



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

**PALYATİF BAKIM BİRİMLERİNDE ÇALIŞANLARIN
PALYATİF BAKIM İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE
DÜŞÜNCELERİ KONULU ANKET ÇALIŞMASI**

Dr. Erman MENGEŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR / 2021



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON KLİNİĞİ

**PALYATİF BAKIM BİRİMLERİNDE ÇALIŞANLARIN
PALYATİF BAKIM İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE
DÜŞÜNCELERİ KONULU ANKET ÇALIŞMASI**

Dr. Erman MENGEŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Yücel KARAMAN

YARDIMCI ARAŞTIRMACI

Uzm. Dr. Uğur UZUN

İZMİR / 2021

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve uzmanlık eğitimim sürecinde bilgisini, tecrübesini, desteğini ve vaktini esirgemeyen tez danışmanı değerli hocam Prof. Dr. Yücel Karaman’a,

Uzmanlık eğitimimde birlikte çalışmaktan mutluluk ve gurur duyduğum, tez çalışmamda yardımcı araştırmacı olan Uzm. Dr. Uğur UZUN’a,

Uzmanlık eğitimimde destek ve ilgilerini esirgemeyen hocalarım Doç. Dr. Gaye AYDIN’a, Doç. Dr. Nimet ŞENOĞLU’na,

Klinik becerilerimin gelişiminin her evresinde bana katkısı olmuş olan başta Doç. Dr. Işıl Köse GÜLDOĞAN ve Doç. Dr. Aykut SARITAŞ olmak üzere tüm Yoğun Bakım hocalarıma,

Uzmanlık eğitimimde beraber çalışmaktan mutluluk ve gurur duyduğum başasistanlarım Uzm. Dr. Ergin ALAYGUT’a ve Uzm. Dr. Meltem ÇAKMAK’a,

Beş sene boyunca iyi, kötü her şeyi birlikte göğüslediğimiz tüm asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük emeği olan sevgili annem, babam ve abime,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimle...

Dr. Erman MENGEŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR.....	v
TABLO LİSTESİ	vi
GRAFİK LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
ÖZET.....	x
SUMMARY.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. GENEL TANIMLAMALAR.....	3
2.1.1. SAĞLIK NEDİR?.....	3
2.1.2. TIP NEDİR?	3
2.1.3. PALYATİF BAKIM NEDİR?.....	3
2.1.4. HOSPİS NEDİR?	6
2.2. PALYATİF BAKIMIN ORTAYA ÇIKIŞI VE İLK ÖRNEKLERİ.....	6
2.3. PALYATİF BAKIMIN DÜNYA'DAKİ GELİŞİMİ VE YERİ.....	7
2.4. ÜLKEMİZDE PALYATİF BAKIMIN ORTAYA ÇIKIŞI VE DURUMU ...	8
2.5. PALYATİF BAKIMIN ÖNEMİ NEDİR?.....	10
2.6. PALYATİF BAKIM VEREN PERSONEL KİMLERDEN OLUŞUR, EĞİTİM SÜREÇLERİ NASILDIR?.....	11
3. GEREÇ – YÖNTEM.....	13
3.1. ÇALIŞMA UYGULANIRKEN İZLENEN YOL.....	13
3.2. KULLANILAN İSTATİSTİKSEL TESTLER VE YÖNTEM.....	14
4. BULGULAR.....	15
4.1. VERİLER.....	15

4.2. VERİLERİN KARŞILAŞTIRILMALI ANALİZİ.....	23
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ	42
KAYNAKÇA	43
EKLER.....	47
EK 1. ETİK KURUL ONAYI.....	47
EK 2. TEZ KONUSU ONAY	49
EK 3. İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI.....	51
EK 4. UYGULANAN ANKET FORMU.....	52
EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	55
EK 6. SBÜ TEZ KONUSU ONAY FORMU.....	57
ÖZGEÇMİŞ.....	63

KISALTMALAR

WHO	: World Health Organisation
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PB	: Palyatif Bakım
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TCK	: Türk Ceza Kanunu

TABLO LİSTESİ

Tablo 1:	Demografik Özellikleri Dağılımı.....	15
Tablo 2:	Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin Dağılımı.....	16
Tablo 3:	Hastane Görevi ile Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin İlişkisi.....	23
Tablo 4:	Palyatif Görevi ile Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin İlişkisi.....	25
Tablo 5:	Sağlık Sektöründe Çalışma Süresi ile Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin İlişkisi	29
Tablo 6:	Palyatif Bakım ile ilgili Eğitim Alma Durumu ile Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve İlişkisi.....	32

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Dünyada beklenen yaşam sürelerinde gerçekleşen artış.....	8
Grafik 2: Demografik verilerin dağılımı	16
Grafik 3: Palyatif bakımın verdiği hizmetler sorularının cevap dağılımı	19
Grafik 4. Palyatif bakımla ilgili bilgi ve düşünceler I	20
Grafik 5. Palyatif bakımdan sorumlu olması gereken hekimler	20
Grafik 6. Palyatif bakımla ilgili bilgi ve düşünceler II	21
Grafik 7. Palyatif bakımla ilgili bilgi ve düşünceler III	22
Grafik 8. Palyatif bakımla ilgili bilgi ve düşünceler IV	22

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Palyatif Bakımda papyon modeli.....	5
Şekil 2. Yeni anlayışla Palyatif bakım ve hayati tehdit edici hastalıkların ilişkisi.....	5
Şekil 3. Palyatif Bakım ve Hospis Bakımının karşılaştırılması.....	6
Şekil 4: Palyatif bakımın sağlık sistemi üzerine etkileri.....	11
Şekil 5: Palyatif Bakımda multidisipliner yaklaşım ve hasta.....	12

ÖZET

Amaç: Palyatif birimlerde çalışan hemşire ve doktorların Palyatif Bakım hakkındaki bilgi düzeylerinin ve düşüncelerinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Prospektif, anket çalışması olarak tasarlanan bu çalışmaya, etik kurul onayı alındıktan sonra Palyatif Birimlerde görev yapan doktorlar ve hemşireler olmak üzere 81 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Ankete katılım gönüllülük esasıyla sağlanmış olup, pandemi sürecinin gerekliliği olan önlemler alınacak şekilde yüz yüze değerlendirme şeklinde anketler gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların 3'te 2'si Palyatif Bakım ile ilgili bir eğitim almadığını belirtmiştir. Var olan hastalığa yönelik aktif tedavi yapılmasını katılımcılarımızın 5'te 1'lik bir kısmı Palyatif Bakım ünitelerinin görevleri arasında görmektedir. Palyatif Bakım birimlerinin etkinliğinin artması durumunda hastane ve acil servis başvurularının azalacağını katılımcılarımızın çoğunluğu düşünmektedir. Eğitim aldığını belirten katılımcılarımızın tama yakın kısmı spiritüel destek ve psikosozal desteği Palyatif Bakım ünitelerinin görevlerinden olarak saymaktadırlar. Tüm katılımcılar arasında eğitim alanlarda daha yüksek olsa da hospis kavramını tanımlayabilenlerin sayısı yarıdan az olarak görülmüştür. Ülkemizdeki mevcut Palyatif bakım yatak sayısını doğru olarak 4'te 1 katılımcımız bilebilmiştir. Çalıştıkları bölümden memnun olanları ve ilerleyici/yıkıcı hastalığı olması durumunda Palyatif Bakıma yatma isteklerini sorguladığımız soruda ise yarıdan az olumlu yanıt alınmıştır.

Sonuç: Çalışmamızda; Palyatif Bakım'la ilgili eğitim aldıklarını belirtenlerin sayısı çalışanların yarisından az ve çoğunluğu meslekte 10 yıldan kısa süredir bulunmaktadır. Çalışmayı gerçekleştirdiğimiz ünitelerdeki sonuçlarla, eğitim aldıklarını belirten çalışanların ve sağlık sektöründe daha uzun süredir görev yapan tecrübeli çalışanların palyatif bakımın ilgilenmesi gereken hastaları daha doğru bildikleri görülmektedir. Palyatif bakımlarda verilen hizmetleri de dünya genelinde kabul gören, mevcut güncel görüşlere daha uygun olarak tanımlayabildikleri farkedilmektedir. Biyopsikosozal iyilik halinin parçalarından olan psikosozal desteğin ve spiritüel/dini desteğin sağlanmasını, Palyatif Bakımda gereken bir komponent olarak daha yüksek oranda gördükleri anlaşılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, palyatif birim çalışanları, bilgi ve düşünceleri

SUMMARY

Aim: In this study, it was aimed to examine the knowledge and thoughts of nurses and doctors working in palliative units about Palliative Care.

Materials and Methods: 81 healthcare professionals, including doctors and nurses, who worked in Palliative Units, were included in this study, which was designed as a prospective questionnaire study. Participation in the survey was provided on a voluntary basis, and surveys were conducted in the form of face-to-face evaluation to take precautions that are necessary for the pandemic process.

Results: 2 out of 3 of the participants stated that they did not receive any educational training on Palliative Care. One in five of our participants consider active treatment for the existing disease among the duties of Palliative Care units. Most of our participants think that if the effectiveness of Palliative Care units increases, the number of hospital and emergency service visits will decrease. Almost all of our participants, who stated that they received educational training, consider spiritual support and psychosocial support as the duties of Palliative Care units. Among all the participants, the number of people who could define the hospice concept was known as less than half, although it was higher in the fields of education. Our participants were able to accurately know the number of palliative care beds available in our country to 1 in 4. On the other hand, less than half of the positive answers were received in the question that we questioned those who were satisfied with their department and their desire to go to Palliative Care in case of progressive / destructive disease.

Conclusion: In our study; Less than half of the employees who stated that they received educational training on Palliative Care and most of them have been in the workforce for less than 10 years. With the results of the units where we conducted the study, it is seen that the employees who stated that they received training and the experienced employees who have worked in the health sector for a longer time know more accurately the patients who need palliative care. It is noticed that they can define the services provided in palliative care in accordance with the current opinions, which are accepted worldwide. It is understood that they see psychosocial support and spiritual /

religious support, which are parts of biopsychosocial well-being, at a higher rate as a necessary component in Palliative Care.

Keywords: Palliative care, palliative workforce, knowledge and thoughts



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Palyatif bakım; hayatı tehdit eden veya ciddi/terminal dönem hastalığı olan yetişkin veya çocuk hastaların konforunun artırılmasını, ailelerinin hastalıkla ilgili karşılaşacağı problemlere destek olunmasını sağlayacak şekilde oluşturulmuş birimler olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) tarafından tanımlanmıştır (1).

Hastaların hayat kalitelerinin artırılması, ağrının baştan oluşmasının engellenmesi veya oluştuğunda palyasyonunun sağlanması, hastaya ve ailesine manevi destek sağlanması, bu durumun ailelere yarattığı maddi yüklerin azaltılması, ölüm gerçekleşmesi sonrası da desteğe devam edilmesi Palyatif Bakım'ın görevleri arasında gösterilmiştir. (2)

Bilimsel ve teknolojik alandaki ilerlemelerle birlikte, yaşam kalitesi artmış ve bireylerin beklenen yaşam süreleri uzamıştır(3). Özellikle artan yaşlı nüfusun da etkisiyle kronik hastalıklara sahip birey sayısında ve kanser insidansında artış görülmüştür (4). Tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, kanser hastalarına terminal evrede olsa da yapılan agresif tedaviler ile palyatif bakıma olan gereksinim artmıştır (5).

Palyatif bakım hizmetleri 1990 yılında DSÖ tarafından tanınmış, bu süreçle birlikte İskandinav ülkeleri, İngiltere ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde hızlı bir gelişme sürecine girmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında Evde Sağlık Hizmetleri, ülkemiz Sağlık Bakanlığınca 2010 yılında başlatılmıştır. Devamında palyatif bakım birimlerinin hastanelerde kurulması için yasal düzenlemeler yapılmıştır. İlk donanımlı palyatif bakım merkezi ise Ankara'da Ulus Devlet Hastanesinde açılmıştır(6).

Tıp uygulamalarının nispeten yeni önem kazanan bu dalı, ülkemizde de yeni yer edinmeye başlamıştır.

Sağlık Bakanlığımız da; yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere PB merkezlerini kurmayı ve sayılarını arttırmayı hedeflemektedir(7).

PB; multidisipliner yaklaşım gerektiren, birçok daldan sağlık çalışanının dahil olduğu bir takım çalışmasıdır. Bu konuda uzmanlaşmış doktor ve hemşirelerin yanında, fizyoterapi, diyetetik, sosyal hizmetler vb. dallarında da çalışanlara ihtiyaç duyulmaktadır(8).

Çalışanların eğitilmişlikleri, donanımları, çalıştıkları branşla ilgili beklentileri ve düşünceleri de verdikleri hizmetin kalitesini direkt olarak etkilemektedir. Çalışanların yeterliliklerinin sağlanması, eğitimlerinin standardizasyonu; PB uygulamalarına hakimlikleri açısından önemlidir. PB ünitelerinin kalitesinin arttırılması, ulaşılacak hasta sayısının yükseltilmesi, sağlık sisteminde daha aktif rol alması bu şekilde sağlanabilecektir (9).

Bizim bu çalışma için belirlediğimiz hipotezimiz; "PB çalışanları, PB ile ilgili uygun eğitimleri almışlardır ve doğru bilgilere sahiptirler." ‘ dir. Çalışmamızda oluşturduğumuz sorular ile bu hipotezi test etmeyi hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Genel Tanımlamalar

2.1.1 Sağlık nedir?

Dünya Sağlık Örgütü, 1978 yılında Sovyetler Birliğindeki konferansında Alma Ata Sağlık Bildirgesini yayınlamıştır(10). Bu bildirgede sağlık; fiziksel, sosyal, mental iyilik hali olarak tanımlanmış ve ayırım yapmaksızın tüm insanların ulaşması gereken bir insan hakkı olarak yorumlanmıştır (11).

2.1.2 Tıp nedir?

Tıp; sağlığın korunması ve hastalığın giderilmesi, yatıştırılması veya önlenmesi ile ilgilenen bilim ve sanat dalıdır(12).

Tıbbın ilk günlerinden beri uğraşı, insanların daha iyi hissetmesini sağlamaktır (13). İyilik halinin ulaştırılmasında; din, dil, cinsiyet, ülke, yaş, genel durum, mevcut hastalıklar vb. ayrımların aranmamakta, tıp hizmeti tüm insanları kapsamaktadır.

2.1.3 Palyatif bakım nedir?

Palyatif; köken olarak pallium kelimesinden gelmektedir. Pallium; Latince yelek, pelerin anlamına gelmektedir. Palliate ise sarmak, üstünü örtmek, yatıştırmak anlamlarındadır. PB'ın huzursuzluk veren semptomları azaltmayı, rahatlatmayı sağlamayı amaçladığını kelimenin kökeninden de çıkarabilmemiz mümkündür.

Türk dil kurumu da palyatif kelimesini “köklü bir çözüm olmayan, geçici, geçiririci” olarak tanımlamıştır (14).

Dünya sağlık örgütü; hayatı tehdit eden veya ciddi/terminal dönem hastalığı olan yetişkin veya çocuk hastaların konforunun artırılmasını, ailelerinin hastalıkla ilgili karşılaşacağı problemlere destek olunmasını sağlamak için oluşturulmuş yaklaşım modeli olarak tanımlama yapmıştır. Palyatifin amacı; multidisipliner olarak bu özel hasta grubunun ve yakınlarının fiziksel, ruhsal ve psikolojik problemleri ile ilgilenilmesidir (1).

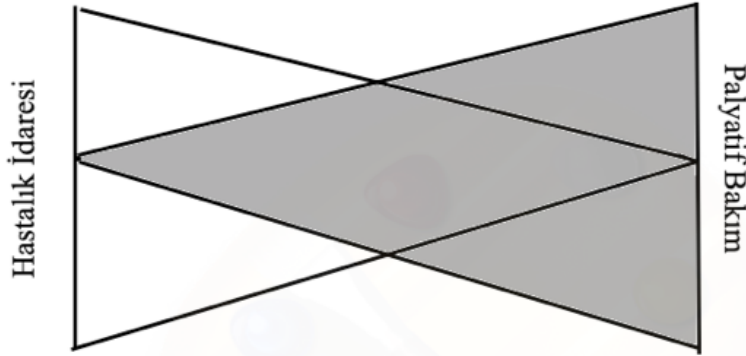
Ölüm yaklaştıkça hastayı ve yakınlarını rahatlatıcı önlemler teksif edilir, kaybın ardından da ailenin yas durumunda desteklenmesine katkı sağlar (15). Hastanın yaşam süresinin artırılmasından çok yaşamının kalitesi ile ilgilenilir.

Palyatif Bakım;

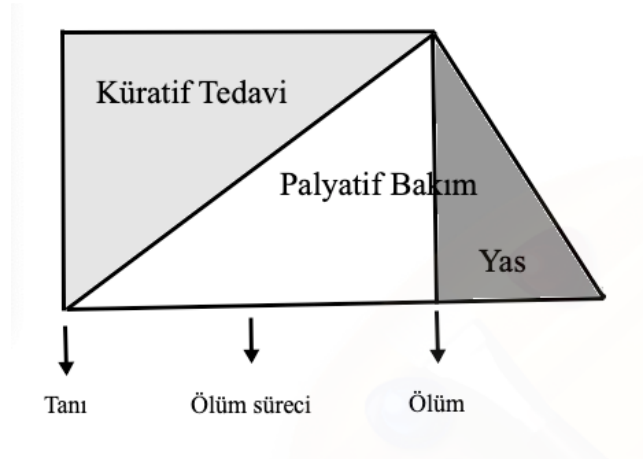
- Ortaya çıkacak rahatsızlıkların erken tanınması ve önlem alınmasını
- Yaşam kalitesinin artırılması/azalmasının önlenmeye çalışılmasını, konforun her dönemde korunmasının sağlanmasını
- Hastalık sırasında hasta ve yakınlarına eşlik edilmesini, yalnızlık hissinin engellenmesini
- Hastanın kaybı sonrasında gerekli olursa yakınlarına da destek verilmesini
- Hastanın ve yakınlarının, hastalık nedeniyle finansal sıkışıklık yaşamalarının önlenmeye çalışılmasını
- Ölüm sürecine ivme kazandırmadan hastanın konforunun arttırılmaya çalışılmasını
- Sürecin sağlık sistemine entegre edilmesi ve eğitimli personelce, multidisipliner olarak yürütülebilmesinin sağlanmasını
- Hastalara evlerinde ve bakım kurumlarında ulaşılabilirliğin sorunsuz olmasını hedefler.

Sürekli güncellenen uygulamalarla birlikte PB hastalığının sadece son evrelerini/terminal dönemi kapsamamaktadır. Hastalığının tanısının koyulması itibari ile hasta PB'ın da ilgi alanına girmektedir. Hayat kalitesini yüksek tutabilmek, oluşacak konforsuzlukları önceden fark edip önlem alabilmek ancak böyle mümkün olmaktadır. Hayatı tehdit eden hastalığının ilk tanısından başlayan yeni yaklaşımla, hastalar PB ünitelerinden faydalanırken küratif tedavilere de devam etmektedirler (16).

Bu konuda hastalığının idaresi süreci ile PB'ı entegre eden bir model Hawley tarafından öne sürülmüştür. Papyon modeli ismi verilen bu model hem hastaların tedavi ve PB uyumunu arttırmakta hem de konforlarının sürdürülebilmesini sağlamaktadır (17).



Şekil 1. Palyatif Bakımda papyon modeli



Şekil 2. Yeni anlayışla Palyatif bakım ve hayati tehdit edici hastalıkların ilişkisi (18)

2.1.4 Hospis nedir?

Hayatı tehdit edici hastalığı olan kişilerin ve yakınlarının desteklenmesini sağlayan merkezlerdir. Genellikle artık bir tedavisi olmayan, ilerleme kaydedilemeyecek, beklenen yaşam süresi 6 aydan kısa hastaların kabul edildiği merkezlerdir. Hastaların bir tedavi planları yoktur. Hospis, ölümü hayatın bir sonucu olarak kabul eder, hastaların son dönemlerini rahat bir şekilde, sevdikleri ile birlikte geçirmesini amaçlar. Aile merkezci bir yaklaşım olarak da tanımlanabilir. Hastaların kendi evlerinde, hastane dışı özel merkezlerde veya hastasızlaştırılmış hastanelerde bu hizmet verilebilmektedir(Şekil 14) (19).



Palyatif Bakım

Sigorta tarafından karşılanma
Her evre hastalığa hizmet verme
Küratif tedaviye devam edebilme
Genellikle hastanede hizmet verme

Ortak Alanlar

Konfor sağlanması
Stresin azaltılması
Semptomların azaltılması
Fiziksel ve psikolojik rahatlama



Hospis Bakım

Her zaman sigortanın kapsamında değil
6 ay ve altı prognozlu hastalara yönelik
Küratif tedavi yok
Hastanın rahat edeceği her yerde(ev, klinik vb.)

Şekil 3. Palyatif Bakım ve Hospis Bakımının karşılaştırılması

2.2 Palyatif bakımın ortaya çıkışı ve ilk örnekleri

PB kavramının ilk örnekleri dini kurumların çatısı altında, ciddi hastalarla ilgilenen rahibeler/bakımcılar şeklinde kendini göstermektedir. Buralarda sınırlı kaynaklar, olanaklarla genelde ölmek üzere olan hastalar ile ilgilenilmiş, aile bireyleri ve sosyal yaklaşımlar dahil edilmemiştir (2).

Eski zamanlarda benzeri bakım işleri her toplumda yapılsa da, 1948 yılında ilk resmi PB oluşumu İngiliz hemşire ve sosyal hizmet uzmanı Dame Cicely Saunders tarafından kurulmuştur (20). Bugün hospis benzeri/hastane dışı olarak tanımlayabileceğimiz bir yapıdadır.

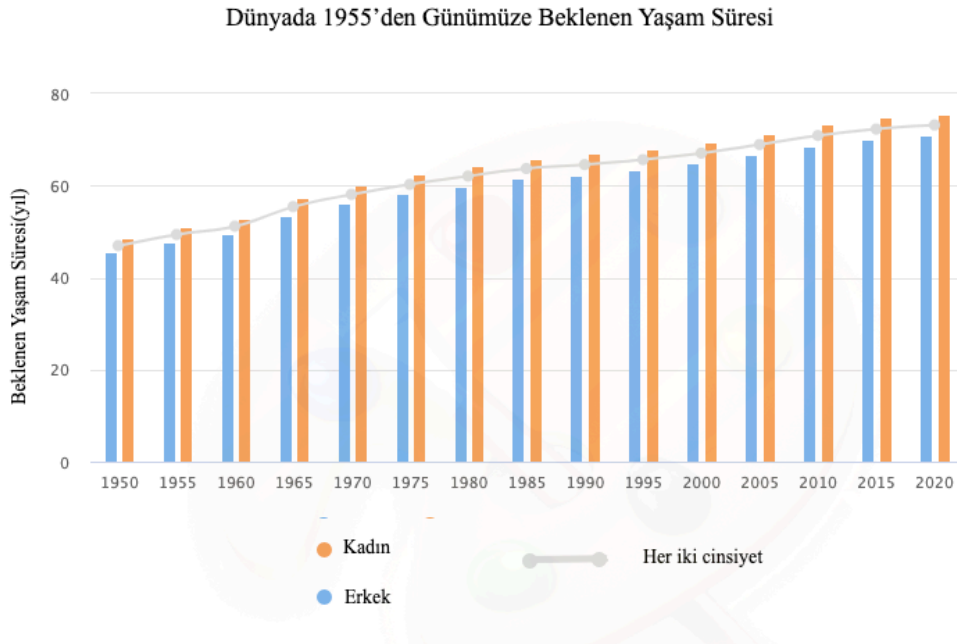
Tarihte ilk resmi PB ünitesi ise 1975 yılında Kanada Montreal’de Royal Victoria Hastanesi’nde hizmete sunulmuştur(21). Hastanelere entegre olmaya başlaması da bu tarihten sonra gelmektedir.

2.3 Palyatif bakımın Dünya’daki gelişimi ve yeri

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre her yıl 7.9 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Kanser tedavisi gören hastaların ise 3’te 2 si PB desteğine ihtiyaç duymaktadır. DSÖ de yıllık 20 milyon kanser hastası insana PB hizmeti sunmak

gerektiğini açıklamaktadır. Diğer terminal evre, ilerleyici hastalıklar vb. ile yıllık 40 milyon kişi bu bakıma ulaşmaya çalışmaktadır.

Uzayan yaşam süreleri, terminal evre hastalığı olan kişilerin artması, kanser tedavilerinin ilerlemesi ile PB ihtiyacı artmıştır. 1975 yılında Canada’da kurulan ilk hastane içi birimden sonra dünyaya yayılmaya başladı. 1987 yılında İngiltere’de de tanınan PB ancak 1990 yılında DSÖ tarafından tanınabilmiştir. DSÖ’nün ayrıntılı tanımına da yer verdiği bildiriden sonra dünyada hızlı bir yayılım süreci başlamıştır (22). Dünyada yayıldıkça kapsamı da genişlemiş, daha multidisipliner ve kanser dışı hastalıklarla da ilgilenen bir branşa evrilmiştir. Aktif tedavisi devam eden ancak PB’ya da ihtiyaç duyan hastalar da bakım verdiği kitleye dahil olmaya başlamıştır. Artık kanser dışında; AIDS, ilerleyici destrüktif nörolojik hastalıklar, ileri evre kalp yetmezliği, ileri evre kronik obstrüktif akciğer hastalığı, terminal evre böbrek yetmezliği, ileri evre demans da PB ünitelerinin ilgilendiği hastalıklardandır (23) (24).



Grafik 1. Dünyada beklenen yaşam sürelerinde gerçekleşen artış(25)

2.4 Ülkemizde palyatif bakımın ortaya çıkışı ve durumu

Türkiye’de her yıl 170 bin kişi yeni kanser tanısı almakta, 600 bin kişi ise kanser hastalığı ile yaşamaktadır.

Kanserli hastaların %60’ı hastanede ölmekte ve bu terminal dönemde 15-20 gün civarında hastane yatışları olmaktadır.

1990’lı yıllardan itibaren PB ünitelerine olan ihtiyaç ülkemizde de fark edilmiştir. İstanbul’da 1993 – 1997 yılları arasında hizmet veren “Kanser Bakımevi” konunun ilklerindendir. Yatan hastalarda sigorta ile ödeme sıkıntıları olması, hospis ve palyasyon kavramlarının yeterince anlaşılamaması nedeniyle bu öncü oluşum kapanmıştır.

Bu konudaki ikinci resmi girişim ise 2006 yılında kurulan “Hacettepe Umut Evi” adındaki, hospis yapısında planlanmış birimdir. Hacettepe Onkoloji Hastanesine bağlı, Enstitü Vakfının çabalarıyla kurulmuştur.

Ege Üniversitesi, PB alanında faaliyet gösteren ilk üniversite, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ise ilk Eğitim ve Araştırma hastanesi olmuştur(6).

2010 yılında İl Sağlık Müdürlüklerinin verilerine göre Türkiye’de 9 PB merkezi bulunmaktaydı. Bu merkezlerin çoğunluğu da üniversiteler bünyesindeydi.

Sağlık Bakanlığının, “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” adındaki ilk yönergesi 09.10.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. 2014 yılında SUT’da da PB hizmetleri tanımlanmıştır. Önerge; “ MADDE 1: Bu Yönergenin amacı, yaşamı tehdit eden hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan sorunlarla karşılaşan hastalarda ağrı ve diğer semptomları erken tanımlamak ve değerlendirmek, bu kişilere ve aile bireylerine tıbbi, psikolojik, sosyal ve manevi destek vererek acılarını hafifletmek veya önlemek, yaşam kalitesini geliştirmek için faaliyet göstermek üzere palyatif bakım merkezleri kurmak, bunların işleyişini, fiziki şartlarını, bulundurulması

gereken araç, gereç ve personel asgari standardını, personelin görev yetki ve sorumluluklarını ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.” Maddesi ile başlamaktadır, bakanlığın PB birimlerinin kalitesini, verdiği hizmeti, sayısını arttırma isteği görülmektedir (7).

Sağlık Bakanlığı önergesi sonrası, hızla merkez ve yatak sayıları arttırılmış 2014 yılında 15 , 2017 yılında 250, 2019 yılında 365 merkez sayısına ulaşılmıştır.

2.5 Palyatif bakımın önemi nedir?

Bilimsel ve teknolojik alandaki ilerlemelerle birlikte, yaşam kalitesi artmış ve bireylerin beklenen yaşam süreleri uzamıştır(3). Özellikle artan yaşlı nüfusun da etkisiyle kronik hastalıklara sahip birey sayısında ve kanser insidansında artış görülmüştür (4). Tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, kanser hastalarına terminal evrede olsa da yapılan agresif tedaviler ile PB birimlerine olan gereksinim artmıştır.

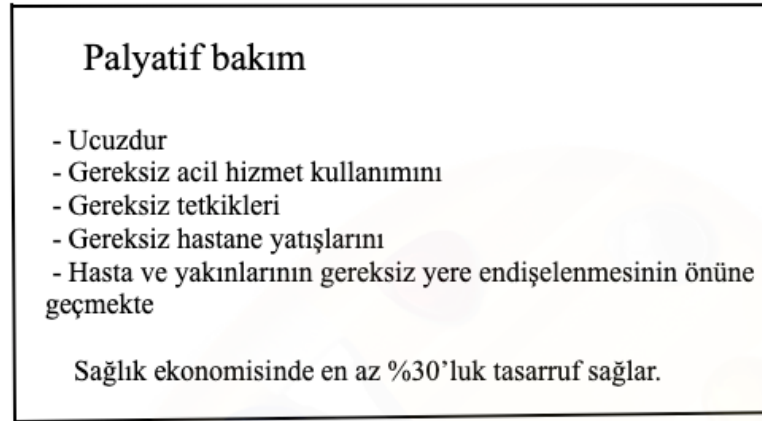
Ayrıca artık yaşam sonunda da uygun desteği ve bakımı almak temel bir insan hakkı olarak görülmektedir. Bu konuda Dame Cicely Saunders “Sen, sen olduğun için değerlisin. Yaşamının son anına kadar önemlisin ve biz sadece huzur içinde ölmen için değil hayatının son dakikasına kadar yaşadığını hissedebilmen için elimizden geleni yapacağız” demiştir. İnsanın varlığını sürdürdüğü sürece, her insanlık hakkından yararlanması gerekliliği PB oluşumunun daha ilk günlerinden itibaren vurgulanmıştır.

Terminal evredeki hastaların da “iyilik haline” erişimini sağlayabilmek için PB ünitelerinin sayısı ve kalitesinde hızlı bir artış olmaktadır. Dünyada bu gelişmelere rağmen, hala PB ihtiyacı olan insanların sadece %14’ü bu hizmete ulaşabilmektedir (26).

PB ünitelerinin sağlık sistemindeki yeri ile gelişmişlik arasında da önemli bir ilişki vardır. Ölüm Kalite İndeksi PB birimlerinin hizmet kalitesi ile ilgili uluslararası bir belirteçtir (3).

Yapılan çalışmalarda PB ünitelerindeki standart bakım sonrası ölen hastalar ile normal servislerde ölen hastalar karşılaştırılmış ve hastane masrafları yarıya kadar daha düşük bulunmuştur(27).

Ülkemizde hem PB üniteleri hem de hospisler hızlı gelişmelere rağmen hala yetersizdir. Son evre hastalar hastane yataklarında gerek olmadan doluluğa neden olmakta veya evde yetersiz destek ile vefat etmektedirler (28). Hem hastanelerin yatak doluluklarını daha iyi kontrol edebilmek, sağlık sisteminin işlerliğini arttırabilmek, hasta maliyetlerini düşürebilmek için hem de hastaların/hasta yakınlarının konforunu, hayat kalitesini arttırabilmek için PB sisteminin daha aktif hale gelmesi gerekmektedir.



Şekil 4. Palyatif bakımın sağlık sistemi üzerine etkileri (29)

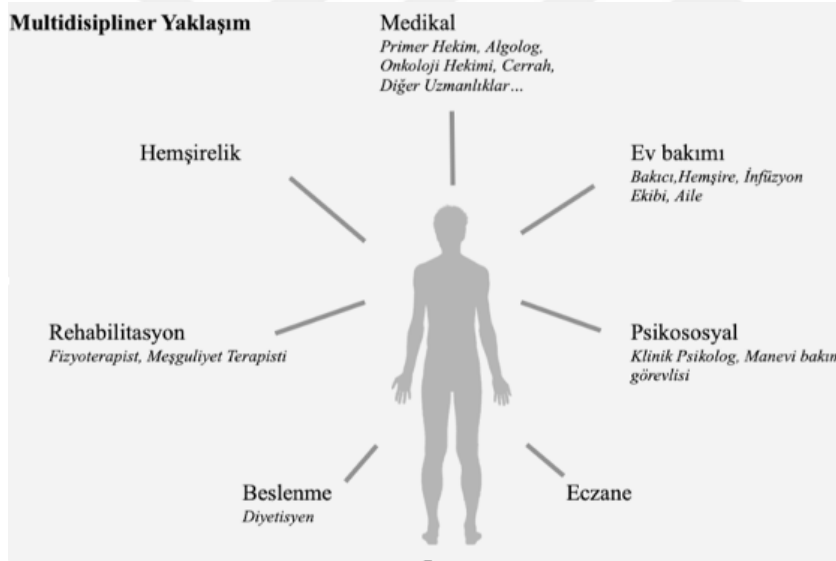
2.6 Palyatif Bakım veren personel kimlerden oluşur, eğitim süreçleri nasıldır?

Türkiye’de PB; bu konuda uzmanlaşmış ekiplerce uygulanamamaktadır. Hastane temelli ünitelerde hizmet veren ekipler, PB uzmanlığı düzeyinde eğitim görmüş profesyonellerden oluşmamaktadır. Tıp fakülteleri müfredatlarında, hemşirelik fakülteleri ve okullarında oldukça kısıtlı bilgiler verilmektedir. Bunun yanında

Ülkemizde PB aktif, hızlı bir yapılanma aşamasındadır ve sağlık profesyonelleri PB ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim programlarına katılmak istemektedirler (30) .

Kanada, Amerika, Avusturalya, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde PB ayrı bir uzmanlık alanı olarak bulunmaktadır. Amerika ve İngiltere’de büyük çaplı kampanyalarla hemşire ve doktorlara eğitimler, sertifika programları uygulanmaktadır. Hemşire ve doktorların lisans eğitimine dahil etmiş ise birçok gelişmiş (Avusturalya, İngiltere...) ve gelişmekte olan (İsrail, Ürdün...) lke bulunmaktadır (31) (32).

Palyatif; hekim, hemşire, hasta bakım personeli, fizyoterapist, beslenme uzmanı, eczacı, psikososyal destek uzmanları, gönüllüler...gibi çok yönlü yaklaşımları sağlayacak karma ekipten oluşan bir takım oyunudur.



Şekil 5. Palyatif Bakımda multidisipliner yaklaşım ve hasta

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma uygulanırken izlenen yol

Araştırmamız Ağustos 2020 ile Aralık 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkezli gerçekleştirilmiştir. Etik kurul izni 12 Ağustos 2020 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (2020/ 10-31 karar numarası ile)

Ankete İzmir'deki 5 hastanenin PB birim çalışanlarının dahil edilmesi planlanlanmış ancak pandemi nedeniyle sadece hizmet vermeye devam eden yerlere ulaşılabilmiştir. Bunlar SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi PB birimleri ile SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi PB birimi olmuştur. Ek olarak SBÜ İzmir Bozyaka EAH için hastanenin sorumlu birimlerinden ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır.

Anketimize 83 kişi katılmış, 2 kişi fazla miktarda soru boş bırakması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Anketler; pandemi nedeniyle mesafe, maske ve hijyen kurullarına uyulacak şekilde birebir olarak, anketi doldurmak isteyen PB birimlerinde çalışan doktor ve hemşirelerle gerçekleştirilmiştir.

“Palyatif Bakım Birimlerinde çalışanların Palyatif Bakım ile ilgili bilgi düzeyleri ve düşünceleri anketi” isimli anketimiz;

Anketimiz 20 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. Anket soruları hazırlanırken, daha önce yapılmış ulusal ve uluslararası benzer çalışmalardan faydalanılmıştır. Ayrıca çalışanların demografik verilerini, bilgi düzeylerini, çalışma memnuniyetlerini, uluslararası tartışmalı olan konular hakkındaki düşüncelerini sorgulayacak sorulara yer verilmiştir. Soruların bir kısmında, verilmek istenen cevapların seçeneklere uymaması ihtimaline karşı boşluk doldurma şeklinde seçenekler de bırakılmıştır.

3.2. Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 25 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Kategorik (nitel) değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) istatistikleri verilmiştir.

Çalışmada değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla Kikare testi kullanılmıştır. Kikare: iki kategorik değişken arasındaki ilişkinin belirlenmesinde kullanılan test tekniğidir. Beklenen değeri 5’den küçük hücrelerin oranı %20 ve altında olduğunda Pearson Kikare testi yorumlanırken %20’den fazla olduğunda test geçersiz kabul edilir. Bu sorunun giderilmesi için frekansı çok düşük olan gruplarda birleştirme yapılmıştır.

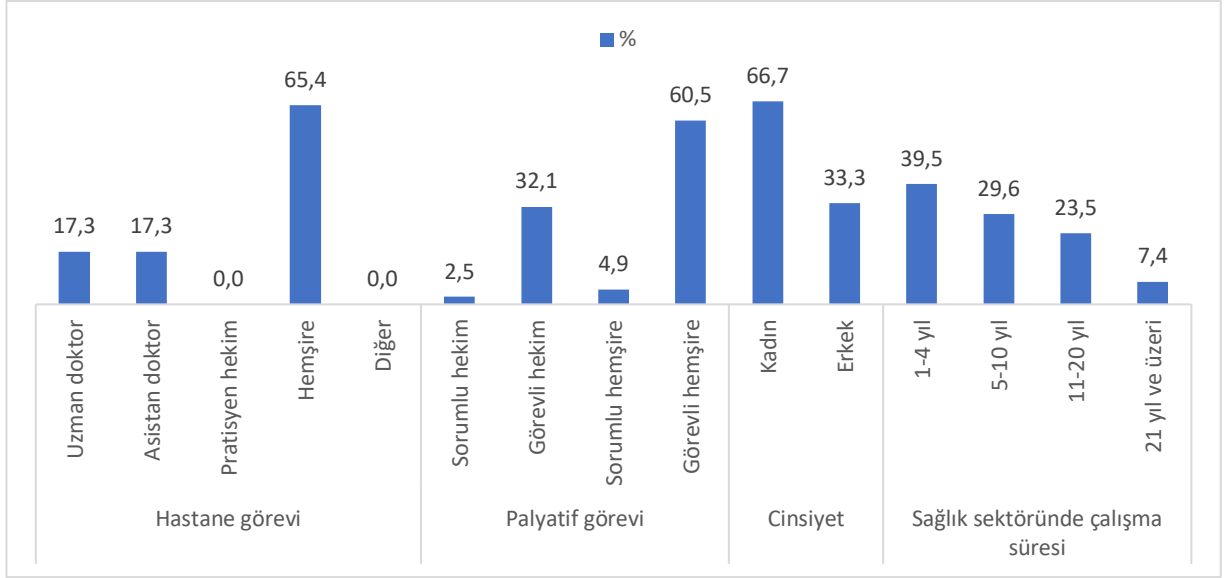
4. BULGULAR

4.1. Veriler

Tablo1: Demografik Özellikleri Dağılımı

		N:81 (%)
Hastane görevi	Uzman doktor	14 (17,3)
	Asistan doktor	14 (17,3)
	Hemşire	53 (65,4)
Palyatif görevi	Sorumlu hekim	2 (2,5)
	Görevli hekim	26 (32,1)
	Sorumlu hemşire	4 (4,9)
	Görevli hemşire	49 (60,5)
Cinsiyet	Kadın	54 (66,7)
	Erkek	27 (33,3)
Sağlık sektöründe çalışma süresi	1-4 yıl	32 (39,5)
	5-10 yıl	24 (29,6)
	11-20 yıl	19 (23,5)
	21 yıl ve üzeri	6 (7,4)

Ankete cevap verenlerin %65,4'ü hemşire, %17,3'ü uzman ve asistan doktordur. Ankete cevap verenlerin %2,5'i sorumlu hekim, %32,1'i görevli hekim, %4,9'u sorumlu hemşire, %60,5'i görevli hemşiredir. Ankete cevap verenlerin %66,7'si kadın, %33,3'ü erkektir. Ankete cevap verenlerin %39,5'i 1-4 yıldır, %29,6'sı 5-10 yıldır, %23,5'i 11-20 yıldır, %7,4'ü 21 yıl ve üzeri süredir sağlık sektöründe çalışmaktadır.



Grafik 2. Demografik verilerin dağılımı

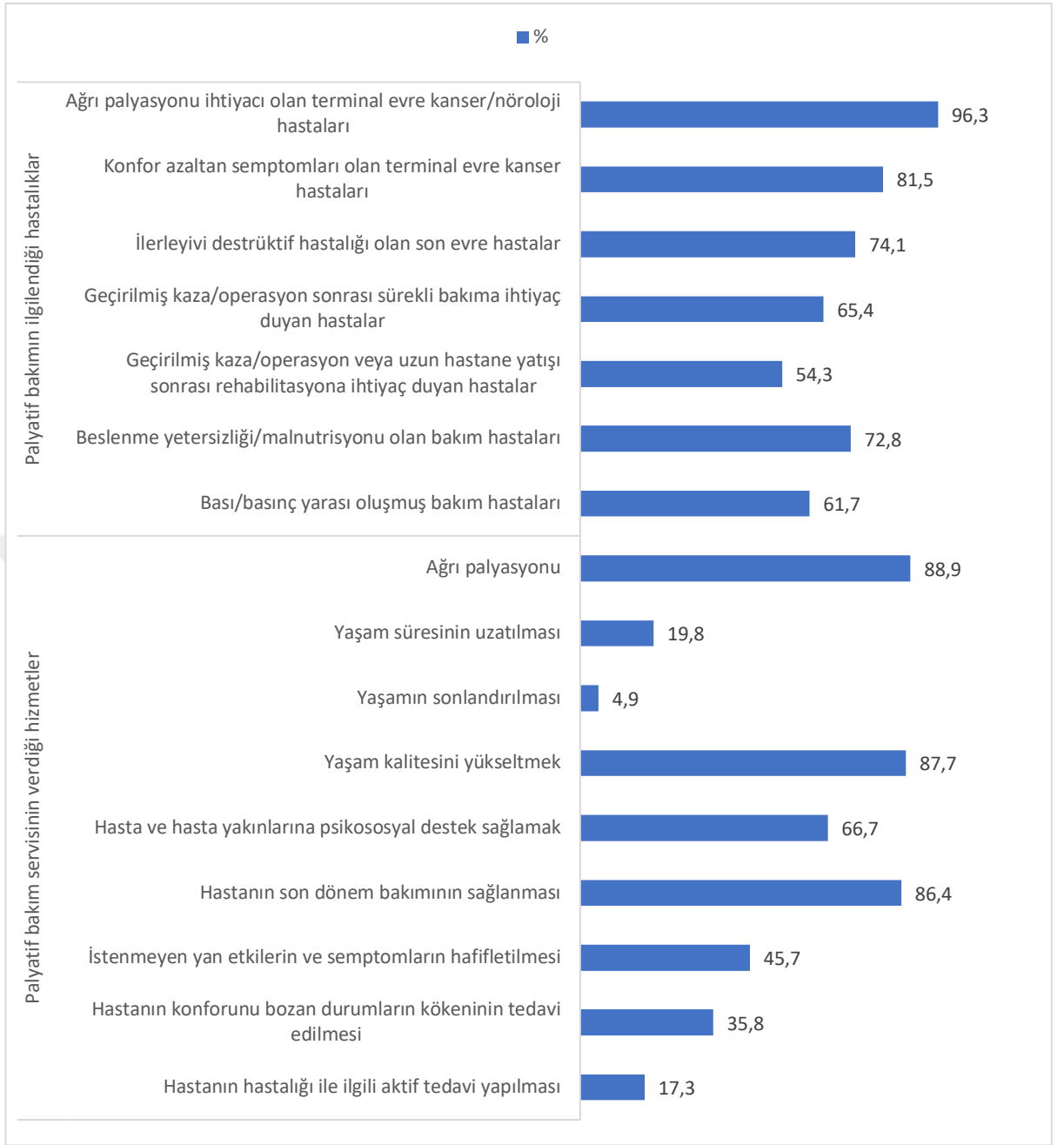
Tablo2: Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin Dağılımı

		N:81 (%)
Palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alma	Evet	31 (38,3)
	Hayır	50 (61,7)
Palyatif bakımın ilgilendiği hastalıklar	Ağrı palyasyonu ihtiyacı olan terminal evre kanser/nöroloji hastaları	78 (96,3)
	Konfor azaltan semptomları olan terminal evre kanser hastaları	66 (81,5)
	İlerleyici destrüktif hastalığı olan son evre hastalar	60 (74,1)
	Geçirilmiş kaza/operasyon sonrası sürekli bakıma ihtiyaç duyan hastalar	53 (65,4)
	Geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalar	44 (54,3)
	Beslenme yetersizliği/malnutrisyonu olan bakım hastaları	59 (72,8)
	Bası/basınç yarası oluşmuş bakım hastaları	50 (61,7)
Palyatif bakım servisinin verdiği hizmetler	Ağrı palyasyonu	72 (88,9)
	Yaşam süresinin uzatılması	16 (19,8)
	Yaşamın sonlandırılması	4 (4,9)
	Yaşam kalitesini yükseltmek	71 (87,7)
	Hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamak	54 (66,7)
	Hastanın son dönem bakımının sağlanması	70 (86,4)
	İstenmeyen yan etkilerin ve semptomların hafifletilmesi	37 (45,7)
	Hastanın konforunu bozan durumların kökeninin tedavisi	29 (35,8)
Palyatif bakım ünitelerinin aktifliği durumda acil/yoğun bakımbaşvuru sayılarının yatışlarının/poliklinik	Evet	58 (71,6)
	Hayır	11 (13,6)

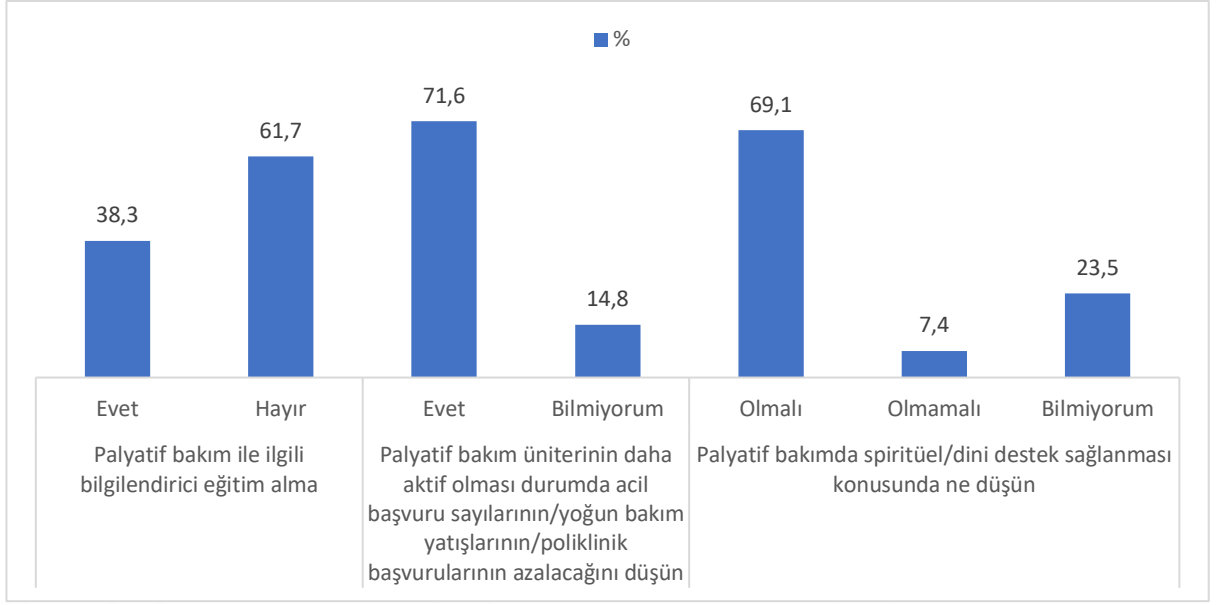
başvurularının azalacağını düşünme	Bilmiyorum	12 (14,8)
Palyatif bakımda spiritüel/dini destek sağlanması konusundaki düşünceler	Olmalı	56 (69,1)
	Olmalı	6 (7,4)
	Bilmiyorum	19 (23,5)
Palyatif bakımdan sorumlu olması düşünülen hekim grubu	Aile hekimliği	42 (51,9)
	Anesteziyoloji ve reanimasyon	54 (66,7)
	İç hastalıklar	31 (38,3)
	Genel cerrahi	7 (8,6)
	Onkoloji	45 (55,6)
	Pratisyen hekimlik	11 (13,6)
	Algoloji uzmanı	1 (1,2)
	Fizik tedavi rehabilitasyon uzmanı	1 (1,2)
	Göğüs hastalıkları	1 (1,2)
	Palyatif bakım uzmanlığı	2 (2,5)
Canlandırma yapmama, tedavileri çekme, yeni tedavi başlamama kavramları ile ilgili düşünce	Tamamen hatalı uygulamalardır	3 (3,7)
	Hastaya özel karar verilebilecek ancak ülkemizde uygulamada zorluklar yaşanacak kavramlardır.	47 (58)
	Hastaya ve yakınlarına danışılarak ortak karar verilebilecek kavramlardır.	12 (14,8)
	Terminal dönem /yaşam umudu olmayan hastalara uygulanması gereken yöntemlerdir.	12 (14,8)
	Cevaplandırmak istemiyorum	7 (8,6)
Hospis kavramını daha önce duyma durumu	Evet	43 (53,1)
	Hayır	38 (46,9)
Hospis kavramını en iyi açıklayan cümle	Yaşamı sona ermek üzere olan hastalara bakım verilen ara birimdir.	20 (46,5)
	Palyatif birimin hastane dışına uyarlanmış halidir.	12 (27,9)
	Evde palyatif desteğe verilen uluslararası isimdir.	9 (20,9)
	Eve taburcu edilecek hastaların rehabilite edildiği ara birimdir.	2 (4,7)
Palyatif bakım birimindeki görevden memnuniyet	Evet	37 (46,3)
	Hayır	19 (23,8)
	Bilmiyorum	24 (30)
Türkiye'de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma durumu	Evet	43 (53,1)
	Hayır	3 (3,7)
	Bilmiyorum	35 (43,2)
Türkiye'deki mevcut palyatif yatak sayısı	100-499	4 (4,9)
	500-999	18 (22,2)
	1000-1999	33 (40,7)
	2000-3999	23 (28,4)
	Bilmiyorum	3 (3,7)
Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerini sağlık sistemi ile entegre görme durumu	Evet	55 (67,9)
	Hayır	22 (27,2)
	Bilmiyorum	4 (4,9)
Palyatif birimde yeterli psikolojik desteğin verilebildiğini düşünme	Evet düşünüyorum, bu desteği birimde çalışan hemşire ve doktorlar sağlıyor.	24 (29,6)
	Evet düşünüyorum, bu desteği psikoloji konusunda uzman bir görevli sağlıyor.	4 (4,9)
	Hayır düşünmüyorum, bu desteğin birimde çalışan hemşire ve doktorlarca sağlanması gerekir.	1 (1,2)
	Hayır düşünmüyorum, bu desteğin psikoloji konusunda uzman bir görevli tarafından sağlanması gerekir.	52 (64,2)
	Diğer	0 (0)
	Hastaya	1 (1,2)

Palyatif birimlerde psikolojik desteğin sağlanması gereken kişiler	Hasta ve yakınlarına	14 (17,3)
	Hasta, yakınları ve palyatif birim çalışanlarına	66 (81,5)
İlerleyici terminal dönem bir hastalığa sahip olursa palyatif birimlerde yatmayı tercih etme durumu	Evet	33 (40,7)
	Hayır	21 (25,9)
	Bilmiyorum	27 (33,3)

Ankete cevap verenlerin %38,3'ü palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim almıştır. Ankete cevap verenler %96,3 oranla palyatif bakımın en çok ağır palyasyonu ihtiyacı olan terminal evre kanser/nöroloji hastaları ile ilgilendiğini düşünmekte, %54,3 oranla en az geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalar ile ilgilendiğini düşünmektedir. Ankete cevap verenlerin %88,9 oranla palyatif bakım servisinin en çok ağır palyasyonu hizmeti verdiğini düşünmekte, %4,9 oranla en az yaşamın sonlandırılması hizmetini verdiğini düşünmektedir. Ankete cevap verenlerin %71,6'sı palyatif bakım ünitelerinin daha aktif olması durumunda acil başvuru sayılarının/yoğun bakım yatışlarının/poliklinik başvurularının azalacağını düşünmekte, %69,1'i spiritüel/dini destek palyatif bakımda olması gerektiğini belirtmektedir.

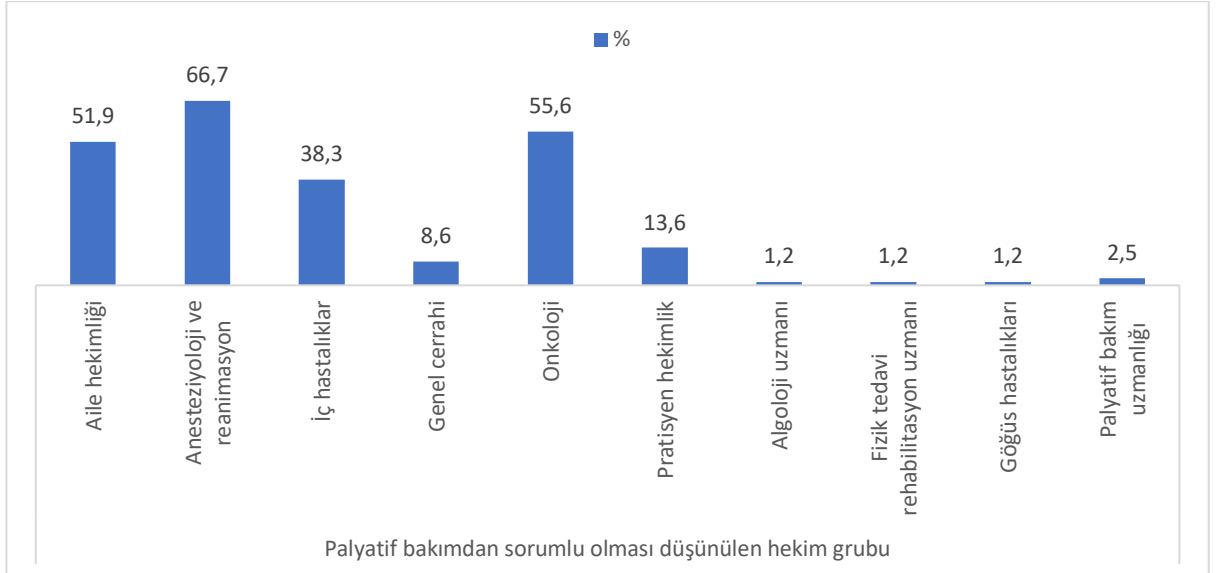


Grafik 3. Palyatif bakımın verdiği hizmetler sorularının cevap dağılımı



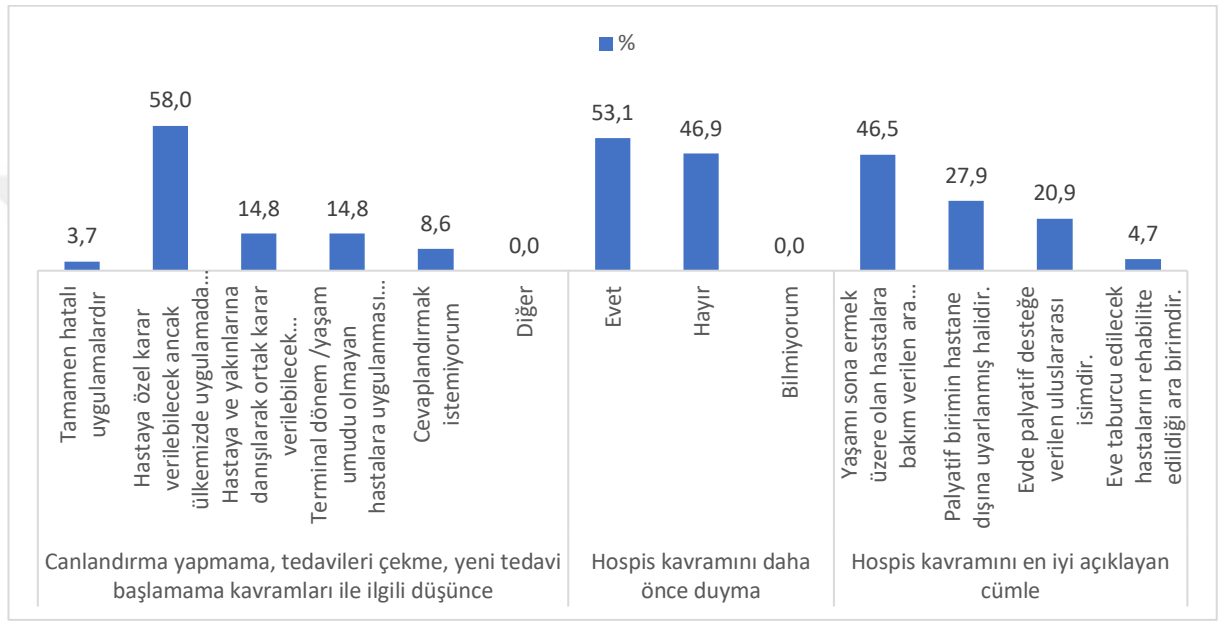
Grafik 4. Palyatif bakımla ilgili bilgi ve düşünceler I

Ankete cevap verenler %66,7 oranla Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekim grubunun palyatif bakımdan sorumlu olması gerektiğini düşünmekte, %8,6 oranla en az genel cerrahi hekim grubunun sorumlu olması gerektiğini düşünmektedir.



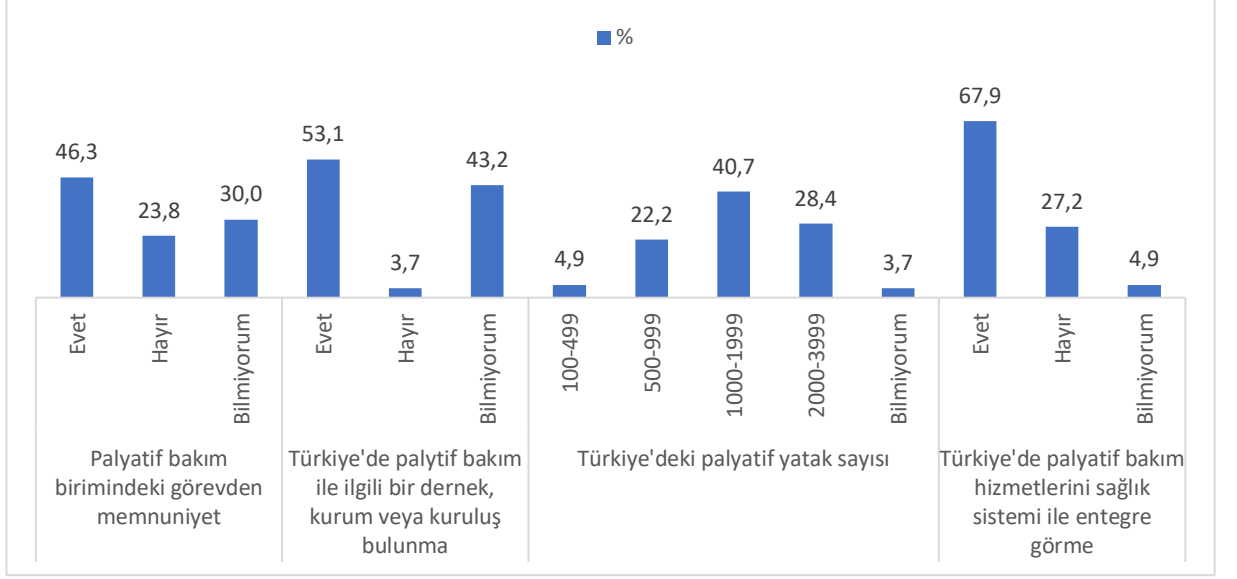
Grafik 5. Palyatif bakımdan sorumlu olması istenen hekimler

Ankete cevap verenlerin %58,0'i canlandırma, tedavi çekme gibi kavramların hastaya özel karar verilebilecek ancak ülkemizde uygulamada zorluklar yaşanacak kavramlar olduğunu düşünmektedir. Ankete cevap verenlerin %53,1'i Hospis kavramını bilmekte, bilenlerden %74,4'ü ise uygun olarak tanımlamıştır.



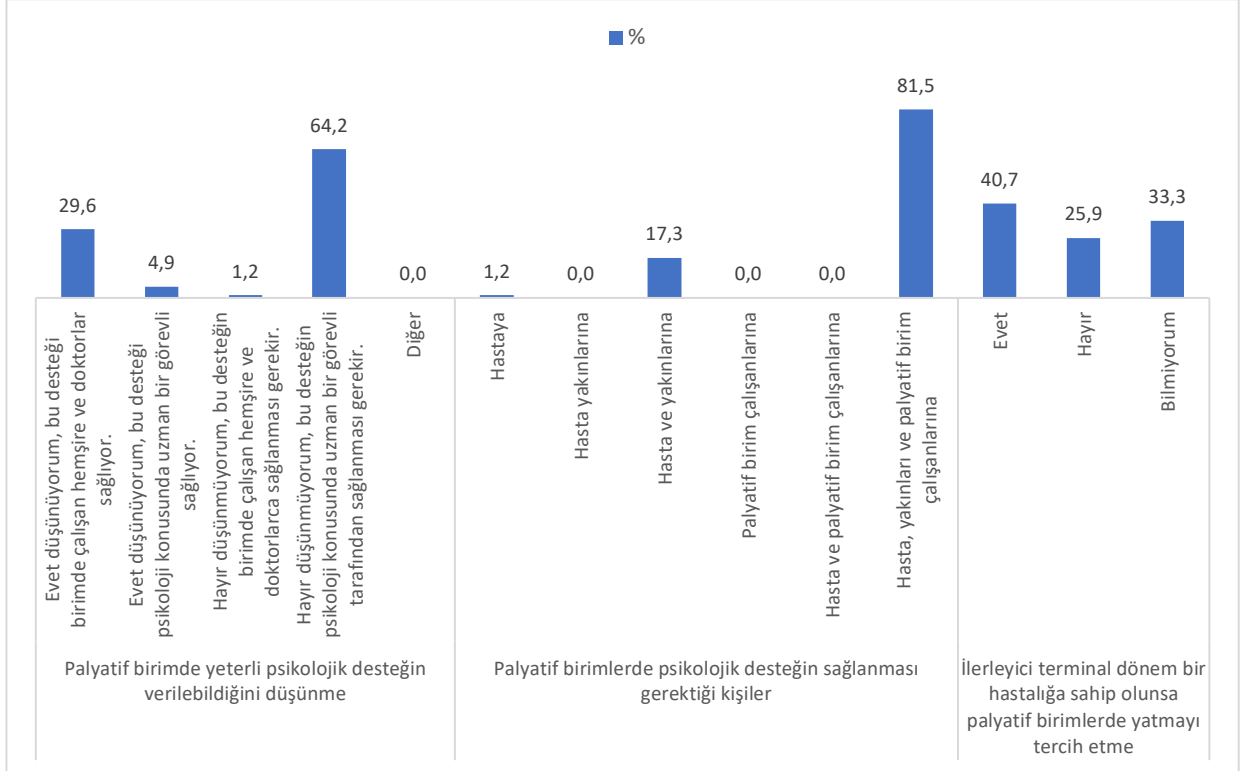
Grafik 6. Palyatif bakımla ilgili bilgi ve düşünceler II

Ankete cevap verenlerin %46,3'ü palyatif bakım birimindeki görevinden memnun, %53,1'i ülkemizde palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum, kuruluş bulunduğunu belirtmiş, %28,4'ü 2000-3999 palyatif yatak sayısının ülkemizde olduğunu belirtmiş, %67,9'u ülkemizde palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemi ile entegre olduğunu belirtmiştir.



Grafik 7. Palyatif bakımla ilgili bilgi ve düşünceler III

Ankete cevap verenlerin %64,2'si palyatif birimde yeterli psikolojik desteğin verilmediğini, uzman bir görevli tarafından verilmesi gerektiğini düşünmekte, %81,5'i bu desteğin hasta, yakınlar ve birim çalışanlarına verilmesi gerektiğini düşünmekte, çalışmaya katılanların %40,7'si hastalık halinde palyatif birimde yatmayı tercih edebileceğini belirtmiştir.



Grafik 8. Palyatif bakımla ilgili bilgi ve düşünceler IV

4.2. Verilerin karşılaştırmalı analizi

Tablo 3: Hastane Görevi ile Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin İlişkisi

		Hastane görevi			P
		Uzman doktor	Asistan doktor	Hemşire	
Palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alma	Evet	10 (71,4)	3 (21,4)	18 (34)	0,014*
	Hayır	4 (28,6)	11 (78,6)	35 (66)	
Palyatif bakımın ilgilendiği hastalıklar	Ağrı palyasyonu ihtiyacı olan terminal evre kanser/nöroloji hastaları	14 (100)	14 (100)	50 (94,3)	0,999
	Konfor azaltan semptomları olan terminal evre kanser hastaları	11 (78,6)	13 (92,9)	42 (79,2)	0,593
	İlerleyici destrüktif hastalığı olan son evre hastalar	12 (85,7)	12 (85,7)	36 (67,9)	0,296
	Geçirilmiş kaza/operasyon sonrası sürekli bakıma ihtiyaç duyan hastalar	9 (64,3)	8 (57,1)	36 (67,9)	0,789
	Geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalar	10 (71,4)	9 (64,3)	25 (47,2)	0,192
	Beslenme yetersizliği/malnutrisyonu olan bakım hastaları	11 (78,6)	12 (85,7)	36 (67,9)	0,441
	Bası/basınç yarası oluşmuş bakım hastaları	6 (42,9)	11 (78,6)	33 (62,3)	0,169
Palyatif bakım servisinin verdiği hizmetler	Ağrı palyasyonu	14 (100)	14 (100)	44 (83)	0,116
	Yaşam süresinin uzatılması	0 (0)	4 (28,6)	12 (22,6)	0,101
	Yaşamın sonlandırılması	0 (0)	0 (0)	4 (7,5)	0,606
	Yaşam kalitesini yükseltmek	14 (100)	12 (85,7)	45 (84,9)	0,371
	Hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamak	10 (71,4)	9 (64,3)	35 (66)	0,999
	Hastanın son dönem bakımının sağlanması	9 (64,3)	14 (100)	47 (88,7)	0,018*
	İstenmeyen yan etkilerin ve semptomların hafifletilmesi	8 (57,1)	8 (57,1)	21 (39,6)	0,322
	Hastanın konforunu bozan durumların kökeninin tedavi edilmesi	4 (28,6)	6 (42,9)	19 (35,8)	0,746
	Hastanın hastalığı ile ilgili aktif tedavi yapılması	0 (0)	3 (21,4)	11 (20,8)	0,193
Palyatif bakım üniterinin daha aktif olması durumunda acil başvuru sayılarının/yoğun bakım yatışlarının/poliklinik başvurularının azalacağını düşünme	Evet	11 (78,6)	10 (71,4)	37 (69,8)	0,409
	Hayır	3 (21,4)	1 (7,1)	7 (13,2)	
	Bilmiyorum	0 (0)	3 (21,4)	9 (17)	
Palyatif bakımda spiritüel/dini destek sağlanması konusunda ne düşündüğü	Olmalı	9 (64,3)	6 (42,9)	41 (77,4)	0,068
	Olmamalı	2 (14,3)	2 (14,3)	2 (3,8)	
	Bilmiyorum	3 (21,4)	6 (42,9)	10 (18,9)	
Palyatif bakımdan sorumlu olması düşünülen hekim grubu	Aile hekimliği	13 (92,9)	11 (78,6)	18 (34)	0,000*
	Anesteziyoloji ve reanimasyon	9 (64,3)	10 (71,4)	35 (66)	0,999
	İç hastalıklar	8 (57,1)	7 (50)	16 (30,2)	0,135
	Genel cerrahi	3 (21,4)	0 (0)	4 (7,5)	0,120
	Onkoloji	7 (50)	3 (21,4)	35 (66)	0,012*
Canlandırma yapmama, tedavileri çekme, yeni tedavi başlamama kavramları ile ilgili düşünce	Pratisyen hekimlik	6 (42,9)	4 (28,6)	1 (1,9)	0,000*
	Hastaya özel karar verilebilecek ancak ülkemizde uygulamada zorluklar yaşanacak kavramlardır.	9 (64,3)	9 (75)	29 (64,4)	0,712
	Hastaya ve yakınlarına danışılarak ortak karar verilebilecek kavramlardır.	3 (21,4)	1 (8,3)	8 (17,8)	
	Terminal dönem /yaşam umudu olmayan hastalara uygulanması gereken yöntemlerdir.	2 (14,3)	2 (16,7)	8 (17,8)	
	Evet	9 (64,3)	2 (14,3)	32 (60,4)	0,006*

Hospis kavramını daha önce duyma durumu	Hayır	5 (35,7)	12 (85,7)	21 (39,6)	
Hospis kavramını en iyi açıklayan cümle	Yaşamı sona ermek üzere olan hastalara bakım verilen ara birimdir.	4 (44,4)	0 (0)	16 (50)	
	Palyatif birimin hastane dışına uyarlanmış halidir.	3 (33,3)	2 (100)	7 (21,9)	0,301
	Evde palyatif desteğe verilen uluslararası isimdir.	1 (11,1)	0 (0)	8 (25)	
	Eve taburcu edilecek hastaların rehabilite edildiği ara birimdir.	1 (11,1)	0 (0)	1 (3,1)	
Palyatif bakım birimindeki görevden memnuniyet durumu	Evet	6 (42,9)	4 (28,6)	27 (51,9)	
	Hayır	6 (42,9)	4 (28,6)	9 (17,3)	0,169
	Bilmiyorum	2 (14,3)	6 (42,9)	16 (30,8)	
Türkiye'de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma	Evet	10 (71,4)	7 (50)	26 (49,1)	
	Bilmiyorum	4 (28,6)	7 (50)	27 (50,9)	0,318
Türkiye'deki mevcut palyatif yatak sayısı	Yanlış	10 (71,4)	14 (100)	34 (64,2)	
	Doğru	4 (28,6)	0 (0)	19 (35,8)	0,020*
Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerini sağlık sistemi ile entegre görme	Evet	8 (57,1)	9 (69,2)	38 (76)	
	Hayır	6 (42,9)	4 (30,8)	12 (24)	0,354
Palyatif birimde yeterli psikolojik desteğin verilebildiğini düşünme	Evet	5 (35,7)	1 (7,1)	22 (41,5)	
	Hayır	9 (64,3)	13 (92,9)	31 (58,5)	0,054
Palyatif birimlerde psikolojik desteğin sağlanması gerektiği kişiler	Hasta ve yakınlarına	3 (21,4)	2 (14,3)	10 (18,9)	
	Hasta, yakınları ve palyatif birim çalışanlarına	11 (78,6)	12 (85,7)	43 (81,1)	0,999
İlerleyici terminal dönem bir hastalığa sahip olursa palyatif birimlerde yatmayı tercih etme	Evet	6 (42,9)	6 (42,9)	21 (39,6)	
	Hayır	5 (35,7)	3 (21,4)	13 (24,5)	0,839
	Bilmiyorum	3 (21,4)	5 (35,7)	19 (35,8)	

***p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare testi**

Hastane görevi ile palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Uzman doktorların eğitim alma oranı en yüksektir (%71,4).

Hastane görevi ile hastanın son dönem bakımının yapılmasını palyatif bakım servis hizmeti olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Asistan doktorların son dönem bakımının yapılmasını palyatif bakım servis hizmeti olarak görme oranı en yüksektir (%100,0).

Hastane görevi ile palyatif bakımdan sorumlu hekimi aile hekimi olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Uzman doktorların palyatif bakımdan sorumlu hekimi aile hekimi olarak görme oranı en yüksektir (%92,9).

Hastane görevi ile Hospis kavramını daha önce duyma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Uzman doktorların Hospis kavramını daha önce duyma oranı en yüksektir (%64,3).

Hastane görevi ile Türkiye’deki palyatif yatak sayısını bilme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Asistan doktorların Türkiye’deki palyatif yatak sayısını bilme oranı en yüksektir (%100,0).

Diğer değişkenlerin hastane görevi ile ilişkisi yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4: Palyatif Görevi ile Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin İlişkisi

		Palyatif görevi		p
		Hekim	Hemşire	
Palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alma	Evet	13 (46,4)	18 (34)	0,272
	Hayır	15 (53,6)	35 (66)	
Palyatif bakımın ilgilendiği hastalıklar	Ağrı palyasyonu ihtiyacı olan terminal evre kanser/nöroloji hastaları	28 (100)	50 (94,3)	0,548
	Konfor azaltan semptomları olan terminal evre kanser hastaları	24 (85,7)	42 (79,2)	0,680
	İlerleyici destrüktif hastalığı olan son evre hastalar	24 (85,7)	36 (67,9)	0,141
	Geçirilmiş kaza/operasyon sonrası sürekli bakıma ihtiyaç duyan hastalar	17 (60,7)	36 (67,9)	0,687
	Geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalar	19 (67,9)	25 (47,2)	0,123
	Beslenme yetersizliği/malnutrisyonu olan bakım hastaları	23 (82,1)	36 (67,9)	0,269
	Bası/basınç yarası oluşmuş bakım hastaları	17 (60,7)	33 (62,3)	0,999
Palyatif bakım servisinin verdiği hizmetler	Ağrı palyasyonu	28 (100)	44 (83)	0,024*
	Yaşam süresinin uzatılması	4 (14,3)	12 (22,6)	0,545
	Yaşamın sonlandırılması	0 (0)	4 (7,5)	0,293
	Yaşam kalitesini yükseltmek	26 (92,9)	45 (84,9)	0,481
	Hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamak	19 (67,9)	35 (66)	0,999
	Hastanın son dönem bakımının sağlanması	23 (82,1)	47 (88,7)	0,500
	İstenmeyen yan etkilerin ve semptomların hafifletilmesi	16 (57,1)	21 (39,6)	0,204
	Hastanın konforunu bozan durumların kökeninin tedavi edilmesi	10 (35,7)	19 (35,8)	0,999
	Hastanın hastalığı ile ilgili aktif tedavi yapılması	3 (10,7)	11 (20,8)	0,359
Palyatif bakım ünitelerinin daha aktif olması durumunda acil başvuru sayılarının/yoğun bakım yatışlarının/poliklinik başvurularının azalacağını düşüncesi	Evet	21 (75)	37 (69,8)	0,815
	Hayır	4 (14,3)	7 (13,2)	
	Bilmiyorum	3 (10,7)	9 (17)	
Palyatif bakımda spiritüel/dini destek sağlanması konusunda ne düşündüğü	Olmalı	15 (53,6)	41 (77,4)	0,063
	Olmamalı	4 (14,3)	2 (3,8)	
	Bilmiyorum	9 (32,1)	10 (18,9)	
Palyatif bakımdan sorumlu olması düşünülen hekim grubu	Aile hekimliği	24 (85,7)	18 (34)	0,000*
	Anesteziyoloji ve reanimasyon	19 (67,9)	35 (66)	0,999
	İç hastalıklar	15 (53,6)	16 (30,2)	0,039
	Genel cerrahi	3 (10,7)	4 (7,5)	0,688
	Onkoloji	10 (35,7)	35 (66)	0,000*

	Pratisyen hekimlik	10 (35,7)	1 (1,9)	0,000*
Canlandırma yapmama, tedavileri çekme, yeni tedavi başlamama kavramları ile ilgili düşünce	Hastaya özel karar verilebilecek ancak ülkemizde uygulamada zorluklar yaşanacak kavramlardır.	18 (69,2)	29 (64,4)	0,456
	Hastaya ve yakınlarına danışılarak ortak karar verilebilecek kavramlardır.	4 (15,4)	8 (17,8)	
	Terminal dönem /yaşam umudu olmayan hastalara uygulanması gereken yöntemlerdir.	4 (15,4)	8 (17,8)	
Hospis kavramını daha önce duyma durumu	Evet	11 (39,3)	32 (60,4)	0,115
	Hayır	17 (60,7)	21 (39,6)	
Hospis kavramını en iyi açıklayan cümle	Yaşamı sona ermek üzere olan hastalara bakım verilen ara birimdir.	4 (36,4)	16 (50)	0,270
	Palyatif birimin hastane dışına uyarlanmış halidir.	5 (45,5)	7 (21,9)	
	Evde palyatif desteğe verilen uluslararası isimdir.	1 (9,1)	8 (25)	
	Eve taburcu edilecek hastaların rehabilite edildiği ara birimdir.	1 (9,1)	1 (3,1)	
Palyatif bakım birimindeki görevden memnuniyet	Evet	10 (35,7)	27 (51,9)	0,168
	Hayır	10 (35,7)	9 (17,3)	
	Bilmiyorum	8 (28,6)	16 (30,8)	
Türkiye’de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma durumu	Evet	17 (60,7)	26 (49,1)	0,444
	Bilmiyorum	11 (39,3)	27 (50,9)	
Türkiye’deki mevcut palyatif yatak sayısı	Yanlış	24 (85,7)	34 (64,2)	0,074
	Doğru	4 (14,3)	19 (35,8)	
Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerini sağlık sistemi ile entegre görme durumu	Evet	17 (63)	38 (76)	0,345
	Hayır	10 (37)	12 (24)	
Palyatif birimde yeterli psikolojik desteğin verilebildiğini düşünme	Evet	6 (21,4)	22 (41,5)	0,118
	Hayır	22 (78,6)	31 (58,5)	
Palyatif birimlerde psikolojik desteğin sağlanması gerektiği kişiler	Hasta ve yakınlarına	5 (17,9)	10 (18,9)	0,999
	Hasta, yakınları ve palyatif birim çalışanlarına	23 (82,1)	43 (81,1)	
İlerleyici terminal dönem bir hastalığa sahip olursa palyatif birimlerde yatmayı tercih etme	Evet	12 (42,9)	21 (39,6)	0,795
	Hayır	8 (28,6)	13 (24,5)	
	Bilmiyorum	8 (28,6)	19 (35,8)	

***p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare testi**

Palyatif görev ile ağır palyasyonunu palyatif bakım servis hizmeti olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Doktorların ağır palyasyonunu palyatif bakım servis hizmeti olarak görme oranı en yüksektir (%100,0). Hemşireler palyatif bakımdan sorumlu hekimi, en çok onkoloji hekimi ve anestezi hekimi olarak görmektedirler (%66,0).

Palyatif görev ile palyatif bakımdan sorumlu hekimi pratisyen hekim olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Doktorların palyatif bakımdan sorumlu hekimi pratisyen hekim olarak görme oranı en yüksektir (%35,7).

Diğer değişkenlerin palyatif görev ile ilişkisi yoktur ($p>0,05$).

Tablo 5: Sağlık Sektöründe Çalışma Süresi ile Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin İlişkisi

		Sağlık sektöründe çalışma süresi			p
		1-4 yıl	5-10 yıl	10 yıldan fazla	
Palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alma	Evet	5 (15,6)	9 (37,5)	17 (68)	0,000*
	Hayır	27 (84,4)	15 (62,5)	8 (32)	
Palyatif bakımın ilgilendiği hastalıklar	Ağrı palyasyonu ihtiyacı olan terminal evre kanser/nöroloji hastaları	29 (90,6)	24 (100)	25 (100)	0,109
	Konfor azaltan semptomları olan terminal evre kanser hastaları	22 (68,8)	23 (95,8)	21 (84)	0,030*
	İlerleyici destrüktif hastalığı olan son evre hastalar	14 (43,8)	22 (91,7)	24 (96)	0,000*
	Geçirilmiş kaza/operasyon sonrası sürekli bakıma ihtiyaç duyan hastalar	14 (43,8)	18 (75)	21 (84)	0,003*
	Geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalar	10 (31,3)	14 (58,3)	20 (80)	0,001*
	Beslenme yetersizliği/malnutrisyonu olan bakım hastaları	17 (53,1)	21 (87,5)	21 (84)	0,005*
	Bası/basınç yarası oluşmuş bakım hastaları	15 (46,9)	16 (66,7)	19 (76)	0,066
Palyatif bakım servisinin verdiği hizmetler	Ağrı palyasyonu	24 (75)	23 (95,8)	25 (100)	0,004*
	Yaşam süresinin uzatılması	9 (28,1)	4 (16,7)	3 (12)	0,297
	Yaşamın sonlandırılması	3 (9,4)	0 (0)	1 (4)	0,378
	Yaşam kalitesini yükseltmek	24 (75)	24 (100)	23 (92)	0,012*
	Hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamak	15 (46,9)	19 (79,2)	20 (80)	0,009*
	Hastanın son dönem bakımının sağlanması	29 (90,6)	21 (87,5)	20 (80)	0,515
	İstenmeyen yan etkilerin ve semptomların hafifletilmesi	12 (37,5)	11 (45,8)	14 (56)	0,380
	Hastanın konforunu bozan durumların kökeninin tedavi edilmesi	9 (28,1)	10 (41,7)	10 (40)	0,504
	Hastanın hastalığı ile ilgili aktif tedavi yapılması	6 (18,8)	3 (12,5)	5 (20)	0,811
Palyatif bakım üniterinin daha aktif olması durumunda acil başvuru sayılarının/yoğun bakım yatışlarının/poliklinik başvurularının	Evet	18 (56,3)	17 (70,8)	23 (92)	0,003*
	Hayır	5 (15,6)	6 (25)	0 (0)	
	Bilmiyorum	9 (28,1)	1 (4,2)	2 (8)	

azalacağını düşünme					
Palyatif bakımda spiritüel/dini destek sağlanması konusundaki düşünce	Olmalı	19 (59,4)	18 (75)	19 (76)	
	Olmamalı	3 (9,4)	1 (4,2)	2 (8)	0,631
	Bilmiyorum	10 (31,3)	5 (20,8)	4 (16)	
Palyatif bakımdan sorumlu olması düşünülen hekim grubu	Aile hekimliği	14 (43,8)	13 (54,2)	15 (60)	0,459
	Anesteziyoloji ve reanimasyon	21 (65,6)	15 (62,5)	18 (72)	0,770
	İç hastalıklar	9 (28,1)	9 (37,5)	13 (52)	0,183
	Genel cerrahi	1 (3,1)	1 (4,2)	5 (20)	0,076
	Onkoloji	20 (62,5)	9 (37,5)	16 (64)	0,105
	Pratisyen hekimlik	1 (3,1)	4 (16,7)	6 (24)	0,061
Canlandırma yapmama, tedavileri çekme, yeni tedavi başlamama kavramları ile ilgili düşünce	Hastaya özel karar verilebilecek ancak ülkemizde uygulamada zorluklar yaşanacak kavramlardır.	15 (50)	15 (65,2)	17 (68)	
	Hastaya ve yakınlarına danışılarak ortak karar verilebilecek kavramlardır.	6 (20)	3 (13)	3 (12)	0,651
	Terminal dönem /yaşam umudu olmayan hastalara uygulanması gereken yöntemlerdir.	4 (13,3)	4 (17,4)	4 (16)	
Hospis kavramını daha önce duyma durumu	Evet	13 (40,6)	11 (45,8)	19 (76)	
	Hayır	19 (59,4)	13 (54,2)	6 (24)	0,021*
Hospis kavramını en iyi açıklayan cümle	Yaşamı sona ermek üzere olan hastalara bakım verilen ara birimdir.	2 (15,4)	8 (72,7)	10 (52,6)	
	Palyatif birimin hastane dışına uyarlanmış halidir.	5 (38,5)	1 (9,1)	6 (31,6)	
	Evde palyatif desteğe verilen uluslararası isimdir.	5 (38,5)	2 (18,2)	2 (10,5)	0,067
	Eve taburcu edilecek hastaların rehabilite edildiği ara birimdir.	1 (7,7)	0 (0)	1 (5,3)	
Palyatif bakım birimindeki görevden memnuniyet durumu	Evet	16 (50)	7 (30,4)	14 (56)	
	Hayır	6 (18,8)	7 (30,4)	6 (24)	0,391
	Bilmiyorum	10 (31,3)	9 (39,1)	5 (20)	
Türkiye’de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma	Evet	8 (25)	16 (66,7)	19 (76)	
	Bilmiyorum	24 (75)	8 (33,3)	6 (24)	0,000*
Türkiye’deki mevcut palyatif yatak sayısı	Yanlış	24 (75)	16 (66,7)	18 (72)	
	Doğru	8 (25)	8 (33,3)	7 (28)	0,790
Türkiye’de palyatif bakım hizmetlerini sağlık sistemi ile entegre görme	Evet	24 (77,4)	16 (69,6)	15 (65,2)	
	Hayır	7 (22,6)	7 (30,4)	8 (34,8)	0,601
Palyatif birimde yeterli psikolojik desteğin verilebildiğini düşünme	Evet	10 (31,3)	7 (29,2)	11 (44)	
	Hayır	22 (68,8)	17 (70,8)	14 (56)	0,485
	Hasta ve yakınlarına	6 (18,8)	4 (16,7)	5 (20)	
	Hasta, yakınları ve palyatif birim çalışanlarına	26 (81,3)	20 (83,3)	20 (80)	0,999
İlerleyici terminal dönem bir hastalığa sahip olursa palyatif birimlerde yatmayı tercih etme	Evet	12 (37,5)	11 (45,8)	10 (40)	
	Hayır	8 (25)	6 (25)	7 (28)	0,963
	Bilmiyorum	12 (37,5)	7 (29,2)	8 (32)	

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare testi

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alma oranı artmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile ilerleyici destrüktif hastalığı olan son evre hastaları palyatif bakımın ilgilendiği hastalık olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça ilerleyici destrüktif hastalığı olan son evre hastaları palyatif bakımın ilgilendiği hastalık olarak görme oranı artmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile geçirilmiş kaza/operasyon sonrası sürekli bakıma ihtiyaç duyan hastalarını palyatif bakımın ilgilendiği hastalık olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça geçirilmiş kaza/operasyon sonrası sürekli bakıma ihtiyaç duyan hastalarını palyatif bakımın ilgilendiği hastalık olarak görme oranı artmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalarını palyatif bakımın ilgilendiği hastalık olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalarını palyatif bakımın ilgilendiği hastalık olarak görme oranı artmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile ağrı palyasyonunu palyatif bakım servisinin verdiği hizmet olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça ağrı palyasyonunu palyatif bakım servisinin verdiği hizmet olarak görme oranı artmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamayı palyatif bakım servisinin verdiği hizmet olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamayı palyatif bakım servisinin verdiği hizmet olarak görme oranı artmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile palyatif bakım ünitelerinin daha aktif olması durumunda acil başvuru sayılarının/yoğun bakım yatışlarının/poliklinik başvurularının azalacağını düşünme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça palyatif bakım ünitelerinin daha aktif olması durumunda acil başvuru sayılarının/yoğun bakım yatışlarının/poliklinik başvurularının azalacağını düşünme oranı artmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile Hospis kavramını daha önce duyma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça Hospis kavramını daha önce duyma oranı artmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ile Türkiye'de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunduğunu bilme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Sağlık sektöründe çalışma süresi arttıkça Türkiye'de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunduğunu bilme oranı artmaktadır.

Diğer değişkenlerin sağlık sektöründe çalışma süresi ile ilişkisi yoktur ($p>0,05$).

Tablo 6: Palyatif Bakım ile ilgili Eğitim Alma Durumu ile Palyatif Bakım ile ilgili Bilgi ve Düşüncelerin İlişkisi

		Palyatif bakım ile ilgili bilgilendirici eğitim alma		P
		Evet	Hayır	
Palyatif bakımın ilgilendiği hastalıklar	Ağrı palyasyonu ihtiyacı olan terminal evre kanser/nöroloji hastaları	31 (100)	47 (94)	0,282
	Konfor azaltan semptomları olan terminal evre kanser hastaları	28 (90,3)	38 (76)	0,187
	İlerleyici destrüktif hastalığı olan son evre hastalar	30 (96,8)	30 (60)	0,001*
	Geçirilmiş kaza/operasyon sonrası sürekli bakıma ihtiyaç duyan hastalar	23 (74,2)	30 (60)	0,287
	Geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalar	24 (77,4)	20 (40)	0,002*
	Beslenme yetersizliği/malnutrisyonu olan bakım hastaları	27 (87,1)	32 (64)	0,044*
	Bası/basınç yarası oluşmuş bakım hastaları	23 (74,2)	27 (54)	0,114
Palyatif bakım servisinin verdiği hizmetler	Ağrı palyasyonu	30 (96,8)	42 (84)	0,143
	Yaşam süresinin uzatılması	3 (9,7)	13 (26)	0,132
	Yaşamın sonlandırılması	3 (9,7)	1 (2)	0,154
	Yaşam kalitesini yükseltmek	29 (93,5)	42 (84)	0,303
	Hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamak	26 (83,9)	28 (56)	0,019*
	Hastanın son dönem bakımının sağlanması	24 (77,4)	46 (92)	0,094
	İstenmeyen yan etkilerin ve semptomların hafifletilmesi	17 (54,8)	20 (40)	0,283
	Hastanın konforunu bozan durumların kökeninin tedavi edilmesi	15 (48,4)	14 (28)	0,105
Palyatif bakım üniterinin daha aktif olması durumunda acil başvuru sayılarının/yoğun bakım yatışlarının/poliklinik başvurularının azalacağını düşünme	Evet	25 (80,6)	33 (66)	
	Hayır	4 (12,9)	7 (14)	0,226
	Bilmiyorum	2 (6,5)	10 (20)	
Palyatif bakımda spiritüel/dini destek sağlanması	Olmalı	26 (83,9)	30 (60)	
	Olmalı	0 (0)	6 (12)	0,038*
	Bilmiyorum	5 (16,1)	14 (28)	
Palyatif bakımdan sorumlu olması düşünülen hekim grubu	Aile hekimliği	18 (58,1)	24 (48)	0,514
	Anesteziyoloji ve reanimasyon	22 (71)	32 (64)	0,686
	İç hastalıklar	13 (41,9)	18 (36)	0,765
	Genel cerrahi	3 (9,7)	4 (8)	0,999
	Onkoloji	15 (48,4)	30 (60)	0,428
Canlandırma yapmama, tedavileri çekme, yeni tedavi başlamama kavramları ile ilgili düşünce	Pratisyen hekimlik	5 (16,1)	6 (12)	0,741
	Hastaya özel karar verilebilecek ancak ülkemizde uygulamada zorluklar yaşanacak kavramlardır.	22 (73,3)	25 (61)	
	Hastaya ve yakınlarına danışılarak ortak karar verilebilecek kavramlardır.	5 (16,7)	7 (17,1)	0,393
Hospis kavramını daha önce duyma durumu	Terminal dönem /yaşam umudu olmayan hastalara uygulanması gereken yöntemlerdir.	3 (10)	9 (22)	
	Evet	23 (74,2)	20 (40)	0,006*
Hospis kavramını en iyi açıklayan cümle	Hayır	8 (25,8)	30 (60)	
	Yaşamı sona ermek üzere olan hastalara bakım verilen ara birimdir.	11 (47,8)	9 (45)	
	Palyatif birimin hastane dışına uyarlanmış halidir.	9 (39,1)	3 (15)	0,096
	Evde palyatif desteğe verilen uluslararası isimdir.	2 (8,7)	7 (35)	
Palyatif bakım birimindeki görevden memnuniyet	Eve taburcu edilecek hastaların rehabilite edildiği ara birimdir.	1 (4,3)	1 (5)	
	Evet	16 (51,6)	21 (42,9)	
	Hayır	7 (22,6)	12 (24,5)	0,725
	Bilmiyorum	8 (25,8)	16 (32,7)	
	Evet	24 (77,4)	19 (38)	0,001*

Türkiye'de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma durumu	Bilmiyorum	7 (22,6)	31 (62)	
Türkiye'deki mevcut palyatif yatak sayısı	Yanlış	20 (64,5)	38 (76)	0,389
	Doğru	11 (35,5)	12 (24)	
Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerini sağlık sistemi ile entegre görme	Evet	21 (70)	34 (72,3)	0,999
	Hayır	9 (30)	13 (27,7)	
Palyatif birimde yeterli psikolojik desteğin verilebildiğini düşünme	Evet	10 (32,3)	18 (36)	0,917
	Hayır	21 (67,7)	32 (64)	
Palyatif birimlerde psikolojik desteğin sağlanması gerektiği kişiler	Hasta ve yakınlarına	4 (12,9)	11 (22)	0,465
	Hasta, yakınları ve palyatif birim çalışanlarına	27 (87,1)	39 (78)	
İlerleyici terminal dönem bir hastalığa sahip olursa palyatif birimlerde yatmayı tercih etme	Evet	11 (35,5)	22 (44)	0,196
	Hayır	6 (19,4)	15 (30)	
	Bilmiyorum	14 (45,2)	13 (26)	

***p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Kikare testi**

Palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile ilerleyici deskrüktif hastalığı olan son hastalarla palyatif bakımın ilgilendiğini düşünme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda ilerleyici deskrüktif hastalığı olan son hastalarla palyatif bakımın ilgilendiğini düşünme oranı daha yüksektir (%96,8).

Palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalarla palyatif bakımın ilgilendiğini düşünme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda geçirilmiş kaza/operasyon veya uzun hastane yatışı sonrası rehabilitasyona ihtiyaç duyan hastalarla palyatif bakımın ilgilendiğini düşünme oranı daha yüksektir (%77,4).

Palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile beslenme yetersizliği/malnutrisyonu olan bakım hastalarıyla palyatif bakımın ilgilendiğini düşünme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda beslenme yetersizliği/malnutrisyonu olan bakım hastalarıyla palyatif bakımın ilgilendiğini düşünme oranı daha yüksektir (%87,1).

Palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamanın palyatif bakım servisinin verdiği bir hizmet olarak görme durumu

arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamanın palyatif bakım servisinin verdiği bir hizmet olarak görme oranı daha yüksektir (%83,9).

Palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile palyatif bakımda spiritüel/dini destek sağlanması hakkında görüş arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda palyatif bakımda spiritüel/dini destek sağlanması hakkında olumlu görüş oranı daha yüksektir (%83,9).

Palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile Hospis kavramını daha önce duyma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda Hospis kavramını daha önce duyma oranı daha yüksektir (%74,2).

Palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile Türkiye'de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma bilgisi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda Türkiye'de palyatif bakım ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma bilgisi daha yüksektir (%77,4).

Diğer değişkenlerin Palyatif bakım ile ilgili eğitim alma durumu ile ilişkisi yoktur ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Anketi cevaplandıranların %61.7'si PB hakkında herhangi bir bilgilendirici eğitim almadığını belirtmiştir. Hemşirelerin %34'ü , asistan doktorların %21.4'ü , uzman doktorların ise %71.4'ü bilgilendirici eğitim almışlardır. Uzman doktorlar çalışmamıza katılan gruplar arasında en çok eğitim alan grup olmuştur. Sonuçlar bu konuda yapılmış diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. Pereira ve arkadaşlarının çalışmasında Avrupa ülkelerinin %56'sında hemşirelik lisans eğitiminde PB eğitimi olmadığı belirtilmiştir. (33) Özçelik ve arkadaşlarının Türkiye'de hemşire lisans eğitiminde PB çok az fakültede olduğunu, tıp fakülteleri ve hemşirelik fakültelerinde de lisansüstü uzmanlık olarak PB olmadığını belirtmektedir (30). Hemşireler ve hekimler için eğitimlerin büyük kısmı mezuniyet sonrası kurslardan oluşmaktadır. Turan ve arkadaşlarının hastanelerindeki hemşireler ile yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun yetersiz eğitime ve PB ile ilgili hatalı bilgilere sahip olduğunu belirtmişlerdir(34). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar bulunmuştur.

DSÖ'ye göre PB kavramının gelişmesindeki önemli engellerden biri çalışanlardaki eğitim eksikliğidir (35).

Çalışmamızda eğitim alma durumu ile; destrüktif/ilerleyici hastalıkları olanları PB'nin ilgi alanlarından görme, kaza ve operasyon sonrası uzun yatış hastalarının rehabilitasyonu sürecini ilgi alanlarından görme, beslenme yetersizliği/malnutrisyon olan bakım hastalarını ilgi alanı olarak görme, psikososyal desteği PB görevleri arasında görme, spiritüel/dini desteğin sağlanması gerektiğini düşünme, hospis kavramını daha önce duyma, PB ile ilgili derneklerin varlığını bilme durumları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Sağlık sektöründe çalışma süresi ve eğitim alma durumları arasında da istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır. Tecrübeli çalışanların eğitim durumları daha yüksek,

PB'la ilgili ulusal ve uluslararası doğru kabul edilen kavramlar ile ilgili düşünceleri daha doğru olarak görülmektedir.

PB birimlerinin hangi hastalarla ilgilendiği sorusuna en yüksek oranda %96 ile “Ağrı palyasyonu ihtiyacı olan terminal evre kanser/nöroloji hastaları” cevabı verilmiştir. Yanıtların %81.5’i “Konfor azaltan semptomları olan terminal evre kanser hastaları”, %74.1’i ilerleyici destrüktif hastalığı olan son evre hastalar” olarak takip etmiştir. DSÖ’ye göre PB’a ihtiyaç duyan en sık hasta grupları %38.5 ile kardiyovasküler hastalıklar, %34 kanser, %10.3 kronik solunum hastalıklarından oluşmaktadır (36). Yürüyen ve arkadaşlarının yaptığı, hastanelerinde 2 yıllık yatan PB hastalarını taradıkları çalışmada en sık yatış nedenleri %59 ile malnutrisyon, %44 malignensi, %33 enfeksiyon hastalıkları olarak bulunmuştur. Sonrasında serebrovasküler hastalıklar, dejeneratif hastalıklar, solunum yetmezliği ve kalp yetmezliği hastaları bu sıralamayı takip etmektedir(37). Bhadra ve arkadaşlarını tarafından Hindistan’da çeşitli bölümlerden doktorlara yapılan ankette de PB birimlerinin ilgilendiği hastalar için en sık %89 oranında kanser hastaları cevabı alındığı belirtilmiştir. Ülkemizde de PB, son evre hastalıklar ve ağrı palyasyonu ile eşlenik şekilde kullanılmaktadır. Ancak dünyada değişen, gelişen yeni düzenlemeler/kavramlar ile PB kapsamı genişlemektedir. Sadece son dönem kanser hastalarına değil, birçok ileri evre sistemik ve destrüktif hastalığın bakımını üstlenmekte ve tedavi planlarının başından itibaren aktif olarak rol almaya başlamaktadır (17).

PB biriminin verdiği hizmetler ile ilgili soruya en yüksek oranda ağrı palyasyonu, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve son dönem bakımının sağlanması cevapları verilmiştir. DSÖ başvuruda bulunan hastaların en sık görülen şikayetlerini ağrı ve solunum sıkıntısı olarak tanımlamaktadır. Hastalığa yönelik aktif tedavi yapılması cevabı %17.4 oranda tercih edilmiştir. İnsanca yaşama hakkına herkesin ulaşması, sağlığa ulaşılması hedeflerinden ortaya çıkan ve yaygınlaşan bu organizasyon günümüzde sağlık sisteminde daha etkin rol almakta ve hayatı tehdit edici olduğu bilinen hastalığın tanı anından itibaren görev almaya başlamaktadır. Hawley ve arkadaşlarının ortaya koyduğu papyon modeli, hastalık idamesi ile PB’ın ilişkisini ortaya koymaktadır (16). Ferrel ve arkadaşları, Temel ve arkadaşları kanser tanısının alınması itibari ile PB hizmetlerinin başlamasının hastaların hayat kalitesini iyileştirdiği

ve daha uzun hayatta kalım ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (38) (39). Ağrı palyasyonu, yaşam kalitesinin yükseltilmesi PB önemli görevlerinden olsa da hastanın aktif tedavisinin devamı da uluslararası olarak kabul gören görevlerindendir.

PB birimlerinin aktifliğinin artması ile acil servis ve hastane başvurularının azalıp azalmayacağını sorguladığımız soruya ise katılımcıların %71.6'sı başvuruların azalacağı yönünde cevap kullanmıştır. Bayrak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servis başvurusunda bulunan kanser hastalarının başlıca ağrı ve bulantı kusma gibi şikayetleri olduğunu, hospis ve ağrı tedavilerinin acil servis başvurularını azaltabileceğini belirtmişlerdir(40). Lawson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise düzenli PB alan kanser hastalarının 4'te 3'ünün hayatlarının son 6 ayında hiç acil servis başvurusu yapmadığını belirtmiştir(41). PB ünitlerinin yaygınlaşması durumunda, hizmet verdiği hastalardan kaynaklı hastane başvurularının azalacağı katılımcılarımızın çoğunluğu tarafından da anlaşılmaktadır.

Sağlığın biyo/psiko/sosyal bir iyilik hali olduğu ortak kabul görmektedir. Psikososyal destek hasta merkezli PB kavramının da eksiltilemez komponentlerindendir. Spiritüel iyilik halinin de bir PB hastasının hayat kalitesinin önemli bir parçası olduğu kabul edilmektedir(42). Çalışmamızda PB'da spiritüel desteğin gerekliliğini sorguladığımız soruda, %69.1 oranında spiritüel destek sağlanmalıdır cevabı alınmıştır. PB ile ilgili eğitim alma durumu ile PB birimlerinde spiritüel/dini destek sağlanması hakkında görüş arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda PB birimlerinde spiritüel/dini destek sağlanması hakkında olumlu görüş oranı daha yüksektir (%83,9).

Rego ve arkadaşlarının 63 farklı çalışmadan yaptığı derlemede efektif bir palyatif yaklaşım için, sağlık profesyonellerinin hastayı bütüncül değerlendirmesi ve kültürel farklılıklarını da gözeterek spiritüel/dini ihtiyaçlarına önem verilmesinin gerekliliği vurgusu yapılmıştır(43). Çalışmamızda da eğitim aldığını belirten katılımcıların spiritüel desteğe çoğunlukla olumlu baktıkları anlaşılmaktadır.

PB birimlerinde yeterli psikolojik desteğin sağlanması ile ilgili sorumuzda; %34.5 oranında verilen desteğin yeterli olarak görüldüğü, %64.2 oranında ise yeterli olarak görülmediği ve bu desteğin bir uzman tarafından sağlanması gerektiği cevabı alınmıştır. Fan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada görevli hemşire ve hekimlerle verilecek psikolojik destek yerine profesyonel psikoloji ekibi tarafından verilecek desteğin PB kalitesini arttıracığına değinilmiştir (44). Katılımcılarımızın çoğunluğu psikolojik desteğin uzman tarafından sağlanması gerektiğini belirtmiştir.

Uygulanacak psikolojik desteğin kimlere uygulanması gerektiği sorumuza ise %81.5 oranında hasta, hasta yakınları ve PB birim çalışanları cevabı verildiği görülmüştür. PB ölüm gerçeğiyle içli dışlı olan sağlık çalışanları ve değer verdikleri kişilerin ölüm sürecine ilerlediğini gören hasta yakınları ciddi tükenmişlik sendromu riski bulunmaktadır(45). Egici ve arkadaşlarının çalışmalarında yakınları ve sağlık çalışanlarına da psikososyal destek verilmesinin hastaya uygulanan hizmetin kalitesini de etkileyeceğinden bahsetmişlerdir(46). PB ile ilgili eğitim alma durumu ile hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamayı PB servisinin verdiği bir hizmet olarak görme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$)(%83.9).

PB multidisipliner yaklaşımın hakim olduğu bir oluşumdur (47). Ülkemizde de PB ünitelerinde aile hekimliği, anesteziyoloji ve reanimasyon, iç hastalıkları, genel cerrahi, göğüs hastalıkları, onkoloji vb... uzmanlık dallarından hekimlerin sorumluluk yürüttüğü klinikler bulunmaktadır. 2015 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından güncellenen “Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge” ‘nin sorumlu hekimi tanımlayan maddesinde ; “f) Sorumlu tabip: PB hizmetlerinin planlanması ve uygulanması amacıyla ilgili kurum amirince palyatif bakım merkez sorumlusu olarak görevlendirilen tercihen anestezi uzmanı olmak üzere uzman tabibi” tabiri görülmektedir(7). Anket çalışmamızın PB ünitelerinde sorumlu hekimin kim olması gerektiğine dair sorumuza %66.7 oranında Anesteziyoloji ve Reanimasyon hekimleri, %55.6 oranında Onkoloji hekimleri, %51.9 oranında Aile hekimleri cevapları verilmiştir. Anestezi hekimlerinin; ağrı ve semptom kontrolündeki bilgileri,

multidisipliner yaklaşım ve kritik hasta konularındaki tecrübeleri ile PB birimlerinde özel bir yere sahip olabileceği Fine ve arkadaşlarının çalışmasında da belirtilmiştir(48).

PB kavramının ilgi alanı hayatı tehdit edici hastalıkları olan insanlardır (49). Ölüm yaşamın normal bir sonucudur. Ciddi hastalığı olan, ileri yaştaki hastaların resüsitasyona yanıt verme oranları düşük ve resüsitasyonlar çoğu zaman etkisizdir. Hekimler etkisiz olduğunu bildiği bir tedaviyi uygulamak zorunda değildir (50). Ancak hastaya müdahale etmeme veya hayatını kaybetmesine neden olacak şekilde müdahale etme ötenazi anlamına gelmektedir. Türk Ceza Kanununda ötenazi üzerine bir hükme rastlanmamaktadır. Hukuk nezdinde ötenazi işlemini kasten adam öldürmek, pasif ötenaziyi ise taksirle adam öldürmek kapsamlarına dahil eden görüşlere rastlanmaktadır. Ancak kesin bir madde olmaması nedeniyle görüş ayrılıkları görülen, tartışmalı konulardır (51). Çalışmamızda bu tartışmalı konuda düşüncelerini sorduğumuz katılımcılar en sık %58 oranında “Hastaya özel karar verilebilecek ancak ülkemizde uygulamada zorluklar yaşanacak kavramlardır.” yanıtı verilmiş, %3.7 oranında ise tamamen hatalı uygulamalar olduğunu yönünde yanıt vermişlerdir. Oğuz ve arkadaşlarının 1007 hekimle yaptığı ankette, katılımcıların %75 oranında uygun şartlarda yaşam desteğinin kesilmesini onayladıkları, %58'inin aktif ve pasif ötenaziye olumlu baktığı bildirilmiştir. Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında ise görüşleri alınan hekimlerin %50.3 yaşı ve tanısını da göz önünde bulundurarak ötenaziyi düşünebileceğini, %37.9'u ise ne olursa olsun düşünmeyeceğini belirtmiştir (52).

Palyatifin amaçlarından biri de kaliteli ölüm sağlamak olduğu belirtilmektedir(53). Ülkemizde ve dünyada tartışmalı bu konuların hekim hasta ilişkisini zedelemekten, hasta ve yakınlarının da dahil olacağı bir karar mekanizması ile hastanın değerlendirilmesini içermesi önerilmektedir(54). Ancak oldukça hassas olan bu konuda daha fazla kamuoyu araştırması ve yeni yasal düzenlemeler yapılmadan tartışmak oldukça zorlayıcı olmaktadır.

Hospis kavramı hakkındaki bilgileri sorguladığımız sorularımızda katılımcılarımız %46.9 oranında hospis kavramını daha önce duymadığını belirtmiştir. Duyduğunu belirten katılımcıların ise ancak %74.4'ü hospis kavramını doğru tanımlayabilmiştir. Çalışmamızda sağlık sektöründe çalışma süresi ile Hospis kavramını daha önce duyma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır. PB ile ilgili eğitim alma durumu ile Hospis kavramını daha önce duyma durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda Hospis kavramını daha önce duyma oranı daha yüksektir (%74,2).

Türkiye’de PB ile ilgili dernek veya kurum varlığını sorguladığımız sorumuza %53.1 katılımcı evet yanıtını verebilmiştir. Çalışmamızda, sağlık sektöründe çalışma süresi ile Türkiye’de PB ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunduğunu bilme durumu arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır. PB ile ilgili eğitim alma durumu ile Türkiye’de PB ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma bilgisi arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Eğitim alanlarda Türkiye’de PB ile ilgili bir dernek, kurum veya kuruluş bulunma bilgisi daha yüksektir (%77,4). Bassah ve ark yaptığı, hemşirelere verilen eğitim ve sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmada, eğitimlerin PB ünitelerinin kalitesini arttırdığı gösterilmiştir(55).

Ülkemizde mevcut olan PB yatak sayısını sorguladığımız sorumuza %28.4 katılımcımız doğru cevap verebilmiştir. Çalışmayı planladığımız sırada güncel olan PB yatak sayısı 3800 olduğu için sorgulamamız bu rakama göre yapılmıştır. Quadire ve arkadaşlarının PB birimlerinde çalışan hemşirelere yaptığı anket çalışmasında da çoğunluğun yetersiz eğitim ve bilgiye sahip olduğu, baz bilgilerin öğretilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır(56). Biz de çalışanların çalıştıkları dalın ülkedeki yaygınlığını, hizmet kapasitesini bilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

PB’ın Türkiye’de sağlık sistemi ile entegrasyonu sorguladığımız soruda %27.2 katılımcı Türkiye’de entegrasyonun olmadığını belirtmiştir. Kavşur ve arkadaşlarının yaptığı derlemede, dünyadaki gelişmiş ülkeler ve PB hizmetlerinin sağlık

sistemlerindeki yerleri değerlendirilmiş, Türkiye’de bu entegrasyonun var olmadığı belirtilmiştir(57). Bu konuda katılımcıların çoğunluğunun bilgi sahibi olmadığı görülmektedir.

PB birimlerindeki görevlerinden memnuniyeti sorguladığımız soruya ise %46,3 oranında olumlu yanıt verilmiştir. Muthuri ve arkadaşlarının yaptığı derlemede, sağlık çalışanlarının mutluluk ve memnuniyetinin hizmetlerinin kalitesini etkilediği belirtilmiştir. Sağlık politikaları hazırlanırken çalışanların mutluluklarının ve tatminlerinin daha fazla göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir (58). Avcı ve arkadaşlarının hemşirelerle birebir görüşme yöntemi ile hazırladıkları çalışmalarında, özellikle PB ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerde daha fazla tükenmişlik ve memnuniyet problemi olduğunu belirtmişlerdir. Bu durumun düzeltilmesi açısından yeni politikalara gerek olduğunu ve çalışanların memnuniyet durumunun verilen hizmeti birebir etkilediğine değinmişlerdir(59). Hizmet sağlayanların memnuniyeti ve mutluluğu, hizmetlerinin kalitesini direkt etkileyeceği için bu konuda gerekli girişimler yapılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalışanların kendilerinin ilerleyici destrüktif bir hastalığa sahip olması durumunda PB’da yatma isteklerinin sorgulandığı sorumuzda; sadece %40.7 katılımcı olumlu yanıt belirtmiştir. Bu durumun çalışılan birimdeki hizmeti beğenmemelerinden veya PB konsepti konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarından kaynaklanabileceği düşüncesindeyiz. Katılımcılarımızın yarısından azının PB’a yatışına olan bu mesafesi için ileri sorgulama ve yeni çalışmalar yapılabileceği düşüncesindeyiz.

Anketimize %60.5’i görevli hemşire olmak üzere %65.4 oranında, hemşire meslek grubu çoğunluk olarak katılmıştır. Minikhisar ve arkadaşlarının 2020 yılında yayınladığı çalışmasında %85 oranında hemşire katılımı görünmektedir (60). Bizim çalışmamızda da katılan doktor yüzdesinin %34.6 olmasını, kliniklerde çalışan hemşire sayısının daha fazla olmasına bağlamaktayız.

Katılanların %39.5'i 1-4 yıldır sağlık sektöründe çalışmaktadır. Cevap verenlerin %69.1 oranında 10 yılın altında sağlık sektörü tecrübesi bulunmaktadır. Kamal ve arkadaşlarının Amerikada PB birimlerinde çalışanların demografik verilerini taradıkları çalışmada, çalışanların çoğunluğunun 10 yılın altında tecrübeye sahip olduğu belirtilmiştir(61). Biz de çalışmamızda benzer sonuçları belirledik.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında ise; pandemi nedeniyle ilimizdeki çoğu PB kliniğinin kapanması/hizmete ara vermesi nedeniyle ulaşılan klinik sayısının hedeflenen düzeyin altında kalması, anket uygulanan katılımcıların tahminlerimizin altında kalması ve pandemi nedeniyle mevcut kurumlarda da gerekli izinlerin alınmasında sorunlar yaşanması gösterilebilir.

6. SONUÇ

Çalışmamızda; Palyatif Bakım’la ilgili eğitim aldıklarını belirtenlerin sayısı çalışanların yarısından az ve çoğunluğu meslekte 10 yıldan kısa süredir bulunmaktadır. Çalışmayı gerçekleştirdiğimiz ünitelerdeki sonuçlarla, eğitim aldıklarını belirten çalışanların ve sağlık sektöründe daha uzun süredir görev yapan tecrübeli çalışanların palyatif bakımın ilgilenmesi gereken hastaları daha doğru bildikleri görülmektedir. Palyatif bakımlarda verilen hizmetleri de dünya genelinde kabul gören, mevcut güncel görüşlere daha uygun olarak tanımlayabildikleri farkedilmektedir. Biyopsikososyal iyilik halinin parçalarından olan psikososyal desteğin ve spiritüel/dini desteğin sağlanmasını, Palyatif Bakımda gereken bir komponent olarak daha yüksek oranda gördükleri anlaşılmaktadır.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Cancer WHO Defin Palliat Care. 1990;
2. Lutz S. The History of Hospice and Palliative Care. Curr Probl Cancer [Internet]. 2011 Nov;35(6):304–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0147027211000924>
3. Daştan İ, Çetinkaya V. OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. SGD-Sosyal Güvenlik Derg. 2015; [Internet]. 2015 Mar 23 [cited 2021 Mar 17];5(1):104–34. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sgd/issue/28889/308995>
4. Gu X, Zheng R, Xia C, Zeng H, Zhang S, Zou X, et al. Interactions between life expectancy and the incidence and mortality rates of cancer in China: a population-based cluster analysis. Cancer Commun [Internet]. 2018 Dec;38(1):44. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1186/s40880-018-0308-x>
5. Portenoy RK. Treatment of cancer pain. Lancet [Internet]. 2011 Jun;377(9784):2236–47. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611602365>
6. Madenoğlu Kıvanç M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg [Internet]. 2017 Jun 11;141–141. Available from: <http://archhealthscires.org/en/palliative-care-services-in-turkey-13179>
7. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge 07.07.2015 TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge
8. Brogaard T, Jensen AB, Sokolowski I, Olesen F, Neergaard MA. Who is the key worker in palliative home care? Scand J Prim Health Care [Internet]. 2011 Sep 23;29(3):150–6. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2011.603282>
9. Aldridge MD, Hasselaar J, Garralda E, van der Eerden M, Stevenson D, McKendrick K, et al. Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. Palliat Med [Internet]. 2016 Mar 24;30(3):224–39. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216315606645>
10. Madenoğlu Kıvanç M. Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları. Sağlık ve hemşirelik yönetimi Derg. 2015; [cited 2021 Mar 17];2(3):162–6. Available from: <https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TWpFd09UUXINZz09>
11. Dukes MNG. DECLARATION OF ALMA-ATA. Lancet [Internet]. 1978 Dec;312(8102):1256. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673678921293>
12. Merriam-Webster. Health Care | Definition of Health Care by Merriam-Webster. Merriam Webster. 2020.
13. Kass LR. Regarding the end of medicine and the pursuit of health. [Internet]. 1975;(40): Public Interest No. 40: 11-42 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11662217>
14. TDK. Güncel Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu. 1998.
15. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Derg. 2013;11(2):56-70

16. Hawley PH. The bow tie model of 21st century palliative care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2014 Jan;47(1):e2-5. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088539241300609X>
17. Hawley BMed FRCPC PH. The Bow Tie Model of 21st Century Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 2014;
18. Meider DE. Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care. *Milbank Q* [Internet]. 2011 Sep;89(3):343–80. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2011.00632.x>
19. Buss MK, Rock LK, McCarthy EP. Understanding Palliative Care and Hospice. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017 Feb;92(2):280–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619616307637>
20. Miccinesi G, Caraceni A, Garetto F, Zaninetta G, Bertè R, Broglio CM, et al. The Path of Cicely Saunders: The “Peculiar Beauty” of Palliative Care. *J Palliat Care* [Internet]. 2020 Jan 14;35(1):3–7. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0825859719833659>
21. Twycross RG. Hospice Care – Redressing the Balance in Medicine. *J R Soc Med* [Internet]. 1980 Jul 7;73(7):475–81. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014107688007300703>
22. Dunn GP, Milch RA. Introduction and historical background of palliative care: where does the surgeon fit in? 1 No competing interests declared. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2001 Sep;193(3):324–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1072751501010195>
23. Traue DC. Palliative care in non-malignant diseases. *J R Soc Med* [Internet]. 2005 Nov 1;98(11):503–6. Available from: <http://www.jrsm.org/cgi/doi/10.1258/jrsm.98.11.503>
24. McIlvennan CK, Allen LA. Palliative care in patients with heart failure. *BMJ* [Internet]. 2016 Apr 14;i1010. Available from: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.i1010>
25. Parant A. [World population prospects]. *Futuribles* [Internet]. 1990 Mar;(141):49–78. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12283219>
26. World Health Organisation. Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. *Rep 2010 Glob Surv*. 2010
27. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. A High-Volume Specialist Palliative Care Unit and Team May Reduce In-Hospital End-of-Life Care Costs. *J Palliat Med* [Internet]. 2003 Oct;6(5):699–705. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/109662103322515202>
28. Aydoğan F, Uygun K. Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klin Gelişim*. 2011; 24: 4-9
29. Payne SK, Coyne P, Smith TJ. The health economics of palliative care. *Oncology (Williston Park)* [Internet]. 2002 Jun;16(6):801–8; discussion 808, 811–2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12088300>
30. Ozcelik H, Fadiloglu C, Karabulut B, Uyar M. Palliative Care Activity in the field of Oncology in Turkey. *J Palliat Care* [Internet]. 2010 Dec 19;26(4):305–10. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/082585971002600408>
31. Quest TE, Marco CA, Derse AR. Hospice and Palliative Medicine: New Subspecialty, New Opportunities. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2009 Jul;54(1):94–102. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196064408020581>
32. Ramjan JM, Costa CM, Hickman LD, Kearns M, Phillips JL. Integrating palliative care content into a new undergraduate nursing curriculum: The University of Notre Dame, Australia – Sydney experience. *Collegian* [Internet]. 2010 Jul;17(2):85–91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1322769610000284>
33. Martins Pereira S, Hernández-Marrero P, Pasman HR, Capelas ML, Larkin P, Francke AL. Nursing education on palliative care across Europe: Results and recommendations from the EAPC Taskforce on preparation for practice in palliative care nursing across the EU based on an online-survey and country reports. *Palliat Med* [Internet]. 2021 Jan 11;35(1):130–41. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216320956817>
34. Turan GB, Mankan T, Polat H. Opinions of Nurses about Palliative Care. *Int J Caring Sci*. 2017; 10:1–176. Available from: http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/20_bahcecioglu_original_10_1.pdf
35. Paal P, Brandstötter C, Lorenzl S, Larkin P, Elsner F. Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. *Palliat Support Care* [Internet]. 2019 Oct 26;17(5):495–506. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1478951518000986/type/journal_article
36. World Health Organization. The solid facts: palliative care. World Health Organization. 2004.

37. Yürüyen M, Tevetoğlu İÖ, Tekmen Y, Polat Ö, Arslan İ, Okuturlar Y. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *Konuralp Med J / Konuralp Tıp Derg.* [Internet]. 2018 Mar 28 [cited 2021 Mar 17];74–80. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktd/issue/36506/368570>
38. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017 Jan 1;35(1):96–112. Available from: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2016.70.1474>
39. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 Aug 19;363(8):733–42. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa1000678>
40. Bayrak E, Kitiş Y. The Main Reasons for Emergency Department Visits in Cancer Patients. *Haseki Tıp Bülteni* [Internet]. 2018 Apr 1;56(1):6–13. Available from: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_16944/Haseki_Tip_Bulteni-56-6-En.pdf
41. Lawson BJ, Burge FI, McIntyre P, Field S, Maxwell D. Palliative Care Patients in the Emergency Department. *J Palliat Care* [Internet]. 2008 Dec 8;24(4):247–55. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/082585970802400404>
42. Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons HA, Delgado-Guay M, Bruera E. The Frequency and Correlates of Spiritual Distress Among Patients With Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2011 Jun 7;28(4):264–70. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909110385917>
43. Rego F, Pereira C, Rego G, Nunes R. The Psychological and Spiritual Dimensions of Palliative Care: A Descriptive Systematic Review. *Neuropsychiatry (London)* [Internet]. 2018;08(02). Available from: <http://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/the-psychological-and-spiritual-dimensions-of-palliative-care-a-descriptive-systematic-review-12429.html>
44. Fan S-Y, Lin I-M, Hsieh J-G, Chang C-J. Psychosocial Care Provided by Physicians and Nurses in Palliative Care: A Mixed Methods Study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017 Feb;53(2):216–23. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392416304924>
45. Rokach A. Caring for those who care for the dying: Coping with the demands on palliative care workers. *Palliat Support Care* [Internet]. 2005 Dec 13;3(4):325–32. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1478951505050492/type/journal_article
46. Egici MT, Can MK, Toprak D, Öztürk GZ, Esen ES, Özen B, et al. Palyatif Bakım Merkezlerinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri ve Tükenmişlik Durumları. *J Acad Res Nurs*. 2019; [Internet]. [cited 2021 Mar 17];5(2):123–31. Available from: <https://jarengteah.org/jvi.aspx?pdire=jaren&plng=tur&un=JAREN-38247>
47. Bowen L. The multidisciplinary team in palliative care: A case reflection. *Indian J Palliat Care* [Internet]. 2014;20(2):142. Available from: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2014/20/2/142/132637>
48. Fine PG. The Evolving and Important Role of Anesthesiology in Palliative Care. *Anesth Analg* [Internet]. 2005 Jan;100(1):183–8. Available from: <http://journals.lww.com/00000539-200501000-00034>
49. Rome RB, Luminais HH, Bourgeois DA, Blais CM. The role of palliative care at the end of life. *Ochsner J* [Internet]. 2011;11(4):348–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22190887>
50. Büyükköçak Ü, Çakırca M. Anestezi ve Yoğun Bakım ile İlgili Etik Konular. *Türkiye Klin J Anesthesiol Reanim*. 2007; [Internet]. [cited 2021 Mar 17];5(1):19–30. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-anestezi-ve-yogun-bakim-ile-ilgili-etik-konular-47199.html>
51. Bayraktar K. Kasten Adam Öldürme. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Derg.* 2013; [Internet]. 2013 Dec [cited 2021 Mar 17];19(2):57–78. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maruhad/issue/48280/617858>
52. Uysal C, Karaaslan B, Tanrıverdi H, Çelepkolu T, Korkmaz M, Bulut K, et al. Hekimlerin Ölümle Karşılaşma Sıklıklarına Göre Ötenazi Harkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Bull Leg Med* [Internet]. 2014 Jul 14;18(3):100–6. Available from: <https://www.adlitipbulteni.com/atb/article/view/255>
53. Hales S, Chiu A, Husain A, Braun M, Rydall A, Gagliese L, et al. The Quality of Dying and Death in Cancer and Its Relationship to Palliative Care and Place of Death. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2014 Nov;48(5):839–51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392414001493>

54. Akpınar A, Alvur TM. Palyatif Bakımda Etik ve Medikolegal Yaklaşım. Türkiye Klin J Fam Med-Special Top. 2017; [Internet]. [cited 2021 Mar 17];8(4):292–8. Available from: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-palyatif-bakimda-etik-ve-medikolegal-yaklasim-78955.html>
55. Bassah N, Seymour J, Cox K. A modified systematic review of research evidence about education for pre-registration nurses in palliative care. BMC Palliat Care [Internet]. 2014 Dec 10;13(1):56. Available from: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-56>
56. Al Qadire M. Nurses' Knowledge About Palliative Care. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2014 Feb;16(1):23–30. Available from: <http://journals.lww.com/00129191-201402000-00007>
57. Kavşur Z, Sevimli E. Bazı Gelişmiş Ülkelerde Ve Türkiye’De Palyatif Bakım Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi. Uluslararası Sos Bilim Akad Derg [Internet]. 2020 Oct 2; Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.47994/usbad.780187>
58. Muthuri RNDK, Senkubuge F, Hongoro C. Determinants of happiness among healthcare professionals between 2009 and 2019: a systematic review. Humanit Soc Sci Commun [Internet]. 2020 Dec 16;7(1):98. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41599-020-00592-x>
59. Avcı K YSA. Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Hemşirelerinin Hemşirelik Hizmetlerinin İyileştirilmesi ve Çalışan Motivasyonunun Artırılmasına Yönelik Önerileri. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg. 2012;(16(2)):49–56.
60. Miniksar ÖK, Dişli ZK, Tunç Z, Honca M. Determination of Knowledge and Opinions on Palliative Care of Workers in Intensive Care and Palliative. Türkiye Klinikleri; 2020, 3(1):61-68
61. Kamal AH, Bull J, Wolf S, Samsa GP, Swetz KM, Myers ER, et al. Characterizing the Hospice and Palliative Care Workforce in the U.S.: Clinician Demographics and Professional Responsibilities. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2016 Mar;51(3):597–603. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0885392415005801>