

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU**  
**BAKIMDA ALGILADIĞI ENGELLER VE**  
**DESTEKLEYİCİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Elif ASTAM**

**İstanbul**  
**Aralık- 2022**

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMDA**  
**ALGILADIĞI ENGELLER VE DESTEKLEYİCİ**  
**DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Elif ASTAM**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER**

**İstanbul**  
**Aralık- 2022**

## TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER .....

Üye Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK .....

Üye Doç. Dr. Berna DİNCER .....

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımında Algıladığı Engeller Ve Destekleyici Davranışlarının İncelenmesi**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Elif ASTAM

## ÖN SÖZ

Araştırmamdaki her aşamada bana yardımcı olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e, eğitim alanında dersleriyle bize vizyon katan çok değerli hocamız Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteklerini esirgemeyen canım aileme ve her koşulda yanımda olan arkadaşlarım Elif KAYA ve Rümeyza KAYA'ya teşekkürlerimi sunarım.

**Elif ASTAM**  
**İstanbul- 2022**



**ÖZET**  
**YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN YAŞAM SONU BAKIMDA**  
**ALGILADIĞI ENGELLER VE DESTEKLEYİCİ**  
**DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

**Elif ASTAM**

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği  
Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Aralık, 2022 – 80 Sayfa

Bu çalışma, yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakımda algıladığı engeller ve destekleyici davranışlarını incelemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışma 1 Eylül – 21 Aralık 2021 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan dört Eğitim Araştırma Hastanesi'nin yoğun bakım ünitesinde çalışan 201 hemşireyle gerçekleştirildi. Araştırma verileri, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği” ile yüz yüze görüşme yoluyla toplandı. Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma süresi  $38,94 \pm 32,81$  ay, günlük bakılan hasta sayısı  $2,87 \pm 1,36$ , %91’i terminal dönemde hastaya bakım vermiş, %56,2’sinin terminal dönemde yakını olmuş, %32,3’ü terminal dönemde olan yakınına bakım vermiş, %44,8’i ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşamış, ölmekte olan hastaya bakım verirken en çok üzüntü (%62,2), çaresizlik (%37,8) ve acı (%32,8) duygusunu yaşamıştır. Algılanan Engeller Davranışlar (PIS) puanı  $5,88 \pm 2,43$ ; Algılanan Destekleyici Davranışlar (PSBS) puanı  $4,71 \pm 2,83$ ’tür. PIS puanı en yüksek 3 madde; “Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez”, “Aile ziyaret saatleri oldukça kısıtlayıcıdır” ve “Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlıdır”. PSBS puanı en yüksek 3 madde; “Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşürler”, “Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir” ve “Hemşireler birbirlerine destekleyen sözler ifade etmektedirler”. Ailelerin hastanın kötü prognozunu kabullenmemesi, ziyaret saatlerinin ve yas sürecinin kısıtlı olması yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engelleyici davranışlar; hekimlerin hastanın ölümünden sonra aile üyeleriyle görüşmeleri, aile üyelerine

imzalatılacak belgelerin önceden hazırlanması ve hemşirelerin birbirlerine destekleyen sözler söylemesi yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları destekleyici davranışlar olarak belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Destek, Engeller, Hemşire, Yaşam Sonu, Yoğun Bakım.



**ABSTRACT**  
**INVESTIGATION OF BARRIERS AND SUPPORTIVE**  
**BEHAVIOURS PERCEIVED BY INTENSIVE CARE NURSES IN**  
**END-OF-LIFE CARE**

**Elif ASTAM**

Master, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Zülfünaz ÖZER

December, 2022 – 80 Pages

This study was conducted to examine the perceived barriers and supportive behaviours of intensive care nurses in end-of-life care. The descriptive and cross-sectional study was conducted with 201 nurses working in the intensive care units of four training and research hospitals in Istanbul between 1 September – 21 December 2021. Research data were collected through face-to-face interviews with the “Personal Information Form” and the “Perceived Barriers and Supportive Behaviours Scale of Intensive Care Nurses in End-of-Life Care”. The mean duration the nurses worked in the intensive care unit was  $38,94\pm 32,81$  months, the number of patients cared for daily was  $2,87\pm 1,36$ . 91% have given care to a terminal patient, 56,2% have had a terminal patient, 32,3% of them have provided care to their relatives who were terminally ill, 44,8% had difficulty in giving physical care to the dying patient and touching them, and experienced mostly sadness (62,2%), helplessness (37,8%) and pain (32,8%), respectively, while providing care to a dying patient. Their mean score from Perceived Barriers Behaviours (PIS) was  $5,88\pm 2,43$  and  $4,71\pm 2,83$  from Perceived Supportive Behaviours (PSBS). The 3 items with the highest PIS score were “Families do not want to accept the poor prognosis of the patient”, “Family visiting hours are very restrictive” and “The family can only grieve until a new patient is admitted.” The 3 items with the highest PSBS score were “Physicians talk to family members after the death of the patient”, “Healthcare worker prepares all documents to be signed by family members before leaving the unit” and “Nurses say supportive words to each other”. The barrier behaviours towards end-of-life care the intensive care nurses perceived included families not accepting the poor prognosis of the patient and limited visiting hours and the grieving, while the supportive behaviours they perceived were physicians talking to family members after the patient’s death, preparing documents

to be signed by family members in advance, and nurses saying supportive words to each other.

**Key Words:** Support, Barriers, Nurse, End of Life, Intensive Care.



## İÇİNDEKİLER

|  |             |
|--|-------------|
| <b>TEZ ONAYI</b> .....   | <b>i</b>    |
| <b>BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ</b> .....                                   | <b>ii</b>   |
| <b>ÖN SÖZ</b> .....  | <b>iii</b>  |
| <b>ÖZET</b> .....  | <b>iv</b>   |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | <b>vi</b>   |
| <b>İÇİNDEKİLER</b> .....   | <b>viii</b> |
| <b>TABLolar LİSTESİ</b> .....  | <b>x</b>    |
| <b>KISALTMALAR</b> .....   | <b>xi</b>   |
| <br>   |             |
| <b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....   | <b>1</b>    |
| <b>GİRİŞ</b> .....   | <b>1</b>    |
| <b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....  | <b>3</b>    |
| <b>GENEL BİLGİLERİ</b> .....   | <b>3</b>    |
| <br>   |             |
| 2.1. Yoğun Bakım Ünitesi.....  | 3           |
| 2.1.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamakları ve Özellikleri.....        | 4           |
| 2.2. Yoğun Bakım Hemşiresi .....                                       | 7           |
| 2.2.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları ..... | 8           |
| 2.3. Yoğun Bakım Hastası .....   | 10          |
| 2.4. Kaliteli Ölüm.....  | 11          |
| 2.5. Yaşam Sonu Bakım.....   | 13          |
| 2.6. Yaşam Sonu Bakımda Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rolü.....           | 18          |
| 2.6.1. Yaşam Sonu Bakımda Semptom Yönetimi.....                        | 20          |
| <br>   |             |
| <b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b> .....  | <b>24</b>   |
| <b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....   | <b>24</b>   |
| <br>   |             |
| 3.1. Araştırmanın Tipi.....  | 24          |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....                                  | 24          |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....                            | 24          |
| 3.4. Veri toplama araçları.....  | 25          |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.4.1. Kişisel Bilgi Formu .....   | 25        |
| 3.4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği .....                                       | 25        |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri .....   | 26        |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....   | 26        |
| 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....  | 27        |
| <b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>  | <b>28</b> |
| <b>BULGULAR .....</b>  | <b>28</b> |
| 4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri ile Yaşam Sonu Bakım Verme Durumlarının Dağılımı .....                         | 28        |
| 4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Ölçüm Ortalamaları .....                      | 29        |
| 4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Ölçüm Ortalamalarının Değerlendirilmesi ..... | 30        |
| <b>BEŞİNCİ BÖLÜM .....</b>   | <b>36</b> |
| <b>TARTIŞMA .....</b>  | <b>36</b> |
| 5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Duygulara Yönelik Bulguların Tartışılması .....                   | 36        |
| 5.2. Yaşam Sonu Bakım Verirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Engellere Yönelik Bulguların Tartışılması .....                              | 37        |
| 5.3. Yaşam Sonu Bakım Verirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları .....  | 40        |
| <b>ALTINCI BÖLÜM .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>SONUÇ .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>KAYNAKÇA .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>EKLER .....</b>   | <b>56</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>  | <b>68</b> |

## TABLolar LİSTESİ

|   |    |
|---|----|
| Tablo 2.1: Yoğun Bakım Ünitesi Sınıflandırması .....  | 5  |
| Tablo 2.2: Bireyin Yaşam Sonu Dönem Belirleyicileri ve Kanıt Düzeyleri.....   | 12 |
| Tablo 2.3: Ölümün Tanılanmasında Var Olan Bariyerler.....   | 13 |
| Tablo 2.4: Yaşam Sonu Bakımda Temel Prensipler.....   | 15 |
| Tablo 2.6: Yaşamın Sonundaki Hastalarda Görülen Bazı Semptomlar.....  | 20 |
| Tablo 4.1: Yoğun Bakım Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerin Dağılımı (n:201).....  | 28 |
| Tablo 4.2: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Verme Durumlarının Dağılımı (n:201).....   | 29 |
| Tablo 4.3: Hemşirelerin Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Ölçüm Ortalamaları (n: 201) ..... | 29 |
| Tablo 4.4: Engeller İçin Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Engelleyici Davranış Puanları (n=201) .....  | 31 |
| Tablo 4.5: Destekleyici Davranışlar İçin Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Destekleyici Davranış Puanları (n=201).....  | 33 |

## KISALTMALAR

|               |   |
|---------------|---|
| <b>GIS:</b>   | Gastrointestinal Sistem                           |
| <b>KİBAS:</b> | Kafa İçi Basınç Artışı                            |
| <b>Max:</b>   | Maksimum  |
| <b>Min:</b>   | Minimum   |
| <b>NICE:</b>  | National Institute For Health And Care Excellence |
| <b>Ort:</b>   | Ortalama  |
| <b>PSBS:</b>  | Destekleyici Davranışlar Puan Ortalaması          |
| <b>PIS:</b>   | Algılanan Engeller Davranışlar Puan Ortalaması    |
| <b>Ss:</b>    | Standart Sapma                                    |
| <b>SVO:</b>   | Serebrovasküler Olay                              |
| <b>YBÜ:</b>   | Yoğun Bakım Ünitesi                               |
| <b>WHO:</b>   | World Health Organization                         |
| <b>Vd.:</b>   | Ve Diğerleri                                      |

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Durumları kritik olan hastalara olabildiğince fayda sağlayabilmek için pek çok gelişmiş teknolojik ekipmanın mevcut olduğu yoğun bakım üniteleri, multidisipliner bir ekip iş birliğinin zorunlu olduğu özellikli birimlerdir (Terzi ve Kaya, 2011). Yoğun bakım ünitelerinde kritik hastaların takip, tedavi ve bakımı için çok fazla girişim yapılmaktadır (Ersoy vd., 2017). Yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalarda; ağır hastalıklar, invaziv girişimler ve uzun süreli mekanik araçlara bağlı kalma gibi sebeplerden ölüm oranları oldukça yüksektir (Çelik, 2019) Yoğun bakım ünitelerinde mortalite oranları %14-41,1 arasında değişmektedir (Bülbül vd., 2020). Yoğun bakımlarda teknolojik gelişmeler sonucu yaşam destek sistemlerinin de artmasıyla yaşamın kurtarılması, ölümü önleyememiş yalnızca ölümün gecikmesini ve şeklinin değişmesini sağlayarak ölüm sürecinde uzamaya neden olmuştur (Akpır, 2010).

Yoğun bakımlarda çalışan hemşireler kritik hastalara bakım verdiklerinden ölüm olayıyla çok fazla karşılaşmaktadır. Bu ünitelerde yaşam sonuna yaklaşmakta olan hastaya bakım vermekten sorumlu olan hemşireler bu hastalara en yakın olan ve onlarla en sık iletişim kuran kişilerdir. Bunun yanı sıra hemşireler yaşam sonundaki hastayla diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla zaman geçirmekte ve hastaların bu süreçteki rahatsızlıklarına daha fazla tanıklık etmektedir (Yılmaz ve Vermişli, 2015). Yaşam sonu bakım hakkında literatürde kesin bir tanım olmamakla beraber genelde son haftalar, son günler ve son saatlerde verilen bakım olarak tanımlanmaktadır (Van Giersbergen ve Geçit, 2017). Yaşam sonu bakımda amaç, ailenin yaşam kalitesini iyileştirmek ve iyi ölümü sağlayabilmektir. Yaşam sonu bakım, yaşam sonundaki bireyin ağrı durumunu ve diğer semptomlarını azaltarak ya da ortadan kaldırarak hem psikolojik hem de manevi destek sağlayarak, yüz yüze olduğu ölüm beklentisine karşın aktif bir yaşam sürdürebilmesi, yakınlarının eğitilmesi ve desteklenmesini içermektedir (Sucaklı, 2013).

Sağlık profesyonelleri için bireyin yaşına ya da sağlık durumuna bakılmaksızın ölüm yenilmeli ya da olabildiğince uzun süre hastadan uzak tutulmalıdır. Bu genel kanı nedeniyle sağlık profesyonelleri için ölüm bir başarısızlık olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle birçok sağlık profesyoneli ölüm hakkında konuşmaktan ve ölümü olası bir sonuç olarak görmekten kaçınmaktadır (Burghardt ve Nathaniel, 2013). Bu durumun

etkisiyle hemşireler yaşam sonu bakımla hastanın acılarını azaltma, bağımsızlıklarını sürdürme, saygıdeğer bir ölüm ortamı sağlayarak hasta ve ailesinin kültürel ya da inançsal isteklerini de göz önünde bulundurarak etik ilkelere uygun şekilde kaliteli bir ölüm ortamı sağlayabilmelidirler (Yılmaz ve Vermişli, 2015).

Yaşam sonundaki hastaların gerek fiziksel gerek psikolojik ihtiyaçlarının çok fazla olması, durumlarının gittikçe ciddileşmesi, hastaya acı veren semptomların önlenmesinde zorluklarla karşılaşılması, yaşam sonundaki hastanın yakınlarının da ihtiyaçlarının karşılanmaya çalışılması gibi durumlardan ötürü hastaya bakımda başta hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri büyük zorluklar yaşamaktadırlar (Uysal vd., 2019). Hemşireler her ne kadar yaşam sonu hastalarla sürekli karşılaşmalar ve ölümlerine tanık olsalar da her ölüm keder vericidir (Olgun ve Van Giersbergen, 2018). Aynı şekilde ailesinden birini kaybetme korkusu yaşayan hasta yakınları da manevi desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Yapılan birçok çalışma yaşam sonuna yaklaşan hastaların manevi gereksinime ihtiyaç duyduğunu ancak sağlık çalışanlarının zaman ve eğitim eksikliği, bireysel, kurumsal faktörler gibi nedenlerden dolayı hastalara manevi bakım vermekte yetersiz kaldıkları tespit edilmiştir (Bölüktaş, 2018). Ölümü yaklaşmakta olan bireylerle birebir ilgilenmek durumunda kalan yoğun bakım hemşirelerinin yaşamın bu son döneminde bakım verirken algılamış oldukları engeller ve destekleyici davranışların saptanması bu zor süreçte hem hasta hem ailesi hem de hemşireler açısından önem arz etmektedir. Ülkemizde bu konuda yapılmış çok sınırlı sayıda araştırmaya rastlanmıştır. Bu sebeple yapılan bu çalışma, literatüre bu konuda yeni veriler sağlayacaktır. Çıkan sonuçlar doğrultusunda, yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakımda algıladığı engeller ve destekleyici davranışlarına yönelik girişimler planlanabilecektir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLERİ

#### 2.1. Yoğun Bakım Ünitesi

Geçmişten günümüze bakıldığında zaman yoğun bakım kavramının ilk olarak ortaya çıkışı 1863'te Florence Nightingale'in post operatif dönemde olan hastaların akut dönemi atlatmasından sonra yaşamsal fonksiyonları normale dönene kadar kaldıkları birimleri tanımlaması ile başlamıştır. Yoğun bakım kavramının esas temelini ise Florence Nightingale'in "kritik hastaların hepsinin mümkün olduğu kadar aynı odada toplanmaları, hemşirelik bakımından daha iyi yararlanmalarını sağlayacağı" görüşü oluşturmaktadır. 1920 döneminde Johns Hopkins Hastanesinde post operatif dönemde kullanılabilecek "derlenme odası" kavramı ortaya atılıp ne olduğu açıklanmış; 1930 yılında Almanya'da iyi organize olmuş bir post operatif yoğun bakım ünitesi oluşturulmuş; 1940'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde yer alan Mayo Klinikte özelleştirilmiş post operatif "derlenme odaları" kullanılmaya başlanmıştır (Özdemir, 2014). Yoğun bakımlar, bir bilim olarak 40 yıl kadar önce Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Anesteziyoloji Anabilim Dalı adı altında ayrı bir dal olarak oluşturulmuş ve günümüze yaklaştıkça hızla gelişme göstermiştir. Kavram Türkiye'de "yoğun bakım", ABD'de ise "intensive care" adı ile kullanılmaktadır (Şahinoğlu, 2011). Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğin 4. Maddesinin h bendinde yoğun bakım ünitesi: "Bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, fiziksel alt yapısı ve konumu itibarıyla hasta bakımı açısından özellik taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, yaşamsal göstergelerin izlendiği, hasta takip ve tedavisinin 24 saat esasına dayalı olarak kesintisiz sağlandığı" birim şeklinde tanımlanmıştır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011). Yoğun bakım sadece bir klinik uzmanlık alanı değil, doktorlar, hemşireler, solunum terapistleri, fizyoterapistler, eczacılar, mikrobiyologlar, sosyal hizmet uzmanları, etikçiler, manevi bakım ve diğer birçok kişiden oluşan meslekler arası ekip tarafından verilen bir bakım sistemidir (Marshall vd., 2017).

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ), genel itibarı ile yaşamları tehdit altında olan ve yüksek düzeyde bakıma ihtiyacı olan hastalara bakım verilen özellikli birimlerdir (Posthauer

vd., 2015). YBÜ'lerin amacı, farklı akut tıbbi ve cerrahi durumları olan hastalara en uygun tedavi ve bakım yönetiminin sağlanabilmesidir (Erika vd., 2014). YBÜ'ler "kullanım açısından, dahili yoğun bakım servisi, cerrahi yoğun bakım servisi, nöroyoğun bakım servisi, anestezi yoğun bakım servisi, kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım servisi, koroner yoğun bakım servisi, genel yoğun bakım servisi şeklinde adlandırılan erişkin, çocuk ve yenidoğan" şeklinde sınıflandırılmaktadır. YBÜ'de yer alan izolasyon odaları aynı mevzuatta; "Solunum izolasyon odası: Solunum izolasyonu gereken hastaların yatırılarak izlendiği üçüncü basamak yoğun bakım fiziki şartlarını taşımakta olan oda, Temas izolasyon odası: Temas izolasyonunun gerekli olduğu hastaların yatışlarının yapılarak izlendiği üçüncü basamak yoğun bakım fiziki şartlarını taşıyan oda" olarak tanımlanmaktadır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011).

### **2.1.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Basamakları ve Özellikleri**

Yoğun Bakım Ünitesi, yoğun ve uzmanlaşmış tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı, gelişmiş izleme kapasitesi ve belirli bir süre yaşamı sürdürmek için birden fazla fizyolojik organ desteği sağlayan kritik hastalara bakım sağlamak amaçlı organize bir sistemdir (Marshall vd., 2017). Yoğun bakım ünitelerinin nerelerde ve hangi ebatlarda olması gerektiği ayrıca bu birimlerde görev almakta olan çalışanlar ile ilgili Avrupa Yoğun Bakım Tıp Derneği birtakım düzenlemeler yaparak; yoğun bakımlarda görev alan hemşireleri: yoğun bakım konusunda özelleşmiş, yoğun bakım sertifikası ve deneyimine sahip kişiler olarak nitelendirmiştir. Yoğun bakım ünitelerini üç düzeyde kategorize eden derneğe göre: Birinci düzey yoğun bakımlar ekstra izlem ve müdahaleye ihtiyaç duyan; ikinci düzey yoğun bakımlar tekli organ yetmezliğine sahip, temel olarak fonksiyonel yaşamsal desteğe ihtiyaç duyan; üçüncü düzey yoğun bakımlar çoklu organ yetmezliğine sahip (en az iki), ileri derece solunum desteğine muhtaç olan hastaların oluşturduğu birimler olarak bildirmiştir (Valentin ve Ferdinande, 2011). Hangi düzeyde olursa olsun İngiliz Yoğun Bakım Derneği'ne göre bütün yoğun bakım ünitelerinde 1 hemşirenin en fazla iki hastanın bakımından sorumlu olması gerektiği bildirilmiştir (Bray vd., 2010). YBÜ'lerin tablo 2.1'de gösterildiği şekilde sınıflandırılması önerilmektedir (Marshall vd., 2017).

**Tablo 2.1: Yoğun Bakım Ünitesi Sınıflandırması**

|                           | <b>Seviye 1</b>   | <b>Seviye 2</b>   | <b>3. seviye</b>   |
|---------------------------|---|---|--|
| <b>Terapötik Kapasite</b> | Hafif organ disfonksiyonunun fizyolojik stabilizasyonu ve kısa süreli desteği             | Başarısız organ fonksiyonunun temel desteği   | Organ fonksiyon bozukluğunun karmaşık, kapsamlı desteği ve yönetimi  |
| <b>Personel</b>           | En azından gün boyunca mevcut olan kritik bakım konusunda biraz deneyime sahip doktorlar  | Yoğun bakım eğitimi almış veya benzer deneyime sahip doktorlar gündüzleri mevcut ve geceleri müsaittir.   | 7/24 resmi yoğun bakım eğitimi alan doktorlar; YBÜ deneyimine sahip sağlık personelinin hemen hastanede bulunması                          |
|                           | Deneyimli hemşireler 7/24 bakım sağlar  | Hemşireler yoğun bakımda ekstra eğitime veya benzer deneyime sahiptir ve 7/24 bakım sağlar  | Uzman yoğun bakım eğitimi almış hemşire personeli 7/24 bakım sağlar  |
|                           | Diğer personel mevcut   | Sağlık personelinin (solunum terapistleri, fizyoterapistler, diyetisyenler, eczacılar vb.) yoğun bakım ekibinin bir parçası olarak dahil edilmesi | Sağlık personeli (solunum terapistleri, fizyoterapistler, eczacılar, diyetisyenler vb.) YBÜ ekibinin düzenli üyeleri olarak dahil edilmesi |
|                           | Hemşire-hasta oranı klinikten daha yüksek; tercihen 1:4 veya 1:3 (4 hasta için 1 hemşire) | Hasta ihtiyaçlarına uygun, ancak genellikle 1:3'ten az olmayan hemşire-hasta oranı (3 hasta için 1 hemşire)                                       | Hasta ihtiyaçlarına uygun ve 1:2'den az olmayan hemşire-hasta oranı (2 hasta için 1 hemşire)   |
|                           | Günlük turlar; geçici yapı  | Doktorlar ve hemşireler ile resmi günlük yoğun bakım vizitleri  | Resmi multidisipliner YBÜ günlük olarak ve hastanın durumuna göre gerektiğinde   |
|                           | Yoğun bakım sürekli mesleki eğitimde aralıklı katılım                                     | Sürekli mesleki eğitime katılım   | Sürekli tıp/hemşirelik eğitimine düzenli katılım   |
|                           | Hastanede diğer tıbbi uzmanlıklara konsültasyonla erişim                                  | Solunum uzmanlarına, nefrologlara, kardiyologlara, bulaşıcı hastalık uzmanlarına, genel cerrahlara hazır erişim                                   | Tüm tıbbi ve cerrahi danışman uzmanlarına hızlı erişim ve değişken katılımı  |

**Kaynak:** Marshall vd., 2017

**Tablo 2.1: Yoğun Bakım Ünitesi Sınıflandırması- Devam**

|   | <b>Seviye 1</b>   | <b>Seviye 2</b>  | <b>3. seviye</b>  |
|---|---|--|---|
| <b>İzleme Kapasitesi</b>                            | Noninvaziv veya minimal invaziv izleme— transkütanöz oksijen saturasyonu, kardiyak izleme, idrar çıkışı | Hastanın durumuna göre kan basıncının ve santral venöz basınçların invaziv izlenmesi, kan gazı analizörü hemen kullanılabilir              | Gelişmiş hemodinamik izleme (kalp kateterizasyonu, ultrasonografi, vb); Klinik ihtiyaçlara göre pulmoner, serebral ve diğer fizyolojinin ileri düzeyde izlenmesi Yoğun bakım ünitesi ile ilişkili kan gazı analizörü ve istatistik laboratuvarı |
| <b>Ünite Tasarımı ve Organ Desteği</b>              | Özel bölge  | Merkezi izleme istasyonuna sahip özel alan   | Bireysel hasta bakım alanları ve merkezi izleme istasyonu ile özel alan   |
|   | Oksijen tedavisi ve noninvaziv solunum desteği için kapasite  | Temel mekanik ventilatör desteği, kardiyovasküler fonksiyonun farmakolojik desteği, aralıklı renal replasman tedavisi, parenteral beslenme | Gelişmiş ventilatör ve hemodinamik destek, sürekli renal replasman tedavisi, trakeostomi kapasitesi ve diğer temel cerrahi prosedürler<br>Temas veya hava kaynaklı önlemlere ihtiyaç duyan hastaların izolasyonu için kapasite                  |
| <b>Hastane İçi Entegrasyon</b>                      | Yalnızca tanımlanmış alan   | Acil servis gibi diğer akut bakım alanlarıyla etkileşimler   | Sosyal yardım ekibi/ekipleri, kademeli veya yüksek bağımlı birim ile entegrasyon; acil servis ile yakın iş birliği  |
| <b>Araştırma ve Eğitim</b>                          | Özel etkinlik   | Personel için düzenlenen eğitim faaliyetleri   | Personel için resmi eğitim programları  |
|   | Temel kalite iyileştirme programı   | Resmi kalite iyileştirme programı  | Resmi kalite iyileştirme programı   |
|   |   | Klinik araştırmalara katılım   | Klinik araştırmalara aktif katılım<br>Mümkün olduğu kadar sakinlerin ve arkadaşların eğitimi  |
| <b>Bölgesel ve Toplumsal İhtiyaçlara Duyarlılık</b> | Yalnızca geçici, ancak felaket durumunda kullanılabilir   | Hastanedeki kritik hastalar için kaynak görevi görür   | Topluluk ve bölge hastaneleri ve diğer yoğun bakım üniteleri için sevk kaynağı  |
|   | Daha yüksek seviyeli yoğun bakım ünitesine hasta transferi için kriterleri belirleyen resmi politika    |  | Afet hazırlık planı ve kapasitesi   |

**Kaynak:** Marshall vd., 2017

Türkiye’de yoğun bakım üniteleri: birinci, ikinci ve üçüncü düzey olarak Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Tebliği ile kategorize edilmiştir. Yoğun bakımlarda yatışa kabul edilecek hastaların hangi özelliklere sahip olmaları gerektiği, fiziksel koşulların ve cihazların durumları, verilecek olan bakım ve çalışanların durumunun nasıl olması gerektiği tebliğ içerisinde belirtilmiştir. Tebliğe göre 1.düzye yoğun bakım üniteleri: “hayati risk taşıyan hastaların yakın takibinin sürdürüldüğü, non-invaziv monitorizasyon yöntemleri içeren, başka klinikler içerisinde de yapılandırılabilen temel destek ve tedavinin sağlanabildiği birimlerdir”. Tebliğ’de 1.düzyede olan yoğun bakım ünitelerinde beş hastaya bakım vermekten sorumlu bir hemşirenin olmasının yeterli olacağı bildirilmiştir. 2.düzye yoğun bakımlarda “temel destek tedavilerine ek olarak, invaziv tedavi ve monitorizasyon yöntemlerinin uygulandığı birimler olup; üç hastaya bir hemşirenin bakım vermesinin yeterli olacağı” bildirilmiştir. 3. seviye yoğun bakımlar üniteleri; “ileri düzey tıbbi bakım ve tedavinin gerçekleştirildiği, çoklu organ yetmezliğine sahip hastaların kabul edildiği birimler olarak tanımlanmış; iki hastanın bakımı için bir hemşirenin yeterli olacağı” belirtilmiştir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2011).

Yatışta olan bireylere kaliteli bir bakım sağlanabilmesi ve sağlık profesyonellerinin daha sistemli çalışabilmeleri için yoğun bakım ünitelerinin gerekli bazı nitelikleri taşımaları gerekmektedir. Yoğun bakımlar hastaya yakınlık, gözlem kolaylığı, izolasyon, enfeksiyon kontrol standartları göz önünde bulundurularak tasarlanmış olmalıdır. En ideal yoğun bakım düzeni hasta yataklarının cam panellerle ayrılmış olanlarıdır. Hastanelerde hali hazırda farklı yapı ve yatak kapasitesine sahip, farklı hasta profilleri olan birçok yoğun bakım ünitesi mevcuttur (Şahin, 2018).

## **2.2. Yoğun Bakım Hemşiresi**

Ülkemizde hemşirelik açısından uzman hemşirelik ve yetkinlik belgesine sahip olma durumu 2007 yılında yenilenen Hemşirelik Kanunu ile mümkün olmuştur. Bu kanun sayesinde hemşirelerin özellikli birimlerde görev almak için belirli esaslar çerçevesinde yetki belgesi alabilecekleri, yetki belgesi almaları açısından gerekli olan eğitim programlarının düzenleneceği ve bu belgelerin uygulama, düzenleme, iptali gibi hususların Sağlık Bakanlığı’nca çıkarılacak yönetmeliklerle düzenleneceği de

bildirilmiştir (Hemşirelik Kanunu, 2007). Yönetmelikte hemşirelik yetki belgesine sahip olan hemşireler, o belgede yer alan özellikli birimlerde verilmekte olan tüm hemşirelik hizmetlerinden sorumlu hemşireler olarak tanımlanmıştır. Yenilenen Kanunda Sağlık Bakanlığı'nca yetki belgesi alan hemşirelerin hangi alanda çalışıyorlarsa o alana yönelik olarak görev, yetki ve sorumluluk durumlarının düzenleneceği belirtilmiştir (HemşirelikYönetmeliği, 2010). Daha önce yasal bir zemini olmayan özel dal hemşireliği 2014 yılında Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen "Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği" doğrultusunda düzenlenip yasal bir zemine oturtulmuştur. Bu eğitim programları ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarını kapsamıştır (Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği, 2014).

Özel dal hemşireliği arasında yer alan yoğun bakım hemşireleri; yaşamı tehdit eden sorunları olan hasta bireyleri tanıyarak, devamlı olarak takip eden, kaliteli ve ileri düzeyde yoğun bakım ve tedavi girişimlerinde bulunan, hasta ve hasta yakınlarıyla profesyonel ilişkiler kurabilen, iyileştirici, koruyucu ve rehabilite edici girişimleri uygulamakla görevli hemşirelerdir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Yoğun bakımlarda ciddi takip ve tedaviye ihtiyaç duyan hastalara yönelik bakım veren ekibin bu ünite içerisindeki teknolojik araç ve gereçleri iyi şekilde kullanabilen, uyguladığı bakımı kanıt temelli olarak gerçekleştiren donanımlı bireyler olmaları gerekmektedir. Bu bireylerden kesintisiz şekilde hastayla vakit geçiren yoğun bakım hemşirelerinin alanda yetkin kişiler olması büyük derecede önem arz etmektedir (Bozkurt ve Türkmen, 2019).

### **2.2.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları**

Hemşirelerin genel görev ve yetkilerinden farklı olarak yoğun bakım hemşireleri;

*"a) Yoğun bakım enfeksiyonlarının oluşumunu engellemek amacıyla önlemler alır.*

*b) Hastaların değerlendirilmesinde kurumca belirlenmiş skor ve skala sistemlerini uygulayıp değerlendirir.*

*c) Hasta monitörizasyonunu sağlayıp kardiyak ritimleri izler ve gerekli durumlarda sorumlu ekiple iletişim kurar.*

ç) Asit- baz dengesi ve sıvı – elektrolit dengesine yönelik hali hazırda olan ve olması mümkün olan durumları değerlendirip uygun hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir.

d) Hastaların solunumsal sorunlarına yönelik girişimleri planlayıp, uygular ardından değerlendirir. Ventilatöre bağlı hastaya bakım sağlar.

e) Aspire etme, oksijen tedavisi, pozisyon verilmesi, genel vücut hijyeninin sağlanması, postural drenaj, aseptik girişimler (sonda bakımı, katater bakımı vb.) girişimsel işlemlere ilişkin uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

f) Bası yarası ve oluşmasında etkili faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerini değerlendirir gelişimini önleyebilmek amacıyla uygun hemşirelik girişimlerini uygular, bası yarası oluşması durumunda uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

g) Hastalarda kontraktür durumlarının oluşumunu önleyici bakımları planlar ve uygular.

ğ) Hekimle beraber hastada emboli oluşmasını önleyici girişimleri planlar ve uygular.

h) Nörolojik problemleri olan (SVO, KİBAS vb..) ve bilinci kapalı hastaların izlemelerini ve gerekli pozisyonların verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmesini yapar.

i) Pace makerı olan hastanın izlemeni, bakımını bilir ve uygular.

j) İntro aortik balon pompasına sahip hastayı izler, bakımını bilir ve gerekli girişimleri uygular.

k) Hastaların beslenme durumlarını tespit eder (enteral ve paranteral), ihtiyaçlarına göre hemşirelik bakımını planlayıp uygular, beslenme esnasında kullanılan cihazların sterilizasyonlarının devamlılığını sağlar.

l) Yoğun bakımdaki hastalar ve yakınlarına psikososyal açıdan uygun hemşirelik yaklaşımlarını sağlar” (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011).

### 2.3. Yoğun Bakım Hastası

Fizyolojik olarak ciddi durumda olup, kendi kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumda olan hastalar “yoğun bakım hastası” olarak adlandırılmakta; yaşamsal faaliyetlerin sürdürülebilirliği için gerekli olan tedavi ve bakım da yoğun bakımlarda uygulanmaktadır (Efil vd., 2011). Yoğun bakım hastaları ihtiyaç duydukları bakım durumuna göre dört guruba ayrılmaktadırlar. Bu hastaların temel tanımlayıcı özellikleri şöyledir (Tunçay ve Uçar, 2010):

- Grup 0: Yoğun bakım ihtiyacı olan ancak ihtiyaçlarını serviste de karşılayabilecek olan durumu çok kritik olmayan hastalardır.
- Grup 1: Durumlarının kötüye gitme ihtimali olan yakın takiple izlenmesi gereken hastalardır.
- Grup 2: Bir organ ya da sistem yetmezliği mevcut olan hasta, yüksek riskli bir operasyon sonrası dönemdedir. Bu nedenle hasta invaziv olarak desteklenmeli ve yakın takip sürdürülmelidir.
- Grup 3: En az iki organ ya da sistem yetmezliği bulunan hastalardır. Bu tarz hastaların mutlaka yoğun bakımda deneyimli hekim ve sağlık personelleri tarafından izlenmesi gerekmektedir. Bu gruptaki hastalar genellikle yatağa bağımlı, sürekli intravenöz tedavi alan ve 24 saat izlenmesi gereken hastalardır (Tunçay ve Uçar, 2010).

Ciddi hastalıkları olan çok fazla karmaşık müdahaleyle karşı karşıya kalan hasta popülasyonuna hizmet edilen yoğun bakımlar hastanelerin diğer bölümlerine kıyasla yüksek mortalite oranlarına sahiptir. Hastaların yaşları, hastaneye yatış nedenleri, yatış süreleri, mekanik ventilasyon ihtiyaçları ve bu ihtiyacın süresi, enfeksiyon ve laboratuvar bulguları gibi birçok bileşenin yoğun bakımlardaki mortalite üzerine etkisi vardır (Siddiqui, 2015). Doktorlar yoğun bakımlarda bu etkenlerin mortalite üzerine etkisini hesaplayabilmek için skorlama sistemleri (Glaskow, APACHE II vb), laboratuvar bulguları (albümin, laktat, hemogram, elektrolitler vb.) ve bazı görüntüleme yöntemleri kullanmaktadırlar (Li vd., 2017). Bütün bu etkenlerin değerlendirilmesiyle hastaların tedavi ve bakım ihtiyaçları belirlenip yoğun bakımların daha etkin şekilde kullanılmasını sağlanmaktadır (Aydın vd., 2022). Birleşik Devletler’de yoğun bakımlarda ortalama mortalite oranları %8-19 arasında olmakla birlikte ölüm oranları yıllık olarak yaklaşık beş yüz bin hasta olarak raporlanmıştır

(Siddiqui, 2015). Çakır ve arkadaşlarının (2020) 757 hasta ile yaptıkları çalışmaya göre, yoğun bakım mortalite oranı %34,7 olarak bulunmuştur. En yüksek mortalitenin %47,8 oranıyla kardiyovasküler hastalıklar sebebiyle olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çakır vd., 2020). Kömürcü ve arkadaşlarının 2021 yılında 196 hasta üzerinde yapmış oldukları bir çalışmaya göre ise yoğun bakımda pandemi öncesi mortalite oranı %5,3 iken pandemi sonrasında bu oranın %12,9'a yükselmiş olduğu bildirilmiştir (Kömürcü vd., 2021). Bülbül ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (2020), Genel Yoğun Bakım Ünitelerine 1 yıllık süreçte 1186 hastanın kabul edildiğini ve 532 (%44,85)'sinin mortalite ile sonuçlandığını bildirmiştir (Bülbül vd., 2020).

Yoğun bakımlarda mortalite oranlarının yüksek olması, yaşamın sonuna yaklaşan ve durumu gittikçe ağırlaşan hastalar üzerinde yapılan invaziv girişimleri ve monitörizasyon gibi uygulamaları arttırmakta bu da hemşirelerin iş yüklerinin artmasına ve hasta başında geçirdikleri sürede uzamalar meydana gelmesine sebebiyet vermektedir (Ergan vd., 2016).

#### **2.4. Kaliteli Ölüm**

Sağlıkta yaşam kalitesi kadar yaşam sonunda kaliteli bir ölüme ulaşmakta bireyler için büyük önem arz etmektedir. Bu açıdan bireysel çabalar yeterli değildir. Toplumsal politikalar ve sağlık bakım çerçevesinin de iyi yapılandırılmış olması gerekmektedir. Bakıma ulaşılabilirliğin sağlanması, bakımın kalitesinin yükseltilmesi ve toplumsal destekle katılımın sağlanması kaliteli ölüme ulaşımı kolaylaştırıcı yaklaşımlar olacaktır. 2015'te yayımlanmış olan Kaliteli Ölüm İndeksinde 80 ülkeden Birleşik Krallığın %93,9 oranıyla ilk sırada Irak'ın %12,5 oranıyla katileteli ölüm sağlamada son sırada yer aldığı bildirilmiştir. Türkiye ise bu indekste %38,2 oranıyla 47. Sırada bulunmaktadır (The 2015 Quality of Death Index, 2015).

Hasta birey ve ailesinin de vermiş olduğu bilgiler göz önünde bulundurularak multidisipliner sağlık ekibi tarafından kişinin yaşam sonu dönemde olup olmadığı değerlendirilip karara varılmaktadır. Bireyin yaşam sonunda olduğu biliniyorsa tıbbi tanısı, altta yatan diğer hastalıkları ve klinik seyri en doğru şekilde öğrenilip değerlendirilmelidir (Abarshive ark. 2012). Yaşam sonu dönemde olan bireyde; cheyne-strokes solunum, ajitasyon, bilinç bozukluğu, sekresyonlarda artış, deride ekimozlar, iştah kaybı, ilerleyici kilo kaybı ve artan yorgunluk, iletişimde ve

hareketlerde bozulma, sosyal izolasyon gibi değişiklikler gözlenmektedir. Bireyin yaşam sonu dönemde olup olmadığını tanılamaya yönelik semptomlar ve kanıt düzeyleri tablo 2.2’de yer almaktadır (NICE 2015).

**Tablo 2.2: Bireyin Yaşam Sonu Dönem Belirleyicileri ve Kanıt Düzeyleri**

| <b>Mortalite Belirleyicileri (Son 3-7 Gün)</b>        | <b>Klinik Kanıt Düzeyi</b> |
|---|----------------------------|
| Huzursuzluk (Özellikle Akşamları ve Gece)             | Yüksek                     |
| Sosyal İzolasyon                                      | Yüksek                     |
| Hırıltılı Solunumda Artış                             | İlımlı                     |
| Periyodik Olarak Apne Görülmesi                       | İlımlı                     |
| Mandibular Hareketi ile Solunum                       | İlımlı                     |
| Periferel Siyanoz                                     | İlımlı                     |
| Cheyne – Stokes Solunum                               | İlımlı                     |
| Radiyal Arterde Nabızsızlık                           | İlımlı                     |
| Hipotansiyon  | İlımlı                     |
| Taşikardi   | İlımlı                     |
| <b>Mortalite Belirleyicileri (Son 3-7 Gün)</b>        | <b>Klinik Kanıt Düzeyi</b> |
| Yüksek Ateş   | İlımlı                     |
| Pulse Oksimetre ile Satürasyon Ölçülememesi           | İlımlı                     |
| İstirahat Halinde Dispne                              | İlımlı                     |
| Solunum Sayısında Değişim                             | İlımlı                     |
| Solunum Şeklinde Değişim                              | İlımlı                     |
| Balgamda Artış  | İlımlı                     |
| Balgam Atmada Zorlanma                                | İlımlı                     |
| Düşük Oksijen Satürasyonu                             | İlımlı                     |
| Güç ve Sıkıntılı Solunum                              | İlımlı                     |
| Soğuk Ekstremiteler                                   | İlımlı                     |
| Tat Duyusunda Azalma                                  | İlımlı                     |
| İdrar Çıkışında Azalma\ Anüri                         | İlımlı                     |
| Konstipasyon \ Diyare                                 | İlımlı                     |
| İlaç Yutmada Sorun                                    | İlımlı                     |
| Ağız Kuruluęu   | İlımlı                     |
| Herhangi bir sıvı veya Katı Gıda Alamama              | İlımlı                     |
| Yutma Güçlüğü\ Yutamama                               | İlımlı                     |
| Yanakların Çökmesi                                    | İlımlı                     |
| Analjeziye Yanıtta Azalma                             | İlımlı                     |
| Ciltte Ekimoz   | İlımlı                     |
| İşitmede ve Bilgiyi Kavramada Zorluk                  | Düşük                      |
| Yutma Güçlüğü   | Düşük                      |
| İdrar Miktarının Son 2 Saat İçerisinde <100 ml Olması | Düşük                      |
| Sarılık   | Çok Düşük                  |

**Kaynak:** NICE, 2015

Yaşamlarının son saatlerine giren bireylerin tanılanması her zaman kolay olmamaktadır. Ancak prognozun doğru ve gerçekçi tahmini hastanın, ailesinin ve

sağlık profesyonellerinin doğru ve etkin şekilde bakım planlaması yapabilmeleri bakımından önemlidir. LeGrand ve Walsh' ın 2010 yılında yaptıkları bir çalışmaya göre ölümü tanılamada birtakım bariyerlerin mevcut olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bariyerler tablo 2.3'te yer almaktadır.

**Tablo 2.3: Ölümün Tanılanmasında Var Olan Bariyerler**

|  |
|--|
| Gerçekçi olmayan beklentiler           |
| Tanıyı saptamada yetersizlik           |
| Ölümün hızlı olarak gelişeceği korkusu |
| İletişimin yetersiz olması durumu      |
| Tıbbi- hukuksal durumlar               |
| Ölüm sürecini yönetmede yetersizlik    |

**Kaynak:** LeGrand ve Walsh, 2010

Kişiyeye bakım verilirken kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları göz önünde bulundurulup bakım vericilerinin de beklentileri göz önünde bulundurulmalıdır (NICE, 2015).

## 2.5. Yaşam Sonu Bakım

Ölümü konuşabilmek, kabullenebilmek ve hazırlanabilmek, açıkça paylaşmaktan kaçındığımız, korktuğumuz ve dayanamadığımız ürkütücü bir gerçektir. Bireyin ölmek üzere olduğunu bilmek ve bu gerçeği yaşamak, kabullenmeyi ve baş etmeyi daha da güçleştirmektedir. Bilinen tüm tedavi yöntemlerinin işe yaramadığı görüldüğünde, sağlık ekibinin bireye ve aileye gerçeği söyleyebilmeleri ve sorularını yanıtlamaları da kolay değildir. Böylece aile ve birey belirsizlikler içinde, kaygıları ve sezgileriyle baş başa kalmaktadır (Erzincanlı ve Sayın Kasar, 2022). Dünya üzerinde yaşam sonu bakım ihtiyacı olan bireyler göz önünde bulundurulduğunda her yıl 50 milyon kişi bu ihtiyaca ulaşmadan ölmektedir (Paice vd., 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Sonu Palyatif Bakım Küresel Atlasında belirtildiğine göre 2014'te yaşam sonu bakıma ihtiyaç duyulan hastalıklar sebebiyle 30 milyondan fazla kişinin yaşamı son bulmuştur (WHO, 2021). Bu 30 milyon kişiden 20 milyonunun aynı

zamanda yoğun bakım ihtiyaçlarının da mevcudiyeti bildirilmiştir. Yaşam sonu bakım kavramı, Yoğun Bakım Tıbbi Derneği (Society of Critical Care Medicine) tarafından da sürekli gelişim gerektiren, uygulama standartlarında iyileşme kaygıları olan bir kavram olmaya devam etmektedir (Coombs ve Long, 2008).

Yaşam sonu bakım kavramı genellikle terminal dönem, palyatif bakım kavramlarla karıştırılmakta ya da bu kavramların yerine kullanılmaktadır. Bu kavramlar birbirlerinden farklı olmakla beraber bakım yaklaşımı açısından manevi, fiziksel ve sosyal açıdan kişileri rehabilite etme, destekleme ve eğitmeye odaklanmaktadır (Elçigil, 2012; Karbasi vd., 2017). Kapsamlı bir bakım sistemi olan palyatif bakım kronik ve ilerleyişi durdurulamayan hastalıklarda tedavi yöntemlerinin de yetersiz kaldığı durumlarda hastaların ve ailelerinin ihtiyaçlarına cevap veren bir bakım sistemidir (Kabalak vd., 2012). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre palyatif bakım: “yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili sorunla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerinin fiziksel, psikososyal ve manevi/ spiritüel sorunlarının erken tanınması, kusursuz bir şekilde değerlendirilmesi ile yaşam kalitesinin artırılması, ağrı ve diğer sorunların tedavi yoluyla önlenmesi ve hafifletilmesi ile iyileştiren bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır” (WHO, 2020). Aynı zamanda bir bakım felsefesi olan palyatif bakım hastanın tanı almasından itibaren başlayıp hastanın tedavi alıp almadığına bakılmaksızın süren bir süreçtir (Akyol, 2017). Terminal dönem ise yaşamsal açıdan gerekli olan fonksiyonların belli bir süre zarfı içerisinde sonlanmasının beklenildiği dönem olarak tanımlanır (Can vd., 2020). Kişilerin yaşamlarının sürebilmesi için tıbbi müdahalelerin yetersiz kaldığı, ölümün kaçınılmaz olduğu döneme terminal ya da yaşam sonu dönem denilmekte, bu süreçteki semptom yönetimi ve kaliteli bakımı hedef alan bakım sistemine yaşam sonu bakım denilmektedir (Hui vd., 2014). Özet olarak yaşam sonu bakım ve palyatif bakım iç içe geçmiş kavramlar olmakla beraber yaşamın son dönemlerini yaşayan hasta bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen kapsamlı bir bakımı ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle yaşam sonu bakım hastaya tanı konmasıyla başlayıp tıbbi açıdan tedavinin mümkün olmadığı durumlarda hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin arttırılmasını amaçlayan ölüm sonrası yas sürecinde de aileye destek sağlayan palyatif bakımın bir felsefesidir (ICSI, 2013; WHO, 2021).

Yaşam sonu bakım hakkında literatürde kesin bir tanım olmamakla beraber genelde son haftalar, son günler ve son saatlerde verilen bakım olarak tanımlanmaktadır

(Giersbergen ve Geçit, 2017). Bir başka tanıma göre yaşam sonu bakım: “Hastanın ve ailenin istekleriyle klinik, kültürel ve etik standartların birleştirilerek, tutarlı bir mantıkla ağrı ve acı çekmeksizin ölüm olarak adlandırılan iyi ölümü kolaylaştırma yaklaşımıdır” (Yurtsever, 2013). WHO ise yaşam sonu bakım kavramını, “kişilerin yaşamlarını tehdit eden hastalıkla beraber gün yüzüne çıkan, hastanın ve ailesinin yaşam kalitesini iyileştiren, psikolojik, fiziksel ve ağrı ihtiyaçlarının giderildiği yaşamın son günlerinde yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlayıp ıstırapı hafifleten bir bakım yaklaşımı” olarak tanımlamıştır (WHO, 2021).

“İngiltere Ulusal Sağlık ve Kaliteli Bakım Enstitüsü” (National Institute For Health And Care Excellence- NICE) yaşam sonundaki yetişkin kişilerin bakımları açısından kanıta dayalı rehberlerden biridir. 16 Aralık 2015 yılında yayımlanan rehberde göre hasta ve bakım verici kişiler arasında saygılı iletişim, huzur ve konforun sağlanabilmesi ve komplikasyonlara sebep olmadan yeterli sıvı replasmanı sağlanarak yaşam sonu bakım sürecinin geliştirilmesi konusundan bahsedilmiştir (NICE, 2015). Yaşam sonu bakımda amaç, hastanın ve ailenin yaşam kalitesini arttırmak ve iyi ölümü sağlayabilmektir. Yaşam sonu bakım hastanın ağrı durumu ve diğer semptomlarının hafifletilmesini ya da ortadan kaldırılmasını sağlayıp hem psikolojik hem manevi destek verilerek, karşı karşıya olduğu ölüm beklentisine rağmen aktif bir yaşam sürdürebilmesi, yakınlarının eğitilmesi ve desteklenmesini içermektedir. Bu süreçte kişinin çok yönlü, saygın ve kaliteli bir bakım alması doğal ve insani bir hakkıdır ve iyi bir bakım sağlamak tedaviden daha ön plandadır (Sucaklı, 2013). Yaşam sonu bakımın en iyi şekilde verilebilmesi için 2012 yılında National Health Service tarafından bazı temel prensipler belirlenmiştir. Bu prensipler tablo 2.4’te belirtilmiştir.

**Tablo 2.4: Yaşam Sonu Bakımda Temel Prensipler**

|  |
|--|
| Yaşam sonundaki bireye yüksek kalitede bakım verilmesi                                 |
| Ölmek üzere olan bireylerin ölüm yeri tercihlerinin dikkate alınması                   |
| Aile ve yakınlarının sürece katılımlarının sağlanması                                  |
| Bakım verenlerin hasta konforuna özen göstermesi ve saygıya dayanan bir ilişki kurması |
| Hasta bakımına katılımında bulunan tüm kurumlar ile ilişkinin sağlanması               |

**Kaynak:** <http://www.wsh.nhs.uk/AboutUs/TrustPublications/docs/Strategic/End-of-Life-Care-Strategy.pdf>

Yaşam sonu bakımda hem direkt karar verici hem destekleyici bakım üyeleri mevcuttur. Bu sürece dahil olan ekip üyeleri şöyle sıralanabilir: tıbbi bakım uzmanları, cerrah, hemşire ve sosyal hizmet uzmanları, hasta hakları savunucuları ve din görevlileri. Tedavi ekibi olan doktor ve hemşireler hastanın bakımı konusuna daha çok dahil olurken diğer üyeler hastayı psikolojik ve sosyal açıdan desteklemektedirler (Schellinger vd., 2016). Yaşam sonu bakım ekip üyelerinin bu süreci yönetebilmek için belli yetkinliklere sahip olması gerekmektedir. Bu yetkinlikler: iletişim becerileri, semptom yönetimi, bakım planlama ve değerlendirme, kapsamlı bilgi, konfor ve iyiliğin sağlanması gibi maddeleri içermektedir (Skills for Care & Skills for Health, 2014).

Profesyonel sağlık çalışanları etkili bir iletişim kullanarak yaşam sonundaki hastaların mevcut algı düzeylerini ve anlama kapasitelerini anlayıp onların da kendi bakımlarına katılımlarını sağlayabilmelidir. Etkili bir iletişimle bireyin son günlerinde ne gibi ihtiyaçları ve beklentileri olduğu belirlenebilmektedir. Hasta bakımına yakınlarının da katılımını talep edilmelidir (Seymour, 2010). Kişinin bilişsel durumu, varsa lisan problemleri gibi iletişim sorunları tespit edilmelidir. Bireyin tedavisi ve bakımı hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğu ve ne kadarına sahip olmak istediği belirlenmelidir. Bireyin sosyal, kültürel, ruhsal ihtiyaç ve tercihleri öğrenilmeli ve bunlara saygı duyulmalıdır. Yaşam sonundaki bireyin prognozunu açıkça anlatılması açısından en uygun profesyonel ekip üyesi belirlenmeli ve belirlenen kişide yetkinlik, güven ve kişiler arası uyum yeteneği aranmalıdır (NICE, 2015). Yaşam sonu dönemdeki bireylerin kendilerine verilecek olan tedavi ve bakımı tercih etme ve

reddetme hakları vardır. Bakım, tedavi ve prognoz durumlarının gizli tutulması ve kişinin izni dışında paylaşılması da sürecin önemli bir parçasıdır. Multidisipliner ekip üyeleri yaşam sonundaki bireylerin tedavi ve bakımları hakkında ortak kararlar almalı, uygulamalı ve tüm bunları kayıt altına alıp belgelendirmelidirler (Boot ve Wilson, 2014).

Yaşam sonu dönem hasta birey için olduğu kadar yakınları ve bakım verici sağlık profesyonelleri açısından da güç bir süreçtir. Her an hasta kaybedilebilir endişesi hakimdir. Bu nedenle özellikle hasta yakınları, hastayı yalnız bırakmak istememekte ve ellerinden geleni yapmaya özen göstermektedirler. Bu süreçte hastada olabilecek değişiklikler ve genel süreç hakkında hasta yakınları bilgilendirilmezse hasta kaybı korkusuna bilinmezlik korkusu da eklenecektir. Bu süreçte hasta ailesi durum ciddileşmeden yaşanabilecekler hakkında detaylı olarak bilgilendirilmelidir. Böylelikle bilgilendirilmiş hasta yakınları son ana kadar hastalarını destekleyecek ve sağlık profesyonelleriyle daha kolay iş birliği içerisine gireceklerdir (Olgun, 2014).

Hastanın bakımına karar verilirken şu hususlar göz önünde bulundurulmalıdır:

\*Olabilmişince şeffaflık

\*Kişilerin deneyimleri, tedaviyi kabul ya da red kararları, sağlığı ve konforu için gerekirse yasal açıdan haklarını öğrenebileceği avukat gibi kişilerle görüştürülmesi

\*Hastanın istek ve beklentileri

\*Kişisel, ruhsal, dinsel, kültürel tercihleri (NICE, 2015).

Kişinin bakımı için önemli ve gerekli olan her şey bu dönemde daha hızlı temin edilmeli, multidisipliner ekip tarafından kişi bazlı bakım planlamalı ve uygulamalıdır (NICE, 2015). Ekip bakımı planlayıp hasta ve ailesiyle fikir alışverişi yapmalıdır. Yaşam sonundaki birey için öncelikli olan şeyleri belirlemelidir. Anlaşılır olmayan kısımları nedenleriyle ve önem derecesini belirterek açıklamalıdır. Planlanan bakım deneyimli olan sağlık üyesi tarafından onaylanmalı şüpheye düşülen durumlarda uzman kişilerden destek alınmalıdır (Fields vd., 2013).

## 2.6. Yaşam Sonu Bakımda Yoğun Bakım Hemşirelerinin Rolü

Ölüm olayı 20. yüzyılın ortalarından itibaren genellikle hastane ortamlarında gerçekleşmiş ve sağlık profesyonelleri bu durumla en sık karşı karşıya kalan grup olmuşlardır. Bu grup içerisinde ise hemşireler ölümle en sık karşı karşıya kalan sağlık profesyonelleridir (Losa Iglesias vd., 2013). Hemşireler yaşam sonundaki bireye en az yirmi dört saatte bir bakım planı düzenlemeli hastadaki değişiklikleri kaydedip izlemelidir. Mesleki tecrübesi az olan hemşireler bu süreçte bireylerin belirsiz klinik durumlarında daha deneyimli hemşirelerden yardım isteyerek süreci yönetmelidir (Abarshive ve Echteld., 2012).

Bakım hemşireliğin kalbidir. Bakım kavramı birçok kuramcı, felsefeci ve bilim insanı tarafından farklı yaklaşımlarla tanımlanmaya çalışılmıştır. Kierkegaard'dan aktarıldığına göre “insanı çok yönlü şekilde ele alabilmek, onun özgünlüğünü ve temellerini tam olarak anlayabilmek için bakım kavramını anlamak anahtar niteliğindedir” (Boz ve Kol, 2020). Levinas'a göre bakım “kişilerin ihtiyacı olan evrensel bir durum ve muhtaç kişiye karşı kaçınılamayacak vicdani ve ahlaki bir sorumluluk durumudur” (Lavoie vd., 2006). Hemşirelik adına çok önemli olan bakım kavramını birçok hemşirelik kuramcısı tanımlamış ve açıklamaya çalışmıştır. Bu kuramcılar içerisinde Jean Watson, bakım kavramını bir bilimdir diye tanılamış bu sebeple öne çıkmıştır. Watson açısından “profesyonel hemşireliğin göstergesi ve özü bakımdır”. Watson “bakım ruhun, beden ve aklın uyumudur. Kişilerarası karşılıklı etkileşimin olduğu bir süreçtir” olarak tanımlamıştır (Watson, 2018). Bakım kavramı kişilerin yalnızca fiziksel değil sosyal ve psikolojik açıdan da sorunlarına karşılık bulmalarını içeren çok yönlü bir kavramdır (Baykara, 2014). Bakım, hasta birey için sağlığına tekrar kavuşma, hemşire için ise hastanın fiziksel, psikolojik ve ruhsal sorunlarına çözüm getirmeyi sağlayan bir süreçtir (Uzelli Yılmaz, 2017). Bakım rolü hem geniş kapsamlı olması hem de hemşirelerin bağımsız rollerinden olması açısından büyük önem arz etmektedir. Hemşireler bakım verici rollerini klinik tecrübeler ve almış oldukları eğitimler ışığında yürütmektedirler. Zaman ve iş gücü kaybının minimum düzeye inmesi bu rolün etkin ve kaliteli şekilde yerine getirilmesiyle mümkün kılınabilmektedir (Koçak vd., 2014; Gökşin ve Erzincanlı, 2020).

Yaşam sonundaki hasta ve hasta ailesinin bakımında merkezi bir rol oynayan hemşireler hastaları bu süreçte hem fiziksel hem psikososyal yönden destekleyen en

önemli sağlık ekibi üyeleridir (Kisorio ve Langley, 2016). Hemşirenin bu dönemde hastaya destek olabilmesi için hastanın duygusal, fiziksel ve sosyal gereksinimlerin karşılayabilecek düzeyde bilgi, beceri ve anlayışa sahip olması hastayı ve ailesini iyi anlayıp, tanınması gereklidir (Fadıloğlu ve Aksu, 2013; Olgun, 2014). Hemşireler, hasta ve yakınlarıyla teröpatik bağ kurmalı, ölümün ve yaşamın hayatın bir parçası olduğunu kabul etmeli, hasta ve aile bireylerini bu yönde desteklemelidir. Hemşireler semptomların yönetiminde kanıta dayalı uygulamaları kullanmalıdır. Aileyi, hastayı ve kendisini bir bütün olarak kabul etmeli ve bunu korumalıdır (Filiz ve Dikmen, 2017).

Yaşam sonu bakım sürecinde yaşamın sonundaki hastaya bakım veren hemşireler hem hastayla hem aile ile hem de süreçle başa çıkmada sık sık kendilerini rahatsız hissetmektedirler (Gross, 2006). Hemşireler ölüm oranlarının diğer alanlara oranla daha sık yaşandığı yoğun bakım ünitelerinde yaşam sonu bakım verirken bazı engellerle karşılaştıkları gibi bakım sürecini destekleyici bazı durumlarla da karşılaşmaktadırlar (Erzincanlı ve Sayın Kasar, 2022). Amerika’ da 2010 yılında 180 hemşire ile yapılmış olan bir çalışmaya göre, süreci kabullenemeyen hasta yakınları, hasta isteklerini göz önünde bulundurmeyen aile üyeleri, hayat kurtarıcı önlemler konusunda yetersiz bilgi sahibi olunması, yoğun bakım mekân tasarımlarının uygunsuz olması ve mahremiyet açısından yetersiz oluşu hemşirelerin yaşam sonu bakım verirken karşılaştıkları engeller olarak belirtilmiştir (Crump vd., 2010). Amerika’da 2012 yılında hemşire ve doktorlar üzerinde yapılan bir çalışmaya göre hemşirelerin yaşam sonu bakım verirken bakımın kalitesini engelleyen davranışlar olarak hastaların farklı ırklardan olmasından kaynaklı lisan problemleri nedeniyle etkili bir iletişim sağlanamaması, hastaların kendilerini ifade ederken eğitimsizlikten kaynaklı yetersiz ifadeleri, hastaların ölüme ilişkin farklı kültürel inanç ve inanışlarının olması, doktorların tedavi hususunda net olamamaları gibi nedenlere ulaşılmıştır (Friedenberg vd., 2012). 2013 yılında 70 hemşire üzerinde Mısır’da yapılan bir çalışmaya göre, yaşam sonu bakım verirken hemşirelerin karşılaştıkları engeller; yoğun bakımların uygunsuz tasarımları, bilgi yetersizliklerinden dolayı sürekli üniteyi telefon ile arayıp hemşireleri meşgul eden hasta yakınları, hasta yakınlarının zamansız ziyaretleri, hemşirelerin yaşam sonu bakımdaki bilgi yetersizlikleri, doktorların tedavi konusunda ortak karar verememeleri, hemşirelerin bakımdaki fikirlerinin dikkate alınmaması, hemşirelerin ağır iş yükleri olarak

belirtilmiştir (Attia vd., 2013). Yine 2013 yılında gerçekleştirilen bir çalışmaya göre, 14 lisansüstü hemşire, hemşirelik öğrencilerinin yaşam sonu bakımı tıbbi ve fiziksel açıdan verdiğini ancak hastanın ihtiyaçlarına tam olarak hitap edemediklerini ve müfredatta bu konuda büyük yetersizliklerin bulunduğunu aynı zamanda çalışılan kurumlarda hemşirelere sürekli yaşam sonu bakım eğitimi verilmediğinden bu konuda bakım vericilerin yetersiz kaldığını bunun da yaşam sonu bakım verme önünde önemli engeller oluşturduğunu belirtmişlerdir (King ve Thomas, 2013). Hong Kong’ da 2020 yılında 175 yoğun bakım hemşiresi üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, yaşam sonu bakım verme önündeki en büyük engeller; bakım sunucuların iş yüklerinin fazla olması, uygunsuz tasarımda olan yoğun bakım üniteleri, hemşirelerin bu konudaki bilgi eksiklikleri ve ailelerin hastalarının gidişatları hakkındaki yüksek umutları olarak belirtilmiştir (Chan vd., 2020).

### **2.6.1. Yaşam Sonu Bakımda Semptom Yönetimi**

Yaşam sonu bakımda hasta bireyle en fazla vakit geçiren ekip üyelerinden olan hemşirelerin sorumlulukları oldukça büyüktür. Kültüre yönelik bakım verilmeli, ağrı semptomları iyi yönetilmeli, bu süreci yaşayan hasta ve ailesi iyi yönlendirilmeli, etik karar verme süreçleri en iyi şekilde yönetilmelidir (Hebert vd., 2011). Hastalık durumu ilerledikçe hastada görülen semptomlarda azalma ya da artma görülmekte ya da yeni semptomlar meydana gelebilmektedir. Bu semptomların belirlenip hastaya daha konforlu bir süreç geçirmesini sağlayabilmek amacıyla hasta daha sık aralıklarla değerlendirilmelidir (Heidrich, 2007; LeGrand ve Walsh, 2010). Yaşam sonu dönemde olan hastalarda görülen semptomlar tablo 2.5’te yer almaktadır (Heidrich, 2008).

**Tablo 2.5: Yaşam Sonundaki Hastalarda Görülen Semptomlar**

|                       |
|-----------------------|
| Yorgunluk             |
| Ağrı                  |
| Dispne                |
| Depresyon             |
| Anksiyete             |
| Konfüzyon             |
| Bulantı ve/veya kusma |

**Kaynak:** Heidrich, 2008

Sağlıklı kişilerde yorgunluk fiziksel ve mental stres durumlarında koruyucu bir yanıt iken kronik hastalıklara sahip bireylerde hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyen yıkıcı bir semptom olarak karşımıza çıkmaktadır (Morrow vd., 2005). Bu yorgunluğun gelişmesine sebebiyet veren yaşam sonundaki hastalarda düzenli olarak kullanılan sedatif etkili opioidler, benzodiazepinler, antidepresanlar, antikonvülsanlar olabilmektedir (Radbruch vd., 2008). Yaşam sonu dönemde bireyin ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemler düşünülmeden önce non-farmakolojik yöntemler düşünülmelidir. Ağrının varlığı öğrenildiği anda hızlı ve etkili şekilde ağrı yönetimi sağlanmalıdır. Ağrıya sebep olan ve olabilecek olan asıl neden tespit edilip, ağrı seviyesi değerlendirilmeli ve mevcut tüm nedenler değerlendirilmelidir (NICE, 2006). Yaşam sonundaki bireyin ağrısının olduğu yer, şiddeti, sıklığı, süresi belirlenip veriler ışığında ağrı yönetim ilkeleri uygulanmalıdır. Bazı hastaların demans, öğrenme güçlüğü gibi durumları mevcut ise kişilerin ağrı durumlarını açıklamaları mümkün olmayacağından davranışsal ağrı değerlendirme yöntemi kullanılmalıdır (NICE, 2015). Ağrıyı azaltmak için kullanılan opioid gibi ilaçların hastada en az komplikasyona sebep olması açısından doğru dozda tedavi uygulamak esastır (Olgun, 2014). Hasta solunumsal açıdan izlenip değerlendirilmelidir. Solunumsal açıdan bir problemle karşılaşılması halinde rutin olarak kullanılan oksijen destek tedavisine başlanmamalı, hastada hipoksemiden şüphelenilmesi durumunda başlanmalıdır. Farmakolojik tedaviyi seyreden on iki saat içerisinde sekresyon sorunları devam ederse ilaçların yeniden düzenlenmesi, değiştirilmesi ya da durdurulması yöntemlerine

başvurulmalıdır (Matsunuma vd., 2014). Yaşam sonu dönemdeki hasta ve aile ile ajitasyon ve anksiyeteye neden olan ya da olabilecek durumlar konuşulmalıdır. Zaman zaman idrar kaçırma, defekasyonun istemsiz yapılması gibi durumlarında hastada izole olma isteği uyandıracığı da düşünülmelidir. Kişide deliryum, anksiyete ve ajitasyon gibi bir durum gelişirse öncelikli olarak non farmakolojik yöntemlerin kullanılması gerektiği unutulmamalıdır (NICE, 2006; NICE, 2010). Kişide bu durumların oluşmasına sebebiyet verebilecek hiponatremi gibi elektrolit bozuklukları da sağlık ekibi tarafından takip edilmeli eksik olan elektrolitler yerine konulmaya çalışılmalıdır. Benzodiazepin ya da order edilmeleri durumunda antipsikotik ilaç kullanılmalıdır (NICE, 2010). Antipsikotik ilaçların yan etkileri gelişirse kişi sedasyona yanıt vermezse ya da deliryum açısından şüpheye düşülüyorsa psikiyatriye danışılıp süreç planlanmalı, gözlemlenmeli, değerlendirilip kayıt altına alınmalıdır (Candy vd., 2012). Yaşam sonundaki bireyde oluşan bulantı ve kusmanın birçok farklı nedeni olabilmektedir: bazı ilaçların kullanımı, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedaviler, intrakranial basınçta artış olması, GİS motilite bozuklukları, biyolojik veya kimyasal etmenlere mağruziyet, ileus vb. Hasta ile bulantı kusmanın nedenleri ve uygulanacak yaklaşım hakkında konuşulmalıdır. Tedavi yaklaşımında önce non-farmakolojik yöntemler denenmelidir (dikkati başka yöne çekme, gevşeme yöntemleri, derin solunum egzersizleri gibi). Non-farmakolojik olarak tedavi edilemeyen hastalarda kullanılacak olan farmakolojik tedavinin olası yan etkileri bilinmeli ve hastada oluşturacağı tepki yakinen izlenip kaydedilmelidir. Ayrıca uygulanan tedavinin diğer farmostatik tedavilerle etkileşimi olup olmadığı da değerlendirilmelidir (Wilson vd., 2015). Bu semptomların yanında hastalarda aşırı bitkinlik, bilinç durumunda azalma, dolaşım bozukluğu (solukluk, soğukluk), inkontinans, idrar retansiyonu, solunumda değişiklikler (taşipne, dispne vb.), duyuşsal algıda bozulma, görmede azalma gibi durumlarda meydana gelebilmektedir (Bicanovsky, 2009).

Sonuç olarak yaşam sonu dönemde bakım ihtiyaçları ve öncelikleri kişiye göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bu süreçte kişiyi desteklemek, acı çekmesini önlemek, fonksiyonelliğini devam ettirmesini sağlayarak yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak esastır. Kişi ve ailesiyle saygı çerçevesinde iletişime geçilerek bakım sürecine katılımları sağlanıp oluşabilecek yan etkilerin en az düzeye indirilmesi

hedeflenerek kanıt temelli yaklaşımla kişinin konfor alanı ve onuru korunarak bakım sağlanmaya çalışılmalıdır (Erel, 2008).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin yaşam sonu bakımda algıladıkları engeller ve destekleyici davranışlarının incelenmesi amacıyla yapıldı.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde bulunan dört kamu hastanesinin (“T.C. Sağlık Bakanlığı Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bahçelievler Devlet Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi”) yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler ile 1 Eylül – 21 Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapılacağı kurumda yoğun bakım ünitelerinde çalışan 310 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip dahil edilme kriterlerine uyan 201 (%64 katılım) hemşire ile veri toplama işlemi gerçekleştirildi. Mevcut örneklem sayısı için GPower 3.1 programında çalışmanın güç analizi hesaplandı. Bu çalışmanın sonucunda %95 güç ve 0,05 hata payı ile 0,25 etki büyüklüğü elde edildi.

##### 3.3.1. Dahil edilme kriterleri;

- i. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
- ii. Yoğun bakım ünitesinde en az 6 ay çalışıyor olma

### **3.4. Veri toplama araçları**

Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu (Ek 1) ve Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği (Ek 2) ile toplandı.

#### **3.4.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmaya katılan hemşireleri tanımlamak için araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki özellikleri (meslekte toplam çalışma süresi, birimdeki çalışma süresi, çalışma şekli) ve yaşam sonu bakım ile ilgili on beş soru yer almaktadır.

#### **3.4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği**

Ölçek yoğun bakım hemşirelerinin hem hastalara hem de ailelerine yaşam sonu bakımı sağlamada karşılaştıkları engeller ve destekleyici davranışların yoğunluğunu ve sıklığını ölçek için Beckstrand ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akyol ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır. 53 maddeli ölçek engeller ve destekleyici davranışlar olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır.

Engeller boyutu; yirmi dokuz sorudan oluşmaktadır. Engeller boyutu maddelerinin yoğunluk, sıklık ve algılanan yoğunluk puanları hesaplanmaktadır. Engeller boyutunun her bir maddesi için sıklık ve yoğunluk puanları ayrı ayrı 6'lı likert yöntemi ile değerlendirilmektedir. Engeller boyutu maddelerinin yoğunluğunun değerlendirilmesi "hiçbir engel yok=0", "çok az engel var=1", "az engel var=2", "orta derecede engel var=3", "fazla engel var=4", "çok fazla engel var=5" şeklinde likert tipinde yanıtlanır. Ayrıca engeller boyutu maddelerinin sıklık değerlendirilmesi ise; "asla=0", "hemen hemen hiç=1", "bazen=2", "oldukça sık=3", "çok sık=4", "her zaman=5"tir. Elde edilen veriler ile; engeller boyutu maddelerinin en sık ve yoğun olanı belirlemek için algılanan yoğunluk puanı (PIS= yoğunluk puan ortalaması × sıklık puan ortalaması) hesaplanmaktadır. Engeller boyutu maddelerinden toplam bir puan elde edilmektedir.

Destekleyici davranışlar boyutu; yirmi dört maddeden oluşmaktadır. Destekleyici davranışlar boyutu maddelerinin yoğunluk, sıklık ve algılanan destekleyici davranışlar puanları hesaplanmaktadır. Destekleyici davranışlar boyutunun her bir maddesi için sıklık ve yoğunluk puanları ayrı ayrı 6'lı likert yöntemi ile değerlendirilmektedir. Destekleyici davranışlar boyutu maddelerinin yoğunluğunun değerlendirilmesi “hiç desteklemiyorum=0”, “çok az destekliyorum=1”, “az destekliyorum=2”, “orta derecede destekliyorum=3”, “fazla destekliyorum=4”, “çok fazla destekliyorum=5” şeklinde likert tipinde yanıtlanır. Ayrıca destekleyici davranışlar boyutu maddelerinin sıklık değerlendirilmesi ise “asla=0”, “hemen hemen hiç=1”, “bazen=2”, “oldukça sık=3”, “çok sık=4”, “her zaman=5”tir. Elde edilen veriler ile; destekleyici davranışlar boyutu maddelerinin en destekleyici ve sık olanı belirlemek için algılanan destekleyici davranışlar puanı (PSBS= yoğunluk puan ortalaması × sıklık puan ortalaması) hesaplanmaktadır. Destekleyici davranışlar boyutu maddelerinden toplam bir puan elde edilmektedir. PIS puanına göre yüksek puanlı üç madde engelleyici davranış, PSBS puanına göre yüksek puanlı üç madde destekleyici davranış olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa Değeri “Engeller Boyutu” 0,85 ve “Destekleyici Davranışlar Boyutu” 0,83 olarak bulunmuştur (Akyol vd., 2017). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa Değeri “Engeller Boyutu” 0,90 ve “Destekleyici Davranışlar Boyutu” 0,85 olarak saptanmıştır.

### 3.5. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişkenler:** Yaşam sonu bakımında algılanılan engeller ve destekleyici davranışlar düzeyi

**Bağımsız değişkenler:** Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve yoğun bakım ile ilgili sorular

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonunda ulaşılan bulguların değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 25 paket programında yapıldı. Değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler yüzdeler, sayı, aritmetik standart sapma ve ortalama olarak verildi. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirildi.

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmayı yapılabilmek için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan (28.05.2021 tarih ve 2021/05 sayı) onay alındı. İlgili hastanelerden çalışma yapılmasına ilişkin İl Sağlık Müdürlüğünden (18.08.2021 tarih ve E-15916306-604.01.02- 7125 sayı) kurum izni alındı. Örneklem kapsamına alınan her bir hemşireye araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izin alındı. Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'nin etik standartlarına uygun olarak gerçekleştirildi. Gönüllü katılımcılar çalışmaya dahil edildi ve kişisel kimlik bilgileri gizli tutuldu.

### **3.8. Araştırmanın Sırlılıkları**

Çalışmanın sonuçları çalışmaya dahil edilen bireyler için geçerlidir bu nedenle tüm yoğun bakım hemşirelerine genellenemez. Verilerin güvenilirliği araştırmaya katılan tüm yoğun bakım hemşirelerinin vermiş oldukları yanıtların doğruluğu ile sınırlıdır

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri ile Yaşam Sonu Bakım Verme Durumlarının Dağılımı

Hemşirelerin yaş ortalaması 27,55±3,91 yıl, yoğun bakımda çalışma süresi ortalama 38,94±32,81 ay, meslekte çalışma süresi ortalama 54,09±46,01 ay olup günlük bakılan hasta sayısı ortalama 2,87±1,36 bulunmuştur. Hemşirelerin, %66,2'si kadın, %75,1'i bekar ve %81,5'i lisans mezunudur. Hemşirelerin, %83,1'i gündüz ve nöbet şeklinde çalışmakta, %79,2'si dahili yoğun bakım ünitesinde çalışmakta, %40,5'i yapılan işten kısmen memnundur. (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n:201)**

| Özellikler                        | Ort±Ss                             | Min-Max (Median) |      |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------|------|
| Yaş                               | 27.55±3.91                         | 20-45 (27)       |      |
| Yoğun Bakımda Çalışma Süresi (Ay) | 38.94±32.81                        | 6-180 (36)       |      |
| Meslekte Çalışma Süresi (Ay)      | 54.09±46.01                        | 6-324 (48)       |      |
| Günlük Hasta Sayısı               | 2.87±1.36                          | 1-15 (3)         |      |
|                                   | n                                  | %                |      |
| Cinsiyet                          | <b>Kadın</b>                       | 133              | 66.2 |
|                                   | <b>Erkek</b>                       | 68               | 33.8 |
| Medeni Durum                      | <b>Bekar</b>                       | 151              | 75.1 |
|                                   | <b>Evli</b>                        | 50               | 24.9 |
| Eğitim Durumu                     | <b>Lise</b>                        | 11               | 5.5  |
|                                   | <b>Ön lisans</b>                   | 8                | 4.0  |
|                                   | <b>Lisans</b>                      | 164              | 81.5 |
|                                   | <b>Lisansüstü</b>                  | 18               | 9.0  |
| Çalışma Durumu                    | <b>Sürekli Gündüz</b>              | 13               | 6.5  |
|                                   | <b>Sürekli Gece</b>                | 21               | 10.4 |
|                                   | <b>Gündüz ve Nöbet</b>             | 167              | 83.1 |
| Çalışılan Birim                   | <b>Dahili Yoğun Bakım Ünitesi</b>  | 156              | 79.2 |
|                                   | <b>Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi</b> | 41               | 20.8 |
| Yapılan İşten Memnun Olma Durumu  | <b>Evet</b>                        | 75               | 37.5 |
|                                   | <b>Hayır</b>                       | 44               | 22.0 |
|                                   | <b>Kısmen</b>                      | 81               | 40.5 |

Hemşirelerin, %91'i terminal dönemde hastaya bakım vermiş, %56,2'sinin terminal dönemde hastası olmuş, %32,3'ü terminal dönemde olan yakınına bakım vermiş, %44,8'i ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşamış, ölmekte olan hastaya bakım verirken en çok üzüntü (%62,2), çaresizlik (%37,8) ve acı (%32,8) duygusunu yaşamıştır (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Verme Durumlarının Dağılımı (n:201)**

| Özellikler  |            | N   | %    |
|---|------------|-----|------|
| Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Verme Durumu   | Evet       | 182 | 91.0 |
|   | Hayır      | 18  | 9.0  |
| Terminal Dönemde Yakın Olma Durumu  | Evet       | 113 | 56.2 |
|   | Hayır      | 88  | 43.8 |
| Terminal Dönemde Yakınına Bakım Verme Durumu  | Evet       | 65  | 32.3 |
|   | Hayır      | 136 | 67.7 |
| Ölmekte olan Hastanın Fiziksel Bakımını Vermekte ve Hastanıza Dokunmakta Zorluk Yaşama Durumu | Evet       | 90  | 44.8 |
|   | Hayır      | 111 | 55.2 |
| Ölmekte olan Hastaya Bakım Verirken Hissedilen Duygu*   | Öfke       | 9   | 4.5  |
|   | Üzüntü     | 125 | 62.2 |
|   | Çaresizlik | 76  | 37.8 |
|   | Korku      | 21  | 10.4 |
|   | Acı        | 66  | 32.8 |
|   | Hissetmeme | 51  | 25.4 |

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

#### 4.2. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Ölçüm Ortalamaları

Yoğun Bakım Hemşirelerinin “Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği” ölçüm ortalamaları tablo 4,3'te verilmiştir. Algılanan Engeller Davranışlar (PIS) puan ortalaması 5,88±2,43; Algılanan Destekleyici Davranışlar (PSBS) puan ortalaması 4,71±2,83 bulunmuştur (Tablo 4.3.).

**Tablo 4.3: Hemşirelerin Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Ölçüm Ortalamaları (n: 201)**

| Değişkenler                               | Ort±Ss    | Min-Max (Median)  |
|---|-----------|-------------------|
| <b>Algılanan Engeller Davranışlar</b>     | 5.88±2.43 | 0.21-14.65 (5.28) |
| <b>Algılanan Destekleyici Davranışlar</b> | 4.71±2.83 | 0-17.36 (3.86)    |

### 4.3. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği Ölçüm Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Tablo 4.4'te “yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engeller” yoğunluk ortalaması ve sıklık ortalamasının çarpımı ile elde edilen PIS puanı yer almaktadır. Maddelerin PIS yoğunluk puan ortalamaları 1,34±1,52 ile 3,24±1,78 arasında değişmektedir. Ölçeğin “Engeller Alt Boyutunda PIS Yoğunluğunda” en yüksek ortalamayı “Aile üyelerinden isteyen istediği zaman ziyarete gelebilir” (3,24±1,78) maddesinden, en düşük ortalamayı ise “Hemşire kötü prognozu aileden önce öğrenir” (1,34±1,52) maddesinden aldığı görülmüştür. PIS sıklık puan ortalamaları ise 1,16±1,24 ile 4,02±1,07 arasında değişmektedir. PIS sıklığında en yüksek ortalamayı “Hemşire kötü prognozu aileden önce öğrenir” (4,02±1,07) maddesi, en düşük ortalamayı ise “Aile üyelerinden isteyen istediği zaman ziyarete gelebilir” (1,16±1,24) maddesinin aldığı belirlenmiştir. PIS puanı 8,35 ile 3,75 arasında değişmektedir. En yüksek puana sahip 3 madde; “Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez” (PIS=8,35), “Aile ziyaret saatleri oldukça kısıtlayıcıdır” (PIS=8,01) ve “Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlıdır” (PIS=7,44) olarak saptanmıştır. Bu üç madde yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engelleyici davranışlar olarak belirlenmiştir. Ölçeğin “Engeller Alt Boyutunda” en düşük puana sahip PIS maddeleri “Hemşire ailenin yas sürecinde ve yaşam sonu bakımın kaliteli verilmesi konusunda eğitilmiş değildir” (PIS=3,75), “Aile üyelerinden isteyen istediği zaman ziyarete gelebilir” (PIS=3,77) ve “Hastanın bakımı konusunda hemşirenin fikirlerine önem verilmez” (PIS=4,42) olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4: Engeller İçin Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Engelleyici Davranış Puanları (n=201)**

| Engelleyici Davranışlar   | Yoğunluk  |                  | Sıklık    |                  | PIS         |
|---|-----------|------------------|-----------|------------------|-------------|
|   | Ort±Ss    | Min-Max (Median) | Ort±Ss    | Min-Max (Median) |             |
| 1. Aile hastası ile bilgi edinebilmek için belirlenmiş olan irtibat kişisi ile değil de sürekli olarak hemşiresi ile iletişim kurar.                        | 1.73±1.29 | 0-5 (2)          | 3.27±1.02 | 0-5 (3)          | 5.65        |
| 2. Aile yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmez   | 2.22±1.47 | 0-5 (2)          | 3.19±1.03 | 0-5 (3)          | 7.09        |
| 3. Hekimlerin bir hastanın yaşam sonu bakımı konusundaki görüşleri farklıdır.   | 1.97±1.41 | 0-5 (2)          | 2.85±1.17 | 0-5 (3)          | 5.62        |
| 34. Hekimler aileden uzak durur.  | 2.2±1.25  | 0-5 (2)          | 2.38±1.06 | 0-5 (2)          | 5.25        |
| 5. Hemşire yaşam sonu bakım kalitesini sağlayacak olan hayat kurtarıcı önlemleri uygulamayacak kadar meşguldür.   | 1.77±1.65 | 0-5 (1)          | 2.6±1.55  | 0-5 (3)          | 4.6         |
| 6. Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez.  | 2.44±1.64 | 0-5 (2)          | 3.42±1.07 | 0-5 (4)          | <b>8.35</b> |
| 7. Hemşire öfkeli aile üyeleriyle ilgilenmek zorundadır.  | 2.18±1.45 | 0-5 (2)          | 2.83±1.32 | 0-5 (3)          | 6.15        |
| 8. Hemşire perişan durumdaki aile üyeleri ile hastanın bakımını sürdürürken bile ilgilenmek zorundadır.   | 2.14±1.49 | 0-5 (2)          | 2.73±1.35 | 0-5 (3)          | 5.85        |
| 9. Hemşire sedasyon ya da nörolojik sistemin baskılanması nedeni ile hastanın tedavi ile ilgili isteklerini öğrenmek için hasta ile iletişim kuramayabilir. | 2.05±1.5  | 0-5 (2)          | 3.28±1.01 | 0-5 (3)          | 6.73        |
| 10. Hekimler hastanın hastalık sürecine bağlı olarak ölmesine izin vermek istemez.  | 1.86±1.42 | 0-5 (2)          | 3.29±1.25 | 0-5 (3)          | 6.13        |
| 11. Aile hastanın tercihlerinin aksine hayat kurtarıcı önlemlerin uygulanmasını istemektedirler.  | 1.61±1.45 | 0-5 (1)          | 3.76±1,12 | 0-5 (4)          | 6.06        |
| 12. Hekimler, aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut vermektedirler.   | 2.14±1.36 | 0-5 (2)          | 2.4±1.41  | 0-5 (2)          | 5.12        |
| 13. Hemşire diğer görevlerini yerine getirmesi için hasta ve ailesinin yanından başka yerlere çağrılmaktadır.   | 1.77±1.62 | 0-5 (1)          | 2.99±1.26 | 0-5 (3)          | 5.29        |
| 14. Hastanın tedavileri ağrılı ve rahatsız edici de olsa sürdürülür.  | 1.89±1.38 | 0-5 (2)          | 3.32±1.13 | 0-5 (3)          | 6.28        |
| 15. Aile yaşam desteğinin sağlanmasında mücadele eder.  | 2.05±1.38 | 0-5 (2)          | 3.11±1.24 | 0-5 (3)          | 6.37        |
| 16. Hastanın bakımı konusunda hemşirenin fikirlerine önem verilmez.   | 1.98±1.43 | 0-5 (2)          | 2.23±1.26 | 0-5 (2)          | 4.42        |

PIS: Algılanan Engelleyici Davranış Puanı

**Tablo 4.4: Engeller İçin Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Engelleyici Davranış Puanları-Devam (n=201)**

| Engelleyici Davranışlar  | Yoğunluk  |                  | Sıklık    |                  | PIS         |
|--|-----------|------------------|-----------|------------------|-------------|
|  | Ort±Ss    | Min-Max (Median) | Ort±Ss    | Min-Max (Median) |             |
| 17. Hemşire kötü prognozu aileden önce öğrenir.  | 1.34±1.52 | 0-5 (1)          | 4.02±1.07 | 0-5 (4)          | 5.37        |
| 18. Aile üyeleri hastanın olduğu yerde yas sürecini yaşayabileceği özel bir yere sahip değildir.   | 2.09±1.93 | 0-5 (2)          | 3.12±1.51 | 0-5 (4)          | 6.52        |
| 19. Ailenin yasal girişimlerde bulunabilecek olması bir tehdittir. Bu nedenle kötü prognoza rağmen hastaların yoğun bakımı sürdürülmektedir. | 1.82±1.47 | 0-5 (1)          | 3.11±1.2  | 0-5 (3)          | 5.67        |
| 20. Hasta kontrol altına alınması ve hafifletilmesi zor bir ağrıya sahiptir.   | 1.83±1.54 | 0-5 (2)          | 3.28±1.31 | 0-5 (4)          | 6.02        |
| 21. Aile hastanın ölüm anında onunla birlikte değildir.  | 2.08±1.88 | 0-5 (1)          | 3.52±1,46 | 0-5 (4)          | 7.31        |
| 22. Hemşire ailenin yas sürecinde ve yaşam sonu bakımın kaliteli verilmesi konusunda eğitilmiş değildir.                                     | 1.92±1.47 | 0-5 (2)          | 1.95±1,38 | 0-5 (2)          | 3.75        |
| 23. Aileler yas sürecini kültürlerine bağlı olarak farklı şekillerde yaşarlar.   | 1.48±1.56 | 0-5 (1)          | 3.84±1.18 | 0-5 (4)          | 5.68        |
| 24. Aile üyelerinden isteyen istediği zaman ziyarete gelebilir.  | 3.24±1.78 | 0-5 (4)          | 1.16±1.24 | 0-5 (1)          | 3.77        |
| 25. Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlıdır.  | 2.65±1.56 | 0-5 (3)          | 2.81±1.44 | 0-5 (3)          | <b>7.44</b> |
| 26. Zor hasta vakalarını inceleyecek etik kurul ya da komite yoktur.   | 2.14±1.75 | 0-5 (2)          | 2.39±1.48 | 0-5 (2)          | 5.12        |
| 27. Ailenin sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider gibi destek alacağı bir kişi yoktur.   | 2.31±1.72 | 0-5 (2)          | 2.56±1.66 | 0-5 (3)          | 5.9         |
| 28. Aile ziyaret saatleri oldukça kısıtlayıcıdır.  | 2.34±1.64 | 0-5 (2)          | 3.43±1.35 | 0-5 (4)          | <b>8.01</b> |
| 29. Hastaneye finansal yararları nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara ileriye yönelik tedavilerin uygulanması devam etmektedir.             | 1.78±1.35 | 0-5 (1)          | 2.73±1.39 | 0-5 (3)          | 4.88        |

PIS: Algılanan Engelleyici Davranış Puan

Tablo 4.5’de “yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları destekleyici davranışlar” yoğunluk ortalaması ile sıklık ortalamasının çarpımıyla elde edilen PSBS’e puanı verilmiştir. Maddelerin PSBS yoğunluk ortalamaları 1,18±1,58 ile 3,31±1,36 arasında değişmektedir. Ölçeğin “Destekleyici Davranışlar Alt Boyutunda PSBS yoğunluğunda” en yüksek ortalamayı “Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşürler” (3,31±1,36) maddesinden, en düşük

ortalamayı ise “Ailelerin yas sürecini kendi başlarına yaşayabilmesi için özel bir yer ayarlanır” (1,18±1,58) maddesinden aldığı belirlenmiştir. PSBS sıklığı ise 1,03±1,34 ile 3,37±1,26 arasında değişmektedir. PSBS sıklığında en yüksek ortalama “Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşürler” (3,37±1,26) maddesi, en düşük ortalama ise “Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir” (1,03±1,34) maddesinin aldığı belirlenmiştir. PSBS puanı, 11,12 ile 1,26 arasında değişmektedir. En yüksek puana sahip 3 madde; “Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşürler” (PSB=11,12), “Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir” (PSBS=10,02) ve “Hemşireler birbirlerine destekleyen sözler ifade etmektedirler (söylemektedirler)” (PSBS=7,91) olarak belirlenmiştir. Bu üç madde yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları destekleyici davranışlar olarak belirlenmiştir. En düşük puana sahip 3 madde; “Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir” (PSBS=1,26), “Ailelerin yas sürecini kendi başlarına yaşayabilmesi için özel bir yer ayarlanır” (PSBS=1,54) ve “Aileler ölmek üzere olan hastaya sınırsız olarak (her zaman) ulaşabilmektedirler” (PSBS=1,94) olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.5: Destekleyici Davranışlar İçin Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Destekleyici Davranış Puanları (n=201)**

| Destekleyici Davranışlar   | Yoğunluk  |                  | Sıklık    |                  | PSBS |
|--|-----------|------------------|-----------|------------------|------|
|  | Ort±Ss    | Min-Max (Median) | Ort±Ss    | Min-Max (Median) |      |
| 1. Aile üyeleri ölümden sonra yalnız başına kalabilmeleri için yeterli zamana sahiptir.                      | 1.62±1.53 | 0-5 (1)          | 1.88±1.22 | 0-5 (1)          | 3.04 |
| 2. Aile üyelerinin hasta yatağının olduğu yerde huzurlu ve sakin bir ortamı vardır.                          | 1.41±1.38 | 0-5 (1)          | 1.52±1.26 | 0-5 (1)          | 2.14 |
| 3. Ailelere ölmek üzere olan hastanın olduğu yerde nasıl hareket etmeleri gerektiği öğretilir.               | 1.77±1.42 | 0-5 (2)          | 1.85±1.43 | 0-5 (2)          | 3.29 |
| 4. Aile üyeleri kaybettikleri hastaya sağlanmış olan bakım için hemşireye karşı minnettarlığını gösterirler. | 2.21±1.43 | 0-5 (2)          | 2.06±1.22 | 0-5 (2)          | 4.53 |
| 5. Hekimler hastanın bakımının ne şekilde olacağı konusunda hemfikirdirler.                                  | 2.44±1.19 | 0-5 (3)          | 2.37±1.16 | 0-5 (2)          | 5.79 |

PSBS: Algılanan Destekleyici Davranış Puanı

**Tablo 4.5: Destekleyici Davranışlar İçin Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Destekleyici Davranış Puanları- Devam (n=201)**

| Destekleyici Davranışlar  | Yoğunluk  |                         | Sıklık    |                         | PSBS         |
|---|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|--------------|
|   | Ort±Ss    | Min-<br>Max<br>(Median) | Ort±Ss    | Min-<br>Max<br>(Median) |              |
| 6. Aile üyeleri hastanın ölümünü kabullenirler.   | 2.02±1.39 | 0-5 (2)                 | 1.89±1.19 | 0-5 (2)                 | 3.83         |
| 7. Aileler ölmek üzere olan hastaya sınırsız olarak (her zaman) ulaşabilmektedirler.                                      | 1.34±1.49 | 0-5 (1)                 | 1.45±1.35 | 0-5 (1)                 | 1.94         |
| 8. Hemşire, aile üyelerinin geçmiş ölüm ya da kritik hastalık deneyimlerini değerlendirir.                                | 2±1.44    | 0-5 (2)                 | 1.99±1.41 | 0-5 (2)                 | 3.97         |
| 9. Aile, ailenin bir üyesini diğer aile üyeleriyle iletişim kurmak için görevlendirir.                                    | 2.21±1.42 | 0-5 (2)                 | 2.28±1.32 | 0-5 (2)                 | 5.05         |
| 10. Hemşireler birbirlerine destekleyen sözler ifade etmektedirler (söylemektedirler)                                     | 2.92±1.23 | 0-5 (3)                 | 2.72±1.2  | 0-5 (3)                 | <b>7.91</b>  |
| 11. Hemşireler, aile üyelerini hastalarının ölüme hazırlamak için yeterli zamana sahiptir.                                | 1.59±1.47 | 0-5 (1)                 | 1.6±1.25  | 0-5 (1)                 | 2.54         |
| 12. Hasta bakımının sürekliliği sağlanabilsin diye (sağlanabilmesi için) hemşirelere bir zaman çizelgesi hazırlanır.      | 2.57±1.65 | 0-5 (3)                 | 2.68±1.61 | 0-5 (3)                 | 6.86         |
| 13. Ailelerin yas sürecini kendi başlarına yaşayabilmesi için özel bir yer ayarlanır.                                     | 1.18±1.58 | 0-5 (0)                 | 1.3±1.49  | 0-5 (1)                 | 1.54         |
| 14. Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir. | 3.18±1.35 | 0-5 (3)                 | 3.16±1.25 | 0-5 (3)                 | <b>10.02</b> |
| 15. Hemşireler fiziksel temas (dokunma) yoluyla birbirlerine destek olurlar.  | 2.6±1.34  | 0-5 (3)                 | 2.55±1.26 | 0-5 (2)                 | 6.62         |
| 16. Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşürler.  | 3.3±1.36  | 0-5 (3)                 | 3.37±1.26 | 0-5 (3)                 | <b>11.12</b> |
| 17. Hemşireler hastanın ölümünden sonra iş ortamının dışında kendisini dinleyip destekleyecek bir kişiye sahiptir.        | 2.47±1.39 | 0-5 (3)                 | 2.29±1.29 | 0-5 (2)                 | 5.63         |
| 18. Hekimler, aile için somut ifadelerle umut verir.  | 2.2±1.16  | 0-5 (2)                 | 2.18±1.02 | 0-5 (2)                 | 4.79         |
| 19. Yas sürecinde olan ailenin bakımında sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider birincil rol oynar.                        | 1.45±1.53 | 0-5 (1)                 | 1.45±1.33 | 0-5 (1)                 | 2.1          |
| 20. Hemşire hasta ile ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri hakkında konuşur.  | 1.71±1.27 | 0-5 (2)                 | 1.58±1.1  | 0-5 (1)                 | 2.71         |

PSBS: Algılanan Destekleyici Davranış Puanı

**Tablo 4.5: Destekleyici Davranışlar İçin Yoğunluk, Sıklık ve Algılanan Destekleyici Davranış Puanları- Devamı (n=201)**

| Destekleyici Davranışlar   | Yoğunluk  |                         | Sıklık    |                         | PSBS |
|--|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|------|
|  | Ort±Ss    | Min-<br>Max<br>(Median) | Ort±Ss    | Min-<br>Max<br>(Median) |      |
| 21. Hemşireler hastanın ölümünden sonra bundan etkilenmiş olan hemşire bir süreliğine ayrıldığında hastalarla diğer hemşireler bakımında sorumluluk alırlar. | 2.64±1.36 | 0-5 (3)                 | 2.43±1.29 | 0-5 (2)                 | 6.42 |
| 22. Aile ölmek üzere olan hastanın fiziksel bakımına yardım eder.  | 2.05±1.39 | 0-5 (2)                 | 1.82±1.29 | 0-5 (2)                 | 3.74 |
| 23. Ölmekte olan hastanın bakımı için lisansı olmayan/yardımcı sağlık personeli vardır.  | 2.57±1.5  | 0-5 (3)                 | 2.51±1.46 | 0-5 (2)                 | 6.46 |
| 24. Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir.                                      | 1.22±1.48 | 0-5 (1)                 | 1.03±1.34 | 0-5 (0)                 | 1.26 |

PSBS: Algılanan Destekleyici Davranış Puanı

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu araştırma yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakım verirken karşılaştıkları engeller ve bu bakım sırasında karşılaştıkları destekleyici davranışların neler olduğunu saptayabilmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın bu kısmında yaşam sonu bakım verirken yoğun bakım hemşirelerinin karşılaştıkları engellere yönelik bulgular ve yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakım verirken karşılaştıkları destekleyici davranışlara yönelik bulgular araştırma bulguları ve literatüre dayanılarak tartışılacaktır.

#### **5.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Duygulara Yönelik Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada, hemşirelerin yarıya yakını ölmekte olan hastaya fiziksel bakım vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşamış, ölmekte olan hastaya bakım verirken en çok üzüntü, çaresizlik ve acı duygusunu yaşamıştır. Hemşireler genellikle YBÜ'de ölmekte olan hastalar için tedavi planına dahil olmadıklarını hissetmekte, yalnızca doktorlar ve aileler tarafından tartışılan ve karar verilen eylemleri gerçekleştirirdiklerini belirtmektedir (Espinosa vd., 2010; Kyeremanteng vd., 2020). 2018 yılında Temelli tarafından yarı yapılandırılmış olarak 23 palyatif bakım hemşiresi üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, hemşireler ölüm olayı ile karşılaştıklarında en fazla duyarsızlaşma ve acı çekme durumu yaşadıklarını, ölmekte olan hastaya bakım verirken yaşadıkları en olumsuz duygunun ise hastaların acı çekmeleri olduğunu ifade etmişlerdir (Temelli, 2018). Endersson ve diğerlerinin (2016) yapmış oldukları çalışmada hemşireler hastaların semptomlarının yeterince tedavi edilemediği ve bu nedenle tedavi ve ilaç yönetimi konularında bakım verici olarak çaresiz hissettiklerini ifade etmişlerdir (Endersson vd., 2016). Üzen Cura ve Ateş'in 2020 yılında 9 palyatif hemşiresi üzerine yaptıkları fenomenolojik çalışmaya göre, hemşireler önceleri ani ölümlere çok üzülüklerini ancak uzun süre acı çekmenin daha kötü bir durum olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Üzen Cura ve Ateş, 2020). Yılmaz ve Vermişli'nin 2015 yılında 120 hemşire üzerinde yaptıkları bir çalışmaya göre, hemşirelerin neredeyse yarısı, ölüm ile hastaların acılarının

sonlandığını düşündüklerini belirtmişler. Yarısından fazlası yoğun bakımlarda ölmekte olan hastalara yeterli bakım verilmediğini düşünmüş, yine büyük bir çoğunluğu ölmek üzere olan hastaya bakmak istemediklerini belirtmişlerdir (Yılmaz ve Vermişli, 2015). İnce'nin 2014'te 130 hemşire üzerinde yapmış olduğu diğer bir çalışmada ilk kez ölümle karşılaşma durumunda olduklarında hemşirelerin %63,8'i üzüntü, %32,3'ü korku hissettiklerini ifade etmiş, şu an ölüm olayıyla karşılaştıklarında ise %65,4'ünün bu durumu doğal karşıladığı, %27,2'si üzüntü yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır (İnce, 2014). Literatür incelendiğinde genel itibariyle ölmekte olan hastaya bakım vermede hemşirelerin üzüntü duygusunu daha sık yaşadığı ve bununla beraber acı ve çaresizlik duygusunu da hissettikleri sonucuna varılabilir.

## **5.2. Yaşam Sonu Bakım Verirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları Engellere Yönelik Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya katılmayı kabul eden 201 hemşire tarafından engeller içerisinde en yüksek puan alan ilk üç madde şöyledir: “Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez”, “Aile ziyaret saatleri oldukça kısıtlayıcıdır” ve “Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlıdır”. Sevilen aile üyesini bir gün kaybedecekleri gerçeğiyle yüz yüze kalan aile üyeleri tanıdan sonra kötü prognozu kabullenmek istemezler (Smith ve Boardman, 1995). Hastaların bilincinin yerinde olmaması ve yoğun teknolojik araç gereçlerle çalışma durumu hemşirelerde hasta bireyselliklerini ikinci plana atma durumları oluşturabilmektedir (Adams vd., 2011; Liu vd., 2013). Yapılan bazı çalışmalar yoğun bakımdaki hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına karşın hastaların hemodinamik durumlarını veya hemşireliğin gerektirdiği rutin işleri daha ön planda tuttuklarını göstermiştir (Adams vd., 2011). Hastayla ailenin beraberliğini sağlayan en önemli bileşenlerden olan ziyaret saatleri hemşireliğin bakım odaklılığı açısından hem hasta birey hem aile hem süreç için oldukça önemlidir. Fakat hemşirelerin ziyaret saatlerine yönelik düşünceleri genellikle verilen bakımın aksamasına neden olan ve hastaya yarardan çok zarar veren zaman dilimleridir (Khaleghparast vd., 2016). Literatürdeki bazı çalışmalarda hemşirelerin ziyaret saatlerinin açık şekilde yapılması halinde yoğun bakım işleyişinde aksaklıklar meydana gelmesi ve hastaların yeteri kadar dinlenememeleri gibi

durumların meydana gelmesinden endişe duyduklarından bahsedilmiştir (Khaleghparast vd., 2016; Olsen vd., 2009). Haghbin vd. (2011), açısından YBÜ’lerde ziyaret kısıtlaması yapılmasının nedenleri gerekli disiplinin sağlanması aynı zamanda enfeksiyon kontrolünün de gerçekleştirilebilmesi içindir. Aile ve hastanın beraberliği bakımından çok önemli olan ziyaret saatleri hemşireler tarafından desteklenmediği sürece hasta ailesi için ızdırap verici bir süreç haline gelebilmektedir (Gibson vd., 2012; Giannini, 2013; Kean ve Mitchell, 2014; Torun vd., 2012). YBÜ ile ilgili yapılmış olan birçok çalışmada da aile merkezli bakım yaklaşımının hasta açısından oldukça önemli vurgulanmıştır (Davidson ve ark., 2007; Kean ve Mitchell, 2014). Avusturalya Sağlık Bakımında Kalite ve Hasta Güvenliği Komisyonu (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, ACSQHC), özellikle yoğun bakımlarda görev alan hemşirelerin aileleri dikkate almaları, hasta bakımına dahil etmeleri ve ziyaret saatlerinin sıklığını arttırmaları konusunda savunucu düşüncede olduklarını ısrarla belirtmişlerdir (ACSQHC, 2010). Fakat genel olarak bakıldığında birçok ülkede yapılan çalışmalar yoğun bakım ünitelerinin ziyaret saatlerinde kısıtlılık olduğunu göstermektedir (Giannini vd., 2008; Hunter vd., 2010).

Borhani ve diğerlerinin (2014) yaptıkları çalışmada, yaşam sonu dönemde aile üyeleri hastanın kötü prognoza rağmen umutlu oldukları ve hastalarının yıllarca yaşayabileceklerine inandıkları, aile üyelerinde oluşan beklentinin ise yaşam sonu bakım veren hemşirelerde strese neden olduğunu ve hemşireler için engel oluşturduğu bildirilmiştir. Chan ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada da yaşam sonu bakımın önündeki engeller “ailelerin hastanın prognozu hakkında gerçekçi olmayan beklentilerinin olması”, “hemşirelerin iş yükünün fazla olması” ve “hasta ailesi için uygun olmayan servis düzenlemeleridir” olarak belirtilmiştir. 2019 yılında Ganz ve Sapir’ in yapmış oldukları bir çalışmaya göre, yaşam sonu bakım verirken hemşireler tarafından algılanan engeller arasında çoğu katılımcı ailenin hastanın kötü prognozunu kabul edemeyip, hastanın beyin ölümü gerçekleşse dahi tedavisinin devam etmesini istediklerini belirtmişlerdir. Lee ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada da optimal yaşam sonu bakımı sağlamanın önündeki en büyük engellerin, aile üyelerinin hastanın kötü prognozunu kabul etmeyi reddetmesi ve aile üyelerinin öfkesiyle başa çıkma zorluğu olduğu saptanmıştır (Lee vd., 2013). Yapılan farklı çalışmalarda da gerçekçi olmayan hasta veya aile beklentilerinin YBÜ’de yaşam sonu bakımı sağlamada bir engel olarak belirtilmiştir. Ailenin gerekli tıbbi bilgidenden yoksun olması

ve ölmekte olan hastanın durumunu tam olarak anlayamaması gerçekçi olmayan beklentilere neden olabileceği bildirilmiştir (Espinosa vd., 2010; Iglesias vd., 2013; Kyeremanteng vd., 2020). Yoğun bakım hemşireleri, aile üyelerini barındıracak daha büyük odalar ve yas tutmak için mahremiyetin sağlanması ve zaman ayrılması gibi değişikliklerin yaşam sonu bakımı iyileştirebileceğini belirtmişleridir (Beckstrand vd., 2017). Etkili iletişim, hemşirelerin hastalar ve aileleri ile daha erken, dürüst ve daha gerçekçi iletişim kurulması sağlamaktadır (Attia vd., 2013). Aileler ve sağlık personeli arasındaki etkili iletişimin, yaşam sonu bakımını iyileştirdiği ve aile üyeleri için sıkıntı ve kaygıyı azaltmaya yardımcı olabileceği bildirilmiştir (Beckstrand vd., 2017). Yapılan farklı bir çalışmada da yoğun bakıma aile tarafından ziyaretler için yeterli süre verilmesi gerektiği belirtilmiş olup ailelerin hasta için duyacağı stresi azalttığı, verilen bakımdan aile memnuniyetini arttırdığı ve bakım vermeyi kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Isaac vd., 2020).

Literatürde ülkemizde yapılan yoğun bakım hemşireleri tarafından algılanan engelleyici davranışlara ait bir çalışmaya rastlanılmıştır. Ağgün'ün (2021) yaptığı çalışmada, algılanan engellerden en yüksek puanlı üç madde; "Ailelerin hastanın kötü prognozunu kabullenmek istememeleri", "Ailenin hastanın ölüm anında onunla birlikte olmaması", "Aile yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmemesi" olarak bulunmuştur. Şener (2019) tarafından acil hemşirelerinin yaşam sonu bakım algularını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada tanımlanan engel maddeleri araştırma bulgularını destekler nitelikte olup bu maddeleri; "aile üyelerinin hastanın güncel bilgisini öğrenmek için sürekli hemşireyi araması", "ailenin hayat kurtarma uygulamalarının ne anlama geldiğini anlamamaları", "hastanın kötü prognozunun aile tarafından kabul edilmemesi" ve "servis tasarımının yeterli olmaması nedeniyle hasta ve aile üyelerinin mahremiyetinin korunamamasıdır". Yapılan çalışmalar ve sonuçlarında çalışma bulgularını destekleyen ortak madde "ailelerin hastanın kötü prognozunu kabul etmemesi"dir. Araştırmadan elde edilen bulgular ve literatürde mevcut olan araştırma sonuçlarına göre, yaşam sonu bakımda engelleyici davranışların çoğunluğunun hasta yakınlarından kaynaklandığı görülmüştür. Özellikle kötü prognozunun aile tarafından kabul edilmemesi hemşirelere düşen görevi arttırmaktadır. Hemşireler aile üyelerine eksik olunan konularda eğitim ve danışmanlık yapmalı, aile üyelerinin sosyal, duygusal ve spiritüel açıdan desteklenmelerini sağlamalıdır. Böylelikle aile üyelerine

verilen eğitim ve danışmanlık ile aile üyeleri bilgilendirilmiş olacak ve yaşam sonu bakımın önündeki engeller azaltılacaktır.

### **5.3. Yaşam Sonu Bakım Verirken Yoğun Bakım Hemşirelerinin Karşılaştıkları**

#### **Destekleyici Davranışlara Yönelik Bulguların Tartışılması**

Araştırmaya katılmayı kabul eden 201 hemşire tarafından yaşam sonu bakım verirken destekleyici olarak algılanan bulgulardan yoğunluk olarak en yüksek puanlı olanları: “Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşürler”, “Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir” ve “Hemşireler birbirlerine destekleyen sözler ifade etmektedirler (söylemektedirler)” olarak belirlenmiştir. Yoğun bakımda görev almakta olan hemşireler hastanın ölümünden sonra hekimiyle görüşmelerinin önemini vurgulamışlardır. Ülkemizde de hastane kalite standartları kapsamında yer alan “ex bilgisi hekim tarafından verilir” maddesi ölümden sonra aile üyeleri ile görüşen kişinin hekim olması gerektiğini destekler niteliktedir (Yaşam Sonu Hizmetler, 2021). Aile ile ilk iletişim kuran kişi hekim olmalıdır. Gereken tüm bakımın yapıldığı ve gereken desteğin profesyonel bir ekip tarafından sağlandığını aile üyelerine açıklayarak varsa sorularını yanıtlayarak hekimler bu durumu aile üyelerine bildirmelidir (Truog vd., 2008). Benzer şekilde Mitnick ve diğerlerinin 2010 yılında yapmış oldukları çalışmada hasta ailesine bilgi veren kişinin hekim olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Mitnick vd., 2010). 2020 yılında yapılan bir diğer çalışmada Isaac ve diğerleri şu sonuca ulaşmıştır; ölümden sonra hekim aile üyeleri ile görüştüğünde aile üyeleri hastalarına sağlanabilecek tüm bakımın sağlandığını ve bunun profesyonel bir ekip tarafından yapıldığını daha kolay kabullenmektedirler (Isaac vd., 2020). Farklı bir çalışmada da yaşam sonu bakım sunarken hemşirelere yardımcı olan en önemli davranış “Hekimlerin hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşmesi” olarak belirlenmiştir. Aggün’ün çalışmasına göre hekimlerin ölümden sonra üzüntülü aile bireyleri ile görüşmesi ailenin ölümü kabullenmesini sağlayıp aynı zamanda üzüntü durumlarını da azaltmıştır (Aggün, 2021).

Çalışmadaki diğer destekleyici davranışlar “Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir” ve “Hemşireler birbirlerine destekleyen sözler ifade etmektedirler (söylemektedirler)”

olarak belirlenmiştir. Hem ölüm nedenlerinin doğru olarak bilinmesi, hem de koruyucu ve tedavi edici bakım hizmetleri devamlılığı açısından hastaların ölüm verilerinin doğru ve kapsamlı şekilde kayıt altına alınması önem arz etmektedir (Tözün vd., 2014). Ölüm belgeleri evrensel, standart ve özgün şekilde kayıt altına alınmalıdır (Yavuz Emik ve Önal., 2019). Ağgün'ün (2021) yaptığı çalışmada, yaşam sonu bakımı iki destekleyici davranış, "Sağlık çalışanı aile üyeleri tarafından imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir." ve "Hemşireler hastanın ölümünden sonra bundan etkilenmiş olan hemşire bir süreliğine ayrıldığında hastalarla diğer hemşireler bakımında sorumluluk alır." olarak bildirilmiştir. Sağlık çalışanı tarafından hazırlanan evraklar hem yas sürecinde olan ailenin zaman kaybetmemesini hem de diğer hastaların bakımında sorumluluk alan hemşireler için bakım vermeyi kolaylaştırmakta ve hemşirelerin yas sürecinde olan hasta yakınlarının ihtiyaçlarına odaklanmasını kolaylaştırmaktadır. Ölümle sık karşılaşan hemşireler bu durumdan üzüntü duymaktadırlar. Hemşirelik mesleğinde yardımlaşmanın önemli olduğu, hastanın primer sorumluluğunu alan hemşirenin bir süreliğine ayrılması halinde bile hastalara bakım vermenin aksamadığının ve hemşireler arası iş bölümü ve paylaşımın olduğu sonucuna ulaştırmakta ve bu da yaşam sonu bakımda destekleyici önemli davranışlar olarak algılanmaktadır (Ağgün, 2021). Attia ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da destekleyici davranışlar "hastanın ölümünden sonra etkilenen hemşirenin bir süreliğine ayrıldığında hemşirelerin diğer hastaların bakımında sorumluluk alması", "hemşirelerin birbirlerine destek olması", "ölümden sonra hekimlerin aile üyeleri ile görüşmesi" olarak saptanmıştır. Şener (2019)'in yapmış olduğu çalışmada bulunan destekleyici davranışlar çalışma bulgularıyla benzerlik göstermekte olup "hastanın ölümünden sonra bundan etkilenmiş hemşire bir süre ayrıldığında diğer hastaların bakımında hemşirelerin sorumluluk alması", "ailenin servisten ayrılmadan önce imzalanması gereken tüm evrakların sağlık personeli tarafından bir araya getirilerek hazır hale getirilmesi" olarak bildirilmiştir. 2013 yılında Acehan ve Ekerin yaptığı bir çalışmada acil kliniğinde çalışan sağlık profesyonellerinin ölüm sebebiyle ortaya çıkan duygularla başa çıkma yollarından "diğer çalışanlarla konuşma" etkili olarak bulunmuştur (Acehan ve Eker, 2013). Yapılan diğer çalışmalarda, hemşirelerin yaşam sonundaki hastaya bakarken kendilerini çaresiz, yetersiz ve güçsüz hissettikleri, ölümle ilgili konuşmaktan kaçındıkları ve bu konuda destelenmeye ihtiyaç duyduklarını göstermiştir (Sapeta ve Lopes, 2007; İnci ve Öz, 2012; Menekli ve Fadiloğlu, 2014; Ceyhan vd., 2018). Her

ne kadar profesyonel meslek üyeleri olsalar da hemşirelerin de birer insan oldukları, onların da duygusal durumlara girebilmeleri, yakınlarının kayıplarına şahit olmaları ve diğer hemşirelerle aynı ortamda aynı durumlarla karşı karşıya kalmaları onları ortak bir paydada buluşturmaktadır. Bu açıdan baktığımızda hemşirelerin birbirlerine destek verici sözler söylemeleri hepsinin hemen hemen aynı ortam ve durum içerisinde olmasından kaynaklı olduğunu bizlere düşündürmektedir.



## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ

Hemşirelerin büyük çoğunluğu terminal dönemde hastaya bakım vermiş, yarısının terminal dönemde hastası olmuştur. Hemşirelerin yarıya yakını ölmekte olan hastaya fiziksel bakım vermekte ve hastaya dokunmakta zorluk yaşamış, ölmekte olan hastaya bakım verirken en çok üzüntü, çaresizlik ve acı duygusunu yaşamıştır. Ailelerin hastanın kötü prognozunu kabullenmemesi, ziyaret saatlerinin ve yas sürecinin kısıtlı olması yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları engelleyici davranışlar; hekimlerin hastanın ölümünden sonra aile üyeleriyle görüşmeleri, aile üyelerine imzalatılacak belgelerin önceden hazırlanması ve hemşirelerin birbirlerine destekleyen sözler söylemesi yoğun bakım hemşirelerinin yaşam sonu bakıma yönelik algıladıkları destekleyici davranışlar olarak belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında;

- Yas süreci açısından hasta ailelerine yeterince zaman tanınması ve bu süreci yaşayabilecekleri konforlu bir alan yaratılması,
- Ziyaret saatlerinin sıklığının hemşirelerin bakım kalitesini etkilemeyecek şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiği,
- Yaşam sonu bakıma yönelik hissedilen duygularla başedebilmeleri için sağlık çalışanlarına yönelik kurumlarda eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hemşirelerin yoğun bakımda çalışma memnuniyetlerini arttırmak amacıyla çalışma koşulları ve saatlerinin tekrar düzenlenmesi,
- Yaşam sonu bakım kalitesini arttırmak, hastalara olabildiğince konfor alanı sağlamak ve yakınlarının da sürece dahil edilmesi gibi durumların en doğru şekilde yönetilebilmesi için yaşam sonu bakım ile alakalı daha fazla çalışma yapılması önerilmiştir.

## KAYNAKÇA

- Abarshi, E., Echteld, M., Donker, G., Van den Block, L., Onwuteaka-Philipsen, B., Deliens, L. (2011). Discussing End-Of-Life Issues In The Last Months Of Life: A Nationwide Study Among General Practitioners. *Journal of palliative medicine*, 14(3), 323-330.
- Acehan, G., Eker, F. (2013). Acil Tıp Hizmeti Veren Sağlık Personelinin Ölüm Kaygısı, Ölümüne İlişkin Depresyon Düzeyleri ve Kullandıkları Başa Çıkma Yolları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1):27- 35
- Adams, S., Herrera, A., Miller, L., Soto, R. (2011). Visitation In The Intensive Care Unit: Impact on Infection Prevention and Control. *Crit Care Nurs Q.*, 34: 3-10.
- Ağgün, G. (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Algıladıkları Engellerin ve Destekleyici Davranışların Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Akpir, K. (2010). Yoğun Bakım Etiği. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 8:77-84
- Akyol, A., Silay F., Ayvaz, İ. (2017). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller ve Destekleyici Davranışlar Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenilirliği, *Adnan menderes Üniversitesi I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi*, 29 Haziran- 1 Temmuz, Aydın (Sözel Bildiri)
- Akyol, D.A. (2017). Yoğun Bakım Hemşireliği. İstanbul: Tıp Kitapevleri.
- Attia, A.K., Abd-Elaziz, W.W., Kandeel, N.A. (2013). Critical Care Nurses' Perception of Barriers and Supportive Behaviors In End-of-Life Care. *Am J Hosp Palliat Care*, 30(3):297-304.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2010). <https://www.safetyandquality.gov.au/> Erişim: 25.04.2022
- Aydın, A., Kaçmaz, O., Öterkuş, M., Miniksar, Ö. H. (2022). MPV, RDW, Laktat, NA ve Albumin Düzeyleriyle Yoğun Bakım Hasta Mortalitesi Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 49 (1): 168-175. DOI: 10.5798/dicletip.1086353
- Babaoğlu, E. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*; 5:24-33.
- Baykara, Z.G. (2014). Hemşirelik Bakımı Kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2): 92-99.

- Beckstrand, RL., Callister, LC., Kirchhoff, KT. (2006). Providing A "Good Death": Critical Care Nurses' Suggestions For Improving End-Of-Life Care. *American Journal of Critical Care, 15(1):38-46.*
- Beckstrand, RL., Kirchhoff, KT. (2005). Providing End-Of-Life Care To Patients: Critical Care Nurses' Perceived Obstacles And Supportive Behaviors. *American Journal of Critical Care, 14(5):395-403.*
- Beckstrand, RL., Moore, J., Callister, L., Bond, AE. (2009). Oncology Nurses' Perceptions of Obstacles and Supportive Behaviors at the End of Life. *Oncology Nursing Forum, 36(4):446-53.*
- Beckstrand, RL., Smith, MD., Heaston, S., Bond, AE. (2008). Emergency Nurses' Perceptions Of Size, Frequency, And Magnitude Of Obstacles And Supportive Behaviors In End-Of-Life Care. *J Emerg Nurs, 34(4):290-300.*
- Beckstrand, R. L., Lamoreaux, N., Luthy, K. E., & Macintosh, J. L. (2017). Critical Care Nurses' Perceptions Of End-Of-Life Care Obstacles: Comparative 17-Year Data. *Dimensions of Critical Care Nursing, 36(2), 94-105.*
- Bicanovsky, L. (2009). Comfort Care: Symptom Control in The Dying. In: Walsh, D., Caraceni, A.T., Fainsinger, R. Ed. *Palliative Medicine*, Saunders, Philadelphia
- Boot M, Wilson C. (2014). Clinical Nurses PECIALISTS Perspectives on Advance Care Planning Conversations: A Qualitative Study. *International Journal of Palliative Nursing, 20(1):9-14*
- Borhani, F., Hosseini, SH., Abbaszadeh, A. (2014). Commitment To Care: A Qualitative Study Of Intensive Care Nurses' Perspectives Of End-Of-Life Care In An Islamic Context. *International Nursing Review, 61(1), 140-147.*
- Bozkurt, G., & Türkmen, E. (2019). Yoğun Bakım Hemşireliğinde Sertifika Programları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 23(2): 107-113.*
- Bölüktaş, R. P. (2018). Palyatif Bakım Hastalarında Manevi Bakım. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6(13): 51-72.*
- Bray, K., Wren, I., Baldwin, A., St Ledger, U., Gibson, V., Goodman, S., Walsh, D. (2010). Standards For Nurse Staffing In Critical Care Units Determined By: The British Association Of Critical Care Nurses, The Critical Care Networks National Nurse Leads, Royal College Of Nursing Critical Care And In-Flight Forum. *Nursing in critical care, 15(3): 109-111.*

- Bulletin of the World Health Organization [Internet] 2021. [Available from: [https://www.who.int/bulletin/volumes/95/11/16-185199/en/.](https://www.who.int/bulletin/volumes/95/11/16-185199/en/)] Erişim Tarihi: 12.11.2022
- Burghardt, M. A., Nathaniel, A. K., (2013). Çağdaş Hemşirelikte Etik. çev. Prof. Dr Şule. Ecevit Alpar, Doç. Dr. Nefise Bahçeçik, Doç. Dr Ükke Karabacak. İstanbul Tıp Kitapevi: 235- 236
- Bülbül, E., Arslan, G., & Eler Çevik, B. (2020). Yoğun Bakım Ünitelerimizde Bir Yıllık Süreçte Ölüm İle Sonuçlanan Hasta Yatışlarının Retrospektif Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 27(3), 302-312.
- Candy, B., Jackson, K. C., Jones, L., Tookman, A., & King, M. (2012). Drug Therapy For Symptoms Associated With Anxiety İn Adult Palliative Care Patients. *Cochrane database of systematic reviews* (10).
- Can, R., Tambağ, H., Öztürk, M., Kaykunoğlu, M., Erenoğlu, R., Gümüšoğlu, F. (2020). Yoğun bakım hemşirelerinin ötenazi, ölüm ve ölümcül hastaya karşı tutumları. *Lokman Hekim Dergisi*; 10(2): 190-200.
- Ceyhan, Ö., Özen, B., Zincir, H., Şimşek, N., Başaran, M. (2018). How İntensive Care Nurses Perceive Good death. *Death Stud*, 42(10): 667-672.
- Chan, C.W.H., Chow, M.C.M., Chan, S., Sanson-Fisher, R., Waller, A., Lai, T.T.K., W M Kwan, C. (2020). Nurses' Perceptions Of And Barriers To The Optimal End-Of-Life Care İn Hospitals: A cross-sectional study. *Journal Of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1209- 1219
- Coombs, M., Long, T. (2008). Managing A Good Death in Critical Care: Can Health Policy Help? *Nursing in Critical Care*, 13:208-14.
- Crump, S.K., Schaffer, M.A., Schulte, E. (2010). Critical Care Nurses; Perceptions Of Obstacles, Supports, And Knowledge Needed İn Providing Quality End-Of-Life Care. *Dimens Crit Care Nurs*, 29(6):297-306.
- Çakır, E., Kocabeyoğlu, MG., Gürbüz, E., Özen Baltacı, S., Mutlu, MN., Turan Özkaçak., (2020). Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg*, 53(1): 20-24
- Çelik, N. (2019). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Ölümüne ve Saygın Ölüm İlkelerine İlişkin Tutumları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(2), 316-327.

- Efil, S., Kurucu, M. N., Eser, O. (2011). Beyin Cerrahi Yoğun Bakımında Takip Edilen Hastaların Hasta Yakını Ziyaret Sıklığının ve Hemşire ile Olan İletişimin Hastanın İyileşmesine Etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12(3),151-5.
- Elçigil, A. (2012). Palyatif Bakım Hemşireliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54: 329-334.
- Endersson, E., Salickiene, Z., Rosengren, K. (2016). To Be Involved - A Qualitative Study Of Nurses' Experiences Of Caring For Dying Patients. *Nurse Educ Today*, 38:144-9.
- Erel, S. (2008). Hayat Sonu Bakım. Merkezefendi 9. Geleneksel Tıp Festivali Dergisi, 30 Mayıs-8 Haziran, İstanbul.
- Ergan, B., Tokur, M. E., Çoban, S., Tursunoğlu, S., Ergün, R., Ergün, D., & Çomoğlu, S. (2016). Farklı Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşire İş Yükünün Yoğun Bakım Mortalitesi ile İlişkisi. *Yoğun Bakım Derg*, (7): 21-7.
- Ersoy, E. O., Abdülkerim, Ş., Öz, A., Aslan, G., Kavak, P. B., Fakılı, D., & Topeli, A. (2017). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hemşire İş Yükünün Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yogun Bakim Dergisi*, 8(1).
- Erzincanlı, S., Sayın Kasar, K. (2022). Hemşirelerin Yaşam Sonu Bakıma Yönelik Tutum ve Davranışlarının Klinik Karar Vermeye Etkisi Turk J Intensive Care, DOI: 10.4274/tybd.galenos.2021.00710
- Espinosa, L., Young, A., Symes, L., Haile, B., Walsh, T. (2010). ICU Nurses' Experiences In Providing Terminal Care. *Critical care nursing quarterly*, 33(3), 273–281. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181d91424>
- Etafa, W., Wakuma, B., Fetensa, G., Tsegaye, R., Abdisa, E., Oluma, A., Tolossa, T., Mulisa, D., Takele T. (2020). Nurses' Knowledge About Palliative Care And Attitude Towards End- Of-Life Care In Public Hospitals In Wollega Zones: A Multicenter Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 7;15(10):e0238357. doi: 10.1371/journal.pone.0238357. PMID: 33027265; PMCID: PMC7540839.
- Fadıloğlu, Ç., Aksu, T. (2013). İyi Ölüm Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenirliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29: 1-15.
- Fields, A., Finucane, Am., Oxenham, D. (2013). Discussing Preferred Place Of Death With Patients: Staff Experiences in A Uk Specialist Palliative Care Setting. *International Journal Of Palliative Nursing*, 19(11):558-565.

- Friedenberg, A.S., Levy, M.M., Ross, S., Evans, L.E. (2012). Barriers To End-Of-Life Care İn The İntensive Care Unit: Perceptions Vary By Level Of Training, Discipline, And İstitution. *J Palliat Med*, 15(4):404-11.
- Ganz, FD., Sapir, B. (2019). Nurses' Perceptions Of İntensive Care Unit Palliative Care At End Of Life. *Nurs Crit Care*, 24(3):141-148. doi: 10.1111/nicc.12395. Epub 2018 Nov 13. PMID: 30426607.
- Giannini, A., Miccinesi, G., Leoncino, S. (2008). Visiting Policies İn Italian İntensive Care Units: A Nationwide Survey. *Intensive Care Med*, 34(7):1256-62
- Giannini, A. (2013). Visiting Policies And Family Presence İn ICU: A Matter For Legislation? *Intensive Care Medicine*, 39(1): 161-16
- Gibson, V., Plowright, C., Collins, T., Dawson, D., Evans, S., Gibb, P., Lynch, F., Mitchell, K., Page, P., Sturmey, G. (2012). Position Statement On Visiting İn Adult Critical Care Units İn The UK. *Nursing in Critical Care*, 17(4): 213-218.
- Gökşin, İ., Erzincanlı, S. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine Yönelik Tutumları İle Bakım Davranışları Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(1): 49-55.
- Gross, A.G. (2006). End-Of-Life Care Obstacles And Facilitators İn The Critical Care Units Of A Community Hospital. *Journal Of Hospice & Palliative Nursing*, 8:92-102.
- Haghbin, S., Tayebi, Z., Abbasian, A., Haghbin, H. (2011). Visiting Hour Policies İn İntensive Care Units, Southern Iran. *Iran Red Crescent Med J*, 13(9): 684–686.
- Hebert, K., Moore, H., Rooney, J. (2011). The Nurse Advocate İn End-Of-Life Care. *The Ochsner J. Winter*, 11(4): 325-9
- Heidrich, D.E. (2008). Death And Dying In: Esper, P., Kuebler, KK. Ed. *Palliative Practices From A-Z For The Bedside Clinician (Second Edition)* Pittsburg, PA: ONS Press: 89-93
- Heidrich, H.E. (2007). *The Dying Process. Palliative And End Of Life Care: Clinical Practice Guidelines*. 2nd ed. St. Louis: WB Saunders, p: 33-93

- Hemşirelik Kanunu (2007). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6283.pdf>  
Erişim Tarihi: 14.05.2022
- Hemşirelik Yönetmeliği (2010).  
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>.Erişim Tarihi: 14.05.2022
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011).  
<https://www.thder.org.tr/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik> Erişim Tarihi: 14.05.2022
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., & Bruera, E. (2014). Concepts And Definitions For “Actively Dying,” “End Of Life,” “Terminally İll,” “Terminal Care,” And “Transition Of Care”: A Systematic Review. *Journal of pain and symptom management* ;47:77-89.
- Hunter, J.D., Goddard, C., Rothwell, M., Ketharaju, S., Cooper, H. (2010). A Survey Of İntensive Care Unit Visiting Policies İn The United Kingdom. *Anaesthesia*, 65(11):1101-5.
- Iglesias, M. E. L., Pascual, C., de Bengoa Vallejo, R. B. (2013). Obstacles And Helpful Behaviors İn Providing End-Of-Life Care To Dying Patients İn İntensive Care Units. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(2), 99-106.
- Institute for Clinical Systems Improvement Health Care Guideline Palliative (ICSI) Care For Adult 2013 [Available from: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/PalliativeCare.pdf>.
- Isaac, M., Curtis, J. R., Silveira, M. J., & Ritchie, C. (2020). Palliative Care: İssues İn The İntensive Care Unit İn Adults. <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-in-the-intensiveware-unit-in-adults>.  
Erişim Tarihi:19.10.22
- İnce, F. (2014). Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerde Ölüm Kavramı ve Ölüm Kaygısının Araştırılması (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Kabalak, A., Öztürk, H., Erdem, A., Akın, S.S.B. (2012). Ulus Devlet Hastanesinde Kapsamlı Palyatif Bakım Merkezi Uygulaması. *Çağdaş Tıp Dergisi*; 2:122-6.
- Karbasi, C., Pacheco, E., Bull, C., Evanson, A., Chaboyer, W. (2017). Registered Nurses&Amp; Provision Of End-Of-Life Care To Hospitalised Adults: A

Mixed Studies Review. *Nurse Education Today*.  
doi:10.1016/j.nedt.2018.09.007.

- Kean, S., Mitchell, M. (2014). How Do Intensive Care Nurses Perceive Families In Intensive Care? Insights From The United Kingdom And Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6): 663-672
- Khaleghparast, S., Joolae, S., Ghanbari, B., Maleki, M., Peyrovi, H., Bahrani, N. (2016). A Review Of Visiting Policies In Intensive Care Units. *Global Journal of Health Science*, 8(6): 267.
- King, P.A., Thomas, S.P. (2013). Phenomenological Study Of ICU Nurses' Experiences Caring For Dying Patients. *West J Nurs Res*, 35(10):1292-308.
- Kisorio, CL., Langley, CG. (2016). Intensive Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33:30-38.
- Koçak, C., Albayrak, S.A., Duman, N. B. (2014). Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği Geliştirilmesi: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), 16- 21.
- Kömürcü, Ö., Beldağlı, M., Ülger, F. (2021). Pandemi Sürecinde Non- Covid- 19 Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite. *Turk J Intensive Care*. DOI: 10.4274/tybd.galenos.2021.40085
- Kyeremanteng, K., Beckerleg, W., Wan, C., Vanderspank-Wright, B., D'Egidio, G., Sutherland, S., Hartwick, M., Gratton, V., Sarti, A. J. (2020). Survey on Barriers to Critical Care and Palliative Care Integration. *The American journal of hospice & palliative care*, 37(2), 108–116.  
<https://doi.org/10.1177/1049909119867658>
- Lavoie, M., De Koninck, T., Blondeau, D. (2006). The Nature Of Care In Light Of Emmanuel Levinas. *Nursing philosophy*, 7(4): 225-234.
- Lee, J., Choi, M., Kim, S. S., Kim, H., Kim, D. (2013). Korean nurses' perceived facilitators and barriers in provision of end-of-life care. *International journal of nursing practice*, 19(3), 334-343.
- LeGrand, SB., Walsh, D. (2010). Comfort Measures: Practical Care Of The Dying Cancer Patient. *Am J Hosp Palliat Care*, 27 (7): 488-93
- Li, N., Zhou, H., Tang, Q. (2017). Red Blood Cell Distribution Width: A Novel Predictive Indicator For Cardiovascular and Cerebrovascular Diseases. *Dis Markers*: 1- 23.

- Liu, V., Read, J.L., Scruth, E., Cheng, E. (2013). Visitation Policies And Practices İn US İcus. *Critical Care*, 17(2):71.
- Losa Iglesias, M.E, Pascual, C., Becerro de Bengoa Vallejo, R. (2013). Obstacles And Helpful Behaviors İn Providing End-Of-Life Care To Dying Patients İn Intensive Care Units. *Dimens Crit Care Nurs*, 32(2):99-106. doi: 10.1097/DCC.0b013e3182808429. PMID:23388871.
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., ... Zimmerman, J. (2017). What İs An İntensive Care Unit? A Report Of The Task Force Of The World Federation Of Societies Of Intensive And Critical Care Medicine. *Journal of critical care*, 37: 270-276.
- Matsunuma R, Tanbo Y, Asai N, Ohkuni, Y., Watanabe, S., Murakami, S., Kawaura, Y., Kasahara, K. (2014). Prognostic Factors in Patients With Terminal Stage Lung Cancer. *Journal Of Palliative Medicine*, 17(2):189-194.
- Menekli, T., Fadiloğlu, Ç. (2014). Hemşirelerin Ölüm Algısının Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4): 222-229.
- Mitnick, S., Leffler, C., Hood, L. (2010). American College Of Physicians Ethics, Professionalism And Human Rights Committee. Family Caregivers, Patients And Physicians: Ethical Guidance To Optimize Relationships. *J Gen Intern Med*, 25(3):255-260
- Morrow, GR., Shelke, AR., Roscoe, JA. (2005). Management of Cancer- Related Fatigue. *Cancer Invest*, 23:229-39
- National Clinical Guideline Centre. Delirium: Diagnosis, Prevention And Management. (2010). Nice Clinical Guideline 103. London. National Clinical Guideline Centre. Available From: [Http:// Guidance. Nice. Org.Uk/ Cg103](http://guidance.nice.org.uk/Cg103)
- National Collaborating Centre For Mental Health. Dementia: The Nice-Scie Guideline On Supporting People With Dementia And Their Carers İn National Clinical Guideline Centre. (2006). Health And Social Care. Nice Clinical Guideline 42. London. Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society . Available From: [Http://Www.Nice.Org.Uk/Cg42](http://www.nice.org.uk/Cg42)
- National Institute For Health And Clinical Excellence. (2015). The Guide Lines Manual. London: Care Of Dying Adults İn The Last Days of Life. Available From: [Http://Publications.Nice.Org.Uk/TheGuidelines-Manual-Pmg6/](http://publications.nice.org.uk/TheGuidelines-Manual-Pmg6/)

- Olgun, N. (2014). Ölüm ve Ölüme Yaklaşan Hastaya Yaklaşım. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F, Editörler. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 211-219.
- Olgun, Ş., & Van Giersbergen, M. Y. (2018). Kanıta Dayalı Uygulamalar: Yaşam Sonu Dönemde Yetişkin Bireyin Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(3): 179-191.
- Olsen, K.D., Dysvik, E., Hansen, B.S. (2009). The Meaning Of Family Members' Presence During İntensive Care Stay: A Qualitative Study. *Intensive Crit Care Nurs*, 25(4): 190– 198
- Özdemir, L. (2014). Yoğun Bakım Ünitelerinde Skorlama Sistemlerinin Kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2): 91-100.
- Paice, J.A, Ferrell BR, Coyle N, Coyne P, Callaway M. (2008). Global Efforts To Improve Palliative Care: The International End-Of-Life Nursing Education Consortium Training Programme. *J Adv Nurs*, 61(2):173-80.
- Palliative Care Patients. Cochrane Database of Systematic Reviews.: John Wiley&Sons, Ltd, (10):1-20.
- Perceptions Of And Barriers To The Optimal End-Of-Life Care İn Hospitals: A Cross-Sectional Study. *J Clin Nurs*, 29(7-8):1209-19.
- Posthauer, E.M, Banks M, Dorner B, Jos M.G.A. (2015).The Role Of Nutrition For Pressure Ulcer Management:National Pressure Ulcer Advisory Panel,Eoropan Pressure Ulcer Advisory Panel And Pan Pasific Pressure Injury Alliance White Paper. *Advances İn Skin & Wound Care,Journal*
- Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F. (2008). Research Steering Committee of The European Association for Palliative Care (EAPC). Fatigue in Palliative Care Patients – an EAPC Approach. *Palliative Med*, 22: 13-32
- Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği (2014). <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx> Erişim Tarihi: 14.05.2022
- Sapeta, P., Lopes, M. (2007). Cuidar Em Fim De Vida: Factores Que İnterferem No Processo De İnteracção Enfermeiro Doente [Caring At The End Of Life: Factors That İnterfere With The Process Of İnteraction Nurse-Patient]. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(4): 35-57.

- Schellinger, S., Cain, CL., Shibrowski, K., Elumba, D., Rosenberg, E. (2016). Building New Teams for Late Life Care Lessons From LifeCourse. *Am J Hosp Palliat Care*, 33(6): 561-567
- Siddiqui, S. (2015). Mortality Profile Across Our Intensive Care Units: A 5-Year Database Report From A Singapore Restructured Hospital. *Indian J Crit Care Med*, 19: 726-7. doi: 10.4103/0972-5229.171401.
- Skills for Care & Skills for Health. (2014). Common Core Principles and Competences for Social Care and Health Workers Working With People at the End of Life (2nd Edition). [www.skillsforhealth.org.uk](http://www.skillsforhealth.org.uk) Erişim Tarihi: 01.05.2022
- Smith, K., Boardman, K. (1995). Comforting A Child When Someone Close Dies. *Nursing*, 95: 5859.
- Sucaklı, M. H. (2013). Ölmekte Olan Hasta ve Yaşam Sonu Bakım. *TJFMPC*, 7(3): 52-57.
- Şahin, M. (2018). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Algıladıkları Çevresel Stresörlerin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. 1-48
- Şahinoğlu, A.H. (2011). Yoğun Bakım ve Yoğun Bakım Üniteleri. In: H. Şahinoğlu (Ed.), Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri (sf:1-3). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Şener, A. (2019). Acil Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakım Algılarını Etkileyen Faktörler (Doktora Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- Temelli, G. (2018). Palyatif Bakım Veren Hemşirelerin Ölümüne İlişkin Algısı ve Palyatif Bakım Uygulamaları (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Terzi, B., Kaya, N. (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi*, 1:21-25
- The 2015 Quality of Death Index. (2015). Raking Palliative Care Across the World. <http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf> Erişim: 03.07.22
- Torun, S., Kadioğlu, S., Öztunç, G. (2012). Yoğun Bakımda Yatan Bilinci Açık Hastaların Ziyaret Edilme Hakkı. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 34: 33-40.
- Tözün, M., Ünsal, A., Arberk, K. (2014). Eskişehir’de 2009 Yılı Ölüm Nedenlerinin İncelenmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(1):1-3
- Truog, R.D., Campbell, ML., Curtis, GR. (2008). Recommendations For End-Of-Life Care İn The İntensive Care Unit: A Consensus Statement By The American College Of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*, 36(3):953-963.

- Tunçay, G. Y., Uçar, H. (2010). Hastaların Yoğun Bakım Ünitesinin Fiziksel Ortam Özelliklerine İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2): 33-46.
- Uysal, N., Ceylan, E., Koç, A. (2019). Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Ölmekte Olan Bireyin Bakımına İlişkin Tutumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1): 98-105.
- Uzelli Yılmaz, D. (2017). Bir Palyatif Bakım Kliniğinde Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(3): 2968-2980.
- Üzen Cura, Ş., Ateş, E. (2020). Palyatif Bakım Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Ölmekte Olan Hastaya Bakım Vermede Yaşadıkları Zorluklar. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(3), 483-490.
- Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations On Basic Requirements For Intensive Care Units: Structural And Organizational Aspects. *Intensive care medicine*, 37(10): 1575-1587.
- Van Giersbergen, M. Y., Geçit, S. (2017). Son Gün ve Saatlerdeki Yaşam Sonu Bakımında Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1): 191-201.
- Watson, J. (2018). *Unitary caring science: Philosophy and praxis of nursing*. University Press of Colorado.
- World Health Organization (WHO). Definition of palliative care. [ internet ] 2020 [updated: 20.10.2022. Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- Who end of Life Definition 2021 [updated 30.05.2021. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/11/16-185199/en/>
- WHO Top-10 Causes Of Death [ INTERNET ] 2021 [updated 12.05.2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S., Seale, C., Seymour, J. (2015). Administering Anticipatory Medications in End-of-Life Care: A Qualitative Study of Nursing Practice in The Community And in Nursing Homes. *Palliative Medicine*; 29(1): 60-70

- Yaşam Sonu Hizmetler (2021).  
<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/38654/0/skshastanesetiv62020revize29082020pdflinkpdf.pdf> Erişim Tarihi: 14.09.2022
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (2011).  
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 14.05.2022
- Yavuz Emik, K. & Önal, A. E. (2019). 2009-2016 Yıllarında Türkiye’deki Ölümün Epidemiyolojik Yönden İncelenmesi Ve Ölüm Bildirim Sisteminin Önemi . *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 82 (3): 149-155. DOI: 10.26650/IUITFD.364558
- Yılmaz, E., Vermişli, S. (2015). Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2): 41-46.
- Yurtsever, S. (2013). “Palyatif Bakım”, *Hemşirelik Esasları*, Der. Prof. Dr. Türkinaz Ataberk Aştı, Ayişe Karadağ. İstanbul; 1149.

## EKLER

### Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Bu çalışma yoğun bakımda yatmakta olan yaşam sonuna yaklaşmış hastalara yönelik, hemşirelerin karşılaştıkları engeller ve destekleyici davranışlarını incelemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada kişisel veri toplanacağından 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınarak, gerekli her türlü yükümlülük özenle yerine getirilecektir. Çalışma bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışma sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak, çalışmanın sonuçları katılımcıların aleyhine olacak şekilde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmakta, verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak ve kimliklerinizi açık edici davranışlardan kaçınılacaktır. Çalışmaya katılım sırasında herhangi bir nedenle rahatsızlık hissetmeniz durumunda istediğiniz zaman katılımınızı sona erdirebilirsiniz. Katılımınız ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek
- 3) Medeni Durum: a)Bekar b) Evli
- 4) Eğitim Durumu:  
a) Lise b) Ön lisans c) Lisans d) Lisansüstü
- 5) Çalıştığınız birim:.....
- 6) Yoğun bakımda çalışma süreniz?.....
- 7) Meslekte çalışma yılınız?.....
- 8) Günlük kaç hasta bakmaktasınız?
- 9) Çalışma biçimi a) Sürekli gündüz b) Sürekli nöbet c) Gündüz +nöbet
- 10) Yaptığınız işten memnun musunuz? a) Evet b) Hayır c) Kısmen
- 11) Terminal dönemdeki hastaya bakım verdiniz mi/ veriyor musunuz?  
a) Evet b) Hayır
- 12) Ölmekte olan hastanın fiziksel bakımını vermekte ve hastanıza dokunmakta zorluk yaşadınız mı? a) Evet b) Hayır
- 13) Ölmekte olan hastaya bakım verirken hangi duyguyu hissettiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)  
a) Öfke b) Üzüntü c) Çaresizlik d) Korku  
e) Acıların sonlandığını düşünme f) Hiçbir şey hissetmeme
- 14) Terminal dönemde yakınınız oldu mu? a) Evet b) Hayır
- 15) Terminal dönemdeki yakınınıza bakım verdiniz mi? a) Evet b) Hayır

**Ek 2: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algılanan Engeller Ve Destekleyici Davranışlar Ölçeği**

| <i>ENGELLER</i>  | 0=Hiç Bir Engel Yok | 1= Çok Az Engel Var | 2=Az Engel Var | 3=Orta Derece | 4= Fazla Engel Var | 5= Çok Fazla Engel | 0=Asla | 1=Hemen Hemen Hiç | 2=Bazen | 3=Oldukça Sık | 4=Çok Sık | 5=Her Zaman |
|--|---------------------|---------------------|----------------|---------------|--------------------|--------------------|--------|-------------------|---------|---------------|-----------|-------------|
| 1. Aile hastası ile bilgi edinebilmek için belirlenmiş olan irtibat kişisi ile değil de sürekli olarak hemşiresi ile iletişim kurar. |                     |                     |                |               |                    |                    |        |                   |         |               |           |             |
| 2. Aile yaşam kurtarıcı önlemler teriminin ve onun etkilerinin ne anlama geldiğini bilmez.   |                     |                     |                |               |                    |                    |        |                   |         |               |           |             |
| 3. Hekimlerin bir hastanın yaşam sonu bakımı konusundaki görüşleri farklıdır.  |                     |                     |                |               |                    |                    |        |                   |         |               |           |             |
| 4. Hekimler aileden uzak durur.  |                     |                     |                |               |                    |                    |        |                   |         |               |           |             |
| 5. Hemşire yaşam sonu bakım kalitesini sağlayacak olan hayat kurtarıcı önlemleri uygulamayacak kadar meşguldür.                      |                     |                     |                |               |                    |                    |        |                   |         |               |           |             |
| 6. Aileler hastanın kötü prognozunu kabullenmek istemez.   |                     |                     |                |               |                    |                    |        |                   |         |               |           |             |
| 7. Hemşire öfkeli aile üyeleriyle ilgilenmek zorundadır.   |                     |                     |                |               |                    |                    |        |                   |         |               |           |             |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>8.</b> Hemşire perişan durumdaki aile üyeleri ile hastanın bakımını sürdürürken bile ilgilenmek zorundadır.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>9.</b> Hemşire sedasyon ya da nörolojik sistemin baskılanması nedeni ile hastanın tedavi ile ilgili isteklerini öğrenmek için hasta ile iletişim kuramayabilir. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>10.</b> Hekimler hastanın hastalık sürecine bağlı olarak ölmesine izin vermek istemez.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>11.</b> Aile hastanın tercihlerinin aksine hayat kurtarıcı önlemlerin uygulanmasını istemektedirler.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>12.</b> Hekimler, aileye hastanın yaşamının devam edebilmesi konusunda aşırı umut vermektedirler.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>13.</b> Hemşire diğer görevlerini yerine getirmesi için hasta ve ailesinin yanından başka yerlere çağrılmaktadır.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>14.</b> Hastanın tedavileri ağırlı ve rahatsız edici  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| de olsa sürdürülür.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>15.</b> Aile yaşam desteğinin sağlanmasında mücadele eder.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>16.</b> Hastanın bakımı konusunda hemşirenin fikirlerine önem verilmez.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>17.</b> Hemşire kötü prognozu aileden önce öğrenir.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>18.</b> Aile üyeleri hastanın olduğu yerde yas sürecini yaşayabileceği özel bir yere sahip değildir.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>19.</b> Ailenin yasal girişimlerde bulunabilecek olması bir tehdittir. Bu nedenle kötü prognoza rağmen hastaların yoğun bakımı sürdürülmektedir. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>20.</b> Hasta kontrol altına alınması ve hafifletilmesi zor bir ağrıya sahiptir.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>21.</b> Aile hastanın ölüm anında onunla birlikte değildir.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>22.</b> Hemşire ailenin yas sürecinde ve yaşam sonu bakımın kaliteli verilmesi konusunda eğitilmiş değildir.                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>23.</b> Aileler yas sürecini kültürlerine bağlı olarak farklı şekillerde yaşarlar.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>24.</b> Aile üyelerinden isteyen istediği zaman ziyarete gelebilir.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>25.</b> Ailenin yas süreci yeni hasta yatışlarındaki zamana kadar sınırlıdır.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>26.</b> Zor hasta vakalarını inceleyecek etik kurul ya da komite yoktur.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>27.</b> Ailenin sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider gibi destek alacağı bir kişi yoktur.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>28.</b> Aile ziyaret saatleri oldukça kısıtlayıcıdır.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>29.</b> Hastaneye finansal yararları nedeniyle, ölmek üzere olan hastalara ileriye yönelik tedavilerin uygulanması devam etmektedir. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <b>Destekleyici Davranışlar</b>   | <i>0=Hiç Destek Lemiyorum</i> | <i>1= Çok Az Destekliyorum</i> | <i>2= Az Destekliyorum</i> | <i>3= Orta Derecede Destekliyorum</i> | <i>4= Fazla Destekliyorum</i> | <i>5= Çok Fazla Destekliyorum</i> | <i>0=Asla</i> | <i>1=Hemen Hemen Hiç</i> | <i>2=Bazen</i> | <i>3=Oldukça Sık</i> | <i>4=Çok Sık</i> | <i>5=Her Zaman</i> |
|---|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|----------------|----------------------|------------------|--------------------|
| <b>1.</b> Aile üyeleri ölümden sonra yalnız başına kalabilmeleri için yeterli zamana sahiptir.                      |                               |                                |                            |                                       |                               |                                   |               |                          |                |                      |                  |                    |
| <b>2.</b> Aile üyelerinin hasta yatağının olduğu yerde huzurlu ve sakin bir ortamı vardır.                          |                               |                                |                            |                                       |                               |                                   |               |                          |                |                      |                  |                    |
| <b>3.</b> Ailelere ölmek üzere olan hastanın olduğu yerde nasıl hareket etmeleri gerektiği öğretilir.               |                               |                                |                            |                                       |                               |                                   |               |                          |                |                      |                  |                    |
| <b>4.</b> Aile üyeleri kaybettikleri hastaya sağlanmış olan bakım için hemşireye karşı minnettarlığını gösterirler. |                               |                                |                            |                                       |                               |                                   |               |                          |                |                      |                  |                    |
| <b>5.</b> Hekimler hastanın bakımının ne şekilde olacağı konusunda hemfikirdirler.                                  |                               |                                |                            |                                       |                               |                                   |               |                          |                |                      |                  |                    |
| <b>6.</b> Aile üyeleri hastanın ölümünü kabullenirler.  |                               |                                |                            |                                       |                               |                                   |               |                          |                |                      |                  |                    |
| <b>7.</b> Aileler ölmek üzere olan hastaya sınırsız   |                               |                                |                            |                                       |                               |                                   |               |                          |                |                      |                  |                    |



|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| imzalatılacak olan tüm evrakları üniteden ayrılmadan önce hazır hale getirir.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>15.</b> Hemşireler fiziksel temas (dokunma) yoluyla birbirlerine destek olurlar.                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>16.</b> Hekimler hastanın ölümünden sonra aile üyeleri ile görüşürler.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>17.</b> Hemşireler hastanın ölümünden sonra iş ortamının dışında kendisini dinleyip destekleyecek bir kişiye sahiptir. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>18.</b> Hekimler, aile için somut ifadelerle umut verir.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>19.</b> Yas sürecinde olan ailenin bakımında sosyal hizmet uzmanı ya da dini lider birincil rol oynar.                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>20.</b> Hemşire hasta ile ölüme ilişkin duygu ve düşünceleri hakkında konuşur.   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>21.</b> Hemşireler hastanın  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ölümünden sonra bundan etkilenmiş olan hemşire bir süreliğine ayrıldığında hastalarla diğer hemşireler bakımında sorumluluk alırlar. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. Aile ölmek üzere olan hastanın fiziksel bakımına yardım eder.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. Ölmekte olan hastanın bakımı için lisansı olmayan/yardımcı sağlık personeli vardır.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. Sonradan etik bir durumun ortaya çıkması ihtimaline karşı, etik kurul sürekli olarak üniteye bir temsilci gönderir.              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Ek 4: Etik Kurul İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.06.2021-E.8049



T.C.  
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : E-20292139-050.01.04-8049  
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Elif ASTAM  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

"Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algıladığı Engeller ve Destekleyici Davranışlarının İncelenmesi" başlıklı araştırmanız kurulumuzun 28.05.2021 tarihli ve 2021/05 sayılı toplantısında değerlendirilerek etik açıdan uygun bulunduğu oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nasuh USLU  
Kurul Başkanı

Ek:34-Elif Astam Etik Onay Belgesi (1 sayfa)

## Ek 5: Kurum İzin Yazısı



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM  
ve TESCİL BİRİMİ



Sayı : E-15916306-604.01.02  
Konu : Elif ASTAM Tez Çalışması İzni

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 13/07/2021 tarihli ve 79341859-799-E-79341859-799-13769 sayılı yazısı.  
b) 29/07/2021 tarihli ve 10678112-799-E-10678112-799-7107 sayılı yazısı.  
c) 30/07/2021 tarihli ve 97010115-604.01.01-01-5500 sayılı yazısı.  
d) 13/08/2021 tarihli ve 80929729-604.01.01-01-21396 sayılı yazısı.

İlgi (a) sayılı yazı ile Şişli (Seyrantepe) Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşire kadrosunda görev yapmakta olan Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Elif ASTAM'ın Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER danışmanlığında yürüteceği "*Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algıladığı Engeller ve Destekleyici Davranışlarının İncelenmesi*" başlıklı tezin saha çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Hastanelerde yapma talebi Sağlık Hizmetleri Başkanlığımız *Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 14.07.2020 tarih ve 2021/33 sayılı kararında ilgili Sağlık Tesisleri tarafından değerlendirilmesi kararlaştırılmış olup Hastanelerin ilgi (b), (c) ve (d) sayılı yazıları ile belirtilen uygun görüşe istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.*

Bu kapsamda söz konusu çalışmanın, kurumun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun ilgili Başhekimliklerce sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği Şişli (Seyrantepe) Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan

## Ek 6: Bilgilendirilmiş Onam Formu

### LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Elif ASTAM tarafından yürütülen “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algıladığı Engeller ve Destekleyici Davranışlarının İncelenmesi” başlıklı **tez çalışmasına** davet ediyorum. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar sağlık hizmeti planlayan biz sağlık çalışanlarına yol gösterici olacaktır. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

#### 1.Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

.....  
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

.....  
İmzası:

# ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Elif ASTAM

## EĞİTİM BİLGİLERİ

2020- ... (devam ediyor) İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi – İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

2016 – 2020 İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi – Hemşirelik Bölümü

2012- 2016 Ahmet Şişman Kız Anadolu İmam Hatip Lisesi

## YABANCI DİL

İngilizce

## MESLEKİ DENEYİM

06.09.2020 – 25.12.2020

Medipol Mega Üniversite Hastanesi

21.01.2021 - ... (devam etmekte)  
Hastanesi

Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma

## BİLDİRİLER

Astam, E., Özer, Z. (2022). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Sonu Bakımda Algıladığı Engeller ve Destekleyici Davranışların İncelenmesi. 7. Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi. (Özet Bildiri/ Sözel Sunum).

## BİLİMSEL ETKİNLİKLER

17.12.2016 Effective Communication Sertifikası

17.12.2016 Body Language Sertifikası

17.12.2016 Diction Sertifikası

26.02.2017 Kişisel Gelişimde 5N1K Sertifikası

26.02.2017 Sağlıklı Yaşam ve Kişisel İmaj Sertifikası

26.02.2017 Sosyal Girişimcilik ve Liderlik Sertifikası

26.02.2017 Değerler ve Kariyer Yönetimi Sertifikası

03.07.2018 Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi ‘‘Emzirme

## Haftası Sempozyumu'' Katılım Belgesi

22-25.09.2022. 7.Uluslararası 18. Ulusal Hemşirelik Kongresi – Katılım Belgesi (Sözel Bildiri)

