olan bir bebeğe palyatif bakım uygulanacağı zaman bakıma katılır ve destekler (3.34±1.04)	5(3.4)	35(24.1)	22(15.2)	72(49.7)	11(7.6)

* Ortalama±Standart Sapma

Tablo 4.6. Kaynaklar Alt Boyutuna Verilen Cevapların Dağılımı (N=145)

No	Kaynaklar Alt Boyutu Maddeleri (Ort±SS)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		S (%)	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)
6	Benim ünitemin fiziksel koşulları, ölmekte olan bebeklerin palyatif bakımını sağlamak için idealdir (2.79±1.14)	5(3.4)	35(24.1)	22(15.2)	72(49.7)	11(7.6)
7	Benim ünitem, ölmekte olan bebeklerin ve ailelerinin palyatif bakım ihtiyacını karşılamak için yeterli personele sahiptir (2.32±1.12)	33(22.8)	66(45.5)	19(13.1)	20(13.8)	7(4.8)
13	Benim ünitemde bir bebek ölürken, bebeğin ailesiyle geçireceğim yeterli zamana sahip olurum (2.15±1.11)	44(30.3)	63(43.4)	17(11.7)	14(9.7)	7(4.8)
14	Benim ünitemde palyatif bakımı uygulamaya yardım etmek amacıyla hazırlanmış politikalar/kurallar vardır (2.43±1.11)	34(23.4)	47(32.4)	35(24.1)	25(17.2)	2.8(4.0)
24	Benim ünitemde bir bebek ölürken, gerekli olursa ben danışmanlık verebilirim (2.57±1.18)	31(21.4)	44(30.3)	36(24.8)	25(17.2)	9(6.2)

Tablo 4.7’de YPBTÖ’nin klinik alt boyutundaki sorulara verilen cevapların dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin ölçek maddelerine ilişkin kesinlikle katılıyorum cevapları %8.3 ile %13.1 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Klinik Alt Boyutuna Verilen Cevapların Dağılımı (N=145)

No	Klinik Alt Boyutu Maddeleri (Ort±SS)	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		S (%)	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)
20	Benim ünitemde, çalışanlar teknolojik yaşam desteğini kullanarak onları rahat hissettirmenin ötesine geçer (3.64±0.99)	5(3.4)	20(13.8)	16(11.0)	85(58.6)	19(13.1)
21	Benim ünitemde, ebeveynler hissettiklerinin doğruluğunun ötesinde yaşam süresini uzatıcı bakımı personelden isterler (3.47±0.96)	3(2.1)	27(18.6)	26(17.9)	77(53.1)	12(8.3)

26 maddeden oluşan YPBTÖ'nin Türkçe geçerlilik analizleri sonucu ölçeğin 12 maddesinin üç faktörde toplandığı belirlenmiştir. Ölçeğin 1, 2, 3, 4, 9,10, 11, 12, 17, 18, 22, 23, 25 ve 26. maddeleri ise hiçbir alt boyutta yer almamıştır. Kain ve ark.'nın¹⁰⁴, NiPCAS'i geliştirdikleri çalışmalarında benzer şekilde faktör yapısına girmeyen bu 14 madde ölçekten çıkarılmamıştır. Araştırmada da bu maddeler ölçekten çıkarılmamış, hemşirelerin “Kişisel iş deneyimleri ve inançları” başlığı altında değerlendirilmiştir. Hemşirelerin “Kişisel iş deneyimleri ve inançları” ile ilgili maddelere verdikleri cevapların dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir.

Çalışmada hemşirelerin %97.9'u “palyatif bakım, yenidoğan ünitesinde tedavi edici bakım kadar önemlidir” maddesine “katılıyorum/kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap vermiştir. Hemşirelerin %58.6'sının ölmekte olan bebekler ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimine sahip olduğu, %51.1'inin yenidoğan ünitesinde sık sık bebek ölümleriyle karşılaştığı, %62.8'i için ölmekte olan bebeklere bakım vermenin travmatik bir deneyim olduğu ve %33.8'inin klinikte bir bebek öldüğünde kişisel başarısızlık duygusu hissettiği belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Hemşirelerin %86.9'unun yenidoğan hemşireliği eğitiminde palyatif bakımın yer alması gerektiğini ifade ettiği ve ölmekte olan bebeklerin ebeveynleriyle iletişim kurmak ve onları desteklemek için %21.4'ünün hizmet içi eğitim aldığı bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Hemşirelerin Kişisel İş Deneyimleri ve İnançları Cevaplarının Dağılımı (N=145)

No	Kişisel İş Deneyimleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		S (%)	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)
1	Palyatif bakım yenidoğan ünitesinde tedavi edici bakım kadar önemlidir (4.37±0.55)	- (-)	1(0.7)	2(1.14)	83(57.2)	59(40.7)
2	Benim ölmekte olan bebekler ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimim oldu (3.31±1.09)	8(5.5)	35(24.1)	17(11.7)	73(50.3)	12(8.3)
3	Bir bebek öldüğünde, kişisel başarısızlık duygusu hissediyorum (2.68±1.20)	22(15.2)	60(41.4)	14(9.7)	40(27.6)	9(6.2)
4	Toplum, yenidoğan palyatif bakımı destekler (3.65±0.83)	3(2.1)	7(4.8)	45(31.0)	72(49.7)	18(12.4)
9	Ölmekte olan bebeklere palyatif bakım vermeyle ilgili önceki deneyimlerim taktir görmüştür/ödüllendirilmiştir (2.93±1.24)	23(15.9)	39(26.9)	17(11.7)	57(39.3)	9(6.2)
10	Benim ünitemde ölmekte olan bebeklerin ağrısını dindirmek/kesmek benim için önceliklidir (4.08±0.82)	1(0.7)	10(6.9)	7(4.8)	84(57.9)	43(29.7)
11	Yenidoğan ünitesinde sık sık bebek ölümleriyle karşılaşırım (3.15±1.27)	10(6.9)	55(37.9)	6(4.1)	51(35.2)	23(15.9)
12	Yenidoğan hemşireliği eğitiminde palyatif bakımın yer alması gereklidir (4.34±0.98)	2(1.4)	12(8.3)	5(3.4)	41(28.3)	85(58.6)
17	Ölmekte olan bebeklere bakım vermek benim için travmatiktir (3.44±1.20)	11(7.6)	29(20.0)	14(9.7)	67(46.2)	24(16.6)
18	Ben, ölmekte olan bebeklerin ebeveynleriyle iletişim kurmak ve onları desteklemek için hizmet içi eğitim aldım (2.37±1.16)	35(24.1)	58(40.0)	21(14.5)	24(16.6)	7(4.8)
22	Ölümle ilgili kişisel tutumum, palyatif bakım verme konusunda istekliliğimi etkiler (3.09±1.20)	22(15.2)	25(17.2)	23(15.9)	67(46.2)	8(5.5)
23	Palyatif bakım, yenidoğan hemşireliği değerlerine karşındır (2.11±1.16)	56(38.6)	46(31.7)	19(13.1)	19(13.1)	5(3.4)
25	Toplumda, hiçbir koşulda bebeklerin ölmemesi gerektiğine dair bir inanış vardır (3.47±1.16)	4(2.8)	38(26.2)	18(12.4)	55(37.9)	30(20.7)
26	Yenidoğan yoğun bakım ortamında tedavi edici bakım, palyatif bakımdan daha önemlidir (3.38±1.24)	11(7.6)	32(22.1)	22(15.2)	50(34.5)	30(20.7)

4.2. Ölçeğin Güvenirliğinin İncelenmesi

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin güvenirlik analizinde; ölçeğin tutarlılığını ölçmek için test-tekrar test yöntemi, iç tutarlılığını ölçmek için ise madde-toplam madde puan analizi ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı incelenmiştir.

4.2.1. İç Tutarlılık Analizi

Ölçeğin alt boyut puanları ve toplam puanının güvenirlik katsayıları değerlendirilmiştir. YPBTÖ ve alt boyutlarının güvenirlik katsayıları Tablo 4.9, 4.10 ve 4.11’de yer almaktadır. YPBTÖ’nin “Organizasyon Alt Boyutu” güvenirlik katsayısının $\alpha=0.692$, “Kaynaklar Alt Boyutu” güvenirlik katsayısının $\alpha=0.710$, “Klinik Alt Boyutu” güvenirlik katsayısının $\alpha=0.680$ olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.9. Organizasyon Alt Boyutu Madde Toplam Puanları ve Cronbach α Katsayıları

Madde No	S	Ort	SS	Madde- Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach α Katsayısı
5	145	3.86	0.84	0.31	0.69
8	145	3.11	1.08	0.49	0.62
15	145	2.92	1.15	0.48	0.63
16	145	3.63	0.98	0.55	0.60
19	145	3.34	1.036	0.41	0.66
Toplam Alt Boyut	145	3.36	0.68		
Cronbach α					0.692

Tablo 4.10. Kaynaklar Alt Boyutu Madde Toplam Puanları ve Cronbach α Katsayıları

Madde No	S	Ort	SS	Madde- Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach α Katsayısı
6	145	2.79	1.14	0.43	0.678
7	145	2.32	1.12	0.49	0.653
13	145	2.15	1.11	0.61	0.603
14	145	2.43	1.11	0.49	0.652
24	145	2.57	1.18	0.33	0.717
Toplam Alt Boyut	145	2.45	0.72		
Cronbach α					0.710

Tablo 4.11. Klinik Alt Boyutu Madde Toplam Puanları ve Cronbach α Katsayıları

Madde No	S	Ort	SS	Madde- Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silinirse Ölçeğin Cronbach α Katsayısı
20	145	3.64	0.99	0.52	-
21	145	3.47	0.96	0.52	-
Toplam Alt Boyut	145	3.56	0.83		
Cronbach α					0.680

Ölçeğin organizasyon alt boyutu korelasyon katsayısının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) 0.31-0.55 arasında, kaynaklar alt boyutu korelasyon katsayısının 0.33-0.61 arasında, klinik alt boyutu korelasyon katsayısının 0.52 olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

4.2.2. Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçek Maddelerinin ve Alt Boyutlarının Madde Toplam Puan Analizi

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği maddelerinin ortalama, standart sapma ve madde-toplam puan korelasyon analizi Tablo 4.9, 4.10 ve 4.11’de sunulmuştur. Hemşirelerin YPBTÖ, organizasyon alt boyutu toplam puan ortalamalarının 3.36 ± 0.68 , kaynaklar alt boyutu toplam puan ortalamalarının 2.45 ± 0.72 ve klinik alt boyutu toplam puan ortalamalarının 3.56 ± 0.83 olduğu belirlenmiştir. Güvenirlik çalışması için ölçeğin madde- toplam madde puan korelasyonlarına bakıldığında ($N=145$), ölçek maddelerinin ölçek toplam puanıyla olan korelasyon katsayıları 0.31-0.61 arasında olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

4.2.3. Test-Tekrar Test Güvenirliği

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği alt boyutlarından alınan test-tekrar test puan ortalamaları Tablo 4.12’de gösterilmiştir. İlk uygulamadan iki hafta sonra 30 hemşire ile YPBTÖ’nin ikinci uygulaması yapılmıştır ve ölçeğin alt boyutlarının test-tekrar test güvenirlik katsayısı Pearson Korelasyonu ile değerlendirilmiştir. YPBTÖ’nin alt boyutlarının test-tekrar test puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Organizasyon Alt Boyutu: $r=0.955$ $p<0.001$; Kaynaklar Alt Boyutu: $r=0.835$ $p<0.001$; Klinik Alt Boyutu $r=0.935$ $p<0.001$).

Tablo 4.12. Test- Tekrar Test Değerleri

Organizasyon	Kaynaklar	Klinik
$r=0.955^{**}$	$r=0.835^{**}$	$r=0.935^{**}$

$^{**} p<0.001$

4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=145)

Özellikler	Sayı	%
Yaş grubu		
20-26	65	44.8
27-33	58	40.0
34 ve üzeri	22	15.2
Cinsiyet		
Kadın	143	98.6
Erkek	2	1.4
Medeni durumu		
Evli	71	49.0
Bekâr	74	51.0
Eğitim düzeyi		
Lise	15	10.3
Ön lisans	33	22.8
Lisans	90	62.1
Lisansüstü	7	4.8
Çocuk sahibi olma durumu		
Çocuğu var	52	35.9
Çocuğu yok	93	64.1
Çalışma süresi		
1-4 yıl	71	49.0
5-9 yıl	42	29.0
10 yıl ve üzeri	32	22.1
YYBÜ çalışma süresi		
1-2 yıl	74	51.0
3-4 yıl	40	27.6
5 yıl ve üzeri	31	21.4
Çalışma şekli		
Gündüz vardiyası	25	17.2
Gece vardiyası	5	3.4
Hem gündüz hem gece vardiyası	115	79.3
Memnuniyet durumu		
Memnun	95	65.5
Memnun değil	6	4.1
Kısmen memnun	44	30.3

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri ve çalışma durumuyla ilgili özelliklere ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo 4.13’de hemşirelerin tanıtıcı özellikleri verilmiştir.

Çalışmaya alınan hemşirelerin %44.8’inin 20-26 yaş grubunda, %98.6’sının kadın, %51.0’inin bekar, %62.1’inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %51.0’inin 1-4 yıldır hemşirelik mesleğini yaptığı ve %51.0’inin ise 1-2 yıldır YYBÜ’nde çalıştığı saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin

%79.3'ünün hem gündüz hem de gece vardiyasında çalıştığı ve %65.5'inin YYBÜ'nde çalışmaktan memnun olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Hemşirelerin Palyatif Bakımla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı (N=145)

Özellikler	Sayı	%
Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği eğitimi alma durumu		
Alan	66	45.5
Almayan	79	54.5
Alınan eğitimin kaynağı*		
YYB sertifikası	39	26.9
Lisansüstü eğitim	9	6.2
Hizmet içi eğitim	40	26.9
Palyatif bakım eğitimi alma durumu		
Alan	51	35.2
Almayan	94	64.8
Alınan eğitimin kaynağı*		
Mesleki eğitim sırasında	35	24.1
Hizmet içi eğitim	20	13.8
Kongre, sempozyum, kurs kapsamında	13	9.0
Kitle iletişim araçları yoluyla	33	22.8
Palyatif bakım eğitiminin içeriği		
Kötü haber verme	15	10.4
İletim becerileri	34	23.4
Etik ve yasal konular	31	21.4
Ağrı yönetimi	33	22.8
Semptom kontrolü	27	18.6
Yas süreci	27	18.6
Palyatif bakım bilgisini yeterli bulma durumu		
Yeterli bulan	19	13.1
Yeterli bulmayan	126	86.9

*Birden fazla cevaplama

Tablo 4.14'de hemşirelerin palyatif bakımla ilgili özelliklere göre dağılımı sunulmuştur. Hemşirelerin %45.5'inin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği konusunda eğitim aldığı; bu eğitimin kaynağı incelendiğinde %26.9'unun yenidoğan yoğun bakım sertifikası aldığı ve diğer %26.9'unun ise hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %35.2'sinin palyatif bakım eğitimi aldığı; bu hemşirelerin %24.1'inin mesleki eğitim sürecinde, %13.8'inin hizmet içi eğitim şeklinde bu eğitimi aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin aldığı palyatif bakım eğitiminin içeriği incelendiğinde; %23.4'ünün iletişim becerileri, %22.8'inin ağrı yönetimi, %21.4'ünün etik ve yasal konularla ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım konusunda

aldıkları eğitimi yeterli bulma durumlarına bakıldığında; hemşirelerin %86.9'unun aldıkları eğitimi yeterli bulmadığı saptanmıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre YPBTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=145)

Özellikler	Organizasyon	Kaynaklar	Klinik
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş grubu			
20-26 yaş	3.38±0.69	2.51±0.71	3.54±0.85
27-33 yaş	3.43±0.68	2.43±0.77	3.55±0.87
34 yaş ve üzeri	3.06±0.58	2.31±0.58	3.64±0.69
Test ve p	KW=5.753 p=0.056	KW=1.220 p=0.543	KW=0.200 p=0.905
Cinsiyet			
Kadın	3.37±0.66	2.50±1.27	3.55±0.83
Erkek	2.50±1.27	2.40±0.85	4.25±0.35
Eğitim düzeyi			
Lise	3.58±0.67	2.57±0.88	4.03±0.64
Ön lisans	3.31±0.73	2.52±0.65	3.66±0.87
Lisans	3.38±0.64	2.43±0.71	3.45±0.83
Lisansüstü	2.68±0.53	2.00±0.71	3.42±0.61
Test ve p	KW=8.564 p=0.036	KW=3.126 p=0.373	KW=7.284 p=0.063
Çocuk sahibi olma durumu			
Çocuğu var	3.23±0.72	2.55±0.71	3.65±0.67
Çocuğu yok	3.42±0.64	2.39±0.72	3.50±0.91
Test ve p	t=1.666 p=0.098	t=1.304 p=0.194	t=1.030 p=0.305
Çalışma süresi			
1-4 yıl	3.36±0.65	2.52±0.67	3.48±0.91
5-9 yıl	3.54±0.67	2.43±0.83	3.61±0.70
10 yıl ve üzeri	3.08±0.68	2.29±0.65	3.64±0.81
Test ve p	F=4.360 p=0.015	F=1.199 p=0.305	F=0.533 p=0.588
YYBÜ çalışma süresi			
1-2 yıl	3.46±0.68	2.60±0.69	3.58±0.77
3-4 yıl	3.41±0.66	2.42±0.80	3.47±1.02
5 yıl ve üzeri	3.02±0.59	2.13±0.57	3.61±0.71
Test ve p	F=5.208 p=0.007	F=5.048 p=0.008	F=0.292 p=0.747
Memnuniyet durumu			
Memnun	3.33±0.70	2.53±0.68	3.51±0.81
Memnun değil	3.20±0.45	2.06±0.70	3.58±0.91
Kısmen memnun	3.42±0.65	2.31±0.77	3.65±0.88
Test ve p	KW=1.065 p=0.587	KW=5.621 p=0.060	KW=1.002 p=0.606

Tablo 4.15’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre YPBTÖ alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. 27-33 yaş grubunda olan hemşirelerin organizasyon alt boyutu puan ortalamasının 3.43±0.68, 20-26 yaş grubunda olan hemşirelerin kaynaklar alt boyutu puan ortalamasının 2.51±0.71, 34 ve üzeri yaş grubunda olan hemşirelerin klinik alt boyutu puan ortalamasının 3.64±0.69 olduğu bulunmuştur. Kadın olan hemşirelerin organizasyon ve kaynaklar alt boyutları puan

ortalamlarının (sırasıyla 3.37 ± 0.66 , 2.50 ± 1.27) erkeklerden daha yüksekken, klinik alt boyutunda ise erkeklerin puan ortalamlarının (4.25 ± 0.35) kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15).

Eğitim düzeyine göre hemşirelerin ölçek alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; YPBTÖ'nin tüm alt boyutlarında en yüksek ortalamaya lise mezunu hemşireler sahipken (sırasıyla 3.58 ± 0.67 , 2.57 ± 0.88 ve 4.03 ± 0.64), en düşük ortalamaya ise lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin sahip olduğu (sırasıyla 2.68 ± 0.53 , 2.00 ± 0.71 ve 3.42 ± 0.61) bulunmuştur. On yıl ve daha fazla süredir çalışan hemşirelerin organizasyon ve kaynaklar alt boyutu puan ortalamalarının 10 yıldan daha az süredir çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu (sırasıyla 3.08 ± 0.68 ve 2.29 ± 0.65), klinik alt boyutunda ise 10 yıldan daha fazla çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının (3.64 ± 0.81) diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

YYBÜ'nde çalışma süresine göre hemşirelerin ölçek alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; 5 yıl ve daha fazla süredir çalışan hemşirelerin organizasyon ve kaynaklar alt boyutu puan ortalamalarının 5 yıldan daha az süredir çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu (sırasıyla 3.02 ± 0.59 ve 2.13 ± 0.57), klinik alt boyutunda ise 5 yıldan daha fazla çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının (3.61 ± 0.71) diğer gruplardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Çalışmada YYBÜ'nde çalışmaktan memnun olmayan hemşirelerin organizasyon ve kaynaklar alt boyutu puan ortalamalarının memnun ve kısmen memnun olmayan hemşirelerden daha düşük olduğu (sırasıyla 3.20 ± 0.45 ve 2.06 ± 0.70) bulunmuştur (Tablo 4.15).

Çalışmada hemşirelerin yaş grubu, çocuk sahibi olma durumu, YYBÜ'nde çalışmaktan memnun olma durumuna ölçek alt boyutları puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin eğitim düzeyi ve çalışma süresine göre

organizasyon alt boyutu, YYBÜ'nde çalışma süresine göre de organizasyon ve kaynaklar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.15).



5. TARTIŞMA

Araştırma, Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılarak Türk toplumuna yenidoğanda palyatif bakımla ilgili yeni bir ölçek kazandırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar literatür bilgisi çerçevesinde iki ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1. YPBTÖ'nin Geçerlilik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bir ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği, o ölçeğin standardize edilmesi için aranan temel özelliklerdir. Bir ölçme aracının ölçülmek istenen özellik ya da durumu ölçebilme yeteneğine geçerlilik denir.^{111,114} Pek çok ölçüt ile geçerlilik sınanabilir. Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için dil ve kapsam geçerliliği ile yapı geçerliliği incelenmiştir.

Bir ölçeğin alt gruplarının ve bütününe ölçülmek istenilen alan dışındaki farklı kavramları içerip içermediğini belirlemek amacıyla kapsam geçerliliği yapılmaktadır.^{111,115} Bir ölçeğin orijinal dilinden farklı bir dile çevrilmesi sırasında psikolinguistik sorunlar meydana gelebilmektedir. Bir ölçeğin farklı bir dile çevrilmesinde grup çevirisi ve bireysel çeviri yöntemleri kullanılmaktadır. Bu çeviri tekniği sayesinde çeviri esnasında meydana gelen ve anlaşılabilirliği etkileyen dil problemleri çözümlenmektedir.¹¹¹ Araştırmada İngilizce'den Türkçe'ye çeviri ve geri çeviri teknikleri kullanılmıştır. Türkçe'ye çevrilen ölçeğin kapsam geçerliği için alanında uzman 10 öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Buna göre ölçeğin 2. maddesi (I have had experience of providing palliative care to dying babies and their families) başlangıçta “Ölmek üzere olan bebeklere ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimim oldu” şeklinde çevrilmiş, uzmanların önerisi ile “Ölmek üzere olan bebeklere ve bu bebeklerin ailelerine daha önce palyatif bakım verdim” şeklinde düzenlenmiştir. Ek olarak ölçeğin 7. maddesi (My Unit

is adequately staffed for providing the needs of dying babies requiring palliative care and their families) ilk olarak “Ünitem, palyatif bakımın gerekli olduğu ölmek üzere olan bebeklerin ve ailelerinin ihtiyacını karşılamak için yeterli personele sahiptir” şeklinde çevrilmiş, uzmanların önerileri ile “Ünitemde palyatif bakım verilmesi gereken bebeklerin ve ailelerinin gereksinimlerini karşılayacak yeterli sayıda personel bulunmaktadır” şeklinde düzeltilmiştir. Değerlendirme sonucunda uzman kişilerin önerileri doğrultusunda uygun olmayan ifadelerde çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Daha sonra her iki dili iyi bilen bir İngilizce dil bilimci tarafından Türkçe’den İngilizce’ye geri çevirisi yapılan ölçeğin ifadelerinde her hangi bir anlam değişikliği olmadığı saptanmıştır. Alınan uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin dil geçerliliği onaylanmıştır. Geçerliliği belirlenen ölçeğin ifadelerinin bir pilot çalışma ile anlaşılabilirliği değerlendirilmiş ve ölçekteki ifadelerin anlaşılır olduğu gözlenmiştir.

Tüm maddeler için ayrı ayrı kapsam geçerlilik oranı hesaplanıp her maddenin pozitif (0’dan büyük) olması nedeniyle ölçekten hiçbir madde çıkartılmamıştır.¹¹⁰ Kapsam geçerlik indeksinin (KGI) minimum 0.80 olması gerektiği dikkate alındığında¹¹⁶, araştırmadaki KGI’nin 0.97 olması ölçekte bulunan maddelerin ölçülmek istenen durumları en iyi şekilde ifade ettiğini göstermiştir. Böylece uzman görüşleri sonucunda YPBTÖ’nin Türkçe formunun dil ve kapsam geçerliliği yönünden uygun bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

Bir ölçüm aracının ölçülmek istenen soyut kavramı ya da davranışı ne derece doğru ölçtüğünü belirlemek için ölçeğin yapı geçerliliği değerlendirilir.⁹⁹ Bu çalışmada yapı geçerliliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizi, yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde sıkça kullanılan analizlerden biridir. Faktör analizi, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmadığını değerlendirmek için yapılan bir analizdir.^{111,115} Faktör analizinden önce örneklem

yeterliliği ve faktör analizine uygunluğu değerlendirmek amacıyla KMO ve verinin faktör analizine uygunluğunu belirlemek için Bartlett's Testi yapılmıştır.¹⁰⁹ Analiz sonucunda KMO değeri 0.758 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Bartlett's Testi sonucuna göre $\chi^2=415.127$ ve $p=0.000$ olarak bulunmuştur. Bu bulgunun anlamlı olması faktör analizi için örneklem büyüklüğünün iyi ve korelasyon matrisinin uygun olduğunu göstermektedir.¹¹⁷

Faktör analizinde amaç; ölçekteki madde sayısının alt gruplara indirgenmesidir. Aynı faktörü ölçen maddeler bir araya gelerek çeşitli gruplar oluşur. 26 maddelik likert tipi ölçeğin 12 maddesi üç gruba ayrılmıştır. 5, 8, 15, 16 ve 19. maddeler “organizasyon” alt boyutunda; 6, 7, 13, 14 ve 24. maddeler “kaynaklar” alt boyutunda ve 20, 21. maddeler “klinik” alt boyutunda yer almıştır. Birden fazla faktörde yer alan ve faktör yük değerleri arasındaki fark 0.10'dan az olan maddelerin ve faktör yükü 0.30'un altında kalan maddelerin değerlendirme dışı bırakılması gerektiği bilinmektedir.¹¹⁸ Yapılan analizlerde YPBTÖ'nin Türkçe formu, üç boyutlu olarak incelendiğinde faktör yüklerinin 0.545 ile 0.802 arasında değiştiği ve toplam varyansın %55.51 olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda açıklanan varyansın ve faktör yükünün yeterli düzeyde olduğu söylenebilir.

Ölçek uyarlama çalışmalarında açıklayıcı faktör analizi ile belirlenen faktörlerin doğruluğunu test etmek için kullanılan yöntemlerden biri, doğrulayıcı faktör analizidir.⁹⁹ Sık kullanılan uyum iyiliği testleri Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)'dır. RMSEA'nın 0.080'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0.05'den küçük olması yani istatistiksel olarak anlamlı olması uyumunun iyi olduğunu,^{119,120} 0.10'a eşit ya da küçük olması ise uyumunun zayıf olduğunu gösterir.¹²⁰ SRMR'nin 0.10'dan küçük

olması, NNFI ve CFI değerlerinin 0.90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nın 0.80'e eşit ya da üstünde olması uyumlu olduğu anlamına gelir.^{119,120} GFI değerinin 0.90'a eşit ya da üzerinde olması uyumun olduğunu gösterir.^{121,122}

Bu araştırmada yapılan doğrulayıcı faktör analizinde RMSA, CFI, RMR, SRMR, GFI, AGFI uyum değerlerinin yeterli düzeyde olduğu bulunmuştur. YPBTÖ'nin uyum indeksleri RMSA 0.072, CFI 0.98, RMR 0.085, SRMR 0.078, GFI 0.98 ve AGFI 0.91 olarak saptanmıştır. Üç alt boyuttan oluşan YPBTÖ'nin yapı geçerliği ile ilgili faktör analizi sonuçları; verilerin model ile uyumlu olduğunu, ölçeğin madde ve alt boyutlarının ölçekle ilişkili olduğunu, alt boyuttaki her maddenin kendi faktörünü yeterli olarak tanımladığını göstermiştir. Bu sonuçlar YPBTÖ'nin yapı geçerliliğini destekleyerek, Türk toplumu örnekleminde kullanılabilecek geçerli bir araç olduğunu göstermektedir.

26 maddeden oluşan YPBTÖ'nin Türkçe geçerlilik analizleri sonucu ölçeğin 12 maddesinin üç faktörde toplandığı belirlenmiştir. Ölçeğin 1, 2, 3, 4, 9,10, 11, 12, 17, 18, 22, 23, 25 ve 26. maddeleri ise hiçbir alt boyutta yer almamıştır. Kain ve ark.¹⁰⁴, NiPCAS'i geliştirdikleri çalışmalarında benzer şekilde faktör yapısına girmeyen bu 14 madde ölçekten çıkarılmamıştır. Daha önce yapılmış çalışmalar referans alınarak bu 14 madde, hemşirelerin palyatif bakımla ilgili deneyimlerini ve bebeğin ölümüyle ilgili hemşirelerin inançlarını değerlendirmek amacıyla "kişisel iş deneyimleri ve inançları" başlığı altında kullanılmıştır.^{104-107,123}

Çalışmada hemşirelerin %97.9'u "palyatif bakım, yenidoğan ünitesinde tedavi edici bakım kadar önemlidir" maddesine "katılıyorum/kesinlikle katılıyorum" şeklinde cevap vermiştir. Kain ve ark.¹⁰⁴ tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmasında hemşirelerin %96'sının, Chen ve ark.'nın¹⁰⁵ NiPCAS'in Taiwan'da yapılan geçerlilik-güvenirlik çalışmasında hemşirelerin %95'inin, Forouzi ve ark.'nın¹⁰⁷ NiPCAS'in İran'da yapılan geçerlilik-güvenirlik çalışmasında hemşirelerin %96.4'ünün ve Wright ve

ark.'nın¹⁰⁶ çalışmasında hemşirelerin %98'inin, “palyatif bakım, yenidoğan ünitesinde tedavi edici bakım kadar önemlidir” maddesine “katılıyorum/kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap verdiği saptanmıştır.

Çalışmada hemşirelerin %58.6'sının ölmekte olan bebekler ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimine sahip olduğu, %51.1'inin yenidoğan ünitesinde sık sık bebek ölümleriyle karşılaştığı, %62.8'i için ölmekte olan bebeklere bakım vermenin travmatik bir deneyim olduğu ve %33.8'inin klinikte bir bebek öldüğünde kişisel başarısızlık duygusu hissettiği belirlenmiştir.

Kain ve ark.¹⁰⁴ tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmasında hemşirelerin %87'sinin ölmekte olan bebekler ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimine sahip olduğu, %69'unun yenidoğan ünitesinde sık sık bebek ölümleriyle karşılaştığı, %60'ı için ölmekte olan bebeklere bakım vermenin travmatik bir deneyim olduğu ve %21'inin klinikte bir bebek öldüğünde kişisel başarısızlık duygusuna kapıldığı bulunmuştur.

Chen ve ark.¹⁰⁵ tarafından NiPCAS'ın Taiwan'da yapılan geçerlilik-güvenirlilik çalışmasında hemşirelerin %65.5'inin ölmekte olan bebekler ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimine sahip olduğu, %60'ının yenidoğan ünitesinde sık sık bebek ölümleriyle karşılaştığı, %56.3'ü için ölmekte olan bebeklere bakım vermenin travmatik bir deneyim olduğu ve %30'unun YYBÜ'nde bir bebek öldüğünde kişisel başarısızlık duygusu yaşadığı saptanmıştır.

Forouzi ve ark.¹⁰⁷ tarafından NiPCAS'ın İran'da yapılan geçerlilik-güvenirlilik çalışmasında hemşirelerin %85.7'sinin ölmekte olan bebekler ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimine sahip olduğu, %32.1'inin yenidoğan ünitesinde sık sık bebek ölümleriyle karşılaştığı, %67.9'u için ölmekte olan bebeklere bakım vermenin travmatik bir deneyim olduğu ve %32.1'inin klinikte bir bebek öldüğünde kişisel başarısızlık duygusu hissettiği tespit edilmiştir.

Wright ve ark.'nın¹⁰⁶ YYBÜ'nde yaşam sonu bakım uygulamanın önündeki engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin %86'sının ölmekte olan bebekler ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimine sahip olduğu, %42'sinin yenidoğan ünitesinde sık sık bebek ölümleriyle karşılaştığı, %52'si için ölmekte olan bebeklere bakım vermenin travmatik bir deneyim olduğu ve %30'unun üniteye bir bebek öldüğünde kişisel başarısızlık duygusuna kapıldığı bulunmuştur.

Araştırmada hemşirelerin %86.9'unun yenidoğan hemşireliği eğitiminde palyatif bakımın yer alması gerektiğini ifade ettiği ve ölmekte olan bebeklerin ebeveynleriyle iletişim kurmak ve onları desteklemek için hemşirelerin %21.4'ünün hizmet içi eğitim aldığı bulunmuştur. Kain ve ark.¹⁰⁴ tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin %98'inin yenidoğan hemşireliği eğitiminde palyatif bakımın yer alması gerektiğini ifade ettiği ve %34'ünün ebeveynlerle iletişim kurmak ve onları desteklemek için hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir. Aynı maddelere verilen cevapların oranı Chen ve ark.¹⁰⁵ tarafından yapılan çalışmada sırasıyla %96.3 ve %60; Forouzi ve ark.¹⁰⁷ tarafından yapılan çalışmada sırasıyla %82.1 ve %39.3; Wright ve ark.¹⁰⁶ tarafından yapılan çalışmada ise sırasıyla %100 ve %46 şeklinde olduğu saptanmıştır.

YPBTÖ'nde hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili “kişisel iş deneyimleri ve inançları” başlığı altında yer alan maddelere verdikleri cevapların dağılımları daha önce yapılmış çalışmalarda elde edilen sonuçlarla karşılaştırıldığında, sonuçların oldukça birbirine yakın olduğu görülmektedir. Farklı sosyokültürel özelliklere sahip toplumlarda yapılan bu çalışmalarda birbirine yakın bulguların ortaya çıkmış olması dikkat çekicidir.¹⁰⁴⁻¹⁰⁷

İç tutarlılık, ölçekte bulunan tüm alt grupların aynı yapıyı gösterdiğinin ve aynı özelliği ölçtüğünün kanıtıdır.^{111,124} İç tutarlılığı belirlemede, ölçek maddelerinin birbiri

ile uyumunu değerlendirmek için sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri Cronbach alfa katsayısıdır. Literatürde Cronbach alfa katsayısının en az 0.70 olması gerektiği ve bu katsayının arttıkça ölçeğin güvenilirliğinin de arttığı bildirilmiştir.^{99,125,126} Ölçeğin orijinal formunda Cronbach alfa katsayısı organizasyon alt boyutu için 0.73, kaynaklar alt boyutu için 0.65 ve klinik alt boyutu için 0.63 olarak bulunmuştur.¹⁰⁴ Bu araştırmada ise Cronbach alfa güvenilirlik değerleri sırasıyla 0.692, 0.710 ve 0.680 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda ölçeğin iç tutarlılık derecesinin yüksek olduğu söylenebilir.

İç tutarlılık belirleme amacıyla kullanılan diğer bir yöntem madde toplam puan korelasyonudur. Bu yöntem aracılığıyla her bir maddenin varyansı ile toplam ölçek puanının varyansı karşılaştırılarak aralarındaki ilişkiye bakılır. Madde toplam puan korelasyonunun her madde için en az 0.30 olması beklenmektedir ve ölçeğin tamamının ve alt gruplarının madde toplam madde puan korelasyonunun 0.30'un üzerinde olması ölçeğin tamamının ve alt gruplarının aynı niteliği ölçtüğünü gösterir.^{110,127} Madde toplam puan korelasyonları 0.30'un üzerinde olduğu durumda ölçekten herhangi bir maddenin çıkarılmasına gerek yoktur.¹¹¹ Bu çalışmada ölçek maddelerinin ölçek toplam puanıyla olan korelasyon katsayılarının 0.31-0.61 arasında olduğu saptanmıştır. Bu bulgular YPBTÖ'nin madde toplam puan korelasyonunun yeterli düzeyde olduğunu ve ölçeğin sorunlu maddesinin olmadığını göstermektedir.

Bir ölçme aracının farklı zamanlarda aynı bireylere tekrar uygulandığında bireylerin verdiği yanıtların benzer ve tutarlı olması ölçme aracının zamana karşı değişmezliğini gösterir. İki uygulamanın puanları arasındaki korelasyon katsayısının 0.80'in üzerinde olması tercih edilen değerdir. Bu araştırmada ölçeğin test- tekrar test korelasyon değeri; organizasyon alt boyutu için 0.955, kaynaklar alt boyutunda 0.835 ve klinik alt boyutunda ise 0.935 olarak saptanmıştır. Bu bulgu, iki ölçüm arasında yüksek

düzeyde korelasyon olduğunu ve ölçüm sonuçlarının birbirine benzer olduğunu göstermektedir.^{99,128}

YPBTÖ'nin geçerlilik ve güvenirliğinin belirlenmesine yönelik elde edilen bulgulara göre ölçeğin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir.

5.2. Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya dahil edilen hemşirelerin %45.5'inin yenidoğan yoğun bakım hemşireliği konusunda eğitim aldığı; bu eğitimin kaynağı incelendiğinde %26.9'unun yenidoğan yoğun bakım sertifikası aldığı ve diğer %26.9'unun ise hizmet içi eğitim aldığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin %35.2'sinin palyatif bakım eğitimi aldığı; bu hemşirelerin %24.1'inin mesleki eğitim sürecinde, %13.8'inin hizmet içi eğitim şeklinde eğitim aldığı bulunmuştur. Hemşirelerin aldığı palyatif bakım eğitiminin içeriği incelendiğinde; %23.4'ünün iletişim becerileri, %22.8'inin ağrı yönetimi, %21.4'ünün etik ve yasal konularla ilgili eğitim aldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin palyatif bakım konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulma durumlarına bakıldığında; hemşirelerin %86.9'unun aldıkları eğitimi yeterli bulmadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin eğitim düzeyi ve çalışma süresine göre organizasyon alt boyutu, YYBÜ'nde çalışma süresine göre de organizasyon ve kaynaklar alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmada lise mezunu hemşirelerin en yüksek organizasyon puan ortalamasına sahipken lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu (sırasıyla 2.68 ± 0.53 , 2.00 ± 0.71 ve 3.42 ± 0.61) bulunmuştur. Hemşirelerin eğitim düzeyinin organizasyon alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Organizasyon alt boyutu; hemşirelerin çalıştığı kliniğin ortamının palyatif bakım

uygulamaları için sunduğu kolaylaştırıcıları ya da engelleri ölçmektedir. Aynı ünite de çalışan farklı eğitim seviyesine sahip hemşireler tarafından ünite ortamının palyatif bakım açısından kolaylaştırıcı ya da engel olarak değerlendirilmesi, hemşirelerin palyatif bakım ile ilgili bilgi düzeyleri ile ilişkilendirilebilir. Çalışmada lisansüstü eğitim seviyesine sahip hemşirelerin, palyatif bakım konusunda daha yetkin ve yeterli olabileceği düşünüldüğünde ünite ortamının palyatif bakımı desteklemesi açısından daha fazla beklenti içinde olabileceği ve bununla ilişkili olarak diğer eğitim seviyelerine sahip hemşirelerden puan ortalamalarının daha düşük olması açıklanabilir. Forouzi ve ark.¹⁰⁷ tarafından İran’da YYBÜ’nde hemşirelerin palyatif bakım engelleriyle ilgili tutumlarını belirlemek için yapılan çalışmada da benzer şekilde master düzeyinde eğitime sahip hemşirelerin organizasyon alt boyutu puan ortalamalarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Çalışmada hemşirelerin meslekte toplam çalışma süresinin organizasyon alt boyutu puan ortalamalarını; YYBÜ’nde çalışma süresinin organizasyon ve kaynaklar alt boyutu puan ortalamalarını etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışma süresi arttıkça hemşirelerin organizasyon ve kaynaklar alt boyutu puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır. Kazanılan deneyimlerin ve alınan eğitimlerin artmasıyla ilişkili olarak çalışma süresi de hemşirelerin palyatif bakım konusunda farkındalığını artıran faktörlerdendir. Çalışma süresi fazla olan hemşirelerin organizasyon ve kaynaklar boyutunda kliniğin yetersiz kaldığı alanları belirleyebilmeleri sonucunda puan ortalamalarının daha düşük olduğu düşünülmektedir. Chen ve ark.¹⁰⁵ tarafından yapılan araştırmada da çalışma süresinin hemşirelerin palyatif bakım engellerini belirlemede etkili bir faktör olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hemşirelerin yaş grubu, çocuk sahibi olma durumu, YYBÜ’nde çalışmaktan memnun olma durumuna ölçek alt boyutları puan ortalamaları arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması amacı ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- YPBTÖ'nin uzman görüşleri ve istatistiksel analizleri sonucunda yüksek geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu ve Türk toplumunda hemşirelerin yenidoğanlarda palyatif bakım tutumunu ölçmek amacıyla kullanılabilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.
- Açıklayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin madde faktör yüklerinin 0.545-0.802 arasında değiştiği ve toplam varyansın %55.51 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin orijinal formda olduğu gibi üç boyutlu yapısını koruduğu belirlenmiştir.
- YPBTÖ'nin Cronbach alfa katsayısının organizasyon alt boyutu için 0.692, kaynaklar alt boyutu için 0.710 ve klinik alt boyutu için 0.680 olduğu ve bu değerlerin iç tutarlılık için oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır.
- Ölçeğin madde toplam puan korelasyon değerlerinin 0.31-0.61 arasında değiştiği ve bu nedenle ölçekten madde atılmasına gerek olmadığı bulunmuştur.
- Test-tekrar test sonuçlarına göre iki ölçüm arasında korelasyon katsayısı değerleri organizasyon alt boyutu için 0.955, kaynaklar alt boyutu için 0.835 ve klinik alt boyutu için 0.935 olduğu belirlenmiştir. Bu durum ölçeğin zamana karşı değişmezliğini göstermektedir.

Sonuç olarak; Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeği'nin Türk dilinde geçerli ve güvenilir göstergelere sahip bir araç olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda Türkçe'ye kazandırılan ölçeğin yenidoğanlarda palyatif bakım ile ilgili hemşirelerin tutumlarını değerlendirmek için araştırmalarda kullanılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Palliative Care In Cancer, 2010. <http://www.cancer.gov/Cancertopics/Factsheet/Support/Palliative-Care>, 12 Aralık 2012.
2. Meghani SH. A concept a nalysis of palliative care in the United States. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 46: 152-161.
3. World Health Organization, <http://www.who.int/-cancer/palliative/definition/en/>, 12 Aralık 2016.
4. World Health Organization, 2012. WHO Definition of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, 12 Şubat 2015.
5. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V and Verhagen SC. A new international framework for palliative care. *European Journal of Cancer*, 2004, 40: 2192-2200.
6. Simkiss D. Palliative care for children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2003, 49: 324-326.
7. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Cilt I. 11. Baskı. Sistem Ofset Basımevi, Ankara, 2013: 133-146.
8. Sarıkaya S, Ergün S. *Pediatric Hemşireliği*. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2013: 289-354.
9. Cimete G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2002.
10. Beckstrand R, Callister CL, Kirchhoff KD. Providing a “good death”: critical care nurses’ suggestions for improving end- of- life care. *American Journal of Critical Care*, 2006, 15: 38-47.

11. Cherlin E, Schulman-Green D, McCorkle R, Johnson-Hurzeler R, Bradley E. Family perceptions of clinicians' outstanding practices in end-of-life care. *Journal of Palliative Care*, 2004, 20:113-116.
12. Hopkinson JB, Hallet CE, Luker KA. Caring for dying people in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44:525-533.
13. Mok E, Lee WM, Wong FK. The issue of death and dying: employing problem-based learning in nursing education. *Nurse Education Today*, 2002, 22: 319-329.
14. Kalischuk RG. Nurses' Perception of Death Education (Master's thesis). Lethbridge, Alberta, University of Lethbridge, 1992.
15. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. İmaj İç ve Dış Ticaret, Ankara, 2004.
16. Sharon, E. Dünya'da Palyatif Bakım ve Hospis. İçinde: Tuncer AM, (Editör). *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. Koza Matbaacılık, Ankara, 2009: 287-298.
17. The Council of Palliative Care Australia, 2005. Standards for providing quality palliative care for all Australians palliative care Australia. <http://www.palliativecare.org.au/Portals/46/Standards%20for%20providing%20quality%20palliative%20care%20for%20all%20Australians.pdf>, 16 Ekim 2015.
18. World Health Organization, Integrated management of adult illnesses, palliative care: Symptom management and end of life care. <http://www.who.int/hiv/pub/imai/genericpalliativecare082004.pdf>, 15 Eylül 2015.
19. Türk Dil Kurumu. <http://tr.wiktionary.org/wiki/palyatif>, 16 Nisan 2015.
20. Harstade CW, Andershed B. Good palliative care: How and where? *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2004, 6, 27-35.
21. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002, 24: 91-96.

22. American Society of Clinical Oncology. Integrating Palliative Care into Standard Oncology Care: ASCO Guidance. <http://chicago2012.asco.org/ASCODailyNews/PalliativeCarePCO.aspx>, 20 Aralık 2014.
23. A guide to the development of children's palliative care services, 2009. Third Edition, http://www.togetherforshortlives.org.uk/assets/0001/1649/ACT_Guide_to_Developing_Services.pdf, 15 Aralık 2015.
24. American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care Palliative Care for Children. *Pediatrics*, 2000, 106: 351-357.
25. Friedman DL, Hilden JM, Powaski K. Issues and challenges in palliative care for children with cancer. *Current Oncology Reports*, 2004, 6:431-437.
26. Carter B, Bhatia J. Comfort/palliative care guidelines for neonatal practice: development and implementation in an academic medical center. *Journal of Perinatology*, 2001, 21:279-283.
27. American Medical Association. *Education for Physicians in End-of-Life Care*. Chicago, AMA, 1999.
28. Texas Children's Cancer Center. *Physical care of the dying child. End-of- Life Care for Children*. Austin: Texas Cancer Council, 2000: 54-61.
29. Palyatif Bakım. http://www.ailehek.org/dosyalar/PALYAT%C4%B0F_BAKIM_word.pdf, 18 Ekim 2015.
30. Morris DB. The cloak and the shield: A thumbnail history of palliation. *Illness, Crisis, and Loss*, 1998, 6: 229-232.
31. Esper P. Principles and Issues in Palliative Care. In: Yarbrow CH, Frogge MH, Goodman M. (Eds), *Cancer Nursing Principles and Practice*. Sixth Edition, Jones and Bartlett Publishers, USA, 2005: 1729-1743.

32. K  m  rc    . Kanserde Destek Tedavisi. www.gata.edu.tr/dahilibilimler/onkoloji/dersnot/, 16 Mart 2015.
33. Rice R. The Hospice and Palliative Care Patient. In: Rice R, (ed.) *Home Care Nursing Practice Concepts Application*, Fourth Edition, Mosby Elsevier, USA, 2006: 56.
34. Mirando S. Palliative Care. In: Kearney N, Richardson A, (eds). *Nursing Patients with Cancer Principles and Practice*, Elsevier Churchill Livingstone, USA, 2006: 821-845.
35. Foster TL. Pediatric palliative care revisited: A vision to add life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2007, 9: 212-219.
36. Goldsmith B, Dietrich J, Du Q, Morrison RS. Variability in access to hospital palliative care in the United States. *Journal of Palliative Medicine*, 2008, 11: 1094-1102.
37. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:733-742.
38. Ba  B. Almanya  rne inde sa lık sisteminde palyatif bak m uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2012, 27:142-149
39. G k ınar D, Kahveci K. *Palyatif Bak m*. Nobel T p Kitapevi, İstanbul, 2014: 1-5.
40. Wright M, Wood J, Lynch T, Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View. International Observatory on End of life Care. London, 2006.
41. European Association for Palliative Care. Report of the EAPC Task Force on the Development of Palliative Care in Europe: Turkey. http://www.eolc-observatory.net/global_analysis/turkey.html, 10 Mart 2014.

42. Aksoy S. Ethical considerations on end of life issues in Turkey. In: Song KY, Koo YM, Macer DRJ, (eds). *Bioethics in Asia in the 21st century*. Bangkok: Eubios Ethics Institute, 2003.
43. Oğuz NY, Miles SH, Buken N, Civaner M. End of life care in Turkey. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2003, 12: 279-284.
44. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 15722819/840, 07/07/2015, www.hizmetstandartlari.saglik.gov.tr, 20 Kasım 2016.
45. Center to Advance Palliative Care, 2007. What should you know about palliative care? www.getpalliativecare.org, 25 Kasım 2015.
46. World Health Organization. WHO definition of palliative care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>, 10 Ekim 2014.
47. Fadıloğlu Ç. Akciğer Hastalıklarında Palyatif Bakım. Türk Toraks Derneği Okulu Merkezi Kursları Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu Kitabı, 28-30 Mayıs 2007.
48. Guthrie AE, Green CJ, Matzoo ML. Palliative and end-of-Life Care. In: Monohan FD, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Gren CF, (eds). *Medical- Surgical Nursing Health and Illness Perspectives*. Eighth edition, Mosby Elsevier, Canada, 2007:156-176.
49. World Health Organization, Cancer Control Knowledge into Action; WHO Guide for Effective programmes, Palliative Care, Module 5, Geneva, World Health Organization, 2007.
50. Davis E, Higginson IJ. Palliative Care. Word Health Organization. www.euro.who.int/document/E82931.pdf, 18 Ekim 2015.
51. Palyatif Bakım Programı. İçinde: Tuncer, M (editör). Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No:760, 2009: 92-110.

52. Algier L. Çocuklarda palyatif bakım. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2005, 58: 132-135.
53. Aladangady N, de Rooy L. Withholding and withdrawal of life sustaining treatment for newborn infants. *Early Human Development*, 2012, 88: 65-69.
54. Karaca B, Uslu R. Kanser Hastalığında Palyatif Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu. İçinde: Uyar M, Uslu R, Yıldırım Y, (editör). *Kanser ve Palyatif Bakım*. Meta Basım, İzmir, 2006:405-414.
55. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. New York, 2004. www.nationalconsensusproject.org, 21 Kasım 2014.
56. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, Rodin G, Tannock I. Effectiveness of specialized palliative care; A Systematic Review, *JAMA*, 2008, 299: 1698-1709.
57. Meier DE. Palliative Care in U.S. Hospitals: Implications for Access to Quality Healthcare, Testimony Prepared for the United States Senate Special Committee on Aging, 2008:1-23.
58. Meier DE, Sieger CE. The Case for Hospital-Based Palliative Care, Center to Advance Palliative Care. www.capc.org, 12 Ekim 2015.
59. Santa-Emma P, Roach R, Gill M, Spayde P, Taylor R. Development and implementation of an inpatient acute palliative care service. *Journal of Palliative Medicine*, 2002, 5: 93-100.
60. Craig F, Goldman A. Home Management of The Dying NICU Patient. *Seminars in Neonatology*, 2003; 177-183.
61. Warland J. *The Midwife and the Bereaved Family*. Ausmed Publications, Victoria Australia, Chapter1, 2000:4-6.

62. Canan DB, Mert H. Kalp yetersizliğinde palyatif bakım. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2012, 11: 219-224.
63. Kabalak A, Öztürk H, Erdem TA, Akın S. Sağlık Bakanlığı Ulus Devlet Hastanesi'nde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2012, 2:122-126.
64. National Consensus Project, 2009. National Consensus Project For Quality Palliative Care. <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf>, 20 Kasım 2014.
65. Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. *Kanser Hastaları ve Aileleri için Palyatif Bakım*. Üniversiteliler Ofset, İzmir, 2010.
66. Özkan S. Ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında palyatif bakım ve yaşam sonu bakım. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, Sempozyum Özel Sayısı: 272-281.
67. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2010. Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi.
68. Ulusal Kanser Kontrol Programı 2009-2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Kayıt No: 9789755902852.
69. Palliative Care Council of South Australia, "Multicultural Palliative Care Guidelines" www.pallcare.asn.au/mc/images/circle.gif, 25 Aralık 2014.
70. Pastrana T, Jünger S, Ostgathe O, Elsner F, Radbruch L. A matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine*, 2008, 22:222-232.
71. Gale G, Brooks A. Implementing a palliative care program in a newborn intensive care unit. *Advances Neonatal Care*, 2006, 6:37-53.

72. Carter BS, Hubble C, Weise KL. Palliative medicine in neonatal and pediatric intensive care. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2006, 15:759-777.
73. American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. *Pediatrics*, 2000, 106: 351-357.
74. National Association of Neonatal Nurses. Board of Directors. Position Statement. #3051. Palliative care for newborns and infants. September 2010. http://www.nann.org/uploads/files/Palliative_Care-final2-in_new_template_01-07-11.pdf. 17 Aralık 2014.
75. Ishibashi A. The needs of children and adolescents with cancer for information and social support. *Cancer Nursing*, 2001, 24:61-67.
76. Himmelstein BP. Palliative care for infants, children, adolescents and their families. *Journal of Palliative Medicine*, 2006, 9:163-181.
77. Dülgerler Ş. Engin E, Çam O. Çocuklarda ölüm kavramı ve yas sürecinde psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 21: 197-209.
78. Breau LM, Camfield CS, McGrath PJ, Finley GA. The incidence of pain in children with severe cognitive impairments. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2003, 157:1219-1226.
79. Demir Ünal S. Onkoloji Hastaları ile Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerine Yardım Becerileri Eğitiminin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
80. Harris MB. Palliative care in children with cancer: which child and when? *Journal of the National Cancer Institute Monographs* 2004, 32:144-149. http://www.ohpco.org/hospital_based_palliative_care.htm, 19 Kasım 2014.

81. Carter BS. Comfort care principles for the high-risk newborn. *Neo Reviews*, 2004, 5, 484-490.
82. Walden M, Sudia-robinson T, Carrier CT. Comfort care for infant in the neonatal intensive care unit at end-of-life newborn and infant. *International Nursing Review*, 2001, 11:97-105.
83. Kato Y, Yano I, Ito F, Yanagisawa T, Hoshi Y, Eto Y. Home-based palliative care for children with cancer in Japan, present issues and future prospect. *Pediatrics International*, 2004, 46:478-479.
84. Martinson IM, Liu-Chiang CY. Distress symptoms and support systems of Chinese parents of children with cancer. *Cancer Nursing*, 1997, 20:94-99.
85. Last BF, Grootenhuis MA. Emotions, coping and the need for support in families of children with cancer: A model for psychosocial care. *Patient Education and Counselling*, 1998, 33:169-179.
86. Bostancı N, Duruhan Ö, Eyüboğlu Ö, Sezgin Ö, Güvenir Ö. Kanserli çocuğun bakım verenlerinde yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri. *İÜFN Hemşirelik Dergisi*, 2007, 15: 165-172.
87. Palliative Care Strategy. <http://www.act.org.uk/pdffdocuments/ACTChildPallServGuide.pdf>, 25 Aralık 2015.
88. Eaton AP. Financing care for children with cancer. *Cancer Supplement*, 1993, 71: 3265-3268.
89. Luce JM, Lemiaire F. Two transatlantic view points on a critical quandary. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2001, 163: 818-821.
90. Sibbald RW, Lazar NM. Bench-to-bedside review: Ethical challenges for those in directing roles in critical care units. *Critical Care*, 2005, 9: 76-80.

91. Meisel A, Snyder L, Quill T. Seven legal barriers to end of-life care: Myths, realities, and grains of truth. *JAMA*, 2000, 284: 2495-2501.
92. Davies B, Clarke D, Connaughty S, Cook K, MacKenzie B, McCormick J. Caring for dying children: Nurses' experiences. *Pediatric Nursing*, 1996, 22: 500-507.
93. Yam BM, Rossiter JC, Cheung KY. Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 2001, 10: 651-659.
94. Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen HJ. Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics*, 2004, 114: 1248-1252.
95. Papadatou D. Training health professionals in caring for dying children and grieving families. *Death Studies* 1997; 21:575-600.
96. Kömürcü Ş. Türkiye'de Palyatif Bakım. İçinde: Tuncer AM, (editör). *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. 2. Baskı, 2010.
97. Bingley A, Clark D. A Comparative review of palliative care development in six countries represented by the middle east cancer consortium. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2009, 37: 287-296.
98. Aslan E. *Palyatif Bakım*. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2014: 129.
99. Esin MN. Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, (editörler). *Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2014: 215-231.
100. Uslu F. Ankara İl Merkezinde Jinekolojik Onkoloji Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Palyatif Bakım Uygulamalarının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.

101. Ay MA. Hemşirelerin Ölüm, Ölümcül Hasta ve Ötenaziye İlişkin Tutumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
102. Çakıcı N. Hekim ve Hemşirelerin Kanserli Çocuklara Yönelik Palyatif Bakım Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.
103. Turgay G. Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2010.
104. Kain V, Gardner G, Yates P. Neonatal palliative care attitude scale: Development of an instrument to measure the barriers to and facilitators of palliative care in neonatal nursing, *Pediatrics*, 2009, 123: e207.
105. Chen CH, Huang LC, Liu HL, Lee HY, Wu SY, Chang YC, Peng NH. To explore the neonatal nurses' beliefs and attitudes towards caring for dying neonates in Taiwan. *Maternal and Child Health Journal*, 2013, 17: 1793-1801.
106. Wright V, Hilgenberg C. Why is end-of-life care delivery sporadic? A quantitative look at the barriers to and facilitators of providing end-of-life care in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 2011, 11: 29-36.
107. Forouzi MA, Banazadeh M, Ahmadi JS, Razban F. Barriers of palliative care in neonatal Intensive care units: Attitude of neonatal nurses in southeast Iran. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 2017, 34: 205-211.
108. Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research. Conduct, Critique, & Utilization*. 4th Edition. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 2001: 840.

109. Karagöz Y, Kösterelioğlu İ. İletişim becerileri değerlendirme ölçeğinin faktör analizi metodu ile geliştirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2008, 21: 81-98.
110. Cam M, Baysan Arabacı L. Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2010, 2, 59-71.
111. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003, 1: 3-14.
112. Işık E, Fadiloğlu Ç, Demir Y. Ölüme Karşı Tutum Ölçeğinin Türkçe çevirisinin hemşire popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2009, 2: 28-43.
113. Şeker H, Gençdoğan B. *Psikolojide ve Eğitimde Ölçüm Aracı Geliştirme*. 1. Basım. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006: 21-23.
114. Süt N. Geçerlilik, Güvenilirlik ve Madde Analizleri. İçinde: Şenocak MŞ, (ed.), *Klinik Biyoistatistik*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2009: 200-205.
115. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30: 211-216.
116. Grant JS, Davis LL. Focus on quantitative methods, selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health*, 1997, 20: 269-274.
117. Büyüköztürk Ş. *Veri Analizi El Kitabı*. 8. Baskı. Ankara, Pegem Ak Yayıncılık, 2007:167-182.
118. Çırak G. Üniversite Öğrencilerinin Ahlaki Yargı Yetenekleri ve Ahlaki Yargı Yetenekleri ile Kendini Gerçekleştirme Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sosyal

- Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2006.
119. Akgül A. *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları*. 3. Baskı, Ankara, Emek Ofset Ltd. Şti, 2005.
120. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorumu*. 2. Baskı. Pegem Yayıncılık. Ankara, 2002.
121. Harrington D. *Confirmatory Factor Analysis*. Oxford University Press, Newyork, USA, 2009.
122. Şimşek ÖF. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Cem Web Ofset, Ankara, 2007.
123. Rebagliato M, Cuttini M, Broggin L, Berbik I, de Vonderweid U, Hansen G, Kaminski M, Kollée LAA, Kucinskas A, Lenoir S, Levin A, Persson J, Reid M, Saracci R, EURONIC Study Group. Neonatal end-of-life decision making physicians' attitudes and relationship with self-reported practices in 10 European countries. *JAMA*, 2000, 284: 2451–2459.
124. Erkmén T, Yüksel CA. Tüketicilerin alışveriş davranış biçimleri ile demografik ve sosyo kültürel özelliklerinin incelenmesine yönelik bir araştırma. *Ege Akademik Bakış/ Ege Academic Review*, 2008, 8:683-727.
125. Alpar R. *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. Ankara, Detay Yayıncılık, 2010:318-320.
126. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2014, 40:3-49.
127. Işık R, Sakallı Uğurlu N. Namusa ve Namus Adına Kadına Uygulanan şiddete İlişkin Tutumlar Ölçeklerinin Öğrenci Örneklemiyle Geliştirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2009,12: 16-24.

128. Durak A. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994, 9:1-11.



EKLER

EK-I. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	: Gamze AKAY
Doğum tarihi	: 15.10.1989
Doğum yeri	: Erzurum
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. 25240 ERZURUM
Tel	: (442) 3172269
E-mail	: gamzeakay_25@hotmail.com
Eğitim	
Lise	: Erzurum Lisesi (2003-2007)
Lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (2008-2012)
Yüksek Lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2014-2017)
Doktora	: -
Yabancı Dil Bilgisi	
-	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Türk Hemşireler Derneği	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Kitap okumak, Film izlemek	

EK-II. TANITICI BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
2. Yaş:
3. Medeni durumunuz nedir? () Evli () Bekar
4. Eğitim düzeyiniz nedir?
() Lise () Önlisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora
5. Çalışma şekliniz hangisidir?
() Sadece gündüz mesaisi () Sadece gece nöbeti () Hem gündüz hem de gece nöbeti
6. Yenidoğan kliniğinde çalışmaktan memnuniyet durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
() Memnunum () Memnun değilim () Kısmen memnunum
7. Yenidoğan yoğun bakım için bir eğitim aldınız mı?
() Evet () Hayır
8. Cevabınız evet ise nereden eğitim aldınız?
() Yenidoğan yoğun bakım sertifikası aldım.
() Lisansüstü eğitim aldım.
() Hizmet içi eğitim aldım.
9. Palyatif bakımla ilgili bir bilgilendirme veya eğitim aldınız mı?
() Evet () Hayır
10. Cevabınız evet ise bu bilgilendirme/eğitimi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
() Mesleki eğitim sırasında
() Hizmet içi eğitimlerden
() Kongre, seminer, kurslardan
() Kitap veya dergilerden
() İnternette
() Diğer (Lütfen belirtiniz.)
.....
11. Aldığınız bilgilendirme/eğitimin içeriği nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
() Kötü haber verme
() İletişim becerileri
() Palyatif bakımda etik ve yasal konular
() Ağrı yönetimi
() Semptom kontrolü (Bulantı-kusma, dispne vb.)
() Yas süreci ile baş etme
() Diğer (Lütfen açıklayınız.)
12. Palyatif bakım konusunda bilgi durumunuzu yeterli buluyor musunuz?
() Evet () Hayır

EK-III.A. THE NEONATAL PALLIATIVE CARE ATTITUDE SCALE (NiPCAS)

	<i>Strongly Disagree</i>	<i>Somewhat Disagree</i>	<i>Unsure</i>	<i>Somewhat Agree</i>	<i>Strongly Agree</i>
1. Palliative care is as important as curative care in the neonatal environment					
2. I have had experience of providing palliative care to dying babies and their families					
3. I feel a sense of personal failure when a baby dies					
4. There is support for neonatal palliative care in society					
5. The medical staff support palliative care for dying babies in my Unit					
6. The physical environment of my Unit is ideal for providing palliative care to dying babies					
7. My Unit is adequately staffed for providing the needs of dying babies requiring palliative care and their families					
8. In my Unit, parents are involved in decisions about their dying baby					
9. My previous experiences of providing palliative care to dying babies have been rewarding					
10. When babies are dying in my Unit, providing pain relief is a priority for me					
11. I am often exposed to death in the neonatal environment					
12. Palliative care is necessary in neonatal nursing education					
13. When a baby dies in my Unit, I have sufficient time to spend with the family					
14. There are policies/guidelines to assist in the delivery of palliative care in my Unit					
15. In my Unit, when a diagnosis with a likely poor outcome is made, parents are informed of palliative care options					
16. In my Unit the team expresses its opinions, values and beliefs about providing care to dying babies					
17. Caring for dying babies is traumatic for me					
18. I have received in-service education that assists me to support and communicate with parents of dying babies					
19. All members of the healthcare team in my Unit agree with and support palliative care when it is implemented for a dying baby					
20. In my Unit, the staff go beyond what they feel comfortable with in using technological life support					
21. In my Unit, staff are asked by parents to continue life-extending care beyond what they feel is right					
22. My personal attitudes about death affects my willingness to deliver palliative care					
23. Palliative care is against the values of neonatal nursing					
24. When a baby dies in my Unit, counselling is available if I need it					
25. There is a belief in society that babies should not die, under any circumstances					
26. Curative care is more important than palliative care in the neonatal intensive care environment					

EK-III.B. YENİDOĞAN PALYATİF BAKIM TUTUM ÖLÇEĞİ (YPBTÖ)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Bilmiyorum/ Fikrim yok	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Palyatif bakım yenidoğan ünitesinde tedavi edici bakım kadar önemlidir.					
2. Benim ölmekte olan bebekler ve ailelerine palyatif bakım verme deneyimim oldu.					
3. Bir bebek öldüğünde, kişisel başarısızlık duygusu hissediyorum.					
4. Toplum, yenidoğan palyatif bakımı destekler.					
5. Benim ünitemde, ölmekte olan bebeklerin palyatif bakımını tıbbi personel destekler.					
6. Benim ünitemin fiziksel koşulları, ölmekte olan bebeklerin palyatif bakımını sağlamak için idealdir.					
7. Benim ünitem, ölmekte olan bebeklerin ve ailelerinin palyatif bakım ihtiyacını karşılamak için yeterli personele sahiptir.					
8. Benim ünitemde ebeveynler, ölmekte olan bebekleriyle ilgili kararlara katılırlar.					
9. Ölmekte olan bebeklere palyatif bakım vermeyle ilgili önceki deneyimlerim taktir görmüştür/ödüllendirilmiştir.					
10. Benim ünitemde ölmekte olan bebeklerin ağrısını dindirmek/kesmek benim için önceliklidir.					
11. Yenidoğan ünitesinde sık sık bebek ölümleriyle karşılaşırım.					
12. Yenidoğan hemşireliği eğitiminde palyatif bakımın yer alması gereklidir.					
13. Benim ünitemde bir bebek ölürken, bebeğin ailesiyle geçireceğim yeterli zamana sahip olurum.					
14. Benim ünitemde palyatif bakımı uygulamaya yardım etmek amacıyla hazırlanmış politikalar/kurallar vardır.					
15. Benim ünitemde, bir bebeğe kötü bir teşhis konduğunda ebeveynler palyatif bakım seçenekleriyle ilgili bilgilendirilir.					
16. Benim ünitemde, ekip üyeleri ölmekte olan bebeklere bakım verme konusunda görüşlerini, değerlerini ve inançlarını ifade edebilirler.					
17. Ölmekte olan bebeklere bakım vermek benim için travmatiktir.					
18. Ben, ölmekte olan bebeklerin ebeveynleriyle iletişim kurmak ve onları desteklemek için hizmet içi eğitim aldım.					
19. Benim ünitemde, sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri, ölmekte olan bir bebeğe palyatif bakım uygulanacağı zaman bakıma katılır ve destekler.					
20. Benim ünitemde, çalışanlar teknolojik yaşam desteğini kullanarak onları rahat hissettirmenin ötesine geçer.					
21. Benim ünitemde, ebeveynler hissettiklerinin doğruluğunun ötesinde yaşam süresini uzatıcı bakımı personelden isterler.					
22. Ölümle ilgili kişisel tutumum, palyatif bakım verme konusunda istekliliğimi etkiler.					
23. Palyatif bakım, yenidoğan hemşireliği değerlerine karşıdır.					
24. Benim ünitemde bir bebek ölürken, gerekli olursa ben danışmanlık verebilirim.					
25. Toplumda, hiçbir koşulda bebeklerin ölmemesi gerektiğine dair bir inanış vardır.					
26. Yenidoğan yoğun bakım ortamında tedavi edici bakım, palyatif bakımdan daha önemlidir.					

EK-IV. ÖLÇEK İZİN YAZISI

Re: Permission for using "Neonatal Palliative Care Attitude Scale"

Victoria Kain <v.kain@griffith.edu.au>

24.11.2014 (Pzt) 00:19

Kime:Aynur A <aynuraytekin25@hotmail.com>;

📎 1 ekin (115 KB)

THE NEONATAL PALLIATIVE CARE ATTITUDE SCALE (NPCAS).doc;

Hi Gamze,

Yes, please go ahead and use the scale. You are asked to contribute your data to a database (please see front cover of instrument) to test the ongoing reliability.

Please find the instrument, and supporting literature, attached.

Kind regards
Vicki

Dr Victoria Kain RN MN NICC MACN PhD
Senior Lecturer
Deputy Program Director Nursing (Nathan campus) [Profile](#)
Primary Convener - 8043NRS Advanced Neonatal Practice
Primary Convener - 2978NRS Child & Family
School of Nursing and Midwifery | Griffith University
Nathan Campus; Bldg N48 1.21.

Ph: [+61 7 373 55221](tel:+61737355221) | Fax: +61 7 373 55431
Email: v.kain@griffith.edu.au

On 22 November 2014 at 22:16, Aynur A <aynuraytekin25@hotmail.com> wrote:

Dear Victoria Kain,

I am a student in master degree of nursing department at the Ataturk University in Turkey. I have read and interested in your article titled "Neonatal Palliative Care Attitude Scale". I want to study the validity and reliability of the "Neonatal Palliative Care Attitude Scale" in Turkey. I am pleased if you give me a permission for using and more information about the scale, as soon as possible. Thanks for your interest.

Sincerely,

Gamze AKAY
Ataturk University
Faculty of Health Science
Department of Child Health Nursing
Student of Master's Degree
25240-Erzurum-Turkey

EK-V. ETİK KURUL ONAYI



Sağlık Bilimleri Fakültesi ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Neonatal Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

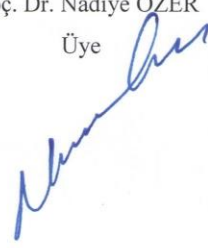
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 10.12.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Neonatal Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği” konulu YL öğrencisi Gamze AKAY ve Yrd.Doç.Dr.Aynur AYTEKİN'in çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.


Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-VI. RESMİ İZİN YAZILARI



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



SAYI : 98003106-605/
KONU: Tez Çalışması

1872

10 Şubat 2015

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)
ERZURUM

İlgi : 02/02/2015 tarihli ve 88179374-323/2385 sayılı yazısı.

İlgi yazınız ekinde gönderilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Gamze AKAY'ın "Neonatal Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği" konulu çalışmasını sonuçların Kurumumuzla paylaşılması şartıyla, Genel Sekreterliğimize bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde ve Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinde uygulayabilmeleri tarafımızca uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Fazlı ERDOĞAN
Genel Sekreter



T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI



SAYI : 42190979-11.05 / 52	TARİH : 10.02.2015
KONU : Tez çalışması izni	EKLER DAHİL TOPLAM SAYFA
BAŞHEKİMLİK MAKAMINA	
İ L G İ : 03.02.2015 tarih ve 1640 sayılı yazınız. İlgi sayılı yazınız eklerinde belirtilen "Neonatal Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği" konulu tez çalışmasının Anabilim Dalımız Yenidoğan Yoğun Bakım kliniğinde yapılmasında bir sakınca yoktur. Gereği bilgilerinize arz olunur.  Prof.Dr. Mehmet Cahit KARAKELLEOĞLU Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı	
DAĞITIM :(Gereği için) :	DAĞITIM : (Bilgi için) :

EKİ :

NOT : Bu form, üzerinde değişiklik yapılmadan iki nüsha olarak düzenlenmelidir.

FRM-EYS-003/00/24.01.2011

13.07.2015

Sayı:543
Konu: Uygulama İzni Hakkında

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı;
ERZURUM

İlgi: 06.07.2015 tarih ve E.1500021122 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden okulunuz yüksek lisans öğrencisi Gamze AKAY'ın "Neonatal Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği" konulu tez çalışmasını hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Cahit GÜNEŞ

Mesul Müdür


ÖZEL BUHARA HASTANESİ
Uzm.Dr. Cahit GÜNEŞ
Mesul Müdür

Adres: Yenişehir Girişi Atatürk Bulvarı No:3 Palandöken - Erzurum

Web: www.buharahastanesi.com.tr

Tel: 0 442 316 80 97

Fax: 0 442 316 95 78

EK-VII. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMANLAR

Uzman	Kurumu
Prof.Dr. Duygu ARIKAN	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Prof.Dr. Ayşe OKANLI	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Doç.Dr. Serap EJDER APAY	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç.Dr. Cantürk ÇAPIK	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç.Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç.Dr. Gülay İPEK ÇOBAN	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç.Dr. Nejla CANBULAT ŞAHİNER	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Yrd.Doç.Dr. Gülçin AVŞAR	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yrd.Doç.Dr. Fatma YILMAZ KURT	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

EK-VIII. TEZ SAVUNMA TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişikliği önerisi olanlar için) (FORM: 08)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Gamze AKAY

Danışmanı : Doç.Dr.Aynur AYTEKİN

Programı (Fakülte/Y.Okul) : Hemşirelik Fakültesi

Ortak Danışman :

Anabilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 15.06.17 ve 24.105 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Neonatal Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği başlıklı **yüksek lisans tezini** incelemiş ve adayı 04.07.2017 tarihinde, saat 15 : 00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,

☒ ancak **konu ve içeriği değişmeksizin** tez başlığının Yenidoğan Palyatif Bakım Tutum Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği olarak düzenlenmesine,

☒ **OY BİRLİĞİ**

☐ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: Yrd.Doç.Funda KARDAŞ ÖZDEMİR	
Üye	:Doç.Dr.Sibel KÜÇÜKOĞLU	
Üye	:Doç.Dr. Aynur AYTEKİN	
Üye	:.....	
Üye	:.....	