

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİMDALI

**PALYATİF BAKIM HASTALARINDA WATSON İNSAN BAKIM
MODELİ TEMELİNE DAYALI HEMŞİRELİK BAKIMININ
SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ**

Okan ARTUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Esra AKIN

İZMİR-2023

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİMDALI

**PALYATİF BAKIM HASTALARINDA WATSON İNSAN BAKIM
MODELİ TEMELİNE DAYALI HEMŞİRELİK BAKIMININ
SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ**

Okan ARTUN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Prof. Dr. Esra AKIN

İZMİR-2023

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Hemşirelik Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : / / 2023

Tez Danışmanı :

*(Ünvanı, Adı Soyadı) (Üniversite) (İMZA)

Üye :

*(Ünvanı, Adı Soyadı) (Üniversite) (İMZA)

Üye :

*(Ünvanı, Adı Soyadı) (Üniversite) (İMZA)

ONAY: Bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

(Ünvanı, Adı Soyadı)

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- Tezimin/Raporumun 15.02.2024 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)
(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Prof. Dr. Esra AKIN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

...../...../2023

İmza

Okan ARTUN

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimime başlamamdan itibaren, güler yüzüyle her zaman beni motive eden, yaşamımın her anında engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren Sayın Prof. Dr. Esra AKIN'a, bana inandığı, güvendiği ve ışığında ilerleme şansını verdiği için sonsuz teşekkür ve minnetimi sunarım.

Tezime olan katkılarından dolayı değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Derya UZELLİ YILMAZ'a ve Dr. Öğr. Üyesi Nazmiye ÇIRAY'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince zorlandığım her konuda benden hiçbir desteği esirgemeyen, çok sevdiğim kıymetli hocam Arş. Gör. Duygu YILDIRIM'a,

Hayatımda olmalarından büyük mutluluk duyduğum, her zaman desteklerini hissettiğim Şiyar KOÇ ve Sinem ÇALIŞKAN'a,

Annemin yokluğunda sevgisini ve desteğini her zaman hissettiğim her konuda beni destekleyen canım halam Meryem USLU'ya,

Yaşamım boyunca aldığım her kararda arkamda duran, desteklerini bir an olsun esirgemeyen kalbi sonsuz şefkat dolu çok kıymetli babama,

Hayatıma girdiği andan itibaren hayatımın her konusuna yön veren birlikte tüm zorlukları güzellikler içinde atlattığım, yanımdayken zamanın durduğunu hissettiğim, birçok sefer kendimi ona hayran olarak bakarken yakaladığım güler yüzlü güzeller güzeli eşim Hatice ARTUN'a

TEŞEKKÜR EDERİM...

ÖZET

PALYATİF BAKIM HASTALARINDA WATSON İNSAN BAKIM MODELİ TEMELİNE DAYALI HEMŞİRELİK BAKIMININ SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ

Amac: Araştırmada palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli temelli yaklaşımın hastaların semptom yönetimine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli temelli yaklaşımın hastaların semptom yönetimine etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde yatışı yapılan hastalar (N=32) oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde yatışı yapılan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 23 hastadan oluşmuştur. Araştırma kapsamında seçilen örneklemin güç analizine bakıldığında; 0.05 α ve 0.80 güçlülük oranında 0.77 yüksek düzeyde güçlü olduğu bulunmuştur. Araştırma verilerinin toplanmasında "Hasta Tanıtım Formu", "Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği", "Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği" ve "Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmanın verileri Watson İnsan Bakım Modeli doğrultusunda oluşturulmuş olup; insancılık-adanmışlık, inanç-umut, kendine ve başkalarına duyarlılık, yardım-güven ilişkisi, olumlu ve olumsuz duyguların ifadesinin teşviki ve kabulü, bakım sürecinde yaratıcı problem çözme, kişilerarası öğrenme-öğretme, destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici, zihinsel, fiziksel, toplumsal ve ruhsal çevre, temel insani ihtiyaçlara yardım ile bakım ve iyileştirmenin varoluşsal ve ruhsal boyutlarına izin alt başlıklar kapsamında toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for 26.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra araştırmada kullanılan ölçme araçlarının normallik değerlerinin ortaya konulmasında çarpıklık ve basıklık analizinden yararlanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin yönünü ve gücünü ortaya

koymada Pearson Korelasyon Analizinden yararlanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma analizlerinde ise Anova ve T testlerinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan palyatif bakım servisinde yatan hastalarının yaş ortalaması 56.26 olarak bulunmuştur. Hastaların 20.74 ay tanı alma ortalamasına sahip oldukları ve yatış süresi ortalamasının 32.70 gün olduğu tespit edilmiştir. Palyatif bakım servisinde uygulanan tedavisinin ortalamasının 117.91 gün olduğu bulunmuştur. Hastaların 12'si (%52.2) erkeklerden, 11'i (%47.8) kadınlardan oluşmuştur. Araştırmada Watson İnsan Bakım modeli uygulanmasından sonra hastalarda ağrı, yorgunluk, bulantı, stres, uyku sorunları, depresyon ve nefes semptomlarının azaldığı; iştah ve iyi his semptomlarının ise arttığı bulunmuştur. Bunun yanında araştırmada Watson İnsan Bakım modeli uygulanmasından sonra hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasında orta güçte pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Araştırmanın sonucunda palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modelinin semptom yönetimi üzerinde iyileştirici ve geliştirici etkisinin kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Palyatif Bakım, Watson İnsan Bakım Modeli, Semptom Yönetimi,

ABSTRACT

THE EFFECT OF WATSON HUMAN CARE MODEL BASED NURSING CARE ON SYMPTOM MANAGEMENT IN PALLIATIVE CARE PATIENTS

Aim:The aim of the study is to investigate the effect of Watson Human Care model based approach on symptom management of patients in palliative care patients.

Material and Method:The research was carried out in descriptive and cross-sectional type in order to examine the effect of Watson Human Care model-based approach on symptom management of patients in palliative care patients. The population of the study was composed of patients hospitalized at the Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Palliative Care Clinic (N=32). The sample of the study consisted of 23 patients who were hospitalized at the Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Palliative Care Clinic and volunteered to participate in the study. When the power analysis of the sample selected within the scope of the research is examined; 0.05 α and 0.80 strength ratio is 0.77 was found to be strong at a high level. “Patient Introduction Form”, “Patient’s Perception of Nursing Care Scale” “Edmonton Symptom Diagnosis Scale” and “Newcastle Nursing Care Satisfaction Scale” were used in the collection of research data. The data of the research were created in accordance with the Watson Human Care Model and; humanity-devotional, faith–hope, sensitivity to yourself and to others, help-the trust relationship, the adoption and promotion of the expression of positive and negative emotions, in the process of maintenance, creative problem solving, interpersonal learning, supportive, protective and/or therapeutic, mental, physical, social and spiritual environment, basic human needs assistance with maintenance and improvement of existential and spiritual dimensions were collected under subheadings permission. The data obtained from the research were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for 26.0 program. Descriptive statistical methods (number, percentage, average, standard deviation) were used while evaluating the research data. While evaluating the study data, in addition to descriptive statistical methods, skewness and kurtosis analysis were used to determine the normality values of the measurement tools used in the research. Pearson Correlation Analysis was used to Decipher the direction and strength of the

relationship between variables. Anova and T tests were used in the comparison analyses between the groups. Decision tests were used in the comparison between the groups.

Results: The average age of the patients hospitalized in the palliative care service participating in the study was found to be 56.26. It was found that the patients had an average diagnosis time of 20.74 months and the average hospitalization time was 32.70 days. It was found that the average duration of treatment in the palliative ward was 117.91 days. Of the patients, 12 (52.2%) were male and 11 (47.8%) were female. In the research, pain, fatigue, nausea, stress, sleep problems, depression and breathing symptoms decreased in patients after the application of Watson Human Care model.; it was found that appetite and good feeling symptoms increased. In addition, it has been determined in the research that there is a Decisively positive relationship between the patient's perception of nursing care and nursing care satisfaction after the application of the Watson Human Care model.

Conclusion: As a result of the research, it was concluded that the Watson Human Care model has a curative and improving effect on symptom management in palliative care patients.

Keywords: Nursing, Palliative Care, Watson Human Care Model, Symptom Management

İÇİNDEKİLER

Onay	i
Yayımlama ve Fikri Mülkiyet Hakları Beyanı	ii
Etik Beyan	iii
Teşekkür	iv
Özet	v
Abstract	vii
İçindekiler	ix
Simgeler ve Kısaltmalar	xii
Tablolar Dizini	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezi	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Palyatif Bakım ve Amacı	6
2.1.1. Palyatif Bakımda Sık Karşılaşılan Semptomlar	7
2.1.2. Palyatif Bakımda Hemşirenin Sorumlulukları	7
2.2. Watson İnsan Bakım Modeli	8
2.2.1. İnsan Bakım Modelinin Yapısını Oluşturan Kavramlar	9
2.2.2. İnsan Bakım Modelinin Araştırma ve Uygulamaya Yansıması	15
2.3. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Tipi	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	20

3.4.1. Bağımlı Değişkenler	20
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	20
3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri	20
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	20
3.5.2. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği-ESTÖ	21
3.5.3. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği-NHBMÖ	21
3.5.4. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği-HHBAÖ	22
3.5. Veri Toplama Süreci	22
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi	25
3.8. Süre ve Olanaklar	25
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	26
4. BULGULAR	27
4.1. Hastaların Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi	27
4.2. Kullanılan Ölçme Araçlarına Dair Bilgiler	28
4.3. Korelasyon Analizleri	32
4.4. Gruplar Arası Karşılaştırma Analizler	39
5. TARTIŞMA	54
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması	54
5.2. Hastalara Ait Semptom Şiddetlerinin Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Göre Korelasyon Analizlerine Ait Bulguların Tartışılması	57
5.3. Değişkenler Arası Bulgunun Tartışılması	60
5.4. Araştırma Değişkenleri İle Bağımsız Değişkenler Arasındaki Farklılığın Tartışılması	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	65
6.1. Sonuç	65
6.2. Öneriler	66
KAYNAKÇA	68
EKLER	78

Ek 1: Etik Kurul İzni	79
Ek 2: Kurum İzni	80
Ek 3: İl Sağlık Müdürlüğü İzni	81
Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	82
Ek 5: Hasta Tanıtım Formu	86
Ek 6: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği	88
Ek 7: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	89
Ek 8: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği	90
Ek 9: Ölçek Kullanım İzinleri	91
Ek 10: Benzerlik Raporu	92
ÖZGEÇMİŞ	93

SİMGELER VE KISALTMALAR

ESTÖ : Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği

NHBMÖ : Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği

HHBAÖ : Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

AIDS : Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu- Acquired Immune Deficiency Syndrome

SPSS : Statistical Package for Social Sciences-Sosyal Bilimler İstatistik Paketi

% : Yüzde

N : Kişi Sayısı

Ort. : Ortalama

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Watson İnsan Bakım Modeline Göre Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	23
Tablo 3.2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	26
Tablo 4.1. Hastaların Demografik Bilgilerine Dair Bulgular	27
Tablo 4.2. Hastaların Yaşı, Tanı Alma Zamanı (Ay), Yatış Süresi (Gün) ve Tedavi Süresine (Gün) İlişkin Bilgiler	28
Tablo 4.3. Kullanılan Ölçme Araçlarının Ortanca, Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları, Minimum ve Maksimum Değerleri.....	29
Tablo 4.4. Araştırma Ölçeklerinin Normallik Kontrolü	31
Tablo 4.5. Palyatif Bakım Servisine Yatışı Olan Hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Korelasyon Analizi	32
Tablo 4.6. Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastalarda Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti Arasındaki Korelasyon Analizi.....	35
Tablo 4.7. Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Yaşları, Tanı Alma Zamanları (Ay), Yatış Süreleri (Gün) ve Tedavi Sürelerine (Gün) Göre Hastalarda Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki İlişki.....	37
Tablo 4.8. Cinsiyete Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık	40
Tablo 4.9. Medeni Duruma Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık	42

Tablo 4.10. Eğitim Düzeyine Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti ile Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık 44

Tablo 4.11. Yatış Türüne Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti ile Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık 47

Tablo 4.12. Tedavi Tipine Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık 51



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık alanında yaşanan ilerlemeler insan ömrünün uzamasını sağlarken kronik ve ilerleyici hastalıkların da artmasına neden olmuştur (22). Başta kanser olmak üzere nörodejeneratif hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok nedenle yaşamın son evresine gelen hastalara bakım hizmeti sağlanmaktadır. Palyatif bakım ismi verilen bu hizmetle ilerleyici hastalığa sahip hastaların ve hasta yakınlarına mümkün mertebe konfor sağlanması, hastanın temel ihtiyaçlarının karşılanması, semptomların kontrol altına alınması ve hastanın yaşam kalitesinin olabildiğince yükseltilmesi hedeflenmektedir (17).

Mevcut sosyal düzende meydana gelen değişimler ötekine bağımlı olan yaşlı nüfusun artması, genç yetişkinlerin ise ev dışında çalışmak durumunda olması palyatif bakımın bir zorunluluk haline gelmesini sağlamıştır. Bu nedenle palyatif bakım sadece hastalar için değil hasta yakınları için de tasarlanmış bir bakım hizmetidir (48). Palyatif bakım altındaki hastalar için ölüm olağan bir süreç olarak görülmekte ancak ölümü yavaşlatmak veya hızlandırmak için bir çaba harcanmamaktadır. Bu bakım altında geçen sürede yaşamın kalitesinin artırılması hedeflenmektedir. Palyatif bakımın önemi her geçen gün daha iyi anlaşılmakta ve bakımın niteliği arttırılmak istenmektedir (50).

Palyatif bakım altındaki hastalar fiziksel ve psikolojik açıdan çok ciddi bir zorlanma içindedirler. Özellikle kanser hastalığının yaygınlığındaki artış birçok hastanın kanserin getirdiği şiddetli semptomları yaşamak durumunda kalmaktadır. Kusma, bulantı, şiddetli ağrılar ve ötekinin bakımına muhtaç olma hali kişiyi hem fiziksel hem de psikolojik açıdan yormaktadır (10). Palyatif bakım hastalarının karşı karşıya kaldıkları bu durum ölüm gerçeğiyle yüzleşme gibi varoluşsal krizlerle birlikte görülmektedir. Bu sebeple palyatif bakım temel insan sağlığı hizmeti olarak görülmekte olup özel bir bakım programı gerektirmektedir (91).

Palyatif bakım hastalarının sık aralıklarla hastaneye yatmış olmaları, kişisel kontrol hissini kaybetmeleri, birçok tıbbi müdahaleye maruz kalmaları ve kendi

bakımlarını yapabilmeye yetersiz olmaları yoğun bir umutsuzluk duygusu yaşamalarına neden olabilmektedir. Hastaların içinde bulundukları durumu en hafif hasarla geçirebilmeleri ise palyatif bakımın niteliği ile mümkün olmaktadır. Bu nedenle yaşamın son evresine gelmiş kişilerin hem fiziksel hem de manevi açıdan nitelikli bir bakım almaları ekip içindeki profesyonellerin yaklaşımıyla yakından ilişkilidir (20,69).

Palyatif bakım ekibinde oldukça önemli bir role sahip olan hemşireler hem hasta hem de hasta yakınlarıyla yakın etkileşim içindedirler. Hastanın ağrı yönetimi, semptomların hafifletilmesi, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması gibi birçok durumda hemşireler görev almaktadır. Palyatif bakım hemşirelerinin nitelikli bir bakım sunabilmeleri için ise bilimsel dayanak alan rehber yaklaşımlara hakim olmaları gerekmektedir (48).

Hemşirenin bağımsız fonksiyonu olan bakım, en önemli hemşirelik işlevidir ve hızlı gelişen sağlık alanında önemi gittikçe artmaktadır. Hemşirelik bakımı, bilimsel bilgi temelini, hemşirenin doğru bilgisini, psikomotor becerisini, pratik zekasını, ve özelleşmiş teknik beceri ve manevra yetisini etik ilkeler ve mesleki değerler doğrultusunda birleştirebilmesi ve özenli ve saygılı bir tutumla sunabilmesidir. Hemşirelik bakımı, hastalıkların önlenmesine, fiziksel ve ruhsal sorunların çözülmesine yönelik tedavi edici eylemleri içeren, profesyonel hemşirelik uygulamaları ile karakterize bireyin tekliğinin göz önüne alındığı ahlaki ve kişilerarası bir süreçtir (78). Hastayı bir bütün olarak ele alan ve hümanistik bir bakış açısına sahip olan İnsan Bakım Modeli ise palyatif bakımda hemşirelerin benimseyebileceği bakım modellerinden biridir. Watson tarafından geliştirilen bu model hemşire ve hasta arasındaki ilişkiyi merkeze alan insancıl bir çerçeve ile hemşirelik bakımına dair önemli önerilerde bulunmaktadır (76).

Watson'a göre hemşirelik bakımı bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş bir kişilerarası süreçtir. Dolayısıyla hemşirelik bakımı hem bilimsel hem de estetik yanı olan bir alandır. Watson bu görüş doğrultusunda geliştirdiği İnsan Bakım Modeli ile hemşire ve hasta arasındaki ilişkiyi bütüncül bir perspektifte ele almaktadır (98). Bu modelde yer alan iyileştirme süreçleri tıbbi girişimlerden çok

daha fazlasını içermektedir. Modelin benimsediği insancıl yaklaşım hemşirelerin sahip oldukları bilgi ve becerileri nitelikli iletişim ile harmanlamasını istemektedir. İnsan Bakım Modeli hemşirelerin bakım davranışlarını sergilerken güvenilir, şefkatli, duyarlı ve dürüst bir iklim oluşturmalarını beklemektedir. Bu değerleri rehber edinerek verilecek bakımın semptom yönetimi sürecine olumlu katkı sağlayacağı ön görülmektedir (33, 38).

Watson'ın İnsan Bakım Modeli hemşirelere gerekli otonomiye sağlarken bazı ilkeler doğrultusunda hareket etmeleri gerektiğini bildirmektedir. İyileştirme süreçlerinde karşılaşılan problemlerin çözümünde otonomi kullanan hemşireler bilimsel bilgiyi dayanak alan ancak şefkat ve duyarlılığı elden bırakmayan bir yaklaşım sergilemelidir. Bu anlayış doğrultusunda verilecek bakımın hastayı biricik bir birey olarak görmekle mümkün olabileceği öne sürülmektedir. Hemşire ve hasta arasında kurulan bağın niteliği iyileştirme sürecinin gidişatını da etkilemektedir. Bütüncül bir destek sunularak sağlanan bakım ile hastaların tedaviye daha iyi yanıt vereceği ön görülmektedir (95).

İnsan Bakım Modeli'nin öne sürdüğü iyileştirme süreçlerinde sadece invaziv girişimler yer almamaktadır. Bu model hastayı bir bütün olarak ele aldığı için hemşirelik bakımında alternatif tekniklerden de faydalanılması gerektiğini öne sürmektedir. Sanat, dans, terapötik etkileşim, aromaterapi, tıbbi masaj, akupunktur veya manevi destek gibi çeşitli alternatif yöntemlerle hastanın bakımının zenginleştirilmesi modelin içeriğinde yer almaktadır. Bu içerik İnsan Bakım Modeli'ni sadece teknolojik ve tıbbi tekniklerden ibaret mekanik bir bakımdan uzaklaştırmaktadır. Modelin öne sürdüğü insancıl değerler ve kişilerarası ilişkiye verilen önem geleneksel yaklaşımların getirdiği dezavantajı elimine etmektedir (34).

Palyatif bakım hastalarının yakınları da süreçten olumsuz etkilenmektedir. Sevdiklerinin yaşamın son evresinde olduğunu bilen ve hastanın ağır semptomları karşısında çaresiz kalan hasta yakınları sağlık ekibinin bilgilerine ve samimiyetlerine ihtiyaç duymaktadır (39). Hastalara verilen bakımın niteliği hasta yakının güveni açısından son derece önemlidir. İnsan Bakım Modeli ile kurulan samimi etkileşim hasta yakınlarının güven duymalarını sağlayabilecek faktörlerden biridir. Hastanın

yakınlarından alamadığı desteği hemşirelik bakımı ile alabilmesi yaşamın son evresi için oldukça değerlidir (12).

Palyatif bakım hastaları ilerleyici bir hastalığa sahip olmaları ve yaşamın son evresinde bulunmaları nedeniyle invaziv girişimlerden çok daha fazlasına ihtiyaç duymaktadır. Ölüm korkusu içindeki kişinin ihtiyaçları sadece fiziksel bakımla sınırlı kalmamaktadır. Yaşamın anlamını yitirmiş olan hastanın manevi açıdan kapsanacak bir ilişkiye ihtiyaç duyması sıklıkla gözlenen bir durumdur. Bu nedenle palyatif bakım hastalarına verilen bakımda insancıl bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin sunduğu ilkeler ve önerilerin palyatif bakım hastalarının ihtiyaçları ile örtüştüğü düşünülmektedir. Bu alanda yapılan araştırmalar İnsan Bakım Modeli'nin hastalar üzerinde olumlu etkiler bıraktığını göstermektedir (15, 19, 21, 27).

Palyatif bakım hastalarında da benzer olumlu etkilerin gözlenebileceği düşünülmektedir. Bu alanda yapılmış araştırma sayısının sınırlı olması ve palyatif bakım hastaları için işlevsel olabilecek bir bakım modelinin bilimsel olarak ortaya konulması araştırmanın önemini oluşturmaktadır. Bu düşünce doğrultusunda tasarlanan bu çalışmada palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım Modeli temeline dayanan hemşirelik bakımının semptom yönetimine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli temelli yaklaşımın hastaların semptom yönetimine etkisini incelemektir. Çalışmanın ikincil amacı ise palyatif bakım hastalarında kullanılabilecek bir bakım protokolü geliştirmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezi

H₁: Palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım Modeli'ne dayalı hemşirelik bakımı semptom yönetiminde etkilidir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın evren ve örneklemleri ilk etapta İzmir Katip Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak planlanmıştır. Araştırmanın 2020 Mart ayından bu yana tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemi süreci nedeniyle verilerin toplanması güvenlik önlemleri nedeni ile araştırma yasal izinlerinin sekteye uğraması bağlamında İstanbul da am ve Sakura Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde yatışı yapılan hastalar ile yürütülmüştür. Bu nedenle araştırmanın sonuçları araştırmanın yürütüldüğü hastanedeki palyatif bakım servisinde yatan hastaların vermiş oldukları yanıtla bağlı olup sonuçların genelleştirilmesi mümkün değildir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Palyatif Bakım ve Amacı

İlerleyici hastalıkla mücadele eden bireylerin semptomlarını hafifletmeyi ve hastanın yaşam kalitesine katkı sunmayı hedefleyen palyatif bakım bütüncül ve hümanist bir bakış açısıyla uygulanmaktadır (86). Ekip çalışması şeklinde verilen palyatif bakım hizmetinde bireye özel tasarlanmış bir planlama söz konusudur. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre palyatif bakım: "Yaşamı tehdit eden hastalıklar sebebiyle problemlerle karşılaşan hasta ve ailelerinin fiziksel, psikososyal ve spiritüel bakım gereksinimlerini karşılayarak, yaşam kalitesini artırmayı amaçlayan, acıları önlemeye ve hafifletmeye yönelik uygulamaları içeren bir yaklaşımdır" Zimmermann ve arkadaşları ise (2016) palyatif bakımı "yaşamsal faaliyetleri sınırlandıran bir hastalıkla mücadele eden kişilerin tüm gereksinimlerini karşılamayı hedefleyen, ağrı yönetimi, duygusal destek ve şefkat gibi konuları da kapsayan, uzmanlık gerektiren bir bakım türü" olarak tanımlamaktadır. Palyatif bakım "yaşam sonu bakımı" veya "hospis bakımı" şeklinde de ifade edilmektedir (103). Bu bakımın verildiği kişiler yaşamın sonuna yaklaşmış oldukları için oldukça özenli bir yaklaşım sunulmaktadır (94).

Yukarıdaki tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere palyatif bakım altındaki hastaların tedavi edilemez durumdadırlar. Bu nedenle hastalar için sağlanan bakım tedaviyi değil kişinin içinde bulunduğu durumun getirdiği acıları azaltmaya yöneliktir (23). Palyatif bakım alan hastaların sahip oldukları kültürel değerler ve inançlara saygı duyan bir yaklaşım sergilenmektedir. Bireyin ihtiyaç duyduğu duygusal ve sosyal gereksinimler palyatif bakım çerçevesinde karşılanmaya çalışılmaktadır (91).

Herhangi bir yaş döneminde yaşanan ciddi travmalar, akut felci lösemi, konjenital problemler, Alzheimer ve demans gibi nörodejeneratif hastalıklar, kronik hastalıkların terminal evreleri, HIV/AIDS ve tedaviye yanıt vermeyen kanserler gibi hastalıklar kişinin yaşamın sonuna gelmesine ve palyatif bakıma ihtiyaç duymasına neden olabilmektedir (7). Yapılan araştırmalar kardiyovasküler hastalıkların palyatif bakım ihtiyacında ilk sırada olduğunu göstermektedir. Kanser, solunum yolu

hastalıkları, AIDS ve diyabet hastalıkları da palyatif bakıma götüren hastalıklar içinde ilk sıralarda yer almaktadır (11). Bu hastalıkların günümüzdeki yaygınlığı göz önüne alındığında palyatif bakımın oldukça büyük bir kesim için gerekli olduğu anlaşılabilmektedir.

2.1.1. Palyatif Bakımda Sık Karşılaşılan Semptomlar

Palyatif bakım altındaki hastanın tedavinin imkansızlığını ve ölümün yaklaştığını bilmesi yaşadığı semptomları şiddetlendirebilmektedir. Yoğun duygusal problemlerle karşı karşıya kalan birey acı verici deneyimler yaşamaktadır. Bu nedenle palyatif bakımda sık karşılaşılan semptomlar hem fiziksel hem de psikolojik açıdan ele alınmaktadır (72).

Hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan semptomlar çeşitli düzeylerde kişinin sosyal işlevselliğini ve iyilik halini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Palyatif bakım alan bireyler için ise sosyal işlevsellik neredeyse sona ermiş ve hastalık semptomları ileri seviyeye gelmiştir. Palyatif bakım altındaki kişiler sıklıkla uyku bozuklukları, anksiyete ve şiddetli ağrı semptomları yaşamaktadır (48). Tabloda gözlenen kontrolsüz fiziksel semptomlar (mide bulantısı ve kusma gibi) depresyon ve anksiyete gibi psikolojik semptomlarla birlikte meydana gelebilmektedir. Bu semptomlar çoğu zaman yaklaşan mortalite ile ilişkili görülmektedir (17). Palyatif bakım ekip çalışması şeklinde yürütülmekte olup ekibin etkin rol oynayan meslek üyeleri hemşirelerdir.

2.1.2. Palyatif Bakımda Hemşirenin Sorumlulukları

Tedavi seçeneklerinin oldukça azalmış olması palyatif bakım altındaki hastalardaki semptomların şiddetli olması anlamına gelmektedir. Hastalar hem fiziksel hem de psikolojik açıdan büyük bir zorlanma içinde yaşamın sona ermesini beklemektedir. Bu durum hem hasta hem de hasta yakınları açısından oldukça ızdırıp vericidir (24).

Palyatif bakımla hastanın semptomlarının şiddetinin hafifletilmesi ve mevcut tablonun mümkün mertebe daha iyi bir noktaya getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu bakımla birlikte verilen hizmetler kişinin yaşam kalitesini belli ölçüde

yükseltebilmekte ve yaşanan sıkıntıları hafifletebilmektedir (11). Hemşireler bu bakım hizmetlerinin sunulmasına etkin şekilde rol oynamaktadırlar. Palyatif bakımda görevli hemşireler yaşamsal ihtiyaçlarını karşılamakta dahi zorluk yaşayan hastalara hem fiziksel hem de psikolojik destek sağlamaktadırlar (92).

Palyatif bakım hemşireliğinin en temel amacı hastanın temel gereksinimlerini karşılamaya destek vermektir. Bu bağlamda hemşireler hastalar ile terapötik bir bağ kurmaktadır. Yaşamın son evresine gelmiş hastalar için yüksek kaliteli bir bakım hizmeti sağlamak hemşirelerin sorumluluğundadır (14). Hastanın uyku kalitesinin artırılması, günlük yaşam aktivitelerinde konfor sağlanması, ilaç ve ilaç dışı tekniklerle ağrı yönetiminin yapılması gibi görevler palyatif bakım hemşirelerinin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır(44). Hemşireler temel hemşirelik bilgi ve becerilerinden de faydalanarak palyatif bakım hastaları için özelleşmiş bir hizmet sunmaktadır. Bu hizmeti sunarken temel alınan modellerden biri Watson İnsan Bakım Modeli'dir.

2.2. Watson İnsan Bakım Modeli

Watson (2008)'a göre bakım süreci hastanın eşsiz bir birey olarak algılanmasıyla başlayan ve diğerinin duygularının empatik şekilde ele alındığı bir süreçtir (99). Ona göre hemşirenin sağladığı bakım hastanın eşsiz bir birey olarak idrak edilmesiyle nitelikli hale gelmektedir. Bu nedenle hemşirelik bakım davranışlarında zihinsel ve fiziksel olarak ulaşılabilir olma, güven verme, duyarlı, saygılı ve dürüst olma gibi özelliklerin mutlaka yer alması gerektiğini ifade etmektedir. Hemşire ile hasta arasında kurulan iletişimin nitelikli olması Watson'a göre bakımın temel ilkelerinden biridir (95). Bu ilkeler doğrultusunda Watson tarafından ileri sürülen İnsan Bakım Modeli“insanların bir nesne olarak tedavi edilemeyeceğini, kendi benliklerinden, diğer insanlardan, doğadan ve evrenden ayrılmayacağı temeline oturmaktadır. Ona göre hemşirelik bakım, iyileşme ve sağlığı bu ilkeler doğrultusunda ele alan bir disiplindir (4).

Watson'ın ileri sürdüğü modele ilişkin ilkeler incelendiğinde insanın sadece bir beden olarak değil ruh ve beden şeklinde ele alındığı görülmektedir. Hasta birey sadece fiziksel yakınmalar ibaret bir nesne olarak ele alınmamalı ve kişilerarası

ilişkiler içinde değerlendirilmelidir. Hemşirelerin sağladığı bakım mekanik ve teknolojik koşulların çok daha ötesinde, duygusal bağlar taşıyan bir yapı olduğu görülmektedir. Bu nedenle hemşirelik mesleğinde uzmanlaşan kişiler tıbbi becerilerin yanı sıra insan ilişkileri konusunda da çeşitli yetilere sahip olmalıdır. Watson'ın öne sürdüğü bakım modeline ilişkin kavramların ele alınması bu anlayışın daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (96).

2.2.1. İnsan Bakım Modelinin Yapısını Oluşturan Kavramlar

İnsan Bakım Modeli dört temel kavram çerçevesinde ele alınmaktadır Ayrıca bu kavramlara iyileştirici çevre ve otantik ilişki kavramlarının eşlik ettiği görülmektedir. Modelin dört temel kavramı şu şekildedir (34):

- Kişilerarası bakım ilişkisi
- Bakım durumu ve bakım anı
- Bakım iyileştirme bilinci
- İyileştirme süreçleri

Kişilerarası Bakım İlişkisi

Modele göre kişilerarası ilişkilerin niteliği oldukça önemlidir. Hemşirenin etik ve ahlaki sorumluluklar çerçevesinde erdemli davranışlar sergilemesi beklenmektedir. Aynı zamanda hastayla kurulan ilişkide duyarlı, uyumlu ve empatik bir anlayış sergilenmesi gerekmektedir (28).

Watson'a göre, hemşirelik bakımı sırasında fiziksel ve psikolojik alanda yüksek bir enerji meydana gelmektedir. Bu enerji iki taraf arasındaki bağı meydana getiren kişilerarası ilişkinin rengini de göstermektedir. Dolayısıyla iki taraf arasında kurulan ilişkideki erdemli davranışlar bakıma etki etmektedir. Hemşirelerin bu ilişki içinde duyarlı olmaları, güven vermeleri ve hastaya karşı saygılı bir anlayış göstermeleri modelin temel ilkeleri arasında yer almaktadır (4).

Bakım Durumu ve Bakım Anı

Hemşirenin sağladığı bakım durumu çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Hemşirenin kendi deneyimleri ve hastanın varoluşsal alanının birleşiminde kesişen bakım durumu her iki tarafın da izlerini taşımaktadır. Bakım anı ise hemşirenin hastaya bakım verme fırsatını oluşturan yer ve zaman olarak ifade edilmektedir. Hemşirelerin bakım anının farkında olabilmeleri, sezgisel davranabilmeleri beklenmektedir. Bu bakım anında hemşire ve hasta arasında içsel bir bağ kurulmakta ve oluşan bağ bakımının niteliğine etki etmektedir. Hemşirenin bu anın yarattığı fırsatların bilincinde olması hastaya daha fazla fayda sağlaması için olanak oluşturmaktadır (100).

Bakım-İyileştirme Bilinci

Hemşirelerin verdiği bakımın en temel hedefi iyileştirme sağlamaktır. Bu hedefe giden süreçte sevginin oldukça önemli bir faktör olduğu öne sürülmektedir. Hemşire ve hasta arasında kurulan ilişki arkadaş ilişkisinde farklı bir alan olsa da içinde sevgi bağı barındırmaktadır. Bu sevgi bağı bakımın gerektirdiği şefkatin açığa çıkmasına ve hemşirenin duyarlı olmasına olanak tanımaktadır. Sevgi bağından yoksun bir bakımın mekanik bir işten farkı kalmamaktadır (34).

İyileştirme Süreçleri

Watson tarafından geliştirilen İnsan Bakım Modeli postmodern hemşirelik anlayışındaki iyileştirme kavramından köklerini almaktadır. 1979 yılında Watson'ın dile getirdiği iyileştirici faktörler kavramı ile hemşirelik bakımındaki süreçler farklı bir anlayışa evrilmeye başlamıştır. Daha sonra iyileştirme süreçleri şeklinde ele alınan kavramın hemşireliğin özü olarak belirtildiği görülmektedir (34).

İyileştirme süreçlerini hemşirelik bakımının özü olarak gören Watson; sevgi, değer ve saygı gibi değerlerin hemşireler tarafından içselleştirilmesi gerektiğini öne sürmektedir. Bu değerlerle birlikte sunulan bakımın iyileştirici olabileceğini ifade etmektedir. Ona göre hemşirelik bakımının iyileştirici süreçleri şefkati içinde barındıran değerlerden yoksun olmamalıdır. Dolayısıyla iyileştirme sürecinin sadece tıbbi aşamalar ibaret olmaması gerektiğini belirttiği söylenebilmektedir (33).

Watson'a göre hemşireliğin iyileştirme sürecinde kurulan ilişki iyileştirmenin niteliğine etki etmektedir. Kurulan ilişkideki manevi bağ iyileştirme sürecinin daha etkin şekilde sürdürülmesine katkı sağlayabilmektedir. Watson'ın kendi yaşamsal deneyimlerindeki travmatik yaşantılarının da geliştirdiği modelde değerlere bu denli vurgu yapmasında etkili olduğu düşünülmektedir (65). Travmatik yaşantıları sonucunda hasta konumundaki bireyin olumlu ilişkiden ne denli fayda sağladığını deneyimleyen Watson geliştirdiği modelde de bunu vurgulamaktadır. Ona göre iyileştirme süreci içinde sevgi, duyarlılık ve empatiyi içselleştiren hemşireler problemler karşısında daha yaratıcı çözümler üretebilmektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımının nitelikli hale gelmesi için iyileştirme sürecinin değerlerden yoksun olmaması gerekmektedir (98).

Hemşireliğin iyileştirme süreçleri doğrusal bir gidişat izlememektedir. Hasta ve hemşire arasındaki etkileşim sürecin farklılaşmasına ve her aşamada dönüşmesine zemin hazırlamaktadır. Bakım sürecinde hemşirenin sergilediği estetik tavırda hastanın tüm duygularını kapsayıcı bir rol üstlenmesi beklenmektedir. Bu rol hasta ile hemşire arasındaki özel bağın kuruluşunu sağlamaktadır (53). Hemşirenin samimi duygularla yürüttüğü bakım süreci hasta tarafından hissedilmekte ve iki taraf arasındaki bağ güçlenmektedir. Bakım sürecindeki bu soyut alan etkili hizmetin kilit noktalarından biridir. Dolayısıyla İnsan Bakım Modeli hemşire ve hasta arasındaki psikolojik alana önemli vurgular yapmakta ve iyileştirme sürecindeki temel taş olarak görmektedir (100).

Watson'ın geliştirmiş olduğu İnsan Bakım Modeli'nin iyileştirme süreçlerinde 10 farklı faktör tanımlanmıştır. Hemşireler bu faktörler aracılığıyla hastaya bakım sağlamaktadır. Watson bakım davranışının meslek kültürü ile birlikte geliştiğini ve bu faktörlerin iyileştirme sürecinin temelinde yer aldığını ifade etmektedir. Belirtilen bu iyileştirme süreci faktörleri hemşirelik bakımının kişilerarası ilişkiler ve sanat yönünü ortaya koymaktadır. Tıbbi adımların ötesinde ele alınan bu süreçlerde hemşire ile hasta arasındaki ilişkiye dair önemli noktalara değinilmektedir. Bakım biliminin felsefi temeli şeklinde ifade edilen iyileştirme süreci faktörlerini aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür (33):

1. Hümanistik-Alturizm (İnsancllık-adanmlık) Değerler Sistemi:

Hümanistik değerler hemşirenin kendine ve hastaya Şefkatle yaklaşmasını içermektedir.Hemşirelik bakımı evrensel hümanistik değerler üzerine inşa edilmiştir. Kişi bu değerleri yaşam boyunca elde ettiği deneyimler sayesinde iselletirmektedir.Watson'a göre bakımverme inanç, kültür, değerler ve kişisel deneyimlerden bağımsız olarak dnlmemelidir. Hemşirenin sahip olduğu değerler sistemi hasta ile olan ilişkisini Őekillendirmektedir. Bu nedenle hemşirelik bakımında hümanistik değerlerin var olması gerektiği ifade edilmektedir. Bu değerler dahilinde verilen bakımda hemşire hem kendine hem de hastaya karşı olumlu bir ereve çizmektedir. Hemşirelerin bakım verme sırasında sergilediği davranışların farkında olmaları için sahip oldukları değerlerin de bilincinde olmaları gerekmektedir (57).

2. İnanç-Umut:

Hemşirelerin hastalarla kurdukları etkileşimde hastanın tedaviyi ve alternatifleri anlayabilmesi hedeflenmektedir. Bireye aşılanan inanç ve umuttedaviye verilen yanıtı etkilemektedir. Hemşire tarafından hastaya sağlanan olumlu ve umut dolu geribildirimler sağlığı korumak ve geliştirmek adına oldukça önemlidir. Bu değer benimsenen bakım modelinin ötesinde temel bir kabuldür. Hemşireler kabul ettikleri bakım modelinden bağımsız olarak hastaya tedaviye yönelik umut vermek durumundadır (56).

3. Duyarlılık:

Watson'ın geliştirdiği modele göre hemşireler, hastanın duygu dünyası ile kontak halinde olabilmelidir. Duyarlılık Şeklinde ifade edilen bu durumda hemireden hastanın içinde bulunduğu duruma karşı ilgili ve sezgisel olması beklenmektedir.Hemşirelerin sahip olduğu bu beceri hastanın ihtiyaçlarını daha kolay fark etmelerini, bu ihtiyaçları gidermek için daha yüksek bir motivasyona ulaabilmelerini sağlamaktadır. Aynı zamanda duyarlı bir yaklaşım sergileyen hemşireler mesleki bilgi ve becerilerini arttırma noktasında da daha istekli olabilmektedir (51).

4. Yardım Edici-Güven Verici İlişki:

Hemşire ve hasta arasında kurulan ilişki alanı bazı özellikler taşımaktadır. Bu ilişkide güven veren olmayı tercih eden hemşireler nitelik bakım davranışlarını daha rahat sergileyebilmektedir.Bu faktör empatik ve duyarlı olmayla da yakından ilişkilidir. Nitekim duyarlı olmadan güven vermek mümkün değildir. Bu nedenle kurulan ilişkinin niteliğine zen göstermek,

yardım etmeye hevesli olmak ve güven vermek iyileştirme süreçlerinin önemli faktörleri arasındadır (59).

5. Pozitif ve Negatif Duyguların İfadesi: Tedavi sürecindeki hastalar birçok duyguyu aynı anda deneyimlemek durumunda kalmaktadır. Pozitif ve negatif duyguları barındıran bu süreçte duyguların sağlıklı biçimde ifade edilebilmesi iki taraf arasındaki bağın güçlenmesine olanak tanımaktadır. Özellikle negatif duyguların ifade edilmesinde hemşirelerin hastalar için sağladığı cesaretlendirici yaklaşım oldukça değerlidir. Hastanın duygularını ifade etmesine imkan veren bir ilişki hümanistik değerleri de beraberinde getirmektedir. Duygularının görüldüğünü ve duyulduğunu fark eden hastanın hemşireye güvenmesi ve işbirliği yapması daha kolaydır (57).

6. Karar Vermede Bilimsel Problem Çözme: Hemşirelik bakımında oldukça çeşitli problemlerle karşı karşıya kalınmaktadır. Bu problemlerin çözümü bazen zor olabilmektedir. Bu durumda hemşirenin sahip olması gereken tavır objektif ve bilimsel olmalıdır. Bakım verme sırasında ilişkinin getirdikleri bazen yansız olabilmeyi imkansız kıldığında ise yaratıcı çözümlere başvurmak gerekmektedir. Hemşireler bakım verme sırasında karşılaştıkları problemleri çözebilmek için bilim ve teknolojinin ışığında hümanistik değerler çerçevesinde yaratıcı çözümler bulabilmelidir (66).

7. Öğrenme ve Öğretme: Neredeyse insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi olan hemşirelik mesleğinde öğrenme ve öğretme her daim var olmuştur. Hemşirelerin öğrenme ve öğretme ile kendilerini geliştirebilmeleri mümkün olmaktadır. Bireyin bilmediği durum karşısında hissettiği çaresizlik öğretme süreci ile çözülebilmektedir. Hemşirelerin mesleki bilgilerinden kaynak alarak yaptıkları rehberlik hastanın iyileşme süreci açısından oldukça değerlidir. Aktarılan bilgiler sayesinde hastanın kendini fark etmesi ve ihtiyaç duyduğu bilgileri edinmesi mümkün olabilmektedir (71).

8. İyileştirici (Destekleyici, Koruyucu, Fiziksel, Toplumsal ve Ruhsal) Çevre: Hastalıkları önlemede atılan ilk adım iyileştirici çevresel düzenlemeler yapmaktır. Fiziksel ve ruhsal anlamda kişinin sağlığını yükseltecek çevresel faktörler

sağlığın korunmasını ve hastalıkların önlenmesini sağlamaktadır. Güvenli, temiz ve estetik çevre faktörleri sağlığın yükseltilmesi için gereklidir. Hemşireler bu faktörlerin sağlanmasında görev alabilmektedir. Bakım verme esnasında bu faktörleri göz önünde bulunduran ve çevresel koşulları buna göre düzenleyen hemşirelerin nitelikli bakım için uygun adımları attıkları söylenebilmektedir (75).

9. İnsan Gereksinimlerine Yardım: Maslow (1954) tarafından öne sürülen ihtiyaçlar hiyerarşisine benzer bir yaklaşım Watson'ın modelinde görülmektedir. Watson'a göre insanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanması iyileştirme süreçlerinin bir parçasıdır. Bu ihtiyaçlar karşılanırken fizyolojikten sosyale doğru bir hiyerarşi benimsenmelidir. Fizyolojik ihtiyaçları tam anlamıyla giderilmemiş bir bireyin sosyal ihtiyaçlarının giderilmeye çalışılması bakım sürecinin eksik kalmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle tüm ihtiyaçlar değerli ve önemli olarak görülmeli, hiyerarşik bir yapı takip edilmelidir (79).

10. Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma: Özellikle yaşamın son evresinde olan bireyler için manevi değerler oldukça önemli hale gelmektedir. Maddi varlıkların değerini yitirdiği bu evrede hastanın varoluşsal ihtiyaçlarına odaklanabilmek oldukça önemlidir. Bu aşamada bilim ve mantığın açıklayamadığı durumlara karşı esnek olmak ve bireyin deneyimlerine eşlik edebilmek gerekmektedir (57).

Yukarıda sıralanan süreçler birbiri ile iç içe geçmiş halde gözlenebilmektedir. Tüm faktörler bir bütün olarak ele alındığında hemşirelik bakımında pozitif ve hümanistik bir bakış açısıyla hareket edilmesinin vurgulandığı anlaşılmaktadır. Hemşirelerin iyileştirme süreçlerinde sergiledikleri davranışlar birçok faktörün birleşimi şeklinde yansımaktadır (97). İnsan Bakım Modeli'nin iyileştirme süreçleri baz alınarak sağlanan bakımda bütüncül bir yaklaşım sergilenmekte hemşirelere mesleki özgürlük alanı tanınmaktadır. Bu anlayışta hemşirelerin sadece mesleki bilgi ve becerilerinin değil insani değerlerinin de son derece önemli olduğu fark edilmektedir (99).

Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin iyileştirme süreçlerinde sadece invaziv girişimlerin olmadığı görülmektedir. Geleneksel yaklaşımların yanı sıra alternatif

tekniklerle de bireye bakım sağlanabileceği bildirilmektedir. Buna göre kişilerarası bakım-iyileştirme yöntemleri aşağıdaki şekilde özetlenebilmektedir (34):

- Sakinleştirici ve rahatlatıcı müziklerle işitme yönteminin bilinçli kullanılması
- Sanatsal çalışmaların kullandığı tekniklerle görsel yöntemlerin bilinçli bir şekilde ele alınması.
- Aromaterapi, solunum teknikleri gibi çalışmalarla solunum farkındalığına yönelik çalışmaların yapılması.
- Refleksoloji, akupunktur, terapötik masaj gibi tekniklerle dokunma yöntemlerinin bilinçli şekilde kullanılması.
- Doğal yoldan yeterli miktarda alınamayan besinlerin diyet değişiklikleriyle alınması ve beslenme farkındalığının sağlanması.
- Hayal etme ve aklın önemine odaklanma ile zihinsel gücün bilinçli bir şekilde kullanılması.
- Hareket etme, yoga veya dans gibi yöntemlerle kinestetik duyuların bilinçli bir şekilde kullanılması.
- Terapötik, fiziksel ve psikolojik faktörlere odaklanarak ruhsal işleyişe dair farkındalığın sağlanması.

Yukarıdaki yöntemler incelendiğinde İnsan Bakım Modeli'nin bütünsel bir yaklaşımla iyileştirme süreçlerini ele aldığı görülmektedir. İnvaziv girişimlere ek olarak uygulanan bu yöntemler hastanın bakım ihtiyaçlarının çok yönlü şekilde giderilmesine olanak tanımaktadır.

2.2.2. İnsan Bakım Modelinin Araştırma ve Uygulamaya Yansıması

İnsan Bakım Modeli'nin hemşirelik bakımına yapılandırılması bu modelin hemşireler tarafından içselleştirilmesiyle başlamaktadır. Bu modeli benimseyen hemşireler iyileştirme süreçlerindeki ilkeleri takip ederek modeli uygulamaya koyabilmektedir. Hemşirelerin İnsan Bakım Modeli'ne dair bilgi edinmeleri bu bilgileri becerilerine aktarabilmeyi sağlamaktadır. Bu nedenle hemşirelerin modele dair detaylı bilgileri edinmeleri ve ardından uygulamaya geçmeleri beklenmektedir. İnsan Bakım Modeli uygulamalarının işlevselliğine yönelik bilimsel araştırmalar modelin olumlu sonuçlar verdiğine dair bilgiler sunmaktadır.

İlgili literatür incelendiğinde Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ni ele alan sınırlı sayıda bilimsel araştırma olduğu görülmektedir. Hipertansif hastalarla yürütülen bir araştırmada Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ni benimseyerek verilen bakımın hastaların kan basıncı ve yaşam kalitelerine etkisi incelenmiştir. Araştırmanın hazırlık aşamasında hipertansif hastalarla çalışan hemşirelere modelde yer alan terapötik iyileştirme süreçlerine dair eğitim verilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre Watson'ın İnsan Bakım Modeli benimsenerek verilen hemşirelik bakımının bireylerin kan basıncını düşürmede ve yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olduğu görülmüştür. Dolayısıyla araştırmacılar hipertansif hasta bakımında İnsan Bakım Modeli'nin işlevsel bir model olduğunu ve kullanılması gerektiğini önerdiklerini belirtmişlerdir (31).

İnfertilite tanısı almış hastalarla yürütülen bir araştırmada da İnsan Bakım Modeli temelli hemşirelik bakımının infertil kadınlarda özyeterlilik algısı, durumdan etkilenme düzeyi ve infertiliteye uyumlarına etkisi incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre İnsan Bakım Modeli temelinde verilen hemşirelik bakımı infertil kadınların duruma uyumlarının ve özyeterlilik algılarının artmasına katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda bu bakımla infertil kadınların infertiliteden etkilenme düzeylerinde de azalma olduğu gözlenmiştir (4). İnfertil kadınlarla yürütülen bir diğer araştırmada ise İnsan Bakım Modeli temelli hemşirelik bakımının anksiyete, infertiliteden etkilenme ve baş etme durumları üzerine etkisini incelemiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar İnsan Bakım Modeli ile temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisinde uygulanabilir ve işlevsel bir model olduğunu göstermektedir. Bu bakımla birlikte infertil katılımcıların anksiyete belirtilerinde azalma olduğu işlevsiz başa çıkma stratejilerini daha az kullanmaya başladıkları gözlenmiştir (28).

Yurtdışında yapılan birçok araştırmada da Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin hemşirelerdeki bakım bilincinin yükselmesine katkı sağladığı ve hastaların bakımı algılamaları konusunda artış sağlandığı bildirilmektedir (15, 19, 21, 27). Ağrı, depresyon ve anksiyete gibi semptomlara yönelik araştırmalarda da İnsan Bakım Modeli'nin işlevselliğine dair olumlu bulgular elde edilmiştir. Buna göre palyatif bakım ve psikiyatri hastaları gibi manevi iyilik alanından fayda sağlayacak

hastalar için İnsan Bakım Modeli'nin işlevsel olduğu bildirilmiştir (64, 61, 52, 36, 73, 55). Elde edilen bu bulgularla birlikte özellikle son yıllarda İnsan Bakım Modeli'nin kliniklerde daha fazla uygulanır olduğu görülmektedir. Başta Amerika olmak üzere dünyanın birçok ülkesindeki sağlık kurumlarında İnsan Bakım Modeli temelli hemşirelik bakımı uygulanmaya başlanmıştır (4).

2.3. Palyatif Bakımda Semptom Yönetimi

Başta kanser olmak üzere çeşitli hastalıklar nedeniyle palyatif bakım almak durumunda kalan hastalar ağır semptomlar yaşayabilmektedir. Semptomların şiddeti kişinin temel özbakım becerilerini dahi yerine getirememesine neden olabilmektedir. Bu hastaların en temel ihtiyaçları palyatif bakım altında giderilmektedir. Hastalığın semptomlarının kontrol altında tutulması, hastanın ağrı yönetiminin sağlanması, tedavinin yan etkilerinin azaltılması ve semptomlarla baş etmek için destek verilmesi palyatif bakım hemşirelerinin üstlendiği roller arasındadır (8).

Palyatif bakımda hastanın tıbbi, psikolojik ve sosyal desteğe ihtiyaç duyması bu alandaki semptom yönetiminde ekip çalışmasını gerekli kılmaktadır. Farklı alanlardan sağlık profesyonellerinin birlikte yürüttüğü palyatif bakımla hasta hem fiziksel hem de manevi açıdan ele alınmaktadır. Yaşamın sona ermesi gerçeğiyle yüzleşen hastalar için fiziksel bakımın yanı sıra psikolojik ve sosyal destek de son derece önemlidir. Varoluşsal bir krizle karşı karşıya kalmış hastaların semptomlarının hafifletilmesi için manevi desteğin de gerekli olduğu bildirilmektedir (93,9,42).

Palyatif bakımın semptom yönetiminin çok yönlü bakabilmeyi gerektirmesi hemşirelerin yaratıcı ve duyarlı bir yaklaşım sergilemesini gerektirmektedir. Bu alanda çalışan hemşireler hastanın semptomlarını yönetilmesinde invaziv girişimlerin yanı sıra alternatif teknikleri de kullanmak durumunda kalmaktadır. Hastanın ihtiyaç duyduğu manevi desteğin alternatif yöntemlerle karşılanabilmesi nedeniyle hemşirelerin esnek bir bakış açısına sahip olması beklenmektedir. Bu nedenle palyatif bakım altındaki hastalara verilen bakımda İnsan Bakım Modeli'nin sunduğu önerilerin işlevsel olacağı düşünülmektedir (33).

Palyatif bakım hastalarının bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç duymaları ve İnsan Bakım Modeli'nin sunduğu hümanistik, esnek ve manevi bakış açısı bu modelin hastanın maksimum fayda alabileceği bir yaklaşım olduğu düşündürmektedir. Hastanın semptomlarının kontrol altına alınabilmesi için gerekli olan yaratıcı ve hümanistik bakış açısı İnsan Bakım Modeli ile sağlanabilmektedir. Bu modelin aynı zamanda hemşirelere sağladığı otonomi de hastanın faydasına olacak şekilde kullanılabilir. Hemşireler bilgi temelinde otonomi kullanarak palyatif bakım hastalarının ihtiyaçlarını çok yönlü şekilde karşılayabilmektedirler(41).

Palyatif bakım altındaki bireyin ötekinin bakımına ihtiyaç duyması ve değişen sosyal düzende genç yetişkinlerin genellikle ev dışında çalışıyor olmaları palyatif bakımın hasta yakınları için de önemli hale gelmesini sağlamaktadır. Hastalarına bakım veremeyen hasta yakınları bu hizmetle yüklerini hafifletebilmektedir. Bu süreçte hemşirelerin hasta yakınları ile kurduğu etkileşim de son derece önemlidir. Hastaya fiziksel ve psikolojik açıdan nasıl bir yaklaşım sergilemesi gerektiğini bilmeyen hasta yakınları hemşirelerin rehberliği ile rahatlayabilmektedir. Ayrıca hasta ve hemşire arasındaki özel bağ da hasta yakınlarına umut veren bir diğer durumdur. Sevdiklerinin nitelikli bir bakım aldığını fark eden hasta yakınları hemşirelerden manevi destek alabilmektedir. Watson'ın İnsan Bakım Modeli bu noktada da oldukça önemli değerler sunmaktadır. Hastayı bir bütün olarak ele alan bu insancıl yaklaşım hasta yakınının da tatmin olmasına olanak tanımaktadır. Dolayısıyla İnsan Bakım Modeli'nin ilkeleri gereği hasta yakını ile pozitif bir etkileşim içinde olan hemşireler semptom yönetimine hasta yakınına da dahil edebilme konusunda avantaj sağlamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli temelli yaklaşımın hastaların semptom yönetimine etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde Aralık-Ocak 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde yatışı yapılan hastalar (N=32) oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde yatışı yapılan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 23 hastadan oluşmuştur. Araştırma kapsamında seçilen örneklemin güç analizine bakıldığında; 0.05 α ve 0.80 güçlülük oranında 0.77 yüksek düzeyde güçlü olduğu bulunmuştur.

Araştırmanın Örneklemine Dahil Edilme Kriterleri Şunlardır:

- Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde tedavi görmekte olan hastalar,
- 18 yaşından büyük, bilinci açık, koopere ve oryante olan, görme ve işitme problemi olmayan, sözel iletişim kurabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar,
- Bilişsel ve mental bozukluğunun olmaması,
- Tanılanmış psikiyatrik rahatsızlığının olmaması,
- Tahmini yaşam süresinin 8 haftanın üzerinde olması beklenen hastalar,
- Mekanik ventilasyon desteğine ihtiyacı olmayan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemine Dahil Edilmeme Kriterleri Şunlardır:

- Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Palyatif Bakım Kliniği'nde tedavi görmekte olmayan hastalar,
- 18 yaşından küçük, bilinci kapalı, koopere ve oryante olmayan, görme ve işitme problemi olan, sözel iletişim kuramayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar,
- Bilişsel ve mental bozukluğunun olması,
- Tanılanmış psikiyatrik rahatsızlığının olması,
- Tahmini yaşam süresinin 8 haftanın altında olan hastalar,
- Mekanik ventilasyon desteğine ihtiyacı olan hastalar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenlerisemptom tanılama, hemşirelik bakımı memnuniyet, hastanın hemşirelik bakımını algılayışıdır.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri Palyatif bakım hastalarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi, sosyoekonomik durumuna ait verilerden oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemleri

Araştırma verilerinin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu”, “Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği” “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği” ve “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği” kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Bu form araştırmacı tarafından çalışmaya katılım gösteren palyatif bakım servisinde yatışı yapılan hastaların kişisel ve hastalığına dair bilgilerinin elde edilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Formda hastanın cinsiyeti, yaşı, medeni durumu,

eğitim düzeyi, tanı alma zamanı (ay), tanı aldıktan sonra yatış süreci (gün), yatış nedeni, uygulanan tedavi tipi ve uygulanan tedavinin süresine (gün) dair bilgiler yer almaktadır.

3.5.2. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği-ESTÖ

Kanserli hastaların bakım yönetimini iyileştirmek amacı ile Edmonton ve ark. tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kurt ve Ünsar (2009) tarafından yapılan ölçek için semptomun değerlendirilmesinde en önemli kural (altın kural) hastanın kendi ifadesine göre semptomun şiddetini belirten numarayı işaretlemesidir (47). Bu skala kanser hastalarında yaygın olarak görülen dokuz semptomun değerlendirilmesine yardım eder. Bunlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı ve diğer sorunlardır. Her bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar olan sayısal numaralarla değerlendirilmektedir. 0 puan semptomun olmadığını, 10 puan ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermektedir ve 0'dan 10'a doğru semptomun şiddeti artmaktadır. Kurt ve Ünsar (2009) tedavi öncesi semptomların Chronbach's alfa güvenirlik katsayısını 0.83; tedavi sonrası için ise 0.76 olarak bulunmuştur (47). Bu araştırmada ise Edmonton Semptom Tanılama Ölçeğinin alfa güvenirlik katsayısı ilk değerlendirme için 0.77, ikinci değerlendirme için 0.73 olarak hesaplanmıştır.

3.5.3. Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği-NHBMÖ

Ölçek Thomas ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen, 2003 yılında da Uzun (2003) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan (90), 19 maddeden oluşan, tek alt boyutlu, beş dereceli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri 1 ile 5 arasında değer alır ve işaretlenen tüm maddelerin değerleri toplanarak 100'e dönüştürülür. Toplam puan değerlendirilmesi 0-100 üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100'e yakın olması hemşirelik bakımından memnun olmayı ifade eder. Ölçeğin cronbach iç tutarlılık katsayısı Thomas ve arkadaşlarının çalışmasında 0.96, Uzun'un (2003) çalışmasında 0.96 olarak bulunmuştur (90). Ölçeğin bu araştırmada ki iç tutarlılık oranı 0.964 olarak hesaplanmıştır.

3.5.4. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği-HHBAÖ

Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları ve sunulan bakımdan memnuniyet düzeyini ölçmek amacıyla Dozier ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 5’li Likert tipinde ve 15 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten en az “15” en fazla “75” puan alınabilmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde “45” puan kesme puanı olarak belirlenmiş ve bu puanın üzerinde alınan puanlar hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Çoban (2006) tarafından yapılmış Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur (26). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.96 bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın örneklemine uygun hastalar belirlendikten sonra; hastalar ile yüz yüze iletişim kurularak “Hasta Tanıtım Formu”, “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği”, “Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği” ve “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği” mümkün olduğunca hastalar tarafından doldurulmuştur. Hastaların formu dolduramadığı durumlarda araştırmacı bu işlemler için yardımcı olmuştur. Hastaların Watson İnsan Bakım Modeli Formu doğrultusunda hastalara dair semptom durumlarının neler olduğu ‘Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği’ gruplarına göre belirlenmiştir. Belirlenen hasta semptomları doğrultusunda, her bir semptomu uygun olarak Watson İnsan Bakım Modeli kapsamında hemşirelik girişimleri ve her bir girişime ait ilgili aktiviteler yer belirlenmiştir. Hastanın palyatif bakım servisinde yattığı süre içerisinde 5 gün arayla hemşirelik girişimleri uygulanmış ve hasta bakımının sonuçlarının değerlendirilmesi “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği” ile yapılmıştır. Hastalara ilişkin oluşturulan hemşirelik bakım planlarında yer alan girişimler gerçekleştirilmeden önce ve gerçekleştirdikten sonra hastalara ait semptomların değişiminin izlenmesi ve bakımdan memnuniyet düzeyindeki değişimlerin belirlenmesi için “Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği”, “Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayış Ölçeği” ve “Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği” uygulanmıştır.

Tablo 3.1. Watson İnsan Bakım Modeline Göre Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Uygulamaları
1. İnsancılık-Adanmışlık	Bu faktör, hemşirenin kendine ve başkalarına karşı sevgi dolu nezaket ve sakinlikle yaklaşması, sevgi ve şefkat ile insancıl değerleri sürdürmesini ifade eder. Birey yaşamındaki deneyimler ile insancılık ve adanmışlık değerleri kazanır. Hemşirenin kendine verdiği değerden aldığı kaynak ile çevreye-hasta bireye değer verip sevgi, şefkat ve ilgiyle bakım davranışları sergileyebilir. İnsancılık-adanmışlık değerlerinin benimsenmesi, sevgi ve şefkatle bakım vermeyi sağlar.
2.İnanç–umut	Hemşirenin, bireyin inanç ve değerler sistemini algılaması, inanç-umut kavramını zihin-beden-ruh uyumu ve iyileşme süreciyle birleştirmesi yoluyla hasta bireyin duyu ve inançları bilmesi, bireyin umudunu yeşertmeyi sağlama sürecinde hemşireye kolaylık sağlar.
3.Kendine ve başkalarına duyarlılık	İnsan olmak tüm duyguları hissetmektir. İnsanlar çoğunlukla düşüncelerinin varlığını kabul edip izin verirken duygularını hissetmeye kapalıdırlar. Kendine ve diğerlerine karşı duyarlı olabilmenin tek yolu, duygularını tanımak ve hissetmeye izin vermektir. Acı verici olanlar dahil olmak üzere kişinin kendi duygularını keşfetme isteği şefkatli bir duyarlılık ile deneyimlenebilir. Kendi duygularına duyarlı olan ve onları bastırmayan hemşireler, hem kendini, kendi duygularını hem de başkalarının duygularını kabul eder. Bu sayede hemşireler hasta bireyin, duygularını ifade etmesine olanak sağlayıp kendisini gerçekleştirmeyi teşvik edebilir. Duyarlılığın olmadığı hemşirelik bakımı düşük kalitededir.
4.Yardım-Güven ilişkisi	Bakım sürecinde kurulan, yardıma, güvene ve sevecenliğe dayanan kişilerarası insan bakım ilişkisinde, hastanın ve hemşirenin kendini güvende hissetmesini sağlayan ortam oluşturmak, şefkatle dinlemek ve hissetmek iyileşme sürecini hızlandırabilir ve bu ilişki hemşirenin hasta bireyle arasındaki fiziksel alanı aşarak ruhsal bağ kurduğu bir sanattır. Bu bağ, insan onuru ve insanlığın korunması için gösterilen ilgiyi onurlandırmaktadır.
5.Olumlu ve olumsuz duyguların ifadesinin teşviki ve kabulü	Daha derin, daha açık ve özgün bir bakım ilişkisinde hemşireler, bireyin hikayesindeki duyguları dinleyerek olumlu-olumsuz duyguların ifadesine izin verip ve kabul edip büyük bir şifa eylemi gerçekleştirebilirler.
6.Bakım sürecinde yaratıcı problem çözme	Profesyonel hemşireler, deneyimledikleri durumlar karşısında karar vermek için yaratıcı, bireyselleştirilmiş, problem çözücü hemşirelik bakım sürecini kullanır. Bu süreç doğrusal değildir, birey problem çözerken; teknoloji ve bilimsel bilginin yanı sıra tüm yeti, bilgi, içgüdü, sezgi,

	estetik, yaratıcı hayal gücü, etik, beceri ve ruhsal bilgisi dahil bilme yollarını tam olarak kullanır.
7.Kişilerarası öğrenme-öğretme	Eğitim-öğretim rolü de bulunan hemşireler, kişilerarası ilişkilerde denge halinde şefkatli bir öğrenme-öğretme sürecinde hasta bireyden aldığı ve hasta bireye vereceği bilginin anlamını ve önemini kavramaya çalışarak bireyin de bilgiyi almaya hazır olduğu anda bunu aktarmaktadır. Hemşirenin, bireyden bilgi alması (öğrenme) veri toplamaktan daha fazlasıdır. Benzer şekilde, geleneksel bilgi verme (öğretme) rolünden ziyade, bireyin-hastanın kendi en iyi öğretmenini olduğunu idrak eden bir koçluk rolüne doğru gelişir.
8.Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici, zihinsel, fiziksel, toplumsal ve ruhsal çevre	Zihinsel, sosyal ve ruhsal olmak üzere her seviyede destekleyici, koruyucu ve iyileştirici; bütünlük, güzellik, rahatlık ve huzurun güçlendirildiği bir ortamı yaratmaktaki amaç, kaliteli bakım ve şifa/bütünlük sağlamaktır. Bu faktör mahremiyet, güvenlik; temiz, estetik ve ruhsal olarak konforlu çevre ile ilgilidir. Hemşireler hastayı korumak, desteklemek ve iyileştirmek için daha şefkatli-iyileştirici bir ortamın modellenmesinde; imgeleme, görselleştirme, rahatlama, müzik-ses, kasıtlı dokunma, sanat ve benzeri yöntemler kullanabilir. Bu faktörde hemşire, bakım anındaki farkındalıkla fiziksel çevrenin ötesine geçerek, gelişen bakış açısıyla kendisi ve hasta/birey için 'bilincimi, varlığımı, sesimi, dokunuşumu, yüzümü, ellerimi ve kalbimi şifa için nasıl kullanabilirim?' sorusuna odaklanır.
9.Temel insani ihtiyaçlara yardım	İnsan onurunu ve bütünlüğünü koruyarak bireyin temel insani ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olmak, hemşirelerin fiziksel bedene çok yakın bir şekilde bakım vermesini sağlar. Modelin bu faktöründe, hemşire bakıma muhtaç kişiye yardım ederken kişinin sadece fiziksel ihtiyaçları karşılamadığı veya fiziksel bedenine dokunmadığı, bunun yanı sıra bedenlenmiş ruhun da ihtiyaçlarına yardım ettiği dikkat çekilmektedir. Ayrıca, tüm ihtiyaçların ortak ve birbirine bağlı olduğu, yardım almanın ortak insanlık hali olduğuna vurgu yapılmaktadır. Tüm ihtiyaçlar eşit derecede önemlidir ve hemşirelik bakımında değer verilmeli ve giderilmelidir
10.Bakım ve iyileştirmenin varoluşsal ve ruhsal boyutlarına izin	Bu faktör, yaşam-ölümün gizemli, bilinmeyen varoluşsal boyutlarına açılmak, kendin ve bakıma muhtaç biri için bununla ilgilenmek olarak açıklanmaktadır. Bilinmeyenlerin mucizeler dolu sonsuz olasılıklarının açıklıkla ortaya çıkmasına izin vermek; hemşirenin, hastanın ve onun ailesinin manevi-kültürel inançlarını ve içsel öznel yaşam dünyasını onurlandırır, mucizevi iyileştirmelere yer açar.
Kişilerarası Bakım İlişkisinin Kurulması	Hemşire ve bireylerin birbirini anlamasını kolaylaştıran, kişiler arasındaki bilimsel, etik, estetik, yaratıcılık, şefkat-sevgi gibi alma verme davranışları ve bu davranışların geri

	bildiriminden oluşan bir süreçtir. İlk olarak terapötik ilişki kurulmasının ardından hemşire, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda iyileşmesi için bireyle uygulamalar ve eğitimler gerçekleştirir. Bu ilişki hastanın fiziksel sağlığını iyileştirirken psikolojik iyilik halini de geliştirir
Bakım Anı	Hemşire ve bireyin karşılaşp bakımı başlattığı süreçtir. Bakım anının doğal akışında hemşirenin farkındalığıyla birlikte bakım alan ve bakım veren arasında insan-insana iletişim ve etkileşim doğmaktadır. Watson'a göre bakım anı, kişilerarası bakım ilişkisi kurmak için alan açar. Watson'ın İBM'sine göre bireyin zihin-beden-ruh arasındaki uyumundan bakım anında, evrende oluşan yüksek düzeyde enerji hemşire ve hasta birey arasında kişilerarası bir bağ meydana getirir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for 26.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra araştırmada kullanılan ölçme araçlarının normallik değerlerinin ortaya konulmasında çarpıklık ve basıklık analizinden yararlanılmıştır. Değişkenler arası ilişkinin yönünü ve gücünü ortaya koymada Pearson Korelasyon Analizinden yararlanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırma analizlerinde ise Anova ve T testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.8. Süre ve Olanaklar

Araştırmanın gerçekleştirilme takvimi Tablo 3.1'de belirtilmiştir.

Tablo 3.2. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Çalışmalar	Haziran 2020- Ocak 2021	Şubat- Ağustos 2021	Eylül 2021	Ekim 2021	Aralık 2022- Ocak 2023	Ocak 2023	Şubat 2023
Teze Hazırlık							
Literatür tarama, konu belirleme ve tez önerisi hazırlıkları							
Tez öneri sınavı							
Etik kurul başvurusu ve gerekli izinlerin alınması							
Veri toplama							
Verilerin Analizi ve Rapor Yazılımı							
Tez Sunumu							

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (EK 1) ve araştırmanın yürütüldüğü Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nden (EK 2) yazılı izinler alınmıştır. Araştırma örneklemini oluşturan palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalar araştırmanın tipini oluşturan tanımlayıcı ve betimsel çalışma doğrultusunda bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (EK 3).

4. BULGULAR

Bu bölümde, palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım Modeli temeline dayalı hemşirelik bakımının semptom yönetimine etkisine yönelik yapılan çalışmadan elde edilen bulgular tablolar halinde gösterilmiştir.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Bilgilerinin İncelenmesi

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Bilgilerine Dair Bulgular

Değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	11	47,8
Erkek	12	52,2
Medeni Durum		
Evli	21	91,3
Bekar	2	8,7
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	13	56,5
Ortaokul	4	17,4
Lise	3	13,0
Üniversite	3	13,0
Yatış Nedeni		
Aile palyasyonu	12	52,2
Beslenme palyasyonu	5	21,7
Aile ve Beslenme palyasyonu	6	26,1
Tedavi Tipi		
Semptom Tedavisi	17	73,9
KT ve Semptom Tedavisi	4	17,4
KT/RT ve Semptom Tedavisi	2	8,7
Toplam	23	100,0

Tablo 4.1 incelendiğinde araştırmaya katılan hastalara ilişkin bilgiler görülmektedir. Katılımcıların 12'si (%52.2) erkek, 11'i (%47.8) kadındır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu evli bireylerden (%91.3) oluşmaktadır. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların %56.5'i ilkokul, %17.4'ü ortaokul, %13'ü lise ve %13'ü de üniversite mezunudur. Araştırmaya katılan hastaların palyatif bakım servisine yatış nedenlerine bakıldığında %52.2'sinin aile palyasyonu, %21.7'sinin beslenme palyasyonu ve %26.1'inin de hem aile hem de beslenme palyasyonuna bağlı yatışlarının yapıldığı görülmektedir. Son olarak katılımcıların %73.9'u

semtomtedavisi alırken, %17.4’ü kemoterapi ve semptom tedavisini birlikte %8.7’si de kemoterapi, radyoterapi ve semptom tedavisini birlikte almaktadır.

Tablo 4.2.Hastaların Yaşı, Tanı Alma Zamanı (Ay), Yatış Süresi (Gün) ve Tedavi Süresine (Gün)İlişkin Bilgiler

Değişken	Min.	Max.	x	ss
Yaş	23	89	56,26	18,479
Tanı alma zamanı (Ay)	1	108	20,74	25,705
Yatış Süresi (Gün)	3	150	32,70	35,090
Tedavi süresi (Gün)	7	736	117,91	203,120

Tablo 4.2 incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların yaşı, tanı alma zamanı (ay), yatış süresi (gün) ve tedavi süresine (gün) ilişkin bilgiler yer almaktadır. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların en küçüğü 23 en büyüğü 89 yaşındadır. Hastaların yaş ortalaması 56.26’dır. Hastalar en az 1 ay en çokta 108 ay önce tanı adlıklarını belirtirken, 20.74 ay tanı alma ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. Hastaların hastane içinde yatış süreleri incelendiğinde en az 3 gün en çokta 150 gün yatış halinde oldukları görülmektedir. Hastaların yatış süresi ortalaması ise 32.70 gündür. Son olarak palyatif bakım servisine yatış yapıldıktan sonra uygulanan tedavisinin ise en az 7 gün en çokta 736 gün sürdüğü görülmektedir. Palyatif bakım servisinde uygulanan tedavisinin ortalaması ise 117.91 gündür.

4.2. Kullanılan Ölçme Araçlarına Dair Bilgiler

Tablo 4.3.Kullanılan Ölçme Araçlarının Ortanca, Puan Ortalamaları, Standart Sapmaları, Minimum ve Maksimum Değerleri

Değişkenler	Ortanca	Ortalama±Ss*	Min.	Maks.
Uygulama Öncesi Semptom Şiddeti				
UÖAğrı	7	7.61±1.58	3.00	10.00
UÖYorgunluk	5	8.26±1.05	5.00	10.00
UÖBulantı	10	5.70±3.22	0.00	10.00
UÖStres	9	7.30±2.01	0.00	9.00
UÖUyku	10	5.70±3.02	0.00	10.00
UÖİştah	8	6.91±2.39	2.00	10.00
UÖİyi his	7	6.96±1.94	2.00	9.00
UÖDepresyon	8	5.96±2.42	1.00	9.00
UÖNefes	8	5.39±2.58	1.00	9.00
Diğer	-	-	-	-
Uygulama Sonrası Semptom Şiddeti				
USAğrı	5	6.70±1.39	3.00	8.00
USYorgunluk	3	7.09±0.90	5.00	8.00
USBulantı	8	5.22±2.59	0.00	8.00
USStres	8	6.65±1.74	0.00	8.00
USUyku	10	5.57±2.69	0.00	10.00
USİştah	7	6.35±2.38	2.00	9.00
USİyi his	6	6.43±1.72	2.00	8.00
USDepresyon	8	5.57±2.17	1.00	9.00
USNefes	7	4.87±2.20	1.00	8.00
Diğer	-	-	-	-
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı	48,00	34.00±12.57	16.00	64.00
Uygulama Öncesi Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	40,62	71.94±13.27	47.00	93.00
Uygulama Sonrası Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti	42,00	75.21±12.05	51.00	93.00

Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasından önce yapılan Semptom Şiddeti Ölçeği'nden elde edilen ortancası ve puan ortalaması sırasıyla ağrı için 7 ve 7.61±1.58 (3-10), yorgunluk için 5 ve 8.26±1.05 (5-10), bulantı için 10 ve 5.70±3.22 (0-10), stres için 9 ve 7.30±2.01 (0-9), uyku için 10 ve 5.70±3.02 (0-10), iştah için 8 ve 6.91±2.39 (2-10), iyi his için 7 ve 6.96±1.94 (2-9), depresyon için 8 ve 5.96±2.42 (1-9), nefes için 8 ve 5.39±2.58 (1-9) olarak tespit edilmiştir.

Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasından sonra yapılan Semptom Şiddeti Ölçeği'nden elde edilen ortancası ve puan ortalaması sırasıyla ağrı için 5 ve

6.70±1.39 (3-8), yorgunluk için 3 ve 7.09±0.90 (5-8), bulantı için 8 ve 5.22±2.59 (0-8), stres için 8 ve 6.65±1.74 (0-8), uyku için 10 ve 5.57±2.69 (0-10), iştah için 7 ve 6.35±2.38 (2-9), iyi his için 6 ve 6.43±1.72 (2-8), depresyon için 8 ve 5.57±2.17 (1-9), nefes için 7 ve 4.87±2.20 (1-8) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.3 incelendiğinde Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasından önce ve sonra palyatif bakım hastalarında önemli değişiklikler ortaya koyduğu, Watson İnsan Bakım Modeli'nin palyatif hastalar üzerinde etkin bir model olduğu görülmektedir.

Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nden elde edilen toplam puanın ortancası 48, ortalaması 34.00±12.57 (16-64) olarak tespit edilmiştir.

Uygulama öncesi Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği'nden elde edilen toplam puanın ortancası 40.62, ortalaması 71.94±13.27 (47-93) olarak tespit edilmiştir. Uygulama sonrası Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Ölçeği'nden elde edilen toplam puanın ortancası 42, ortalaması 75.21±12.05 (51-93) olarak tespit edilmiştir. Hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeyleri uygulama öncesi ve sonrası farklılık göstermiştir. Uygulama sonrası hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeyleri yükselmiştir.

Tablo 4.4. Araştırma Ölçeklerinin Normallik Kontrolü

Değişkenler	Skewnes (Basıklık)	Kurtosis (Çarpıklık)
UÖAğrı	-1,374	1,903
UÖYorgunluk	-1,341	1,975
UÖBulantı	-,420	-1,159
UÖStres	-1,335	1,398
UÖUyku	-,200	-1,012
UÖİştah	-,718	-,733
UÖİyi his	-1,524	1,413
UÖDepresyon	-,555	-,759
UÖNefes	-,285	-1,459
USAğrı	-1,267	1,022
USYorgunluk	-1,001	,755
USBulantı	-,570	-1,088
USStres	-1,656	2,345
USUyku	-,438	-,631
USİştah	-,688	-,794
USİyi his	-1,386	1,321
USDepresyon	-,491	-,470
USNefes	-,323	-1,473
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı	,768	,350
Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet	-,925	1,018

Uluslararası araştırma standartlarına göre ölçümlerin normal dağılım özelliğine sahip olabilmesi için ± 2 aralığında değer alması gerekmektedir (35). Tablo 4.4 incelendiğinde araştırma kapsamında kullanılan ölçme araçlarının normallik değerleri kabul edilen uluslararası standartlar içinde yer almaktadır (± 2). Bu kapsamda araştırma analizleri seçilirken normal dağılım özelliği gösteren test kriterlerinden yararlanılmıştır. Analizler .05 anlamlılık ve %95 güven aralığında incelenmiştir.

4.3. Korelasyon Analizleri

Tablo 4.5. Palyatif Bakım Servisine Yatışı Olan Hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler (N=23)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. US Ağrı	1										
2. US Yorgunluk	,420*	1									
3. US Bulantı	,094	,342	1								
4. US Stres	,532**	,453*	,328	1							
5. US Uyku	,217	,260*	,066	,053	1						
6. US İştah	,397	,007	-,259*	,252	,206	1					
7. US İyi his	-,416*	-,230	,120	,098	-,016	,685**	1				
8. US Depresyon	,344	-,119	,114	,234*	,386	,302	,271	1			
9. US Nefes	,120	-,017	,252	,059	,335	,487*	-,494*	,463*	1		
10. HHBA	,049	-,093	,194	,162	-,194	,531**	,407	,095	,435	1	
11. NHBM	-,155	-,052	-,151	-,177	,269	-,337	-,269	-,076	-,139	,536**	1

** : 0.01 düzeyinde anlamlı; * : 0.05 düzeyinde anlamlı; US: Uygulama Sonrası; HHBAÖ: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı; NHBM: Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyeti

Tablo 4.5'e göre kurulan korelasyon analizinde şu bulgulara ulaşılmıştır;

Uygulama sonrası ağrı ile yorgunluk ($r=,420$; $p<0,05$) ve stres ($r=,532$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde orta güçte; iyi his ($r=-,416$; $p<0,05$) arasında ise negatif yönde orta güçte anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında ağrı düzeyleri arttıkça yorgunluk ve stres düzeyleri de artarken, iyi his düzeyleri ise düşmektedir.

Uygulama sonrası yorgunluk ile stres ($r=,453$; $p<0,05$) arasında orta güçte; uyku ($r=,260$; $p<0,05$) arasında ise düşük güçte pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson

İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında yorgunluk düzeyleri arttıkça stres ve uyku düzeyleri de artmaktadır.

Uygulama sonrası bulantı ile iştah ($r=-,259$; $p<0,05$) arasında düşük güçte negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında bulantı düzeyleri arttıkça iştah düzeyleri düşmektedir.

Uygulama sonrası stres ile depresyon ($r=,234$; $p<0,05$) arasında düşük güçte pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında stres düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır.

Uygulama sonrası iştah ile iyi his ($r=,685$; $p<0,01$), nefes ($r=,487$; $p<0,05$) ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ($r=,531$; $p<0,01$) arasında orta güçte pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında iştah düzeyleri arttıkça iyi his, nefes ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı düzeyleri de artmaktadır.

Uygulama sonrası iyi his ile nefes ($r=-,494$; $p<0,05$) arasında orta güçte negatif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında iyi his düzeyleri arttıkça nefes sorunlarının düzeyleri düşmektedir.

Uygulama sonrası depresyon ile nefes ($r=,463$; $p<0,05$) arasında orta güçte pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında depresyon düzeyleri arttıkça nefes sorunları düzeyleri de artmaktadır.

Uygulama sonrası hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ile hemşirelik bakım memnuniyeti ($r=,536$; $p<0,01$) arasında orta güçte pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında hastanın hemşirelik bakımını algılayışı düzeyleri arttıkça hemşirelik bakım memnuniyeti düzeyleri de artmaktadır.

Tablo 4.6. Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastalarda Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler (N=23)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. UÖ Ağrı	1																	
2. UÖ Yorgunluk	,200	1																
3. UÖ Bulantı	-,078	,252	1															
4. UÖ Stres	,367	,712**	,260	1														
5. UÖ Uyku	,182	,083	-,001	,166	1													
6. UÖ İştah	,350	,172	,279	,223	,336	1												
7. UÖ İyi his	,363	-,283	,092	-,136	,122	,626**	1											
8. UÖ Depresyon	,114	-,120	,190	-,006	,365	,211	,415*	1										
9. UÖ Nefes	-,138	-,106	,129	-,181	,330	,373	,465*	,496*	1									
10. US Ağrı	-,744**	,365	,039	,504*	,257	,359	,330	,211	-,003	1								
11. US Yorgunluk	,025	-,598**	,323	,462*	,294	,004	-,206	-,144	-,113	,420*	1							
12. US Bulantı	-,012	,294	-,938**	,388	,113	,340	,110	,139	,142	,094	,342	1						
13. US Stres	,424*	,742**	,279	-,898**	,100	,210	-,125	-,036	-,139	,532**	,453*	,328	1					
14. US Uyku	,150	,010	-,058	,110	-,955**	,283	,109	,345	,319	,217	,260	,066	,053	1				
15. US İştah	,320	,190	,222	,197	,237	,919**	,587**	,103	,358	,397	,007	,259	,252	,206	1			
16. US İyi his	-,446*	-,165	,098	-,014	,000	,648	,900**	,200	,438	,416*	-,230	,120	,098	-,016	,685**	1		
17. US Depresyon	,265	,092	,162	,188	,388	,369	,362	,913**	-,476*	,344	-,119	,114	,234	,386	,302	,271	1	
18. US Nefes	-,015	,015	,231	-,001	,363	,481*	,456*	,408	-,950**	,120	-,017	,252	,059	,335	,487*	,494*	,463*	1

** : 0.01 düzeyinde anlamlı; * : 0.05 düzeyinde anlamlı; US: Uygulama Sonrası; UÖ: Uygulama Öncesi

Tablo 4.6'ya göre kurulan korelasyon analizinde şu bulgulara ulaşılmıştır;

- Uygulama öncesi ağrı ile uygulama sonrası ağrı ($r=-,744$; $p<0,01$) arasında negatif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer biçimde Uygulama öncesi ağrı ile uygulama sonrası iyi his ($r=-,446$; $p<0,05$) arasında negatif yönde orta güçte anlamlı ilişki bulunmuştur. Son olarak Uygulama öncesi ağrı ile uygulama sonrası stres ($r=,424$; $p<0,05$) arasında pozitif yönde orta güçlükte anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Uygulama öncesi yorgunluk ile uygulama sonrası yorgunluk ($r=-,598$; $p<0,01$) arasında negatif yönde orta düzeyde, uygulama sonrası stres ile ($r=,742$; $p<0,01$) pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Uygulama öncesi bulantı ile uygulama sonrası bulantı ($r=-,938$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde güçlü düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Uygulama öncesi stres ile uygulama sonrası ağrı ($r=,504$; $p<0,05$) ve uygulama sonrası yorgunluk ($r=,462$; $p<0,05$) arasında pozitif yönde orta güçte anlamlı ilişki bulunmuştur. Benzer biçimde uygulama öncesi stres ile uygulama sonrası stres ($r=-,898$; $p<0,01$) arasında negatif yönde yüksek güçte anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Uygulama öncesi uyku ile uygulama sonrası uyku ($r=,955$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde yüksek güçte anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Uygulama öncesi iştah ile uygulama sonrası iştah ($r=,919$; $p<0,01$) arasında pozitif yönde yüksek güçte; uygulama sonrası nefes ile ($r=,481$; $p<0,05$) pozitif yönde orta güçte anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Uygulama öncesi iyi his ile uygulama sonrası iyi his ($r=,900$; $p<0,01$)³³ arasında pozitif yönde yüksek güçte; uygulama sonrası nefes ile ($r=,456$; $p<0,05$) pozitif yönde orta güçte anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Uygulama öncesi depresyon ile uygulama sonrası depresyon ($r=-,913$; $p<0,01$) arasında negatif yönde yüksek güçte anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Uygulama öncesi nefes ile uygulama sonrası nefes ($r=-,950$; $p<0,01$) arasında negatif yönde yüksek güçte; uygulama sonrası depresyon ile ($r=,476$; $p<0,05$) pozitif yönde orta güçte anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.7.Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan HastalarınYaşları, Tanı Alma Zamanları (Ay), Yatış Süreleri (Gün) ve Tedavi Sürelerine (Gün) Göre Hastalarda Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki İlişki

		Yaş	Tanı Alma Zamanı (Ay)	Yatış Süresi (Gün)	Tedavi Süresi (Gün)
UÖ Ağrı	r	,248*	-,005	,266*	,037
	p	,017	,983	,014	,868
UÖ Yorgunluk	r	,104	,105	,187*	,131
	p	,638	,634	,024	,550
UÖ Bulantı	r	-,073	-,120	,306	,370
	p	,742	,586	,156	,082
UÖ Stres	r	,243	-,096	,142*	,307
	p	,265	,663	,050	,155
UÖ Uyku	r	,430*	,528**	,189	,035
	p	,003	,010	,389	,874
UÖ İştah	r	-,128	,367	-,223	-,465*
	p	,560	,085	,084	,026
UÖ İyi his	r	-,256	,191	,005	,291
	p	,239	,383	,981	,178
UÖ Depresyon	r	,245*	,055	,183*	,303
	p	,021	,802	,047	,160
UÖ Nefes	r	,027	,142	,106	-,025
	p	,902	,517	,629	,909
US Ağrı	r	,197*	,165	-,135*	,210
	p	,041	,452	,040	,336
US Yorgunluk	r	,307	,203	,069	-,124*
	p	,154	,352	,756	,029
US Bulantı	r	-,028	-,153	,286	,395
	p	,900	,485	,186	,062
US Stres	r	,291	-,150	,118	-,123*
	p	,177	,495	,593	,045
US Uyku	r	,505*	,489*	,097	-,027

	p	,000	,018	,659	,901
US İştah	r	-,142*	,356	,175	-,023
	p	,049	,096	,423	,144
US İyi his	r	-,163	,085	,201*	,163
	p	,457	,701	,050	,458
US Depresyon	r	-,138	,092	,171	,280
	p	,531	,675	,435	,196
US Nefes	r	,125	,212	,155	,079
	p	,570	,331	,479	,719
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı	r	-,129	,115	,099	,487*
	p	,558	,601	,652	,018
Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti	r	,300	,380*	,119	,647**
	p	,164	,027	,590	,001

** p < 0.01 ve * p < 0.05

Tablo 4.7'ye göre kurulan korelasyon analizinde palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların yaşları ile uygulama öncesi ağrı ($r=,248$; $p=0.017$), uygulama öncesi uyku ($r=,430$; $p=0.003$), uygulama öncesi depresyon ($r=,245$; $p=0.021$), uygulama sonrası ağrı ($r=,197$; $p=0.041$), uygulama sonrası uyku ($r=,505$; $p=0.000$) aralarında pozitif yönlü düşük ve orta güçlü ilişki tespit edilmiştir. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların yaşları arttıkça uygulama öncesi ağrı, uygulama öncesi uyku, uygulama öncesi depresyon, uygulama sonrası ağrı ve uygulama sonrası uyku da artmıştır. Bunun yanında palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların yaşları ile uygulama sonrası iştah ($r=,142$; $p=0.049$) arasında negatif yönde düşük güçte anlamlı ilişki saptanmıştır. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların yaşları arttıkça uygulama sonrası iştahları düşmektedir.

Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların tanı alma zamanları (ay) ile uygulama öncesi uyku ($r=,528$; $p=0.010$), uygulama sonrası uyku ($r=,489$; $p=0.018$), hemşirelik bakım memnuniyeti ($r=,380$; $p=0.027$) aralarında pozitif yönlü orta güçlü ilişki tespit edilmiştir. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların tanı alma zamanları (ay) arttıkça uygulama öncesi uyku, uygulama sonrası uyku ve hemşirelik bakım memnuniyetleri de artmıştır.

Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların yatış süreleri (gün) ile uygulama öncesi ağrı ($r=,266$; $p=0.014$), uygulama öncesi yorgunluk ($r=,187$; $p=0.024$), uygulama öncesi stres ($r=,142$; $p=0.050$), uygulama öncesi depresyon ($r=,183$; $p=0.047$), uygulama sonrası iyi his ($r=,201$; $p=0.050$) aralarında pozitif yönlü düşük güçlü ilişki tespit edilmiştir. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların yatış süreleri (gün) arttıkça uygulama öncesi ağrı, uygulama öncesi yorgunluk, uygulama öncesi stres, uygulama öncesi depresyon ve uygulama sonrası iyi his de artmıştır. Bunun yanında palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların yatış süreleri (gün) ile uygulama sonrası ağrı ($r=-,135$; $p=0.040$) arasında negatif yönde düşük güçte anlamlı ilişki saptanmıştır. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların yatış süreleri (gün) arttıkça uygulama sonrası ağrıları düşmektedir.

Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların tedavi süreleri (gün) ile uygulama öncesi iştah ($r=-,465$; $p=0.026$), uygulama sonrası yorgunluk ($r=-,124$; $p=0.029$), uygulama sonrası stres ($r=-,123$; $p=0.045$) aralarında negatif yönlü düşük ve orta güçlü ilişki tespit edilmiştir. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların tedavi süreleri (gün) arttıkça uygulama öncesi iştah, uygulama sonrası yorgunluk ve uygulama sonrası stres düşmektedir. Bunun yanında palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların tedavi süreleri (gün) ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ($r=,487$; $p=0.018$) ve hemşirelik bakım memnuniyeti ($r=,647$; $p=0.001$) arasında pozitif yönde orta güçte anlamlı ilişki saptanmıştır. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların tedavi süreleri (gün) arttıkça hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hemşirelik bakım memnuniyeti de artmaktadır.

4.4. Gruplar Arası Karşılaştırma Analizler

Tablo 4.8. Cinsiyete Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık

	Cinsiyet	N	Ort.	ss	t	P
UÖ Ağrı	Kadın	11	7,73	1,79	,336	,740
	Erkek	12	7,50	1,44		
UÖ Yorgunluk	Kadın	11	8,64	,80	1,705	,103
	Erkek	12	7,92	1,16		
UÖ Bulantı	Kadın	11	6,64	3,29	1,365	,187
	Erkek	12	4,83	3,04		
UÖ Stres	Kadın	11	7,82	1,07	1,185	,249
	Erkek	12	6,83	2,55		
UÖ Uyku	Kadın	11	4,27	3,19	-2,381	,027
	Erkek	12	7,00	2,25		
UÖ İştah	Kadın	11	7,45	1,80	1,042	,309
	Erkek	12	6,42	2,81		
UÖ İyi his	Kadın	11	7,00	1,61	,100	,921
	Erkek	12	6,92	2,27		
UÖ Depresyon	Kadın	11	5,45	2,20	-,950	,353
	Erkek	12	6,42	2,61		
UÖ Nefes	Kadın	11	5,09	2,54	-,524	,606
	Erkek	12	5,67	2,70		
US Ağrı	Kadın	11	7,00	1,41	1,001	,328
	Erkek	12	6,42	1,37		
US Yorgunluk	Kadın	11	7,18	,60	,475	,639
	Erkek	12	7,00	1,12		
US Bulantı	Kadın	11	5,64	2,58	,734	,471
	Erkek	12	4,83	2,65		
US Stres	Kadın	11	7,45	,68	2,305	,031
	Erkek	12	5,92	2,10		
US Uyku	Kadın	11	4,36	3,17	-2,224	,037
	Erkek	12	6,67	1,61		
US İştah	Kadın	11	7,18	1,60	1,786	,089
	Erkek	12	5,58	2,53		
US İyi his	Kadın	11	6,91	1,64	1,279	,215
	Erkek	12	6,00	1,75		
US Depresyon	Kadın	11	5,55	2,33	-,041	,968
	Erkek	12	5,58	2,10		
US Nefes	Kadın	11	4,82	2,48	-,105	,918
	Erkek	12	4,92	2,02		
Hastanın Hemşirelik	Kadın	11	37,18	15,06	3,175	,009
	Erkek	12	31,08	9,41		

Bakımını Algılayışı						
Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti	Kadın	11	72,45	12,97	2,914	,017
	Erkek	12	77,75	11,08		

Tablo 4.8 incelendiğinde palyatif bakım servisinde yatan hastaların kadın ya da erkek olma durumlarına göre uygulama öncesi ve sonrası semptom şiddeti ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hemşirelik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır. Buna göre; uygulama öncesi uyku ($t=-2.381$; $p=0.027$), uygulama sonrası stres ($t=2.305$; $p=0.031$), uygulama sonrası uyku ($t=-2.224$; $p=0.037$), hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ($t=3.175$; $p=0.009$) ve hemşirelik bakımı memnuniyeti ($t=2.914$; $p=0.017$) kadın ve erkek olma durumuna göre farklılaşmaktadır. Tabloya göre erkek hastaların uygulama öncesi uyku, uygulama sonrası uyku ve hemşirelik bakımı memnuniyeti puan ortalamaları (7.00; 6.67; 77.75) kadın hastaların uygulama öncesi uyku, uygulama sonrası uyku ve hemşirelik bakımı memnuniyeti puanlarından (4.27; 4.36; 72.45) yüksektir. Bunun yanında kadın hastaların uygulama sonrası stres ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı puan ortalamaları (7.45; 37.18) erkek hastaların uygulama sonrası stres ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı puanlarından (5.92; 31.08) yüksektir.

Tablo 4.9. Medeni Duruma Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık

	Medeni Durum	N	Ort.	ss	t	P
UÖ Ağrı	Evli	21	7,62	1,59	,099	,922
	Bekar	2	7,50	2,12		
UÖ Yorgunluk	Evli	21	8,38	,80	1,868	,076
	Bekar	2	7,00	2,82		
UÖ Bulantı	Evli	21	5,76	3,36	,313	,758
	Bekar	2	5,00	1,41		
UÖ Stres	Evli	21	7,57	1,24	2,247	,036
	Bekar	2	4,50	6,36		
UÖ Uyku	Evli	21	6,00	2,98	4,264	,005
	Bekar	2	2,50	,70		
UÖ İştah	Evli	21	7,00	2,47	,880	,488
	Bekar	2	6,00	1,41		
UÖ İyi his	Evli	21	6,81	1,96	2,566	,025
	Bekar	2	8,50	,70		
UÖ Depresyon	Evli	21	5,76	2,42	-1,978	,214
	Bekar	2	8,00	1,41		
UÖ Nefes	Evli	21	5,33	2,63	-,341	,737
	Bekar	2	6,00	2,82		
US Ağrı	Evli	21	6,71	1,38	,203	,841
	Bekar	2	6,50	2,12		
US Yorgunluk	Evli	21	7,19	,81	1,889	,073
	Bekar	2	6,00	1,41		
US Bulantı	Evli	21	5,29	2,66	,488	,694
	Bekar	2	4,50	2,12		
US Stres	Evli	21	6,90	,99	4,778	,000
	Bekar	2	4,00	5,65		
US Uyku	Evli	21	5,81	2,69	,549	,589
	Bekar	2	3,00	0,01		
US İştah	Evli	21	6,43	2,29	2,499	,021
	Bekar	2	5,50	2,12		
US İyi his	Evli	21	6,33	1,77	-1,846	,180
	Bekar	2	7,50	,70		
US Depresyon	Evli	21	5,48	2,25	-1,461	,224
	Bekar	2	6,50	,70		
US Nefes	Evli	21	4,90	2,30	,571	,600
	Bekar	2	4,50	,70		
Hastanın Hemşirelik Bakımını	Evli	21	34,71	12,83	2,550	,027
	Bekar	2	26,50	6,36		

Algılayışı						
Newcastle	Evli	21	74,33	12,26	3,734	,001
Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti	Bekar	2	84,50	,70		

Tablo 4.9 incelendiğinde palyatif bakım servisinde yatan hastaların evli ya da bekar olma durumlarına göre uygulama öncesi ve sonrası semptom şiddeti ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hemşirelik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmıştır. Buna göre; uygulama öncesi stres ($t=2.247$; $p=0.036$), uygulama öncesi uyku ($t=4.264$; $p=0.005$), uygulama öncesi iyi his ($t=2.566$; $p=0.025$), uygulama sonrası stres ($t=4.778$; $p=0.000$), uygulama sonrası iştah ($t=2.499$; $p=0.021$), hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ($t=2.550$; $p=0.027$) ve hemşirelik bakımı memnuniyeti ($t=3.734$; $p=0.001$) evli ve bekar olma durumuna göre farklılaşmaktadır. Tabloya göre evli hastaların uygulama öncesi stres, uygulama öncesi uyku, uygulama sonrası stres, uygulama sonrası iştah ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı puan ortalamaları (7.57; 6.00; 6.90; 6.43; 34.71) bekar hastaların uygulama öncesi stres, uygulama öncesi uyku, uygulama sonrası stres, uygulama sonrası iştah ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı puanlarından (4.50; 2.50; 4.00; 5.50; 26.50) yüksektir. Bunun yanında bekar hastaların uygulama öncesi iyi his ve hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalamaları (8.50; 84.50) evli hastaların uygulama öncesi iyi his ve hemşirelik bakım memnuniyeti puanlarından (6.81; 74.33) yüksektir.

Tablo 4.10.Eğitim Düzeyine Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti ile Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık

	Eğitim	N	Ort.	ss	F	P	Anlamlı Fark
UÖ Ağrı	İlkokul (1)	13	7,69	1,43	,774	,523	
	Ortaokul (2)	4	8,00	,81			
	Lise (3)	3	8,00	1,73			
	Üniversite (4)	3	6,33	2,88			
UÖ Yorgunluk	İlkokul (1)	13	8,38	,96	,349	,791	
	Ortaokul (2)	4	8,25	,50			
	Lise (3)	3	7,67	2,30			
	Üniversite (4)	3	8,33	,57			
UÖ Bulantı	İlkokul (1)	13	6,15	3,10	,555	,651	
	Ortaokul (2)	4	3,75	4,50			
	Lise (3)	3	6,00	2,00			
	Üniversite (4)	3	6,00	3,60			
UÖ Stres	İlkokul (1)	13	7,38	1,38	,845	,486	
	Ortaokul (2)	4	8,00	,81			
	Lise (3)	3	5,67	4,93			
	Üniversite (4)	3	7,67	1,52			
UÖ Uyku	İlkokul (1)	13	5,85	2,91	,394	,759	
	Ortaokul (2)	4	5,75	4,03			
	Lise (3)	3	4,00	2,64			
	Üniversite (4)	3	6,67	3,51			
UÖ İştah	İlkokul (1)	13	7,15	2,47	,179	,909	
	Ortaokul (2)	4	7,00	2,00			
	Lise (3)	3	6,67	1,52			
	Üniversite (4)	3	6,00	4,00			
UÖ İyi his	İlkokul (1)	13	7,08	1,55	2,279	,112	
	Ortaokul (2)	4	7,25	,95			
	Lise (3)	3	8,33	,57			
	Üniversite (4)	3	4,67	3,78			
UÖ Depresyon	İlkokul (1)	13	5,85	2,15	,721	,552	
	Ortaokul (2)	4	4,75	3,77			
	Lise (3)	3	7,33	1,52			
	Üniversite (4)	3	6,67	2,51			
UÖ Nefes	İlkokul (1)	13	5,54	2,72	1,086	,379	
	Ortaokul (2)	4	6,00	2,94			
	Lise (3)	3	6,33	2,08			
	Üniversite (4)	3	3,00	1,00			
US Ağrı	İlkokul (1)	13	6,69	1,25	,326	,806	
	Ortaokul (2)	4	7,00	,81			
	Lise (3)	3	7,00	1,73			

	Üniversite (4)	3	6,00	2,64			
US Yorgunluk	İlkokul (1)	13	7,23	,92	,885	,467	
	Ortaokul (2)	4	7,00	,81			
	Lise (3)	3	6,33	1,15			
	Üniversite (4)	3	7,33	,57			
US Bulantı	İlkokul (1)	13	5,31	2,32	,123	,946	
	Ortaokul (2)	4	4,50	4,12			
	Lise (3)	3	5,67	2,51			
	Üniversite (4)	3	5,33	2,88			
US Stres	İlkokul (1)	13	6,92	1,11	,732	,546	
	Ortaokul (2)	4	7,00	,81			
	Lise (3)	3	5,33	4,61			
	Üniversite (4)	3	6,33	,57			
US Uyku	İlkokul (1)	13	5,85	2,67	,271	,846	
	Ortaokul (2)	4	5,25	3,59			
	Lise (3)	3	4,33	2,30			
	Üniversite (4)	3	6,00	3,00			
US İştah	İlkokul (1)	13	6,46	2,40	,230	,874	
	Ortaokul (2)	4	6,75	1,89			
	Lise (3)	3	6,33	2,08			
	Üniversite (4)	3	5,33	3,05			
US İyi his	İlkokul (1)	13	6,62	1,44	5,086	,009	3-4p=0.005* 3-1p=0.043*
	Ortaokul (2)	4	7,00	,81			
	Lise (3)	3	7,67	,57			
	Üniversite (4)	3	3,67	2,08			
US Depresyon	İlkokul (1)	13	5,62	2,06	,287	,834	
	Ortaokul (2)	4	4,75	3,77			
	Lise (3)	3	6,33	,57			
	Üniversite (4)	3	5,67	1,52			
US Nefes	İlkokul (1)	13	5,08	2,36	1,231	,326	
	Ortaokul (2)	4	5,50	2,38			
	Lise (3)	3	5,33	1,52			
	Üniversite (4)	3	2,67	,57			
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı	İlkokul (1)	13	33,23	15,53	4,002	,024	2-3p=0.034*
	Ortaokul (2)	4	42,25	2,50			
	Lise (3)	3	26,00	4,58			
	Üniversite (4)	3	34,33	3,78			
Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti	İlkokul (1)	13	77,23	13,08	3,333	,032	3-4p=0.040*
	Ortaokul (2)	4	68,50	8,73			
	Lise (3)	3	82,66	3,21			
	Üniversite (4)	3	68,00	13,00			

Tablo 4.10 incelendiğinde palyatif bakım servisinde yatan hastaların eğitim seviyelerine göre uygulama öncesi ve sonrası semptom şiddeti ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hemşirelik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel

olarak ilişki saptanmıştır. Tabloya göre uygulama öncesi iyi his ($f=5.086$; $p=0,009$), hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ($f=4.002$; $p=0,024$) ve hemşirelik bakımı memnuniyeti ($f=3.333$; $p=0,039$) eğitim seviyesine göre farklılaşmaktadır. Ulaşılan sonuçlar homojen dağılım göstermediği için Games Howell post hoc analizi ($p<.05$) dikkate alınmıştır.

Uygulama öncesi iyi his için ‘Lise’ ile ‘Üniversite’ ve ‘İlkokul’ eğitim seviyeleri arasında $p=0.005$ ve $p=0.043$ oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Lise eğitim kademesine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama öncesi iyi his ilkokul ve üniversite eğitim kademesine sahip hastalardan yüksektir.

Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı için ‘Ortaokul’ ve ‘Lise’ eğitim seviyeleri arasında $p=0.034$ oranında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ortaokul eğitim kademesine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hastanın hemşirelik bakımını algılayışı lise eğitim kademesine sahip hastalardan yüksektir.

Hemşirelik bakımı memnuniyeti için ‘Lise’ ve ‘Üniversite’ eğitim seviyeleri arasında $p=0.040$ oranında anlamlı farklılık saptanmıştır. Lise eğitim kademesine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hemşirelik bakımı memnuniyeti üniversite eğitim kademesine sahip hastalardan yüksektir.

Tablo 4.11. Yatış Türüne Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti ile Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık

	Yatış Türü	N	Ort.	ss	F	P	Anlamlı Fark
UÖ Ağrı	Aile palyasyonu (1)	12	8,08	1,08	6,057	,009	3-2p=0.003* 1-2p=0.029*
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,80	2,16			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	8,17	,75			
UÖ Yorgunluk	Aile palyasyonu (1)	12	8,25	1,28	,062	,940	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	8,40	,54			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	8,17	,98			
UÖ Bulantı	Aile palyasyonu (1)	12	6,42	3,31	,608	,554	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,00	3,60			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	4,83	2,92			
UÖ Stres	Aile palyasyonu (1)	12	7,25	2,59	,147	,864	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	7,00	,70			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	7,67	1,50			
UÖ Uyku	Aile palyasyonu (1)	12	5,33	3,39	,555	,582	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,20	2,77			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	6,83	2,56			
UÖ İştah	Aile palyasyonu (1)	12	7,42	2,27	1,026	,377	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,60	2,51			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	7,00	2,53			
UÖ İyi his	Aile palyasyonu (1)	12	7,50	1,24	1,160	,334	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	6,00	2,73			
	Aile ve Beslenme	6	6,67	2,33			

	palyasyonu (3)						
UÖ Depresyon	Aile palyasyonu (1)	12	5,92	2,74	,769	,477	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,00	2,82			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	6,83	,98			
UÖ Nefes	Aile palyasyonu (1)	12	5,42	2,77	,002	,998	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,40	3,36			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	5,33	1,86			
US Ağrı	Aile palyasyonu (1)	12	7,17	,93	3,524	,049	1-2p=0.050*
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,40	1,67			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	6,83	1,47			
US Yorgunluk	Aile palyasyonu (1)	12	7,17	,93	,304	,741	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	7,20	,83			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	6,83	,98			
US Bulantı	Aile palyasyonu (1)	12	5,83	2,91	,734	,493	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	4,80	2,16			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	4,33	2,25			
US Stres	Aile palyasyonu (1)	12	6,50	2,27	,336	,719	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	6,40	,54			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	7,17	1,16			
US Uyku	Aile palyasyonu (1)	12	5,17	2,94	,898	,423	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,00	2,44			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	6,83	2,31			
US İştah	Aile palyasyonu (1)	12	6,67	2,10	,555	,583	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,40	2,79			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	6,50	2,25			

US İyi his	Aile palyasyonu (1)	12	6,83	,93	,906	,420	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	5,60	2,51			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	6,33	2,25			
US Depresyon	Aile palyasyonu (1)	12	5,42	2,27	1,921	,173	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	4,40	2,30			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	6,83	1,32			
US Nefes	Aile palyasyonu (1)	12	5,00	2,52	,134	,875	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	4,40	2,40			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	5,00	1,54			
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı	Aile palyasyonu (1)	12	34,91	14,32	,079	,925	
	Beslenme palyasyonu (2)	5	32,20	9,20			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	33,66	12,92			
Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti	Aile palyasyonu (1)	12	72,25	15,00	4,857	,033	3-1 p=0.034*
	Beslenme palyasyonu (2)	5	76,60	9,83			
	Aile ve Beslenme palyasyonu (3)	6	80,00	4,00			

Tablo 4.11 incelendiğinde palyatif bakım servisinde yatan hastaların yatış türlerine göre uygulama öncesi ve sonrası semptom şiddeti ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hemşirelik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır. Tabloya göre uygulama öncesi ağrı ($f=6.057$; $p=0,009$), uygulama sonrası ağrı ($f=3.524$; $p=0,049$) ve hemşirelik bakımı memnuniyeti ($f=4.857$; $p=0,033$) yatış türlerine göre farklılaşmaktadır. Ulaşılan sonuçlar homojen dağılım göstermediği için Games Howell post hoc analizi ($p<.05$) dikkate alınmıştır.

Uygulama öncesi ağrı için ‘Aile ve Beslenme Palyasyonu’ ile ‘Beslenme Palyasyonu’ ve ‘Aile Palyasyonu’ yatış türleri arasında $p=0.003$ ve $p=0.029$ oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Aile ve beslenme palyasyonu yatış türüne sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama öncesi ağrı sadece

beslenme palyasyonu ya da sadece aile palyasyonu yatış türüne sahip hastalardan yüksektir.

Uygulama sonrası ağrı için ‘Aile Palyasyonu’ ve ‘Beslenme Palyasyonu’ yatış türleri arasında $p=0.050$ oranında anlamlı farklılık saptanmıştır. Aile palyasyonu yatış türüne sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama sonrası ağrı beslenme palyasyonu yatış türüne sahip hastalardan yüksektir.

Hemşirelik bakım memnuniyeti için ‘Aile ve Beslenme Palyasyonu’ ve ‘Aile Palyasyonu’ yatış türleri arasında $p=0.034$ oranında anlamlı farklılık saptanmıştır. Aile ve beslenme palyasyonu yatış türüne sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hemşirelik bakımı memnuniyeti aile palyasyonu yatış türüne sahip hastalardan yüksektir.

Tablo 4.12. Tedavi Tipine Göre Palyatif Bakım Servisinde Yatışı Olan Hastaların Uygulama Öncesi ve Sonrası Semptom Şiddeti İle Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Hemşirelik Bakım Memnuniyeti Arasındaki Farklılık

	Tedavi Tipi	N	Ort.	ss	F	P	Anlamlı Fark
UÖ Ağrı	Semptom Tedavisi (1)	17	7,47	1,77	,373	,694	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	8,25	,95			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	7,50	,70			
UÖ Yorgunluk	Semptom Tedavisi (1)	17	8,18	1,18	,194	,825	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	8,50	,57			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	8,50	,70			
UÖ Bulantı	Semptom Tedavisi (1)	17	4,82	3,24	2,770	,047	2-1p=0.048*
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	8,25	1,70			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	8,00	1,41			
UÖ Stres	Semptom Tedavisi (1)	17	6,94	2,19	1,258	,306	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	8,00	,81			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	9,00	0,01			
UÖ Uyku	Semptom Tedavisi (1)	17	5,59	3,06	,075	,928	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	6,25	1,70			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	5,50	6,36			
UÖ İştah	Semptom Tedavisi (1)	17	6,24	2,38	3,307	,028	3-1p=0.019* 2-1p=0.049*
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	8,50	1,00			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	9,50	,70			
UÖ İyi his	Semptom Tedavisi (1)	17	6,65	2,12	1,005	,384	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	7,50	1,00			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	8,50	,70			
UÖ Depresyon	Semptom Tedavisi (1)	17	5,88	2,31	1,487	,250	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	5,00	2,94			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	8,50	,70			
UÖ Nefes	Semptom Tedavisi (1)	17	5,12	2,73	,984	,391	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	7,00	,81			
	KT/RT ve Semptom	2	4,50	3,53			

	Tedavisi (3)						
US Ağrı	Semptom Tedavisi (1)	17	6,47	1,50	,857	,439	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	7,25	,95			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	7,50	,70			
US Yorgunluk	Semptom Tedavisi (1)	17	6,70	,93	5,111	,006	2-1p=0.009* 3-1p=0.027*
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	7,50	,57			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	7,20	1,41			
US Bulantı	Semptom Tedavisi (1)	17	4,35	2,47	,486	,622	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	8,00	0,01			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	7,00	0,01			
US Stres	Semptom Tedavisi (1)	17	6,47	1,94	,343	,713	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	7,25	,95			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	7,00	1,41			
US Uyku	Semptom Tedavisi (1)	17	5,53	2,74	,090	,915	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	6,00	1,41			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	5,00	5,65			
US İştah	Semptom Tedavisi (1)	17	5,71	2,25	3,236	,030	2-1p=0.028* 3-1p=0.049*
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	8,00	,81			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	8,50	,70			
US İyi his	Semptom Tedavisi (1)	17	6,18	1,87	,724	,497	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	7,25	,95			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	7,00	1,41			
US Depresyon	Semptom Tedavisi (1)	17	5,47	2,06	,941	,407	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	5,00	2,94			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	7,50	,70			
US Nefes	Semptom Tedavisi (1)	17	4,41	2,0	2,599	,099	
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	7,00	,81			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	4,50	3,53			
Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı	Semptom Tedavisi (1)	17	30,47	10,60	3,725	,022	3-1p=0.011* 2-1p=0.027* 3-2p=0.050*
	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	40,75	10,90			
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	50,50	19,09			
Newcastle	Semptom Tedavisi (1)	17	79,23	8,72	8,530	,002	1-3p=0.000*

Hemşirelik Bakımı Memnuniyeti	KT ve Semptom Tedavisi (2)	4	69,75	12,99			1-2p=0.008* 2-3p=0.019*
	KT/RT ve Semptom Tedavisi (3)	2	52,00	1,41			

Tablo 4.12 incelendiğinde palyatif bakım servisinde yatan hastaların tedavi tiplerine göre uygulama öncesi ve sonrası semptom şiddeti ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hemşirelik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmıştır. Tabloya göre uygulama öncesi bulantı ($f=2.770$; $p=0,047$), uygulama öncesi iştah ($f=3.307$; $p=0,028$), uygulama sonrası yorgunluk ($f=5.111$; $p=0,006$), uygulama sonrası iştah ($f=3.236$; $p=0,030$), hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ($f=3.725$; $p=0,022$) ve hemşirelik bakımı memnuniyeti ($f=8.530$; $p=0,002$) tedavi tipine göre farklılaşmaktadır. Ulaşılan sonuçlar homojen dağılım göstermediği için Games Howell post hoc analizi ($p<.05$) dikkate alınmıştır.

Uygulama öncesi bulantı için ‘Kemoterapi ve Semptom Tedavisi’ ve ‘Semptom Tedavisi’ tedavi tipleri arasında $p=0.048$ oranında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kemoterapi ve semptom tedavisine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama öncesi bulantı semptom tedavisine sahip hastalardan yüksektir.

Uygulama öncesi iştah için ‘Kemoterapi, Radyoterapi ve Semptom Tedavisi’ ve ‘Kemoterapi Semptom Tedavisi’ ile ‘Semptom Tedavisi’ tedavi tipleri arasında $p=0.019$ ve $p=0.049$ oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kemoterapi, radyoterapi ve semptom tedavisine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama öncesi iştah semptom tedavisine sahip hastalardan yüksektir.

Uygulama sonrası yorgunluk için ‘Kemoterapi, Radyoterapi ve Semptom Tedavisi’ ve ‘Kemoterapi Semptom Tedavisi’ ile ‘Semptom Tedavisi’ tedavi tipleri arasında $p=0.027$ ve $p=0.009$ oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kemoterapi, radyoterapi ve semptom tedavisine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama sonrası yorgunluk semptom tedavisine sahip hastalardan yüksektir.

Uygulama sonrası iştah için ‘Kemoterapi, Radyoterapi ve Semptom Tedavisi’ ve ‘Kemoterapi Semptom Tedavisi’ ile ‘Semptom Tedavisi’ tedavi tipleri arasında $p=0.049$ ve $p=0.028$ oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kemoterapi,

radoterapi ve semptom tedavisine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama sonrası iştah semptom tedavisine sahip hastalardan yüksektir.

Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı için ‘Kemoterapi, Radyoterapi ve Semptom Tedavisi’ ile ‘Kemoterapi Semptom Tedavisi’ ve ‘Semptom Tedavisi’ tedavi tipleri arasında $p=0.011$ ve $p=0.050$ oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kemoterapi, radyoterapi ve semptom tedavisine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hastanın hemşirelik bakımını algılayışı hem kemoterapi ve semptom tedavisine hem de sadece semptom tedavisine sahip hastalardan yüksektir. Bunun yanında ‘Kemoterapi Semptom Tedavisi’ ve ‘Semptom Tedavisi’ arasında da $p=0.027$ oranında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kemoterapi ve semptom tedavisine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hastanın hemşirelik bakımını algılayışı sadece semptom tedavisine sahip hastalardan yüksektir.

Hemşirelik bakımı memnuniyeti için ‘Semptom Tedavisi’ ile ‘Kemoterapi, Radyoterapi ve Semptom Tedavisi’ ve ‘Kemoterapi ve Semptom Tedavisi’ tedavi tipleri arasında $p=0.000$ ve $p=0.008$ oranlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. Semptom tedavisine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hemşirelik bakım memnuniyeti hem kemoterapi ve semptom tedavisine hem de kemoterapi, radyoterapi ve semptom tedavisine sahip hastalardan yüksektir. Bunun yanında ‘Kemoterapi Semptom Tedavisi’ ve ‘Kemoterapi, Radyoterapi ve Semptom Tedavisi’ arasında da $p=0.019$ oranında anlamlı farklılık saptanmıştır. Kemoterapi ve semptom tedavisine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hhemşirelik bakımı memnuniyeti kemoterapi, radyoterapi ve semptom tedavisine sahip hastalardan yüksektir.

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu bölümünde; palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli temelli yaklaşımın hastaların semptom yönetimine etkisi araştırmasından elde edilen bulgular ilgili alanyazın kapsamında şu başlıklar altında tartışılmıştır:

1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması
2. Hastalara Ait Semptom Şiddetlerinin Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Göre Korelasyon Analizlerine Ait Bulguların Tartışılması
3. Değişkenler Arası Bulguların Tartışılması
4. Araştırma Değişkenleri İle Bağımsız Değişkenler Arasındaki Farklılığın Tartışılması

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Araştırma kapsamında yer alan hastaların yaş ortalamaları incelendiğinde palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların yaş ortalaması 56.26 ± 18.47 'dir. Palyatif bakım servisinde yatan hastalara ilişkin ilgili literatürde yer alan ve hastaları kapsayan çalışmalar incelendiğinde; Enginyurt (2019) tarafından palyatif bakım servisinde yatan hastalar ile yaptığı araştırmasında hastaların yaş ortalaması 44.18 olarak bulunmuştur (30). Benzer biçimde Turgut ve ark. (2019) tarafından yapılan araştırmada Palyatif Bakım biriminde yatan hastaların yaş ortalaması 69.3 ± 17.6 olarak saptanmıştır (85). Ayraller ve ark. (2020) tarafından yapılan bir araştırmada da palyatif bakım servisinde yatan hastaların yaş ortalaması 53.41 olduğu belirlenmiştir (6). Krug ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde yatan hastaların yaş ortalaması 57.33 ± 14.72 olarak belirlenmiştir (46). İlgili alanyazın incelendiğinde katılımcı hastaların yaş aralıklarının 40 ile 70 arasında değiştiğini ortaya koyan araştırmalara rastlanılmıştır (67,87,49). Gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde yapılan palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaları kapsayan araştırmalar incelendiğinde hastaların yaş ortalamasının 40-70 aralığında değiştiği görülmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan hastaların yatış süreleri ortalamaları incelendiğinde palyatif bakım hastalarının yatış süresi ortalaması 32.70 ± 35.09 gündür. Palyatif bakım servisinde yatan hastalara ilişkin ilgili literatürde yer alan ve hastaları kapsayan çalışmalar incelendiğinde; Kim ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde hastaların ortalama 43.48 gün yatışı süresine sahip olduklarını bulmuştur (45). Borasio (2011) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde hastaların ortalama 37.81 günlük yatış sürelerine sahip olduklarını belirtmiştir (12). Çınar ve ark. (2016) tarafından yapılan başka bir araştırmada da palyatif bakım servisinde hastaların ortalama 31.68 gün yatış süresine sahip olduğunu ortaya koyulmuştur (25). İlgili alanyazın incelendiğinde katılımcı hastaların palyatif bakım servisinde yatış süresi aralıklarının 30 ile 50 arasında değiştiğini ortaya koyan araştırmalara rastlanılmıştır (2,58,40). Gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde yapılan palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaları kapsayan araştırmalar incelendiğinde hastaların yatış süresi ortalamasının 30-50 aralığında değiştiği görülmektedir.

Araştırma kapsamında yer alan hastaların tedavi süreleri ortalamaları incelendiğinde palyatif bakım hastalarının tedavi süresi ortalaması 117.91 gündür. Palyatif bakım servisinde yatan hastalara ilişkin ilgili literatürde yer alan ve hastaları kapsayan çalışmalar incelendiğinde; Sucaklı (2014) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım hastalarının ortalama 94.26 gün tedavi hizmeti aldıklarını belirtmiştir (81). Utlu (2015) tarafından palyatif bakım servisindeki kanser hastalarıyla yürüttüğü araştırmasında hastaların tedavi ortalamasının 136.92 olduğunu belirtmiştir (88). Kabalak ve ark. (2013) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım hastalarının ortalama tedavi süresinin 3-4 ay (90-120 gün) arasında değiştiğini saptamıştır (39). Lehimcioğlu (2021) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisinde ortalama 108.40 gün tedavi süresinin olduğunu belirtmiştir. Yapılan araştırmalarda palyatif bakım servislerinde yatışı olan hastaların ortalama tedavi sürelerinin 90 ile 120 gün arasında değiştiği görülmektedir.

Araştırmada palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların %56.5'i ilkokul, %17.4'ü ortaokul, %13'ü lise ve %13'ü de üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılım gösteren hastaların %86.9'unun lise ve altı eğitim

seviyesine sahip olduğu gör÷lmektedir. Literatürde yer alan ve hemşireleri kapsayan çalışmalar incelendiğinde;Efendioğlu ve ark. (2020) yaptıkları araştırmada palyatif bakım hastalarının %48.6'sının ortaokul ve lise eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (29). Şenel ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisi hastalarının %53.4'ünün lise ve altı eğitim seviyesine sahip olduğu bulunmuştur (82). Jamal ve Soysal (2019) tarafından Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dragos Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi Verileri'nin incelendiği araştırmalarında da hastaların eğitim düzeylerinde büyük bir çoğunluğun lise ve altı eğitim kademesinde (%66.8) olduğu gör÷lmüştür (38). Lynch ve ark. (2013) tarafından yapılan araştırmada da hastaların %57'sinin lise kademesinde olduğu bulunmuştur (54).

Araştırmada palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların %52.2'sinin aile palyasyonu, %21.7'sinin beslenme palyasyonu ve %26.1'inin de hem aile hem de beslenme palyasyonuna bağı yatışlarının yapıldığı bulunmuştur. Literatürde yer alan ve hemşireleri kapsayan çalışmalar incelendiğinde; Ullrich ve ark. (2017) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların %75.10'unun aile palyasyonuna bağı yatışlarının yapıldığı bulunmuştur (87). Krug ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde yatan hastaların %57.8'inin aile palyasyonuna bağı olarak yatışlarının yapıldığı belirlenmiştir (46). Mehmet ve ark. (2018) yaptığı araştırmada da hastaların %49.50'sinin aile palyasyonuna bağı palyatif bakım servislerine yatışlarının yapıldığı bulunmuştur (58).

Araştırmada palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların %73.9'u semptom tedavisi alırken, %17.4'ü kemoterapi ve semptom tedavisini birlikte %8.7'si de kemoterapi, radyoterapi ve semptom tedavisini birlikte aldıkları bulunmuştur. Literatürde yer alan ve hemşireleri kapsayan çalışmalar incelendiğinde; Enginyurt (2019) tarafından palyatif bakım servisinde yatan hastalar ile yaptığı araştırmasında hastaların tamamının semptom tedavisine bağı yatışlarının yapıldığı bulunmuştur (30). Ayraller ve ark. (2020) tarafından yapılan bir araştırmada da palyatif bakım servisinde yatan hastaların %84.22'sinin semptom tedavisine bağı yatışlarının yapıldığı belirlenmiştir (6). Lee ve ark.'nın (2015) yaptığı araştırmada da %85 semptom tedavisinin palyatif hastalarda yapıldığı belirlenmiştir (49). Çınar ve

ark. (2016) ile Andaç ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmalarda da palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların tamamının semptom tedavisine bağlı yatışlarının yapıldığı belirtilmiştir (25, 2).

5.2. Hastalara Ait Semptom Şiddetlerinin Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Göre Korelasyon Analizlerine Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmada palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli uygulanmasından önce ve sonra ortaya çıkan semptom belirtilerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur. Alınan hizmetin hasta semptomları üzerindeki etkisi beş gün arayla değerlendirildiğinde; **uygulama öncesi ağrı** ile **uygulama sonrası ağrı** arasında negatif yönde; uygulama sonrası stres ile ise pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan ağrı durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında azaldığı tespit edilmiştir. Saygılı ve Çelik (2020) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakımda bir hafta arayla yaptığı hemşirelik bakım değerlendirmesinde ilk müdahale ile ikinci müdahale arasında ağrı semptom düzeylerinde azalmanın olduğunu ortaya koymuştur (78). Aktürk (2016) tarafından yapılan araştırmada da Watson İnsan Bakım modeli uygulanan palyatif bakım servisinde yatan kanserli hastalarda ön test ile son test arasındaki ağrı semptom düzeyinde azalma olduğu belirtilmiştir (1). Yılmaz (2015) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisinde giriş ve çıkış semptom değerleri arasında anlamlı ilişkinin bulunduğu, palyatif bakım servisinden çıkış ağrı değerlerinin palyatif bakım servisine giriş ağrı değerlerine göre düştüğü tespit edilmiştir (101).

Araştırmada palyatif bakım hastalarında **uygulama öncesi yorgunluk** ile **uygulama sonrası yorgunluk** arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan yorgunluk durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında azaldığı tespit edilmiştir. Araştırma bulgusundan farklı olarak Yılmaz (2015) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisinde giriş ve çıkış semptom değerleri arasında anlamlı ilişkinin bulunduğu, palyatif bakım servisinden çıkış yorgunluk değerlerinin palyatif bakım servisine giriş yorgunluk değerlerine göre arttığı tespit edilmiştir (101). Uysal ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım kliniğine yatan hastaların

yorgunluk semptomları tedavi boyunca arttığı bulunmuştur (89). İlgili alanyazın incelendiğinde palyatif bakım servisine girdikten sonra yorgunluk düzeylerinin düştüğünü ortaya koyan araştırmalar olduğu görülmüştür (78).

Araştırmada palyatif bakım hastalarında **uygulama öncesi bulantı** ile **uygulama sonrası bulantı** arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan bulantı durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında azaldığı tespit edilmiştir. Cheung ve ark.'nın (2009) yaptığı araştırmada da palyatif bakım servisinde tedavisi yapılan hastalarda tedavi sonrası bulantı semptomunun yüksek olduğu ama uygulama öncesine göre düştüğü bulunmuştur (18). Arslan ve ark. (2008) tarafından kemoterapi hastalarıyla yapılan bir çalışmada da tedavi sonrası hastalarda bulantı düzeyinin tedavi öncesi bulantıya göre düştüğü saptanmıştır (5). İlgili alanyazın incelendiğinde palyatif bakım servisine girdikten sonra bulantı düzeylerinin düştüğünü ortaya koyan çalışmalara rastlanılmıştır (89,1,78).

Araştırmada palyatif bakım hastalarında **uygulama öncesi stres** ile **uygulama sonrası stres** arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan stres durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında azaldığı tespit edilmiştir. Tuna ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde tedavileri yapılan son dönem kanser hastalarında tedavi sonrası stres ile tedavi öncesi stres arasında anlamlı ilişki bulunmuş, son dönem kanser hastalarında tedavi sonrası stres düzeylerinin tedavi öncesi stres düzeylerine göre azaldığı bildirilmiştir (84). Yılmaz (2015) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisinde giriş ve çıkış semptom değerleri arasında anlamlı ilişkinin bulunduğu, palyatif bakım servisinde çıkış stres değerlerinin palyatif bakım servisine giriş stres değerlerine göre düştüğü tespit edilmiştir (101).

Araştırmada palyatif bakım hastalarında **uygulama öncesi uyku** ile **uygulama sonrası uyku** arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan uyku sorunu durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında azaldığı tespit edilmiştir. Cheung ve ark.'nın (2009) yaptığı araştırmada da palyatif bakım

servisinde tedavisi yapılan hastalarda tedavi sonrası uyku semptomunun tedavi öncesine göre normale döndüğü bulunmuştur (18). Uysal ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım kliniğine yatan hastaların uyku semptomları tedavi boyunca düştüğü bulunmuştur (89).

Araştırmada palyatif bakım hastalarında **uygulama öncesi iştah** ile **uygulama sonrası iştah** arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan iştah durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında arttığı tespit edilmiştir. Tuna ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde tedavileri yapılan son dönem kanser hastalarında tedavi sonrası iştah ile tedavi öncesi iştah arasında anlamlı ilişki bulunmuş, son dönem kanser hastalarında tedavi sonrası iştah düzeylerinin tedavi öncesi iştah düzeylerine göre arttığı bildirilmiştir (84). Nickolich ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım hastalarında tedavi sonrası iştah düzeylerinde artış olduğu tespit edilmiştir (62).

Araştırmada palyatif bakım hastalarında **uygulama öncesi iyi his** ile **uygulama sonrası iyi his** arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan iyi his durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında arttığı tespit edilmiştir. Nickolich ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım hastalarında tedavi sonrası iyi his düzeylerinde artış olduğu tespit edilmiştir (62). Yılmaz (2015) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda tedavi sonrası iyi his düzeylerinin arttığı bildirilmiştir (101). Aktürk (2016) tarafından yapılan araştırmada da Watson İnsan Bakım modeli uygulanan palyatif bakım servisinde yatan kanserli hastalarda ön test ile son test arasındaki iyi his semptom düzeyinde artma olduğu belirtilmiştir (1).

Araştırmada palyatif bakım hastalarında **uygulama öncesi depresyon** ile **uygulama sonrası depresyon** arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan depresyon durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında azaldığı tespit edilmiştir. Zambrano ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hemşirelik uygulamaları sonrası depresyon düzeylerinin

düştüğü bildirilmiştir (102). Yılmaz (2015) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda tedavi sonrası depresyon düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir (101). Bruera ve Hui (2010) tarafından yapılan çalışmada da palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda tedavi sonrası depresyon düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (13).

Araştırmada palyatif bakım hastalarında **uygulama öncesi nefes ile uygulama sonrası nefes** arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalarda uygulama öncesinde yaşanan nefes sorunu durumunun Watson İnsan Bakım Modeli uygulama sonrasında azaldığı tespit edilmiştir. Krug ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde tedavi olan hastalarda nefes semptomlarının tedavi öncesine göre olumlu olarak düştüğü saptanmıştır (46). Pinto ve ark. (2019) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda tedavi sonrası nefes düzeylerinin normalleştiği bildirilmiştir (72).

5.3. Değişkenler Arası Bulgunun Tartışılması

Araştırmada palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda Watson İnsan Bakım Modeli Uygulaması sonrasında hastanın hemşirelik bakımını algılayışı düzeyleri arttıkça hemşirelik bakım memnuniyeti düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. Araştırma bulgusuyla benzerlik gösteren çalışmalara bakıldığında; Cerit (2016) tarafından yapılan araştırmada hastaların hemşirelik bakımlarını algılayışları ile hemşirelik bakımından memnun olma düzeyleri arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (16). Özşaker ve ark. (2021) tarafından yapılan bir araştırmada da cerrahi hastalarının hemşirelik bakımını algılayışı ve memnuniyet düzeyleri incelenmiş, araştırma sonucunda hastaların hemşirelik bakımını algılayışları ile memnuniyet düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (68). Şişe (2013) tarafından yapılan araştırmada da hastaların hemşirelik bakımından memnun olma düzeyleri ile hemşirelik bakımını algılayışları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (83). Sayed ve ark. (2013) ile Arslan ve Kelleci (2011) tarafından yapılan araştırmalarda da hastanın hemşirelik bakımını algılayışları ile hemşirelik bakımından memnun olma arasında doğrusal

yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (77, 3). Araştırma kapsamında ulaşılan bulgunun literatür ile uyumlu ve tutarlı olduğu görülmektedir.

Araştırmada palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların tedavi süreleri (gün) ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hemşirelik bakım memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Palyatif bakım servisinde yatışı olan hasta katılımcıların tedavi süreleri (gün) arttıkça hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hemşirelik bakım memnuniyeti de artmaktadır. Ntizmira ve ark. (2014) tarafından yapılan araştırmada da tedavi süresi arttıkça hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri de artmaktadır (63). Powell ve ark. (2014) tarafından yapılan başka bir araştırmada da tedavi süresi ile memnuniyet düzeyi arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (74). Benzer biçimde Sørbye ve ark. (2019) tarafından yapılan başka bir araştırmada da palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda tedavi süresi ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (80). Pastrana ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada araştırma bulgusundan farklı olarak palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda tedavi süresi ile hemşirelik bakımından memnun olma arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (70). Mori ve Morita (2016) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde yatan hastalarda tedavi süresi arttıkça hastaların hemşirelik bakımını algılayışların da artmıştır (60). Estella ve ark. (2019) tarafından yapılan araştırmada da palyatif bakım servisinde yatan hastalarda tedavi süresi arttıkça hastaların hemşirelik bakımını algılayışların da artmıştır (32). Özşaker ve ark. (2021) tarafından yapılan bir araştırmada da palyatif bakım servisinde yatan hastalarda tedavi süresi arttıkça hastaların hemşirelik bakımını algılayışları yükselmektedir (68). Sayed ve ark. (2013) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde yatan hastalarda tedavi süreleri ile hemşirelik bakımını algılayışları arasında doğrusal yönde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (77). Araştırma kapsamında ulaşılan bulgunun literatür ile uyumlu ve tutarlı olduğu görülmektedir.

5.4. Araştırma Değişkenleri İle Bağımsız Değişkenler Arasındaki Farklılığın Tartışılması

Araştırmada erkek hastaların uygulama öncesi uyku, uygulama sonrası uyku ve hemşirelik bakımı memnuniyeti puan ortalamaları kadın hastaların uygulama

öncesi uyku, uygulama sonrası uyku ve hemşirelik bakımı memnuniyeti puanlarından yüksektir. Bunun yanında kadın hastaların uygulama sonrası stres ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı puan ortalamaları erkek hastaların uygulama sonrası stres ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı puanlarından yüksektir. Araştırma bulgusuyla benzerlik gösteren çalışmalara bakıldığında; Saygılı ve Çelik (2019) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakımda bir hafta arayla yaptığı araştırmada erkek hastaların uygulama öncesi uyku semptom düzeyleri kadınlardan yüksek bulunmuştur (78). Yılmaz (2015) tarafından yapılan araştırmada erkek hastaların tedavi sonrası uyku düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı araştırmada tedavi öncesi kadınların uyku semptomları ise daha yüksek bulunmuştur (101). Aktürk (2016) tarafından yapılan araştırmada da Watson İnsan Bakım modeli uygulanan palyatif bakım servisinde yatan kanserli hastalarda uygulama sonrası uyku erkek hastalarda daha yüksektir (1). Kayrakçı ve Özşaker (2014) tarafından yapılan araştırmada erkek hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri kadın hastalardan yüksektir (43). İçyeroğlu ve Karabulutlu (2011) tarafından yapılan araştırmada da erkeklerin hemşirelik bakımından memnun olma düzeyleri kadın hastalardan yüksektir (37). Özşaker ve ark. (2021) tarafından yapılan araştırmada kadınların hemşirelik bakımını algılayış düzeyleri erkek hastalardan yüksek bulunmuştur (68). İlgili bulgular literatür ile uyumlu ve tutarlı çıkmıştır.

Araştırmada evli hastaların uygulama öncesi stres, uygulama öncesi uyku, uygulama sonrası stres, uygulama sonrası iştah ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı puan ortalamaları bekar hastaların uygulama öncesi stres, uygulama öncesi uyku, uygulama sonrası stres, uygulama sonrası iştah ve hastanın hemşirelik bakımını algılayışı puanlarından yüksektir. Bunun yanında bekar hastaların uygulama öncesi iyi his ve hemşirelik bakım memnuniyeti puan ortalamaları evli hastaların uygulama öncesi iyi his ve hemşirelik bakım memnuniyeti puanlarından yüksektir. Araştırma bulgusuyla benzerlik gösteren çalışmalara bakıldığında; Uysal ve ark. (2015) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım kliniğine yatan evli hastaların tedavi öncesi stres ve tedavi öncesi uyku düzeyleri bekar hastalardan yüksek bulunmuştur (89). Cheung ve ark.'nın (2009) yaptığı araştırmada da palyatif bakım servisinde tedavisi yapılan evli hastalarda tedavi sonrası stres ve iştah

semptomları bekar bireylerden yüksektir (18).Tuna ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde tedavileri yapılan evli kanser hastalarında tedavi sonrası stres ve tedavi sonrası iyi his düzeyleri bekar hastalardan yüksektir (84). Cerit (2016) tarafından yapılan araştırmada evli hastaların hemşirelik bakımlarını algılayış düzeyleri bekar hastalardan yüksek çıkmıştır (16). Sayed ve ark. (2013) tarafından yapılan araştırmada da bekar hastalarda hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri evli hastalardan yüksek bulunmuştur (77). Araştırma bulgusundan farklı olarak Arslan ve Kelleci (2011) tarafından yapılan araştırmada ise evli hastalarda hemşirelik bakımından memnun olma bekar hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (3). Ulaşılan bulgunun literatür ile farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmada lise eğitim kademesine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama öncesi iyi his, ilköğretim ve üniversite eğitim kademesine sahip hastalardan yüksektir. Bunun yanında ortaokul eğitim kademesine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hastanın hemşirelik bakımını algılayışı lise eğitim kademesine sahip hastalardan yüksektir. Son olarak lise eğitim kademesine sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hemşirelik bakımı memnuniyeti üniversite eğitim kademesine sahip hastalardan yüksektir.Araştırma bulgusuyla benzerlik gösteren çalışmalara bakıldığında; Bruera ve Hui (2010) tarafından yapılan çalışmada palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda eğitim seviyesi arttıkça tedaviden memnun olma düzeylerinin de arttığı bildirilmiştir (13). Pinto ve ark. (2019) tarafından yapılan araştırmada eğitim seviyesi ortaokul ve lise olan palyatif bakım servisinde yatışı olan hastalarda tedaviden memnun olma daha yüksek bulunmuştur (72). Cerit (2016) tarafından yapılan araştırmada ortaokul ve ilköğretim eğitim seviyesine sahip hastaların hemşirelik bakımlarını algılayışları ve hemşirelik bakımından memnun olma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (16). Özşaker ve ark. (2021) tarafından yapılan bir araştırmada da eğitim seviyesi lise ve altı olanlarda hemşirelik bakım memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (68).

Araştırmada aile ve beslenme palyasyonu yatış türüne sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda uygulama öncesi ve sonrası ağrı, sadece beslenme palyasyonu ya da sadece aile palyasyonu yatış türüne sahip hastalardan yüksektir.

Aile ve beslenme palyasyonu yatış türüne sahip palyatif bakım servisinde yatan hastalarda hemşirelik bakımı memnuniyeti aile palyasyonu yatış türüne sahip hastalardan yüksektir. Ullrich ve ark. (2017) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde yatışı olan hastaların büyük bir çoğunluğunun aile palyasyonuna bağlı yatışlarının yapıldığı bulunmuştur (87). Benzer biçimde Krug ve ark. (2016) tarafından yapılan araştırmada palyatif bakım servisinde yatan hastaların aile palyasyonuna bağlı olarak yatışlarının yapıldığı ve bu hastalarda tedaviden memnun olma düzeylerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir (46).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmada palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli temelli yaklaşımın hastaların semptom yönetimine etkisinin incelenmesi amaçlandı. Araştırma sonucunda palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modelinin semptom yönetimi üzerinde iyileştirici ve geliştirici etkisinin olduğu belirlendi.

Palyatif bakım servisinde yatan hastaların sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerine ilişkin sonuçları incelendiğinde; palyatif bakım servisinde yatan hastaların yaş ortalaması 56.26 olduğu, 20.74 ay tanı alma ortalamasına sahip oldukları, hastaların yatış süresi ortalamasının 32.70 gün olduğu, palyatif bakım servisinde uygulanan tedavisinin ortalamasının 117.91 gün olduğu belirlendi. Bunun yanında hastaların 12'si (%52.2) erkeklerden, 11'i (%47.8) kadınlardan oluştuğu, büyük bir çoğunluğu evli bireylerden (%91.3) oluştuğu, hastaların %56.5'i ilkokul, %17.4'ü ortaokul, %13'ü lise ve %13'ü de üniversite mezunu olduğu, hastaların palyatif bakım servisine %52.2'sinin aile palyasyonu, %21.7'sinin beslenme palyasyonu ve %26.1'inin de hem aile hem de beslenme palyasyonuna bağlı yatışlarının yapıldığı, %73.9'u semptom tedavisi alırken, %17.4'ü kemoterapi ve semptom tedavisini birlikte %8.7'si de kemoterapi, radyoterapi ve semptom tedavisini birlikte aldıkları belirlendi.

Araştırmada palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli uygulanmasından önce ve sonra ortaya çıkan semptom durumları incelendiğinde; uygulamadan önce **ağrı**, uygulamadan önce **yorgunluk**, uygulamadan önce **bulantı**, uygulamadan önce **stres**, uygulamadan önce **uyku**, uygulamadan önce **depresyon** ve uygulamadan önce **nefes** ile Watson İnsan Bakım modeli uygulamasından sonra **ağrı**, uygulamadan sonra **yorgunluk**, uygulamadan sonra **bulantı**, uygulamadan sonra **stres**, uygulamadan sonra **uyku**, uygulamadan sonra **depresyon** ve uygulamadan sonra nefes aralarında negatif ilişki olduğu belirlendi. Watson İnsan Bakım modeli uygulanan hastalarda bu durumların azaldığı görüldü.

Araştırmada palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modeli uygulanmasından önce ve sonra ortaya çıkan semptom durumları incelendiğinde; uygulamadan önce **iştah** ve uygulamadan önce **iyi his** ile Watson İnsan Bakım modeli uygulamasından sonra **iştah** ve uygulamadan sonra **iyi his** aralarında pozitif ilişki olduğu belirlendi. Watson İnsan Bakım modeli uygulanan hastalarda bu durumların arttığı görüldü.

Araştırmada palyatif bakım servisinde yatan hastalarda demografik özellikleri ile semptom durumları, hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hastanın hemşirelik bakımından memnuniyeti arasında anlamlı farklılıklar bulundu. Araştırmada cinsiyet, yaş, tanı alma zamanı, yatış süresi, tedavi süresi, medeni durum, eğitim düzeyi, yatış nedeni ve tedavi tipi ile semptom durumları, hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve hastanın hemşirelik bakımından memnuniyeti arasında farklılık belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Palyatif bakım hastalarında Watson İnsan Bakım modelinin semptom yönetimi üzerinde iyileştirici ve geliştirici etkisinin olduğunu ortaya koyan bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur:

- Palyatif bakım hastalarına verilecek hemşirelik bakımında mutlaka hemşirelik modellerinden birinin kullanılarak bakımın daha sistematik ve profesyonel hale getirilmesi önerilmektedir.
- Palyatif bakım hastalarında semptom yönetiminde, özellikle hastaların dispne, anksiyete düzeylerinin azaltılması ve yaşam kalitelerinin artırılmasında Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin kullanımı önerilmektedir.
- Palyatif bakım hastalarına uygulanan Watson İnsan Bakım modelinin belli bir sistemde ele alınması ve uygulanması önerilmektedir.
- Watson İnsan Bakım modelinin uygulanması esnasında yaşanabilecek aksaklıkların ortadan kaldırılabilmesi için genel takip mekanizmasının kurulması ve bu sayede yaşanabilecek aksaklıkların en aza indirilebilmesi önerilmektedir.

- Palyatif bakım hastalarına uygulanan Watson İnsan Bakım modelinin diğer hastalarda ve polikliniklerde de uygulanması ve bu sayede hasta memnuniyetinin artırılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

1. Aktürk Ü. Kemoterapi Alan Hastalara Watson İnsan Bakım Modeline Göre Verilen Bakımın Yaşamın Anlamı ve Semptom Yönetimine Etkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2016.
2. Andaç K, Faruk E, Cihangir T, Elif G, Harun A. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Palyatif Bakım Ünitesi'nde yatan hastaların retrospektif analizi. FNG & Bilim Tıp Dergisi, 2016, 2(1):1-3.
3. Arslan Ç, Kelleci M. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011, 14(1): 1-8.
4. Arslan Özkan İ, Okumuş H. Hemar G. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model Watson'ın İnsan Bakım Model, 2012, 2:61-72.
5. Arslan S, Akın B, Kocoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyodemografik özellikler ve algılanan sosyal destek ilişkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2008,7(1):47-56.
6. Ayraler A, Akturan S, Kumlu G. Onkolojik Palyatif Bakım Servisi'nde Yatan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Algılanan Stres Düzeyleri ve Strese Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma. Konuralp Medical Journal, 2020, 12(2): 227-235.
7. Baqeaş M, Rayan A. Improving psychological well-being and quality of life among palliative care nurses: Literature review. American Journal of Nursing Research, 2018, 6(3): 82-86.
8. Beser N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi H Y O Derg, 2003, 7 (1): 47-58.
9. Birol L. Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, 4. Baskı. İzmir, Etki Yayınları, 2000.
10. Bissonnette J, Dumont E, Pinard AM, Landry M, Rainville P, Ogez D: Hypnosis and music interventions for pain, anxiety, sleep, and well-being in palliative care: A systematic review and meta-analysis. BMJ Support Palliat Care, 2022, 9(4): 434-438.

11. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *The New England Journal of Medicine*, 2015, 373:2549-2561.
12. Borasio GD. Translating the World Health Organization Definition of Palliative Care Into Scientific Practice. *Palliat Support Care*, 2011, 9:1-2.
13. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. *J Clin Oncol*, 2010, 28(25):4013–4017.
14. Buzgova R, Jarosova D, Hajnova E: Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 2015, 19(6): 667-672.
15. Carson EM. Do performance appraisals of registered nurses reflect a relationship between hospital size and caring? *Nurs Forum*, 2004, 39 (1): 5-13.
16. Cerit B. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2016, 3(1): 27-36.
17. Chen H, So TH, Cho WC, Qin Z, Ma CH, Li SG. The adjunctive effect of acupuncture for advanced cancer patients in a collaborative model of palliative care: Study protocol for a 3-arm randomized trial. *Integrative Cancer Therapies*, 2021, 20: 1–10.
18. Cheung WY, Le LW, Zimmermann C. Symptom clusters in patients with advanced cancers. *Support Care Cancer*, 2009, 17(9):1223-1230.
19. Childs A. The complex gastrointestinal patient and Jean Watson's Theory of Caring in nutrition support. *Gastroenterol Nurs*, 2006, 29 (4): 283-288.
20. Cimete G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002.
21. Clark CS. The transpersonal caring moment: Evolution of high ordered beings. *IJHC*, 2003, 7 (3): 30-39.
22. Coelho A, Parola V, Escobar Bravo M, Apóstolo J. Comfort experience in palliative care: A phenomenological study. *BMC Palliative Care*, 2016, 15 (71):1-8.
23. Coelho A, Parola V, Escobar-Bravo M, Apóstolo J. Use of nonpharmacological interventions for comforting patients in palliative care:

- A scoping review. JBI Database System Rev Implement Rep, 2017, 15(7): 1867–1904.
24. Coelho A, Parola V, Sandgren A, Fernandes O, Kolcaba K, Apóstolo J. The effects of guided imagery on comfort in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 2018, 20(4): 392-399.
25. Çınar H, Kaya Y, Özyurt N, Çakır L, Ogun A. Palyatif Bakım Hastalarında Nütrisyonel Durumun Değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*; 2016, 8 (3): 15-18
26. Çoban İG. Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2006.
27. Drenkard KN. Integrating human caring science into a professional nursing practice model. *Crit Care Nurs Clin N Am*, 2008, 20: 403-414.
28. Durgun OY. Watson'ın İnsan Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların, Anksiyete, Baş Etme Ve İnfertilite Etkilenme Durumlarına Etkisi. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.*
29. Efendioğlu EM, Göl M, Tarakçıoğlu MS, Türkbeyler İH, Öztürk ZA. Determination of Vitamin D, Vitamin B12 and Folic Acid Deficiency Prevalence Among Geriatric Palliative Care Patients. *Eur J Geriatr Gerontol*. 2020, 2(1):9-12.
30. Enginyurt Ö. Palyatif Bakım Servisinde Yatan Hastaların Hastalık Prevelansı. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 2019, 11(1): 0-0.
31. Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kiliç D, Sahin O, Güngörmüş Z. The effectiveness of Watson's CaringModel on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *J Adv Nurs*, 2003, 41 (2): 130-139.
32. Estella A, Velasco T, Saralegui I. Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient. *Med Intensiva*, 2019, 43: 61-2.
33. Favero L, Meier MJ, Lacerda MR, Mazza VA, Kalinowski LC. Jean Watson's theory of human caring: a decade of Brazilian publications. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2009, 22(2): 213-8.

34. Fawcett J. Watson's Theory of Human Care, Contemporary Nursing Knowledge and Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, Eds. Fawcett J, Davis Company, Philadelphia, 2005, 51 (59): 553-599.
35. George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 23 Step by Step: A Simple Guide and Reference (14th ed.). New York: Routledge, 2016.<https://doi.org/10.4324/9781315545899>.
36. Hernandez G. The Heart of self-Caring: A journey to becoming an optimal healing presence to ourselves and our patients. Creat Nurs, 2009, 15 (3): 129-133.
37. İçyeroğlu G, Karabulutlu E. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 201, 6(17): 67- 81.
38. Jamal A, Soysal P. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dragos Hastanesi Palyatif Bakım Ünitesi Verileri. Geriatrik Bilimler Dergisi / Journal of Geriatric Science, 2019, 2 (3): 86-89
39. Kabalak AA, Öztürk H, Çağır H. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi, 2013, 11(2):56-70.
40. Kahveci K, Gökçınar D. Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım. Palyatif Bakım. Birinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2014.
41. Karabulut N, Erci B, Özer N, Özdemir S. Symptom clusters and experiences of patients with cancer. J Adv Nurs, 2009, 66(5): 1011–21.
42. Kav S. Ev Ziyaretlerinin Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri ve ÖzBakım Güçlerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2003.
43. Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. F.N. Hem. Derg, 2014, 22(2): 105-113.
44. Khater W, Masha'al D, Al-Sayaheen A. Sleep assessment and interventions for patients living with cancer from the patients' and nurses' perspective. International Journal of Palliative Nursing, 2019, 25(7): 316-324.
45. Kim SH, Hwang IC, Ko KD. Association between the emotional status of the family caregiver and length of stay in a palliative care unit: a retrospective study. Palliat Support Care, 2015, 13:1695–1700.

46. Krug K, Miksch A, Peters F, Engeser P, Szecsenyi J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliative Care*, 2016, 15 (15):4.
47. Kurt SS, Ünsar S. Kanserli Hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ): Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4(11): 79-95.
48. Lagman R, Walsh D. Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. *Semin Oncol*, 2005, 32:134-138.
49. Lee YJ, Yang JH, Lee JW. Association between the duration of palliative care service and survival in terminal cancer patients. *Support Care Cancer*, 2015, 23:1057–1062. DOI 10.1007/s00520-014-2444-4
50. Lorenz KA, Lynn J, Dy SM. Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Ann Intern Med*, 2008, 148: 147-159
51. Lorin L, Bertaut A, Hudry D, Beltjens F, Roignot P, Bone-Lepinoy MC, Douvier S, Arveux P. About invasive cervical cancer: a French population based study between 1998 and 2010. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2015, 191:1-6.
52. Lukas LK. Orthopedic outpatients' perception of perioperative music listening as therapy. *Journal of Theory Construction & Testing*, 2004, 8(1): 7-12.
53. Lukose A. Developing a practice model for Watson's Theory of Caring. *Nurs Sci Q*, 2011, 24 (1): 27-30.
54. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2013, 45(6):1094-1096.
55. Mahler A. The clinical nurse specialist role in developing a geropalliative model of care. *Clin Nurse Spec*, 2010, 24 (1): 18-23.
56. Mamguem Kamga A, Dumas A, Joly F, Billa O, Simon J, Poillot ML, Darut-Jouve A, Coutant C, Fumoleau P, Arveux P, Dabakuyo-Yonli TS. Long term gynecological cancer survivors in Côte d'Or: Health related quality of life and

- living conditions. *Oncologist*, 2018, 4: 2018-0347. doi: 10.1634/theoncologist.2018-0347.
57. McGraw MJ. Watson Philosophv. İn: Tomev AM, Alligood MR (eds). *Nursing Practice. Nursing Theorist: Utilizations& Application*. 5nd ed. London, Mosby, 2005.
58. Mehmet Y, Işıl ÖT, Yeliz T, Özlem P, İsmail A, Yıldız O. Palyatif Bakım Hastalarında Klinik Özellikler ve Prognostik Faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2018, 10(1):74-80.
59. Mielcarek P, Nowicka-Sauer K, Kozaka J. Anxiety and depression in patients with advanced ovarian cancer: a prospective study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2016, 37(2): 57-67. doi: 10.3109/0167482X.2016.1141891.
60. Mori M, Morita T. Advances in hospice and palliative care in Japan: a review paper. *Korean J Hosp Palliat Care*, 2016, 19: 283-91.
61. Mullaney JAB. The lived experience of using Watson's actual caring occasion to treat depressed woman. *J Holist Nurs*, 2000, 18:129-42.
62. Nickolich MS, El-Jawahri A, Temel JS, LeBlanc TW. Discussing the Evidence for Upstream Palliative Care in Improving Outcomes in Advanced Cancer. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*, 2016, 35:e534-8.
63. Ntizimira CR, Nkurikiyimfura JL, Mukeshimana O, Ngizwenayo S, Mukasahaha D, Clancy C. Palliative care in Africa: a global challenge. *Ecancer*, 2014, 8: 1-4.
64. Nyman SC, Lützen K. Caring Needs of Patients with rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly*, 1999, 12:164-9.
65. Ozan DY, Okumuş H. Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16:31-37.
66. Özdelikara A, Tan M. The effect of reflexology on the quality of life with breast cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*, 2017, 29: 122-129.
67. Özgül N, Gültekin M, Koç O. Turkish community-based palliative care model: a unique design. *Annals of Oncology*, 2012, 23(3): 76-8.

68. Özşaker E, Sevilmiş H, Özcan Y, Samast M. Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Memnuniyet Düzeyleri. *Journal Of Contemporary Medicine*, 2021, 11(1):110-117
69. Öztürk A, Yirmibeşoğlu E, Erkal H, Egehan İ. Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecini etkileyen değişkenler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2005, 12(2): 83-7.
70. Pastrana T, Centene C, De Lima L. Palliative care in Latin America from the professional perspective: a SWOT analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 2015, 18: 429-37.
71. Pekmezci Purut H. Kemoterapi alan akciğer kanseri hastalarında ayak refleksolojisi uygulamasının bulantı kusma ve uyku kalitesine etkisi. Doktora Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, 2018.
72. Pinto C, Firth AM, Groeneveld EI, Guo P, Sykes N, Murtagh FE. Patients' views on care and their association with outcomes in palliative care. *Palliat Med*, 2019, 33(4):467–9.
73. Pipe TB, Mishark K, Hansen RP, Hentz JG, Hartsell Z. Rediscovering the art of healing connection by creating the Tree of Life poster. *J Gerontol Nurs*, 2010, 36 (6): 47-55.
74. Powell R, Harding R, Namisango E, Katabira A. Palliative care research in Africa: consensus building for a prioritized agenda. *J Pain Symptom Manag*, 2014, 47: 315-23.
75. Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *Eur J Oncol Nurs*, 2010, 14 (2): 137-146.
76. Romeo MJ, Parton B, Russo RA, Hays LS, Conboy L: Acupuncture to treat the symptoms of patients in a palliative care setting. *The Journal of Science and Healing*, 2015, 11(5): 357–362.
77. Sayed HY, Mohamed HA, Mohamed EE. Patients perceptions as indicators of quality of nursing service provided at Al Noor Specialist Hospital at Makkah Al Moukarramah, KSA. *Journal of American Science*, 2013, 9: 71–8.

78. Saygılı M, Çelik Y. Kanser tanılı hastalarda palyatif bakım hizmetlerinin etkisinin değerlendirilmesi: Semptom düzeyi ve bakım memnuniyeti açısından bir karşılaştırma. Ağrı, 2020, 32(2):61–71.
79. Schmid Büchi S, Halfens RJ, Dassen T, van den Borne B. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. J Clin Nurs, 2008, 17 (21): 2895- 2909.
80. Sørbye LW, Steindal SA, Kalfoss MH, Vibe OE. Opioids, pain management, and palliative care in a Norwegian nursing home from 2013 to 2018. Health Services Insights, 2019, 12: 1-8.
81. Sucaklı MH. Palyatif bakım ve yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2014, 5(3):109-13.
82. Şenel G, Oğuz G, Koçak N, Karaca Ş, Kaya M, Kadioğulları N. Opioid use and the management of cancer patient pain in palliative care clinic. Ağrı, 2016, 28(4):171-176.
83. Şişe Ş. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. Kocatepe Tıp Dergisi, 2013, 14(2): 69-75.
84. Tuna H, Ünver G, Molu B. Palyatif Bakım Alan Son Dönem Kanser Hastalarında Semptom Kümeleme ve Hemşirelik. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018, 7(2): 64-69.
85. Turgut Ö, Pektaş M, Aydınlı B, Sagün A. Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Erişkin Palyatif Bakım Biriminde yatan hastaların retrospektif analizi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019, 12(3): 407-412.
86. Tuti N, Dewi G, Imami Nur R. Comfort assessment of cancer patient in palliative care: a nursing perspective. International Journal of Caring Sciences, 2017, 10(1): 209-215.
87. Ullrich A, Ascherfeld L, Marx G. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. BMC Palliative Care, 2017, 16:31-37.
88. Utlu G. Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Analjezik Kullanımı (Uzmanlık Tezi). Dr. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, 2015.

89. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. *Agri*, 2015, 27(2):104–110.
90. Uzun Ö. Hemşirelik Bakım Kalitesi İle İlgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirliğin Saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi*, 2003, 54 (2): 16-24.
91. Ünal Aslan KS, Çetinkaya F. The effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2022, 58(1): 374-382.
92. Ünsal A. Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağlık-hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 1(1):11-25.
93. Ünsar S, Yıldız FÜ, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastada evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2(5): 89-106.
94. Walbert T. Palliative care, end-of-life care, and advance care planning in neuro-oncology. *Lifelong Learning in Neurology*, 2017, 23(6): 1709–1726.
95. Watson J. Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *J Health Hum Serv Adm*, 2009, 31 (4): 466-482.
96. Watson J. Human caring science: A theory of nursing. Second edition. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 2012.
97. Watson J. Postmodern nursing and beyond. Philadelphia: Churchill Livingstone 1999.
98. Watson J. Theoretical questions and concerns: Response from a caring science framework. *Nurs Sci Q*, 2007, 20 (1): 13-15.
99. Watson J. Caring as the essence and science of nursing and health care. *O Mundo Da Saúde São Paulo*, 2009, 33(2): 143-149.
100. Watson J. Viewpoint: caring science meets heart science: a guide to authentic caring practice. *American Nurse Today*, 2012, 7(8): 14-19.
101. Yılmaz A. Palyatif bakım biriminde tedavi almakta olan kanser hastalarında semptom sıklığı ve palyatif bakım tedavisinin semptom

kontrolündeki yeri, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir, 2015.

102. Zambrano SC, Fliedner MC, Eychmüller S. The impact of early palliative care on the quality of care during the last days of life: what does the evidence say? *Curr Opin Support Palliat Care*, 2016, 10(4): 310–315.
103. Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, Leighl N, Rydall A, Rodin G, Tannock I, Hannon B. Perceptions of palliative care among patients with advanced cancer and their caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 2016, 188(10): 217-227.



EKLER



EK 1: ETİK KURUL İZNİ



EK 2: KURUM İZNİ



EK 3: İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZNİ





EK 6: EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ



EK 7: NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ



EK 8: HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMINI ALGILAYIŞI ÖLÇEĞİ



EK 9: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



EK 10: BENZERLİK RAPORU



ÖZGEÇMİŞ

